

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen)

Konfliktbewältigungsstrategien bei Patienten mit somatoformen Störungen

Esther S. Bubel

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

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E.-J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Priv.-Doz. Dr. C. Hausteiner-Wiehle
2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 12. April 2012 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 20. Juni 2012 angenommen.

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Tabellenverzeichnis | 2 |
| Abkürzungsverzeichnis | 3 |
| 1 Einleitung | 5 |
| 2 Hintergrund: Definitionen und Begriffserklärungen | 9 |
| 2.1 Konfliktbewältigungsstrategien: ein Konstrukt zwischen Abwehr und Coping | 9 |
| 2.1.1 Zum Konstrukt der Abwehr: Beschreibung und Entwicklung . . . | 9 |
| 2.1.2 Coping: Begriffserklärung und Abgrenzung zum Konstrukt der Abwehr | 13 |
| 2.1.3 Konfliktbewältigungsstrategien | 15 |
| 2.1.4 Messinstrumente | 16 |
| 2.1.5 Zusammenfassung | 20 |
| 2.2 Somatoforme Störungen | 21 |
| 2.2.1 Definition und Epidemiologie somatoformer Störungen | 21 |
| 2.2.2 Soziodemographische und psychobehaviorale Charakteristika von Patienten mit somatoformen Störungen | 24 |
| 2.2.3 Ätiologie | 25 |
| 2.2.4 Kritik an der aktuellen Klassifikation somatoformer Störungen . . | 26 |
| 2.2.5 Somatisierung und somatoforme Störungen: Die Rolle von Abwehr, Coping und Konfliktbewältigung | 27 |
| 2.2.6 Zusammenfassung und Überleitung: Hypothesen dieser Arbeit . . | 28 |
| 3 Patienten und Methode | 31 |
| 3.1 Die SomA-Studie | 31 |
| 3.1.1 Rekrutierung und Patientenkollektiv | 32 |
| 3.1.2 Studienablauf und Instrumentarium | 33 |
| 3.2 Die Münchner Psychotherapie Studie - MPS | 40 |
| 3.2.1 Rekrutierung und Patientenkollektiv | 41 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.2.2 | Studienablauf und Instrumentarium | 42 |
| 3.3 | Vergleichsgruppen | 42 |
| 3.3.1 | Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen | 42 |
| 3.3.2 | Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen | 43 |
| 3.3.3 | Patienten mit Insektengiftallergie zur spezifischen Venom-Immuno- therapie | 43 |
| 3.3.4 | Patienten der Münchner Psychotherapie Studie | 44 |
| 3.4 | Statistik | 44 |
| 3.4.1 | Test auf Normalverteilung und Subgruppenvergleiche | 44 |
| 3.4.2 | Paarweise Vergleiche | 45 |
| 3.4.3 | Beurteilung bivariater Korrelationen | 45 |
| 4 | Ergebnisse | 47 |
| 4.1 | Stichprobenbeschreibung | 47 |
| 4.1.1 | Soziodemographische Daten des SomA-Kollektivs, Teilnehmerrate und Feedback | 47 |
| 4.1.2 | Soziodemographische Daten der vier Subgruppen | 48 |
| 4.1.3 | Soziodemographischer Vergleich der Subgruppen | 49 |
| 4.2 | t-Werte der Subgruppen im Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien | 51 |
| 4.2.1 | Mögliche innere Reaktionen, Gefühle und Gedanken: A-Ebene | 51 |
| 4.2.2 | Mögliche Verhaltensweisen: B-Ebene | 53 |
| 4.2.3 | Gesamtsumme (A- und B-Ebene) der fünf Konfliktbewältigungs- strategien im Vergleich über vier Gruppen | 56 |
| 4.2.4 | Konfliktbewältigungsstrategien im Gruppenprofil | 59 |
| 4.3 | Rohwerte im PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7 bei Patienten der SomA-Studie | 60 |
| 4.4 | Zusammenhang von Somatisierung, Depressivität, generalisierter Angst ... | 61 |
| 4.4.1 | Zusammenhang mit den Antworten der Ebene A: Gefühls- und Gedankenebene | 61 |
| 4.4.2 | Zusammenhang mit den Antworten der Ebene B: Verhaltensweisen | 63 |
| 4.4.3 | Zusammenhang der Gesamtsumme der Konfliktbewältigungsstra- tegien mit PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7 | 64 |
| 5 | Diskussion | 65 |
| 5.1 | Prävalenz und soziodemographische Daten | 65 |
| 5.2 | Ergebnisse des Fragebogens zu Konfliktbewältigungsstrategien FKBS | 66 |
| 5.2.1 | Diskussion der ersten Hypothese | 66 |
| 5.2.2 | Diskussion der zweiten und dritten Hypothese | 69 |
| 5.2.3 | Diskussion der vierten Hypothese | 69 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5.3 | Zusammenhang von Konfliktbewältigung, Somatisierung, Depressivität und generalisierter Angst in den SomA-Subgruppen | 70 |
| 5.4 | Einfluss der psychopathologischen Dimensionen Somatisierung, Depressivität und generalisierte Angst auf das Antwortverhalten im FKBS | 70 |
| 5.5 | Stärken und Schwächen der Studien mit Wertung der Methodik | 71 |
| 5.5.1 | Teilnehmerrate | 71 |
| 5.5.2 | Datenerhebung | 72 |
| 5.5.3 | Messinstrumente | 73 |
| 5.6 | Ausblick | 75 |
| 6 | Zusammenfassung | 77 |
| | Literaturverzeichnis | 79 |
| | Danksagung | 97 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|------|---|----|
| 2.1 | Abwehrniveaus und individuelle Abwehrmechanismen. Modifiziert nach: DSM-IV (APA, 1996, S.843f) | 12 |
| 2.2 | Diagnosekategorien somatoformer Störungen nach DSM-IV und ICD-10. Modifiziert nach: DSM-IV (ASA, 1996, S.43) | 22 |
| 3.1 | Übersicht über die im FKBS vorgegebenen Konflikte. Modifiziert nach: Hentschel, Kießling und Wiemers (1998, S.7) | 36 |
| 3.2 | Skalendefinition der Konfliktbewältigungsstrategien. Modifiziert nach: Hentschel, Kießling und Wiemers (1998, S.8) | 37 |
| 3.3 | Interpretation des Korrelationskoeffizienten (Internetquelle[188]). | 46 |
| 4.1 | Soziodemographischer Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten. | 50 |
| 4.2 | t-Werte der A-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten. | 52 |
| 4.3 | Rohwerte der A-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten. | 53 |
| 4.4 | t-Werte der B-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten. | 54 |
| 4.5 | Rohwerte der B-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten. | 56 |
| 4.6 | t-Werte der Gesamt-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten. | 57 |
| 4.7 | Rohwerte der Gesamt-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten. | 59 |
| 4.8 | Rohwerte PHQ-15, PHQ-9 und GAD7 der SomA-Subgruppen. | 61 |
| 4.9 | Korrelationen der Rohwerte von PHQ-15 (n=223), PHQ-9 (n=222), GAD-7 (n=223) und den Rohwerten des FKBS auf der A-Ebene (n=223). | 62 |
| 4.10 | Korrelationen der Rohwerte von PHQ-15 (n=223), PHQ-9 (n=222), GAD-7 (n=223) und den Rohwerten des FKBS auf der B-Ebene (n=223). | 63 |

| | |
|---|----|
| 4.11 Korrelationen der Rohwerte von PHQ-15 (n=223), PHQ-9 (n=222), GAD-7 (n=223) und den Rohwerten des FKBS auf der Gesamtsummen-Ebene (n=223). | 64 |
|---|----|

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------------|--|
| APA | American Psychiatric Association |
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften |
| DMI | Defense Mechanism Inventory |
| DSM-IV | Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen - vierte Edition |
| et al. | et alia (lateinisch) bedeutet „und andere“ |
| GAD-7 | Patient Health Questionnaire für generalisierte Angst |
| ICD-10 | International Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision |
| INT | Intellectualisierung |
| FKBS | Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien |
| MPS | Münchener Psychotherapie Studie |
| MUS | Medizinisch unerklärte Symptome |
| NoSFS | Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen |
| p | p-Wert, Signifikanzwert |
| PHQ | Patient Health Questionnaire |
| PHQ-9 | Patient Health Questionnaire für Depressivität |
| PHQ-15 | Patient Health Questionnaire für Somatisierung, „somatic symptom severity“ |
| PRO | Projektion |
| r | Korrelationskoeffizient r |
| REV | Reaktionsbildung |
| TAO | turning against others - Wendung gegen andere |
| TAS | turning against self - Wendung gegen das Selbst |
| SFS | Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen |
| SKID | Semistrukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV |
| SomA | Somatische Beschwerden in der Allergologie |
| SPSS | Software für Statistik und Data Mining |
| TU | Technische Universität |
| VIT | Patienten zur Venom-Immunotherapie |

1 Einleitung

Im ärztlichen Alltag sind sie ein häufiges Phänomen: Patienten präsentieren sich mit körperlichen Beschwerden, die medizinisch nicht erklärt werden können. Bei einem Teil dieser Patienten sind diese Beschwerden Ausdruck einer somatoformen Störung. Dieses Krankheitsbild (Kapitel 2.2) umfasst Symptome aller Körperebenen, die seit längerem bestehen; auch nach ausführlicher Diagnostik bleibt die Genese der Beschwerden unklar. Dabei ist das subjektive Leiden meist so stark, dass die Betroffenen in ihrem familiären, sozialen und beruflichen Dasein deutlich eingeschränkt sind, was bis hin zu Arbeitsunfähigkeit führen kann (Sauer und Eich, 2007).

Ursachen sind weitestgehend unbekannt. Neben einer Genese auf seelischer und emotionaler Basis (Sauer und Eich, 2007) werden beispielsweise auch soziokulturelle (Henningsen und Priebe, 1999) und epigenetische Faktoren diskutiert und erforscht (Weaver et al., 2004 und McGowan et al., 2009 in: Lahmann, Henningsen und Noll-Hussong, 2010).

Im Zuge der Revisionen der Klassifikationssysteme ICD-10 der World Health Organisation und dem DSM-IV der American Psychiatric Association, in denen somatoforme Störungen eigene Kapitel darstellen, werden die Diagnosekriterien aktuell überarbeitet. Bislang stellte die somatoforme Störung eher eine Ausschlussdiagnose, d.h. eine Negativdefinition, dar. Nun werden zusätzliche Positivkriterien gesucht (Kapitel 2.2.4). Zunehmend werden solche Positivkriterien in psychobehavioralen Merkmalen gesehen (Dimsdale et al., 2009; Hausteiner et al., 2009). Zu den weithin anerkannten zählen bisher beispielsweise gesundheitsbezogene Angst, negative Krankheitswahrnehmung wie selektive Aufmerksamkeit und übermäßige Besorgnis bei Symptomen und Krankheit oder Fehlattribution von Beschwerden im Sinne von Katastrophisieren (Internetquelle[187]). Angeregt durch diese begrüßenswerten Bestrebungen, nach typischen und eventuell sogar therapeutisch relevanten positiven psychobehavioralen Eigenschaften zu suchen, widmet sich die vorliegende Arbeit der Untersuchung von Konfliktbewältigungsstrategien bei Patienten mit somatoformen Störungen. Konfliktbewältigungsstrategien sind mannigfaltig und gehören in weiterem Sinne zum psychoanalytischen Konstrukt der Abwehr (Kapitel 2.1). Mit ihrer Hilfe schützt sich das Individuum vornehmlich auf unbewusster Ebene vor Angst, die in inneren Konfliktsituationen des Selbst entsteht (Cramer, 2006, S.10f). Sie dienen zudem bei vielen psychiatrischen Diagnosen als Kennzeichen (Hent-

schel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.9). So soll nun auch hier untersucht werden, ob und, wenn ja, in welchem Ausmaß Patienten mit somatoformen Störungen über ein spezifisches Konfliktbewältigungsmuster verfügen.

Hinweise auf eine bestimmte, eher maladaptive Anwendung von Konfliktbewältigungsstrategien könnten in Zusammenhang mit einem als dysfunktional beschriebenen interpersonellen Verhalten von Patienten mit somatoformen Störungen gesehen werden. Zum Beispiel wird der Kontakt mit dieser Patientengruppe von ärztlicher Seite häufig als schwierig und unbefriedigend erlebt: So fühlen sich Ärzte bisweilen zur Durchführung von Untersuchungen gedrängt, die sie medizinisch nicht für erfolgversprechend halten; die Patienten seien jedoch von einer organischen Ursache überzeugt (Creed und Barsky, 2004; Küchenhoff und Ahrends, 2002 in: Sauer und Eich, 2007; olde Hartman et al., 2009). Weiter fielen somatoforme Patienten durch hilfeschendes Verhalten auf und lehnten Hilfe gleichzeitig häufig ab (Waller und Scheidt, 2006). Empirisch konnte in einer Studie von Hausteiner-Wiehle et al. (2011) eine schwierige Gegenübertragung im diagnostischen Interview bei Patienten mit medizinisch unerklärten Symptomen belegt werden. Gleichzeitig wurde außerdem festgehalten, dass diese Patientengruppe unzufrieden mit der medizinischen Versorgung war. Neuere Forschungsergebnisse richten den Blick nun hin zu dem ärztlichen Anteil an dieser schwierigen Arzt-Patienten-Beziehung (Henningsen, Fazekas und Sharpe, 2011). Entgegen der Annahme, dass vor allem die Patienten auf eine organische Ursache ihrer Beschwerden bestünden (Martin et al., 2007), zeigten andere Studien, dass diese Patientengruppe durchaus komplexe Vorstellungen von der Genese ihrer Beschwerden habe, auch unter Einbeziehung psychosozialer Faktoren (Peters et al., 1998; Salmon, 2004; Groben und Hausteiner, 2010). Vielmehr stellte sich in einer weiteren empirischen Studie heraus, dass die Ärzte häufiger symptomatische Behandlungen vorschlagen würden, außerdem die präsentierten Symptome normalisierten und verbales Mitgefühl eher selten äußerten (Ring et al., 2005), obwohl die Patienten psychologische Bedürfnisse ansprechen.

Andererseits wiederum komme es wohl vor, dass die Patienten ihre psychischen und sozialen Probleme im Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin „unterschlagen“. Ursachen hierfür könnte ein Misstrauen sein, da die Patienten fürchten, den Arzt/die Ärztin auf rein psychische Ursachen zu lenken und die physisch-organische Komponente dann vernachlässigt wird. Andererseits werden psychische Leiden noch häufig gesellschaftlich tabuisiert und nicht zuletzt scheint es an nachhaltigem Vertrauen mancher Patienten gegenüber dem Arzt/der Ärztin zu mangeln, Gefühle mit ihm/ihr zu besprechen (Fritzsche et al., 2000 und Peters et al., 2009 in: Henningsen, Fazekas und Sharpe, 2011).

Es bedarf weiterer Untersuchungen zu einem besseren Verständnis der Patienten mit medizinisch unerklärten Symptomen und ihrer interpersonellen Interaktionen. Die Analyse zur Rolle von Konfliktbewältigungsstrategien bei somatisierenden Patienten möchte

hier einen neuen Hinweis geben (Kapitel 4 und Kapitel 5).

Untersucht werden fünf Konfliktbewältigungsstrategien (Kapitel 2.1.3) bei Patienten mit somatoformen Störungen und drei verschiedenen Vergleichsgruppen (Kapitel 3.3) mit Hilfe des Selbstauskunftsfragebogens Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien FKBS (Kapitel 3.1.2.2). Bei den Vergleichsgruppen handelt es sich um Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen, Insektengiftallergiker und depressive Patienten. Die Datenerhebung fand im Rahmen zweier Studien (SomA und MPS) der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München statt. Die SomA-Studie wurde in enger Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie des Universitätsklinikums der TU München durchgeführt (Kapitel 3.1 und 3.2).

2 Hintergrund: Definitionen und Begriffserklärungen

2.1 Konfliktbewältigungsstrategien: ein Konstrukt zwischen Abwehr und Coping

2.1.1 Zum Konstrukt der Abwehr: Beschreibung und Entwicklung

Ende des 19. Jahrhunderts erfuhr die experimentelle Psychologie eine Bereicherung durch Sigmund Freud (1856-1939), den Begründer der Psychoanalyse. Während seiner Arbeit beobachtete er unter anderem immer wieder ein unstimmiges Verhalten in Momenten, in denen seine Patienten auf subjektiv schwierige Punkte in ihrem Leben zu sprechen kamen. Freud gab diesen Beobachtungen einen Namen, seither spricht man von „Abwehr“ und ihren Mechanismen (Freud 1894/1962, Freud 1896/1966, Freud 1926/1963 in Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.4f). Gemeint sind damit unbewusste Reaktionen auf angsterregende Gedanken oder Gefühle, die das seelische Gleichgewicht des Menschen - seine „Homöostase“ - gefährden (Freud, 1946 in: Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.7; Vaillant, 1971). In Freuds Worten zur Verdrängung, dem „Prototypen“ der Abwehrmechanismen (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.5), heißt es: „die Basis für die Verdrängung selbst kann nur ein Gefühl der Unlust, eine Unvereinbarkeit zwischen der einzelnen Idee, die verdrängt wird, und der dominierenden Masse der Ideen sein, die das Ego bilden. Die verdrängte Idee rächt sich, indem sie pathologisch wird“ (Freud 1893/1964, S.116). Das Reservoir der Abwehrmechanismen befindet sich also auf unbewusster Ebene. Nach der klassischen psychoanalytischen Lehrmeinung wird dort, im Unterbewussten, zu Anfang ein Impuls freigesetzt. Die daraufhin erfahrene innerpsychische Bedrohung durch einen entstandenen Konflikt zwischen dem Über-Ich oder Ich auf der einen Seite und dem triebhaften Es auf der anderen mobilisiert Angst. Ein Abwehrmechanismus kann die Angst reduzieren oder sogar lösen. Diese von Freud formulierte Vier-Stufen-Sequenz (Freud 1894/1964, Freud 1926/1955 in: Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.5) ist von außen beobachtbar (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.3), bleibt jedoch ein Vorgang außerhalb des

Bewusstseins und der Wahrnehmung der Person, die ihn erfährt. Abwehrmechanismen entziehen sich so der Kontrolle des Ichs und können nicht willkürlich eingesetzt werden (Cramer, 2000).

Neben einem triebhaften Impuls aus dem Es, also einem innewohnenden Auslöser, ergaben jüngere Forschungen weitere, äußere Belastungsfaktoren die zum Einsatz von Abwehr führen. So können neben Schuldgefühlen und der Erfahrung von Verlust (Fenichel 1945; Sjöbäck 1973; Cramer, 1991) auch Lebensgefahr (Horowitz, 1986) und Scham (Westerlundh, 1983; Lewis, 1990) Angst heraufbeschwören, der mit Hilfe von Abwehrmechanismen entgegengewirkt wird. In der gegenwärtigen Diskussion wird der Schwerpunkt allerdings weg vom Begriff des Egos hin zum Selbst gelenkt und mit den Erkenntnissen anderer Bereiche der Psychologie vereinbart (Cramer, 2000). Denn auch Bedrohungen des Selbstvertrauens (Grzegolowska-Klarkowska und Zolnierczyk, 1988), des Identitätsstatus (Cramer, 1995, 1997, 1998), des objektiven Selbst (Grzegolowska-Klarkowska und Zolnierczyk, 1990) und persönlicher Grundüberzeugungen (Paulhus, Fridlander und Hayes, 1997) werden durch unbewusste Mechanismen abgewehrt (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.6).

Die Vielzahl an subjektiv bedrohlich wirkenden Situationen, denen eine Person ausgesetzt ist, lässt vermuten, dass Abwehrmechanismen keineswegs allein Ausdruck eines pathologischen Geschehens sind. Anna Freud führte die Arbeit ihres Vaters fort und betonte die Rolle der Abwehr im gesunden Anpassungsprozess des Individuums an die Anforderungen seiner Umwelt (Freud, 1936). Auch eine erste Systematisierung der verschiedenen Abwehrmechanismen ist ihr zuzuschreiben. Dieser Ansatz wurde in den darauf folgenden Jahren weiterverfolgt: Vaillant präsentierte 1971 und 1977 seine Arbeit zur Hierarchisierung der Abwehrmechanismen über vier Niveaus, die versucht, der adaptiven oder maladaptiven Rolle dieser mentalen Operationen gerecht zu werden. Demnach werden Abwehrmechanismen in reife und unreife gegliedert (Vaillant, 1971). Er spricht hier im Sinne Freuds von einem Kontinuum, auf dem sich Abwehrmechanismen bewegen und Konsequenzen von geistig gesund bis zu psychisch krank nach sich ziehen können. Unreife Abwehrmechanismen korrelierten in seiner klinischen Langzeitstudie an 30 psychisch gesunden Männern mit maladaptiver Lebensweise (Vaillant, 1971). Auf unterster Stufe sind die psychotischen oder narzisstischen Abwehrmechanismen (Stufe I) zusammengefasst, weiter über die unreifen (II) gelangt man zur Stufe III, den neurotischen Abwehrmechanismen. Humor, Altruismus oder Sublimation sind Beispiele für die „höchste“ Stufe, die reifen Abwehrmechanismen (Vaillant, 1971). So sind die Konsequenzen von Abwehr von Realitätsverzerrung bis hin zu „Integration [des inneren Konflikterlebens] in zwischenmenschliche Beziehungen und Gefühle“ nach ihrem Adaptationsgrad gestaffelt (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.8). Sie können „zu sozial geschätzten Erfolgen verhelfen“ (Vaillant, 1977, S.7). Im besten Fall bewirken Abwehrmechanismen

in einem Subjekt ähnlich wie bei „einer Auster die Entstehung einer Perle, nachdem diese mit einem Sandkorn konfrontiert wurde“ (Vaillant, 1977, S.7).

Anna Freud beschrieb in ihrem Werk (1936) zunächst die zehn vorherrschenden Abwehrmechanismen (Regression, Verdrängung, Reaktionsbildung, Isolation, Ungeschehenmachen, Projektion, Introjektion, Wendung gegen das Selbst, Umkehrung [Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.7]). Nach und nach wurde dieser Katalog erweitert. Waren es bei Vaillant (1977) 18 verschiedene, beschrieben Suppes und Warren (1975) 29 beziehungsweise 44 Abwehrmechanismen. Auch Somatisierung, also die Tendenz, körperliche Beschwerden zu erleben und zu kommunizieren (Lipowski, 1988), zählt zu den Abwehrmechanismen (siehe auch 2.2.3). Konflikte und Stress werden in körperlichen Symptomen verarbeitet, ohne dass diese einen direkten Zusammenhang mit dem unterdrückten Problem haben (Kline in: Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.48). Tabelle 2.1 zeigt die Auflistung und Einteilung der Abwehrmechanismen nach ihrem adaptiven Niveau (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, APA, 1996, S.843f).

Nach Anna Freud (1936) benutzt jede Person ein eigenes begrenztes Spektrum an Abwehrmechanismen. Diese Konstellation der persönlichen Abwehr macht damit einen Teil des „Charakters“ aus (Freud, 1936 und Hoffmann, 1984 in: Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.108).

Die heutige Diskussion zu Abwehrmechanismen wird von allen Teilgebieten der Psychologie geführt (Cramer, 2000). Allerdings sollte auch erwähnt werden, dass der Begriff der Abwehr nie so weitläufig wie während der letzten Jahre ausgelegt wurde (Kline, 1991). So wird zum Beispiel im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996), dem Standardwerk zur psychiatrischen Diagnostik, der Begriff Abwehrmechanismus als „Konstrukt [eines] automatisierten psychischen Prozess[es], der das Individuum vor Angst und vor der Wahrnehmung innerer und äußerer Belastungen und Gefahren schützt“, definiert. „Abwehrmechanismen regulieren die Reaktion des Individuums auf emotionale Konflikte und auf äußere Belastungen“ heißt es dort weiter (S.853).

Konkrete Kriterien, wie sie Vaillant (1992) beschreibt, fehlen in dieser recht allgemeinen Formulierung. Instinkt- und Affektregulierung sowie der explizit unbewusste Prozess erinnern bei Vaillant an die ursprünglich psychoanalytische Beschreibung. Die gute Unterscheidbarkeit der einzelnen Abwehrmechanismen voneinander, aus einer objektiven Perspektive betrachtet, ermöglicht ihre Systematisierung und differenzierte Betrachtung. Bleibt ein letzter Punkt, der Abwehrmechanismen auszeichnet. „Obschon [sie] als Kennzeichen psychiatrischer Hauptsyndrome [dienen], ist Abwehr dynamisch und reversibel“ (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.9). Diese Wandlungsfähigkeit der Abwehr ist eine wesentliche Eigenschaft, die eine große Bandbreite an theoretischen An-

Abwehrniveaus und individuelle Abwehrmechanismen

- Hochadaptives Niveau: Affiliation, Altruismus, Antizipation, Humor, Selbstbehauptung, Selbstbeobachtung, Sublimation, Unterdrückung
- Niveau mit psychischen Hemmungen (Kompromissbildungen): Affektisolation, Dissoziation, Intellektualisierung, Reaktionsbildung, Ungeschehenmachen, Verdrängung, Verschiebung
- Niveau mit leichter Vorstellungsverzerrung: Entwertung, Idealisierung, Omnipotenz
- Verleugnungsniveau: Projektion, Rationalisierung, Verleugnung
- Niveau mit schwerer Vorstellungsverzerrung: Autistische Phantasie, projektive Identifikation, Spalten des Selbstbildes und des Bildes von anderen
- Handlungsniveau: Apathischer Rückzug, Ausagieren, Hilfe-zurückweisendes Klagen, passive Aggression
- Niveau mit Abwehr-Dysregulation: Psychotische Leugnung, psychotische Verzerrung, wahnhaftige Projektion

Tabelle 2.1: Abwehrniveaus und individuelle Abwehrmechanismen.
Modifiziert nach: DSM-IV (APA, 1996, S.843f)

satzpunkten bietet und aktuell einen Hauptgegenstand der Forschung darstellt. Zum Beispiel zeigt Cramer in ihrem Buch „Protecting the Self“ (2006) im Bereich der Entwicklungspsychologie, dass bestimmte Abwehrmechanismen auf bestimmten kognitiven Entwicklungsstufen eines Kindes vorherrschen, um eine allmähliche Anpassung an die Welt mit ihren Herausforderungen zu gewährleisten. Hieraus ergibt sich eine gewisse chronologische Abfolge der „mentalen Manöver“ im Laufe eines Lebens, die mit der kognitiven Leistungsfähigkeit im Allgemeinen an Komplexität zunehmen (S.22ff). Cramer zeigt, dass jeder Abwehrmechanismus seine eigene Entwicklungsgeschichte durchläuft. Beispielhaft an Verleugnung, Projektion und Identifikation beschreibt sie den Ursprung aus einer „prototypischen physiologischen Antwort“ hin zur mentalen Operation (Cramer 2006, S.69, S.91, S.121). Abhängig sei diese Entwicklung zum einen von der „relativen Stärke anderer zur Verfügung stehender Mechanismen“, zum anderen vom „individuellen

Temperament und Charakterstil“ und letztlich „vom Ausmaß des erfahrenen Stresses“ (S.22) eines Menschen.

2.1.2 Coping: Begriffserklärung und Abgrenzung zum Konstrukt der Abwehr

Der Begriff Coping fand erstmals in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts Eingang in die Fachliteratur (Haan, 1963; Kroeber 1963). Nachdem das Konstrukt Abwehr immer weitläufiger interpretiert wurde, war eine Abgrenzung notwendig geworden. „Die Alternative zu Abwehr ist Coping, verstanden als einen Anpassungsprozess [in Form von Bewältigung], der es einer Person erlaubt, auf das Erreichen ihrer Ziele hinzuwirken“ (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.15). Arbeiten von Haan (1977), Vasilyuk (1984) und Lazarus und Folkman (1984) liegen dieser Beschreibung zugrunde. Ähnlich wie Abwehr ist Coping ein Schutz vor Stress oder Frustration durch die innere oder äußere Umwelt. Im Gegensatz zu Abwehrmechanismen werden Copingstile jedoch bewusst wahrgenommen, durchdacht und zielgerichtet eingesetzt (Cramer, 2000, 2006). Sie bedienen sich der individuellen Ressourcen der Persönlichkeit und orientieren sich an der Außenwelt. Probleme können so zum Beispiel bewusst ignoriert werden, Schwerpunkte anders gesetzt oder auf Lösungsmöglichkeiten analysiert werden. Auch Mitgefühl zählt nach Haan (1977) dazu.

Coping ist ebenfalls ein Anpassungsprozess, der nach Aldwin, Sutton und Lackman (1996) erstens „negative Affekte verringern“, zweitens das „baseline functioning“ so schnell als möglich wiederherstellen soll und schließlich Probleme lösen will (Cramer, 2006, S.8). Es ist also ein aktiver Prozess, der bewusstes Handeln zur Folge hat und dadurch im Stande ist, inneren Stress zu reduzieren. Weitere Unterschiede zwischen Coping und Abwehr wurden beschrieben (Cramer, 2000, 2006). So wird Coping eine Situationsbezogenheit zugestanden, während Abwehr als dispositionales Verhalten gewertet wird. Empirische Untersuchungen ergaben sowohl situationsspezifisch aufgetretene Abwehrmechanismen als auch Copingstile, die dem Rahmen der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur angepasst sind (Watson und Hubbard, 1996). Auch hinsichtlich der Psychopathogenität oder mentalen Gesundheit sind die Unterschiede eher auslegungsabhängig. So ist durch Anna Freud (1936) deutlich gemacht worden, dass Abwehr Teil der normalen Entwicklung des Menschen ist. Manche gefühlsbetonte Copingstrategien können zu höherer innerer Belastung führen und damit dem Individuum eher schaden als nutzen. Copingstile können überbeansprucht und dadurch wirkungslos werden, gar den Stress intensivieren (Carver und Scheier, 1994; Watson und Hubbard, 1996). Nach manchen moderneren Modellen von Coping und Abwehr stellt ein zu häufig benutzter Copingstil eine missglückte Anpassungsmethode dar und ist demzufolge eher der Abwehr zuzu-

rechnen. Die ständige Wiederholung des Copingstils spreche demnach für eine gewisse Erfolglosigkeit des Anpassungsversuchs. Als Erklärung hierfür dient die Interpretation, dass eigentlich ein innerer Konflikt als Auslöser für das Verhalten verantwortlich ist und so zu einer ständigen Wiederholung des Copingstils im Sinne eines Abwehrmechanismus zwingt (Skinner, 2003 und Steffens und Kächele, 1988 in: Kramer, 2010).

