



Fakultät für Medizin

Ursachenüberzeugungen von Patienten mit schmerzdominanten funktionellen Körperbeschwerden im Verlauf einer randomisiert kontrollierten Studie zur Wirksamkeit einer psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie

Marie Schneller

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung einer Doktorin der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzende: Prof. Dr. Gabriele Multhoff

Prüfende/-r der Dissertation:

1. Prof. Dr. Peter Henningsen

2. apl. Prof. Dr. Timo Grimmer

Die Dissertation wurde am 12.10.2021 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 15.03.2022 angenommen.

Für meine Oma
Irmgard Suwelack

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1 Zusammenfassung	10
2 Einleitung - Theoretische Grundlagen.....	12
2.1 Funktionelle Körperbeschwerden und somatoforme Störungen	12
2.1.1 Klassifikation	12
2.1.1.1 DSM-V Definition	13
2.1.1.2 ICD-10 Definition - F45 Somatoforme Störung.....	14
2.1.1.3 Multisomatoforme Störung.....	16
2.1.2 Psychotherapie	17
2.1.2.1 Therapieoptionen für funktionelle Körperbeschwerden/Somatoforme Störung	17
2.1.2.2 Psychodynamische Psychotherapie.....	18
2.2 Ursachenüberzeugungen und subjektive Krankheitstheorien	19
2.2.1 Einführung.....	19
2.2.2 Erhebung von Ursachenüberzeugungen.....	20
2.2.3 Einfluss von individuellen Krankheitsannahmen	21
2.3 Ursachenüberzeugungen bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden	22
2.3.1 Welche Ursachenüberzeugungen haben die Patienten?.....	22
2.3.2 Wie stehen Ursachenüberzeugungen im Zusammenhang mit Therapieerfolg?.....	26
3 Zielsetzung und Fragestellung.....	28
4 Methoden	29
4.1 PISO (Studienbeschreibung)	29
4.1.1 Studiendesign/Zielsetzung	29
4.1.2 Studienteilnehmer/Einschlusskriterien.....	29
4.1.3 Intervention: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie (PIT).....	30
4.1.4 Kontrollbedingung: Enhanced Medical Care (EMC).....	31
4.2 Instrumente	31

4.2.1	Short Form 36 (SF-36)	31
4.2.2	Patient Health Questionnaire (PHQ).....	32
4.2.3	Illness Perception Questionnaire (IPQ)	33
4.3	Beschreibung der Patienten-Angaben.....	34
4.4	Kategorienbildung	35
4.4.1	Qualitative Inhaltsanalyse.....	35
4.4.2	Umgang mit mehreren Ursachen in einem Textfeld.....	38
4.4.3	Beschreibung der zusammengefassten Kategorien	38
4.5	Statistische Methoden.....	39
5	Ergebnisse	40
5.1	Soziodemographie der Stichprobe	40
5.2	Fragestellung 1: Welche Ursachenüberzeugungen haben die Patienten zu Studienbeginn und nach der Therapie (9-Monate-Follow-up)?.....	41
5.3	Fragestellung 2: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ursachenüberzeugungen und der klinischen Präsentation oder der Soziodemographie zu Studienbeginn?.....	42
5.4	Fragestellung 3: Ändern sich die Ursachenüberzeugungen der Patienten im Verlauf der Behandlung (vor Studienbeginn zu 9-Monate-Follow-up)?	44
5.5	Fragestellung 4: Ändern sich die Ursachenüberzeugungen unterschiedlich im Vergleich von Psychodynamisch-Interpersoneller Therapie (PIT) und Kontrollbedingung Enhanced Medical Care (EMC)?.....	45
5.6	Fragestellung 5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ursachenüberzeugungen vor der Therapie und dem Therapieerfolg?	47
6	Diskussion.....	53
6.1	Einleitung.....	53
6.2	Diskussion der Ergebnisse	53
6.2.1	Fragestellung 1: Welche Ursachenüberzeugungen haben die Patienten zu Studienbeginn und nach der Therapie (9-Monate-Follow-up)?	53
6.2.2	Fragestellung 2: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ursachenüberzeugungen und der klinischen Präsentation oder der Soziodemographie zu Studienbeginn?.....	54
6.2.3	Fragestellung 3: Ändern sich die Ursachenüberzeugungen der Patienten im Verlauf der Behandlung (vor Studienbeginn zu 9-Monate-Follow-up)?	56
6.2.4	Fragestellung 4: Ändern sich die Ursachenüberzeugungen unterschiedlich im Vergleich von Psychodynamisch-Interpersoneller Therapie (PIT) und Kontrollbedingung Enhanced Medical Care (EMC)?	58

6.2.5	Fragestellung 5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ursachenüberzeugungen vor der Therapie und dem Therapieerfolg?	59
6.2.6	Unzufriedenheit mit Medizinsystem.....	61
6.2.7	Stärken und Schwächen.....	62
6.2.8	Schlussfolgerungen	64
7	Danksagung	66
8	Anhang	67
9	Literaturverzeichnis.....	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Beispiele und Erläuterungen zur Kategorie „Bio“	36
Tabelle 2	Beispiele und Erläuterungen zur Kategorie „Psyche“	36
Tabelle 3	Beispiele und Erläuterungen zur Kategorie „Sozial“	37
Tabelle 4	Beispiele und Erläuterungen zur Kategorie „Medizin“	37
Tabelle 5	Beispiele und Erläuterungen zur Kategorie „Sonstige“	38
Tabelle 6	Soziodemographische Daten der Patienten dieser Stichprobe.....	40
Tabelle 7	Angaben zur Ursachenüberzeugung zu Studienbeginn und beim 9-Monate-Follow-up ...	41
Tabelle 8	Soziodemographie und klinische Präsentation zu Studienbeginn in Abhängigkeit von Ursachenüberzeugungen	43
Tabelle 9	Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up	44
Tabelle 10	Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up in der Psychotherapiegruppe (PIT)	45
Tabelle 11	Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up in der Kontrollgruppe (EMC)	46
Tabelle 12	Änderung der klinischen Präsentation beim 9-Monate-Follow-up in Abhängigkeit von Ursachenüberzeugungen zu Studienbeginn in der Psychotherapiegruppe (PIT).....	48
Tabelle 13	Änderung der klinischen Präsentation beim 9-Monate-Follow-up in Abhängigkeit von Ursachenüberzeugungen zu Studienbeginn in der Kontrollgruppe (EMC)	49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Ausschnitt aus dem IPQ-Fragebogen zur Erfassung der Freitextangabe.....	34
Abbildung 2	Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up Kategorie "Bio"	67
Abbildung 3	Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up Kategorie "Psyche"	67
Abbildung 4	Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up Kategorie "Sozial"	68
Abbildung 5	Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up Kategorie "Medizin"	68
Abbildung 6	Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up Kategorie "Sonstige"	69

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
CAI	Causal Attributions Interview
CMD	Common Mental Disorders
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMC	Enhanced Medical Care
EMIC	Explanatory Model Interview Catalogue
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IPQ	Illness perception questionnaire, Fragebogen zu subjektiven Krankheitsannahmen
KAUSOM	Interview zur Erfassung von Kausalattributionen bei Patienten mit somatoformen Symptomen
KSK	Körperliche Summenskala des SF-36
MU(P)S	Medically unexplained (physical) symptoms
PHQ	Patient health questionnaire, Gesundheitsfragebogen für Patienten
PISO	Psychosomatische Intervention bei Patienten mit einer multi-somatoformen Störung
PIT	Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie
PSK	Psychische Summenskala des SF-36
SF-36	Short form 36, Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität
SKID	Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV
SSD	Somatic symptom disorders, Somatische Belastungsstörungen
TAU	Treatment as usual

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form verzichtet. An dieser Stelle soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass trotz der Verwendung der männlichen Form Menschen, unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität, gemeint sind.

1 Zusammenfassung

Funktionelle Körperbeschwerden sind häufig, beeinträchtigen die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Betroffenen und verursachen hohe direkte und indirekte Gesundheitskosten (Roenneberg et al., 2019). Der Umgang mit Betroffenen und die Behandlung von funktionellen Körperbeschwerden stellt in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung eine Herausforderung dar (Roenneberg et al., 2019). Patienten entwickeln im Rahmen ihrer subjektiven Krankheitstheorien unterschiedliche Vorstellungen über die Ursachen ihrer Beschwerden (Petrie et al., 2007). Dies kann sich auf das Krankheits- bzw. Gesundheitsverhalten und damit auch auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirken (Petrie & Weinman, 2006; Robbins & Kirmayer, 1991; Schröter et al., 2004).

Die multizentrische randomisiert kontrollierte „PISO“-Studie verglich die Behandlung von Patienten mit multisomatoformer Störung durch eine manualisierte psychodynamisch-interpersonelle Therapie mit einer leitliniengerechten medizinischen Standardbehandlung. Die Diagnose einer multisomatoformen Störung kann in ihrem Schweregrad mindestens einer mittelschwer ausgeprägten Belastungsstörung (nach DSM-V) und somit einer schweren Ausprägung von funktionellen Körperbeschwerden gleichgesetzt werden. Ziel dieser Arbeit war die Beschreibung der Ursachenüberzeugungen der teilnehmenden Patienten, die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Ursachenüberzeugungen und klinischer Präsentation, Ursachenüberzeugungen und Therapieverlauf sowie der Änderung der Ursachenüberzeugung im Laufe der Therapie.

Die von den Studienteilnehmern (N=146) gemachten Angaben zu den drei wichtigsten Ursachen ihrer Krankheit wurden inhaltlich ausgewertet. Die Ursachen wurden in fünf Kategorien eingeordnet: körperliche, psychische und soziale Ursachen, Ursachen in Bezug auf vorherige Erfahrungen im Gesundheitssystem und sonstige Ursachen. Initial nannten mehr als zwei Drittel der Patienten körperliche Ursachen (100; 68,5%), gefolgt von sozialen (60; 41,1%) und psychischen Ursachen (47; 32,2%). Patienten, die initial psychische Ursachen angaben, hatten eine signifikant schlechtere psychische Lebensqualität (SF-36; $p=0,001$), eine stärkere Somatisierung (PHQ-15, $p=0,01$) und eine stärkere Depressivität (PHQ-15; $p=0,02$). Diese Patienten profitierten bzgl. der

subjektiven Lebensqualität (körperlich wie psychisch) mehr von der Psychotherapie (körperliche Lebensqualität KSK (SF-36); small effect size $d=0,28$).

Dieses Ergebnis könnte darin begründet sein, dass diejenigen Patienten, die sich bereits vor Therapiebeginn einer psychischen Komponente ihrer Erkrankung bewusst waren, einer Therapie, insbesondere dieser Form der psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie, offener gegenüberstanden und sich so eventuell mehr auf die Therapie einließen, was sich wiederum positiv auf den Therapieerfolg auswirkt. Insofern kann das Erfragen der Ursachenannahmen und Erarbeiten eines subjektiven Erklärungsmodells als wichtige Schritte für die weitere Behandlung angesehen werden. Gegebenenfalls kann hierdurch der Therapieerfolg von z.B. Psychotherapie verbessert werden.

2 Einleitung - Theoretische Grundlagen

2.1 Funktionelle Körperbeschwerden und somatoforme Störungen

Der Begriff „funktionelle Körperbeschwerden“ bezeichnet ein breites Spektrum an Beschwerdebildern und Syndromen sehr unterschiedlicher Schweregrade, von vorübergehenden Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden ohne hinreichenden organischen Befund, die zu einem Arztbesuch führen ("medically unexplained (physical) symptoms" – MU(P)S) über funktionelle somatische Syndrome (wie Fibromyalgie- oder Reizdarm-Syndrom), bis hin zu den Diagnosekriterien entsprechend ausgeprägten (multi-)somatoformen Störungen und den neu definierten körperlichen Belastungsstörungen (Roenneberg et al., 2019).

Mit Ausnahme der vorübergehenden Befindlichkeitsstörungen sind diese Beschwerdebilder und Störungen charakterisiert durch anhaltende, belastende, die Alltagsfunktion beeinträchtigende Körperbeschwerden. Die körperlichen Belastungsstörungen entsprechen einer schweren Ausprägung von funktionellen Körperbeschwerden (Roenneberg et al., 2019).

Die Vielzahl der – oft überlappenden – Begriffe erklärt sich einerseits aus der raschen Entwicklung neuer Begriffe und diagnostischen Kategorien in den letzten Jahren. Andererseits kann dies auch als Konsequenz der Vielfalt und der Verschiedenheit der medizinischen Settings und deren spezifischen Gegebenheiten verstanden werden, in denen diese Beschwerden anzutreffen sind (Allgemeinmedizin, fachärztliche Disziplinen, psychosomatische/psychiatrische Versorgung). Diese Arbeit richtet sich in der Nomenklatur bei der Beschreibung der untersuchten Patienten nach den zum Zeitpunkt der Durchführung der PISO-Studie (2006-2009) gültigen Kriterien.

2.1.1 Klassifikation

Nachfolgend wird die Einordnung funktioneller Körperbeschwerden in die medizinischen Klassifikationssystem im Einzelnen dargestellt. Es handelt sich dabei zum einen um die ICD-Klassifikation, die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, welche von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird. Zum anderen wird die Klassifikation des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM)

aufgeführt, welche von der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association – APA) herausgegeben wird. Sie umfasst im Gegensatz zur ICD-Klassifikation nur psychische Erkrankungen.

In der aktuellen Version des DSM sind funktionelle Körperbeschwerden mit der zentrale Diagnose der somatischen Belastungsstörungen (SSD) repräsentiert (s.u.). Die neueste Version ICD-11 wurde 2018 offiziell von der WHO vorgestellt und soll ab 2022 in Kraft treten. Die Diagnose der somatoformen Störung existiert in der ICD-11 nicht mehr. Neu eingeführt wurde die somatische Belastungsstörung („bodily distress disorder“). „Bodily distress“ beschreibt persistierende belastende körperliche Symptome, die Betroffene meist zu einem Arztbesuch veranlassen (Henningsen et al., 2018). Wie auch in der neusten Version des DSM (s.u.) wurde das Kriterium der fehlenden organischen Erklärbarkeit in die ICD-11 nicht übernommen.

2.1.1.1 DSM-V Definition

In der DSM wurde in der aktuellen fünften Version (American Psychiatric Association, 2015) das ehemalige Kapitel „Somatoforme Störungen“ reorganisiert. Das neue Kapitel „Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen“ umfasst jetzt verschiedene Störungen, die als Gemeinsamkeit somatische Symptome, damit einhergehendes ausgeprägtes Leiden und eine Beeinträchtigung aufweisen. Die zentrale Diagnose stellt dabei die „Somatische Belastungsstörung“ dar.

Somatische Belastungsstörungen („Somatic Symptom Disorders“ - SSD) werden nach DSM-V durch drei Kriterien charakterisiert.

- Kriterium A beinhaltet das Vorhandensein eines oder mehrerer körperlicher Symptome, die belastend sind oder zu Störungen des Alltagslebens führen.
- Kriterium B beschreibt die dysfunktionale Auseinandersetzung mit der körperlichen Symptomatik. Von den folgenden drei Merkmalen muss mindestens eines vorhanden sein: unangemessene und anhaltende Gedanken über die Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome (B1), anhaltend hohes Angstniveau bezogen auf die Gesundheit oder die Symptome (B2), exzessiver Zeit- und Energieaufwand bezüglich der Symptome oder Gesundheitsorgen (B3).
- Der Zustand der Symptombelastung ist persistierend und dauert typischerweise länger als sechs Monate (Kriterium C).

Hier wird also im Gegensatz zur Definition in der ICD-10 zur Diagnose nicht mehr das Fehlen einer ausreichenden organischen Erklärung für die Beschwerden gefordert. Vielmehr steht durch das Kriterium B die dysfunktionale Auseinandersetzung der Patienten mit ihren Beschwerden im Vordergrund.

Wenn die im Vordergrund stehenden somatischen Symptome Schmerzen sind, kann eine „Somatische Belastungsstörung mit überwiegendem Schmerz“ (früher: „Schmerzstörung“) diagnostiziert werden. Der Schweregrad der Somatischen Belastungsstörung (leicht, mittel, schwer) wird abhängig von der Anzahl der vorhandenen unter Kriterium B genannten Symptome und möglichen zusätzlichen somatischen Beschwerden zugeordnet.

2.1.1.2 ICD-10 Definition - F45 Somatoforme Störung

Nachfolgend werden die Diagnosekriterien der ICD-10 beschrieben, da diese bei Durchführung der Studie (2006-2009) Anwendung fanden. In der zehnten Version der ICD können funktionelle Körperbeschwerden zum einen im Kapitel F45 „Somatoforme Störungen“ eingeordnet werden, zum anderen finden sie sich in Form der funktionellen Syndrome (Reizdarmsyndrom(K58), Fibromyalgie (M79.0), Pelvipathie (N94) etc.) in den entsprechenden fächerspezifischen Kapiteln.

Die ICD-10 charakterisiert die somatoformen Störungen anhand der wiederholten Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien (Dilling et al., 2015). Im Folgenden werden die Diagnosekriterien der Unterkapitel einzeln erläutert.

F45.0 Somatisierungsstörung

Damit diese Diagnose gestellt werden kann, müssen über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren multiple, wiederholt auftretende, häufig wechselnde körperliche Symptome bestehen, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde. Die Patienten widersetzen sich dabei der Versicherung der Ärzte, dass keine körperliche Erklärung für die Symptome gefunden werden konnte. Durch das Verhalten der Patienten kommt es zu einer Beeinträchtigung sozialer und familiärer Funktionen. Häufig kommt es neben diesen Symptomen zu Depressionen und/oder

einer Angststörung. Der Verlauf ist meist chronisch und beginnt im frühen Erwachsenenalter.

F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung

Werden die Diagnosekriterien für das Vollbild der Somatisierungsstörung nicht erreicht, z.B. weil die Zahl der Beschwerden geringer ist oder die durch die Symptome entstehenden Einschränkungen weniger ausgeprägt sind, kann eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostiziert werden. Für die Diagnosestellung müssen die Beschwerden sechs Monate bestehen.

F45.2 Hypochondrische Störung

Im Gegensatz zur Somatisierungsstörung ist der Patient mit einer hypochondrischen Störung überzeugt, an einer bestimmten, körperlichen Krankheit zu leiden. Die vom Patienten erlebten Symptome beschränken sich meist auf ein oder zwei Organe und werden der entsprechenden Krankheit zugeschrieben. Im Vordergrund steht hierbei die Angst vor der schwerwiegenden Erkrankung. Auch hier weigert sich der Patient, die Einschätzung der Ärzte, dass den Symptomen keine körperliche Krankheit zugrunde liegt, zu akzeptieren.