Untersuchungen zu weiteren Eigenschaften von Copingstrategien von Lazarus und Folkman (1984) führten zur wesentlichen Rolle der Bewertung („appraisal“) im Umgang mit Stress. Coping wird als Möglichkeit gesehen auf Modalitäten zu reagieren, in der das „wie sehr“ oder „wie viel“ Stress im Vordergrund steht, während die Abwehr auf das „warum“ und damit auf das Zugrundeliegende reagiert (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.16). Entsprechend dem transaktionellen Stressmodell nach Lazarus (1974) über zwei Stufen zu Coping wird eine Gefahr zunächst während der Primärbewertung abgeschätzt. Die Sekundärbewertung dient der Abschätzung von inneren Ressourcen, die Stresssituation mit entsprechenden Stilen zu bewältigen (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.16). Nach Ursin, Baade und Levin (1978) beinhaltet Coping außerdem die Erwartungshaltung, die Situation zu meistern (in: Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.16).

Aktuell versuchen mehrere Modelle (vgl. Kramer, 2010), die beiden Konstrukte Abwehr und Coping voneinander zu trennen oder nebeneinander zustellen. Manche davon sehen diese beiden Egomechanismen unabhängig voneinander (Haan, 1977; Plutchik, 1995), andere lassen überlappende und korrelierende Teilaspekte beider Konstrukte zu, die Unterschiede sind subtiler (Steffens und Kächele, 1988; Miceli und Castelfranchi, 2001; Callahan und Chabrol, 2004). Steffens und Kächele (1988) suchen die beiden Konzepte zu integrieren. Abwehr und Coping liefen immer gleichzeitig ab, hätten das gleiche Ziel, resultierten jedoch aus verschiedenen Auslösern. Während Abwehrmechanismen nach Miceli und Castelfranchi (2001) im Extremfall die Realität des Subjekts komplett verdrehen können, verdreht Coping nur die Wahrnehmung in der angsterregenden Situation (in: Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.16). Überschneidungen existieren nach Vaillant (1992, 1993) auf Definitionsebene zwischen Coping und den reifen Abwehrmechanismen der Stufe IV. Zum Beispiel vereinige „Humor oft die Eigenschaften von beiden, Coping und Abwehr“ (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.15). Allerdings ist die Intention von Humor als Abwehrmechanismus im Gegensatz zur Copingstrategie eine ganz andere. Während ersterer dem Subjekt „passiert“, um einen inneren Spannungszustand zu erleichtern oder zu lösen, richtet sich letztere eher auf die äußere Situation, um aus der bewussten Intention heraus mit ihr umzugehen. Das Ergebnis kann das gleiche sein, der psychologische Prozess dahinter ist verschieden (Cramer, 1998, 2000).

2.1.3 Konfliktbewältigungsstrategien

Auch Konfliktbewältigungsstrategien werden als Reaktionen auf Frustrationen verstanden (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998). Von Abwehr sind sie abzugrenzen, da sie „stärker auf bewusste, kognitive Anteile der Konfliktbewältigung ausgerichtet“ sind, „aber durchaus in einem psychodynamischen Umfeld als Derivate von Abwehrmechanismen verstanden werden können“ (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.5). Das Konstrukt der Konfliktbewältigungsstrategie dient vor allem als theoretische Grundlage für die Testung mit Selbstbeurteilungsfragebögen. Es bewegt sich zwischen den Konstrukten Abwehr und Coping, indem es „verhaltensmäßige Reaktionen“ (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.6) berücksichtigt.

Im Folgenden werden nun fünf Strategien vorgestellt. Sie haben im weiteren Sinne Ähnlichkeit zum begrifflichen Umfeld der Abwehrmechanismen und leiten sich davon ab. Die unten aufgeführten Strategien existieren sowohl in der Nomenklatur der Abwehrmechanismen als auch in der des Copings. Die psychoanalytischen Definitionen hier werden zum Teil den Definitionen der Abwehrmechanismen nach Vaillant (1971) und zum Teil der Definition nach Gleser und Ihilevich (1969) entnommen. Alle fünf Strategien haben den Umgang mit aggressiven Impulsen zum Inhalt und beziehen sich auf die gerichtete Aggressionswendung.

2.1.3.1 Wendung gegen das Selbst (TAS turning against self)

Diese Strategie beschreibt die Aggressionswendung nach innen, gegen das Selbst, gegen die eigene Person. Der Konflikt wird beruhigt, indem das Subjekt das aggressive Verhalten auf sich selbst richtet (Gleser und Ihilevich, 1969).

2.1.3.2 Wendung gegen andere (TAO turning against others)

Hierunter wird das direkte Gegenteil verstanden, nämlich die Aggressionswendung nach außen, auf ein Objekt hin gerichtet. Die Strategie beruht auf dem Attackieren eines realen oder mutmaßlich äußeren, als frustrierend wahrgenommenen, Objekts (Gleser und Ihilevich, 1969).

2.1.3.3 Projektion (PRO projection)

Dem Auslöser der Frustration werden Absicht und Böswilligkeit unterstellt. Im psychoanalytischen Kontext bedeutet Projektion die Übertragung der eigenen uneingestanden Gefühle auf andere. Dies kann zu schweren Vorurteilen gegenüber anderen, zu Zurückweisung von Vertrautheit durch ungewolltes Misstrauen, zu übertrieben dargestellter Angst vor Gefahrensituationen und dem Sammeln von erfahrenen Ungerechtig-

keiten führen (Vaillant, 1971). Ein solches Verhalten kann exzentrisch und ruppig wirken, bewegt sich jedoch immer innerhalb der Gesetze.

2.1.3.4 Reaktionsbildung (REV reversal)

Der Person, die für die Frustration verantwortlich gemacht wird, werden freundliche Motive zugeordnet. In der Bewertung werden dieser Person positive oder neutrale Eigenschaften unterstellt. Das heißt, dass der Aggressor etwa mit genau den entgegengesetzten Gefühlen bedacht wird, die eigentlich im Subjekt zugegen sind. Reaktionsbildung stellt eine Form von Leugnung dar. Dies kann sich unter anderem in der Form äußern, dass jemand überfürsorglich gegenüber anderen ist, sich eigentlich jedoch die Fürsorge für sich selbst wünscht oder man „hasst“ jemanden, den man eigentlich mag und „liebt“ umgekehrt verhasste Rituale oder Pflichten. Auch Mitleid kann eine Form der interpersonellen Reaktionsbildung sein. Reaktionsbildung beinhaltet die Identifikation mit dem Aggressor und die „altruistische Hingabe“ wie es Anna Freud beschrieb (1936 in: Vaillant, 1971).

2.1.3.5 Intellektualisierung/Rationalisierung (INT intellectualization)

Diese Strategie beschreibt den Versuch, aggressive Tendenzen verstandesgemäß zu neutralisieren. Die Frustration wird verniedlicht oder verharmlost. Ihre Folgen werden als unvermeidbar hingenommen. In der Definition nach Vaillant 1971 heißt es: Intellektualisierung bedeutet „über instinktive Wünsche in einer formalen, distanzierten Art und Weise nachdenken ohne den Inhalt der Wünsche auf sich wirken zu lassen. Der Ausdruck umfasst andere Mechanismen wie Isolation, Rationalisierung, Rituale, Passivität, magisches Denken und 'geschäftiges Arbeiten' [...] die hier als Cluster auftreten. Intellektualisierung beinhaltet die übertriebene Aufmerksamkeit auf das Leblose um innere Gefühle zu unterdrücken oder die Fixierung auf ein Detail, um das Ganze nicht zu sehen. Fixe Ideen und Zwänge, denen nicht nachgegeben wird, sind hier beinhaltet, so dass auch von einer gewissen Form intrapsychischen 'Verrückens' gesprochen werden kann“ (übersetzt durch die Autorin).

2.1.4 Messinstrumente

Abwehr und ihre Mechanismen sind ein beobachtbares Verhaltenskonstrukt (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.8). Lange Zeit wurde vor allem durch Fallstudien geforscht. Neue Erkenntnisse wurden induktiv durch Beobachtungen während Psychoanalytischen Sitzungen gewonnen.

Pioniere wie Wundt, Sir Francis Galton und McKeen Cattell entwickelten durch ihre

Versuche, die Psyche des Menschen zu operationalisieren und zu messen, die experimentelle Psychologie (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.8). Der Versuch Abwehr zu messen wurde oft kritisiert. Die Schwierigkeiten sah man in der den Abwehrmechanismen innewohnenden Eigenschaft als unbewussten Prozess, der nur unter großen Stressbedingungen mit gewissem psychischem Leidensdruck sichtbar werden könnte und in der Komplexität des Konstrukts an sich. Nichts als „blasse Nachbildungen“ (Kubie, 1952, S.708 in: Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.10) könnten provozierte Tests erreichen. Besonders Sigmund Freud - der „Vater“ der Abwehr - blieb Zeit seines Lebens skeptisch. Als Antwort auf eine der ersten Studien zu Repression schrieb er: „Ich kann diesen Bestätigungen keinen großen Wert beimessen, da die Fülle verlässlicher Beobachtungen auf die sich diese Behauptungen stützen, sie unabhängig von experimenteller Beweisführung machen. Zumindest kann sie [die experimentelle Verifikation] keinen Schaden anrichten“ (aus: MacKinnon und Dukas, 1962 in: Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.10; übersetzt durch die Autorin).

Dennoch wurde über die Jahre der Versuch unternommen, Abwehrmechanismen zu operationalisieren, zu quantifizieren und zu messen. Entsprechende Tests erfordern eine gute Reliabilität und (Konstrukt-, Concurrent- und prädiktive) Validität, um den Standardfehler kalkulierbar zu machen (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.11). Mittlerweile gilt das Konzept der Abwehrmechanismen als „empirisches Konstrukt“ (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.29) und nimmt somit einen eigenen Platz in der experimentellen Psychologie ein.

2.1.4.1 Klinische Beobachtung und Fremdbeurteilung

Über die Jahre wurden mehrere Ansätze zur Messung von Abwehr und ihren Mechanismen entwickelt. Die klinischen psychoanalytischen Beobachtungen wurden auf Interviews mit nachfolgender Einstufung über Niveaus durch Psychoanalytiker erweitert. Haan entwickelte 1965 den Q-Sort Aussagentest für zehn Coping- und zehn Abwehrmechanismen. Nach einem klinischen Interview und klinischen Beobachtungen wird hier eine entsprechende Einstufung vorgenommen. Diese wurden von Vaillant 1992 auf 18 Abwehrmechanismen erweitert. Dieser Test erreichte moderate Interrater-Reliabilität und bewies Kriterienvalidität (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.18). Außerdem sind hier das Rating System nach Ehlers (1983) und die Defense Mechanism Rating Scale DMRS von Perry (1990) zu nennen.

2.1.4.2 Projektive Verfahren

Auch auf die freie Assoziation des Probanden im klinischen Setting richtet sich die Methode nach Rorschach (1884-1922) als projektives Verfahren. Es beruht auf der In-

terpretation mehrerer standardisierter Tintenklecksbilder durch den Patienten und wird auf Hauptaspekte wie beispielsweise Fokuserlegung, eindeutige Assoziationen mit realen Objekten, Inhalten und Originalität der Antwort beurteilt. Systematisierung und eine ausführliche Anleitung durch komplexe Regeln und Prinzipien zur Beurteilung aus psychoanalytischer Sicht erfuhr der Rorschachtest durch Schafer 1954 (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.19). Kliniker machten viel Gebrauch von diesen Tests, in der Forschung haben weitere Abkömmlinge an Bedeutung gewonnen. Die Lerner Defense Scale LDS (Lerner und Lerner, 1980), der Rorschach Index of Suppressive Style RIRS (Luborsky, Crits-Christoph und Alexander, 1990) und die Rorschach Defense Scale profitieren von einer guten Validität und scheinen vielversprechend auf der Suche nach Abwehrindikatoren (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.20). Weitere gut untersuchte projektive Verfahren sind zum Beispiel die Holtzman Inkblot Technique HIT (Holtzman, Thorpe, Swartz und Herron, 1961), der Thematic Apperception Test TAT (Bellak, 1975; Cramer und Blatt, 1990) und, vor allem im deutschsprachigen Raum, der Color Pyramid Test CPT (Schaie und Heiss, 1964).

2.1.4.3 Percept-genetische Verfahren

Ein ganz anderer Testansatz versucht, Abwehrmechanismen in ihrem Verlauf festzuhalten und zu beurteilen. Als „Ereignisse im Zeitverlauf“ (Smith, 1957, S.306 in: Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.20) sollen percept-genetische Verfahren Abwehrmechanismen messen. Nach Kragh und Smith (1970) ermöglicht dieser Ansatz die Beobachtung der Abwehrreaktion bei ihrem Auftauchen, erfasst die Bedingungen, unter denen sie beobachtbar werden und kann sie dann nach festen Kriterien für die meisten Abwehrmechanismen deuten (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.20). Einer der meistgenutzten Tests und zugleich der erste seiner Art ist der Defense Mechanism Test DMT nach Kragh (1985). Hierbei werden einem Probanden in einem dunklen Raum per Tachistoskopie Bilder zunächst in einer Frequenz unterhalb der Wahrnehmungsschwelle ansteigend bis zu zwei Sekunden präsentiert. Dazu wird die Information gegeben, dass das Bild einen „Helden“ mit einem Instrument enthält, der von einer peripheren Person bedroht wird (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.135). Der Proband soll sagen, was er dabei sieht und ein Bild des Gesehenen zeichnen. Die Aussagen zusammen mit der Zeichnung werden danach bewertet.

2.1.4.4 Fragebogentechnik

Wie in allen anderen psychologischen Teilgebieten gibt es auch zur Testung der Abwehr eine große Auswahl an Selbstbeurteilungsfragebögen. Hier ist die experimentelle Psychologie jedoch mit einem großen Paradoxon konfrontiert. Wie kann sich ein Proband mit

seinen unbewussten Prozessen auf einer kognitiven Ebene während der Bearbeitung eines Fragebogens auseinandersetzen (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.21)? Des Weiteren wird für die Selbstbeurteilungsbögen in Frage gestellt, ob eine Trennung von Verhaltenskorrelaten, die auf unbewussten Abwehrmechanismen beruhen, von symptombezogenen Verhaltenskorrelaten möglich ist. Das bedeutet, dass von der Seite der Kritiker die Konstruktvalidität dieser Fragebögen generell bezweifelt wird (Schauenburg, Schüssler und Leibing, 1991 in: Geiser et al., 2003).

- Gleser und Ihilevich bedienten sich in ihrem Defense Mechanism Inventory DMI (1969) einer Kompromisslösung aus projektiven Techniken und psychometrischen Methoden. In zehn verschiedenen realitätsnahen Geschichten zu konflikthaften Themen wie zum Beispiel Autorität, Unabhängigkeit, Geschlechterrolle oder Wettkampf bestehen jeweils fünf Antwortmöglichkeiten, die die Mechanismen „Wendung gegen das eigene Selbst“, „Wendung gegen andere“, „Projektion“, „Prinzipialisierung“ und „Umkehrung“ abdecken. Hier sollen jeweils die am ehesten wahrscheinliche und die unwahrscheinlichste Reaktionsweise ausgewählt werden, um das Ausmaß des Gebrauchs spezifischer Mechanismen abschätzen zu können. Jede beschriebene Situation soll auf den Ebenen Gefühl, Handlung, Gedanken und impulsive Phantasien beurteilt werden (Gleser und Ihilevich, 1969). Der DMI ist der Picture Frustration Study von Rosenzweig (1945) nachempfunden. Abkömmlinge des DMI liegen in mehreren Sprachen vor. Deutschsprachige Varianten sind der Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien FKBS von Hentschel, Kiessling und Wiemers (1998, Kapitel 3.3.1.2) und der Test Selbstbewertung von Abwehrkonzepten SBAK von Ehlers und Peter (1989), indem Abwehr durch Erinnerung an traumatische Erlebnisse (z.B. Hilflosigkeit, Liebesverlust, Kastrationsangst) provoziert werden soll (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.22).
- Selbstbeurteilungsfragebögen scheinen Bond durchaus geeignet, Abwehr zu messen. Für ihn kann Abwehr unter bestimmten Bedingungen für das Individuum selbst sichtbar werden oder es wird ihm zumindest durch sein Verhalten von anderen gespiegelt (1986a in Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.23). Er entwickelte den Defense Style Questionnaire DSQ (1986b), in dem 24 Mechanismen gemessen werden.
- Der Life Style Index LDI von Plutchik, Kellerman und Conte (1979) orientiert sich an der Psychoevolutionstheorie der Gefühle (Plutchik, 1980). Hier werden in einer multidimensionalen Skala Gefühle, die sich mit Konflikten auseinandersetzen, in ihrer spezifischen Verbindung zu Abwehrmechanismen und gleichzeitig vor dem Hintergrund des Adaptionsvermögens gemessen (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.23).

- Der Defense Mechanisms Questionnaire DMQ von Kreidler und Kreidler (1972) bezieht sich auf sieben Standardsituationen, in denen moralische allgemeine Vorstellungen missachtet werden. Mit Hilfe von vorgegebenen Alternativen, unter anderem durch Rationalisierung, Leugnen oder Projektion, soll der Proband eine Erklärungsmöglichkeit für die Situation geben.
- Kreidler und Kreidler stellten 1976 (und 1982) den Cognitive Orientation Self-Report Inventory for Defense Mechanism vor. Für sie sind Abwehrmechanismen kognitive Strategien zur Lösung innerer Konflikte. Sie befinden sich auf der Planungsebene einer Reaktion, getriggert durch einen Stimulus und den damit verbundenen Einstellungen (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.24). Die Fragen beziehen sich auf Normen, grundsätzliche Einstellungen, Einstellung zu sich selbst und Ziele.

2.1.4.5 Indirekte Auswertungsverfahren

Einen indirekten Erfassungsansatz machen Methoden, die Abwehrmechanismen durch systematisierte Inhaltsanalyse nach Aufzeichnung von Patientengesprächen studieren, die von schlimmen persönlichen Erfahrungen handeln (Gottschalk und Gleser, 1969). Andere analysieren solche Inhalte auf Basis von Videoaufzeichnungen (Bauer und Rockland, 1995).

Ein weiteres neueres Instrument ist das computergestützte Auswertungssystem zur Inhaltsanalyse von psychoanalytischen Texten nach dem David Liberman Algorithmus DLA von Liberman und Maldavsky (1975, 2003). Es ist in der Lage, mehrere Schriften miteinander zu vergleichen und geringste Unterschiede aufzuzeigen (Maldavsky et al., 2003).

2.1.5 Zusammenfassung

Die Abwehr mit ihren Mechanismen ist ein Konstrukt aus der psychoanalytischen Theorie. Sie beschreibt einen unbewussten Verhaltensprozess auf eine Bedrohung des Selbst, um Angst zu reduzieren. Mittlerweile wird das Konstrukt in allen Teilgebieten der Psychologie erforscht. Hierzu wurden und werden unterschiedliche Methoden entwickelt. Ein anderer Begriff, Coping, entwickelte sich im Zuge der Diskussion um Abwehrmechanismen, da diese zunehmend weitläufig ausgelegt wurden. So beschreibt Coping die kognitiv bewusste Form der inneren Spannungs- und Angstbewältigung, die das Individuum in bedrohlich wirkenden Situationen anwendet. Inwiefern diese beiden Konstrukte voneinander zu trennen sind oder ob es Überschneidungen gibt, ist Gegenstand von Diskussionen.

In dieser Arbeit werden fünf Konfliktbewältigungsstrategien, ein Forschungsbegriff der zwischen Abwehr und Coping rangiert, bei einer Patientengruppe mit somatoformer Störung und drei Vergleichsgruppen untersucht. Die Strategien Wendung gegen das Selbst, die Wendung gegen andere, Projektion, Reaktionsbildung und die Intellektualisierung stehen hier im Vordergrund. Die Entität somatoforme Störung wird im folgenden Kapitel ausführlich behandelt.

2.2 Somatoforme Störungen

2.2.1 Definition und Epidemiologie somatoformer Störungen

Die Diagnose einer somatoformen Störung umfasst allgemein das Auftreten körperlicher Beschwerden in einem oder mehreren Organsystemen, die die Patienten über einen längeren Zeitraum stark in sozialen, beruflichen und anderen Bereichen beeinträchtigen, jedoch durch medizinische Untersuchungen nicht hinreichend erklärt werden können.

In den Klassifikationssystemen ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision) der World Health Organisation und dem DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, vierte Edition) der American Psychiatric Association stellen somatoforme Störungen eigene Kapitel. Im ICD-10 sind sie unter F45 beschrieben, im DSM-IV findet man sie in dem Kapitel 300.81 (siehe Tabelle 2.2).

In beiden Klassifikationssystemen werden die somatoformen Störungen weiter unterteilt. Obwohl sich die Untergliederungen nicht gänzlich überschneiden, können im weiteren Sinne Somatisierungsstörung und undifferenzierte Somatisierungsstörung, sowie hypochondrische Störung, somatoforme autonome Funktionsstörung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung und sonstige somatoforme Störungen als untergeordnete Diagnosen betrachtet werden. Außerdem werden die dissoziative Störung der Bewegung und Empfindung oder Konversionsstörung, Neurasthenie und umweltbezogene Körperbeschwerden zum Formenkreis der somatoformen Störungen gezählt (Rudolf und Henningsen, 2008).

Die genaueren Kriterien für eine Somatisierungsstörung sind sehr umfangreich. Zur Diagnose nach DSM-IV müssen multiple Körperbeschwerden - mindestens acht aus vier verschiedenen Organsystemen - vorliegen, die seit mehr als zwei Jahren bestehen, vor dem 30. Lebensjahr begonnen haben und über mehrere Jahre anhalten (APA, 1996, S.510). Die Beschwerden werden als signifikant angesehen, wenn sie entweder zu einer medizinischen Behandlung oder zu erheblichen beruflichen, sozialen und anderen Einschränkungen des Alltags führen (APA, 1996, S.510). Das Ausmaß der persönlichen Einschränkungen geht weit über das erwartete Maß durch die Beschwerdesymptomatik

2 Hintergrund: Definitionen und Begriffserklärungen

| Diagnose | nach DSM IV | nach ICD-10 |
|---|-------------|-----------------------|
| Somatisierungsstörung | 300.81 | F45.0 |
| Undifferenzierte somatoforme Störung | 300.81 | F45.1, F48.0 |
| Konversionsstörung | 300.11 | F44.xx |
| Schmerzstörung | 307.xx | F45.4 |
| Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren | 307.80 | F45.4 |
| Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen als auch medizinischen Krankheitsfaktoren | 307.89 | F45.4 |
| Hypochondrie | 300.7 | F45.2 |
| Körperdysmorphie Störung | 300.7 | F45.2 |
| Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung | 300.81 | F45.9, F44.xx, F45.xx |
| Somatoforme autonome Funktionsstörung | | F45.3 |
| Sonstige somatoforme Störung | | F45.8 |
| Neurasthenie | | F48.0 |

Tabelle 2.2: Diagnosekategorien somatoformer Störungen nach DSM-IV und ICD-10. Modifiziert nach: DSM-IV (ASA, 1996, S.43)

hinaus (APA, 1996, S.510).

Die undifferenzierte Somatisierungsstörung beschreibt das Vorliegen eines oder mehrerer Symptome über eine Zeitspanne von mindestens sechs Monaten. Körperliche Leiden ohne organischen Krankheitswert von kürzerer Dauer werden nach dem amerikanischen Klassifikationssystem als nicht näher bezeichnete somatoforme Störung deklariert.

Zu beachten ist, dass Substanzmissbrauch oder andere psychische Störungen die Be-

schwerden nicht vollständig erklären, Komorbiditäten können vorliegen (APA, 1996, S.511). Die Symptome stehen außerdem nicht unter willentlicher Kontrolle, das heißt, sie sind nicht durch Simulation vorgetäuscht.

Da die Diagnosekriterien verhältnismäßig wenig valide sind, ist die Häufigkeit von somatoformen Störungen schwer abzuschätzen (Creed und Barsky, 2004). Allgemein sind sie ein häufiges Phänomen im Gesundheitswesen. Im Bundesgesundheitsurvey von 1999 liegen sie in Deutschland bei den psychischen Störungen mit einer Vier-Wochen-Querschnitts-Prävalenz von 7,5 Prozent auf Platz zwei nach den Angststörungen und affektiven Störungen (Wittchen et al., 1999). Über die gesamte Lebenszeit gesehen liegt die Prävalenz bei 12,9 Prozent, hinter den Suchterkrankungen und Angststörungen (Meyer et al., 2000). Für die eng umschriebene Somatisierungsstörung auf Bevölkerungsebene liegt die Prävalenz bei unter 0,8 Prozent, mit erweiterten Kriterien ergibt die Auswertung mehrerer Studien Prävalenzen bis zu 19 Prozent (Creed und Barsky, 2004). Internationale Studien geben für Somatisierung in der Gesamtbevölkerung und der primären medizinischen Versorgung Prävalenzen bis zu 28 Prozent an (Hanel et al., 2009). Wird allgemein die Patientengruppe mit anhaltenden, organisch nicht hinreichend erklärten Körperbeschwerden, den so genannten „medically unexplained symptoms MUS“, betrachtet, findet man in der Primärversorgung mindestens 25 Prozent aller Patienten, die diese Besonderheit erfüllen (Rudolf und Henningsen, 2008). In der fachärztlichen Versorgung wird mit einer Prävalenz von bis zu 50 Prozent berichtet (Nimnuan, Hotopf und Wessely, 2001).

In vielen Fällen einer somatoformen Störung leiden die Betroffenen gleichzeitig unter Depression und/oder Angststörungen, so dass viele Autoren von einem Kontinuum dieser Dimensionen körperlichen und psychischen Leidens ausgehen (Escobar, Hoyos-Nervi und Gara, 2002; Beutel, Michal und Subic-Wrana, 2008). Das heißt, dass die Erkrankungen nicht streng voneinander getrennt betrachtet werden sollten, sondern dass die Symptome eines Patienten häufig miteinander einhergehen. Etwa die Hälfte der Patienten in der Primärmedizin, die hohe Werte auf Somatisierungsskalen erreichen, leiden zusätzlich unter verschiedenen Formen von Depression oder Angststörungen (Löwe et al., 2008). Die Zahlen für die Komorbidität mit Depression wurden in einer Metaanalyse mit 41 bis 59 Prozent angegeben (Henningsen, Zimmermann und Sattel, 2003). In einer Studie von Martin et al. wurde die Komorbidität mit Depression mit 43 Prozent und mit Angststörungen mit 68 Prozent beziffert (2007). Diese Zahlen belegen auf jeden Fall die besondere psychosoziale Belastung von Patienten mit somatoformen Störungen.

2.2.2 Soziodemographische und psychobehaviorale Charakteristika von Patienten mit somatoformen Störungen

In der Regel sind Frauen häufiger von einer somatoformen Störung betroffen als Männer (Meyer et al., 2000; Barsky, Peekna und Borus, 2001). Zum Zeitpunkt der Diagnose haben sie im Mittel ihr fünftes Lebensjahrzehnt begonnen (Beutel, Michal und Subic-Wrana, 2008); somatoforme Störungen sind aber in jedem Lebensalter beschrieben und haben vor allem bei schweren Verläufen ihren Beginn häufig in der Adoleszenz (Creed und Barsky, 2004). Die Dauer der Schulausbildung liegt im unteren Durchschnitt und der sozioökonomische Status ist eher niedrig (Creed und Barsky, 2004; Meyer et al., 2000; Sigvardsson et al., 1984 in: Sauer und Eich, 2007). Somatoforme Störungen sind in allen Kulturen ein häufiges Problem (Henningsen, Zipfel und Herzog, 2007), allerdings können in verschiedenen Kulturkreisen verschiedene Symptome präsentiert werden (APA, 1996, S.511).

Patienten mit einer somatoformen Störung stehen unter einem starken Leidensdruck. Die Beschwerden können die Lebensqualität und das Funktionieren im Alltag so stark einschränken, dass die Patienten arbeitsunfähig werden (Reid et al., 2003; Rief, Ihle und Pilger, 2003; Rief et al., 2005).

Zu den weithin anerkannten psychobehavioralen Charakteristika zählen bisher gesundheitsbezogene Angst, negative Krankheitswahrnehmung wie selektive Aufmerksamkeit und übermäßige Besorgnis bei Symptomen und Krankheit oder Fehlattribution von Beschwerden im Sinne von Katastrophisieren (Internetquelle[187]). Auch Persönlichkeitsmerkmale wie Erfolgsorientiertheit, die Neigung, zu hohe Ansprüche an sich selbst zu stellen, Fürsorge für andere und Schwierigkeiten zwischenmenschliche Konflikte auf sozial kompatibelem Weg zu lösen, werden beschrieben (Beutel, Michal und Subic-Wrana, 2008).

Nach medizinischer Exploration der meist chronischen Beschwerden seien die somatoformen Patienten durch die Ergebnislosigkeit der Untersuchungen frustriert, glaubten nicht an das ärztliche Urteil und suchten weiter nach Spezialisten, die ihren Beschwerden eine organische Ursache bestätigen (Martin et al., 2007). Das hilfesuchende Verhalten in Kombination mit dem so genannten „doctor hopping“ macht solche Patienten zu „high utilizern“ im Gesundheitssystem, was auch zu überdurchschnittlich hohen direkten wie indirekten Gesundheitskosten führt (Kroenke, 2003; Barsky, Orav und Bates, 2005; olde Hartmann et al., 2009). Waller und Scheidt beschreiben ein hilfesuchendes Verhalten dieser Patientin mit ausgeprägter Symptomklage, die gleichzeitig jedoch Hilfe ablehnten (2006).

Andere Studien (z.B. Peters et al., 1998; Voigt et al., 2010; Groben und Hausteiner, 2011) konnten zeigen, dass das Vorurteil der fixierten organischen Kausalattribution

der medizinisch unerklärten Beschwerden auf Seiten der Patienten nicht ganz zutreffend ist. Ärzte neigten dagegen scheinbar dazu, geäußerte psychosoziale Anmerkungen und Erklärungsmodelle von somatisierenden Patienten zu übergehen (Ring et al., 2005, Henningsen, Fazekas und Sharpe, 2011). Öfter als ihre Patienten würden sie symptomatische Therapien vorschlagen, Symptome normalisieren und recht sparsam mit verbalem Mitgefühl für die Leiden ihrer Patienten umgehen (Ring et al., 2005). Gründe hierfür könnten unter anderen darin liegen, dass sich die medizinischen Ärzte in ihrer Expertise herausgefordert fühlen (Kenny, 2004) und sich unsicher im Umgang mit diesen Patienten durch eine psychologische Herangehensweise fühlen (Henningsen, Fazekas und Sharpe, 2011).

Auf ein vorschnelles direktes Angebot einer Überweisung an einen Psychologen oder Psychiater reagierten die Patienten oft ablehnend, da das Stigma des „psychisch Kranken“ gefürchtet werde (Escobar, Hoyos-Nervi und Gara, 2002; Lahmann, Henningsen und Noll-Hussong, 2010).