F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung

Um die Diagnose der somatoformen autonomen Funktionsstörung stellen zu können, müssen die vorhandenen Symptome einem überwiegend vegetativ innervierten Organ zugeordnet werden können. Der Patient befürchtet eine Erkrankung des entsprechenden Organs und deutet vegetativ ausgelöste Symptome (wie Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Erröten) als Ausdruck der Erkrankung. Als Untergruppe wird das betroffene Organsystem verschlüsselt: Herz und Kreislaufsystem (F45.30), oberes Verdauungssystem (F45.31), unteres Verdauungssystem (F45.32), Atmungssystem (F.45.33) oder Urogenitalsystem (F45.34).

F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Bei der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung stehen andauernde, schwere und quälende Schmerzen im Vordergrund des Beschwerdebildes. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf und betrifft oft Rücken, Bauch, Gelenke oder die Muskeln.

2.1.1.3 Multisomatoforme Störung

Die von der ICD-10 bzw. DSM-IV festgelegten diagnostischen Hürden liegen für die „Somatisierungsstörung“ verhältnismäßig hoch und für die „undifferenzierte Somatisierungsstörung“ verhältnismäßig niedrig. Dadurch kann das Vollbild der „Somatisierungsstörung“ nur bei wenigen Patienten diagnostiziert werden. Die Unterschiede in der Krankheitsausprägung können zwischen den Patienten mit „undifferenzierter Somatisierungsstörung“ jedoch sehr groß werden, da in diese Diagnosekategorie sehr unterschiedlich schwer betroffene Patienten fallen.

In der Realität des klinischen Alltags bedarf es allerdings auch geeigneter, spezifischer Behandlungen für mittelschwer bis schwer beeinträchtigte Patienten, die nicht alle Kriterien einer vollen „Somatisierungsstörung“ erfüllen. Deswegen wurde von Kroenke und Kollegen (1997) die „multisomatoforme Störung“ („multisomatoform disorder“) als diagnostisches Konzept vorgeschlagen und validiert. Die Diagnosekriterien sind dabei folgende: Es müssen 1) drei oder mehr somatoforme Beschwerden innerhalb des letzten Monats vorhanden gewesen sein. Dabei muss eins der Symptome entweder nicht durch eine körperliche Erkrankung oder durch die direkte Wirkung von eingenommenen Substanzen (z.B. Medikamente oder Drogen) erklärt werden können oder, falls eine körperliche Erkrankung besteht, muss das Ausmaß der Beschwerden die durch diese Erkrankung normalerweise zu erwartenden Beschwerden übersteigen. Durch die Symptome müssen 2) beim Patienten klinisch bedeutsames Leiden oder Einschränkungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen entstehen. Auch wenn einzelne Symptome wechselhaft vorhanden sein können, muss 3) mindestens ein Symptom an mehr als der Hälfte der Tage innerhalb der letzten zwei Jahre vorhanden gewesen sein. Außerdem dürfen die Diagnosekriterien für eine Somatisierungsstörung (noch) nicht erfüllt sein und die Symptome dürfen nicht Ausdruck einer anderen beim Patienten diagnostizierten psychischen Erkrankung sein. Die Symptome dürfen schließlich vom Patienten nicht vorsätzlich herbeigeführt oder simuliert sein. (Kroenke et al., 1997) Eine multisomatoforme Störung kann in ihrem Schweregrad einer mindestens mittelschwer ausgeprägten körperlichen Belastungsstörung (nach DSM-V) gleichgesetzt werden.

2.1.2 Psychotherapie

2.1.2.1 Therapieoptionen für funktionelle Körperbeschwerden/Somatoforme Störung

Es wurden verschiedene psychotherapeutische Verfahren für Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden und verwandten Krankheitsbildern entwickelt. Neben diesen finden auch diverse pharmakotherapeutische, (passive) physikalische Therapien und Trainingsprogramme Anwendung, auf diese im Folgenden aber nicht weiter eingegangen wird.

Die von Henningsen und Kollegen (2018) veröffentlichte systematische Übersichtsarbeit zum Management von funktionellen somatischen Syndromen und „bodily distress“ beinhaltet eine Zusammenfassung („umbrella review“) der vorhanden systematischen Reviews zu den Therapieverfahren von 2007 bis 2017. Es zeigt sich, dass insgesamt die beste Studienlage für die Effektivität von edukativen und psychologisch/psychiatrisch begründeten Behandlungsverfahren vorhanden ist. Hierfür ergibt sich insgesamt ein geringer bis moderater Evidenzgrad. Diese Therapieansätze können abhängig vom Schweregrad und vom Behandlungssetting in drei Abstufungen zur Anwendung kommen: 1) Selbsthilfeinterventionen, 2) psychiatrische Konsile in der Primärversorgung und 3) verschiedenen (Kurzzeit-)Psychotherapien. Die in die „umbrella review“ einbezogenen Metaanalysen zu unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren werden im Folgenden näher erläutert.

Eine Metaanalyse untersuchte die Wirksamkeit von Kurzzeit-Psychotherapien bei Patienten mit medizinisch nicht erklärbaren Symptomen (Kleinstaeuber et al., 2011). Es wurden insgesamt 27 Studien bis März 2009 untersucht. Es zeigten sich kleine, aber stabile Effektstärken bezüglich der Wirksamkeit der Kurzzeit-Psychotherapie.

Ein Cochrane Review zu nicht-pharmakologischen Interventionen bei somatoformen Störungen wurde von van Dessel und Kollegen (2014) veröffentlicht. Es wurden 21 Studien mit verschiedenen Formen psychologischer Therapien eingeschlossen. Auch hier zeigte sich mit kleiner Effektstärke eine Überlegenheit psychologischer Therapieformen in der Reduktion der Symptomschwere im Vergleich mit Standardbehandlung oder Warteliste.

Koelen et al. (2014) untersuchten die Wirksamkeit von Psychotherapie für Patienten mit schwerer somatoformer Störung. Die Ergebnisse von 16 randomisierten und nicht randomisierten Studien, die von 1999 bis 2010 veröffentlicht wurden, sind in der

Analyse berücksichtigt worden. Alle Studien verglichen eine Form von Psychotherapie mit „treatment as usual“ (TAU). Es zeigte sich, dass Psychotherapie eine effektive Therapieform für Patienten mit schwerer somatoformer Störung ist.

2.1.2.2 Psychodynamische Psychotherapie

Psychodynamische Psychotherapieverfahren basieren auf der Krankheitslehre der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie und stellen bewusste und unbewusste seelische Prozesse in den Vordergrund der Therapie (Ermann et al., 2014). Verschiedene aktuelle systematische Reviews zeigen, dass psychodynamische Psychotherapie als wirksame Therapieform für diverse, sowohl psychische als auch körperliche, Erkrankungen eingesetzt werden kann. Die Therapieerfolge von psychodynamischer Psychotherapie bleiben dabei auch langfristig nach abgeschlossener Therapie nachweisbar (Shedler, 2010).

In mehreren Metaanalysen konnte die Wirksamkeit von psychodynamischen Kurzzeit-Psychotherapien gezeigt werden. Leichsenring et al. (2004) führten eine Metaanalyse von 17 randomisiert-kontrollierten Studien zu psychodynamischen Kurzzeit-Psychotherapien bei spezifischen psychiatrischen Erkrankungen, unter anderem auch somatoforme Schmerzstörung, zwischen 1970 und 2004 durch. Sie konnten zeigen, dass psychodynamische Kurzzeit-Psychotherapien signifikante, große Effektstärken im „pretreatment-posttreatment“ und auch im „pretreatment-follow-up“ Vergleich aufwiesen. Die Effektstärken der Kurzzeit-Psychotherapien lagen signifikant über denen der Kontrollbedingungen (Warteliste bzw. „treatment as usual“ (TAU)). Es wurde kein Unterschied in der Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren gefunden.

Ebenfalls zur Wirksamkeit von psychodynamischen Kurzzeit-Psychotherapien bei häufigen psychischen Krankheitsbildern führten Abbass et al. (2014) eine Metaanalyse durch. Eingeschlossen wurden Studien zu häufigen psychischen Störungen („common mental disorders“ – CMD), darunter auch acht Studien zu somatoformen Störungen. Es wurden 33 randomisiert-kontrollierte Studien bis Juli 2012 eingeschlossen. Insgesamt zeigten sich mittlere bis starke Effekte der Psychotherapie im Vergleich zu den Kontrollbedingungen für somatische Symptome, Depression, Angststörungen, interpersonelle und soziale Anpassung. Die Effektstärken nahmen im Langzeitverlauf weiter zu.

Von Abbass et al. (2009) wurde eine Metaanalyse zur Wirksamkeit von psychodynamischen Kurzzeit-Psychotherapien bei verschiedenen somatischen Erkrankungen (u.a. chronische Schmerzen, Reizdarmsyndrom, Morbus Crohn, Koronare Herzkrankheit, Chronische Bronchitis, Sjögren-Syndrom) publiziert. 14 Studien, darunter kontrolliert-randomisierte und nicht kontrolliert-randomisierte Studien, wurden in die Metaanalyse eingeschlossen. Es zeigten sich signifikante, auch langfristig vorhandene Effekte für physische Symptome, psychische Symptome und soziale Anpassung.

Die Studie, auf der die vorliegende Arbeit beruht, untersuchte die Wirksamkeit einer manualisierten psychodynamischen Kurzzeit-Psychotherapie bei Patienten mit multisomatoformer Störung. Die körperliche Lebensqualität der Patienten der Psychotherapie-Gruppe verbesserte sich ein Jahr nach der Therapie signifikant mehr als die der Patienten der Kontrollbedingung. Auch bezüglich der Somatisierung verbesserte sich die Psychotherapiegruppe signifikant mehr. (Sattel et al., 2012)

Insgesamt sprechen diese Ergebnisse für den vielversprechenden Einsatz von psychodynamischer Psychotherapie bei verschiedenen Erkrankungen. Hervorzuheben ist die positive Wirkung auch auf körperliche Symptome. Dies macht diese Therapieformen besonders für den Einsatz bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden und verwandten Erkrankungen interessant.

Detaillierte Empfehlungen für die Therapie von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden sind in der 2018 aktualisierten Version der S3-Leitlinie für die Therapie von funktionellen Körperbeschwerden (Roenneberg et al., 2018) zu finden.

2.2 Ursachenüberzeugungen und subjektive Krankheitstheorien

2.2.1 Einführung

Körperbeschwerden sind für viele Menschen ein alltägliches Phänomen. So gaben 82% der Teilnehmer einer repräsentativen Studie in Deutschland an, innerhalb der letzten Woche durch mindestens ein Symptom leicht beeinträchtigt worden zu sein, jeder Fünfte sah sich durch mindestens ein Symptom sogar schwer beeinträchtigt (Hiller et al., 2006). Die Autoren der S3 Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ (Roenneberg et al., 2018, p. 13) betonen die Relevanz dieser Körperbeschwerden sehr deutlich: *„Funktionelle Körperbeschwerden sind disproportional zum fehlenden oder geringen körperlichen Befund häufig mit Einschränkungen von Lebensqualität und*

Leistungsfähigkeit und damit auch mit hohen direkten und indirekten Gesundheitskosten verbunden [...]. Hervorzuheben sind insbesondere die negativen Auswirkungen von Kriteriums gemäß ausgeprägten somatoformen Störungen auf Arbeitsleben und zwischenmenschliche Beziehungen bei jüngeren Erwachsenen [...].“ Welche Konsequenzen die Beschwerden für eine Person haben können, hängt auch mit der eigenen Bewertung eben dieser zusammen: Ob der Mensch sich aufgrund der Symptome Sorgen macht, Medikamente einnimmt, einen Arzt aufsucht oder seine Beschwerden ignoriert, hängt stark davon ab, was er als Ursache für die Beschwerden vermutet (Robbins & Kirmayer, 1991).

Die Ursachenüberzeugungen werden meist im größeren Zusammenhang der subjektiven Krankheitstheorien untersucht. Subjektive Krankheitstheorien oder auch individuelle Krankheitsannahmen sind die strukturierten Vorstellungen, die ein Mensch entwickelt, wenn er neue Symptome bei sich bemerkt oder eine Krankheit bei ihm diagnostiziert wird. Solche mentalen Modelle der Krankheit beinhalten verschiedene Faktoren wie Krankheitsursachen, Schwere, Zeitverlauf und Beeinflussbarkeit der Erkrankung und die zu erwartenden Konsequenzen. (Petrie & Weinman, 2006)

Die Vorstellungen eines Patienten zu den Ursachen einer Erkrankung werden Kausal- oder Symptomattributionen oder auch Ursachenüberzeugungen genannt (Schröter et al., 2004). Die Ursachenüberzeugungen eines Patienten weichen häufig von den Annahmen der Behandler ab. Auch können verschiedene Personen mit derselben Erkrankung völlig unterschiedliche Krankheitskonzepte und Ursachenüberzeugungen entwickeln. Patienten werden im klinischen Alltag jedoch nur selten zu ihren Vorstellungen befragt (Petrie et al., 2007), obwohl die Krankheitsannahmen und Ursachenüberzeugungen Einfluss auf das Krankheits- und Gesundheitsverhalten der Patienten haben können: Sie beeinflussen die Wahrnehmung der Krankheit und der Symptome, die Krankheitsbewältigung, die Interaktion mit Behandlern und nicht zuletzt den Behandlungserfolg (Petrie & Weinman, 2006; Schröter et al., 2004).

2.2.2 Erhebung von Ursachenüberzeugungen

Allgemein können zur Erhebung von Ursachenüberzeugungen Fragebögen oder auch Interviews eingesetzt werden. Um die Ursachenüberzeugungen strukturiert erfassen und untersuchen zu können, wurden zum Beispiel der „Illness Perception Questionnaire“ (IPQ) (Moss-Morris et al., 2002) und der „Explanatory Model Interview

Catalogue“ (EMIC) (Weiss, 1997) entwickelt. Eine deutsche Übersetzung und Adaption des EMIC liegt mit dem „Erklärungsmodell-Interview“ vor (Henningsen et al., 2000). Andere zu diesem Zweck entwickelte Instrumente sind das „Interview zur Erfassung von Kausalattributionen bei Patienten mit somatoformen Symptomen“ (KAUSOM) (Cebulla, 2002) und das „Causal Attributions Interview“ (CAI) (Hiller et al., 2010).

Grundsätzlich kann man unterscheiden, ob die Annahmen des Patienten anhand von vorgegebenen möglichen Ursachenüberzeugungen (Bestätigungsmethode) oder durch offene Fragen (Produktionsmethode) erhoben werden. Beim EMIC handelt es sich um ein halbstandardisiertes Interview. Dabei werden initial offene Fragen gestellt, welche anschließend anhand von Screeninglisten und zusammenfassenden Fragen ergänzt werden. Beim IPQ werden die Ursachenüberzeugungen sowohl anhand einer Liste möglicher Ursachen (Bestätigungsmethode) als auch durch eine offene Frage nach den drei wichtigsten Ursachen abgefragt (Produktionsmethode). Der IPQ wurde bei der vorliegenden Arbeit eingesetzt und wird im Methodenteil dieser Arbeit ausführlich dargestellt.

2.2.3 Einfluss von individuellen Krankheitsannahmen

Der Einfluss von individuellen Krankheitsannahmen auf physische und psychische Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit sowie Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zeigte sich sowohl für verschiedene somatische als auch für psychische Erkrankungen (Balck et al., 2012; Laferton et al., 2017; Petrie et al., 2007; Petrie & Weinman, 2006; Schröter et al., 2004). Auch speziell für eine (stationäre) psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung konnte der Einfluss von Krankheitsannahmen auf den Therapieerfolg, gemessen z.B. als Zuwachs der Lebensqualität, gezeigt werden (Balck et al., 2012).

Frosthalm und Kollegen (2007) untersuchten in der Primärversorgung den prädiktiven Einfluss der individuellen Krankheitsannahmen von Patienten auf die selbstbeurteilte Gesundheit in einer 2-Jahres-Nachverfolgung. Negative Krankheitsauffassungen waren mit schlechter physischer und psychischer Gesundheit zum Studienbeginn assoziiert und sagten Änderungen des Gesundheitsstatus im Studienverlauf am besten voraus. Patienten mit MUS hatten zu allen Zeitpunkten negativere Krankheitsauffassungen und eine stärkere Beeinträchtigung der physische und psychische Lebensqualität als anderen Patienten.

In einer Untersuchung von Wiborg und Löwe (2015) wurden Patienten in Allgemeinarztpraxen mithilfe eines Fragebogens auf das Vorhandensein einer somatoformen Störung gescreent. Patienten mit im Screening gefundener somatoformer Störung konnten anschließend an einem Telefoninterview teilnehmen. Dabei wurden die Krankheitsannahmen, wie unter anderem Konsequenzen der Erkrankung, Zeitverlauf und Kontrollmöglichkeiten, mithilfe des IPQ erhoben. Negative Krankheitsannahmen der Patienten mit somatoformen Störungen waren signifikant assoziiert mit einer größeren selbstbeurteilten Symptomschwere und schlechteren genereller Gesundheit.

2.3 Ursachenüberzeugungen bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden

Obwohl Therapiekonzepte für Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden existieren, haben diese Patienten häufig viele Arztkontakte und viel (Über-)Diagnostik hinter sich, bevor sie eine für ihr Krankheitsbild passende Therapie erhalten (Roenneberg et al., 2019). Häufig wird versucht zunächst viele „organische Ursachen“ auszuschließen. Die Ätiologie und auch Krankheitsursachen bei funktionellen Körperbeschwerden sind meist vielgestaltig und komplex. Umso relevanter ist es für die Behandler, sich mit den individuellen Ursachenüberzeugungen der Patienten zu beschäftigen. Dies könnte insbesondere bei der häufig schwierigen Beziehung zwischen Patienten mit funktionellen Beschwerden und Behandlern hilfreich sein (Johansen & Risor, 2017). So wird das gezielte Erfragen von Krankheitserfahrungen, Erwartungen und Ursachenvorstellungen der Patienten als wichtiger Bestandteil der Diagnose und Behandlung von funktionelle Körperbeschwerden eingestuft (Henningsen et al., 2018). Zusammen mit dem einzelnen Patienten soll ein nachvollziehbares multifaktorielles Erklärungsmodell entwickelt werden, welches sowohl vorherige Annahmen als auch mögliche Veränderungsstrategien einbezieht (Roenneberg et al., 2019).

2.3.1 Welche Ursachenüberzeugungen haben die Patienten?

In der Vergangenheit wurde häufig angenommen, dass bei Patienten mit somatoformen Störungen rein organmedizinisch-biologische („somatische“) Ursachenüberzeugungen vorliegen (Arbeitskreis-PISO, 2012). Von dieser Annahme wird zunehmend abgerückt. Es zeigt sich, dass die Ursachenvorstellungen komplexer sind. Viele Patienten haben

multikausale Ursachenüberzeugungen und ziehen dabei auch verschiedene nicht organmedizinisch-biologische Ursachen für ihre Symptome in Betracht. Bei denen im Folgenden vorgestellten Studien zeigte sich, dass vor allem bei gleichzeitigem Vorliegen von somatoformer Störung und Angststörung bzw. Depression gemischte Kausalattributionen zu überwiegen scheinen.

Rief und Kollegen (2004) zeigten, dass Patienten mit MUS in der Primärversorgung meist mehrere unterschiedliche Ursachenüberzeugungen angaben. Patienten mit somatoformer Störung gaben zwar häufiger organische Ursachenüberzeugungen an als Patienten ohne somatoforme Störung, allerdings nannten Patienten, bei denen zusätzlich Depressionen oder Angststörungen bestanden, häufiger psychologische Ursachenüberzeugungen. Je mehr Symptome Patienten mit somatoformer Störung hatten, desto mehr Ursachenüberzeugungen wurden angegeben.

In einer Studie von Schröter et al. (2004) wurden unter anderem die Ursachenvorstellungen von orthopädischen Schmerzpatienten mithilfe des Erklärungsmodell-Interview untersucht. Fast ein Drittel der Patienten hatte ausgeglichen somatisch-psychische oder stärker psychisch geprägte Ursachenvorstellungen. Mindestens einen psychischen Ursachenfaktor nannten drei Viertel der Patienten. Am häufigsten wurden somatische Ursachen aus den Bereichen „Körperliche Erschöpfung und Überarbeitung“ und „Medizinische Ursachen“ genannt, jeder zweite Patient nannte aber ebenfalls psychische und psychosoziale Ursachenfaktoren. Gleichzeitig wurden die Patienten auf das Vorliegen von psychischen Störungen untersucht. Patienten mit einer diagnostizierten somatoformen Störung nannten sowohl somatische als auch psychische Ursachen häufiger als Patienten ohne psychische Störung. Vor allem die Ursachenkategorie „Körperliche Überarbeitung und Erschöpfung“ wurde von Patienten mit somatoformer Störung signifikant häufiger genannt. Auf Nachfrage nannten etwa einer von fünf Patienten (18,6%) mit somatoformer Störung mindestens eine psychischen Ursachenüberzeugung.

Auch die Ergebnisse von Henningsen und Kollegen (2005) unterstützen die eingangs beschriebene Annahme, dass die Patienten auch psychische Faktoren als mögliche Ursache einbeziehen. Hier wurden Patienten mit MUS im Rahmen der tertiären Gesundheitsversorgung untersucht. Die Patienten erklärten rein somatoforme Störungen vor allem mit organischen Ursachen, reine Depressionen und/oder Angststörungen vor allem mit psychosozialen Ursachen. Patienten, die die

Diagnosekriterien sowohl für somatoforme- als auch depressive- und/oder Angststörung erfüllten („diagnostic overlap group“), gaben insgesamt gemischte Ursachenüberzeugungen an. Unter diesen waren die Patienten mit überwiegend organischen Ursachenüberzeugungen in ihrer Lebensqualität durch körperliche Symptome stärker eingeschränkt als Patienten mit überwiegend psychosozialen Ursachenüberzeugungen. Während bei Patienten mit vor allem organischen Ursachenüberzeugungen die depressive Symptomatik auch nach sechs Monaten gleichbleibend bestand, verbesserte sich diese bei Patienten mit vor allem psychosozialen Ursachenüberzeugungen signifikant.

Frostholt und Kollegen (2015) befragten Patienten in der Primärversorgung, ob es sich bei ihrem aktuellen Gesundheitsproblem um eine „nur körperliche Erkrankung“, „psychologische Problematik“ oder „sowohl körperliche als auch psychologische Problematik“ handele. Hier zeigte sich, dass 58% der Patienten mit somatoformer Störung ihre Erkrankung als „rein körperlich“ einordneten, während dies in der Vergleichsgruppe mit (laut Autoren) eindeutig somatischer Erkrankung 86% der Patienten taten. Bei Komorbidität von somatoformer Störung und Depression und/oder Angststörung gaben nur 29% der Patienten an, dass ihre Erkrankung „rein körperlich“ sei.

Martin und Kollegen (2007) untersuchten die Kausalattribution bei Patienten mit somatoformer Störung anhand eines strukturierten Interviews. Die Patienten waren in einer psychosomatischen Klinik in stationärer Behandlung. Im Mittel wurden neun Attributionen angegeben. Die angegebenen Ursachen wurden anschließend durch externe Auswerter als somatisch oder psychisch eingeordnet. Es zeigte sich, dass von den meisten Patienten zwar anteilig mehr somatische als psychosoziale Ursachen genannt wurden, psychosoziale Ursachen hier allerdings ebenfalls eine große Rolle spielten. Diese Ergebnisse unterstützen somit die Annahme, dass häufig gemischte Ursachenüberzeugungen vorliegen.

Hiller et al. (2010) untersuchten die Kausalattributionen von Patienten mit somatoformer Störung anhand von semistrukturierten Interviews. Auch in dieser Untersuchung hatten die Patienten multikausale Ursachenüberzeugungen. Die beiden häufigsten Attributionen, welche jeweils für mehr als 40% der Symptome gewählt wurden, waren „mentale/emotionale Probleme“ und „somatische Erkrankungen“. „Physische Überlastung / Erschöpfung“ und „tägliche Hastigkeit / Zeitdruck“ wurden für

mehr als 20 % der Symptome gewählt. Psychologische und stress-assoziierte Attributionen korrelierten mit stärker ausgeprägter Depressivität, während somatische Attributionen mit geringerer Depressivität einhergingen.

Groben und Hausteiner (2011) verglichen die Ursachenüberzeugungen von Patienten mit und ohne somatoforme Störung, die sich im Rahmen einer Allergiediagnostik vorstellten. Die Ursachenüberzeugungen wurden sowohl durch offene Frage in einem Interview als auch anhand des IPQ erhoben. Dabei zeigte sich, dass Patienten mit somatoformer Störung nicht häufiger somatische Ursachenüberzeugungen, sondern ebenso wie Patienten ohne somatoforme Störung auch psychosoziale oder gemischte Überzeugungen hatten. Ein Unterschied zwischen beiden Patientengruppen wurde bezüglich der Unzufriedenheit mit der vorherigen medizinischen Behandlung festgestellt: „Schlechte medizinische Behandlung in der Vergangenheit“ wurde von den Patienten mit somatoformer Störung signifikant häufiger als mögliche Ursache angegeben.

Sowinska & Czachowski (2018) haben in einer qualitativen Studie die Krankheitserfahrungen von Patienten mit MUS untersucht. 20 Patienten einer Hausarztpraxis mit diagnostizierter somatoformer Störung wurden in die Studie aufgenommen. Anhand von Videoaufnahmen der halbstrukturierten Interviews, die vom Hausarzt der Patienten geführt wurden, wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Die Patienten wurden zu somatischen, kognitiven, emotionalen, sozialen, kulturellen und Verhaltens-Aspekten ihrer Erkrankung befragt, dabei unter anderem auch nach den von ihnen vermuteten Ursachen bzw. ihren Erklärungen für die Symptome. Insgesamt wurden vier Hauptthemen der Interviews identifiziert: das Erleben der Symptome, die Bewältigung, Erklärungen für die Symptome und die Erwartungen an das Gesundheitswesen. Die meisten Patienten zogen verschiedene Erklärungsmodelle für die Symptome in Betracht. Es wurden insgesamt häufiger psychologische bzw. soziale Symptomursachen genannt, während somatische Erklärungen seltener vorkamen. Sowohl extrinsische, soziale (z.B. Stress am Arbeitsplatz, Beziehungsstress) wie auch intrinsische (z.B. Genetik, Persönlichkeit, psychologische Gründe, Schwäche) Faktoren wurden genannt. Einige der Patienten hatten dabei gleichzeitig auch somatische Erklärungen für ihre Symptome, wie z.B. eine Fehlfunktion des Körpers. Die Autoren schlussfolgerten, dass für einen Teil der Patienten

der Studie die Einsicht, dass ihre Symptome psychologischen Ursprungs sind, zu einem erleichterten Umgang mit der Erkrankung durch größere Beherrschbarkeit führten.

2.3.2 Wie stehen Ursachenüberzeugungen im Zusammenhang mit Therapieerfolg?

Von Martin und Kollegen (2007) wurde der Einfluss der Kausalattributionen auf den Therapieerfolg einer verhaltensmedizinischen Intervention untersucht. Ob ein Patient vor allem „somatisch attribuierend“ oder „psychosozial attribuierend“ eingeordnet wurde, hatte weder Einfluss auf die Veränderung der Anzahl und der Intensität somatoformer Symptome noch auf die Veränderung des Grads der Krankheitsängste oder der Depressivität. Allerdings war die Depressivität bei psychosozial attribuierenden Patienten sowohl zu Therapiebeginn als auch danach stärker ausgeprägt. Somatisch attribuierende Patienten zeigten vor der Therapie mehr körperbezogene katastrophisierende Kognitionen, welche sich jedoch nach der Therapie auf dem gleichen Niveau wie die der psychosozial attribuierenden Patienten befanden. Die Änderung der Ursachenüberzeugungen im Therapieverlauf wurde in dieser Studie nicht untersucht, aber Martin und Kollegen mutmaßen, dass nicht die anfänglichen Kausalattributionen entscheidend für das Therapieergebnis sei, sondern vielmehr die Rigidität bzw. Veränderbarkeit des Krankheitskonzepts.

Heider et al. (2018) untersuchten den Zusammenhang zwischen Veränderungsbereitschaft („readiness to change“) und dem Therapieverlauf und -erfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen. Die Autoren zeigen auf, dass Unterschiede im Therapieerfolg von Psychotherapie durch unterschiedliche Veränderungsbereitschaft der Patienten erklärt werden können. Unter anderem profitierten Patienten mit großer Symptomschwere, die sich im Anfangsstadium eines Änderungsprozesses („stages of change“-Modell) bzgl. Einstellungen und Verhalten befanden, weniger von der Therapie. Die Autoren erklären dieses Ergebnis damit, dass diese Patienten noch stark somatisch geprägte Ursachenvorstellungen bezüglich ihrer Erkrankung hatten und deswegen das Therapieangebot zur Krankheitsbewältigung zu dem Zeitpunkt noch nicht angenommen werden konnte.

Schneider et al. (1999) untersuchten den Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Verlauf einer stationären, psychodynamisch orientierten Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit verschiedenen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (u.a. affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, somatoforme und dissoziative

Störungen). Die von den Patienten wahrgenommenen Ursachen ihrer Beschwerden wurden im Rahmen der Studie vor und nach der Therapie erfragt. Patienten mit psychosozialer Ursachenzuschreibung äußerten vor der Therapie eine höhere Belastung durch psychischen Symptome und mehr interpersonelle Symptome als Patienten mit somatischer Ursachenzuschreibung. Durch die Therapie verbesserten sich diese Symptome bei den Patienten mit psychosozialer Ursachenzuschreibung stärker und befanden sich nach Therapie im Bereich derjenigen Patienten mit somatischer Ursachenzuschreibung. Die Autoren schlussfolgern, dass psychotherapiemotivierende Maßnahmen zur Veränderung der Krankheitskonzepte hin zu vermehrter Akzeptanz von psychischen Kausalattributionen hilfreich sein können, um psychotherapeutische Erfolge zu begünstigen.

3 Zielsetzung und Fragestellung

Die Erfassung der Ursachenüberzeugungen eines Patienten kann für den Behandler ein wichtiger Schritt zum Verständnis des Krankheitskonzepts des Patienten und auch Anknüpfungspunkt für therapeutische Interventionen sein. Die Ätiologie und auch Krankheitsursachen bei funktionellen Körperbeschwerden sind meist vielgestaltig und komplex. Umso interessanter ist die Auseinandersetzung mit den individuellen Ursachenüberzeugungen dieser Patienten.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die qualitative Inhaltsanalyse der im Rahmen der PISO-Studie erhobenen Freitextfragen zu Ursachenüberzeugungen der Patienten mit multisomatoformer Störung. Weiterhin wird der Zusammenhang zwischen Ursachenüberzeugungen und klinischer Präsentation zu Studienbeginn und im Therapieverlauf sowie die Änderung der Ursachenüberzeugung im Laufe der Therapie untersucht.

Mit den Ergebnissen soll ein besseres Verständnis von Ursachenüberzeugungen und deren Implikationen für die Behandlung von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden möglich werden. Dazu wurden folgende Fragestellungen untersucht:

Fragestellung 1: Welche Ursachenüberzeugungen haben die Patienten zu Studienbeginn und nach der Therapie (9-Monate-Follow-up)?

Fragestellung 2: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ursachenüberzeugungen und der klinischen Präsentation oder der Soziodemographie zu Studienbeginn?

Fragestellung 3: Ändern sich die Ursachenüberzeugungen der Patienten im Verlauf der Behandlung (vor Studienbeginn bis 9-Monate-Follow-up)?

Fragestellung 4: Ändern sich die Ursachenüberzeugungen unterschiedlich im Vergleich von Psychodynamisch-Interpersoneller Therapie (PIT) und Kontrollbedingung Enhanced Medical Care (EMC)?

Fragestellung 5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ursachenüberzeugungen vor der Therapie und dem Therapieerfolg?

4 Methoden

4.1 PISO (Studienbeschreibung)

4.1.1 Studiendesign/Zielsetzung

Im Rahmen der multizentrischen randomisierten kontrollierten klinischen Studie „PISO - Psychosomatische Intervention bei Patienten mit einer multi-somatoformen Störung“ wurde untersucht, ob psychodynamisch-interpersonelle Therapie die körperliche Lebensqualität von Patienten mit einer multisomatoformen schmerzdominierten Störung signifikant und klinisch relevant verbessert (Sattel et al., 2012). Das vorher festgelegte Hauptstudienziel war dabei die langfristige Verbesserung der körperlichen Lebensqualität, welche anhand der deutschen Version des Gesundheitsfragebogens Short Form 36 (SF-36) gemessen wurde. Die Studie wurde, den Anforderungen an eine randomisierte klinische Studie entsprechend, von 2006 bis 2009 an sechs Standorten in Deutschland (München, Düsseldorf, Hannover, Heidelberg, Münster, Regensburg) durchgeführt. Die Patienten wurden in folgenden Einrichtungen rekrutiert: Spezialambulanzen der Neurologie, der Inneren Medizin sowie Schmerzkliniken und einer privaten orthopädischen Praxis. Die Genehmigung zur Studiendurchführung fand durch die Ethikkommission der Technischen Universität München statt (1359/05).

4.1.2 Studienteilnehmer/Einschlusskriterien

Mithilfe des Patient Health Questionnaire (PHQ) und des SF-36 wurde die Eignung zur Teilnahme an der Studie von Patienten, die sich konsekutiv zwischen Juni 2006 und Dezember 2007 an einem der sechs Standorten zur ambulanten Behandlung vorstellten, geprüft. Bei Patienten, bei denen sich im Screening Hinweise auf das Vorliegen einer multisomatoformen Störung (PHQ-15 > 10) und eine deutliche Einschränkung der körperlichen Lebensqualität (körperlicher Summenscore des SF-36 < 40) zeigten, wurde im Anschluss ein ausführliches Interview mit einem Therapeuten durchgeführt. Das Interview beinhaltete den Abschnitt „Somatoforme Störungen“ des strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV (SKID-I) (First et al., 2002) und wurde entsprechend der Diagnosekriterien einer multisomatoformen Störung modifiziert.

Ein körperlicher Summenscore des SF-36 von < 40 entspricht einer Standardabweichung unter der Bevölkerungsnorm. Dieses Kriterium wurde gewählt, um die Vergleichbarkeit

der Ergebnisse der Interventionsgruppen bezüglich des Hauptstudienziels, der Verbesserung der körperlichen Lebensqualität, zu gewährleisten.

Um mögliche klar definierte und behandelbare Erklärungen für die Symptome der Patienten nicht zu übersehen, wurden Vorbefunde begutachtet und Kontakt zu den behandelnden Ärzten aufgenommen.

Weiterhin wurden nur Patienten eingeschlossen, die das 18. Lebensjahr vollendet hatten, über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügten, keine klinisch bedeutsame kognitive Beeinträchtigung hatten (Mini-Mental-Status-Test ≥ 27) und ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme gegeben hatten. Die Patienten durften nicht unter einer schweren und chronischen organischen Erkrankung oder unter einer schweren psychiatrischen Erkrankung mit starker Beeinträchtigung der sozialen Fähigkeiten leiden. Auch suizidale Patienten, Patienten, die zum entsprechenden Screeningzeitpunkt eine Psychotherapie machten, und Patienten, bei denen im strukturierten klinischen Interview die Kriterien für Hypochondrie erfüllt waren, wurden nicht in die Studie eingeschlossen.

In der PISO-Studie wurden 211 Patienten, die alle Kriterien für einen Studieneinschluss erfüllten und auf die keine Ausschlusskriterien zutrafen, aufgenommen und mithilfe eines Computerprogramms am Koordinierungszentrum für Klinische Studien in Düsseldorf per Zufall einer Behandlungsgruppe zugeteilt. 107 Patienten wurden der Interventionsgruppe, 104 der Kontrollgruppe zugeteilt. Den Fragebogen zum Startzeitpunkt füllten die Teilnehmer aus, bevor ihnen die Gruppenzuteilung mitgeteilt wurde. Weitere Fragebögen wurden dann von den Therapeuten direkt nach Beendigung der Therapie ausgeteilt bzw. neun Monate nach Therapieende per Post zugestellt.

In dieser Arbeit wurden die Ursachenüberzeugungen von 146 der 211 Patienten analysiert, welche sowohl zu Studienbeginn als auch beim 9-Monate-Follow-up Angaben zu Ursachenüberzeugungen gemacht hatten.