2.2.3 Ätiologie

Wie sich eine somatoforme Störung entwickelt, ist bisher noch größtenteils unklar. Viele Studien haben gezeigt, dass eine Integration des Patienten mit seinen Leiden in ein individuelles biopsychosoziales Modell von Vorteil ist (von Uexküll, 2003). Darin wird ein Ungleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren in der Kindheit, ein Nachahmen des Krankheitsverhaltens innerhalb der Familie, eine zentral veränderte Stressverarbeitung und aktuell schwierige Lebenssituationen berücksichtigt (Egle et al., 2000; Henningsen, Zipfel und Herzog, 2007). Diese Erklärung weicht vom klassischen „Leib-Seele-Dualismus“, der in der westlichen Medizin heute noch weit verbreitet ist, ab. Der Mensch wird als Gesamtwesen mit seiner Konstitution, seiner Struktur und seiner Geschichte vor dem Hintergrund seiner aktuellen Lebensverhältnisse betrachtet. Psychische Befindlichkeiten können körperlich repräsentiert werden, wie auch umgekehrt körperliche Sensationen den psychischen Zustand eines Menschen beeinflussen. Der Mensch als Ganzes empfindet, die Übergänge zwischen Körper und Seele sind fließend. Historische Wurzeln in der Psychosomatik gründen auf den Theorien von Franz Alexander und Thure von Uexküll. Ihre psychodynamischen Konzepte von „funktionellen“ und „psychovegetativen“ Störungen beschreiben die „Körperbeschwerden als unspezifischen Ausdruck eines psychischen Konflikts beziehungsweise als Folge einer in den frühen Entwicklungsstadien angelegten Unfähigkeit zur ‘De-Somatisierung’ von Affekten“ (Rudolf und Henningsen, 2008, S.235).

In Studien untersuchte mögliche Indikatoren in der Vorgeschichte der Patienten fanden bestimmte Gemeinsamkeiten wie mangelnde Geborgenheit im Elternhaus, wenig

Verständnis des Partners für die Beschwerden und geringe Qualität der Partnerschaft, die die Entwicklung einer somatoformen Störung begünstigen können (Egle et al., 2000). Assoziationen somatoformer Störungen mit traumatischen Erfahrungen bis hin zum körperlichen sowie sexuellen Missbrauch in der Kindheit wurden untersucht. Es zeigten sich Zusammenhänge solcher Erfahrungen mit nachfolgenden biologischen Veränderungen auf physiologischem Niveau (Kapfhammer, 2008). Vieles spricht dafür, dass frühkindliche Konflikte und Stress wesentliche, wenn auch in ihrer Spezifität umstrittene ätiologische Faktoren für somatoforme Störungen darstellen (Egle et al., 2000; Kapfhammer, 2008; AWMF-Leitlinien "Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden", Hausteiner-Wiehle et al., Stand 10/2010). Durch frühe traumatische Erlebnisse wären eine gestörte Affektregulation und unsicheres Bindungserleben denkbar (Waller und Scheidt, 2002, 2006). Durch solche kognitiv-emotionalen Defizite könnte ein nach außen orientierter, mechanischer Stil der Wahrnehmung und des Denkens entstehen, der die Fähigkeit einschränkt, Gefühle zu verbalisieren („pensée opératoire“ Marty, de Muzan und David, 1963 in: Beutel, Michal und Subic-Wrana, 2008). Somit sind biographische Belastungen und psychosoziale Konfliktsituationen untrennbar mit dem Krankheitsbild verbunden.

Spätere, oft aktuelle psychosoziale Belastungen, stellen dagegen möglicherweise eher Auslöser für somatoforme Störungen dar. Am häufigsten beschreibt die Literatur hier negative Lebensereignisse, chronische psychosoziale Belastungen, ungünstiges Copingverhalten und mangelnde Unterstützungsressourcen (Kapfhammer, 2008).

Allerdings bestimmen die hier beschriebenen ätiologischen Faktoren vor allem das psychodynamische oder psychoanalytische Forschungsfeld und sind vor dem Hintergrund des hier untersuchten Themas zu Konfliktbewältigungsstrategien zu sehen.

2.2.4 Kritik an der aktuellen Klassifikation somatoformer Störungen

Aufgrund der bevorstehenden Neuauflagen der ICD-10 und des DSM-IV wird die Kategorie der somatoformen Störungen derzeit kontrovers diskutiert. Bisher sind somatoforme Störungen eine Ausschlussdiagnose mit unzureichender Vorhersagevalidität, die die Diagnosestellung verzögert und von Ärzten und Patienten als unbefriedigend erlebt wird (Hausteiner et al., 2009; Dimsdale und Creed, 2009). Die Erfassung typischer Charakteristika der Patienten („Positivkriterien“) könnte dagegen zu einer früheren Identifikation Betroffener führen und auch von therapeutischer Bedeutung sein. Bisher vorgeschlagen wurden z.B. die Symptomanzahl, -dauer oder bestimmte Symptommodalitäten (Escobar, Hoyos-Nervi und Gara, 2002; Kroenke, 2003; Barsky, Orav und Bates, 2005; Creed, 2009). Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass auch bestimmte psychobehaviorale Charakteristika wie eine besonders starke Krankheitsüberzeugung trotz Versicherung des Gegen-

teils nach adäquaten medizinischen Untersuchungen, Gesundheitsangst oder katastrophisierendes Denken Prädiktoren für somatoforme Störungen darstellen könnten (Rief et al., 2005, 2007; Waller und Scheidt, 2006; Dimsdale und Creed, 2009; Internetquelle[187]).

2.2.5 Somatisierung und somatoforme Störungen: Die Rolle von Abwehr, Coping und Konfliktbewältigung

Zur Frage, welche Rolle Abwehr und insbesondere maladaptive Konfliktbewältigungsstile in der Ätiologie, Auslösung oder Aufrechterhaltung somatoformer Störungen spielen, gibt es Einiges an theoretischer Literatur, jedoch relativ wenige empirische Daten. Dissoziative Elemente spielen hier eine Rolle. Sie stellen spaltende Vorgänge dar, die angsterregende Wahrnehmungen fern vom bewussten Erleben halten sollen (Bucci, 1997 in: Waller und Scheidt, 2006; Grabe, Freyberger und Spitzer, 2007). Dissoziation kann Ausdruck einer fehlenden Integration der somatoformen Komponente von Erfahrungen, Funktionen und Reaktionen sein, die sich dann in sensorischen Symptomen ausdrückt (nach Nijenhuis, 2004 in: Gupta, 2006). Grabe, Freyberger und Spitzer (2007) sprechen sogar von einem „dissoziativ-somatoformen Kontinuum“.

Ebenso ist die Regression, also der Rückzug in eine frühere Phase der psychischen Entwicklung durch angsterregender Ereignisse hier von Bedeutung (Aisenstein, 2008; Beutel, Michal und Subic-Wrana, 2008). Das heißt, dass der Patient mit einem inneren Konflikt auf mentaler Ebene nicht umgehen kann und den Konflikt auf Körperebene, ähnlich dem überforderten Kleinkind, präsentiert. Dieser körperliche Affekt wird dann als Krankheit missinterpretiert.

Die Verdrängung oder Repression eines Konflikts erfolgt nach Mitscherlich (1974 in: Beutel, Michal und Subic-Wrana, 2008) in Momenten, in denen die Angst den Patienten zu überwältigen droht, weil die psychischen Abwehrmechanismen nicht ausreichen.

Somatisierung selbst kann ebenfalls als Abwehr innerer Konflikte dienen (nach Menninger, 1947 in: Beutel, Michal und Subic-Wrana, 2008). „Eine funktionelle Störung besagt, dass der Patient in einer Konfliktlage war, die er durch seine Erkrankung zu lösen suchte“ (Balint und Balint, 1962 in: Zepf, 1986). Ähnlich einer Konversion (Übertragung) wird der Konflikt auf die Organebene verschoben, ohne jedoch mit ihr in symbolischem Bezug zu stehen – im Gegensatz zur Konversion (Zepf, 1986). Laut Lipowsky (1988) führt psychosoziales Leiden bei Somatisierenden zu einer verstärkten Wahrnehmung und Kommunikation somatischer Beschwerden. Dies mündet wiederum in einem verstärkten Hilfesuchen, wodurch, wenn dem Gesuch nachgekommen wird, kurzfristig Wohlbefinden hergestellt werden kann.

Generell geht man bei Patienten mit somatoformen Störungen eher von unreifer oder maladaptiver Abwehr aus: In einer Studie zu Patienten mit psychogenen nicht-epileptischen

Krampfanfällen wurden erhöhte Werte für die Bewältigungsstrategie „Flucht/Vermeidung“ gemessen, während die Strategie „planhafte Problemlösung“ deutlich niedrigere Werte gegenüber der gesunden Kontrollgruppe erreichte (Goldstein et al., 2000). Es wurden bei somatoformen Patienten vor allem unreife Konfliktbewältigungsstrategien wie die Wendung gegen das Selbst TAS oder Projektion PRO beobachtet (Egle et al., 2000). Laut Kapfhammer (2008) spielt ein reduziertes Copingverhalten, unter anderen Lebensaspekten, eine „entscheidende Rolle in der Auslösung, Exazerbation und Aufrechterhaltung von Somatisierungsverhalten“, indem es zu erhöhtem psychosozialen Stress führt.

2.2.6 Zusammenfassung und Überleitung: Hypothesen dieser Arbeit

Aufgrund ihrer Prävalenz und häufig auch ihres Schweregrades stellen somatoforme Störungen, trotz aller bisherigen klassifikatorischen Unschärfen, ein erhebliches Problem im Gesundheitswesen dar, das bis dato in Wissenschaft und Versorgungslandschaft nicht genügend Beachtung gefunden hat. Entscheidend für eine validere Klassifikation und bessere Versorgung ist nun unter anderem eine breitere Evidenzbasis hinsichtlich klinischer und psychobehavioraler Charakteristika von Patienten mit somatoformen Störungen. Nach der ausführlichen Darstellung des wissenschaftlichen Hintergrunds zu Abwehrmechanismen und Konfliktbewältigungsstrategien einerseits und somatoformen Störungen andererseits will die vorliegende Arbeit deshalb nun ganz konkret die Verteilung verschiedener Konfliktbewältigungsstrategien bei Patienten mit somatoformen Störungen untersuchen.

Dafür werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- **Allergie- Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen weisen vermehrt unreife oder maladaptive Konfliktbewältigungsstrategien auf (Projektion, Wendung gegen das Selbst, Wendung gegen andere).**

Wir gehen davon aus, dass im Sinne der psychoanalytischen Theorie bei Patienten mit somatoformen Störungen Konflikte auf eine unreife oder maladaptive Weise bewältigt werden. Dies kann zum Beispiel durch Verlagerung des Konflikts geschehen, der dann auf somatischer Ebene deutlich wird. Projektion als Konfliktbewältigungsstrategie, die den Aggressor im Gegenüber sucht und damit nach außen verlagert, sollte bei dieser Gruppe hohe Werte erzielen. Auch die Wendung gegen das Selbst und die Wendung gegen andere sollten im Vergleich mit den psychisch scheinbar nicht beeinträchtigten Patientengruppen stärker zur Anwendung kommen. Einhergehend damit nehmen wir an, dass die neurotischen oder adaptiveren Konfliktbewältigungsstrategien wie Intellektualisierung oder Reaktionsbildung weniger präsent sind.

- **Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen weisen überwiegend reife oder adaptive Konfliktbewältigungsstrategien auf (Intellektualisierung, Reaktionsbildung).**

In dieser Studie befanden sich die Patienten ohne somatoforme Störungen zwar zum Befragungszeitpunkt in einer unklaren Situation bezüglich der Genese ihres Leidens. Sie waren jedoch tatsächlich überwiegend organisch erkrankt und leiteten nicht an einer somatoformen Störung. Für sie rechnen wir mit einem eher adaptiven Konfliktbewältigungsmuster. In wiefern sich der beschriebene Unsicherheitsfaktor zu Anfang der stationären Abklärung auswirkt, bleibt abzuwarten. Die Hypothese lautet, dass hier vor allem für Intellektualisierung und die Reaktionsbildung hohe Werte erzielt werden.

- **Therapie-Patienten mit bekannter Insektengiftallergie weisen überwiegend adaptive Konfliktbewältigungsstrategien auf (Intellektualisierung, Reaktionsbildung).**

Auch die Kontrollgruppe der Patienten mit bereits bekannter Insektengiftallergie, die sich zur spezifischen Venom-Immunotherapie vorstellte und keine somatoforme Störung aufwies, sollte ein adaptives Muster an Konfliktbewältigungsstrategien aufweisen. Auch hier werden für die Intellektualisierung und Reaktionsbildung hohe Werte erwartet.

- **Depressive Patienten der MPS weisen vermehrt den unreifen oder maladaptiven Konfliktbewältigungsstil der Wendung gegen das Selbst auf.**

Dagegen wird für die Gruppe der depressiven Patienten der Münchner Psychotherapie Studie ein eher unreifes oder maladaptives Konfliktbewältigungsspektrum postuliert. Gemäß der Krankheitspräsentation nehmen wir an, dass der Gebrauch der Wendung gegen das Selbst deutlicher ausgeprägt sein wird als andere hier präsentierte Konfliktbewältigungsstrategien. Aber auch die Wendung gegen andere und die Projektion als weitere unreife oder maladaptive Mechanismen dürften bei Patienten mit Depression vermehrt zum Ausdruck kommen. Dagegen schätzen wir die Werte für die Intellektualisierung und die Reaktionsbildung geringer ein.

- Außerdem gehen wir davon aus, dass sich die verschiedenen Konfliktbewältigungsmuster der Subgruppen trotz möglicher Mitbeeinträchtigung durch hohe Werte für die psychischen Dimensionen Somatisierung, Depressivität und generalisierte Angst voneinander unterscheiden lassen. Das Antwortverhalten im FKBS wird nicht durch die Ergebnisse in diesen psychischen Dimensionen erklärt werden. Das heißt, dass Abwehr gewissermaßen als eigene psychische Dimension gewertet wird.

2 Hintergrund: Definitionen und Begriffserklärungen

Wir rechnen also nicht mit einem direkten Zusammenhang von Somatisierung, Depressivität oder Angst und den Konfliktbewältigungsstrategien.

3 Patienten und Methode

3.1 Die SomA-Studie

Die Datenerhebung zur Erfassung von Konfliktbewältigungsstrategien bei Patienten mit somatoformen Störungen und bei zwei Vergleichsgruppen fand im Rahmen der übergeordneten SomA-Studie statt (Hausteiner, Bornschein, Bubel, Groben, Lahmann, Grosber, Löwe, Eyer, Eberlein, Behrendt, Darsow, Ring, Henningsen und Huber, 2009; Hausteiner, Huber, Bornschein, Grosber, Bubel, Groben, Lahmann, Löwe, Eyer, Eberlein, Ring, Behrendt, Darsow und Henningsen, 2010).

Die SomA-Studie wurde im Jahr 2007 von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Technischen Universität München in Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein desselben Universitätsklinikums durchgeführt. Das Akronym „SomA“ leitet sich vom neutralen Studientitel „**S**omatische Beschwerden in der **A**llergologie“ ab. Hauptziele waren die Untersuchung der Prävalenz von organisch nicht hinreichend erklärten Beschwerden nach einer ausführlichen allergologischen Diagnostik sowie kriteriumsgemäß nach DSM-IV ausgeprägter somatoformer Störung in einem verhältnismäßig vorselektierten Kollektiv stationärer Allergie-Abklärungspatienten. Zum anderen sollten in einem explorativen Ansatz mögliche psychobehaviorale Prädiktoren für medizinisch unerklärte Beschwerden beziehungsweise somatoforme Störungen herausgearbeitet werden. Dabei wurden die Patienten zu Themen wie maladaptive Kognitionen, Emotionen, bestimmte Verhaltensmuster im Bezug auf das Gesundheitssystem und gesundheitsbezogene Lebensqualität befragt. Auch die Erhebung zu Konfliktbewältigungsstrategien, die der eigentliche Gegenstand dieser Arbeit sind, wurde im Rahmen der SomA-Studie durchgeführt. Mit der SomA-Studie sollte ein empirischer Beitrag zur frühen Identifikation medizinisch unerklärter Beschwerden und somatoformer Störungen geleistet werden, auch im Hinblick auf die Formulierung von Positivkriterien in den neuen Klassifikationssystemen DSM-V und ICD-11.

Die SomA-Studie wurde von der Ethikkommission der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München genehmigt und durch die Kommission für Klinische Forschung KKF der TU München gefördert.

Hinsichtlich des Vorliegens einer somatoformen Störung konnten in dem Kollektiv der

Abklärungspatienten zwei Gruppen unterschieden werden. Eine Gruppe mit somatoformer Störung als Ursache ihrer Beschwerden (SFS), die andere Gruppe ohne diese psychiatrische Diagnose (NoSFS) (Hausteiner et al., 2009). Außerdem wurde zur Kontrolle eine Stichprobe erfasst, die aus Patienten bestand, die wegen einer Hymenopteren-giftallergie zur Hyposensibilisierungstherapie stationär aufgenommen wurden (VIT). Die wichtigsten Ergebnisse der Studie sind die Identifizierung psychobehavioraler Merkmale, die Patienten mit SFS von denen der Abklärungsgruppe ohne SFS und den VIT trennten (Somatisierung, Unzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen, reduzierte persönliche Kontrolle der körperlichen Symptome, geringere Aufmerksamkeit körperliche Symptome zu scannen, Krankheitsüberzeugung). Daraus konnte ein Modell errechnet werden, das die Zugehörigkeit zur Patientengruppe mit somatoformer Störung gut voraussagen kann (Hausteiner et al., 2009).

Andere Auswertungen der SomA-Studie beschäftigten sich mit qualitativen und quantitativen Unterschieden hinsichtlich psychobehavioraler Charakteristika somatoformer Störungen zwischen den Subtypen (Hausteiner et al., 2009), Vorhersagbarkeit einer fehlenden organischen Erklärbarkeit (Hausteiner et al., 2010), der Rolle somatischer Ursachenattributionen (Grobe und Hausteiner, 2011) und magischen Denkens (Hausteiner-Wiehle und Sokollu, 2011) bei somatoformen Störungen.

Im Folgenden werden die für die vorliegende Arbeit relevanten methodischen Aspekte genauer erläutert.

3.1.1 Rekrutierung und Patientenkollektiv

In der allergologischen Ambulanz wurden alle Patienten, die sich zu einer stationären Abklärung allergieverdächtiger Beschwerden vorstellten, auf die Studie aufmerksam gemacht. Sie bekamen von Mitarbeiterinnen der Ambulanz ein Informationsblatt ausgehändigt, das kurz über die Durchführung und Ziele aufklärte.

In den ersten beiden Tagen nach Aufnahme wurden die Patienten durch zwei Mitarbeiterinnen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in einem Gespräch mündlich ausführlich über die Studie aufgeklärt und um ihr Einverständnis zur Teilnahme gebeten. Bei allen Patienten wurde die Teilnahmebereitschaft schriftlich eingeholt. Zu den Einschlusskriterien zählten gute Deutschkenntnisse und ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Das Sprachverständnis war zur authentischen Bearbeitung der Selbstbeurteilungsfragebögen gefordert. Die Altersgrenzen wurden gesetzt, um zum einen die juristische Frage im Umgang mit Angaben von Minderjährigen zu umgehen. Zum anderen wurden Patienten jenseits des 65. Lebensjahres nicht eingeschlossen, da die Zahl der Komorbiditäten im höheren Alter ansteigt und dadurch eventuell sowohl die organische als auch die psychiatrische Diagnostik beeinflusst werden kann.

Innerhalb von elf Monaten wurden konsekutiv Patienten mit bisher organisch unerklärten Beschwerden im allergischen Kontext in die Studie aufgenommen. Alle Patienten folgten einer Überweisung durch medizinische Institutionen außerhalb der Klinik, um die allergologische Diagnostik in einem spezialisierten Zentrum in stationärem Rahmen umfassend und nach modernsten medizinischen Standards durchzuführen. Es fand somit eine qualitative Selektion der möglichen Probanden im Vorfeld statt. Ausschließlich Patienten, deren Beschwerden von Ärzten als ausreichend gravierend eingestuft waren, wurden in der klinischen Allergieabteilung vorgestellt.

Außer den Abklärungspatienten wurden in der gleichen Zeit Patienten, die eine stationäre Hyposensibilisierungstherapie bei Hymenopterenallergie erhielten, in die Studie eingeschlossen. Die Studienteilnahme erfolgte nach den gleichen Bedingungen.

3.1.2 Studienablauf und Instrumentarium

Innerhalb der ersten beiden Tage des stationären Aufenthaltes wurde von zwei zertifizierten Interviewerinnen das SKID-Interview (1997, Kapitel 3.1.2.1) zum Vorliegen einer somatoformen Störung durchgeführt. Anschließend erhielten die Patienten Selbstbeurteilungsfragebögen zu Themen wie maladaptive Kognitionen, Gesundheitsangst, Krankheitsverhalten und Lebensqualität. Mit dem Patient Health Questionnaire PHQ in deutscher Version von Löwe und Koautoren (2002, Kapitel 3.1.2.3) wurden dimensionale Somatisierung, Depressivität und Angst erfasst. Konfliktbewältigungsstrategien wurden mit Hilfe des Fragebogens zu Konfliktbewältigungsstrategien FKBS nach Hentschel und Kollegen erfasst (1998, Kapitel 3.1.2.2). Die Patienten lagen zum Großteil in Vier-Bett-Zimmern, nur wenige hatten ein Einzelzimmer.

Abschließend wurden schriftlich die soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Partnerschaft dichotom, Schuljahre, Berufstätigkeit dichotom, Beschäftigungsstatus, Rentenverfahren dichotom) und ein Feedback zur Studie erhoben.

Für die Bearbeitung der Fragebögen standen in der Regel zwei bis drei Tage zur Verfügung.

3.1.2.1 SKID: Semistrukturiertes klinisches Interview nach DSM-IV

Das SKID-Interview ist ein semistrukturiertes klinisches Interview der Achse I (psychische Störungen) nach den expliziten diagnostischen Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen, vierte Edition (DSM-IV, APA, 1994; deutsche Version: Saß, Wittchen und Zaudig, 1996). Das SKID-Interview wird als Gold-Standard zur Diagnosefindung bei psychiatrischen Erkrankungen einschließlich somatoformer Störungen angewendet (z.B. Steiner, Tebes und Sledge, 1995; Shear, Greeno und Kang, 2000).

Wittchen, Fydrich, Wunderlich, Gruschwitz und Zaudig erstellten die deutsche Version

des aktualisierten Interviews 1997.

Das SKID-Interview der Achse I umfasst affektive Störungen, psychotische Störungen, Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen und andere DSM-IV Störungen. Die somatoformen Störungen finden sich in der Sektion G. Sie werden hier nochmals in Somatisierungsstörung, Schmerzstörung, unspezifische somatoforme Störung, Hypochondrie und körperdysmorphe Störung unterteilt (siehe Abbildung 2.2 auf S.18; Wittchen, Zaudig und Fydrich, 1997, S.9).

Die Sektion G für somatoforme Störungen besteht aus fünf Frageblöcken. Die Antworten werden durch eine Likert-Skala über 3 Ziffern kodiert. Eine „0“ wird für nicht vorhanden oder nicht zutreffend kodiert, „1“ bedeutet teilweise vorhanden oder teilweise zutreffend und eine „2“ wird für sicher zutreffend oder sicher vorhanden vergeben. Kriterium A fragt nach körperlichen Beschwerden, die vor dem dreißigsten Lebensjahr begonnen haben. Dies ist eine entweder/oder Frage und kann nur mit „0“ oder „2“ beantwortet werden. Themenkomplex B befragt systematisch bestimmte körperliche Beschwerden. Kriterium B1 sind Schmerzsymptome, bei denen mindestens 4 Symptome mit einer „2“ kodiert sein müssen um für eine somatoforme Störung zu sprechen. Kriterium B2 fragt nach gastrointestinalen Symptomen, bei denen zwei Symptome mit einer „2“ kodiert sein müssen. Ein vorhandenes Symptom aus Kriterium B3 - sexuelle Symptome - spricht für eine somatoforme Störung. Kriterium B4 sucht nach pseudoneurologischen Symptomen, bei denen eines mit „sicher vorhanden“ für das Vorhandensein einer SFS kodiert sein muss.

Um eine „2“ für „sicher vorhanden“ oder „richtig“ zu vergeben, müssen außer der Beantwortung der Frage noch drei weitere Bedingungen zutreffen. Zum einen muss das gefragte Symptom zu einem Arztbesuch oder zu sozialen beziehungsweise beruflichen Beeinträchtigungen geführt haben. Zum anderen sollte das Symptom auch nach ausreichend medizinischer Abklärung nicht vollständig organisch erklärbar sein oder die Beeinträchtigung überschreitet das medizinisch erklärbare Ausmaß der Erkrankung. Außerdem darf das Symptom weder vorgespielt oder simuliert, noch durch Substanzeinfluss oder Drogeneinnahme provoziert worden sein.

Es gibt eine Sprungregel für die Befragung des Teils B3: sexuelle Symptome. Ist kein Anhalt für eine somatoforme Störung bis hierhin gegeben, so werden diese Fragen nicht gestellt. Zur Diagnosestellung einer somatoformen Störung werden zu dem Interview außerdem andere Informationsquellen wie alte Arztbriefe herangezogen (Wittchen, Zaudig und Fydrich, 1997, S.19). Die SomA-Studie verzichtete im allergologischen Setting auf das Abfragen der körperdysmorphen Störung.

In Studien zeigten sich befriedigende psychometrische Befunde bezüglich Anwendbarkeit, Reliabilität und Effizienz des SKID-I Interviews nach DSM-IV (Schmitz, Fydrich

und Limbacher, 1996). Auch Zanarini und Kollegen konnten 2000 eine befriedigende Reliabilität nachweisen (Internetquelle[186]). Die Interrater Reliabilität des SKID Interviews rangiert nach einer Studie von Lobbestael, Leurgans und Arntz (2011) zwischen moderat und hervorragend. Speziell für die Sektion G für somatoforme Störungen wurde eine gute Reliabilität gezeigt, allerdings betraf dies die ältere SKID-Version zu DSM-III-R (Segal et al., 1995 unter: Internetquelle[186]). Laut Aldworth und Kollegen (2010) ist das semistrukturierte klinische Interview als direktes Instrument zur Diagnosefindung für psychische Störungen den verschiedenen Fragebogentechniken überlegen.

3.1.2.2 FKBS: Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien

Der Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien FKBS von Hentschel, Kießling und Wiemers (1998) ist ein Instrument zur Erhebung von Daten zu persönlichen Strategien von Patienten, mit einer potentiell frustrierenden und bedrohlich für das Selbst wirkenden Situation umzugehen. Er ist an den Defense Mechanism Inventory DMI von Gleser und Ihilevich (1969) angelehnt. Im Gegensatz zum DMI ist der FKBS jedoch „stärker auf bewusste, kognitive Anteile der Konfliktbewältigung ausgerichtet [. . .], die aber durchaus in einem psychodynamischen Umfeld als Derivate von Abwehrmechanismen verstanden werden können“ (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.5). Sowohl die Nomenklatur der Skalen als auch die Auswahl der Geschichten mit Antwortmöglichkeiten orientieren sich am DMI.

Der FKBS arbeitet mit zehn Geschichten über Alltagssituationen, in denen der Protagonist/die Protagonistin in seinem/ihrer aktuellen Umfeld Stresssituationen ausgesetzt ist (siehe Tabelle 3.1). Es werden jeweils fünf vorgegebene Reaktionsmöglichkeiten auf zwei verschiedenen Ebenen angeboten.

Diese Ebenen sind zum einen Ebene A der innerlichen Reaktion des Fühlens und Denkens, zum anderen Ebene B, die Alternativen der direkten aktiven Verhaltensweise anbietet. Es handelt sich hier um Aggressionen, die jemand erfährt und die, abhängig von der Bewältigungsstrategie, gerichtet weitergeleitet werden. Hierzu wurden fünf Konfliktbewältigungsstrategien ausgewählt (siehe Tabelle 3.2). Jede vorgegebene Antwort ist einer Strategie zugeordnet, so dass für alle Geschichten jeweils Projektion PRO, Wendung gegen das Selbst TAS, Wendung gegen andere TAO, Intellektualisierung/Rationalisierung/Verniedlichung INT und Reaktionsbildung REV als innerliche Reaktion (A) und als Verhaltensweise (B) abgefragt werden (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.5; siehe auch 2.1.3).

Die Geschichten sind geschlechterspezifisch. Es gibt jeweils einen Fragebogen mit männlichem Protagonisten und einen mit einer weiblichen Protagonistin. Dies soll die projektive Identifikation mit dem Protagonisten/der Protagonistin erleichtern. Die Identifikation

1. Unerwartet zu Überstunden verpflichtet werden
2. Auf unfaire Weise in einer Reihe von Wartenden zurückgedrängt werden
3. Eine Prüfung nicht zu bestehen, bei vergleichbarer Leistung mit jemandem, der Erfolg hatte
4. Sich mit Informationen über Eifersucht auslösendes Verhalten des Ehepartners auseinandersetzen müssen
5. Beim Arzt länger warten müssen als andere Patienten
6. Urlaubspläne mit Freund/Freundin zerschlagen sich dadurch, dass er/sie Besuch eines Bekannten/einer Bekannten erhält
7. Eigener Mitarbeiter wird Vorgesetzter
8. Weigerung des Vaters, Pläne des Selbständigmachens zu unterstützen
9. Von einem vorbeifahrenden Auto mit Schmutz bespritzt werden
10. Bei einer Gehaltserhöhung übersehen werden

Tabelle 3.1: Übersicht über die im FKBS vorgegebenen Konflikte.
Modifiziert nach: Hentschel, Kießling und Wiemers (1998, S.7)

kombiniert mit der projektiven Komponente soll den teils unbewussten Prozess der Konfliktbewältigung sichtbar und messbar machen (siehe auch Kapitel 2.1.4).

Der FKBS kann ab einem Alter von 16 Jahren bearbeitet werden.