4.1.3 Intervention: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie (PIT)

Die Intervention bestand aus einer 12-stündigen, phasendefinierten, psychodynamisch-interpersonellen Psychotherapie entsprechend dem vom Arbeitskreis PISO veröffentlichten Manual (Arbeitskreis-PISO, 2012). Eine ausführliche Beschreibung der Therapie kann dem Manual entnommen werden, hier sollen lediglich die Prinzipien kurz erläutert werden.

Die Intervention gliedert sich in drei Phasen (Symptomverständnis; Beziehung zum eigenen Körper, Affekte, Beziehungserfahrungen; Bilanz). Vier psychotherapeutische Grundsätze werden im gesamten Therapieverlauf angewandt: Symptomzentrierung, tangentialer Gesprächsführung, selektiv authentisches Therapeutenverhalten sowie initialer Verzicht auf Deutung und Interpretation. Die Therapiesitzungen finden wöchentlich statt, die erste Sitzung dauert ca. 90 Minuten, die folgenden ca. 45 Minuten. Die erste Phase dient dem Beziehungsaufbau zwischen dem Patienten und dem Therapeuten, dem Verstehen der Symptomatik sowie der subjektiven Krankheitstheorien. Es werden außerdem Entspannungsmethoden, wie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, erlernt. In der zweiten Phase soll die Körperwahrnehmung verbessert und Zusammenhänge zwischen körperlichen Beschwerden, Affekten und Beziehungserfahrungen verstanden werden. Der Abschluss der Therapie in der letzten Phase dient der Bilanzierung der Therapieziele, Festigung der Ergebnisse und Planung der Zeit im Anschluss an die Therapie.

4.1.4 Kontrollbedingung: Enhanced Medical Care (EMC)

Als Kontrollbedingung wurde eine Behandlung entsprechend der zum Studienzeitpunkt gültigen Leitlinie für Patienten mit somatoformen Störungen gewählt (Henningsen et al., 2002). Die Patienten dieser Behandlungsgruppe erhielten drei Gesprächstermine im Abstand von je sechs Wochen. Ziel dieser Behandlung ist eine Kompetenzerweiterung im Umgang mit der Erkrankung. Die Grundhaltung der Behandler ist eine ärztliche, nicht die eines Psychotherapeuten, die Beschwerden des Patienten werden ernst genommen und gemeinsam Strategien zum geeigneten Umgang mit den Beschwerden erarbeitet.

4.2 Instrumente

4.2.1 Short Form 36 (SF-36)

Der Short Form 36 Fragebogen (SF-36) (Morfeld et al., 2011) wird genutzt, um die selbstberichtete gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten zu untersuchen. Er wird krankheitsübergreifend eingesetzt und erfasst mit 36 Items acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen und allgemeiner Gesundheitszustand, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Häufig werden diese acht Dimensionen zu zwei Summenscores zusammengefasst (Ellert & Kurth,

2004). Die standardisierte körperliche Summenskala („physical component summary score“ - KSK) kann als körperliche Gesundheit bzw. Lebensqualität interpretiert werden, während die psychische Summenskala („mental health component summary score“ - PSK) die psychische Gesundheit bzw. Lebensqualität darstellt. Für beide Summenskalen bedeutet dabei ein hoher Wert eine gute Lebensqualität und wenig Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit.

4.2.2 Patient Health Questionnaire (PHQ)

Der Patient Health Questionnaire („Gesundheitsfragebogen für Patienten“ - PHQ) (Löwe et al., 2002) ist ein Selbstauskunftsfragebogen, der entwickelt wurde, um die Erkennung und die Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen zu erleichtern. Die hier verwendete deutsche Version des Fragebogens (PHQ-D) ist von Gräfe et al. (2004) validiert worden. Der PHQ ist modular aufgebaut und lässt sich so entsprechend der inhaltlichen Fragestellung anpassen. Die Komplettversion besteht dabei aus 78 Items. Erfasst werden in den einzelnen Modulen: depressive Symptome (PHQ-9), somatische Symptome (PHQ-15), Panik- und andere Angststörungen, Essstörungen, Alkoholmissbrauch, außerdem psychosoziale Funktionsfähigkeit und Stressoren sowie bei Frauen die Themen Menstruation, Schwangerschaft und Geburt. Da die Originalversion des PHQ in den USA entwickelt wurde, sind die diagnostischen Kriterien auf das dort verwendete DSM-IV ausgelegt, können aber auch für die entsprechenden Diagnosen nach ICD-10 übertragen werden. Mithilfe des PHQ kann eine Diagnostik auf Syndromebene stattfinden (Somatoformes Syndrom, Depressives Syndrom, Paniksyndrom etc.), für eine Diagnostik auf Störungsebene bedarf es einem ärztlichen Gespräch mit Überprüfung der Richtigkeit der Fragebogendiagnosen und Ausschluss möglicher Differentialdiagnosen.

Für die Fragestellung dieser Arbeit sind besonders die Module zu depressiven und somatischen Symptomen von Bedeutung. Sowohl für die „Depressivität“ als auch für „somatische Symptome“ können Skalensummenwerte gebildet werden, die als Schweregrade aufgefasst werden und so auch zur Verlaufsdiagnostik genutzt werden können. Der Skalensummenwert „Depressivität“ wird als Summe der Punktwerte (jeweils von 0 bis 3 „Überhaupt nicht“, „An einzelnen Tagen“, „An mehr als der Hälfte der Tage“ und „Beinahe jeden Tag“) der neun Items des Depressivitätsmoduls berechnet

und variiert zwischen 0 und 27. Der Skalensummenwert gibt somit einen Hinweis auf das Vorhandensein und den Schweregrad einer depressiven Störung.

Der Skalensummenwert „somatische Symptome“ (in dieser Arbeit auch als „Somatisierung“ bezeichnet) wird aus den Punktwerte der 13 Items des somatoformen Moduls sowie zwei Items des Depressivitätsmoduls (Schlafstörungen und Müdigkeit/Energielosigkeit) berechnet. Dabei werden für jedes Item jeweils 0 bis 2 Punkte („Nicht beeinträchtigt“, „Wenig beeinträchtigt“ und „Stark Beeinträchtigt“) vergeben, der Skalensummenwert variiert somit zwischen 0 und 30. Die Diagnose Somatisches Syndrom liegt vor, wenn sich der Patient von mindestens 3 der 15 Items als „Stark beeinträchtigt“ erlebt bzw. entsprechend „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „Beinahe jeden Tag“ bei den zwei Items des Depressivitätsmoduls wählt.

4.2.3 Illness Perception Questionnaire (IPQ)

Der Illness Perception Questionnaire (IPQ) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen bestehend aus 64 Items auf acht Skalen und erfasst die subjektiven Krankheitsannahmen der Patienten, also die individuellen Annahmen und Vorstellungen zu Symptomen, Störungen und Krankheiten. Der IPQ wurde von Weinmann und Kollegen (1996) entwickelt, eine modifizierte Version (IPQ-R) existiert seit 2002 (Moss-Morris et al., 2002). Der IPQ wurde ins Deutsche übersetzt und validiert, außerdem existiert eine deutsche Kurzform des IPQ-R, die in dieser Studie Verwendung fand. In dieser Version werden die Skalen Zeitverlauf (akut oder chronisch), Konsequenzen, Persönliche Kontrolle, Kohärenz, Zyklisches Auftreten und Emotionale Repräsentation jeweils mit 3 Aussagen abgefragt, auf die der Patient auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „stimmt überhaupt nicht“ (1 Punkt) bis „stimmt voll und ganz“ (5 Punkte) antworten soll. Für die einzelnen Skalen wird dann jeweils der Mittelwert der 3 Items bestimmt, wobei einzelne Items negativ gepolt sind und vorher entsprechend rekodiert werden müssen.

Die Subskala „Zeitverlauf“ gibt Auskunft über die Dauer, die der Patient für den Verlauf seiner Krankheit annimmt. Dabei bedeutet ein hoher Wert, dass der Patient einen langfristigen, chronischen Verlauf vermutet.

Die Subskala „Konsequenzen“ untersucht die Vorstellungen über Folgen und Auswirkungen der Erkrankung z.B. auf das Leben und das soziale Umfeld des Patienten. Eine hohe Punktzahl zeigt, dass der Patient von einem großen Einfluss überzeugt ist.

Die Einschätzung der Beeinflussbarkeit der Krankheit wird durch die Subskala „Persönliche Kontrolle“ abgefragt. Ein hoher Wert bedeutet, dass der Patient denkt, den Krankheitsverlauf aktiv beeinflussen zu können.

Die Subskala „Kohärenz“ erfasst das Verständnis des Patienten für seine Krankheit. Hohe Werte zeigen hier, dass der Patient ein gutes Verständnis für seine Krankheit hat und als Symptome als zusammenhängend und schlüssig wahrnimmt.

Ob der Patient zeitliche Muster im Verlauf der Erkrankung wahrnimmt, wird in der Subskala „Zyklisches Auftreten“ erfragt. Eine hohe Punktzahl bedeutet, dass der Verlauf als phasenhaft-wiederkehrend, nicht als gleichförmig-anhaltend wahrgenommen wird.

Mit der Subskala „Emotionale Repräsentation“ wird erfragt, ob durch die Krankheit negative Emotionen wie Angst, Niedergeschlagenheit und Beunruhigung beim Patienten ausgelöst werden. Dies ist bei hohen Werten der Fall.

Zusätzlich wird der Patient gebeten, die drei seiner Meinung nach wichtigsten Ursachen seiner Krankheit in Form einer Freitextangabe mitzuteilen.

<p><i>KRANKHEITSURSACHEN</i></p> <p><i>Bitte geben Sie uns zuletzt noch an, welche drei Faktoren Ihrer Meinung nach am meisten verantwortlich für Ihre Krankheit sind.</i></p> <p><i>Die wichtigsten Ursachen meiner Krankheit sind:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1.2.3.

Abbildung 1 Ausschnitt aus dem IPQ-Fragebogen zur Erfassung der Freitextangabe

4.3 Beschreibung der Patienten-Angaben

Da die Patienten keine Vorgaben hatten, wie die Freitextangabe ausgefüllt werden sollte, fielen die Eintragungen entsprechend sehr unterschiedlich aus. Von einigen Patienten wurden diese Felder gar nicht ausgefüllt, teilweise wurde nur eine Ursache genannt, oft aber auch zwei oder mehr. Viele Patienten machten eher stichpunktartige Angaben, teilweise wurden aber auch ein bis mehrere Sätze geschrieben. Oft wurde nur

ein einzelnes Wort angegeben wie „Arthrose“ oder „Stress“, einige Patienten führten genauere Erläuterungen (z.B. „Schwere körperliche Arbeiten ab dem 10. Lebensjahr, deshalb Gelenkverschleiß an etlichen Gelenken“) an.

4.4 Kategorienbildung

4.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Die von den Patienten vor, unmittelbar nach und neun Monaten nach Therapie gemachten Freitextangaben wurden inhaltlich analysiert und in Kategorien geordnet. Dies erfolgte in Anlehnung an die von Mayring vorgeschlagene Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse, vom Autor bevorzugt bezeichnet als „qualitativ orientierte kategoriengeleitete Textanalyse“ im Sinne einer induktiven Kategorienentwicklung, d.h. die Kategorien wurden aus dem Material heraus entwickelt und in einem zweiten Schritt durch Gruppierung der Kategorien theoriegeleitet Hauptkategorien gebildet (Mayring, 2010, 2015). Die Aussagen wurden mehrfach gelesen, um wiederkehrende Muster zu erkennen und einen differenzierten Überblick über die Vielfalt der Aussagen zu gewinnen. 20 verschiedene Kategorien entstanden während dieser Analyse und wurden so gewählt, dass sie möglichst alle gemachten Angaben sinnvoll abdecken. In einem zweiten Schritt wurden diese Kategorien fünf übergeordneten Kategorien zugeordnet. Im Folgenden werden die 20 Unterkategorien zusammen mit Beispielen für konkrete Angaben von Patienten bzw. Erläuterungen zur Kategorienbildung dargestellt. Um die Lesbarkeit zu erleichtern, sind die Unterkategorien hier bereits entsprechend der übergeordneten Kategorien sortiert.

Kategorie „Bio“

Nerven	<ul style="list-style-type: none"> – „neurologisch (bestimmte Nervenstränge)“ – „verletzte Nerven im LWS Bereich“ – „Neuritis evtl.“
Muskeln	<ul style="list-style-type: none"> – „Extreme Muskelverspannungen“ – „Schwache Muskulatur“ – „muskuläre Dysbalancen, Muskelschwäche, Folgeschäden durch Fehl- und Nichtbelastungen“
Sonstige muskuloskelettale Ursachen	<ul style="list-style-type: none"> – „Probleme mit LWS und HWS“ – „Verschlissenes Skelett“; „Wirbelsäulenschaden“ – „Starke Skoliose, Gelenkschmerzen, Osteoporose“

Sonstige körperliche Ursachen	<ul style="list-style-type: none"> – „Probleme mit LWS und HWS“ – „Verschlissenes Skelett“ – „Wirbelsäulenschaden“ – „Starke Skoliose, Gelenkschmerzen, Osteoporose“
Infektion	<ul style="list-style-type: none"> – Konkrete Krankheiten wie „Borreliose“ oder „Pfeifferisches Drüsenfieber“ – Allgemeine Angaben wie „Infekt“ oder „Virusinfektion“
Unfall	<ul style="list-style-type: none"> – „Inlineskater-Unfall“ – „Verkehrsunfall“ – „Treppensturz“ – „Schädelhirntrauma“
Genetik	<ul style="list-style-type: none"> – „Schlechtes Erbgut“ – „evtl. genetische Komponente“ – „angeborene Fehlstellung“
Äußere Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> – „Wetterwechsel“ – „Extreme Kälte und Hitze“ – „die dunkle Zeit“ – Beinhaltet auch Angaben z.B. zum Wetter oder zur Jahreszeit
Fibromyalgie	<ul style="list-style-type: none"> – „Fibromyalgie“ wurde von vielen Patient konkret als Ursache angegeben. – Da es sich hierbei um eine Erkrankung aus dem Kreis der somatoformen Störungen handelt, wurde diese Angabe hier zunächst als eine einzelne Gruppe kategorisiert.

Tabelle 1 Beispiele und Erläuterungen zur Kategorie „Bio“

Kategorie „Psyche“

Depression	– Es wurden alle Angaben, die konkret „Depression“ nannten hier zugeordnet.
Sonstige psychische Ursachen	<ul style="list-style-type: none"> – Die Kategorie umfasst Angaben, die psychische oder seelische Ursachen beinhalten. – „Seelische Belastung“ – „Psyche“ – „Innere Unruhe“ – „Zwänge und Angst“ – „Anspannung, ungelöste Probleme“.

Tabelle 2 Beispiele und Erläuterungen zur Kategorie „Psyche“

Kategorie „Sozial“

Stress	– beinhaltet diejenigen Angaben, die lediglich den Ausdruck „Stress“ ohne genauere Beschreibung beinhalten.
Beziehungen	– Angaben, welche andere Menschen oder die Interaktion mit Menschen benennen, wurden in der Kategorie „Beziehungen“ zusammengefasst. – „Eheprobleme“ – „Mobbing“
Lebenssituation	– Angaben zur finanziellen Situation, Beruf, Haushalt und Arbeitsplatz bilden die Kategorie „Lebenssituation“.
Lebensstil	– Angaben zu Übergewicht, Bewegungsmangel, Ernährung, Rauchen, Schlafprobleme wurden zur Kategorie „Lebensstil“ zusammengefasst.

Tabelle 3 Beispiele und Erläuterungen zur Kategorie „Sozial“

Kategorie „Medizin“

Behandlung	– Diese Kategorie umfasst Angaben zu ärztlicher Behandlung, sowie auch Fehl- oder Nicht-Behandlung, Impfungen, Medikamente und konkrete Nennungen zum Vertrauensverlust zu den Ärzten. – „Die Nichterkennung der Krankheit über 20 Jahre durch unterschiedliche Ärzte“ – „Schlechte OP“ – „Nicht-Erkennen des Krankheitsbildes“ – „FSME-Impfung“ – „Unnütze Odyssee durch Arztpraxen= verlorene Zeit!“ – „jahrelange Einnahme von Ibuprofen, verselbständigter Schmerz“
Operation	– Diese Kategorie beinhaltet Angaben von Operationen ohne Angaben wie „Fehlbehandlung“ „schlechte OP“.

Tabelle 4 Beispiele und Erläuterungen zur Kategorie „Medizin“

Kategorie „Sonstige“

Weiß nicht	– Einige Patienten haben konkret angegeben, dass sie nicht wissen, was Gründe für ihre Erkrankung sind. – „keine Idee“ – „weiß ich nicht“ – „unbekannt“
-------------------	--

Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> – Teilweise gaben Patienten Schmerzen oder Schmerzen von bestimmten Körperteilen an. – Da hieraus keine dezidierte Ursache erkennbar ist, wurden diese Angaben der Kategorie „Schmerz“ zugeordnet. – Zu bedenken ist hierbei auch, dass alle in die Studie eingeschlossenen Patienten unter chronischen Schmerzen litten.
Nicht zugeordnet	<ul style="list-style-type: none"> – Wenn Angaben keiner der genannten Kategorien zugeordnet werden konnten, weil keine Ursachenüberzeugung abgeleitet werden konnten, finden sie sich in dieser Kategorie. – „Chronifizierung“ – „schlechter Allgemeinzustand“ – „eigenes Fehlverhalten“

Tabelle 5 Beispiele und Erläuterungen zur Kategorie „Sonstige“

4.4.2 Umgang mit mehreren Ursachen in einem Textfeld

Teilweise machten die Patienten in einem Textfeld Angaben, die mehrere Ursachenüberzeugungen darstellen und zu unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden müssen. Dem wurde begegnet, indem eine solche Aussage als zwei individuelle Aussagen gewertet und den passenden Kategorien entsprechend zugeordnet wurden. Beispielfhaft wurde die Aussage „Emotionaler sowie körperlicher Dauerstress“ zum einen der Kategorie „sonstige psychische Ursachen“ und zum anderen der Kategorie „sonstige körperliche Ursachen“ zugeordnet. Die Aussage „Körperliche Belastung und Stress“ wurde sowohl in die Kategorie „Sonstige körperliche Ursachen“ als auch in die Kategorie „Stress“ eingeteilt. Eine Patientin machte die Angabe „Unfall/Gebärmutter-Entfernung“, was gewertet wurde in den Kategorien „Unfall“ und „Operation“.

4.4.3 Beschreibung der zusammengefassten Kategorien

Nach der Zuteilung der Patientenangaben zu den entsprechenden Unterkategorien, wurden diese zu fünf übergeordneten Kategorien zugeordnet. Die Überkategorien wurden angelehnt an das Konzept des biopsychosozialen Modells gebildet. Es wurden in der Kategorie „Bio“ organische Ursachen wie z.B. konkrete organische Erkrankungen, Degeneration, Infektion, Unfall, Genetik; in der Kategorie „Psyche“ psychische Ursachen wie z.B. Belastung, Ärger, Erschöpfung, Depression; in der Kategorie „Sozial“ Angaben

in Bezug auf Beziehungen, Lebenssituation, Lebensstil; in der Kategorie „Medizin“ Angaben zu z.B. (fehlerhafter) Behandlung, Operationen, Medikamenten, Impfungen eingeordnet. In der Kategorie „Sonstige“ wurden Angaben ohne zuordenbare Gründe (z.B. „Schmerz“, „weiß nicht“) zusammengefasst. Die Kategorie „Medizin“ wurde hier als eine eigene übergeordnete Kategorie gewählt, da hier von den Patienten viele ähnliche Angaben gemacht wurden und die Problematik der „Beziehungsstörung im Medizinsystem“ dadurch deutlich wird.

4.5 Statistische Methoden

Für die Dateneingabe und Darstellung der Angaben zur Ursachenüberzeugung wurde das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel verwendet. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) Version 23. Zur Beschreibung der Stichprobenmerkmale wurden Häufigkeiten und Mittelwerte bestimmt. Kategoriale Veränderungen wurden mit Kreuztabellen dargestellt, für welche gegebenenfalls Chi-Quadrat-Tests durchgeführt wurden. Mittelwertgleichheit für unabhängige Stichproben wurde mit t-tests überprüft. Effektstärken wurden nach der Formel von Hedges' g bestimmt, um für unterschiedliche Stichprobengrößen zu korrigieren.

5 Ergebnisse

5.1 Soziodemographie der Stichprobe

Die Teilnehmer (N=146) mit Angaben zur Ursachenüberzeugung zu Studienbeginn und beim 9-Monate-Follow-up sind Gegenstand der nachfolgenden Analyse. Zunächst sind die wichtigsten soziodemographischen Daten der Patienten dieser Stichprobe zu Studienbeginn dargestellt. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Therapiearmen (auf die Angabe von p-Werten wird verzichtet).

	Gesamt (n=146)	PIT (n=77)	EMC (n=69)
Alter, mean (SD)	48,03 (11,9)	47,44 (11,4)	48,68 (12,5)
Weiblich	96 (65,8%)	49 (63,6%)	47 (68,1%)
Bildung			
< 10 Jahre	52 (35,6%)	30 (39%)	22 (31,9%)
10-12 Jahre	59 (40,4%)	30 (39%)	29 (42%)
13+ Jahre	35 (24%)	17 (22,1%)	18 (26,1%)
Fester Partner	89 (61%)	47 (61%)	42 (60,9%)
Beschäftigungsstatus			
Voll/Teilzeit	53 (36,3%)	26 (33,8%)	27 (39,1%)
Rente	33 (22,6%)	21 (27,3%)	12 (17,4%)
Sonstige	60 (41,1%)	30 (39%)	30 (43,5%)

Tabelle 6 Soziodemographische Daten der Patienten dieser Stichprobe

Zu Beginn der Studie waren die 146 betrachteten Patienten durchschnittlich 48 Jahre alt, der jüngste Patient war 18 Jahre, der älteste Patient 77 Jahre alt. Etwa zwei Drittel der Patienten waren weiblich, 61% gaben an, einen festen Partner zu haben. Insgesamt 52 Patienten hatten eine Schulbildung von weniger als zehn Jahren, 59 besuchten zwischen zehn und zwölf Jahre, 35 Patienten 13 oder mehr Jahre lang eine Schule. Aktuell berufstätig in Voll- oder Teilzeit waren 53 Patienten, 33 waren berentet. Von den 60 Patienten mit sonstigem Beschäftigungsstatus waren 26 arbeitslos, 18 Hausfrau bzw. Hausmann bzw. nicht berufstätig, sieben befanden sich noch in Ausbildung, neun gaben eine sonstige berufliche Tätigkeit an.

5.2 Fragestellung 1: Welche Ursachenüberzeugungen haben die Patienten zu Studienbeginn und nach der Therapie (9-Monate-Follow-up)?

Die kategorisierten Angaben der Patienten zur Ursachenüberzeugung zu Studienbeginn und beim 9-Monate-Follow-up sind in dieser Tabelle gegenübergestellt. Es sind Mehrfachnennungen eines Patienten in verschiedenen Kategorien möglich.

Ursachenkategorie	Studienbeginn min. 1 Angabe	9-Monate-Follow-up min. 1 Angabe
Bio	100 (68,5%)	92 (63,0%)
Psyche	47 (32,2%)	53 (36,3%)
Sozial	60 (41,1%)	63 (43,2%)
Medizin	35 (24,0%)	30 (20,5%)
Sonstige	34 (23,3%)	31 (21,2%)

Tabelle 7 Angaben zur Ursachenüberzeugung zu Studienbeginn und beim 9-Monate-Follow-up, N=146

Patienten begründeten ihre Beschwerden initial vor allem mit organischen Ursachen wie z.B. konkrete organische Erkrankungen, muskuloskelettale Ursachen, Probleme mit Nerven, Degeneration, Infektionen, Unfälle oder genetische Gründe. Diese Ursachen sind in der Kategorie „Bio“ zusammengefasst und es wurde zu Studienbeginn von etwa zwei Drittel der Patienten (100 von 146) mindestens einen Grund dieser Kategorie genannt. Angaben in der Kategorie „Psyche“, also Begründungen wie Belastung, Ärger, Erschöpfung, Depression und sonstige psychische und seelische Ursachen, machten etwa ein Drittel der Patienten (47 von 146) zu Beginn.

Am zweithäufigsten (60 von 146) wurden Ursachen der Kategorie „Sozial“ angegeben, also Ursachenüberzeugungen in Bezug auf Beziehungen, Lebenssituation und Lebensstil. Etwa gleich häufig waren Angaben der Kategorien „Medizin“ (35 von 146) und „Sonstige“ (34 von 146). Die Kategorie „Medizin“ fasst Ursachenüberzeugungen z.B. zu (fehlerhafter) Behandlung, Operationen, Medikamenten und Impfungen zusammen, während „Sonstige“ Angaben ohne zuordenbare Gründe (z.B. „Schmerz“, „weiß nicht“) bedeutet.

Beim 9-Monate-Follow-up zeigten sich ähnliche Häufigkeiten der Nennungen in den einzelnen Kategorien. Organische Ursachen stellten auch hier die am häufigsten (92 von 146) und soziale Ursachen die am zweithäufigsten (63 von 146) genannten Kategorien

dar. Mindestens eine Angabe der Kategorie „Psyche“ machten 53 der 146 Patienten. Am seltensten genannt wurden auch hier die Kategorien „Medizin“ (30 von 146) und „Sonstige“ (31 von 146).

5.3 Fragestellung 2: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ursachenüberzeugungen und der klinischen Präsentation oder der Soziodemographie zu Studienbeginn?

Es wurde untersucht, ob es bei den zu Studienbeginn gemachten Angaben einen Zusammenhang zwischen der Soziodemographie der Patienten (Alter, Geschlecht, Anzahl der Kinder und Schulbildung) bzw. der klinischen Präsentation (körperliche und psychische Lebensqualität, Somatisierung und Depressivität) und den kategorisierten Ursachenüberzeugungen gibt.

		Keine Angabe zu Studienbeginn mean (SD)	Min. 1 Angabe zu Studienbeginn mean (SD)	Signifikanz
Bio	Alter	46,8 (12,8)	48,8 (10,9)	0,235
	Körperliche Lebensqualität (KSK)	29,9 (6,9)	28,9 (6,5)	0,295
	Psychische Lebensqualität (PSK)	36,0 (13,2)	36,4 (12,1)	0,854
	Somatisierung (PHQ)	14,8 (5,4)	15,3 (4,7)	0,502
	Depressivität (PHQ)	12,2 (5,9)	13,0 (5,5)	0,385
Psyche	Alter	47,9 (12,1)	48,3 (10,7)	0,815
	Körperliche Lebensqualität (KSK)	29,1 (7,0)	29,5 (5,7)	0,720
	Psychische Lebensqualität (PSK)	38,3 (13,0)	31,4 (9,5)	0,000
	Somatisierung (PHQ)	14,5 (4,9)	16,4 (4,8)	0,012
	Depressivität (PHQ)	12,1 (5,6)	14,1 (5,8)	0,024
Sozial	Alter	48,9 (12,1)	46,5 (10,8)	0,151
	Körperliche Lebensqualität (KSK)	28,6 (6,9)	30,3 (6,1)	0,087
	Psychische Lebensqualität (PSK)	37,5 (13,1)	34,1 (11,2)	0,064
	Somatisierung (PHQ)	14,6 (5,1)	15,9 (4,6)	0,084
	Depressivität (PHQ)	12,3 (6,0)	13,3 (5,1)	0,257

Medizin	Alter	48,1 (11,7)	47,7 (11,8)	0,859
	Körperliche Lebensqualität (KSK)	29,7 (6,7)	27,7 (6,2)	0,083
	Psychische Lebensqualität (PSK)	36,6 (12,4)	34,9 (12,7)	0,407
	Somatisierung (PHQ)	14,7 (4,8)	16,3 (5,5)	0,063
	Depressivität (PHQ)	12,3 (5,3)	14,1 (6,6)	0,055
Sonstige	Alter	48,0 (11,4)	48,1 (12,7)	0,969
	Körperliche Lebensqualität (KSK)	29,6 (6,5)	28,0 (7,2)	0,166
	Psychische Lebensqualität (PSK)	36,1 (12,4)	37,0 (12,9)	0,673
	Somatisierung (PHQ)	14,9 (4,7)	15,7 (6,0)	0,383
	Depressivität (PHQ)	12,5 (5,6)	13,3 (6,0)	0,403

Tabelle 8 Soziodemographie und klinische Präsentation zu Studienbeginn in Abhängigkeit von Ursachenüberzeugungen ($p < 0.10$: grau hinterlegt (tendenziell signifikant); $p < 0.05$: fett gedruckt)

Das Durchschnittsalter der Patienten ist vergleichbar, unabhängig von den gemachten Angaben zu Ursachenüberzeugungen. Für die Lebensqualität sowie die Somatisierung und Depressivität lassen sich einzelne Unterschiede in Abhängigkeit von den Angaben zur Ursachenüberzeugung feststellen.

Patienten, die einen Grund der Kategorie „Psyche“ angaben, hatten im Mittel signifikant niedrigere Werte der Psychischen Summenskala des SF-36, also eine schlechtere psychische Lebensqualität, als die Patienten, die hier keine Angabe machten. Ebenfalls zeigten diese Patienten eine signifikant stärkere Somatisierung und Depressivität. Patienten, die eine Angabe aus der Kategorie „Sozial“ machten, hatten eine tendenziell schlechtere psychische Lebensqualität, während die körperliche Lebensqualität bei diesen Patienten eher besser war. Außerdem zeigten diese Patienten eine tendenziell stärker ausgeprägte Somatisierung. Es fand sich hier kein Einfluss auf die Depressivität. Bei Angaben aus der Kategorie „Medizin“ zeigte sich eine tendenziell signifikante, schlechtere körperliche Lebensqualität sowie höhere Werte für Somatisierung und Depressivität. Keines dieser Ergebnisse lässt sich mit einem nennenswerten oder gar signifikanten Altersunterschied in Verbindung bringen. In Bezug auf Geschlecht, Anzahl der Kinder und Schulbildung fanden sich ebenfalls keine wesentlichen Unterschiede in Abhängigkeit von den von Patienten genannten Ursachenüberzeugungen. Auf eine tabellarische Darstellung dieser Variablen wurde aus diesem Grund verzichtet.

5.4 Fragestellung 3: Ändern sich die Ursachenüberzeugungen der Patienten im Verlauf der Behandlung (vor Studienbeginn zu 9-Monate-Follow-up)?

Es wurde untersucht, ob sich die von Patienten gemachten Angaben zu Ursachenüberzeugungen beim 9-Monate-Follow-up von den Angaben zu Studienbeginn unterscheiden. Ein Patient kann dabei für jede der fünf Ursachenkategorien jeweils genau einer Untergruppe zugeordnet werden. Bei zwei Untergruppen hat sich keine Änderung ergeben, weil entweder eine Ursache der gleichen Kategorie sowohl zu Studienbeginn als auch beim 9-Monate-Follow-up genannt wurde („Stets genannt“) oder zu beiden Zeitpunkten keine Ursache dieser Kategorie genannt wurde („Nie genannt“). Fand eine Änderung der Ursachenangaben statt, wurde eine Ursache der Kategorie entweder zum 9-Monate-Follow-up neu genannt oder sie wurde zu Studienbeginn zwar genannt, beim 9-Monate-Follow-up aber nicht mehr.

Ursachenkategorie	Nie genannt	Neu genannt	Nicht mehr genannt	Stets genannt
Bio	33 (22,6%)	13 (8,9%)	21 (14,4%)	79 (54,1%)
Psyche	73 (50,0%)	26 (17,8%)	20 (13,7%)	27 (18,5%)
Sozial	64 (43,8%)	22 (15,1%)	19 (13,0%)	41 (28,1%)
Medizin	101 (69,2%)	10 (6,8%)	15 (10,3%)	20 (13,7%)
Sonstige	96 (65,8%)	16 (11,0%)	19 (13,0%)	15 (10,3%)

Tabelle 9 Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up (Für eine grafische Darstellung der Daten aus Tabelle 4 siehe Anhang)

Insgesamt lässt sich beobachten, dass der Großteil der Patienten (68,5% bis 82,9%) die Ursachenüberzeugung beibehielt, diese also entweder nie nannten oder stets nannten. Der Anteil der Patienten, die ihre Angabe änderten, liegt zwischen 17,1 % in der Kategorie „Medizin“ und 31,5% in der Kategorie „Psyche“. In den Kategorien „Bio“, „Medizin“ und „Sonstige“ nannten mehr Patienten Ursachen nicht mehr, als Ursachen dieser Kategorien neu genannt wurden. Im Gegensatz dazu wurden in den Kategorien „Psyche“ und „Sozial“ mehr Ursachen neu genannt, als Ursachen nicht mehr genannt wurden. Die größten Änderungen zwischen beiden Zeitpunkten gab es in der Kategorie „Psyche“. Ungefähr ein Drittel der Patienten änderten ihre Angabe bezüglich dieser Kategorie. 26 Patienten, die vor Studienbeginn keine psychische Ursache nannten, gaben beim 9-Monate-Follow-up eine solche an. Dahingegen gaben 20 andere Patienten

beim 9-Monate-Follow-up keine psychische Ursache mehr an, obgleich sie vorher eine solche genannt hatten. Etwas weniger häufig wechselte die Ursachenüberzeugung in der Kategorie „Sozial“: 28% der Patienten änderten ihre Angaben, wobei 19 Patienten beim 9-Monate-Follow-up diese Kategorie nicht mehr und 22 Patienten die Kategorie neu nannten. In den Kategorien „Bio“ und „Sonstige“ änderten ähnlich viele Patienten ihre Meinung (34 bzw. 35 von 146), wobei mehr Patienten die Ursachenüberzeugung nicht mehr nannten (21 bzw. 19) als diese Ursache neu zu nennen (13 bzw. 16).

Zu den wenigsten Änderungen kam es in der Kategorie „Medizin“. 25 Patienten änderten ihre Angabe: 15 glaubten beim 9-Monate-Follow-up nicht mehr an eine Ursache der Kategorie Medizin, 10 Patienten gaben eine solche Ursache neu an.

5.5 Fragestellung 4: Ändern sich die Ursachenüberzeugungen unterschiedlich im Vergleich von Psychodynamisch-Interpersoneller Therapie (PIT) und Kontrollbedingung Enhanced Medical Care (EMC)?

Wie in der zuletzt beschriebenen Fragestellung wurde hier die Änderung der Ursachenüberzeugungen untersucht, allerdings getrennt für die beiden Therapiegruppen. Es wurden nur noch die Patienten betrachtet, bei denen eine Änderung der Angaben zur Ursachenüberzeugung beobachtet werden konnte, Patienten ohne Änderung sind nicht dargestellt. Es wird für beide Gruppen getrennt aufgeführt, wie viele Patienten eine Ursache der Kategorie beim 9-Monate-Follow-up neu nannten bzw. nicht mehr nannten. Außerdem ist die Summe der beiden Untergruppen dargestellt, also wie viele der Patienten insgesamt für die jeweilige Kategorie ihre Ursachenüberzeugung in die eine oder andere Richtung wechselten (Wechselverhalten).

Ursachenkategorie	Neu genannt	Nicht mehr genannt	Wechselverhalten
Bio	7 (9%)	12 (16%)	19 (25%)
Psyche	15 (19%)	10 (13%)	25 (32%)
Sozial	11 (14%)	9 (12%)	20 (26%)
Medizin	7 (9%)	6 (8%)	13 (17%)
Sonstige	6 (8%)	13 (17%)	19 (25%)

Tabelle 10 Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up in der **Psychotherapiegruppe (PIT)**, N=77

Ursachenkategorie	Neu genannt	Nicht mehr genannt	Wechselverhalten
Bio	6 (9%)	9 (13%)	15 (22%)
Psyche	11 (16%)	10 (14%)	21 (30%)
Sozial	11 (16%)	10 (14%)	21 (30%)
Medizin	3 (4%)	9 (13%)	12 (17%)
Sonstige	10 (14%)	6 (9%)	16 (23%)

Tabelle 11 Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up in der **Kontrollgruppe (EMC)**, N=69

Betrachtet man die Änderungen für beide Therapiegruppen getrennt, lässt sich feststellen, dass sich die beiden Gruppen im Wechselverhalten nicht wesentlich unterscheiden. Die Häufigkeiten für das Wechselverhalten in den einzelnen Kategorien in der PIT-Gruppe reichen von 17% bis 32% (13 bis 25 Patienten), in der EMC-Gruppe von 17% bis 30% (12 bis 21 Patienten). Die Häufigkeiten der weggefallenen Ursachen reichen von 8% bis 17% (6 bis 13 Patienten) in der PIT-Gruppe und von 9% bis 14% (6 bis 10 Patienten) in der EMC-Gruppe. Bei den hinzugekommenen Ursachen reichen die Häufigkeiten in der PIT-Gruppe von 8% bis 19% (6 bis 15 Patienten), in der EMC-Gruppe von 4% bis 16% (3 bis 11 Patienten).