Zu Beginn der Bearbeitung wird dem Probanden der Ablauf zum Ausfüllen des Fragebogens (Testheft mit integriertem Antwortteil) kurz erläutert. Zusätzlich ist ein Informationsblatt zum Inhalt und eine Anleitung zum Ausfüllen als Deckblatt vor das Testheft geheftet. Im Rahmen der SomA-Studie wurde dieses Informationsblatt etwas umformuliert. Nach jeder Geschichte werden also fünf Konfliktbewältigungsstrategien auf jeweils zwei Ebenen (Denken, Fühlen [A] und Verhaltensweisen [B]) in vier Abstufungen einer Likert-Skala aufgeführt. Es ist wichtig, die Probanden darauf hinzuweisen, jedes Item zu beantworten, auch wenn der Proband tatsächlich anders reagieren würde. Hierzu kann in der Antwort zwischen keinesfalls (0) - eher nicht (1) - vielleicht (2) - sicher (3) gewählt

| | | |
|--|-----|--|
| Reaktionsbildung (reversal) | REV | Der Person, die in der Geschichte die Frustration auslöst, werden neutrale oder positive Eigenschaften zugeschrieben |
| Wendung gegen das Selbst (turning against self) | TAS | Die Person gibt sich selbst die Schuld für die frustrierende Situation |
| Wendung gegen andere (turning against others) | TAO | Aggression wird nach außen abreagiert |
| Intellektualisierung/ Rationalisierung (intellectualization) | INT | Die Frustration wird verniedlicht, verharmlost, die Folgen als unvermeidbar hingenommen |
| Projektion (projection) | PRO | Dem Auslöser der Frustration in der Geschichte werden Absicht und Böswilligkeit unterstellt |

Tabelle 3.2: Skalendefinition der Konfliktbewältigungsstrategien.
Modifiziert nach: Hentschel, Kießling und Wiemers (1998, S.8)

werden. Fehlt ein Wert, so wird während der Kontrolle für die Auswertung der Wert 1,5 eingesetzt.

Zudem sollen die Geschichten in einer ruhigen Umgebung ohne Zeitnot gelesen und beantwortet werden, um nicht durch Ablenkung die gewünschte Identifikation mit der Protagonistin/dem Protagonisten zu mindern. Das Ausfüllen benötigt im Durchschnitt 30-40 Minuten und ergibt insgesamt einen Rohwert von 100 Punkten.

Testschablonen erleichtern die Auswertung. Für jede Bewältigungsstrategie werden die Punkte zunächst für jede Ebene separat, dann zu einer Gesamtsumme addiert. Es errechnen sich somit Werte erstens für die Ebene der Gefühle und Gedanken (A), zweitens für die Ebene der Verhaltensweisen (B) sowie drittens die Gesamtsumme (Summe aus den Werten der A- + B-Ebene) für eine Konfliktbewältigungsstrategie. Bei der Normierung des Tests wurde eine Unterteilung in vier Subgruppen nach Alter (unter 30 Jahre; über

30 Jahre) und nach Geschlecht vorgenommen (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.16f). Die Interpretation erfolgt im Wesentlichen über t-Werte, im Manual sind außerdem Prozentränge angegeben. Die drei Summenwerte werden mit Hilfe von Tabellen in die standardisierten t-Werte übertragen. Dies dient der direkten Vergleichbarkeit der Gruppen untereinander (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.38). „Im Allgemeinen kann zum Beispiel ein t-Wert von 60 und höher als überdurchschnittlich angesehen werden, ein t-Wert von 40 und geringer als unterdurchschnittlicher Wert“ (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.38). Zur übersichtlicheren, graphischen Darstellung können die t-Werte in einen individuellen Profildbogen übertragen werden (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.7). Hierdurch wird ein persönliches Muster der Nutzung der Konfliktbewältigungsstrategien sichtbar.

Hinsichtlich der testtheoretischen Kennwerte erreicht der FKBS zufrieden stellende Werte. Die Item-Trennschärfe befindet sich zu 96 Prozent im Bereich $0,20 < \text{korr. } r < 0,80$. Vier Items, REV 7 (A-Antwort der vierten Geschichte), TAS 17 (B-Antwort der achten Geschichte), PRO 7 (A-Antwort der vierten Geschichte) und PRO 20 (B-Antwort der zehnten Geschichte) waren nur unzureichend von anderen Items zu trennen (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.21ff). Somit ist die Reliabilität von PRO am schwächsten, während sie für TAO und INT zufriedenstellend ist. Die interne Konsistenz des FKBS, berechnet mit Krohnbachs α als Koeffizient, bewegt sich für die einzelnen Konfliktbewältigungsstrategien zwischen minimal 0,78 (PRO) und maximal 0,90 (TAS). Bei einer Test-Retest-Reliabilität nach acht Wochen von 0,71 bis 0,84 für die verschiedenen Ebenen sind die Messerergebnisse gut reproduzierbar und verlässlich (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.25).

Was die inhaltliche Validität des FKBS betrifft, werden Item-Skalen-Korrelationen „für den gesamten Test gemittelt“ von 0,42 erreicht (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.27). Das heißt, dass die Zuordnung eines Items zu seiner Konfliktbewältigungsskala im Durchschnitt moderat ist.

Bisher wird der FKBS vor allem im Gruppenvergleich und zur Interpretation von Profilunterschieden verschiedener Gruppen verwendet. Die beschreibende testtheoretische Kenngröße ist die Übereinstimmungsvalidität. In bisherigen Studien (Hermann-Maurer et al., 1992; Egle und Porsch, 1992; Bekker, Hentschel und Reinsch, 1993) konnten psychologische Gruppencharakteristiken herausgearbeitet werden.

Die Konstruktvalidität wurde in mehreren Studien bestätigt. Zum Beispiel konnte in einer Studie (Liedtke, Künsebeck und Lempa, 1990 in: Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.30) der erwartete Therapieerfolg nach achtwöchiger stationärer Psychotherapie vorhergesagt werden. Auch die Vorhersage von Aufmerksamkeitsleistungen in Abhängigkeit von Konfliktbewältigungsstrategien gelang in einer Studie von Hentschel, Kießling und Hosemann (1993 in: Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.31).

Außerdem ergeben sich neue Interpretationsmöglichkeiten durch unterschiedliches Antwortverhalten auf innerlicher Reaktionsebene und der Reaktionsebene durch Verhalten (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.8). So soll der FKBS auch in der folgenden Studie sowohl Gruppendifferenzen als auch mögliche Differenzen auf den beiden Reaktionsebenen herausarbeiten.

3.1.2.3 PHQ: Der Patient Health Questionnaire

Der Patient Health Questionnaire PHQ (Spitzer, Kroenke und Williams, 1999) - in der deutschen Version Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D - Löwe, Spitzer, Zipfel und Herzog, 2002) - ist ein gut untersuchtes psychodiagnostisches Instrument und dient dem Screening psychischer Störungen in der ambulanten Patientenversorgung.

In dieser Arbeit wurden nur Teilskalen des PHQ zur Analyse herangezogen. Hierbei handelt es sich um die Skala PHQ-15 für Somatisierung, PHQ-9 für Depressivität und die Skala GAD-7 für generalisierte Angst (Kroenke, Spitzer, und Williams, 2002, 2001; Spitzer, Kroenke, Williams und Löwe, 2006).

3.1.2.3.1 PHQ-15: Somatisierung Die Skala des PHQ-15 zur Erfassung von Somatisierung oder „somatic symptom severity“ (Kroenke, Spitzer und Williams, 2002) umfasst 15 Fragen zu den häufigsten körperlichen Beschwerden (ausgenommen Beschwerden des oberen Respirationstrakts), die in der Allgemeinmedizin präsentiert werden. Bei 13 Items bestehen jeweils drei Antwortmöglichkeiten die von „überhaupt nicht beeinträchtigt“ über „teilweise“ zu „stark beeinträchtigt“ reichen. Zwei weitere Items zu Energielosigkeit und Schlafstörungen sind dem PHQ-9 Modul (siehe 3.1.2.3.2) entnommen. Sie werden mit den Ziffern 0-2 kodiert und können dann zu Skalensummenwerten von 0-30 aufaddiert werden.

Die psychometrischen Charakteristika mit Reliabilität und Validität zeigten sich in verschiedenen Studien durchschnittlich gut (Kroenke, Spitzer und Williams, 2002; van Ravesteijn et al., 2009). Inzwischen ist der PHQ-15 ein weit verbreitetes und in vielen Sprachen validiertes Instrument zur dimensionalen Messung der Anzahl und des Schweregrads von körperlichen Symptomen. Erhöhte PHQ-15 Skalenwerte gehen mit funktionseller Beeinträchtigung, Arbeitsunfähigkeit und gesteigerter Nutzung des Gesundheitssystems einher (Barsky, Orav und Bates, 2005).

3.1.2.3.2 PHQ-9: Depressivität Das Modul Depressivität umfasst neun Items (PHQ-9), die über eine Likert-Skala mit 0-3 Punkte kodiert werden (Kroenke, Spitzer und Williams, 2001). Eine „0“ wird für die Antwort „überhaupt nicht“ vergeben und steigt mit der Häufigkeit des Auftretens der Symptome bis zu drei Punkten für „beinahe jeden

Tag“. Durch die Antworten lassen sich Skalensummenwerte mit 0-27 Punkten errechnen (Kroenke, Spitzer und Williams, 2001, S.7). Fehlende Items werden durch den Wert null oder durch den Mittelwert der beantworteten Fragen ersetzt, wenn nicht mehr als 20% nicht beantwortet wurden (Kroenke, Spitzer, Williams und Löwe, 2010).

An psychometrischen Charakteristika zeigte der PHQ-9 hohe Reliabilität und Validität (Stewart, Hays und Ware, 1988; Gilbody et al., 2007; Wittkampf et al., 2007; Williams et al., 2007). Er ist in einer Vielzahl von Sprachen und für verschiedene Altersgruppen, Ethnien und beide Geschlechter validiert (Gilbody et al., 2007).

3.1.2.3.3 GAD-7: Generalisierte Angst Die GAD-7 ist ein kurzer, einfach anzuwendender Selbstbeurteilungsfragebogen zur Identifikation von Patienten mit möglicher generalisierter Angststörung in der Primärmedizin (Spitzer, Kroenke, Williams und Löwe, 2006). Er besteht aus sieben Fragen, die teilweise den Kernkriterien einer generalisierten Angststörung - generalized anxiety disorder - GAD nach DSM-IV entsprechen (Item 1-3) und teilweise anderen Messinstrumenten zu Angst entnommen wurden. Sie beziehen sich auf die Symptomatik während der letzten zwei Wochen. Sie werden in einer Likert-Skala über vier Dimensionen von „überhaupt nicht“, „wenige Tage“ über „an mehr als der Hälfte der Tage“ zu „beinahe täglich“ beantwortet und mit Ziffern 0-3 kodiert. Demnach ergibt sich eine Gesamtsummenzahl von maximal 21 Punkten.

Hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften präsentierte sich der GAD-7 durchwegs gut (Spitzer, Kroenke, Williams und Löwe, 2006).

Als Screeninginstrument für Angstsyndrome allgemein, worunter auch posttraumatische Belastungsreaktionen, Panikstörungen oder soziale Phobien zählen, erreichte der GAD-7 ebenfalls mäßig gute Werte (Kroenke et al., 2007).

3.2 Die Münchner Psychotherapie Studie - MPS

Die Münchner Psychotherapie Studie MPS (Huber, Klug und von Rad, 1997; Huber, Henrich und Klug, 2004; Huber, Henrich, Gastner und Klug, 2012) war als prospektive Studie mit quasi-experimentellem Teil und einer 1-,2- und 3-Jahres Katamnese angelegt. Sie hatte zum Ziel, die Veränderung der Symptomatik, des zwischenmenschlichen Verhaltens und der intrapsychischen Struktur, ein Konstrukt der Psychoanalyse, durch psychoanalytische Langzeit-Therapie bei depressiven Patienten zu erfassen. Außerdem wurden die Konfliktbewältigungsstrategien nach FKBS erhoben. Anschließend wurden die Therapieerfolge bei depressiven Patienten durch drei verschiedene psychotherapeutische Verfahren, nämlich die Ergebnisse einer psychoanalytischen, einer psychodynamischen Therapie und die einer kognitiven Verhaltenstherapie, miteinander verglichen.

Die Studie war durch die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der TU München genehmigt.

Hinsichtlich der Therapieerfolge wurde hier gezeigt, dass direkt nach Therapieabschluss bei 91 Prozent der Patienten nach psychoanalytischer Therapie, bei 81 Prozent der psychodynamischen Therapiegruppe und bei 53 Prozent der Patienten nach kognitiver Verhaltenstherapie keine depressive Episode nach ICD-10 mehr vorlag. Im Katamnesezeitraum litten 91 Prozent der psychoanalytisch therapierten Patienten, 71 Prozent der psychodynamisch therapierten Patienten und 41 Prozent der kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten nicht mehr unter einer klassifikationsgemäßen depressiven Episode.

Diese Daten wurden freundlicherweise von Frau Prof. Dr. phil. Dr. med. Dorothea Huber, Chefarztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Städtisches Klinikum Harlaching, und Dr. med. Gerhard Henrich der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München zur Verfügung gestellt.

3.2.1 Rekrutierung und Patientenkollektiv

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der psychosomatischen Ambulanz untersuchten 100 depressive Patienten, die im Rahmen der MPS der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München therapiert wurden.

Ab Beginn des Erhebungszeitraums von November 1995 wurden Daten von Patienten ausgewertet, die sich bei depressiver Stimmungslage in der psychosomatischen Ambulanz vorstellten und nach Diagnosestellung eine ambulante Langzeittherapie erhielten. Bei diesen ambulanten Patienten lag zumindest eine moderate depressive Episode nach ICD-10 (F32.1) als Erstdiagnose vor. Andere Diagnosen nach ICD-10 waren die schwere depressive Episode (F32.2), die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) oder die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2). Bei 66 Prozent der Patienten lag eine moderate Episode vor und bei 34 Prozent eine schwere. In vielen Fällen (55 Prozent) wurde eine Dysthymia (F34.1) als Zweitdiagnose vergeben, bei 34 Prozent lag zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung vor.

Patienten mit bipolaren Störungen, Schizophrenie, Suchterkrankungen, akuten suizidalen Neigungen oder Depression infolge einer organischen Erkrankung wurden nicht in die Studie eingeschlossen. Die Teilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Studie.

3.2.2 Studienablauf und Instrumentarium

Soziodemographische Daten wurden auf ähnliche Weise wie in der SomA-Studie erfasst. Anders als in der SomA-Studie lagen hier jedoch keine Angaben zur Schulbesuchsdauer oder zur dichotomisierten Frage nach aktueller Beschäftigung vor. Es erfolgten jeweils drei auf Tonband mitgeschnittene klinische Interviews bei Studienaufnahme. In der ersten Sitzung wurde die exakte Diagnose nach ICD-10 und DSM-IV durch erfahrene Psychiater und Psychotherapeuten gestellt. Die zweite diente zur Datengewinnung für die Skalen Psychischer Kompetenzen (Scales of Psychological Capacities SPC nach Wallerstein und Kollegen, 1991) in deutscher Fassung (Huber, Klug und Wallerstein, 2006) durch einen externen Psychiater und Psychotherapeuten oder eine erfahrene klinische Psychologin. In der dritten Sitzung wurden die gewünschten individuellen Therapieziele durch den Patienten mit Unterstützung des Therapeuten formuliert. Danach erfolgte die zufällige Zuteilung zum Therapiearm, die für den externen Untersucher verblindet wurde.

Als Messinstrumente wurden zudem der Inventory of Interpersonal Problems IIP (Horowitz et al., 1988), Fragen zu Lebenszufriedenheit-Module FLZM (Henrich und Herschbach, 2000), der Zufriedenheit mit Gesundheit und der Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien FKBS (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998) eingesetzt. Die hier verwendeten Daten zum FKBS stammen aus der Erhebung vor Therapiebeginn. Außerdem wurden die depressiven Symptome durch den Beck Depression Inventory BDI (Beck et al., 1961) erfasst. Die SCL-90-Revised, der Symptom Checkliste nach Derogatis in der zweiten Auflage (2002) maß die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die Therapien erfolgten im ambulanten Bereich bei 21 erfahrenen niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen.

3.3 Vergleichsgruppen

Die beiden vorgestellten Studien ermöglichen die Gegenüberstellung von Konfliktbewältigungsstrategien in insgesamt vier Vergleichsgruppen.

3.3.1 Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen („SFS“)

Diese Gruppe „SFS“ beinhaltet diejenigen Patienten des Abklärungskollektivs, die die Kriterien für eine Somatisierungsstörung, eine Schmerzstörung, eine undifferenzierte somatoforme Störung oder eine multisomatoforme Störung nach SKID-Interview erfüllten,

während gleichzeitig die organische Erklärbarkeit der vorgetragenen Beschwerden durch die Allergologen nicht bestätigt werden konnte. Die Diagnose somatoforme Störung wurde außerdem unabhängig vom Zeitpunkt des Auftretens der somatoformen Beschwerden vergeben, solange die Kriterien erfüllt waren. So wurden also auch Beschwerden anderer Körperebenen, die ihren Ursprung weiter in der Vergangenheit hatten und die nicht zum dermatologischen Formenkreis gehörten, gewertet.

Es ist zwischen somatoformer Störung als Haupt - oder Nebendiagnose zu unterscheiden. Eine Zweitdiagnose bedeutete, dass die allergieverdächtigen Beschwerden als Immunreaktion verifiziert wurden, gleichzeitig aber eine somatisierende Komponente auf anderer Ebene bestand. Patienten mit einer SFS als Nebendiagnose wurden in der Auswertung wegen möglicher mangelnder Gruppentrennschärfe nicht berücksichtigt. Die Trennschärfe im Antwortverhalten zwischen der SFS- und der NoSFS-Gruppe könnte durch Patienten mit einer Kombination aus echter organischer Erkrankung und gleichzeitig bestehender psychischer Komponente verringert werden.

3.3.2 Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen („NoSFS“)

Diese Gruppe „NoSFS“ besteht aus Allergie-Abklärungspatienten, bei denen keine somatoforme Störung diagnostiziert wurde: Die präsentierten Symptome dieser Gruppe beruhten tatsächlich auf einer Allergie oder Unverträglichkeit. Die Beschwerden wurden während des stationären Aufenthaltes durch das allergologische Screening mit dem Wissen um eine spezifische Nahrungsmittelunverträglichkeit, Medikamentenallergie, Insektengiftallergie oder Allergien anderer Genese erklärt. Auch Patienten mit allergischen Erscheinungen im Rahmen einer anderen organischen Erkrankung, wie zum Beispiel einer Mastozytose, wurden zur Gruppe der NoSFS gerechnet. Bei den NoSFS bestand zu Anfang des stationären Aufenthaltes eine Unsicherheit um die Genese ihrer Beschwerden.

Manche Beschwerden blieben allerdings auch durch das allergologische Screening ungeklärt, ohne dass diese Patienten somatoform erkrankt waren. Für eine Vielzahl von sensibilisierenden Substanzen gibt es aktuell keine ausreichenden Testmöglichkeiten und somit müssen viele allergologische Diagnosen nach Placebo-Testung gestellt werden.

3.3.3 Patienten mit Insektengiftallergie zur spezifischen Venom-Immunotherapie („VIT“)

Diese Gruppe beschreibt jene Patienten, die sich im gleichen Zeitraum mit bereits diagnostizierter Hymenopterengiftallergie zur Hyposensibilisierungstherapie in stationäre Ob-

hut begaben. Diese Gruppe, vor allem gegen Bienen- und Wespengift allergisch, dient vor dem Hintergrund allergischer Beschwerden als „psychisch unbeeinträchtigte“ Vergleichsgruppe. Im Gegensatz zu den Abklärungspatienten hatten sie Gewissheit über die Herkunft ihrer Beschwerden und befanden sich in einem Stadium, in dem ihnen bereits geholfen wurde. Sie werden im Folgenden kurz als „VIT“ bezeichnet (Venom-Immunotherapie).

3.3.4 Patienten der Münchner Psychotherapie Studie („MPS“)

Diese Gruppe „MPS“ besteht aus Patienten mit einer depressiven Erkrankung unterschiedlichen Schweregrads nach ICD-10 vor einer ambulanten Psychotherapie. Die Datensätze des FKBS stammen aus der Münchner Psychotherapie Studie.

3.4 Statistik

Entsprechend unserer Hypothesen untersuchten wir in den drei SomA-Subgruppen mit SFS, NoSFS und VIT und der depressiven Patientengruppe MPS verschiedene Konfliktbewältigungsstrategien. Dabei lag der Schwerpunkt auf einer Beschreibung der Ergebnisse in den Einzelgruppen. Darüber hinaus stellten wir, wenn möglich, auch Vergleiche zwischen einzelnen Gruppen an. Die statistischen Analysen wurden mit SPSS Version 17.0 durchgeführt.

Im Zuge deskriptiver Analysen der soziodemographischen Daten der Studienteilnehmer wurden Häufigkeiten in absoluten Zahlen und in Prozentangaben wiedergegeben. Für die Beschreibung quantitativer Daten wurde der Mittelwert mit Standardabweichung und insbesondere bei nichtnormalverteilten Daten, der Median, sowie das 25%- und 75%-Quartil berichtet.

3.4.1 Test auf Normalverteilung und Subgruppenvergleiche

Die für einzelne statistische Analysen notwendige Normalverteilungsannahme wurde mit dem Test nach Kolmogorov-Smirnov geprüft. Hierbei musste für einige Variablen die Annahme normalverteilter Daten (in den zu vergleichenden Subgruppen) verworfen werden. Darum wurden die Gruppenvergleiche, zum einen die SomA-Subgruppen untereinander (p-Wert SomA) und zum anderen alle vier Patientenkollektive miteinander (p-Wert gesamt), mit dem nichtparametrischen H-Test nach Kruskal Wallis vorgenommen. Für den Häufigkeitsvergleich nominal oder ordinalskaliertes Werteausprägungen zwischen unabhängigen Subgruppen wurde der χ^2 -Test nach Pearson verwendet. Waren die asymptotischen Voraussetzungen für diesen Test nicht erfüllt (Anteil erwarteter Häufigkeiten

<5 größer als 20 Prozent) wurde der exakte Test nach Fisher angewendet. Das Signifikanzniveau wurde auf 0.05 festgesetzt. Testergebnisse mit p-Werten zwischen 0.05 und 0.07 wurden als Trend gewertet. Eine Korrektur von p-Werten zur Berücksichtigung des multiplen Testproblems (Zunahme des Fehlers erster Art mit steigender Anzahl statistischer Tests) wurde nicht vorgenommen.

Auch für einzelne t-Werte des Fragebogens für Konfliktbewältigungsstrategien im Subgruppenvergleich und die Rohwerte des PHQ-9, PHQ-15, GAD-7 und FKBS für die Subgruppen der SomA-Studie musste die Normalverteilungsannahme gemäß den Ergebnissen des Kolmogorov-Smirnov-Tests verworfen werden. Im Zuge der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die t-Werte des FKBS bereits bezüglich Alter und Geschlecht normiert sind, während dies nicht für die Rohwerte PHQ-9, PHQ-15, GAD-7 und FKBS gilt. Um die Bedeutung der t-Werte des FKBS zu veranschaulichen, wurden auch die Ergebnisse der Rohwerte des FKBS mit Subgruppenvergleich tabellarisch dargestellt.

3.4.2 Paarweise Vergleiche

Die direkten Unterschiede bezüglich einzelner soziodemographischer Daten, der t-Werte des FKBS oder der Rohwerte für PHQ-9, PHQ-15 und GAD-7 der SFS-Gruppe zu NoSFS, VIT und MPS-Gruppen wurden noch genauer beschrieben. Zur Reduktion des multiplen Testproblems wurde der Mann-Whitney-U-Test im Sinne einer hierarchischen Testprozedur nur für jene Subgruppenvergleiche angewendet, für welche durch den H-Test nach Kruskal-Wallis globale Unterschiede oder eine Tendenz zur Verschiedenheit angezeigt wurden.

3.4.3 Beurteilung bivariater Korrelationen

Um zu quantifizieren, wie stark der lineare Zusammenhang zwischen zwei normalverteilten Größen ist, kann der Korrelationskoeffizient nach Pearson r berechnet werden. Bei nicht normalverteilten Variablen wird der Korrelationskoeffizient nach Spearman verwendet. Dieser misst den monotonen (nicht notwendigerweise linearen) Zusammenhang zweier mindestens ordinalskalierten Merkmale. Im Zuge der Untersuchungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit waren insbesondere die Zusammenhänge der semi-quantitativen Skalenparameter Somatisierung, Depressivität, generalisierte Angst und Konfliktbewältigungsstrategien von Interesse. Der Korrelationskoeffizient r kann Werte zwischen +1 und -1 annehmen und drückt damit die Stärke des Zusammenhangs zweier Größen aus. Das Vorzeichen zeigt die Richtung des Zusammenhangs an. Ein positives Vorzeichen bedeutet, dass der Wert einer Größe mit dem zunehmenden Wert der an-

| Betrag des Korrelationskoeffizienten | mögliche Interpretation |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| $0 \leq r < 0.2$ | kein oder nur geringer Zusammenhang |
| $0.2 \leq r < 0.5$ | schwacher bis mäßiger Zusammenhang |
| $0.5 \leq r < 0.8$ | mittlerer Zusammenhang |
| $0.8 \leq r \leq 1$ | hoher bis perfekter Zusammenhang |

Tabelle 3.3: Interpretation des Korrelationskoeffizienten (Internetquelle[188]).

deren Größe steigt, bei einem negativen Vorzeichen ergibt sich der inverse Effekt. Die Interpretation des Betrages des Korrelationskoeffizienten r richtet sich nach Tabelle 3.3.

4 Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

4.1.1 Soziodemographische Daten des SomA-Kollektivs, Teilnehmerrate und Feedback

Insgesamt wurden 300 Datensätze erfasst. Davon zählten 245 Patienten zum Abklärungskollektiv und 55 Patienten zur Gruppe der Insektengiftallergiker.

Von den 245 Patienten aus dem Abklärungskollektiv (davon 178 Frauen: 72,7%) haben 48 Patienten nicht vollständig an der Studie teilgenommen, d.h. entweder schon die Teilnahme am Interview abgelehnt oder die Selbstbeurteilungsfragebögen nicht ausgefüllt. Diese Patienten (36 Frauen: 75%) waren im Durchschnitt 44,7 Jahre alt ($\pm 14,3$). Die verbleibenden 197 Patienten waren 43,3 Jahre alt ($\pm 12,8$).

In der VIT-Gruppe mit 55 Patienten (17 Männer und 38 Frauen: 69,1%) konnten die Daten von neun Patienten nicht ausgewertet werden. Darunter waren zwei Männer und sieben Frauen (77,8%). Im Durchschnitt waren diese neun Patienten 45,7 Jahre alt ($\pm 13,3$), die 46 teilnehmenden VIT-Patienten 44,1 Jahre ($\pm 10,8$).

Ein kompletter PHQ-9-Bogen wurde in der Gruppe der Allergie-Abklärungspatienten nicht ausgefüllt, ohne dass die Gründe hierfür bekannt wurden. Der Summenwert konnte somit nicht ersetzt werden. Dennoch wurde der Teilnehmer in die Studie mit aufgenommen, da der restliche Datensatz vollständig war.

Insgesamt nahmen 57 Patienten nicht an der Studie teil. Damit lag die Teilnehmerrate bei 81%. Nach den Gründen befragt, gaben 19 Nichtteilnehmer an, kein Interesse an einer Teilnahme der Studie zu haben, vier brachten nach eigenen Angaben keine Zeit zum Ausfüllen der Fragebögen auf, zwei konnten aufgrund medizinischer Zwischenfälle nicht teilnehmen und sieben Personen nahmen aus organisatorischen Gründen nicht teil. 25 Patienten füllten die Selbstbeurteilungsfragebögen nicht vollständig aus und konnten damit nicht in die Auswertung aufgenommen werden. Die Gründe hierfür konnten nicht ermittelt werden, da diese Patienten die Fragebögen bei ihrer Entlassung beim Klinikpersonal der dermatologischen Klinik abgaben und einer Nachfrage nicht mehr zugänglich waren. Auch ein Anhang mit Feedback-Fragen zur Studie wurde von diesen Patienten nicht beantwortet. In zusätzlich 8,3 Prozent der Fälle wurde nur der Fragebo-

gen zu Konfliktbewältigungsstrategien nicht ausgefüllt.

Die 243 Studienteilnehmer beurteilten im Feedback die Fragebögen in 11,2 Prozent als zu persönlich, in 37,4 Prozent als zu lang und in 18,9 Prozent als ermüdend. Dagegen fanden 53,2 Prozent die Fragebögen interessant und 64,4 Prozent stimmten zu, dass die Fragestellungen gut verständlich waren. Im Gesamtblick war das Feedback überwiegend positiv.

4.1.2 Soziodemographische Daten der vier Subgruppen

4.1.2.1 SomA-Studie

4.1.2.1.1 Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen In dem Abklärungskollektiv konnten 60 Patienten (30,4%) mit einer somatoformen Störung gemäß SKID identifiziert werden („SFS“). Von diesen bekamen 43 Patienten (23,9%) aller Allergie-Abklärungspatienten eine SFS als Hauptdiagnose, während bei 17 Patienten die somatoforme Störung eine Nebendiagnose darstellte. Hier konnten die vermeintlichen Allergiebeschwerden organisch erklärt werden und waren nicht Gegenstand einer SFS. Von den 43 Patienten der SFS-Gruppe waren 35 Frauen, was einem weiblichen Anteil von 81,2 Prozent entspricht. Im Durchschnitt waren sie 43,1 Jahre alt und 74,4 Prozent lebten in einer Partnerschaft. Die mittlere Schulzeit lag bei 13 Jahren. Die Mehrheit war nach eigenen Angaben in einem Beschäftigungsverhältnis gebunden (48,8% vollzeit- und 11,6% teilzeitbeschäftigt), vier der Patienten waren arbeitslos (9,3%). Zu der Kategorie „sonstiges“ gehörten unter anderen Studenten und Hausfrauen. Berufstätig waren insgesamt 81,4 Prozent (siehe Tabelle 4.1).

4.1.2.1.2 Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen Bei 137 Patienten im Abklärungskollektiv lag keine somatoforme Störung nach SKID vor („NoSFS“). Hierzu gehörten 95 Frauen (69,3%) und 42 Männer. Der Mittelwert des Alters zum Untersuchungszeitpunkt lag bei 43,2 Jahren, 76,6 Prozent lebten in einer Partnerschaft. Die Schuldauer betrug im Durchschnitt 13,6 Jahre. Vollzeitbeschäftigt waren 51,8 Prozent und teilzeitbeschäftigt 25,5 Prozent. Insgesamt gingen 89,1 Prozent einer Arbeit nach, während ein Patient nach eigenen Angaben arbeitslos war (siehe Tabelle 4.1).

4.1.2.1.3 Patienten mit Insektengiftallergie zur spezifischen Venom-Immunotherapie Von den 46 Patienten, die zur spezifischen Venom-Immunotherapie bei Insektengiftallergie stationär behandelt wurden, wurden drei Patienten aufgrund einer somatoformen Störung als Nebendiagnose ausgeschlossen. Der weibliche Anteil betrug in dieser Gruppe 65,1 Prozent. Im Durchschnitt waren die Patienten der VIT-Gruppe 43,6 Jahre alt und hatten zu 74,4 Prozent einen Partner. Die durchschnittliche Schuldauer betrug

12,8 Jahre. 95,2 Prozent waren nach eigenen Angaben berufstätig. 44,2 Prozent gaben an, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen und 27,9 Prozent waren teilzeitbeschäftigt. Arbeitslosigkeit wurde in dieser Gruppe nicht angegeben.