Die größten Änderungen sind bei beiden Gruppen in den Kategorien „Psyche“ (32% in der PIT-Gruppe, 30% in der EMC-Gruppe) und „Sozial“ (26% in der PIT-Gruppe, 30% in der EMC-Gruppe) zu beobachten. Etwas geringer fielen die Änderungen in den Kategorien „Bio“ (25% in der PIT-Gruppe, 22% in der EMC-Gruppe) und „Sonstige“ (25% in der PIT-Gruppe, 23% in der EMC-Gruppe) aus. Am geringsten waren sie für die Kategorie „Medizin“ (17% sowohl für PIT als auch EMC).

Ursachen der Kategorie „Bio“ fielen in beiden Therapiegruppen bei mehr Patienten weg (16% in der PIT-Gruppe, 13% in der EMC-Gruppe), als dass sie neu hinzukamen (9% in beiden Gruppen). In der PIT-Gruppe wurde von 15 Patienten eine „Psyche“ Ursache neu genannt (19%), 10 Patienten (13%) nannten eine solche Ursache beim 9-Monate-Follow-up nicht mehr. In der EMC-Gruppe waren es entsprechend je 10 bzw. 11 Patienten (14% bzw. 16%). In der Kategorie „Sozial“ ist die Situation in beiden Therapiegruppen ähnlich: nicht mehr genannt wurden Ursachen dieser Kategorie von 9 bzw. 10 Patienten (12% in der PIT-Gruppe, 14% in der EMC-Gruppe), neu genannt wurden sie von 11 Patienten in

beiden Gruppen, dies entspricht 14% in der PIT-Gruppe und 16% in der EMC-Gruppe. Bezüglich der Kategorie „Medizin“ legten in der EMC-Gruppe anteilig mehr Patienten ihre Angabe ab (13%), während in der PIT-Gruppe ähnlich viele Patienten ihre Angabe ablegten (8%) und neu aufnahmen (9%). Von den zehn Patienten, die eine Ursache der Kategorie „Medizin“ neu nannten, waren sieben in der Psychotherapiegruppe und drei in der Kontrollgruppe. In der PIT-Gruppe fiel bei etwa doppelt so vielen Patienten eine Ursache der Kategorie „Sonstige“ weg (17%), wie sie neu genannt wurde (8%). Im Unterschied dazu wurde in der EMC-Gruppe die Kategorie „Sonstige“ häufiger neu genannt (14%), als dass sie wegfiel (9%).

5.6 Fragestellung 5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ursachenüberzeugungen vor der Therapie und dem Therapieerfolg?

Es wurde untersucht, ob die vor Therapiebeginn gemachten Angaben zur Ursachenüberzeugung mit dem Therapieerfolg, also der Änderung der klinischen Präsentation beim 9-Monate-Follow-up, in Zusammenhang stehen. Dabei wurden beide Therapiegruppen getrennt untersucht und als Parameter der klinischen Präsentation die körperliche und psychische Lebensqualität sowie Somatisierung und Depressivität verwendet. Positive Werte für die Veränderung in diesen Dimensionen stellen Verbesserungen dar. Als statistisches Maß für den Zusammenhang wurde die Effektstärke (Standardisierte Mittelwertsdifferenz, Cohen's d) berechnet.

Effektstärken größer als Null bedeuten, dass die klinische Präsentation sich bei den Patienten, die zu Studienbeginn keine Angabe einer Kategorie machten, mehr verbesserte als bei denjenigen, die bei Therapiebeginn mindestens eine Angabe in derselben Kategorie machten. Effektstärken kleiner als Null bedeuten das Gegenteil, nämlich dass eine Nennung in der entsprechenden Kategorie mit einer größeren Verbesserung einhergeht. In der Tabelle ist je Zeile derjenige Wert fett hervorgehoben, bei dem eine größere Verbesserung zu beobachten war.

Effektstärken mit Betrag zwischen 0,2 und 0,5 lassen sich als kleine, Effektstärken mit Betrag zwischen 0,5 bis 0,8 als mittelstarken Effekt einordnen (Cohen, 1977). Ein mittelstarker Effekt kann als klinisch relevant interpretiert werden (Norman et al., 2004). Kleine und mittelstarke Effekte sind in der Tabelle grau hinterlegt.

	Änderung (9-Monate-Follow-up – Studienbeginn)		Effect Size	Konfidenzintervall Effect Size
	Keine Angabe zu Studienbeginn mean (SD)	Min. 1 Angabe zu Studienbeginn mean (SD)		
Bio	n=21	n=56		
Körperliche Lebensqualität	7,12 (7,51)	5,14 (8,22)	0,24	(-0,26 – 0,75)
Psychische Lebensqualität	5,80 (8,95)	2,68 (14,40)	0,23	(-0,27 – 0,74)
Somatisierung (PHQ)	2,38 (3,06)	2,29 (3,87)	0,03	(-0,48 – 0,53)
Depressivität (PHQ)	3,05 (4,90)	2,34 (5,24)	0,14	(-0,37 – 0,64)
Psyche	n=51	n=26		
Körperliche Lebensqualität	4,90 (8,03)	7,20 (7,96)	-0,28	(-0,76 – 0,19)
Psychische Lebensqualität	2,70 (13,52)	5,17 (12,52)	-0,18	(-0,66 – 0,29)
Somatisierung (PHQ)	1,88 (3,54)	3,15 (3,78)	-0,35	(-0,82 – 0,13)
Depressivität (PHQ)	1,96 (5,33)	3,65 (4,61)	-0,33	(-0,80 – 0,15)
Sozial	n=51	n=26		
Körperliche Lebensqualität	5,74 (8,66)	5,56 (6,79)	0,02	(-0,45 – 0,49)
Psychische Lebensqualität	4,68 (12,52)	1,27 (14,31)	0,26	(-0,22 – 0,73)
Somatisierung (PHQ)	1,96 (3,72)	3,00 (3,48)	-0,28	(-0,76 – 0,19)
Depressivität (PHQ)	2,86 (5,18)	1,88 (5,05)	0,19	(-0,29 – 0,66)
Medizin	n=59	n=18		
Körperliche Lebensqualität	6,13 (8,66)	4,19 (5,45)	0,24	(-0,29 – 0,77)
Psychische Lebensqualität	3,89 (11,82)	2,37 (17,20)	0,11	(-0,41 – 0,64)
Somatisierung (PHQ)	2,69 (3,79)	1,06 (2,90)	0,45	(-0,08 – 0,98)
Depressivität (PHQ)	3,12 (4,97)	0,61 (5,33)	0,49	(-0,04 – 1,02)
Sonstige	n=57	n=20		
Körperliche Lebensqualität	5,92 (7,89)	5,00 (8,60)	0,11	(-0,40 – 0,62)
Psychische Lebensqualität	4,73 (13,81)	0,11 (10,65)	0,35	(-0,16 – 0,86)
Somatisierung (PHQ)	2,54 (3,68)	1,65 (3,56)	0,24	(-0,27 – 0,75)
Depressivität (PHQ)	2,67 (5,13)	2,15 (5,24)	0,10	(-0,41 – 0,61)

Tabelle 12 Änderung der klinischen Präsentation beim 9-Monate-Follow-up in Abhängigkeit von Ursachenüberzeugungen zu Studienbeginn in der Psychotherapiegruppe (PIT)

	Änderung (9-Monate-Follow-up – Studienbeginn)		Effect Size	Konfidenzintervall Effect Size
	Keine Angabe zu Studienbeginn mean (SD)	Min. 1 Angabe zu Studienbeginn mean (SD)		
Bio	n=25	n=44		
Körperliche Lebensqualität	2,45 (7,42)	1,09 (4,97)	0,23	(-0,27 – 0,72)
Psychische Lebensqualität	4,39 (11,53)	2,36 (8,20)	0,21	(-0,28 – 0,70)
Somatisierung (PHQ)	0,72 (5,43)	1,43 (4,02)	-0,15	(-0,64 – 0,34)
Depressivität (PHQ)	0,00 (4,84)	1,77 (5,37)	-0,34	(-0,83 – 0,16)
Psyche	n=48	n=21		
Körperliche Lebensqualität	1,28 (6,04)	2,27 (5,86)	-0,16	(-0,68 – 0,35)
Psychische Lebensqualität	2,40 (9,03)	4,70 (10,58)	-0,24	(-0,75 – 0,28)
Somatisierung (PHQ)	1,33 (4,82)	0,81 (3,96)	0,11	(-0,40 – 0,63)
Depressivität (PHQ)	1,04 (5,24)	1,33 (5,28)	-0,05	(-0,57 – 0,46)
Sozial	n=35	n=34		
Körperliche Lebensqualität	1,78 (6,10)	1,38 (5,90)	0,07	(-0,41 – 0,54)
Psychische Lebensqualität	3,15 (9,01)	3,04 (10,13)	0,01	(-0,46 – 0,48)
Somatisierung (PHQ)	0,94 (5,13)	1,41 (3,94)	-0,10	(-0,57 – 0,37)
Depressivität (PHQ)	0,57 (5,30)	1,71 (5,14)	-0,21	(-0,69 – 0,26)
Medizin	n=52	n=17		
Körperliche Lebensqualität	1,86 (6,00)	0,75 (5,95)	0,18	(-0,37 – 0,73)
Psychische Lebensqualität	3,50 (10,13)	1,86 (7,41)	0,17	(-0,38 – 0,72)
Somatisierung (PHQ)	0,75 (3,90)	2,47 (6,10)	-0,37	(-0,93 – 0,18)
Depressivität (PHQ)	0,37 (4,49)	3,47 (6,60)	-0,60	(-1,16 – -0,05)
Sonstige	n=55	n=14		
Körperliche Lebensqualität	1,60 (5,68)	1,51 (7,19)	0,01	(-0,57 – 0,60)
Psychische Lebensqualität	3,30 (9,47)	2,30 (9,97)	0,10	(-0,48 – 0,69)
Somatisierung (PHQ)	1,16 (4,79)	1,21 (3,60)	-0,01	(-0,60 – 0,58)
Depressivität (PHQ)	1,82 (5,31)	-1,57 (3,94)	0,66	(0,06 – 1,26)

Tabelle 13 Änderung der klinischen Präsentation beim 9-Monate-Follow-up in Abhängigkeit von Ursachenüberzeugungen zu Studienbeginn in der Kontrollgruppe (EMC)

Ganz allgemein betrachtet lässt sich folgendes Muster erkennen: in der Psychotherapiegruppe hatten, mit Ausnahme von Patienten mit psychischen Ursachennennungen, diejenigen Patienten einen insgesamt besseren Therapieerfolg, die keine Ursachennennung zu Studienbeginn gemacht hatten. In der EMC-Gruppe ist ein solches Muster nicht zu beobachten.

Patienten, die vor der Therapie eine organische Ursache angaben, profitierten weniger von einer Therapie bezüglich ihrer körperlichen Lebensqualität. Dies trifft auf beide Therapiegruppen mit ähnlicher Effektstärke (0,24 bzw. 0,23) zu. Dies gilt auch in Bezug auf die psychische Lebensqualität, denn Patienten, die eine organische Ursachenangabe machten, profitierten auch hier weniger von einer Therapie (0,23 bzw. 0,21). Entgegengesetzt zu dem geringeren Therapieerfolg bei körperlicher und psychischer Lebensqualität, zeigten die Patienten der EMC-Gruppe, die vor der Therapie eine organische Ursache nannten, bei Depressions- und Somatisierungsscore eine Verbesserung gegenüber den Patienten, die keine organische Ursache nannten (-0,34 für Depressivität, -0,15 für Somatisierung). Bei Patienten in der PIT-Gruppe, welche keine organische Ursache berichteten, verbesserte sich der Depressionsscore mehr (0,14) als bei solchen, die eine Ursache dieser Kategorie berichteten.

Bei Patienten, die vor der Therapie wenigstens eine Ursache aus dem Bereich „Psyche“ angaben, zeigte sich eine größere Verbesserung der körperlichen Lebensqualität. Dieser Effekt war in der PIT-Gruppe ausgeprägter (-0,28) als in der Kontrollbedingung EMC (-0,16). Wurde eine psychische Ursache genannt, zeigte sich auch ein größerer Therapieerfolg bei der psychischen Lebensqualität in beiden Gruppen mit ähnlicher Effektstärke (-0,18 bzw. -0,24). In der Psychotherapie-Gruppe verbesserten sich diejenigen Patienten mehr bezüglich Depressivität und Somatisierung, die vor der Therapie eine Ursache der psychischen Kategorie angaben. Dieser Effekt ist für beide Bereiche ähnlich groß (-0,33 bzw. -0,35).

Eine Angabe aus der Kategorie „Sozial“ wirkte sich in beiden Gruppen nicht auf den Therapieerfolg der körperlichen Lebensqualität aus (0,02 bzw. 0,07). Anders als bei der körperlichen Lebensqualität zeigte sich bei Patienten der PIT-Gruppe ein Unterschied im Therapieerfolg bezüglich der psychischen Lebensqualität, wenn eine Ursache der Kategorie „Sozial“ angegeben wurde. Patienten, die keinen solchen Grund angaben, profitierten dabei stärker von der Therapie (0,26). In der EMC-Gruppe lässt sich dieser Effekt nicht finden (0,01).

Diejenigen Patienten, die eine Krankheitsursache aus dem Bereich „Medizin“ nannten, profitierten weniger (0,24) bzgl. ihrer körperlichen Lebensqualität. Sowohl in der PIT- als auch in der EMC-Gruppe lässt sich nur ein sehr geringer Effekt auf die psychische Lebensqualität durch eine Angabe der Kategorie „Medizin“ feststellen (0,11 bzw. 0,17). Es zeigt sich ein positiver Effekt bzgl. Depressivität (0,49) und Somatisierung (0,45), wenn Patienten der PIT-Gruppe keine Ursache der Kategorie „Medizin“ angaben.

Für Patienten der EMC-Gruppe zeigt sich ein ebenfalls mittelstarker Effekt im Bereich Depressivität, allerdings entgegengesetzt gerichtet: Hier zeigten die Patienten, die eine Ursache der Kategorie „Medizin“ angaben, im Mittel eine größere Verbesserung (-0,60). Auch für Somatisierung ist der Effekt in diese Richtung gelagert, die Effektstärke jedoch geringer (-0,37).

Bei den 20 Patienten der PIT-Gruppe, die eine Nennung der Kategorie „Sonstige“ machten, zeigte sich eine geringere Verbesserung der psychischen Lebensqualität (0,35). Bei den Patienten der EMC-Gruppe zeigte sich ein solcher Unterschied zwischen den Patienten nicht (0,10). Die einzige Untergruppe, für die sich im Vergleich zum Ausgangszeitpunkt keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung zeigte, waren die Patienten der EMC-Gruppe, die eine Angabe in der Kategorie „Sonstige“ machten. Bei ihnen zeigte sich eine Verschlechterung des Depressivitätswert (0,66), während eine Nennung in dieser Kategorie nicht mit einem Unterschied im Somatisierungswert assoziiert war (-0,01).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Patienten, die initial eine Angabe der Kategorie „Psyche“ machten, bzgl. ihrer subjektiven Lebensqualität (körperlich wie psychisch) von einer Therapie mehr profitierten als diejenigen Patienten, die keine Angabe dieser Kategorie machten. Wenn diese Patienten der PIT-Gruppe zugeteilt waren, profitierten sie außerdem bzgl. Depressivität und Somatisierung. Durch die EMC-Intervention lässt sich für diese beiden Faktoren keinen Einfluss zeigen. Allerdings führte bei Patienten, die eine Angabe der Kategorie „Bio“ machten, die EMC-Intervention zu einer Verbesserung der Faktoren Depressivität und Somatisierung, während hierbei für die PIT-Intervention keine Verbesserung festzustellen war.

Umgekehrte Effekte für die beiden Therapiegruppen zeigten sich auch bei Patienten, die eine Angabe der Kategorie „Medizin“ machten. Während sich der Effekt auf die Lebensqualität in beiden Therapiegruppen nicht unterschied, profitierten in der PIT-Gruppe diejenigen Patienten, die keine Angabe der Kategorie „Medizin“ machten,

stärker bzgl. Depressivität- und Somatisierung und in der EMC-Gruppe diejenigen, die eine Angabe in dieser Kategorie machten.

6 Diskussion

6.1 Einleitung

In der vorliegenden Arbeit wurde eine qualitative Inhaltsanalyse der im Rahmen einer Psychotherapiestudie erhobenen Freitextfragen zu Ursachenüberzeugungen von Patienten mit multisomatoformer Störung durchgeführt. Nach der Kategorisierung der Ursachen wurde der Zusammenhang zwischen Ursachenüberzeugung und klinischer Präsentation sowie die Änderung der Ursachenüberzeugung im Therapieverlauf und deren Einfluss auf den Therapieerfolg untersucht.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

6.2.1 Fragestellung 1: Welche Ursachenüberzeugungen haben die Patienten zu Studienbeginn und nach der Therapie (9-Monate-Follow-up)?

Die Ursachenvorstellungen von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden wurden in den letzten Jahren vermehrt untersucht. Qualitative Forschungsmethoden kamen dabei aber nur selten zum Einsatz. Was sich mit den vorliegenden Studien in den letzten Jahren zeigte, ist, dass ein früher angenommenes rein körperliches Krankheitsverständnis dieser Patienten nicht vorliegt. Die Studien kommen recht einheitlich zu dem Ergebnis, dass, auch wenn bei dieser Patientengruppe häufig ein Überwiegen der somatischen Krankheitsursachen gefunden wird, doch von einem Großteil der Patienten auch psychosoziale Krankheitsursachen angegeben werden (Frosthalm et al., 2015; Groben & Hausteiner, 2011; Martin et al., 2007; Rief et al., 2004; Schröter et al., 2004).

Die Ergebnisse unserer Arbeit decken sich mit dieser Studienlage. Etwa zwei Drittel der Patienten hatten zu Studienbeginn körperliche, etwa 40% „soziale“ und etwa ein Drittel psychische Ursachenvorstellungen. Da in unserer Untersuchung Mehrfachnennungen möglich waren, konnten wir zeigen, dass neben körperlichen Ursachen bei vielen Patienten auch andere Ursachenüberzeugungen eine Rolle spielen. Die Dichotomie aus „rein körperlich“ und „rein psychisch“ scheint in der Realität der meisten Patienten vielmehr ein „sowohl als auch“ zu sein. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass man heute nicht mehr von einem rein körperlichen Krankheitsverständnis ausgehen sollte.