4.1.2.1.4 Patienten der Münchner Psychotherapie Studie Die Gruppe der Patienten mit Depression umfasste 100 Personen. Davon waren 71 Frauen (71%) und 29 Männer. Der Mittelwert des Alters zum Erhebungszeitpunkt lag bei 33,3 Jahren. 58 Prozent lebten in einer Partnerschaft. 53 Prozent waren vollzeitbeschäftigt und 12 Prozent teilzeitbeschäftigt. Arbeitslos waren nach eigenen Angaben 5 Prozent.

4.1.3 Soziodemographischer Vergleich der Subgruppen

Um die unterschiedliche Zusammensetzung der Subgruppen in Hinsicht auf ihr soziodemographisches Profil zu veranschaulichen, stellt Tabelle 4.1 die soziodemographischen Daten im Vergleich dar. Bei manchen Variablen fehlen einzelne Angaben durch Patienten. Dies ist je Variable explizit durch die Zeile „keine Antwort“ verdeutlicht. Die Prozentzahlen in Klammern entsprechen den absoluten Prozenten.

Innerhalb des SomA-Gesamtkollektivs waren die Subgruppen hinsichtlich der erhobenen soziodemographischen Daten miteinander vergleichbar (siehe Tabelle 4.1). Bezüglich der Vollzeitbeschäftigung lagen die SFS, die NoSFS und die VIT bei etwa 50 Prozent. Allerdings war die Anzahl der Arbeitslosen mit vier Personen unter den Patienten mit somatoformen Störungen höher als in den beiden Vergleichsgruppen. Der Vergleich der depressiven Patienten der MPS mit den drei Subgruppen der SomA-Studie ergab mehrere Differenzen. Die Geschlechterverteilung in den vier Gruppen war zwar ähnlich. In allen anderen soziodemographischen Parametern unterschied sich die Kohorte der depressiven Patienten aber von den SomA-Subgruppen. Im Durchschnitt waren die MPS-Patienten etwa zehn Jahre jünger (siehe Tabelle 4.1). Die depressiven Patienten lebten zum Erhebungszeitpunkt zu etwa einem Fünftel seltener in einer Partnerschaft und unterschieden sich auch in ihrem Beschäftigungsstatus von den anderen Subgruppen. Hier allerdings ähnelten sich im paarweisen Vergleich die beiden Gruppen mit psychiatrischen Diagnosen, also SFS und MPS. Während etwa die Hälfte der Patienten beider Gruppen vollzeitbeschäftigt war, betrug die Teilzeitrage bei beiden nur etwa zwölf Prozent. In der Gruppe NoSFS und in der Gruppe der VIT waren 25,5 bis 28,6 Prozent in einem Teilzeitbeschäftigungsverhältnis tätig. Während in der Stichprobe der psychisch scheinbar Unbeeinträchtigten ein Teilnehmer arbeitslos war (0,3%), standen diesen neun Patienten aus SFS und MPS gegenüber (2,8%). Die Frage nach einem laufenden Rentenverfahren hatten 98 der depressiven Patienten verneint, zwei Angaben hierzu fehlten. Es bestand ein signifikanter Unterschied zu den drei anderen Gruppen ($p=0.006$), in denen ein Ren-

4 Ergebnisse

tengesuch öfter gestellt wurde.

| | SomA Kollektiv n=223 | SFS n=43 | NoSFS n=137 | VIT n=43 | p-Wert SomA | MPS n=100 | p-Wert gesamt |
|-----------------------------|----------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| Alter | | | | | | | |
| - MW ± SD | 43,5 ± 12,3 | 43,1 ± 12,5 | 43,2 ± 12,8 | 43,6 ± 10,7 | .94 | 33,3 ± 6,7 | <.001 |
| - Median | 45 | 46 | 45 | 42 | | 33 | |
| - Quartile 25-75 | 33,0-54,0 | 33,0-54,0 | 33,0-54,0 | 39,0-50,0 | | 28,0-38,0 | |
| Geschlecht [n(%)] | | | | | .21 | | .37 |
| - männlich | 65 (29,1%) | 8 (18,8%) | 42 (30,7%) | 15 (34,9%) | | 29 (29%) | |
| - weiblich | 158 (70,9%) | 35 (81,2%) | 95 (69,3%) | 28 (65,1%) | | 71 (71%) | |
| Partnerschaft [n(%)] | | | | | .99 | | .005 |
| - ja | 169 (75,8%) | 32 (74,4%) | 105 (76,6%) | 32 (74,4%) | | 58 (58%) | |
| - nein | 49 (22,0%) | 9 (20,9%) | 31 (22,6%) | 9 (20,9%) | | 42 (42%) | |
| - keine Antwort | 5 (2,2%) | 2 (4,7%) | 1 (0,7%) | 2 (4,7%) | - | | |
| Schuljahre | | | | | .30 | | |
| - MW ± SD | 13,3 ± 3,7 | 13,0 ± 4,0 | 13,6 ± 3,7 | 12,8 ± 3,7 | | - | - |
| - Median | 12 | 12 | 13 | 12 | | | |
| - Quartile 25-75 | 10,0-17,0 | 10,0-17,0 | 10,0-17,0 | 10,0-16,0 | | | |
| - keine Antwort | 6 (2,7%) | 1 (2,3%) | 5 (3,6%) | - | | | |
| Berufstätig [n(%)] | | | | | .14 | | |
| - ja | 197 (88,3%) | 35 (81,4%) | 122 (89,1%) | 40 (93,0%) | | - | - |
| - nein | 25 (11,2%) | 8 (18,6%) | 15 (10,9%) | 2 (4,7%) | | | |
| - keine Antwort | 1 (0,4%) | - | - | 1 (2,3%) | | | |
| Beschäftigungsstatus [n(%)] | | | | | .04 | | .01 |
| - Vollzeit | 111 (49,8%) | 21 (48,8%) | 71 (51,8%) | 19 (44,2%) | | 53(53,0%) | |
| - Teilzeit | 52 (23,3%) | 5 (11,6%) | 35 (25,5%) | 12 (27,9%) | | 12 (12,0%) | |
| - arbeitslos | 5 (2,2%) | 4 (9,3%) | 1 (0,7%) | 0 (0,0%) | | 5 (5,0%) | |
| - sonstiges | 54 (24,3%) | 13 (30,2%) | 30 (21,9%) | 11 (25,6%) | | 29 (29,0%) | |
| - keine Antwort | 1 (0,4%) | - | - | 1 (2,3%) | 1 (1,0%) | | |
| Rentenverfahren [n(%)] | | | | | .07 | | .006 |
| - ja | 10 (4,5%) | 3 (7,0%) | 3 (2,2%) | 4 (9,3%) | | - | |
| - nein | 207 (92,8%) | 40 (93,0%) | 129 (94,2%) | 38 (88,4%) | | 98 (98,0%) | |
| - keine Antwort | 6 (2,7%) | - | 5 (3,6%) | 1 (2,3%) | | 2 (2,0%) | |

Tabelle 4.1: Soziodemographischer Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten.

SFS: Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen; NoSFS: Allergie-abklärungspatienten ohne somatoforme Störung; VIT: Patienten zur spezifischen Venom-Immunotheapie; MPS: depressive Patienten der Münchner Psychotherapie Studie; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; p-Werte (Alter; Schuljahre) mit H-Test von Kruskal-Wallis; p-Werte (Geschlecht, Partnerschaft, Berufstätigkeit, Beschäftigungsstatus, Rentenverfahren) mit χ^2 nach Pearson oder exakter Test nach Fischer; n: Anzahl; „-“ : keine Antwort in den SomA-Subgruppen, in der MPS-Gruppe: Daten wurden nicht erhoben

4.2 t-Werte der Subgruppen im Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien

4.2.1 Mögliche innere Reaktionen, Gefühle und Gedanken: A-Ebene

4.2.1.1 t-Werte und Subgruppenvergleiche

Auf der Ebene der inneren Reaktionen traten signifikante Unterschiede im Vergleich der SomA-Subgruppen nur für die Bewältigungsstrategie Wendung gegen das Selbst TAS auf. Betrachtet man hier die Mittelwerte und Mediane, so fällt ein stetiger Gradient von den VIT mit den niedrigsten Werten für diese Strategie über die Abklärungspatienten NoSFS bis hin zu den SFS mit den höchsten Werten auf (siehe Tabelle 4.2). Innerhalb der SomA-Subgruppen erzielten die SFS-Patienten die niedrigsten Werte für INT. Diese sind jedoch nicht signifikant von den beiden anderen SomA-Subgruppen verschieden. Hinsichtlich der Projektion erzielten alle SomA-Subgruppen ähnliche Werte um 47,7. Mit einem t-Wert von 60,0 lagen die MPS-Patienten bei TAS noch weitere 9 Punkte über den Patienten mit somatoformen Störungen. Statistisch betrachtet ist diese Subgruppendifferenz hochsignifikant. Das Kollektiv der MPS unterschied sich auch in drei anderen inneren Reaktionsmustern von den SomA-Subgruppen. Ein signifikanter Unterschied bestand in t-Werten der Reaktionsbildung REV, hier unterschritten die MPS-Patienten die Durchschnittswerte der SomA-Subgruppen (siehe Tabelle 4.2). Hochsignifikante Unterschiede bestanden in den Strategien Intellektualisierung INT und Projektion PRO. Die MPS-Patienten wiesen deutlich niedrigere Intellektualisierungswerte und deutlich höhere Projektionswerte als die SomA-Subgruppen auf.

Die Wendung gegen andere TAO war über alle Gruppen ähnlich verteilt, es zeichnete sich allenfalls ein Trend zu höheren Werten in der MPS-Gruppe ab (siehe Tabelle 4.2).

4.2.1.2 Paarweise Vergleiche

Betrachtet man nun die Unterschiede der A-Ebene des FKBS im paarweisen Vergleich genauer, ergeben sich für die relevanten Variablen folgende Ergebnisse:

- Im Vergleich zur NoSFS-Gruppe ergaben sich für die SFS-Gruppe lediglich tendenziell höhere TAS-Werte ($p=0.07$).
- Im Vergleich zur VIT-Gruppe erreichten SFS-Patienten signifikant höhere TAS-Werte ($p=0.003$).
- Im Vergleich zu den MPS-Patienten erreichten die SFS-Patienten hochsignifikant niedrigere Werte für TAS ($p<0.001$) und hochsignifikant höhere Werte für INT

4 Ergebnisse

($p=0.004$). Für REV zeigte sich ein Trend zu höheren Werten für SFS-Patienten im Vergleich zu der MPS-Gruppe ($p=0.07$). Kein Unterschied war zwischen der SFS- und MPS-Gruppe in Hinblick auf TAO ($p=0.34$) und PRO ($p=0.13$) zu erkennen.

| | SomA-Kollektiv n=223 | SFS n=43 | NoSFS n=137 | VIT n=43 | p-Wert SomA | MPS n=100 | p-Wert gesamt |
|------------------|-------------------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------------|
| A.REV | | | | | | | |
| - MW \pm SD | 50,9 \pm 10,1 | 50,9 \pm 10,1 | 51,5 \pm 9,9 | 49,4 \pm 11,2 | | 46,6 \pm 10,8 | |
| - Median | 51,0 | 51,0 | 51,0 | 51,0 | .65 | 46,0 | .02 |
| - Quartile 25-75 | 44,0-58,0 | 44,0-58,0 | 44,0-58,0 | 40,0-58,0 | | 39,3-54,0 | |
| A.TAS | | | | | | | |
| - MW \pm SD | 48,2 \pm 9,8 | 51,0 \pm 9,5 | 48,2 \pm 10,1 | 45,5 \pm 8,8 | | 59,2 \pm 12,2 | |
| - Median | 49,0 | 51,0 | 49,0 | 45,0 | .02 | 60,0 | <.001 |
| - Quartile 25-75 | 42,0-56,0 | 45,0-59,0 | 40,5-56,0 | 38,0-51,0 | | 51,5-68,0 | |
| A.TAO | | | | | | | |
| - MW \pm SD | 46,9 \pm 9,9 | 48,4 \pm 9,8 | 46,6 \pm 10,0 | 46,3 \pm 9,6 | | 49,9 \pm 9,2 | |
| - Median | 47,0 | 48,0 | 47,0 | 47,0 | .60 | 50,0 | .07 |
| - Quartile 25-75 | 38,0-55,0 | 42,0-55,0 | 38,0-55,0 | 36,0-52,0 | | 42,5-57,0 | |
| A.INT | | | | | | | |
| - MW \pm SD | 51,8 \pm 9,0 | 49,4 \pm 8,5 | 52,9 \pm 8,9 | 50,8 \pm 9,6 | | 44,3 \pm 9,9 | |
| - Median | 52,0 | 48,0 | 52,0 | 52,0 | .11 | 44,5 | <.001 |
| - Quartile 25-75 | 46,0-58,0 | 42,0-56,0 | 47,5-58,0 | 42,0-57,0 | | 38,0-51,0 | |
| A.PRO | | | | | | | |
| - MW \pm SD | 47,7 \pm 10,4 | 49,4 \pm 10,6 | 47,70 \pm 10,0 | 49,2 \pm 11,5 | | 52,2 \pm 9,2 | |
| - Median | 49,0 | 52,0 | 49,0 | 45,0 | .39 | 54,0 | .001 |
| - Quartile 25-75 | 41,0-55,0 | 43,0-56,0 | 41,0-55,0 | 39,0-56,0 | | 47,0-59,0 | |

Tabelle 4.2: t-Werte der A-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten.

SFS: Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen; NoSFS: Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen; VIT: Patienten zur spezifischen Venom-Immunotheapie; MPS: depressive Patienten der Münchner Psychotherapie Studie; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; n: Anzahl; REV: Reaktionsbildung; TAS: Wendung gegen das Selbst; TAO: Wendung gegen andere; INT: Intellektualisierung; PRO: Projektion; A.: Gefühls- und Gedankenebene; p-Werte wurden mit dem H-Test nach Kruskal-Wallis berechnet

4.2.1.3 Darstellung der Rohwerte und Subgruppenvergleiche

| | SomA Kollektiv n=223 | SFS n=43 | NoSFS n=137 | VIT n=43 | p-Wert SomA | MPS n=100 | p-Wert gesamt |
|----------------|-------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| A.REV | | | | | | | |
| MW ± SD | 16,4 ± 4,2 | 16,1 ± 4,2 | 16,7 ± 4,1 | 16,0 ± 4,6 | | 14,5 ± 4,6 | |
| Median | 16 | 16 | 16 | 16 | .72 | 15 | .01 |
| Quartile 25-75 | 14,0-19,0 | 14,0-19,0 | 14,0-19,0 | 12,0-19,0 | | 11,0-18,0 | |
| A.TAS | | | | | | | |
| MW ± SD | 12,2 ± 5,1 | 13,9 ± 4,9 | 12,2 ± 5,2 | 10,4 ± 4,5 | | 18,9 ± 5,1 | |
| Median | 12 | 14 | 12 | 11 | .003 | 19 | <.001 |
| Quartile 25-75 | 9,0-16,0 | 11,0-16,0 | 8,5-16,0 | 7,0-13,0 | | 16,0-22,0 | |
| A.TAO | | | | | | | |
| MW ± SD | 9,7 ± 6,3 | 11,0 ± 6,4 | 9,4 ± 6,3 | 9,0 ± 6,3 | | 11,7 ± 5,9 | |
| Median | 10 | 11 | 10 | 9 | .4 | 11,5 | .03 |
| Quartile 25-75 | 4,0-15,0 | 7,0-15,0 | 3,5-15,0 | 2,0-14,0 | | 7,0-17,0 | |
| A.INT | | | | | | | |
| MW ± SD | 16,3 ± 4,3 | 15,0 ± 4,0 | 16,8 ± 4,2 | 16,0 ± 4,6 | | 12,4 ± 5,0 | |
| Median | 16 | 15 | 16 | 16 | .06 | 13 | <.001 |
| Quartile 25-75 | 14,0-19,0 | 12,0-17,5 | 14,0-19,5 | 12,0-19,0 | | 9,0-15,0 | |
| A.PRO | | | | | | | |
| MW ± SD | 12,6 ± 4,6 | 13,0 ± 4,6 | 12,4 ± 4,4 | 12,2 ± 5,2 | | 14,4 ± 4,0 | |
| Median | 13 | 14 | 13 | 12 | .63 | 15 | .01 |
| Quartile 25-75 | 10,0-16,0 | 10,0-16,0 | 10,0-15,8 | 9,0-16,0 | | 12,0-17,0 | |

Tabelle 4.3: Rohwerte der A-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten.

SFS: Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen; NoSFS: Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen; VIT: Patienten zur spezifischen Venom-Immunotherapie; MPS: depressive Patienten der Münchner Psychotherapie Studie; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; n: Anzahl; REV: Reaktionsbildung; TAS: Wendung gegen das Selbst; TAO: Wendung gegen andere; INT: Intellektualisierung; PRO: Projektion; A.: Gefühls- und Gedankenebene; p-Werte wurden mit dem H-Test nach Kruskal-Wallis berechnet

4.2.2 Mögliche Verhaltensweisen: B-Ebene

4.2.2.1 t-Werte und Subgruppenvergleiche

Auf der Ebene der möglichen Verhaltensweisen gab es keine signifikanten Unterschiede in den SomA-Subgruppen im Dreiervergleich. Lediglich die Skalen Wendung gegen das Selbst und Intellektualisierung zeigten eine Tendenz zu Unterschieden zwischen den

4 Ergebnisse

Gruppen auf (siehe Tabelle 4.4). Hiernach erreichten SFS-Patienten tendenziell höhere Werte für TAS und NoSFS-Patienten tendenziell höhere Werte für INT. Wie schon auf der A-Ebene zu sehen war, zeigten sich auch auf Verhaltensebene deutliche Unterschiede zwischen den SomA-Subgruppen und der MPS-Gruppe mit höheren Werten der SomA-Subgruppen für Reaktionsbildung und Intellektualisierung, hier höchstsignifikant, und niedrigeren Werten für die Variablen Wendung gegen das Selbst, ebenfalls höchstsignifikant, und Projektion ($p=0.001$). Keinen Unterschied gab es zwischen den Gruppen bezüglich der Wendung gegen andere.

| | SomA-Kollektiv n=223 | SFS n=43 | NoSFS n=137 | VIT n=43 | p-Wert SomA | MPS n=100 | P-Wert gesamt |
|------------------|-------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| B.REV | | | | | | | |
| - MW±SD | 51,7±9,5 | 50,4±8,7 | 52,4±9,7 | 50,8±9,8 | | 47,4±9,9 | |
| - Median | 52 | 50 | 52 | 54 | .42 | 47,5 | .005 |
| - Quartile 25-75 | 45,0-57,0 | 45,0-56,0 | 46,0-59,0 | 44,0-56,0 | | 40,3-54,0 | |
| B.TAS | | | | | | | |
| - MW±SD | 47,8±10,0 | 49,8±9,1 | 48,1 ±10,5 | 45,1±8,7 | | 60,2±10,0 | |
| - Median | 49 | 51 | 49 | 45 | .06 | 61 | <.001 |
| - Quartile 25-75 | 41,0-55,0 | 44,0-55,0 | 39,0-55,0 | 37,0-51,0 | | 53,3-67,0 | |
| B.TAO | | | | | | | |
| - MW±SD | 47,9±9,8 | 49,4±9,3 | 47,4±10,0 | 48,0±9,5 | | 50,7±9,3 | |
| - Median | 48 | 48 | 46 | 48 | .62 | 50,5 | .08 |
| - Quartile 25-75 | 40,0-55,0 | 43,0-56,0 | 39,0-56,0 | 39,0-55,0 | | 54,3-57,0 | |
| B.INT | | | | | | | |
| - MW±SD | 52,4±9,2 | 49,7±8,2 | 53,4±9,2 | 52,0±9,6 | | 45,9±9,8 | |
| - Median | 52 | 48 | 53 | 52 | .06 | 46 | <.001 |
| - Quartile 25-75 | 46,0-59,0 | 44,0-54,0 | 48,0-59,0 | 48,0-60,0 | | 40,0-51,5 | |
| B.PRO | | | | | | | |
| - MW±SD | 49,2±10,5 | 51,1±11,0 | 48,9±10,5 | 48,2±9,9 | | 53,8±8,7 | |
| - Median | 50 | 52 | 50 | 50 | .53 | 54 | .001 |
| - Quartile 25-75 | 42,0-56,0 | 45,0-59,0 | 41,0-56,0 | 42,0-54,0 | | 47,0-61,0 | |

Tabelle 4.4: t-Werte der B-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten.

SFS: Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen; NoSFS: Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen; VIT: Patienten zur spezifischen Venom-Immunotheapie; MPS: depressive Patienten der Münchner Psychotherapie Studie; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; n: Anzahl; REV: Reaktionsbildung; TAS: Wendung gegen das Selbst; TAO: Wendung gegen andere; INT: Intellektualisierung; PRO: Projektion; B.: Verhaltensweisen; p-Werte wurden mit dem H-Test nach Kruskal-Wallis berechnet

4.2.2.2 Paarweise Vergleiche

Der genauere Blick im paarweisen Vergleich der SFS-Gruppe mit den anderen Gruppen präzisiert nun die relevanten Unterschiede wie folgt:

- Im Vergleich zur NoSFS-Gruppe ergab sich ein signifikanter Unterschied mit niedrigeren Werten der SFS-Gruppe für INT ($p=0.02$). Kein Unterschied lag für TAS vor ($p=0.29$).
- Im Vergleich zur VIT-Gruppe zeigten sich signifikant höhere Werte für die SFS-Gruppe für TAS ($p=0.01$), keine Unterschiede jedoch bezüglich INT ($p=0.19$).
- Im Vergleich zur MPS-Gruppe zeigten sich hochsignifikant niedrigere Werte in der SFS-Gruppe für TAS ($p<0.001$) und signifikant höhere Werte in der SFS-Gruppe für INT ($p=0.02$). Keine Unterschiede bestehen bezüglich REV ($p=0.12$) und PRO ($p=0.13$).

4.2.2.3 Darstellung der Rohwerte und Subgruppenvergleiche

| | SomA Kollektiv n=223 | SFS n=43 | NoSFS n=137 | VIT n=43 | p-Wert SomA | MPS n=100 | p-Wert gesamt |
|----------------|-------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| B.REV | | | | | | | |
| MW±SD | 17,2±4,3 | 16,7±4,0 | 17,5±4,4 | 16,9±4,4 | | 15,0±4,6 | |
| Median | 17 | 17 | 17 | 18 | .6 | 15 | .001 |
| Quartile 25-75 | 14,0-20,0 | 14,0-19,0 | 15,0-20,0 | 13,0-20,0 | | 12,0-18,0 | |
| B.TAS | | | | | | | |
| MW±SD | 10,1-5,0 | 11,1±4,6 | 10,2±5,2 | 8,9±4,2 | | 16,3±4,9 | |
| Median | 11 | 12 | 11 | 9 | .07 | 17 | <.001 |
| Quartile 25-75 | 7,0-13,0 | 8,0-14,0 | 6,0-13,5 | 6,0-12,0 | | 13,25-20,0 | |
| B.TAO | | | | | | | |
| MW±SD | 8,6±5,3 | 9,2±5,0 | 8,4±5,3 | 8,5±5,3 | | 10,1±5,1 | |
| Median | 8 | 8 | 7,5 | 8 | .67 | 10 | .07 |
| Quartile 25-75 | 5,0-13,0 | 6,0-13,0 | 4,0-13,0 | 3,0-12,0 | | 7,0-14,0 | |
| B.INT | | | | | | | |
| MW±SD | 16,2±4,3 | 15,0±4,0 | 16,6±4,3 | 16,1±4,5 | | 12,9±4,9 | |
| Median | 16 | 15 | 16 | 16 | .09 | 13 | <.001 |
| Quartile 25-75 | 13,0-19,0 | 12,0-18,0 | 14,0-19,0 | 13,0-20,0 | | 10,0-16,0 | |
| B.PRO | | | | | | | |
| MW±SD | 14,2±4,5 | 15,0±4,8 | 14,0±5,0 | 13,9±4,4 | | 16,2±3,7 | |
| Median | 15 | 15 | 15 | 15 | .64 | 16,5 | .001 |
| Quartile 25-75 | 11,0-17,0 | 12,0-19,0 | 11,0-17,0 | 11,0-17,0 | | 14,0-19,0 | |

Tabelle 4.5: Rohwerte der B-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten.

SFS: Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen; NoSFS: Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen; VIT: Patienten zur spezifischen Venom-Immunotheapie; MPS: depressive Patienten der Münchner Psychotherapie Studie; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; n: Anzahl; REV: Reaktionsbildung; TAS: Wendung gegen das Selbst; TAO: Wendung gegen andere; INT: Intellektualisierung; PRO: Projektion; B.: Verhaltensweisen; p-Werte wurden mit dem H-Test nach Kruskal-Wallis berechnet

4.2.3 Gesamtsumme (A- und B-Ebene) der fünf Konfliktbewältigungsstrategien im Vergleich über vier Gruppen

4.2.3.1 t-Werte und Subgruppenvergleiche

Die Gesamtsummenzahl (A- und B-Ebene) lässt Unterschiede in den einzelnen Gruppen nun deutlicher hervortreten. Hier erschienen nun die Wendung gegen das Selbst und

4.2 t-Werte der Subgruppen im Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien

die Intellektualisierung als signifikante Unterscheidungsparameter zwischen den SomA-Gruppen (siehe Tabelle 4.6). MPS-Patienten erreichten bei Kombination der A- und B-

| | SomA-Kollektiv n=223 | SFS n=43 | NoSFS n=137 | VIT n=43 | p-Wert SomA | MPS n=100 | p-Wert gesamt |
|------------------|-------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| Ges_REV | | | | | | | |
| - MW±SD | 51,3 ±9,9 | 50,3 ±9,2 | 52,0 ±9,9 | 50,0 ±10,5 | .45 | 46,6 ±10,5 | .003 |
| - Median | 51 | 51 | 51 | 48 | | 47 | |
| - Quartile 25-75 | 45,0-58,0 | 45,0-55,0 | 46,0-58,0 | 42,0-58,0 | | 39,3-53,8 | |
| Ges_TAS | | | | | | | |
| - MW±SD | 48,0 ±10,1 | 50,4 ±9,5 | 48,2 ±10,4 | 45,0 ±8,9 | .02 | 61,2 ±9,8 | <.001 |
| - Median | 49 | 52 | 49 | 45 | | 62 | |
| - Quartile 25-75 | 40,0-55,0 | 45,0-58,0 | 40,0-55,5 | 36,0-52,0 | | 55,0-68,8 | |
| Ges_TAO | | | | | | | |
| - MW±SD | 47,3 ±9,8 | 49,0 ±9,7 | 46,8 ±9,9 | 46,9 ±9,4 | .5 | 50,2±9,0 | .051 |
| - Median | 47 | 49 | 47 | 47 | | 50 | |
| - Quartile 25-75 | 39,0-54,0 | 44,0-57,0 | 38,0-54,5 | 40,0-53,0 | | 44,0-57,0 | |
| Ges_INT | | | | | | | |
| - MW±SD | 52,3 ±9,2 | 49,5 ±8,4 | 53,4 ±9,0 | 51,5 ±9,8 | .05 | 44,8 ±10,1 | <.001 |
| - Median | 52 | 49 | 53 | 52 | | 45 | |
| - Quartile 25-75 | 46,0-58,0 | 44,0-56,0 | 48,0-59,0 | 46,0-59,0 | | 38,0-50,0 | |
| Ges_PRO | | | | | | | |
| - MW±SD | 48,2 ±11,0 | 50,2 ±11,3 | 47,9 ±10,7 | 47,3 ±11,8 | .56 | 53,3 ±9,3 | .001 |
| - Median | 49 | 50 | 49 | 48 | | 54 | |
| - Quartile 25-75 | 41,0-56,0 | 43,0-58,0 | 41,0-56,0 | 40,0-56,0 | | 48,0-60,0 | |

Tabelle 4.6: t-Werte der Gesamt-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten.

SFS: Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen; NoSFS: Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen; VIT: Patienten zur spezifischen Venom-Immunotherapie; MPS: depressive Patienten der Münchner Psychotherapie Studie; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; n: Anzahl; REV: Reaktionsbildung; TAS: Wendung gegen das Selbst; TAO: Wendung gegen andere; INT: Intellektualisierung; PRO: Projektion; GES.: Gesamt; p-Werte wurden mit dem H-Test nach Kruskal-Wallis berechnet

Ebene signifikant niedrigere Werte als SomA-Patienten auf den Skalen Reaktionsbildung REV, höchstsignifikant niedrigere Werte für Intellektualisierung INT, höchstsignifikant höhere Werte auf den Skalen Wendung gegen das Selbst TAS und signifikant höhere Werte für Projektion PRO (siehe Tabelle 4.6). Im Abwehrmechanismus Wendung gegen andere TAO zeigte sich eine Tendenz zu Gruppenunterschieden ($p=0.05$) mit höheren Werte für die MPS-Patienten.

4.2.3.2 Paarweise Vergleiche

Das Ergebnis der SFS-Gruppe im paarweisen Vergleich stellt sich wie folgt dar:

- Im Vergleich zur NoSFS-Gruppe bestand ein signifikanter Unterschied mit niedrigeren Werten in der SFS-Gruppe für INT ($p=0.01$) und kein Unterschied für TAS ($p=0.16$).
- Im Vergleich zur VIT-Gruppe bestand ein signifikanter Unterschied mit höheren Werten in der SFS-Gruppe für TAS ($p=0.004$) und kein Unterschied bezüglich INT ($p=0.24$).
- Im Vergleich zur MPS-Gruppe bestanden hochsignifikant niedrigere Werte für TAS ($p<0.001$) und signifikant höhere Werte für INT ($p=0.009$). Für REV besteht eine Tendenz zu höheren Werten in der SFS-Gruppe ($p=0.06$). Kein Unterschied wurde bezüglich TAO ($p=0.45$) und PRO gesehen ($p=0.09$).