Wenn bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden gleichzeitig eine Depression oder Angststörung vorliegt, spielen psychische und soziale Ursachenvorstellungen eine große Rolle (Frosthalm et al., 2015; Henningsen et al., 2005; Rief et al., 2004). Diese Beobachtung kann auch auf die Ergebnisse unserer Untersuchung Einfluss gehabt haben (siehe Fragestellung 2).

Die Relevanz von psychosozialen Ursachen wird außerdem durch diejenigen Arbeiten, die als Methode ebenfalls qualitative Erhebungsmethoden nutzen, gestützt: Hiller et al. (2010) fanden, dass mentale/emotionale Probleme als häufigste Ursache und somatische Erkrankungen als zweithäufigste Ursache für die Symptome von Patienten mit somatoformen Störungen angegeben wurden. In einer kleinen qualitativen Untersuchung (N=20) zu Krankheitserfahrungen von Patienten mit MUS, durchgeführt von Sowinska and Czachowski (2018), lag der Fokus der Patienten beim Erklären ihrer Symptome sogar stärker auf psychologischen und sozialen Ursachen als auf somatischen.

6.2.2 Fragestellung 2: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ursachenüberzeugungen und der klinischen Präsentation oder der Soziodemographie zu Studienbeginn?

Insgesamt zeigten sich in unserer Untersuchung keine Zusammenhänge zwischen der Soziodemographie und den Ursachenüberzeugungen. Es zeigten sich einzelne Zusammenhänge zwischen den Ursachenüberzeugungen und der klinischen Präsentation zu Studienbeginn. Wir konnten keinen Zusammenhang zwischen einer organischen Ursachenüberzeugung und der klinischen Präsentation feststellen. In der Literatur zeigt sich allerdings, dass bei vielen Untersuchungen ein solcher Zusammenhang bestand: Henningsen et al. (2005) stellten fest, dass Patienten mit überwiegend organischen Ursachenüberzeugungen in ihrer körperlichen Lebensqualität stärker eingeschränkt sind als Patienten mit vor allem psychosozialen Ursachenüberzeugungen. Bei Riedl et al. (2009) zeigte sich ebenfalls eine reduzierte körperliche Lebensqualität sowie größere Symptomschwere bei jenen Patienten, die vor allem somatische Krankheitserklärungen hatten. In der Untersuchung von Hiller et al. (2010) gingen somatische Attributionen mit geringerer Depressivität einher. Bei Martin et al. (2007) zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Beschwerdeintensität und

somatischen Attributionen, jedoch fanden sie einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl somatoformer Symptome und mehr somatischen Attributionen.

Auch der Einfluss von psychischen bzw. psychosozialen Ursachenüberzeugungen wurde untersucht. In unserer Analyse zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer psychischen Ursachenüberzeugung und einer schlechteren psychischen Lebensqualität sowie stärkerer Somatisierung und stärkerer Depressivität. Konträr dazu fanden z.B. Henningsen et al. (2005) keinen signifikanten Unterschied bzgl. der psychischen Lebensqualität zwischen den Patienten mit überwiegend organischen bzw. psychosozialen Ursachenüberzeugungen. Dennoch zeigen sich unsere Ergebnisse durch mehrere andere Studien bestätigt. Schneider et al. (1999) fanden einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Ursachenzuschreibungen und stärker ausgeprägten psychischen Symptomen (Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst, Aggressivität, Paranoides Denken, Psychotizismus), jedoch mit Ausnahme von Somatisierung, welche nicht stärker ausgeprägt war. Auch Martin et al. (2007) fanden eine stärker ausgeprägte Depressivität bei psychosozial attribuierenden Patienten. Hiller et al. (2010) zeigten, dass Patienten mit psychologischen/„Stress“-Attributionen eine stärker ausgeprägte Depressivität aufwiesen, während somatische Attributionen mit geringerer Depressivität einhergingen. Bei Patienten mit Reizdarmsyndrom konnten Riedl et al. (2009) eine schlechtere psychische Lebensqualität für Patienten mit vor allem psychischen Ursachenüberzeugungen finden. Der Zusammenhang zwischen einer Nennung in der Kategorie „Psyche“ und einer stärkeren Einschränkung der psychischen Lebensqualität scheint zunächst vielleicht trivial. Er zeigt aber, dass in unserer Untersuchung viele stark in ihrer psychischen Lebensqualität beeinträchtigte Patienten eine oder mehrere die Psyche betreffende Ursachen für ihre Erkrankung nannten. Diesen Patienten war somit ein psychischer Anteil an ihrer Erkrankung bewusst. Unklar bleibt allerdings, ob die Patienten tatsächlich zwischen den Ursachen für ihre Schmerzen und den Ursachen für ihre depressive Symptomatik unterscheiden oder ob dieses Ergebnis vor allem durch die Komorbidität von Depressionen und Schmerzen sowie der „Vermischung“ der Ursachenüberzeugung der Patienten zu erklären ist.

In Untersuchungen zu den Ursachenüberzeugungen von Patienten mit der Hauptdiagnose Depression wurde gezeigt, dass ein Großteil der Patienten vor allem nicht-biologische Ursachen für ihre Erkrankung angaben. Besonders häufig wurden

dabei Stresssituationen in der Arbeit/Schule oder im familiären Kontext genannt (Alderson et al., 2012; Hansson et al., 2010; Maggaard et al., 2017; Prins et al., 2008). Diese Studien bestätigen insofern unser Ergebnis, dass stärker depressive Patienten eher psychosoziale als biologische Ursachenüberzeugungen haben. Dass bei Patienten mit chronischen Schmerzen ein Zusammenhang zwischen stärkerer Depressivität und schlechterer psychischer Lebensqualität besteht, zeigten auch Elliott et al. (2003) und Ahrens et al. (2010). Diese Zusammenhänge können schon aufgrund der Gemeinsamkeiten der Erhebungsinstrumente für Depressivität (PHQ) und psychische Lebensqualität (SF-36) bestehen. So sind beispielsweise Fragen zu Stimmung, Müdigkeit, Nervosität und Unruhe in beiden Instrumenten zu finden.

Im Folgenden (siehe Fragestellung 5) wird gezeigt, dass eine psychische Ursachenüberzeugung nicht nur Auswirkungen auf die klinischen Parameter zu Studienbeginn hatte, sondern auch einen Einfluss auf den Therapieerfolg beobachtet wurde.

Eine Nennung aus der Kategorie „Sozial“ zeigte keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die klinische Präsentation. Dennoch waren tendenzielle Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Angaben in dieser Kategorie zu beobachten. Bemerkenswert ist, dass die Patienten mit einer Angabe der Kategorie „Sozial“ eine eher bessere körperliche Lebensqualität hatten, psychisch aber stärker eingeschränkt waren als Patienten ohne diese Angabe. Hiller et al. (2010) fanden einen Zusammenhang zwischen stärker Depressivität und Nennungen ihrer Kategorie „environmental“, die inhaltlich sehr ähnlich zu unserer Kategorie „Sozial“ ist (Ursachen bzgl. „Familie und interpersonelle Probleme“, „Soziale Situation“, „Konflikte in der Arbeit oder Schule/Ausbildung“). Die Lebensqualität wurde in ihrer Arbeit nicht erhoben.

Zusammenhänge zwischen Nennung von Ursachen der Kategorie „Medizin“ und der klinischen Präsentation werden gesondert diskutiert (siehe „6.2.6 Unzufriedenheit mit Medizinsystem“).

6.2.3 Fragestellung 3: Ändern sich die Ursachenüberzeugungen der Patienten im Verlauf der Behandlung (vor Studienbeginn zu 9-Monate-Follow-up)?

Bezüglich der Änderung der Ursachenüberzeugungen, konnten wir feststellen, dass die Nennungen der Kategorien „Bio“, „Medizin“ und „Sonstige“ abnahmen, während Ursachen der Kategorien „Psyche“ und „Sozial“ öfter genannt wurden. Dies gibt einen

Hinweis darauf, dass sich bei einigen Patienten im Verlauf der Therapie - hier wurden die Patienten aus beiden Therapiearmen gemeinsam betrachtet - die Ursachenüberzeugung von einem „bio-medizinischen“ Verständnis zu einem stärker auch „psycho-sozialen“ Verständnis hin veränderten. Beim Großteil der Patienten fand keine Änderung der Kategorie statt.

Änderungen der Ursachenüberzeugung innerhalb einer Kategorie (ein Patient nennt beispielsweise unterschiedliche körperliche Ursachen vor und nach der Therapie) wurden nicht weitergehend ausgewertet. Um jedoch die Ursachenüberzeugungen der Patienten konkreter darzustellen, werden im Folgenden exemplarisch Beispiele für die Angaben einzelner Patienten aufgezeigt. Ein Patient nannte vor der Therapie unter anderem „körperliche Belastung“ und „schwache Muskulatur“, nach der Therapie gab er „Autoimmunerkrankung und sekundäre Fibromyalgie“ an. Ein anderer Patient nannte initial „verletzter Rückennerv seit 2003, sonstige Schmerzen in Gelenke, Muskeln, Kopf“, beim 9-Monate-Follow-up dann „erbliche Veranlagung“. Von einem dritten Patienten wurden vor der Therapie „Vererbung“ und „Wechseljahre“ als Ursachen genannt, danach „Muskelschmerzen im ganzen Körper, Arthrose in beiden Knien“ und „Magen – Darmbeschwerden“. Die Beispiele zeigen, dass bei diesen Patienten durchaus Änderungen der Ursachenüberzeugungen stattfanden, allerdings nicht im Sinne einer Erweiterung des Erklärungsmodells um psychosoziale Ursachen.

Bei einigen Patienten wird aber eine solche Erweiterung bzw. Änderung durch die Angaben erkennbar. Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen: Ein Patient nannte vor der Therapie einen Unfall sowie die schlechte medizinische Versorgung bei einer Operation als Ursachen, nach der Therapie wurden diese Ursachen auch weiterhin angegeben, zusätzlich nannte der Patient jedoch „seelische und körperliche Überanstrengung“. Ein anderer Patient schrieb vor der Therapie „Symptom bzw. Beschwerden konnten noch nicht einem Krankheitsbild zugeordnet werden“, später nannte er sowohl konkrete körperliche Ursachen „Knochen- und Muskelschwund, Verschleiß, Entzündungen“ als auch „Psychosomatische Probleme durch Schmerzen“. Ein weiterer Patient zählte vor der Therapie diverse Unfälle als Ursache auf, nach der Therapie schrieb der Patient von seiner „fehlenden Akzeptanz“ der eigenen Situation. Initial gab ein Patient als Grund eine Lungenerkrankung an, nach der Therapie nannte er „Angst, die durch Krankheit entstanden ist“ als Ursache seiner Symptome.

Hiller et al. (2010) untersuchten die Stabilität von Attributionen im Zeitverlauf. Allerdings beruhen die verwendeten Daten auf der rückblickenden Befragung der Patienten und nicht auf Befragungen zu verschiedenen Zeitpunkten. Sie zeigten, dass die Stabilität im Zeitverlauf insgesamt eingeschränkt war. Für 66% der Symptome hatten sich die Ursachenattributionen vom Symptombeginn bis zum Befragungszeitpunkt verändert. Attributionen der Kategorie „mentale oder emotionale Probleme“ nahmen um 35% zu, während die Kategorie „somatische Erkrankung“ die einzige spezifische Kategorie mit einer Abnahme war. Auch für die Kategorie „andere Ursachen“ zeigte sich eine Abnahme, die von den Autoren dadurch erklärt wird, dass Patienten ihre Symptome zu Beginn zunächst als „normal“ oder „vorübergehend“ eingeordnet hatten. Auch in unserer Untersuchung zeigte sich, dass über die Hälfte der Patienten, die initial eine Ursache der Kategorie „Sonstige“ nannten, nach der Therapie keine Ursache dieser Kategorie mehr nannten. Wir vermuten, dass einigen Patienten durch die Therapie geholfen werden konnte, überhaupt eine Ursachenerklärung für ihre Beschwerden zu entwickeln. Beispielsweise schrieb ein Patient vor der Therapie lediglich „weiß nicht“, nach der Therapie wurden als Ursachen „Überlastung“, „durch Operationen“ und „erblich“ aufgezählt.

6.2.4 Fragestellung 4: Ändern sich die Ursachenüberzeugungen unterschiedlich im Vergleich von Psychodynamisch-Interpersoneller Therapie (PIT) und Kontrollbedingung Enhanced Medical Care (EMC)?

Bei der PISO-Intervention wird dem individuellen Krankheitsmodell des Patienten ein großer Stellenwert eingeräumt. Initial wird das subjektive Krankheitskonzept und die Ursachenüberzeugungen des Patienten erfragt, es wird eine Erweiterung des Krankheitsverständnisses und Etablierung eines bio-psycho-sozialen Modells gefördert (Arbeitskreis-PISO, 2012). Im Rahmen der Kontrollbehandlung ist eine solch intensive Auseinandersetzung mit den individuellen Krankheitskonzepten nicht vorgesehen. Dennoch konnte in unserer Untersuchung kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen beiden Therapiegruppen festgestellt werden. Auch wenn beide Gruppen getrennt betrachtet wurden, waren die größten Änderungen in der Kategorie „Psyche“ zu beobachten, obgleich unter den Patienten der Psychotherapiegruppe mehr Patienten einen psychischen Grund neu angaben als in der Kontrollgruppe. Außerdem wurden von den Patienten der Psychotherapiegruppe

körperliche Gründe häufiger nicht mehr genannt. Auch wenn es sich hierbei nicht um signifikante Änderungen handelt, deutet diese Beobachtung, zumindest für einzelne Patienten, auf einen größeren Einfluss der Psychotherapie in der Erweiterung des Erklärungsmodells um psychische Faktoren hin.

Wie bereits diskutiert (siehe Fragestellung 3) könnte ein Wegfallen von Ursachen der Kategorie „Sonstige“ auf eine Entwicklung eines individuellen Krankheitsmodells hindeuten. Hierbei ist interessant, dass in der Psychotherapiegruppe etwa doppelt so viele Patienten keine „sonstige“ Ursache mehr angaben, als dass „sonstige“ Ursachen neu genannt wurden. In der EMC-Gruppe hingegen wurde die Kategorie „Sonstige“ häufiger neu genannt, als dass sie wegfiel. Dies deutet daraufhin, dass die Psychotherapie die Patienten mehr bei der Entwicklung eines individuellen Krankheitsmodells unterstützte, als es bei der EMC-Behandlung möglich war.

Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen in Bezug auf Ursachen der Kategorie „Medizin“ werden gesondert diskutiert (siehe „6.2.6 Unzufriedenheit mit Medizinsystem“).

6.2.5 Fragestellung 5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ursachenüberzeugungen vor der Therapie und dem Therapieerfolg?

Ursachenüberzeugungen als Teil der individuellen Krankheitsannahmen sind in der Lage den Behandlungserfolg zu beeinflussen (Balck et al., 2012; Laferton et al., 2017; Petrie & Weinman, 2006; Schröter et al., 2004). Wir untersuchten, ob sich spezifische Ursachenüberzeugungen auf den Therapieerfolg einer psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie (PIT) bzw. der Kontrollbedingung (EMC) auswirken.

Die Patienten beider Therapiegruppen, die initial psychologische Ursachenüberzeugungen hatten, profitierten mehr von der Therapie und verbesserten sich bzgl. ihrer Lebensqualität stärker, sowohl psychisch als auch körperlich. Bei den Faktoren Somatisierung und Depressivität verbesserten sich von den Patienten, die psychologische Ursachenüberzeugungen hatten, nur diejenigen, die der Psychotherapiegruppe zugeteilt waren. Bei den Patienten, die eine verbesserte Standardbehandlung erhielten, zeigte sich kein Einfluss auf die Somatisierung und die Depressivität. Dieses Ergebnis könnte darin begründet sein, dass diejenigen Patienten, die sich schon vor Therapiebeginn einer psychischen Komponente ihrer Erkrankung bewusst waren, einer Therapie, insbesondere dieser Form der psychodynamischen

Kurzzeitpsychotherapie, offener gegenüberstanden und dadurch wiederum ein größerer Therapieerfolg erreicht werden konnte. Auch die initial stärker ausgeprägte Depressivität der Patienten mit psychologischen Ursachenüberzeugungen könnte die Therapiebereitschaft und damit den Therapieerfolg beeinflusst haben.

Diese Erklärung wird durch die Untersuchung von Heider et al. (2018) unterstützt. Sie zeigten einen Zusammenhang zwischen der Veränderungsbereitschaft der Patienten und dem Therapieerfolg von Psychotherapie. Die Autoren deuten ihre Ergebnisse so, dass Patienten mit stärkeren somatischen Ursachenvorstellungen einem psychotherapeutischen Therapieangebot gegenüber (noch) nicht aufgeschlossen sind. Nimmt man also an, dass eine psychologische bzw. nicht mehr primär somatische Ursachenvorstellung mit einer größeren Veränderungsbereitschaft einhergeht, so könnte diese auch den größeren Therapieerfolg von Patienten mit psychologischen Ursachenvorstellungen in dieser Untersuchung erklären.

Auch Schneider et al. (1999) konnten zeigen, dass sich eine psychosoziale Ursachenüberzeugung positiv auf die Veränderung von psychischen Symptomen und interpersonalen Problemen im Rahmen einer psychodynamisch orientierten Gruppenpsychotherapie auswirkt. Sie schlussfolgern, dass therapiemotivierende Maßnahmen auf eine Veränderung des Krankheitskonzepts im Sinne einer stärkeren Akzeptanz von psychosozialen Kausalattributionen hinführen sollten.

Eine Studie, die den Zusammenhang von Kausalattribution und Therapieerfolg einer Psychotherapie untersuchte, wurde von Martin et al. (2007) durchgeführt. Hier wurden die Patienten - im Unterschied zu dieser Arbeit - genau einer Gruppe zugeordnet, also entweder „somatisch attribuierend“ oder „psychosozial attribuierend“. Die Einteilung zeigte keinen Einfluss auf den Therapieverlauf, gemessen als Veränderung der Anzahl und Intensität somatoformer Symptome, Krankheitsängste und Depressivität, obwohl die Depressivität bei psychosozial attribuierenden Patienten sowohl zu Therapiebeginn als auch danach stärker ausgeprägt war. Auch in unserer Arbeit fanden wir bei Patienten, die eine Angabe der Kategorie „Psyche“ machten, eine stärker ausgeprägte Depressivität. Jedoch war im Unterschied zu Martin et al. (2007) auch die Verbesserung durch die Therapie bei diesen Patienten größer.