4.2.3.3 Darstellung der Rohwerte und Subgruppenvergleiche

| | SomA Kollektiv n=223 | SFS n=43 | NoSFS n=137 | VIT n=43 | p-Wert SomA | MPS n=100 | p-Wert gesamt |
|----------------|-------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|------------------|
| Ges_REV | | | | | | | |
| MW ± SD | 33,6 ± 8,0 | 32,8 ± 7,6 | 34,1 ± 7,9 | 32,8 ± 8,5 | | 29,5 ± 8,8 | |
| Median | 33 | 33 | 33 | 32 | .58 | 30,5 | .002 |
| Quartile 25-75 | 29,0-38,0 | 29,0-38,0 | 29,0-39,0 | 26,0-39,0 | | 23,0-35,0 | |
| Ges_TAS | | | | | | | |
| MW ± SD | 22,3 ± 9,7 | 25,0 ± 9,0 | 22,4 ± 10,1 | 19,3 ± 8,4 | | 35,1 ± 9,5 | |
| Median | 23 | 27 | 23 | 19 | .01 | 36 | <.001 |
| Quartile 25-75 | 16,0-29,0 | 18,0-33,0 | 15,0-29,0 | 11,0-26,0 | | 29,0-42,0 | |
| Ges_TAO | | | | | | | |
| MW ± SD | 18,2 ± 11,0 | 20,2 ± 11,0 | 17,9 ± 11,1 | 17,5 ± 11,0 | | 21,9 ± 10,0 | |
| Median | 18 | 20 | 17 | 17 | .50 | 22 | .03 |
| Quartile 25-75 | 9,0-26,5 | 14,0-29,0 | 8,5-26,25 | 9,0-24,0 | | 14,6-30,0 | |
| Ges_INT | | | | | | | |
| MW ± SD | 32,5-8,2 | 30,0 ± 7,6 | 33,4 ± 8,0 | 32,1 ± 8,7 | | 25,3 ± 9,4 | |
| Median | 32 | 29 | 33 | 33 | .05 | 26 | <.001 |
| Quartile 25-75 | 27,0-38,0 | 25,0-36,0 | 29,0-39,0 | 27,0-39,0 | | 19,25-30,0 | |
| Ges_PRO | | | | | | | |
| MW ± SD | 26,7 ± 8,6 | 28,0 ± 8,7 | 26,5 ± 8,3 | 26,0 ± 9,2 | | 30,1 ± 7,0 | |
| Median | 28 | 28 | 28 | 26 | .68 | 31 | .001 |
| Quartile 25-75 | 21,0-33,0 | 22,0-34,0 | 21,0-32,0 | 10,0-33,0 | | 27,0-35,8 | |

Tabelle 4.7: Rohwerte der Gesamt-Ebene im Vergleich des SomA-Gesamtkollektivs, der drei SomA-Subgruppen und der MPS-Patienten.

SFS: Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen; NoSFS: Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen; VIT: Patienten zur spezifischen Venom-Immunotheapie; MPS: depressive Patienten der Münchner Psychotherapie Studie; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; n: Anzahl; REV: Reaktionsbildung; TAS: Wendung gegen das Selbst; TAO: Wendung gegen andere; INT: Intellektualisierung; PRO: Projektion; GES_: Gesamt; p-Werte wurden mit dem H-Test nach Kruskal-Wallis berechnet

4.2.4 Konfliktbewältigungsstrategien im Gruppenprofil

Vergleicht man auf deskriptivem Niveau die t-Wert-Mediane der verschiedenen Konfliktbewältigungsstrategien auf der Gesamtebene innerhalb der einzelnen Gruppen, so erkennt man unterschiedliche Muster (gemäß dem Profilbogen in: Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.7). Bei den somatoformen Patienten ist der mit dem FKBS gemessene Mechanismus, der vorwiegend zum Einsatz kam, die Wendung gegen das

Selbst (52), gefolgt von der Reaktionsbildung (51) und Projektion (50). Die Wendung gegen andere und die Intellektualisierung wurden seltener gebraucht (beide 49). Die Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen erreichten vor allem in der Intellektualisierung (53) Reaktionsbildung (51) ihre Höchstwerte. Es folgten mit niedrigeren Werten Projektion und Wendung gegen das Selbst (beide 49). Schlusslicht bildete die Wendung gegen andere (47). Die Reihenfolge des Gebrauchs von Konfliktbewältigungsstrategien der Insektengiftallergiker begann ebenfalls mit der Intellektualisierung (52). Reaktionsbildung und Projektion (48) folgten erst mit einigem Abstand. Dann kamen die Wendung gegen andere (47) und schließlich die Wendung gegen das eigene Selbst (45). Die Patienten mit Depression hingegen erzielten hohe Werte zunächst für die Wendung gegen das Selbst (62). Darauf folgte mit einigem Abstand die Projektion (54) und die Wendung gegen andere (50). Die reiferen Konfliktbewältigungsstrategien Reaktionsbildung (47) und Intellektualisierung (45) traten deutlich seltener auf.

4.3 Rohwerte im PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7 bei Patienten der SomA-Studie

Im Rahmen des Gesundheitsfragebogens für Patienten, der deutschen Version des Patient Health Questionnaires PHQ-D, von Löwe und Mitarbeitern (2002), wurden die Teilnehmer der SomA-Studie auf die häufigsten psychischen Störungen in der Primärmedizin untersucht. In Tabelle 4.8 sind die Ergebnisse des Moduls für Somatisierung oder „somatic symptom severity“ (PHQ-15), Depressivität (PHQ-9) und generalisierte Angst (GAD-7) dargestellt. Auf allen drei Skalen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Subgruppen.

Auch hier hilft der paarweise Vergleich der SFS-Gruppe mit den jeweils anderen beiden Subgruppen der SomA-Studie, den Unterschied zwischen den Gruppen genauer herauszuarbeiten. Naturgemäß verschieden sind die Subgruppen auf der Ebene der Somatisierung oder „somatic symptom severity“. Hier erzielten die SFS-Patienten signifikant höhere Werte als die beiden anderen Subgruppen (jeweils $p < 0.001$). Auch hinsichtlich der Depressivität erzielten die Patienten der SFS-Gruppe hochsignifikant höhere Werte als die Gruppe der NoSFS ($p < 0.001$) und als die Gruppe der VIT ($p < 0.001$). Signifikant war außerdem der Unterschied bezüglich der generalisierten Angst. Deutlich höhere Werte wurden von den SFS-Patienten gegenüber den NoSFS- ($p = 0.008$) und den VIT-Patienten ($p = 0.001$) angegeben.

| | SomA-Gesamtkollektiv n=223 | SFS n=43 | NoSFS n=137 | VIT n=43 | p-Wert SomA |
|------------------|-------------------------------|-------------|----------------|-------------|-------------|
| PHQ-15 | | | | | |
| MW ± SD | 6,6 ± 4,3 | 11,5 ± 5,0 | 5,7 ± 3,2 | 4,9 ± 3,1 | < .001 |
| Median | 6 | 11 | 6 | 4 | |
| Quartile 25-75 | 4,0-9,0 | 8,0-14,0 | 3,0-8,0 | 3,0-7,0 | |
| PHQ-9 | | | | | |
| - MW ± SD | 4,5 ± 3,7 | 8,1 ± 4,4 | 3,9 ± 2,9 | 3,1 ± 2,9 | < .001 |
| - Median | 4 | 8 | 3 | 3 | |
| - Quartile 25-75 | 2,0-6,0 | 5,0-11,0 | 2,0-6,0 | 1,0-4,0 | |
| - keine Antwort | - | 1 | - | - | |
| GAD-7 | | | | | |
| MW ± SD | 3,7 ± 2,8 | 5,0 ± 3,3 | 3,6 ± 2,6 | 3,0 ± 2,6 | < .001 |
| Median | 3 | 4 | 3 | 3 | |
| Quartile 25-75 | 2,0-5,0 | 3,0-7,0 | 2,0-5,0 | 1,0-4,0 | |

Tabelle 4.8: Rohwerte PHQ-15, PHQ-9 und GAD7 der SomA-Subgruppen.

SFS: Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen; NoSFS: Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen; VIT: Patienten zur spezifischen Venom-Immunotheapie; PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; n: Anzahl

4.4 Zusammenhang von Somatisierung, Depressivität, generalisierter Angst und Konfliktbewältigungsstrategien im Gesamtkollektiv der SomA-Studie

Die folgenden Korrelationen wurden, wie in Kapitel 3.4.3 beschrieben, mit den Rohwerten des Patient Health Questionnaires und den t-Werten des FKBS bestimmt. Die Variablen Alter und Geschlecht hatten hier keinen Einfluss auf die Ergebnisse.

4.4.1 Zusammenhang mit den Antworten der Ebene A: Gefühls- und Gedankenebene

Eine Untersuchung der Stärke des Zusammenhangs zwischen den Dimensionen Somatisierung oder „somatic symptom severity“, Depressivität, generalisierte Angst und den verschiedenen Konfliktbewältigungsstrategien auf der Gefühls- und Gedankenebene zeigte, dass Somatisierung oder „somatic symptom severity“, Depressivität und generalisierte Angst durchwegs moderat bis stark miteinander korrelierten (Tabelle 4.9). Korrelationen

zwischen Somatisierung, Depressivität, generalisierter Angst und der Ebene A der verschiedenen Konfliktbewältigungsstrategien waren dagegen allenfalls schwach bis mäßig ($r > 0,2$ bis $r < 0,4$) ausgeprägt (Tabelle 4.9). Einzelne Konfliktbewältigungsstrategien wiesen untereinander einen relevanten Zusammenhang auf (Tabelle 4.9). Mittlere Korrelationen ($r > 0,6$) existierten hier zwischen der Reaktionsbildung und der Intellektualisierung, mäßig-mittlere Korrelationen ($r > 0,4$ und $r < 0,6$) gab es zwischen TAS und TAO, TAS und PRO und TAO und PRO.

| | | | t_A_REV | t_A_TAS | t_A_TAO | t_A_INT | t_A_PRO |
|--------------|---------|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Spearman-Rho | PHQ-15 | r | -0,004 | ,209** | ,179** | -0,092 | 0,096 |
| | | p | 0,957 | 0,002 | 0,007 | 0,172 | 0,151 |
| | | n | 223 | 223 | 223 | 223 | 223 |
| | PHQ-9 | r | -0,12 | ,316** | ,217** | -,204** | ,222** |
| | | p | 0,075 | 0,000 | 0,001 | 0,002 | 0,001 |
| | | n | 222 | 222 | 222 | 222 | 222 |
| | GAD-7 | r | -,171* | ,238** | ,198** | -,201** | ,212** |
| | | p | 0,010 | 0,000 | 0,003 | 0,003 | 0,001 |
| | | n | 223 | 223 | 223 | 223 | 223 |
| | t_A_REV | r | | -0,124 | -,270** | ,640** | -,189** |
| | | p | | 0,065 | 0,000 | 0,000 | 0,005 |
| | | n | | 223 | 223 | 223 | 223 |
| | t_A_TAS | r | | | ,475** | -,230** | ,590** |
| | | p | | | 0,000 | 0,001 | 0,000 |
| | | n | | | 223 | 223 | 223 |
| | t_A_TAO | r | | | | -,337** | ,503** |
| | | p | | | | 0,000 | 0,000 |
| | | n | | | | 223 | 223 |
| | t_A_INT | r | | | | | -,294** |
| | | p | | | | | 0 |
| | | n | | | | | 223 |

Tabelle 4.9: Korrelationen der Rohwerte von PHQ-15 (n=223), PHQ-9 (n=222), GAD-7 (n=223) und den Rohwerten des FKBS auf der A-Ebene (n=223).

PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7; REV: Reaktionsbildung; TAS: Wendung gegen das Selbst; TAO: Wendung gegen andere; INT: Intellektualisierung; PRO: Projektion; r: Korrelationskoeffizient; p: Signifikanz 2-seitig; *. Korrelation ist auf dem Level 0,05 signifikant; **. Korrelation ist auf dem Level 0,01 signifikant

4.4.2 Zusammenhang mit den Antworten der Ebene B: Verhaltensweisen

Die Zusammenhänge dieser drei Dimensionen mit den Konfliktbewältigungsstrategien der B-Ebene konnte lediglich für das Paar PHQ-9 und TAS als schwach bezeichnet werden (Tabelle 4.10). Dagegen wiesen die einzelnen Konfliktbewältigungsstrategien auf der B-Ebene untereinander einen relativen Zusammenhang auf (Tabelle 4.10): Wie auf der Ebene A existierten starke Korrelationen zwischen REV und TAS. Moderate Korrelationen gab es zwischen TAS und TAO, TAS und PRO und TAO und PRO.

| | | | t_B_REV | t_B_TAS | t_B_TAO | t_B_INT | t_B_PRO |
|--------------|---------|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Spearman-Rho | PHQ-15 | r | -0,127 | ,218** | ,195** | -,152* | ,149* |
| | | p | 0,058 | 0,001 | 0,003 | 0,023 | 0,026 |
| | | n | 223 | 223 | 223 | 223 | 223 |
| | PHQ-9 | r | -,195** | ,297** | ,228** | -,224** | ,204** |
| | | p | 0,004 | 0,000 | 0,001 | 0,001 | 0,002 |
| | | n | 222 | 222 | 222 | 222 | 222 |
| | GAD-7 | r | -,200** | ,199** | ,202** | -,231** | ,182** |
| | | p | 0,003 | 0,003 | 0,002 | 0,001 | 0,006 |
| | | n | 223 | 223 | 223 | 223 | 223 |
| | t_B_REV | r | | -,230** | -,333** | ,652** | -,195** |
| | | p | | 0,001 | 0,000 | 0,000 | 0,004 |
| | | n | | 223 | 223 | 223 | 223 |
| | t_B_TAS | r | | | ,561** | -0,089 | ,488** |
| | | p | | | 0,000 | 0,187 | 0,000 |
| | | n | | | 223 | 223 | 223 |
| | t_B_TAO | r | | | | -,357** | ,560** |
| | | p | | | | 0,000 | 0,000 |
| | | n | | | | 223 | 223 |
| | t_B_INT | r | | | | | -,291** |
| | | p | | | | | 0,000 |
| | | n | | | | | 223 |

Tabelle 4.10: Korrelationen der Rohwerte von PHQ-15 (n=223), PHQ-9 (n=222), GAD-7 (n=223) und den Rohwerten des FKBS auf der B-Ebene (n=223).

PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder -7; REV: Reaktionsbildung; TAS: Wendung gegen das eigene Selbst; TAO: Wendung gegen andere; INT: Intellektualisierung; PRO: Projektion; r: Korrelationskoeffizient; p: Signifikanz 2-seitig; *. Korrelation ist auf dem Level 0,05 signifikant; **. Korrelation ist auf dem Level 0,01 signifikant

4.4.3 Zusammenhang der Gesamtsumme der Konfliktbewältigungsstrategien mit PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7

Analog zu den Einzelebenen zeigte sich für die Gesamtebene folgendes Bild: Der Zusammenhang der fünf Konfliktbewältigungsstrategien mit den hier gemessenen Dimensionen des Patient Health Questionnaires war allenfalls schwach ausgeprägt (Tabelle 4.11). Wie auch in den Einzelebenen standen in der Gesamtebene die Reaktionsbildung und Intellektualisierung in starkem Zusammenhang. Außerdem korrelierten TAS mit PRO und TAO mit PRO stark miteinander. Des Weiteren waren TAS und TAO wie schon in den Einzelebenen moderat miteinander verbunden, die anderen standen in schwachem Zusammenhang (Tabelle 4.11).

| | | | t_ges_REV | t_ges_TAS | t_ges_TAO | t_ges_INT | t_ges_PRO |
|--------------|-----------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Spearman-Rho | PHQ-15 | r | -0,064 | ,220** | ,202** | -,134* | 0,126 |
| | | p | 0,339 | 0,001 | 0,002 | 0,045 | 0,061 |
| | | n | 223 | 223 | 223 | 223 | 223 |
| | PHQ-9 | r | -,166* | ,312** | ,243** | -,227** | ,229** |
| | | p | 0,014 | 0,000 | 0,000 | 0,001 | 0,001 |
| | | n | 222 | 222 | 222 | 222 | 222 |
| | GAD-7 | r | -,191** | ,227** | ,219** | -,224** | ,210** |
| | | p | 0,004 | 0,001 | 0,001 | 0,001 | 0,002 |
| | | n | 223 | 223 | 223 | 223 | 223 |
| | t_ges_REV | r | | -,175** | -,325** | ,732** | -,241** |
| | | p | | 0,009 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | | n | | 223 | 223 | 223 | 223 |
| | t_ges_TAS | r | | | ,554** | -,146* | ,620** |
| | | p | | | 0,000 | 0,029 | 0,000 |
| | | n | | | 223 | 223 | 223 |
| | t_ges_TAO | r | | | | -,383** | ,638** |
| | | p | | | | 0,000 | 0,000 |
| | | n | | | | 223 | 223 |
| | t_ges_INT | r | | | | | -,320** |
| | | p | | | | | 0,000 |
| | | n | | | | | 223 |

Tabelle 4.11: Korrelationen der Rohwerte von PHQ-15 (n=223), PHQ-9 (n=222), GAD-7 (n=223) und den Rohwerten des FKBS auf der Gesamtsummen-Ebene (n=223).

PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder -7; REV: Reaktionsbildung; TAS: Wendung gegen das eigene Selbst; TAO: Wendung gegen andere; INT: Intellektualisierung; PRO: Projektion; r: Korrelationskoeffizient; p: Signifikanz 2-seitig; *. Korrelation ist auf dem Level 0,05 signifikant; **. Korrelation ist auf dem Level 0,01 signifikant

5 Diskussion

Diese Arbeit ist die erste, die sich ausführlich dem Thema Konfliktbewältigungsstrategien bei Patienten mit somatoformen Störungen widmet; sie zeichnet sich darüber hinaus durch eine hohe Fallzahl aus. Als wichtigstes Ergebnis kann festgehalten werden, dass sich Patienten mit somatoformen Störungen hinsichtlich der Konfliktbewältigungsstrategien nach dem Selbstauskunftfragebogen FKBS zwar signifikant in Richtung maladaptiver Reaktionsweisen von anderen Patientengruppen (Allergie-Abklärungspatienten ohne SFS, Insektengiftallergiker und depressive Patienten) unterscheiden; gemessen an der Allgemeinbevölkerung entspricht ihr Abwehrverhalten dennoch der Norm.

5.1 Prävalenz und soziodemographische Daten

Die Prävalenz somatoformer Störungen im Allergie-Abklärungskollektiv war mit 23,9 Prozent vergleichbar mit Prävalenzen in vergleichbaren Studien, in denen Prävalenzen in der primärärztlichen Versorgung von 19 bis 28 Prozent für Somatisierung angegeben wurden (Kroenke et al., 1997; Creed und Barsky, 2004; De Waal et al., 2004; Hanel et al., 2009). In der fachärztlichen Versorgung lagen die Prävalenzen sogar höher, zum Beispiel wurden in neurologischen Kliniken Zahlen bis 40 Prozent angegeben (Rief, Hiller und Margraf, 1998).

Patienten des Allergie-Abklärungskollektivs sowohl mit als auch ohne somatoforme Störungen waren ebenso wie die Gruppe der Venom-Immunotherapiepatienten überwiegend mittleren Alters, weiblich, berufstätig und gaben eine Schulbildung von durchschnittlich 13 Jahren an. Die Patienten der MP Studie waren ebenfalls überwiegend weiblich und berufstätig, dagegen allerdings im Durchschnitt etwa zehn Jahre jünger und sie lebten seltener in einer Partnerschaft. Die weitere Betrachtung der Einzelergebnisse erfordert daher die Feststellung, dass zwar die SomA-Subgruppen hinsichtlich der soziodemographischen Daten miteinander vergleichbar waren, das Kollektiv der depressiven Patienten jedoch einige Unterschiede zu den übrigen Gruppen aufwies. Eine statistische Korrektur der Ergebnisse unter Berücksichtigung der genannten Unterschiede erfolgte nicht. Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden.

5.2 Ergebnisse des Fragebogens zu Konfliktbewältigungsstrategien FKBS

5.2.1 Diskussion der ersten Hypothese: **Allergie-Abklärungspatienten mit somatoformen Störungen weisen vermehrt unreife oder maladaptive Konfliktbewältigungsstrategien auf (Projektion, Wendung gegen das Selbst, Wendung gegen andere)**

Die Betrachtung der Einzelebenen zeigte ähnliche Reaktionsweisen auf der Gefühls- und Gedankenebene einerseits und der Verhaltensebene andererseits. Tatsächlich stellte sich ein dezentes Vorherrschen der unreifen oder maladaptiven Konfliktbewältigungsstrategien Projektion und Wendung gegen das Selbst dar. Die Intellektualisierung als reifere Abwehrstrategie war auf beiden Ebenen am geringsten ausgeprägt.

Es ist hervorzuheben, dass der Vergleich der t-Werte wichtig ist, da die Rohwerte alleine ein falsches Bild zeichnen. Denn während die Projektion beispielsweise auf beiden Ebenen die höchsten Werte in der auf Alter und Geschlecht normierten t-Wert-Darstellung hatte (jeweils 52) und die Intellektualisierung die niedrigsten (jeweils 48), hatten beide Strategien in der Rohwert-Darstellung die gleiche Punktzahl (14) und sogar weniger als die Reaktionsbildung, die hier den höchsten Rohwert erreichte (17; t-Wert 51).

Unterschiede auf den Einzelebenen wurden in einer Studie von Hermann-Maurer und Kollegen (1992) an Insomniepatienten gefunden. Bei diesen Patienten zeigte sich eine deutliche Diskrepanz zwischen Erlebniswelt und Verhaltensebene: Selbstvorwürfe und aggressive Reaktionen wurden nicht in dem Maße gezeigt wie sie erlebt wurden, umgekehrt fanden projektive (PRO) und verleugnende Reaktionen (REV) einen häufigeren Einsatz, ohne dass das entsprechende Erlebniskorrelat tatsächlich vorhanden gewesen wäre. Möglicherweise lag hier eine Hemmung vor, aggressive Impulse nach außen zu tragen. Stattdessen könnten diese auf das eigene Selbst gerichtet werden und dadurch Beschwerden verursachen. Insgesamt wurden seltener aggressive Impulse (TAO Rohwert gesamt 14,0) und mehr intellektualisierende Strategien (INT Rohwert gesamt 32,3) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe beobachtet.

Insgesamt bestand, wie in Kapitel 4.2.4 ersichtlich ist, bei der Patientengruppe mit SFS tatsächlich eine leichte Verschiebung hin zu unreifen oder maladaptiven Konfliktbewältigungsstrategien. Auf rein deskriptivem Niveau wurde der höchste t-Wert auf der Gesamtebene für die Wendung gegen das Selbst erreicht, während die Intellektualisierung als reifere Strategie am wenigsten gebraucht wurde. In einer Studie von Egle, Nickel, Schwab und Hoffmann im Jahr 2000 bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung

wurden erhöhte FKBS- (Roh-) Werte für eher unreife Konfliktbewältigungsstrategien wie der Wendung gegen das Selbst und Projektion beobachtet. Eine ältere Studie von Egle und Porsch (1992) zeigte bei Patienten mit psychogenen Schmerzzuständen allerdings die höchsten Rohwerte bei INT und REV mit 36,3 und 38,6 Punkten. Wendung gegen das Selbst TAS und Projektion PRO lagen bei 28,6 beziehungsweise 28,0 Punkten vor der Wendung gegen andere TAO mit 17,9 Punkten. Allerdings sind diese Studienergebnisse nicht direkt mit denen der vorliegenden Studie vergleichbar, da - wie bereits erläutert - eine Transformation in t-Werte nicht erfolgte.

Ganz andere bemerkenswerte Ergebnisse wurden in einer Studie mit Fibromyalgie-Syndrom-Patienten in den Konfliktbewältigungsstrategien erzielt (Egle et al., 1989). Patienten mit Fibromyalgie weisen einige Parallelen zu Patienten mit SFS auf (vgl. Brückle, 2009); die pathogenetische Bedeutung biopsychosozialer Stressoren für das Fibromyalgie-Syndrom ist weithin anerkannt (Brückle, 2009; Smith, Harris und Clauw, 2011). Diese Studie zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen, Angst, Depression, Abwehrstruktur und Krankheitserleben bei 47 Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom zeigte sehr hohe Werte für die Wendung gegen andere TAO 46,1, Projektion PRO 35,4 und Wendung gegen das Selbst TAS 34,4 (Egle et al., 1989). Deutlich weniger ausgeprägt waren Intellektualisierung 22,5 und Reaktionsbildung 19,4. Nach den Studienautoren leiden Patienten mit Fibromyalgie unter aggressiven Spannungen, die sie nicht loswerden können, weisen eine „gestörte emotionale Beziehungsfähigkeit sowie einen mangelnden Realitätsbezug“ auf.

Auch in der Studie erfolgte für den FKBS keine Transformation der Rohwerte in t-Werte. Es ist nicht angegeben, ob es sich bei den Gesamtskalenwerten um den weiblichen oder männlichen Durchschnitt handelte. Dass dies in Bezug auf den Gebrauch von Konfliktbewältigungsstrategien einen Unterschied macht, zeigte auch Cramer zumindest für den DMI, an dem sich der FKBS orientiert (1991). Eine nachträgliche Transformation der Ergebnisse von Egle et al. (1989) durch die Autorin dieser Arbeit zeigte folgende t-Werte: TAO 72, PRO 60, TAS 59, INT 22 und REV 34. Die Umrechnung erfolgte mit der Tabelle für Frauen über 30 Jahre, da diese 70 Prozent des Untersuchungskollektivs ausmachten und durchschnittlich 46 Jahre alt waren. Die t-Werte bedeuten nun - unter Vorbehalt - über- oder unterdurchschnittliche Ergebnisse auf allen fünf Skalen der Konfliktbewältigung nach FKBS, wodurch sich diese Patientengruppe eindeutig von anderen Gruppen unterscheiden ließ. Hier wird nun deutlich, dass durch die t-Werte die tatsächliche klinische Relevanz angezeigt werden kann, im Gegensatz zur alleinigen Darstellung der Rohwerte, die ohne Normierung auf Alter und Geschlecht falsche Hinweise liefert.

Im Vergleich der bisherigen Studien (die vorliegende; Egle et al. 1989; Egle und Porsch 1992; Egle et al., 2000) bei verschiedenen funktionellen Syndromen und somatoformen

Beschwerden zeigten sich nun unterschiedliche Muster an Konfliktbewältigungsstrategien, so dass sich insgesamt ein eher inkonsistentes Bild im Gebrauch der Abwehr darstellt. Zusammenfassend kann in der vorliegenden Studie nicht von einem außergewöhnlichen Abwehrverhalten der Patienten mit somatoformen Störungen gesprochen werden. Die standardisierten Ergebnisse aller fünf Bewältigungsskalen bewegten sich um den t-Wert 50. Das bedeutet, dass diese Gruppe mit allen Ergebnissen innerhalb der Norm lag. Die hier gemessenen Ergebnisse der Patienten mit somatoformen Störungen ähneln dementsprechend auch dem im Manual des FKBS festgelegten Standard an 156 Probanden (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.29). Damit wird die erste Hypothese abgelehnt.

Eine Erklärung für dieses überraschende Ergebnis könnte möglicherweise das psychosomatische Konzept der Alexithymie bieten. Der Begriff umschreibt die Unfähigkeit von Menschen, eigene Gefühle wahrzunehmen und in Worten auszudrücken (Fossati et al., 2009). Alexithyme Personen fielen durch „gemeinsame psychische Eigentümlichkeiten“ wie zum Beispiel einem hohen Maß an sozialer Konformität auf, das als pseudonormales oder übernormales Verhalten beschrieben wird, „mit dem sich der psychosomatisch Kranke widerspruchslos an die in seiner relevanten Bezugsgruppe herrschenden Normen anpasst“ (Zepf, 1986, S.66). Sie werden teilweise sogar als „Normopathen“ beschrieben. In einem Review von 2003 zum Zusammenhang zwischen Somatisierung und Alexithymie zeigte sich eine starke Korrelation zwischen körperlichen Symptomen und der Dimension „Schwierigkeiten in der Identifizierung eigener Gefühle“ (DeGucht und Heiser). Die Bedenken von Waller und Scheidt (2006) und von Vertretern der Persönlichkeitspsychologie (Davidson und MacGregor, 1998) fanden hier Bestätigung. Das fehlende emotionale Selbstbewusstsein und das mangelnde Wissen um die Motivation für eigenes Verhalten scheinen die Ergebnisse im FKBS zu beeinträchtigen. Nach der Definition von Taylor und Bagby (1997) ist die Beziehung zwischen Alexithymie und Affekt allerdings unspezifisch (in: DeGucht und Heiser, 2003).

Dennoch findet man in der deskriptiven Betrachtung unserer Daten interessante Unterschiede im Vergleich innerhalb der SomA-Subgruppen. Es zeigten sich für Patienten mit somatoformen Störungen signifikant höhere Werte für die Wendung gegen das Selbst als unreifen oder maladaptiven Mechanismus und signifikant niedrigere Werte für die Intellektualisierung als reifen oder adaptiven Mechanismus auf dem Gesamtniveau im Vergleich zu den psychisch scheinbar nicht beeinträchtigten Patientengruppen (NoSFS und VIT). Dies könnte dafür sprechen, dass sich somatoforme Patienten auf einem Kontinuum bewegen, an dessen einem Ende wenige medizinisch unerklärte Symptome stehen, die den Menschen kaum einschränken, während sich am anderen Ende das Vollbild einer Erkrankung entfaltet, die das Alltagsleben sehr stark beeinträchtigt (vgl. Escobar et al., 2002). In diesem Sinne würde weniger von einer psychiatrischen Diagnose als Entität

gesprächen, sondern eher von einem dimensionalen Krankheitsgeschehen ausgegangen werden (vgl. Creed und Barsky, 2004; vgl. Mayou et al., 2005).

Allerdings kann die erste Hypothese auch mit diesen Unterschieden in der Subgruppenbetrachtung nicht angenommen werden.

5.2.2 Diskussion der zweiten und dritten Hypothese: Allergie-Abklärungspatienten ohne somatoforme Störungen und Therapie-Patienten mit bekannter Insektengiftallergie weisen überwiegend reife oder adaptive Konfliktbewältigungsstile auf (Intellektualisierung, Reaktionsbildung)

Die Hypothesen zwei und drei, die den psychisch scheinbar gesunden Patienten (NoSFS und VIT) den vorherrschenden Gebrauch von reifen oder adaptiven Konfliktbewältigungsstrategien unterstellten, gelten zumindest unter statistischen Gesichtspunkten als angenommen. Betrachtet man auf Subgruppenniveau die signifikanten Unterschiede in der Wendung gegen das Selbst im paarweisen Vergleich, zeigte sich ein absteigender Gebrauch von den SFS-Patienten über die NoSFS-Gruppe zu der VIT-Gruppe. Für die reife oder adaptive Konfliktbewältigungsstrategie Intellektualisierung verhielt es sich anders. Hier machten die Subgruppen NoSFS und VIT signifikant mehr Gebrauch als die SFS-Gruppe. Die Ergebnisse der Subgruppen deckten sich mit den Ergebnissen der Normalbevölkerung, die scheinbar unter Abwesenheit von stärkeren emotionalen Beeinträchtigungen überwiegend über eine reifere Abwehrstruktur verfügt.

5.2.3 Diskussion der vierten Hypothese: Depressive Patienten der MPS weisen vermehrt den unreifen oder maladaptiven Konfliktbewältigungsstil der Wendung gegen das Selbst auf

Recht deutlich bestätigte sich die vierte Hypothese, die für die Gruppe der depressiven Patienten vor allem den Gebrauch von unreifen oder maladaptiven Konfliktbewältigungsstrategien postulierte. Höchsts signifikant unterschieden sich die depressiven Patienten von den SomA-Subgruppen für die Wendung gegen das Selbst mit dem überdurchschnittlich hohen t-Wert von 62 (Rohwert 35,1), der damit klinische Relevanz anzeigte. Das heißt nun, dass depressive Patienten am ehesten mit der Aggressionswendung gegen sich selbst reagieren, was teilweise den Charakter ihrer Erkrankung ausmacht (Rudolf und Henningsen, 2008, S.139). Aber auch bei allen anderen Konfliktbewältigungsstrategien waren die Unterschiede zu den SomA-Subgruppen hochsignifikant. Die realitätsverzerrende

unreife Strategie Projektion wurde oft gebraucht, während die reiferen oder adaptiven Strategien wie Reaktionsbildung und vor allem Intellektualisierung deutlich seltener eingesetzt wurden. Seltener, jedoch im Vergleich tendenziell häufiger wurde die Wendung gegen andere gebraucht. Somit könnten manifest depressive Patienten - im Gegensatz zu Patienten mit somatoformen Störungen - durch den FKBS möglicherweise auch in anderen Settings von anderen Populationen unterschieden werden. Allerdings handelte es sich bei dem depressiven Kollektiv um Patienten, die Hilfe suchten. Sie wollten in die Therapiestudie aufgenommen werden. Folglich tendierten diese Patienten einerseits vielleicht eher zu authentischen Antworten im Sinne eines geringeren egoistischen und moralischen Bias (vgl. Paulhus und John, 1998). Andererseits neigten sie möglicherweise mehr zur Selbstbeobachtung und waren sich dadurch ihrer Emotionen bewusst, die sich im Sinne eines realitätsnahen Antwortverhaltens auswirkte (vgl. Grimm et al., 2009). Depressive Patienten sind nicht alexithym. Möglich wäre auch, dass die MP-Studienpatienten sich besonders „krank“ darstellten, um ihren Leidensdruck deutlich zu machen.

5.3 Zusammenhang von Konfliktbewältigung, Somatisierung, Depressivität und generalisierter Angst in den SomA-Subgruppen

Naturgemäß erzielten die Patienten mit somatoformen Störungen den höchsten Wert auf der Skala Somatisierung. Die Gruppen der NoSFS und VIT zeigten gering erhöhte oder unauffällige Werte. Deutlich erhöhte Werte für Depressivität und generalisierte Angst ließen sich nur bei den Patienten mit somatoformen Störungen nachweisen. Diese Ergebnisse können vor dem Hintergrund der bekannten Literatur interpretiert werden, in der somatoforme Patienten zu einem hohen Grad zusätzlich an Depression und Angst leiden. Zahlen aus anderen Studien für Komorbidität rangieren zwischen 40 und 60 Prozent mit Depression und sogar bis zu 63 Prozent mit Angststörungen (Henningssen, Zimmermann und Sattel, 2003; Martin et al., 2007).

5.4 Einfluss der psychopathologischen Dimensionen Somatisierung, Depressivität und generalisierte Angst auf das Antwortverhalten im FKBS

Nicht zuletzt aufgrund der eindeutigen FKBS-Ergebnisse bei den MPS-Patienten lag es nahe, den Einfluss von Depressivität und Angst auf die Ergebnisse des FKBS auch

innerhalb der SomA-Patienten genau zu untersuchen. Ein Zusammenhang bestimmter Konfliktbewältigungsstrategien etwa mit Angst könnte z.B. auch den im Vergleich zur VIT-Gruppe etwas erhöhten Absolutwert für TAS der NoSFS-Gruppe erklären, da diese zu Beginn des stationären Aufenthaltes mit der Unsicherheit ob der Herkunft ihrer Beschwerden lebten. Bereits in einer Studie an Insomniepatienten aus dem Jahre 1992 wurde ein statistischer Zusammenhang zwischen TAS und der Häufigkeit und Intensität depressiver Symptome nachgewiesen (Hermann-Mauer et al.). In der erwähnten Studie von Egle und Porsch (1992) wurden die hohen Werte für TAS bei Patienten mit psychogenen Schmerzzuständen als Ausdruck einer masochistischen Abwehrstruktur gewertet, indem die Patienten ihre Aggressionen nach innen richten und damit ihr Selbst immer wieder auf's Neue verletzen. In der vorliegenden Studie wurden dagegen höchstens schwache Korrelationen zwischen den fünf Konfliktbewältigungsstrategien und den Dimensionen Somatisierung, Depressivität und generalisierte Angst gemessen. Wie vermutet, standen diese psychopathologischen Dimensionen in keinem direkten Zusammenhang mit der Ausprägung der Konfliktbewältigungsstrategien. Dies steht in Einklang mit den Ergebnissen von Bond und Kollegen, die in ihrer Übersichtsarbeit zu Abwehr und deren Beziehung zu Psychopathologien (2004) konstatierten, dass ein bestimmtes Muster von Konfliktbewältigungsstrategien als eigene psychopathologische Dimension in der Ausprägung psychischer Leiden gesehen werden kann. Unreife und maladaptive Abwehrmechanismen korrelierten mit der Schwere einer Erkrankung. Zum Beispiel zeigte sich für die Depression wiederholt, dass depressive Patienten ein hohes Maß an maladaptiven (z.B. Selbstaufopferung, passive Aggression) und über ein geringeres Maß an reifen (z.B. Humor, Suppression) Abwehrmechanismen verfügten, die sich im Laufe einer Therapie und mit Verbesserung der Symptomatik gegenläufig entwickelten. Die neurotischen Abwehrmechanismen, die eine Zwischenstellung zwischen maladaptiven und reifen Strategien einnehmen, blieben über die Therapie hin relativ stabil (2004).

5.5 Stärken und Schwächen der Studien mit Wertung der Methodik

5.5.1 Teilnehmerrate

Die hohe Teilnehmerrate in der SomA-Studie von 81 Prozent ist positiv hervorzuheben. Dies führen wir zumindest für die SomA-Studie auf die gute Informationslage, umfassende Diagnostik und den frühen Zeitpunkt der Befragung während des stationären Aufenthaltes zurück. Das Feedback zur Studie war mehrheitlich positiv. Die MPS-Patienten waren wegen ihres Leidens und der Aussicht auf Therapie sehr motiviert. Das Feedback

war eindeutig positiv.

Die Teilnehmerrate für den SomA-Studienteil mit dem FKBS lag allerdings niedriger. Den Hauptgrund für das Fehlen einiger FKBS-Bögen in der SomA-Studie sehen wir in dem umfassenden Fragebogenmaterial, innerhalb dessen der FKBS an letzter Stelle angeboten wurde. Die Bearbeitung des FKBS war mit 30-60 Minuten relativ zeitintensiv. Andererseits ist auch nicht auszuschließen, dass das im Vergleich zu den anderen Fragebögen ungewöhnliche Format und die Thematik, deren Relevanz im Studienzusammenhang manchen Patienten nicht eingeleuchtet haben mochte, mögliche Gründe dafür waren, dass weniger Patienten den FKBS bearbeiteten als die anderen Fragebögen.

Insgesamt war der Datensatz mit 223 ausgewerteten Befragungen aus der SomA-Studie und 100 weiteren Patienten aus der MP Studie umfangreich. Die kleinsten Subgruppen bestanden aus immerhin 43 Patienten. Diese Subgruppen wurden zwar in der Auswertung nicht weiter nach Geschlechtern unterteilt. Allerdings wurden bei den Signifikanzanalysen des FKBS die auf Alter und Geschlecht normierten t-Werte benutzt, so dass sich eine getrennte Betrachtung der Geschlechter nicht als notwendig erwies. Auch der deutliche Altersunterschied zwischen SomA-Kollektiv und MPS-Patienten dürfte das Resultat somit nicht beeinflusst haben. Damit gelten diese Studienergebnisse als repräsentativ.

5.5.2 Datenerhebung

Die Erhebung der SomA-Daten erfolgte im Rahmen der übergeordneten Querschnittsstudie SomA; hinsichtlich des in dieser Studie eher untergeordneten Themas Konfliktbewältigung entspricht das einem explorativen Ansatz in einem naturalistischen Setting. Die Diagnostik einer somatoformen Störung folgte dem aktuellen Goldstandard zur Diagnosestellung (z.B. Steiner, Tebes und Sledge, 1995; Shear, Greeno und Kang, 2000). Auch innerhalb der MP Studie stellte die Konfliktbewältigung einen nachgeordneten, explorativen Aspekt dar: Hier wurde die Diagnose „Depression“ jedoch von zwei erfahrenen Psychiatern anhand der ICD-10-Checkliste konsensuell vergeben und nicht durch empirisch gesicherte Verfahren ermittelt. Dieser Unterschied in der Datenerhebung mag eine Auswirkung auf die Ergebnisse im Sinne eines methodologischen Bias gehabt haben. Das Messen möglichst naiver Antworten hinsichtlich der spontanen Reaktionsweisen im FKBS und der Beschwerdepräsentation im PHQ in der SomA-Studie sollte durch das frühe Erheben der Daten im stationären Verlauf erreicht werden. Die Patienten waren zu diesem Zeitpunkt beispielsweise noch nicht durch negative allergologische Testung und daraus folgender Enttäuschung im Antwortverhalten beeinflusst.

In der SomA-Studie erhielten die Patienten die Fragebögen allerdings nach dem diagnostischen Interview für somatoforme Störungen. Möglich ist nun, dass die Patienten durch das Interview eine Ahnung von den psychischen Aspekten ihrer Beschwerden bekamen

und Angst vor einer psychologisierten Stigmatisierung hatten (Escobar, 2002). Nach psychischen Aspekten wurde in der Studie nicht offenkundig gesucht. Das Antwortverhalten könnte somit durch einen anderen Abwehrmechanismus (z.B. Leugnung), der noch vor den reflektierten Konfliktbewältigungsstrategien aktiviert wurde, verzerrt worden sein. Bei den MPS-Patienten war dieser Punkt eher nachrangig, da es sich hier um Patienten handelte, die sich mit Bewusstsein ihrer psychischen Problematik vor einer spezifischen Therapie an der MP Studie beteiligten. Die Fragebögen wurden mitgegeben und zu Hause ausgefüllt.

Die Patienten der SomA-Studie lagen zum Teil in Vier-Bett-Zimmern. Obwohl die Patienten wussten, dass die Fragebögen anonymisiert behandelt wurden, mag dies bei fehlender Privatsphäre zu einem sozial erwünschten Antwortverhalten geführt haben, das nicht unbedingt dem Konfliktbewältigungsstrategiespektrum der jeweiligen Person entsprach (vgl. Paulhus und John, 1998). Es ist denkbar, dass Antworten, die als „hart“ empfunden wurden, von den Patienten seltener angekreuzt wurden, obwohl es dem Affekt entsprochen hätte. Gerade die Antworten der Wendung gegen andere TAO mögen „zu vehement“ erschienen sein, wodurch ein egoistischer und moralischer Bias die Ergebnisse beeinflusst haben kann (vgl. Paulhus und John, 1998). Beispielsweise wurden Antwortmöglichkeiten, wie dem jungen Vater vor sich in der Warteschlange an der Supermarktkasse den „Einkaufswagen ins Kreuz rammen wollen“ oder nach Nichtbestehen der Führerscheinprüfung „in seinem Ärger dem Prüfer die Autotür vor der Nase zu knallen“ (gerade von Patienten in Mehrbettzimmern) aus egoistisch oder moralischen Motiven weniger gewählt. Solche Einflussfaktoren wurden jedoch nicht erfasst.

5.5.3 Messinstrumente

Der Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien ist ein erwiesenermaßen reliables Testinstrument zur Erfassung der Derivate der Abwehr (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.25). Allerdings ist die inhaltliche Validität im Durchschnitt nur moderat, das heißt, dass die Zuordnung der einzelnen Items zu den Konfliktbewältigungsskalen nur mäßig gut ist (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998, S.27). In der vorliegenden Studie zeigte sich ein starker Zusammenhang zwischen den Größen Intellektualisierung und Reaktionsbildung ($r=0,73$, $p<0.001$), darüber hinaus außerdem zwischen Wendung gegen das Selbst mit Projektion ($r=0,62$, $p<0.001$) und zwischen Wendung gegen andere und Projektion ($r=0,64$, $p<0.001$). Dies mag einen Einfluss auf die Testergebnisse in dem Sinne gehabt haben, dass diese einzelnen Items von den Probanden nicht unterschieden werden konnten. In einer Studie mit dem FKBS an Patienten mit essentieller Hypertonie wurde die Projektion wegen schlechter Itemtrennschärfe aus der Wertung herausgenommen (Hentschel und Bekker in: Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.537ff).

Ähnlich stellte sich dies auch in unserer Item-Korrelationsanalyse dar. Darum sollten die Ergebnisse auch unter diesem Aspekt mit Vorbehalt interpretiert werden.

Die in dieser Studie verwendeten Daten stammen (abgesehen von der SKID-Diagnose als Grundlage der Gruppeneinteilung) aus Selbstbeurteilungsfragebögen.

Generell haben sich auch in der Abwehrforschung Selbstbeurteilungsfragebögen als objektive und reproduzierbare Verfahren erwiesen. In der klinischen Forschung setzt sich die Fragebogentechnik als praktikabler in der Durchführbarkeit gegenüber anderen Messmethoden durch (Soutanian et al., 2005). Die Ergebnisse werden nicht durch einen Beobachter-Bias verzerrt (Davidson und MacGregor, 1998).

Das Paradoxon der Abwehrforschung, dass auf kognitiver Ebene unbewusste Mechanismen abgerufen werden sollen (Hentschel, Smith, Draguns und Ehlers, 2004, S.21; Soutanian et al., 2005), blieb allerdings auch hier bestehen. Für die vorliegende Studie nun bemerkenswert sind die Zweifel von Waller und Scheidt (2006), ob die Anwendung von Selbstauskunftsfragebögen bei Patienten mit somatoformen Störungen im Sinne der Übereinstimmungsvalidität zielführend sein kann. Da bei dieser Patientengruppe die emotionale Selbstwahrnehmung reduziert sei, müsste man auch hier mit Ungenauigkeiten in der Messung von Affektregulation durch Konfliktbewältigungsstrategien rechnen. Das Motivationsbewusstsein des Abwehrverhaltens ist in der Persönlichkeitspsychologie ein wichtiges Kriterium, das laut deren Vertretern in der bestehenden Fragebogentechnik der Abwehrforschung vernachlässigt wird (Davidson und MacGregor, 1998). Nach deren Ansicht seien nur Patientenantworten von Personen mit ausgeprägtem Selbst-Bewusstsein und Selbstreflexion miteinander vergleichbar. Nach Davidson und MacGregor sind zur Erfassung der Abwehrstruktur eines Individuums die Dimensionen Abwehraktivierung, Motivationsbewusstsein, Art und Frequenz der psychischen Bedrohung durch klinische Einschätzung unabdingbar (1998).

Hier ließe sich nun anzweifeln, ob der FKBS das geeignete Instrument zur Erfassung der Abwehrstruktur bei Patienten mit SFS war. Wie die oben aufgeführte Studie von Egle et al. (1989) jedoch gezeigt hat, konnten Fibromyalgie-Syndrom-Patienten, ebenfalls Patienten mit medizinisch unerklärten Beschwerden, durch den FKBS eindeutig von der Kontrollgruppe differenziert und klinisch relevante Aussagen getroffen werden. Warum sich nun - unter der Annahme, Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom ähneln Patienten mit somatoformen Störungen - unsere Ergebnisse mit denen von Egle et al. nicht deckten, bleibt letztlich unklar. Ursachen hierfür könnten Heterogenitäten der beiden Populationen sein (z.B. präsentierten die Fibromyalgiepatienten eine Neigung zu Hypochondrie, die bei den somatoformen Patienten der SomA-Studie nicht vorlag) oder es bestanden Unterschiede im Untersuchungssetting.

Die Erhebung der Daten mit dem PHQ mit guten testtheoretischen Kennwerten vor dem Hintergrund einer Befragung zu Lebensqualität mit somatischen Beschwerden gestaltete

sich bezüglich der testtheoretischen Kenngrößen scheinbar problemlos. Unsere Hypothese wurde bestätigt. Die Dimensionen Somatisierung, Depressivität und generalisierte Angst stehen in keinem direkten Zusammenhang mit Konfliktbewältigungsstrategien.

5.6 Ausblick

In der hier vorgelegten Studie konnte bei Patienten mit somatoformen Störungen kein außerordentliches Abwehrverhalten durch den FKBS dargestellt werden. Trotzdem fanden wir auf deskriptivem Niveau interessante Unterschiede innerhalb der Subgruppen. Da es die erste Arbeit dieser Art war, sollten die Daten zur Überprüfung ihrer Gültigkeit repliziert werden. Messungen mit dem FKBS in einem Testumfeld, in dem die Privatsphäre und Anonymisierung der Daten gesichert ist und bei denen das Thema der Konfliktbewältigung mehr im Vordergrund steht als in der SomA-Studie, können womöglich andere Ergebnisse liefern.

Wenn hingegen das hier vorliegende Antwortverhalten von Patienten mit somatoformen Störungen auf kognitive Kontrolle der Antworten zurückzuführen war, sind weitere Studien zu Konfliktbewältigungsstrategien und Abwehr durch unterschiedliche Messmethoden notwendig. Hier könnten beispielsweise percept-genetische Methoden, projektive Methoden und indirekte Verfahren wie sie in Kapitel 2.1.4.5 beschrieben sind, weiterführen.

Eine Parallelerfassung von Alexithymie, auch wenn diese über die heterogene Gruppe der somatoformen Patienten unterschiedlich ausgeprägt sein kann, könnte zusätzlich Zusammenhänge zwischen Konfliktbewältigung und Emotionswahrnehmung aufzeigen (Zepf, 1986, S.66; De Gucht und Heiser, 2003; Geiser et al., 2005).

Außerdem ist auch bei initial unauffälligen Testergebnissen die Erfassung der Dynamik des Abwehrverhaltens von Patienten mit somatoformen Störungen in ausreichend großen Kollektiven interessant: Hier könnte beispielsweise untersucht werden, inwiefern sich ein Patient durch eine Psychotherapie, die auf die Erfassung, Anpassung und Thematisierung seiner Abwehrmechanismen und die Verbesserung seiner emotionalen Erfahrungswelt ausgerichtet ist, in seinem Antwort- und Abwehrverhalten verändert.

Generell sind Konfliktbewältigungsstrategien in der Psychotherapie wichtige Prognosefaktoren. Laut Bond und Kollegen (2004) sei die Reifung der Abwehr ein nützlicher Hinweis auf psychologischen Wandel hinter einer symptomatischen Verbesserung nach Therapie. Die Bedeutung von Konfliktbewältigungsstrategien und insbesondere von der Wendung gegen das eigene Selbst TAS in der Therapie wurde durch Liedtke, Lempa und Künsebeck (1990, 1991) beschrieben. Dort war nach Therapie bei den Patienten eine Abnahme der Wendung gegen das eigene Selbst und eine Zunahme der gefühlsgetragenen

Durchsetzungs- und Abgrenzungsfähigkeit zu beobachten. In der MPS (Huber et al., 2012) zeigte sich eine hochsignifikante Reduktion von TAS sowohl für TAS_A als auch für TAS_B. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Therapiegruppen (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie) befand sich nur für die Wendung gegen das Selbst auf der Gefühls- und Gedankenebene (TAS_A).

Geiser et al. zeigten 2003 an 65 Patienten einer stationären psychodynamischen Psychotherapie, dass die Ausprägung der Wendung gegen das eigene Selbst TAS (nach FKBS) starken Einfluss auf den Therapieprozess und das Outcome hatte. In der vorliegenden Studie wiesen die Patienten mit SFS vor allem auf der Gefühls- und Gedankenebene hohe Werte für TAS auf. TAS korrelierte bei Geiser et al. außerdem mit der Feindseligkeits- und der Sensitivitätssubskala des SCL-90-R (Symptomcheckliste, Derogatis, 1977; deutsche Version: Franke, 1995). In der erweiterten Studie (Geiser et al., 2005) wurden Zusammenhänge mit dem inneren Ärger nach STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory; Schwenkmezger, Hodagg und Spielberger, 1991) und Alexithymie nachgewiesen (TAS-20, Bagby, Parker und Taylor, 1994; deutsche Version: Bach et al., 1996). Hier könnte womöglich ein weiterer Ansatzpunkt für eine Therapie gesehen werden.

Zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie konnten in einer Langzeit-Katamnese-Studie von Huber et al. (2009) deutliche Verbesserungen bezüglich symptomatischer und interpersoneller Veränderungen bei allen untersuchten Patientengruppen nachgewiesen werden. Allerdings war die Effektstärke der Verbesserungen der Symptomatik durch Therapie bei der Subgruppe mit somatoformer Störung am geringsten ausgeprägt.

Denkbar wäre nun, dass das Abwehrverhalten von Patienten mit SFS durch die Unfähigkeit eigene Gefühle wahrzunehmen und zu identifizieren die eigentlichen kognitiven Bewältigungsstrategien im FKBS - und generell - maskiert. Durch gezielte Psychotherapie könnte ein nicht wahrgenommenes Abwehrverhalten erkannt werden. Dadurch wäre womöglich eine neue Basis für eine nachhaltig erfolversprechende Psychotherapie geschaffen.

6 Zusammenfassung

Patienten mit somatoformen Störungen leiden an Beschwerden, die auch nach ausführlicher Diagnostik nicht ausreichend erklärt werden können. Im Zuge der Revisionen der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV werden aktuell Positivkriterien vor allem im psychobehavioralen Bereich gesucht, die die bisherigen Ausschlusskriterien ergänzen sollen.

Diese Patientengruppe fällt im ärztlichen Alltag häufig durch dysfunktionale Arzt-Patienten-Beziehungen auf. Schwierigkeiten in diesen und anderen Beziehungen könnten Hinweise auf maladaptive Konfliktbewältigungsstrategien darstellen. Konfliktbewältigungsstrategien dienen nach dem psychoanalytischen Konstrukt der Abwehr zur Reduktion von Angst, die in inneren Konfliktsituationen des Selbst entsteht. Diese Arbeit möchte einen weiteren Mosaikstein zum Verständnis von Patienten mit somatoformen Störungen liefern.

Hierzu wurden 2007 im Rahmen der SomA-Studie Patienten mit allergieverdächtigen Beschwerden, die sich zur stationären Abklärung in der allergologischen Ambulanz der Dermatologie der Universitätsklinik der TU München vorstellten, untersucht. Nach ausführlicher allergologischer und psychosomatischer Diagnostik mit dem semistrukturierten diagnostischen klinischen Interview SKID nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen, vierte Edition (DSM-IV, APA 1994, deutsche Version: Saß, Wittchen und Zaudig, 1996) wurden die Patienten in eine Subgruppe mit somatoformen Störungen (n=43, entspricht 23,9%) und in eine Subgruppe ohne somatoforme Störungen (n=137) unterteilt. Ebenfalls wurde eine Subgruppe mit Patienten (n=43), die sich zur stationären Venom-Immunotherapie bei bekannter Insektengiftallergie vorstellte, mit dem SKID interviewt und als Vergleichsgruppe in die SomA-Studie aufgenommen.

Bei bekannter hoher Komorbidität mit Depression (Henningsen, Zimmermann und Sattel, 2003) wurden außerdem die Daten von 100 depressiven Patienten aus der Münchner Psychotherapie Studie MPS (Huber, Henrich, Gastner und Klug, 2012) ausgewertet. Diese Daten wurden freundlicherweise von Frau Prof. Dr. Dr. Huber zur Verfügung gestellt.

Alle Patienten füllten den Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien FKBS (Hentschel, Kießling und Wiemers, 1998) aus. Die drei Subgruppen der SomA-Studie bearbei-

teten zusätzlich den Patient Health Questionnaires PHQ in deutscher Version (PHQ-D - Löwe, Spitzer, Zipfel und Herzog, 2002) zur Erfassung der psychischen Dimensionen Somatisierung, Depressivität und generalisierte Angst. Der Einfluss dieser drei psychischen Dimensionen auf das Antwortverhalten im FKBS wurde untersucht.

Patienten mit somatoformen Störungen ließen sich signifikant von den beiden anderen SomA-Subgruppen durch häufigeren Gebrauch der Wendung gegen das Selbst TAS und selteneren Gebrauch der Intellektualisierung INT unterscheiden. Damit scheinen in dieser Studie Patienten mit SFS tatsächlich eher zu unreifen Konfliktbewältigungsstrategien zu neigen, allerdings nicht in gleichem Ausmaß wie depressive Patienten. Von den depressiven Patienten hoben sie sich durch signifikant niedrigere Werte für TAS, höhere Werte für INT und tendenziell höhere Werte für die Reaktionsbildung REV ab. Jedoch ist wohl das wichtigste Ergebnis der vorliegenden Studie, dass sich Patienten mit SFS in ihrem Abwehrmuster konform mit der Allgemeinbevölkerung verhalten. Zusammenhänge mit den psychischen Dimensionen Somatisierung, Depressivität und generalisierte Angst, für die die Patienten mit SFS die höchsten Werte erreichten, waren dabei allenfalls schwach ausgeprägt.

Verglichen mit der bekannten Literatur wurde erwartet, dass sich ein deutlicherer Unterschied zwischen somatoformen Patienten und der Normalbevölkerung abbildet.

Mögliche Einflussfaktoren auf das Antwortverhalten, beispielsweise mangelnde Privatsphäre beim Ausfüllen der Fragebögen oder Angst vor psychologisierender Stigmatisierung, konnten nicht ausgeschlossen werden. Die Patienten wurden unter dem Vorwand einer Befragung zu Lebensqualität bei somatischen Beschwerden in die SomA-Studie eingeschlossen. Die depressiven Patienten wollten mit Aussicht auf Therapie an der MP Studie teilnehmen.

Zudem mögen die Ergebnisse Ausdruck des geringen emotionalen Selbstbewusstseins und hohen Grades an Alexithymie sein, was bei Patienten mit SFS („Normopathen“) teilweise beschrieben wurde (Zepf, 1986; Davidson und MacGregor, 1998; De Gucht und Heiser, 2003; Waller und Scheidt, 2006). Derartige Faktoren wurden in dieser Studie nicht erfasst.

Literaturverzeichnis

- [1] **Aisenstein M.:** Beyond the dualism of psyche and soma. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 36, 2008, 103-123
- [2] **Aldwin C.M., Sutton K.J., Lackman M.:** Development of coping resources in adulthood. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 64, 1996, 837-872
- [3] **Aldworth J., Colpe L., Gfroerer J., Novak S., Chromy J., Barker P., Barnett-Walker K., Karg R., Morton K., Spagnola K.:** The National Survey on Drug Use and Health Mental Health Surveillance Study: calibration analysis. *Int. J. Methods Psychiatry Res.*, 19(1), 2010, 61-87
- [4] **American Psychiatric Association:** „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV“. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 1996
- [5] **Bach M., Bach D., deZwaan M., Serim M., Böhmer F.:** Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 46, 1996, 23-28
- [6] **Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J.:** The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J. Psychosom. Res.*, 38, 1994, 23-32
- [7] **Barsky A., Orav E.J., Bates D.:** Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62, 2005, 903-910
- [8] **Barsky A., Peekna H., Borus J.:** Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *J. Gen. Intern. Med.*, 16, 2001, 266-275
- [9] **Bauer S.F., Rockland L.H.:** The inventory of defense-related behaviour – an approach to measuring defense mechanisms in psychotherapy: A preliminary report. In: “Ego defenses. Theory and measurement”. Conte H.R., Plutchik R., Wiley, New York, 1995, 300-314

- [10] **Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.:** An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 1961, 561-571
- [11] **Bekker F., Hentschel U., Reinsch M.:** Attitudes towards health and illness and defense mechanisms in psychiatric patients. In: "The concept of defence mechanisms in contemporary psychology; theoretical research and clinical perspectives". Hentschel U., Smith G., Ehlers W., Draguns J.G., New York, 1993, 373-388
- [12] **Bellak L.:** "The TAT, CTA and SAT in clinical use". Grune & Stratton, New York, 1975
- [13] **Benedikt G., Schulmeister E., Sattel H., Schäfert R., Sauer N., Herzog W., Henningsen P.:** Körperbeschwerden und Gesundheitsangst in der Primärmedizin. *Z. Klein. Psychol. Psychiatr. Psychother.*, 55(1), 2007, 21-29
- [14] **Beutel M., Michal M., Subic-Wrana C.:** Psychoanalytically-Oriented Inpatient Psychotherapy of Somatoform Disorders. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 36, 2008, 125-142
- [15] **Bond M.:** An empirical study of defense styles. In: "Empirical studies of ego mechanism of defense". Vaillant G.E., American Psychiatric Press, Washington D.C., 1986a, 2-29
- [16] **Bond M.:** Bond's defense style questionnaire (Version 1984). In: "Empirical studies of ego mechanism of defense". Vaillant G.E., American Psychiatric Press, Washington D.C., 1986b, 146-152
- [17] **Bond M.:** Empirical studies of defense style: relationship with psychopathology and change. *Harv. Rev. Psychiatry*, 12(5), 2004, 263-278
- [18] **Brückle W.:** Fibromyalgiesyndrom – die neue Leitlinie. *Z. Rheumatol*, 68, 2009, 451-458
- [19] **Callahan S., Chabrol H.:** Relations entre défense et coping: étude du Défense Style Questionnaire et du Brief COPE dans un échantillon non clinique d'adultes jeunes. *L'Éncephale*, 30, 2004, 92-93
- [20] **Carver C.S., Scheier M.F.:** Situational coping and coping dispositions in a stressful interaction. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 66, 1994, 184-195
- [21] **Cramer P.:** "The development of defence mechanisms: Theory, research and assessment". Springer, New York, 1991

- [22] **Cramer P.:** Identity, narcissism and defence mechanisms in late adolescence. *J. Res. Pers.*, 29, 1995, 341-361
- [23] **Cramer P.:** Identity, personality and defence mechanisms: An observer-based study. *J. Res. Pers.*, 31, 1997, 58-77
- [24] **Cramer P.:** Coping and defence mechanisms: What's the difference? *J. Res. Pers.*, 66, 1998, 335-357
- [25] **Cramer P.:** Defence Mechanisms in Today Psychology, Further Processes for Adaptation. *Am. Psychol.*, 6, 2000, 637-646
- [26] **Cramer P.:** "Protecting the Self". Guilford Press, New York, 2006
- [27] **Cramer P., Blatt S.:** Use of the TAT to measure change in defensive mechanisms following intensive Psychotherapy. *J. Pers. Assess.*, 54, 1990, 236-251
- [28] **Creed F.:** Medically unexplained symptoms – blurring the line between “mental” and “physical” in somatoform disorders. *J. Psychosom. Res.*, 67, 2009, 185-187
- [29] **Creed F., Barsky A.:** A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J. Psychosom. Res.*, 56(4), 2004, 391-408
- [30] **Davidson K., MacGregor M.W.:** A critical appraisal of self-report defense mechanism measures. *J. Personal.*, 66, 1998, 965-992
- [31] **DeGucht V., Heiser W.:** Alexithymia and somatisation. A quantitative review of the literature. *J. Psychosom. Res.*, 54, 2003, 425-434
- [32] **DeWaal M.W.M., Arnold I.A., Eekhof J.A.H., van Hemert A.M.:** Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment, and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br. J. Psychiatry*, 184, 2004, 470-476
- [33] **Derogatis L.R.:** "SCL-90-R: Administration, scoring, and procedural manual for the R- (revised) version of the Psychopathology Rating Scale Series". John Hopkins University School of Medicin, Baltimore MD, 1977
- [34] **Dimsdale J., Creed F., DSM-V Workgroup on Somatic Symptom Disorders:** The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV - a preliminary report. *J. Psychosom. Res.*, 66, 2009, 473-47

- [35] **Ebel H., Podoll K.:** Komorbidität von somatoformen Störungen mit anderen psychischen Störungen. In: „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik“. Rudolf G., Henningsen P., Schattauer Verlag, Stuttgart, 1998, 25-38
- [36] **Egle U.T., Nickel R., Schwab R., Hoffmann S.O.:** Die Somatoforme Schmerzstörung. Dtsch. Arztl., 97, 2000, 1469-1473
- [37] **Egle U.T., Porsch U.:** Psychogene Schmerzzustände. Abwehrstruktur und taxonomische Subgruppen. Nervenarzt, 63, 1992, 281-288
- [38] **Egle U.T., Rudolf M.L., Hoffmann S.O., König K., Schöfer M., Schwab R., von Wilmowsky H.:** Persönlichkeitsmerkmale, Abwehrverhalten und Krankheitserleben bei Patienten mit primärer Fibromyalgie. Z. Rheumatol., 48, 1989, 73-78
- [39] **Escobar J., Hoyos-Nervi C., Gara M.:** Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. Environ. Health Perspect., 110(4), 2002, 631-636
- [40] **Fenichel O.:** “The psychoanalytic theory of neurosis”. Norton, New York, 1945
- [41] **Fossati A., Acquarini E., Feeney J.A., Borroni S., Grazioli F., Giaroli L.E., Franciosi G., Maffei C.:** Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. Attach. Hum. Dev., 11(2), 2009, 165-182
- [42] **Franke G.:** „SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis“, deutsche Version. Beltz-Test, Weinheim, 1995
- [43] **Freud A.:** “The ego and the mechanisms of defence”. Hogarth Press, London, 1936
- [44] **Freud S.:** “The problem on anxiety”. Norton, New York, 1936
- [45] **Freud S., with Breuer J.:** On the psychical mechanisms of hysterical phenomena: Preliminary communication. In: “The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud”. Hogarth Press, London, 3, 1893/1964, 3-181
- [46] **Gilbody S., Richards D., Brealey S., Hewitt C.:** Screening for Depression in Medical Settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A diagnostic Meta-Analysis. J. Gen. Intern Med., 22, 2007, 1596-1602

- [47] **Geiser F., Imbierowicz K., Conrad R., Wegener I., Liedtke R.:** Turning against self and its relation to symptom distress, interpersonal problems and therapy-outcome: A replicated and enhanced study. *Psychother. Res.*, 15(4), 2005, 357-365
- [48] **Geiser F., Schulz-Werner A., Imbierowicz K., Conrad R., Liedtke R.:** Impact of the turning-against-self defense mechanism on the process and outcome of inpatient psychotherapy. *Psychther. Res.*, 13(3), 2003, 355-370
- [49] **Gleser G.C., Ihilevich D.:** An objective instrument for measuring defense mechanisms. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 33, 1969, 51-60
- [50] **Goldstein L.H., Drew C., Mellers J., Mitchell-O'Malley S., Oakley D.A.:** Dissociation, hypnotisability, coping styles and health locus of control: characteristics of pseudo seizure patients. *Seizure*, 9, 2000, 314-322
- [51] **Gottschalk L.A., Gleser G.C.:** "The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behaviour". University of California Press, Berkeley, 1969
- [52] **Grabe H.J., Freyberger H.J., Spitzer C.:** Dissoziative Psychopathologie bei somatoformen Störungen. *Z. Psychiatr. Psychol. Psychother.*, 55, 2007, 43-48
- [53] **Grimm S., Ernst J., Boesiger P., Schuepbach D., Hell D., Boeker H., Northoff G.:** Increased self-focus in major depressive disorder is related to neural abnormalities in subcortical-cortical midline structures. *Hum. Brain Mapp.*, 30(8), 2009, 2617-2627
- [54] **Groben S., Hausteiner C.:** Somatoform disorders and causal attributions in patients with suspected allergies: Do somatic causal attributions matter? *J. Psychosom. Res.*, 70(3), 2011, 229-238
- [55] **Grzegolowska-Klarkowska H., Zolnierczyk D.:** Defence of self-esteem, defence of self-consistency: A new voice in an old controversy. *J. Soc. Clin. Psychol.*, 6, 1988, 171-179
- [56] **Grzegolowska-Klarkowska H., Zolnierczyk D.:** Predictors of defence mechanisms under conditions of threat to the objective self: Empirical testing of a theoretical model. *Polish Psychological Bulletin*, 21, 1990, 129-155
- [57] **Gupta M.A.:** Somatization disorders in dermatology. *Int. Rev. Psychiat.*, 18(1), 2006, 41-47

- [58] **Haan N.:** Proposed model of ego functioning. Coping and defence mechanism in relation to IQ change. *Psychol. Monogr.*, 77, 1963, 1-23
- [59] **Haan N.:** "Coping and Defending". Academic Press, New York, 1977
- [60] **Hanel G., Henningsen P., Herzog W., Sauer N., Schaefert R., Szecsenyi J., Löwe B.:** Depression, anxiety and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J. Psychosom. Res.*, 67, 2009, 189-197
- [61] **Hausteiner C., Bornschein S., Bubel E., Groben S., Lahmann C., Grosber M., Löwe B., Eyer F., Eberlein B., Behrendt H., Darsow U., Ring J., Henningsen P., Huber D.:** Psychobehavioral Predictors of Somatoform Disorders in Patients With Suspected Allergies. *Psychosom. Med.*, 71, 2009, 1004-1011
- [62] **Hausteiner C., Huber D., Bornschein S., Grosber M., Bubel E., Groben S., Lahmann C., Löwe B., Eyer F., Eberlein B., Ring J., Behrendt H., Darsow U., Henningsen P.:** Characteristics of oligosymptomatic versus polysymptomatic presentations of somatoform disorders in patients with suspected allergies. *J. Psychosom. Res.*, 69, 2010, 259-266
- [63] **Hausteiner-Wiehle C., Grosber M., Bubel E., Groben S., Bornschein S., Lahmann C., Eyer F., Eberlein B., Behrendt H., Löwe B., Henningsen P., Huber D., Ring J., Darsow U.:** Patient-doctor interaction, psychobehavioural characteristics and mental disorders in patients with suspected allergies: do they predict "medically unexplained symptoms"? *Acta. Derm. Venereol.*, 91(6), 2011, 666-673
- [64] **Hausteiner-Wiehle C., Sokollu F.:** Magical thinking in somatoform disorders: an exploratory study among patients with suspected allergies. *Psychopathol.*, 44, 2011, 283-288
- [65] **Hausteiner-Wiehle C., Schäfert R., Sattel H., Ronel J., Herrmann M., Häuser W., Henningsen P. (Steuerungsgruppe):** AWMF-S3 Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (in Vorbereitung), Stand 10/2010
- [66] **Henningsen P., Fazekas C., Sharpe M.:** Barriers to improving treatment. In: "Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services". Creed F., Henningsen P., Fink P., Cambridge University Press, 2011

- [67] **Henningsen P., Hartkamp N., Löw T., Sack M., Scheidt C.E., Rudolf G.:** „Somatoforme Störungen - Leitlinien und Quellentexte“. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2002
- [68] **Henningsen P., Jakobsen T., Schiltenswolf M., Weiss M.G.:** Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 193, 2005, 85-92
- [69] **Henningsen P., Priebe S.:** Modern disorders of vitality: the struggle for legitimate incapacity. *J. Psychosom. Res.*, 46, 1999, 209-214
- [70] **Henningsen P., Zimmermann T., Sattel H.:** Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom. Med.*, 65, 2003, 528-33
- [71] **Henningsen P., Zipfel S., Herzog W.:** Management of functional somatic syndromes. *J. Lancet*, 369, 2007, 946-955
- [72] **Henrich G., Herschbach P.:** Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZM). In: „Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte, Methoden, Anwendung“. Ravens- Sieberer U., Cieza A., Bullinger M., von Steinbüchel N., Pöppel E. (Hrsg.), ecomed, Landsberg/Lech, 2000, 98-110
- [73] **Hentschel U., Bekker F.:** Defense Mechanisms, Life Style, and Hypertension. In: “Defence Mechanisms: Theoretical, Research and Clinical Perspectives”. *Advances in Psychology* 136, Elsevier, Amsterdam, 2004, 538-555
- [74] **Hentschel U., Kießling M., Wiemers M.:** „Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien. Manual“. Beltz Test Gesellschaft, Göttingen, 1998
- [75] **Hentschel U., Smith G., Draguns J., Ehlers W.:** “Defence Mechanisms: Theoretical, Research and Clinical Perspectives”. *Advances in Psychologie* 136, Elsevier, Amsterdam, 2004
- [76] **Hentschel U., Smith G., Draguns J., Ehlers W.:** Defence Mechanisms: Current Approaches to research and measurement. In: “Defence Mechanisms: Theoretical, Research and Clinical Perspectives”. *Advances in Psychology* 136, Elsevier, Amsterdam, 2004, 3-41
- [77] **Hermann-Maurer E.K., Drews U., Imhof-Eichenberger E., Knab H., Schneider-Helmert D., Hentschel U., Schoenenberger G.A.:** Schlafstörungen: Konfliktbewältigungsstrategien von Insomniepatienten. *Z. Klin. Psychol. Psychopathol. Psychother.*, 40, 1992, 34-46

- [78] **Hiller W., Zaudig M., Mombour W.:** IDCL - Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV (Manual und 32 Checklisten nach ICD-10 als Bestandteil des Gesamtpaketes der ICD-10-Checklisten der WHO) International Diagnostic Checklists for ICD-10 and DSM-IV (Manual and 32 checklists as part of the WHO ICD-10-Checklists package). Bern, 1995.
- [79] **Holtzman W.H., Thorpe J.S., Swartz J.D., Herron E.W.:** "Inkblot Perception and Personality". University of Texas Press, Austin, 1961
- [80] **Horowitz L.M., Rosenberg S.E., Baer B.A., Ureño G., Villaseñor V.S.:** Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 56, 1988, 885-892
- [81] **Horowitz M.J.:** "Stress response syndromes". J. Aronson, Northvale-New York, 1986
- [82] **Horowitz M.J., Markman H.C., Stinson C.H., Fridhandler B., Ghannam J.H.:** A classification of defense. In: "Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health". Singer J.L., Chicago University Press, Chicago, 1990, 61-84
- [83] **Huber D., Albrecht C., Hautum A., Henrich G. und Klug G.:** Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 55, 2009, 189-199
- [84] **Huber D., Henrich G., Gastner J., Klug G.:** Must all have prizes? The Munich Psychotherapie Study. In: "Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy II". Levy R., Ablon S., Kächele H.: Humana Press, New York, 2012, 51-69
- [85] **Huber D., Henrich G., Klug G.:** The scales of psychological capacities: Measuring change in psychic structure. *Psychother. Res.*, 15(4), 2005, 445-456
- [86] **Huber D., Klug G., von Rad M.:** Münchner Psychotherapie-Studie (MPS). In: „Psychoanalysen im Rückblick“. Leuzinger-Bohleber M., Stuhr U. (Hrsg.), Giesen: Psychosozial., 1997, 454-469
- [87] **Huber D., Klug G., Wallerstein R.S.:** „Skalen psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Incl. Manual und Interviewleitfaden“. Kohlhammer, Stuttgart, 2006
- [88] **IBM:** SPSS Statistics Standard 17.0, 2010

- [89] **Kapfhammer H.P.:** Somatoforme Störungen. Konzept, Klinik, Ätiopathogenese und Therapie. *Nervenarzt*, 79, 2008, 71-70
- [90] **Kenny D.T.:** Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communications chasm. *Patient Educ. Cons.*, 52, 2004, 297-305
- [91] **Kline P.:** A Critical Perspective on Defence Mechanisms, 1991. In: "Defence Mechanisms: Theoretical, Research and Clinical Perspectives". *Advances in Psychology* 136, Elsevier, Amsterdam, 2004, 43-54
- [92] **Kragh U.:** "Defense Mechanism Test. DMT. Manual". Persona, Stockholm, 1985
- [93] **Kragh U., Smith G.:** "Percept-genetic analysis". Gleerup, Lund, Sweden, 1970
- [94] **Kramer U.:** Coping and defence mechanisms: What's the difference? – Second act. *Psychol. Psychother.*, 83, 2010, 207-221
- [95] **Kreitler H., Kreitler S.:** The cognitive determinants of defensive behaviour. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.*, 11, 1972, 359-372
- [96] **Kreitler H., Kreitler S.:** "Cognitive orientation and behaviour". Springer-Verlag, New York, 1976
- [97] **Kreitler H., Kreitler S.:** The Theory of cognitive orientation: Widening the scope of behaviour prediction. In: "Progress in Experimental Personality Research, Volume 11". Maher B. & Maher W.B., Academic Press, New York, 1982, 101-169
- [98] **Kroeber T.C.:** The coping functions of ego mechanism. In "The study of lives". White R., Atherton, New York, 1963
- [99] **Kroenke K.:** Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 12, 2003, 34-43
- [100] **Kroenke K., Spitzer R.L., deGruy F.V. 3rd, Hahn S.R., Linzer M., Williams J.B., Brody D., Davies M.:** Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 1997, 352-358
- [101] **Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W.:** The PHQ-9 – validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.*, 16, 2001, 606-613

- [102] **Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W.:** The PHQ-15 – validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom. Med.*, 64, 2002, 258-266
- [103] **Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Löwe B.:** The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 32, 2010, 345-359
- [104] **Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Monahan P.O., Löwe B.:** Anxiety disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity and Detection. *Ann. Intern. Med.*, 146, 2007, 317-326
- [105] **Kubie L.S.:** Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. In: "Psychoanalysis as science". Pumpian-Mindlin E., Stanford university press, Stanford, 1952, 46-126
- [106] **Küchenhoff J., Ahrens S.:** Somatoforme autonome Funktionsstörung. In: „Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin“. Ahrens, Schattauer, Stuttgart, New York, 2002, 336–337
- [107] **Lahmann C., Henningsen P., Noll-Hussong M.:** Somatoform pain disorder – overview. *Psychiatric Danubia*, 22(3), 2010, 453-458
- [108] **Lazarus R.S., Folkman S.:** "Stress, appraisal and coping". Springer-Verlag, New York, 1984
- [109] **Lerner R., Lerner H.:** Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure. In: "Borderline phenomena and the Rorschach Test". Kwa-wer J., Lerner H., Lerner R., Sugarman A, International Universities Press, New York, 1980
- [110] **Lewis H.B.:** Shame, repression, field dependence and psychopathology. In "Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health". J.L. Singer, University of Chicago Press, Chicago, 1990, 233-257
- [111] **Liedtke R., Künsebeck H.-W., Lempa W.:** Änderung der Konfliktbewältigung während stationärer Psychotherapie. *Zsch. Psychosom. Med.*, 36, 1990, 79-88
- [112] **Liedtke R., Lempa W., Künsebeck H.-W.:** Abwehrverhalten und Symptomatik ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Psychotherapie. *Zsch. Psychosom. Med.*, 37, 1991, 185-193

- [113] **Lipowski Z.:** Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry* 145, 1988, 1358-1368
- [114] **Lobbestael J., Leurgans M. und Arntz A.:** Inter-rater Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and Axis II Disorders (SCID-II). *Clin. Psychol. Psychotherapy*, 18(1), 2011, 75-79
- [115] **Löwe B., Mundt C., Herzog W., Brunner R., Backenstrass M., Kronmüller K., Henningsen P.:** Validity of Current Somatoform Disorder Diagnoses: Perspectives of Classification in DSM-V and ICD-11. *Psychopathology*, 41, 2008, 4-8
- [116] **Löwe B., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Mussel M., Schellberg D., Kroenke K.:** Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrom overlap and functional impairment. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 30, 2008, 391-408
- [117] **Löwe B., Spitzer R.L., Zipfel S., Herzog W.:** „PHQ-D. Der Gesundheitsfragebogen für Patienten –Manual“. Pfizer GmbH, Karlsruhe, 2. Auflage, 2002
- [118] **Luborsky L., Crits-Christoph P., Alexander K.J.:** Repressive style and relationship pattern-three samples inspected. In: “Repression and dissociation”. Singer J.L., University of Chicago Press, Chicago, 1990, 275-298
- [119] **MacKinnon D.W., Dukes W.F.:** Repression. In: “Psychology in the making”. Postman L., Knopf, New York, 1962, 662-744
- [120] **Maldavsky D.:** [„Aktualisierung des ADL: Theorie, Instrumente, Reliabilität und Validität“]. Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales, Buenos Aires, 2003
- [121] **Maldavsky D., Cusien I.L., Roitman C.R., Tate de Stanley C.:** “Defenses in schizophrenics and in artists”. Paper presented at the Annual Meeting of the Society of Psychotherapy Research, Weimar, Germany, 2003
- [122] **Martin A., Korn H.J., Cebulla M., Saly M., Fichter M., Hiller W.:** Kausalattributionen von körperlichen Beschwerden bei somatoformen Beschwerden. *Z. Psychiatr. Psychol. Psychother.*, 55, 2007, 31-41
- [123] **Mayou R., Kirmayer L., Simon G., Kroenke K., Sharpe M.:** Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. *Am. J. Psychiatry*, 162(5), 2005, 847-855

- [124] **Meyer C., Rumpf H.J., Hapke U., Dilling H., John U.:** Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der Erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*, 71(7), 2000, 535-542
- [125] **Miceli M., Castelfranchi C.:** Further distinctions between coping and defense mechanisms? *J. Pers.*, 69, 2001, 285-296
- [126] **Nimnuan C., Hotopf M., Wessely S.:** Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J. Psychosom. Res.*, 51, 2001, 361-367
- [127] **Noyes R.Jr., Langbehn D.R., Happel R.L., Sieren L.R., Mueller B.A.:** Health Attitude Survey. A scale for assessing somatizing patients. *Psychosomatics*, 40(6), 1999, 470-478
- [128] **Noyes R.Jr., Stuart S.P., Watson D.B.:** A reconceptualization of the somatoform disorder. *Psychosomatics*, 29, 2008, 14-22
- [129] **Olde Hartman T., Borguis M., Lucassen P., van de Laar F., Speckens A., van Weel C.:** Medically unexplained symptoms, somatization disorder and hypochondriasis : Course and prognosis. A systematic review. *J. Psychosom. Res.*, 66, 2009, 363-377
- [130] **Paulhus D.L., Fridhandler B., Hayes S.:** Psychological defence: Contemporary theory and research. In: "Handbook of personality". Hogan R., Johnson J., Briggs S., Academic Press, New York, 1997, 544-580
- [131] **Paulhus D.L., John O.P.:** Egoistic and moralistic biases in self-perception: the interplay of self-deceptive styles with basic traits and motives. *J. Personal.*, 66, 1998, 1025-1060
- [132] **Perry J.C.:** "The Defense Mechanism Rating Scale, manual". Fünfte Edition, Perry J.C., Cambridge, 1990
- [133] **Peters S., Stanley I., Rose M., Salmon P.:** Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients authority and implications for demands on medical care. *Soc. Sci. Med.*, 46, 1998, 559-565
- [134] **Plutchik R.:** "Emotion. A psychoevolutionary synthesis". Harper & Row, New York, 1980
- [135] **Plutchik R.:** A theory of ego defenses. In: "Ego defenses. Theory and measurement". H.R. Conte & R. Plutchik, Wiley, New York, 1995, 13-37

- [136] **Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R.:** The structural theory of ego defenses and emotions. In: "Emotions in personality and psychopathology". Izard C.E., Plenum, New York, 1979, 229-257
- [137] **Reid S., Crayford T., Patel A., Wessely S., Hotopf M.:** Frequent attenders in secondary care: a 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med*, 33(3), 2003, 519–524
- [138] **Rief W., Hiller W., Magraf J.:** Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J. Abnorm. Psychol.*, 107, 1998, 587-595
- [139] **Rief W., Ihle D., Pilger F.:** A new approach to assess illness behavior. *J. Psychosom. Res.*, 54(5), 2003, 405-414
- [140] **Rief W., Isaac M.:** Are "somatoforme disorders" mental disorders? A contribution to a current debate. *Curr. Opin. Psychiatry*, 20, 2007, 143-146
- [141] **Rief W., Martin A., Klaiberg A., Brahler E.:** Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behavior. *Psychosom. Med.*, 67(4), 2005, 596-601
- [142] **Ring A., Dowrick C.F., Humphris G.M., Davies J., Salmon P.:** The somatizing effect of clinical consultations: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc. Sci. Med.*, 61, 2005, 1505-1515
- [143] **Rosenzweig S.:** The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *J. Pers.*, 14, 1945, 3-23
- [144] **Rudolf G., Henningsen P.:** „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage“. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York, 6. Auflage, 2008
- [145] **Sauer N., Eich W.:** Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. *Dtsch. Arztebl.*, 104(1-2), 2007, A2948-2954
- [146] **Schafer R.:** "Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing". Grune & Stratton, New York, 1954
- [147] **Schaie K.W., Heiss R.:** "Color and personality". Huber, Bern, 1964

- [148] **Schwenkmezger P., Hodagg V., Spielberger C.D.:** Fragebogen zur Erfassung von Ärger und Ärgerausdruck (State-Trait Anger Expression Inventory). *Z. Klin. Psychol. Psychopath.Psychother.*, 39, 1991, 63-68
- [149] **Segal D.L., Kabacoff R.I., Hersen M., Van Hasselt V.B., Ryan C.F.:** Update on the Reliability of Diagnosis in Older Psychiatric Outpatients Using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *J. of Clinical Geropsychology*, 1, 1995, 313-321
- [150] **Sigvardsson S., von Knorring A.L., Bohman M., Cloninger C.R.:** An adoption study of somatoform disorders. I. The relationship of somatization to psychiatric disability. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 1984, 853–859
- [151] **Shear M.K., Greeno C., Kang J.:** Diagnosis of non psychotic patients in community clinics. *Am. J. Psychiatry*, 157, 2000, 581-587
- [152] **Sjöbäck H.:** “The psychoanalytic theory of defence processes”. Gleerup, Lund/Schweden, 1973
- [153] **Skinner E.A., Edge K., Altman J., Sherwood H.:** Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 2003, 216-269
- [154] **Smith G.J.W.:** Visual Perception: An event over time. *Psychol. Rev.*, 64, 1957, 306-313
- [155] **Smith H.S., Harris R., Clauw D.:** Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician.*, 14(2), 2011, E217-245
- [156] **Schmitz B., Fydrich T., Limbacher K.:** „Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie“. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996
- [157] **Soutanian C., Dardennes R., Mauchabac S., Guelfi J.D.:** L'évaluation normalisée et clinique des mécanismes de défense: revue critique de 6 outils quantitatifs. *Rev. Can. Psychiatrie*, 50(12), 2005, 792-801
- [158] **Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.:** Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1999, 1737-1744

- [159] **Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Löwe B.:** A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch. Intern. Med.*, 166, 2006, 1092-1097
- [160] **Steffens W., Kächele H.:** Abwehr und Bewältigung – Mechanismen und Strategien. Wie ist eine Integration möglich? In: „Bewältigung und Abwehr: Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten“. Steffens W., Kächele H., Springer-Verlag, Berlin, 1988, 1-50
- [161] **Steiner J.L., Tebes J.K., Sledge W.H.:** A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnosis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 183(6), 1995, 365-359
- [162] **Stewart A.L., Hays R.D., Ware J.E.:** The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and validity in a patient population. *Med. Care*, 26, 1988, 724-732
- [163] **Suppes P., Warren H.:** On the generation and classification of defense mechanisms. *Int. J. Psycho. Anal.*, 56, 1975, 405-415
- [164] **Ursin H., Baade E., Levine S.:** “Psychobiology of stress. A study of coping men”. Ursin H., Baade E., Levine S., Academic Press, New York, 1978
- [165] **Vaillant G.E.:** Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms. A 30-year Follow-up of 30 Men Selected for Psychological Health. *Arch. Gen. Psychiat.*, 24, 1971, 107-118
- [166] **Vaillant G.E.:** “Adaptation to life”. Little, Brown, New York, 1977
- [167] **Vaillant G.E.:** “Ego mechanisms of defence: A guide for clinicians and researchers”. Vaillant, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1992
- [168] **Vaillant G.E.:** “The wisdom of the ego”. Harvard University Press, Cambridge MA, 1993
- [169] **Van Ravesteijn H., Wittkamp K., Lucassen P., van de Listonk E., van den Hoogen H., Van Weert H., Huijser J., Schene A., van Weel C., Speckens A.:** Detecting Somatoforme Disorders in Primary Care With the PHQ-15. *Ann. Fam. Med.*, 7, 2009, 232-238
- [170] **Vasilyuk F.:** “Psychology of experiencing”. Progress Publishers, Moskau, 1984/1989

- [171] **Voigt K., Nagel A., Meyer B., Langs G., Braukhaus C., Löwe B.:** Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J. Psychosom. Res.*, 68(5), 2010, 403-414
- [172] **Von Uexküll T.:** „Psychosomatische Medizin“. Adler R., Herrmann J.M., Köhle K., Langewitz W., Schonecke O., von Uexküll T., Weisack W., Urban & Fischer Verlag, 2003
- [173] **Waller E., Scheidt C.E.:** Somatoforme Störungen und Bindungstheorie. *Psychotherapeut*, 47, 2002, 157-164
- [174] **Waller E., Scheidt C. E.:** Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *Int. Rev. Psychiatry*, 18, 2006, 13-24
- [175] **Watson D.C., Hubbard B.:** Adaptational style and dispositional structure: coping in the context of the five-factor-model. *J. Pers.*, 64, 1996, 737-774
- [176] **Westerlundh B.:** The motives of defence: percept-genetic studies: 1. Shame. *Psychological Research Bulletin, Lund/Schweden*, 7, 1983, 1-13
- [177] **Wiggins J.S.:** “Personality and prediction: Principles of personality assessment”. Reading, Addison-Wesley, MA (USA), 1983
- [178] **Williams L.S., Kroenke K., Bakas T., Plue L.D., Brinzendine E., Wanzhu T., Hendrie H.:** Care Management of Poststroke Depression. *Stroke*, 38, 2007, 998-1003
- [179] **Wittchen H.-U., Müller N., Pfister H., Winter S., Schmidkunz B.:** Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*, 61, 1999, 216-222
- [180] **Wittchen H.-U., Wunderlich U., Gruschwitz S., Zaudig M.:** „SKID-I Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen, Interviewheft“. Hogrefe Verlag, Göttingen, 1997
- [181] **Wittchen H.-U., Zaudig M., Fydrich T.:** „SKID - Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II, Handanweisung“. Hogrefe Verlag, Göttingen, 1997
- [182] **Wittkamp K.A., Naeije L., Schene A.H., Huijser J., van Weert H.C.:** Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 29, 2007, 388-395

- [183] **World Health Organisation:** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision. WHO, 1992
- [184] **Zanarini M.C., Skodol A.E., Bender D., Dolan R., Sanislow C., Schaefer E., Morey L.C., Grilo C.M., Shea M.T., McGlashan T.H., Gunderson J.G.:** The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *J. Pers. Disord.*, 14(4), 2000, 291-299
- [185] **Zepf S.:** Klinik der psychosomatischen Erkrankungen. In: „Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie“. Springer, Berlin, 1986, 63-102
- [186] Biometric Research Department: Structured clinical interview for DSM disorders, unter: <http://www.scid4.org/faq/scidfaq.html>
(abgerufen am 26.03.2011)
- [187] American Psychiatric Association DSM-5 Development: J 00 Complex somatic symptom disorder, unter: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=368>
(abgerufen am 15.11.2011)
- [188] Lehmacher W.: Grundlagen der Medizinischen Statistik, unter: <http://imsiweb.uni-koeln.de/lehre/blockstat/MedStat10-KorrelationRegression.pdf>
(abgerufen am 20.12.2011)

Danksagung

Ganz herzlich möchte ich vor allem Frau PD Dr. med. Constanze Hausteiner-Wiehle für die großzügige Unterstützung, ausdauernde Geduld und unermüdliche Hilfe danken.

Ebenso gilt mein Dank Frau Prof. Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber für ihre konstruktive Hilfe und das Bereitstellen der wichtigen Vergleichsdaten der Münchner Psychotherapie Studie. Auch Herrn Dr. Gerhard Henrich möchte ich für die Bereitstellung der Daten der MPS danken.

Herzlichen Dank auch an alle Patienten, die sich die Zeit genommen haben, an der SomA-Studie teilzunehmen und die dadurch die Voraussetzungen für meine Arbeit schufen.

Herrn Dr. Tibor Schuster danke ich herzlich für die motivierte und fachkundige Unterstützung in statistischen Fragestellungen, die er jederzeit zur Verfügung stellte.

Besonders danken möchte ich vor allem meinen Eltern, Josefa und Hans-Georg Bubel, die mir durch ihre Liebe und Unterstützung in allen Belangen mein Studium überhaupt erst ermöglicht haben! Auch meinen Schwestern Dagmar und Simone ein liebevolles Danke für Eure Ohren.

Ohne Susanne Schmalkalt und David Sattlegger wäre ich wohl das ein oder andere Mal an meinem Computer verzweifelt. Sie haben jedoch immer alles beherzt repariert und mit Sinn fürs Detail verschönert!

Danke an meine Cousinen Alexandra Bohr de Jimenez und Yvonne Bohr fürs Korrekturlesen und die guten Tipps! Hier auch danke an Gunnar Zindler für grammatikalische Belange.

Und zuletzt natürlich DANKE an Carolin Tully, die gerade in der etwas längeren Endphase eine wertvolle seelische und moralische Unterstützung war!