Henningsen et al. (2005) zeigten, dass sich bei Patienten mit überwiegend psychosozialer Ursachenüberzeugung die depressive Symptomatik nach sechs Monaten verringerte, während sie bei Patienten mit überwiegend organischer

Ursachenüberzeugung gleich blieb. Allerdings erhielten die Patienten in dieser Studie keine standardisierte bzw. kontrollierte Behandlung.

In der Psychotherapiegruppe unserer Untersuchung lässt sich ebenfalls beobachten, dass Patienten mit einer Ursachenangabe der Kategorie „Psyche“ beim 9-Monate-Follow-up nach der Therapie eine größere Verbesserung der Depressivität zeigten als Patienten, die keine Angabe in dieser Kategorie machten. In der Kontrollgruppe war dieser Effekt nicht zu beobachten.

6.2.6 Unzufriedenheit mit Medizinsystem

Behandler nehmen Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden oft als „schwierig“ war, während die Patienten selbst oft verunsichert und frustriert sind durch langwierige, nicht zufriedenstellende Diagnostik-, Behandlungs- und Beziehungserfahrungen im Gesundheitssystem (Roenneberg et al., 2019).

In unserer Untersuchung fanden sich bei einigen Patienten Ursachen, die sich als „Unzufriedenheit mit dem Medizinsystem“ charakterisieren lassen. Exemplarisch sollen folgende Ursachenangaben einzelner Patienten dies deutlich machen: „Nicht verstanden werden von verschiedenen Ärzten“, „Die Nichterkennung der Krankheit über 20 Jahre durch unterschiedliche Ärzte“, „Fehlbehandlung des Arztes“, „Unnütze Odyssee durch Arztpraxen= verlorene Zeit!“, „Die Ärzte nehmen sich meinen Beschwerden nicht richtig an“. Die Ergebnisse im Zusammenhang mit einer solchen Ursachennennung werden im Folgenden gemeinsam diskutiert.

Groben und Hausteiner (2011) fanden in ihrer Untersuchung, dass signifikant öfter das Item „schlechte medizinische Behandlung in der Vergangenheit“ von Patienten mit somatoformer Störung ausgewählt wurde. Auch in unserer Untersuchung zeigte sich bei einem Teil der Patienten eine Unzufriedenheit mit der vorherigen medizinischen Behandlung (Kategorie „Medizin“). Eine Angabe dieser Kategorie ging mit einer eher schlechteren körperlichen Lebensqualität sowie höheren Werten für Somatisierung und Depressivität zu Studienbeginn einher. Für diese Patienten war auch die Therapie (sowohl PIT als auch EMC) weniger erfolgreich bzgl. ihrer körperlichen Lebensqualität. Patienten mit schlechten Vorerfahrungen bezüglich ihrer medizinischen Behandlung profitierten, was ihre Depressivität und Somatisierung angeht, interessanterweise mehr von der verbesserten Standardtherapie als von der Kurzzeit-Psychotherapie. Dies könnte darin begründet sein, dass eine negative Voreinstellung zum „Medizinsystem“

mit negativen Erwartungen auch gegenüber einer Psychotherapie einhergeht. Die Behandlung in der Kontrollbedingung bietet diesen Patienten wahrscheinlich eine erste Möglichkeit, um das negative Bild von Behandlern und Therapie zu verbessern und sich überhaupt auf eine Behandlung einzulassen. In der Kontrollgruppe nannten auch weniger Patienten nach der Therapie einen Grund aus der Kategorie „Medizin“ als vorher und ein kleinerer Anteil an Patienten nannten einen Grund dieser Kategorie neu im Vergleich mit der Psychotherapiegruppe. Für Patienten mit entsprechenden negativen Vorerfahrungen und dadurch geprägten Ursachenvorstellungen könnte Psychotherapie weniger erfolgreich sein. Eine Behandlung, wie sie in der EMC-Gruppe durchgeführt wurde, könnte für solche Patienten eine Korrektur der negativen Beziehungserfahrung im Medizinsystem darstellen.

6.2.7 Stärken und Schwächen

Zu den Stärken dieser Untersuchung gehört das methodisch solide Konzept und das hochwertige Design der PISO-Studie. Es wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie an sechs verschiedenen Standorten durchgeführt. Insgesamt wurden 211 Patienten eingeschlossen und es fanden Datenerhebungen zu drei Zeitpunkten statt. So konnte für die Untersuchung der sekundären Fragestellung nach den Ursachenüberzeugungen der Patienten auf eine breite, fundierte Datenbasis mit Verlaufsbeobachtung zugegriffen werden. Als weiterer Vorteil ist die breite diagnostische Entität der multisomatoformen Störung zu nennen. Hierdurch sind unsere Ergebnisse in weniger hohem Maße durch beschwerdetypische Erklärungsmodelle beeinflusst und somit für eine größere Patientengruppe von Relevanz. Den Studienteilnehmern wurde in beiden Therapiearmen eine, im Vergleich zu TAU, verbesserte Therapie angeboten, deren Erfolg sich in einer klinisch relevant verbesserten Lebensqualität der Patienten zeigte (Sattel et al., 2012).

Mögliche Gründe für die Abweichung zwischen unserem Ergebnis und anderen Studien können durch Unterschiede in der Methodik bedingt sein. Zur Erhebung der Ursachenüberzeugungen wurden in den genannten Studien viele unterschiedliche Instrumente genutzt: von Henningsen et al. (2005) der „Explanatory Model Interview Catalogue – EMIC“, von Riedl et al. (2009) der „Subjektive Krankheitstheorien (SKT) Fragebogen“, das „Causal Attributions Interview (CAI)“ von Hiller et al. (2010) und das „KAUSOM-Interview“ von Martin et al. (2007). Hier wird deutlich, dass kein

Standardinstrument für die Untersuchung von Ursachenüberzeugungen vorhanden ist, was die Vergleichbarkeit der verschiedenen Studien zwangsläufig stark einschränkt.

In unserer Studie wurden die Ursachenüberzeugungen nur anhand einer Erhebungsmethode (Freitextfrage des IPQ nach den drei wichtigsten Krankheitsursachen) erfasst. Andere Studien nutzen gleich mehrere Erhebungsmethoden, um die Ursachenüberzeugungen zu untersuchen. Die Erfassung per Fragebogen kann von Vorteil sein, denn ein Patient könnte einem Interviewer gegenüber potenziell weniger offen über die Ursachenüberzeugungen berichten, falls er eine kritische Bewertung der angegebenen Gründe befürchtet. Allgemein kann in einem Interview die Rolle der „sozialen Erwünschtheit“ eine größerer Rolle spielen als in einem anonym beantworteten Fragebogen (Reinecke, 1991). Im Vergleich zu einem Interview können beim Fragebogen aber keine Nachfragen gestellt werden und etwaige Unklarheiten, z.B. durch die Ausdrucksweise des Patienten, bleiben unklar. Die offene Fragestellung bietet zudem die Möglichkeit für die Patienten entsprechend der von ihnen gewünschten Ausführlichkeit zu antworten. In der PISO-Studie antworteten die Patienten tatsächlich sehr unterschiedlich ausführlich (von einem Wort bis zu mehreren Sätzen).

Die Erfassung der Erklärungsmodelle war primäres Ziel der oben genannten Studien, während es sich bei unserer Untersuchung um eine Auswertung von sekundären Fragestellungen handelt. Die Ursachenüberzeugungen wurden anhand einer offenen Frage erfasst. Solche offenen Fragen können gut mit Methoden wie der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) ausgewertet werden. Der für qualitative Untersuchungen typischen Problematik, der trotz möglichst objektiver Betrachtung immer vorhanden Subjektivität in der Auswertung, wurde durch ein Delphi-Rating-Verfahren im Sinne eines Expertenkonsens begegnet. Erstrebenswert wäre eine Kategorisierung durch unabhängige Rater und Messung der Übereinstimmung.

Zwangsläufig stellt eine kategoriale Einordnung der von den Patienten getätigten Aussagen eine gewisse Verzerrung dar und geht mit einem Verlust an Information einher, andernfalls wäre eine Kategorisierung allerdings auch nicht möglich.

Oft werden Patienten mit überwiegend körperlichen oder überwiegend psychosozialen Ursachenvorstellungen gegenübergestellt. In unserer Arbeit hingegen konnte ein Patient durch Nennung verschiedener Ursachen in mehreren Kategorien eingeordnet werden, es sind also Mehrfachnennungen der unterschiedlichen Kategorien möglich.

Dies führt dazu, dass die Vergleichbarkeit mit anderen Studien eingeschränkt ist. So kategorisierten beispielsweise Henningsen et al. (2005) einen Patienten als überwiegend organisch attribuierend oder überwiegend psychosozial attribuierend. Patienten, bei denen kein Überwiegen eines Attributionsstils vorlag, wurden nicht in ihre Analyse eingeschlossen. Diese Gegenüberstellung der gegensätzlich attribuierenden Patientengruppen wurde in unserer Untersuchung nicht durchgeführt. Dies ist gleichzeitig aber auch ein Vorteil unserer Arbeit, da die hier ausgewerteten fünf Ursachenkategorien eine Erweiterung gegenüber der dualistischen Betrachtung von „Körper vs. Psyche“ darstellt. Der Informationsverlust, den die Kategorisierung notwendigerweise bedeutet, wird durch das Beibehalten von fünf Kategorien, im Vergleich zu zwei Kategorien, verringert. Zum Beispiel ist die Unzufriedenheit mit dem Medizinsystem eine in unserer Untersuchung relevante Kategorie, die mit einer reinen Betrachtung von „Körper vs. Psyche“ nicht erfasst werden kann. Nichtsdestotrotz bilden auch die verwendeten fünf Kategorien nur in eingeschränktem Maße die Fülle an Ursachenvorstellungen der Patienten ab. Dies sollte für die Behandler Anlass dafür sein, sich gemeinsam mit dem Patienten mit dessen konkreten individuellen Ursachenüberzeugungen zu beschäftigen. Methodisch ist zu sagen, dass zum einen die Bewertung signifikanter statistischer Vergleiche aufgrund von multiplem Testen nur eingeschränkt erfolgen kann und zum anderen Patienten durch die Möglichkeit von Mehrfachnennungen in mehr als einer Gruppe statistisch miteinander verglichen werden.

6.2.8 Schlussfolgerungen

Wir konnten in dieser Untersuchung bestätigen, dass Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden nicht, wie früher oft angenommen, rein körperliche Ursachenvorstellungen haben, sondern häufig auch psychosoziale Ursachenvorstellungen für ihre Symptome mit in Betracht ziehen. Während wir keinen Zusammenhang zwischen körperlichen Ursachenüberzeugungen und der klinischen Präsentation finden konnten, zeigte sich, dass Patienten mit psychischen Ursachenüberzeugungen in ihrer psychischen Lebensqualität stärker eingeschränkt waren. Auch zeigten diese Patienten eine stärkere Somatisierung und stärkere Depressivität. Fraglich bleibt, ob diese Resultate durch Komorbidität von depressiven Erkrankungen und funktionellen Körperbeschwerden bedingt sind oder ob die

Beobachtungen auch unabhängig von Begleiterkrankungen gemacht werden können. Um dies zu klären, sind weiterführende Untersuchungen notwendig.

Die Erweiterung des Krankheitsverständnisses und Etablierung eines biopsychosozialen Erklärungsmodells ist wichtiger Bestandteil der PISO-Intervention (Arbeitskreis-PISO, 2012). Wir konnten feststellen, dass „psychische“ und „soziale“ Ursachen nach der Therapie häufiger genannt wurden, während „körperliche“ Ursachen seltener genannt wurden. Die Abnahme in der Kategorie „Sonstige“ bei Patienten der Psychotherapiegruppe, deutet darauf hin, dass einige Patienten durch die Therapie überhaupt erst konkrete Ursachenüberzeugungen entwickelt haben. Dies kann als wichtiger Schritt im Therapieprozess angesehen werden.

Aus unserer Beobachtung, dass die Patienten, die bereits vor der Therapie psychische Ursachenvorstellungen hatten, mehr von der Therapie profitierten, ergeben sich mehrere mögliche Handlungsansätze, welche im Detail bereits in der aktuellen Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ zu finden sind (Roenneberg et al., 2019). Es sollte grundsätzlich die Möglichkeit einer funktionellen Genese von Beschwerden in Betracht gezogen, mit dem Patienten kommuniziert und ein multifaktorielles Erklärungsmodell entwickelt werden. Falls eine funktionelle Genese wahrscheinlich ist und eine Psychotherapie bei dem Patienten notwendig werden sollte, kann dann auf dieses bereits vorhandene Erklärungsmodell aufgebaut und so die Wirkung der Psychotherapie möglicherweise gesteigert werden. Wenn Behandler aller Fachdisziplinen diese grundlegenden Handlungsansätze berücksichtigten, könnte auch der bei einigen der Patienten ausgeprägten „Unzufriedenheit mit dem Medizinsystem“, welche auch wir in unserer Untersuchung fanden, vorgebeugt werden und damit lange Leidenswege vermieden und gleichzeitig auch hohe direkte und indirekte Gesundheitskosten eingespart werden.

7 Danksagung

Ich möchte mich bei Prof. Dr. med. Peter Henningsen für die Möglichkeit der Durchführung dieser Promotionsarbeit bedanken. Die bemerkenswert schnelle Beantwortung von Fragen und die stets hilfreichen und pragmatischen Lösungsvorschläge habe ich als absolut nicht selbstverständlich empfunden. Dipl. Psychologe Heribert Sattel danke ich für die große Unterstützung in allen Belangen der Durchführung dieser Arbeit und - um in seinen Worten zu sprechen - für die Einführung ins „Lesen, Rechnen und Schreiben“. Die Zusammenarbeit hat mir immer viel Freude bereitet.

Dipl.-Soz. Dr. phil. Birgitt Marten-Mittag danke ich für die Übernahme der Mentoren-Position.

Dafür, dass ich die Psychosomatik nun nicht mehr nur theoretisch, sondern auch praktisch im Alltag auf der Station kennen- und schätzen gelernt habe, möchte ich mich bei Dr. med Casper Roenneberg (MHBA) und allen Kolleginnen und Kollegen dort bedanken.

Meinen Eltern danke ich, dass sie mir Wurzeln und Flügel gaben und mich immer bedingungslos unterstützen.

Marvin Schneller danke ich für seine Unterstützung und Motivation, das geduldige Korrekturlesen, die kritischen Nachfragen und für das größte Geschenk: Maximilian.

8 Anhang

Grafische Darstellung der Daten aus Tabelle 4 Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up

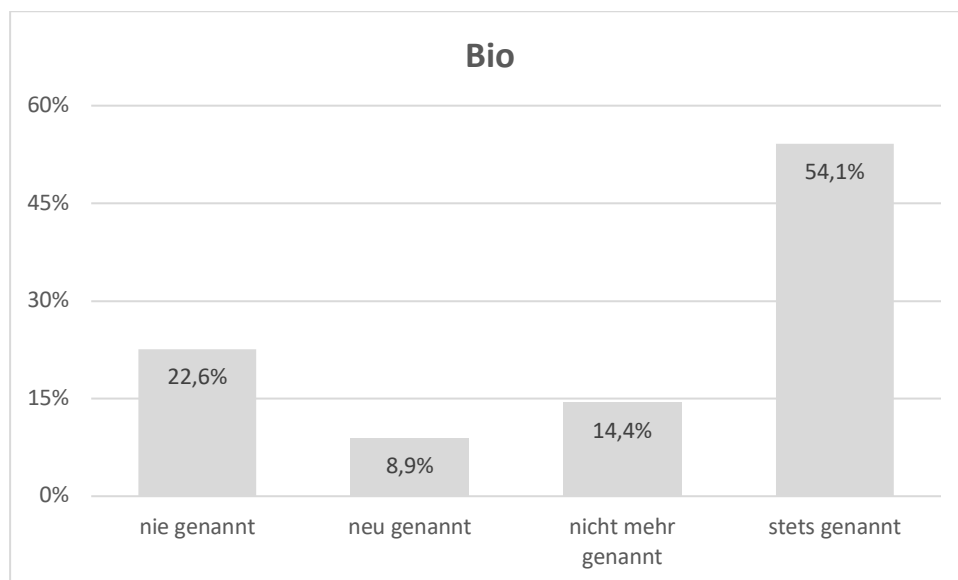


Abbildung 2 Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up **Kategorie "Bio"**

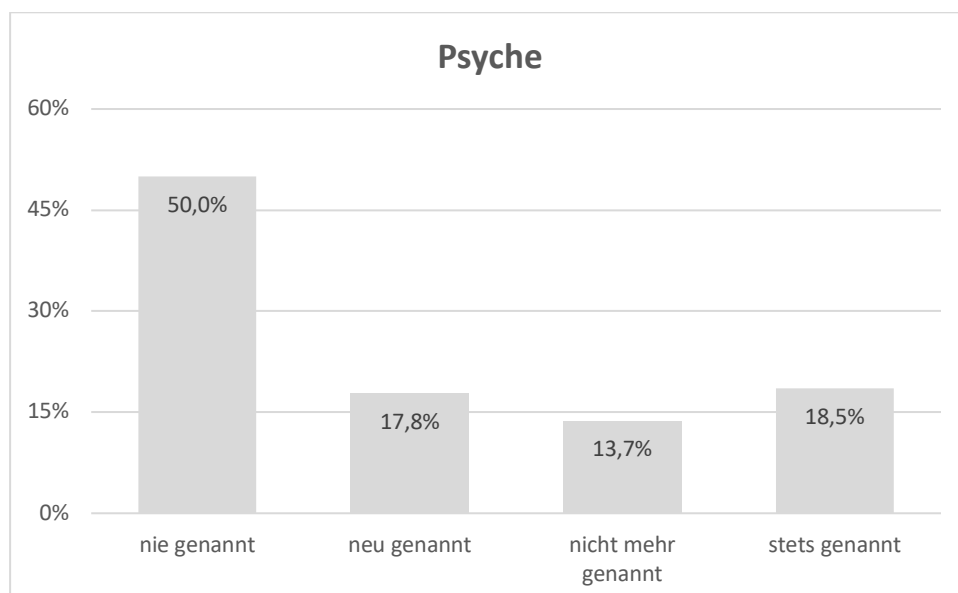


Abbildung 3 Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up **Kategorie "Psyche"**

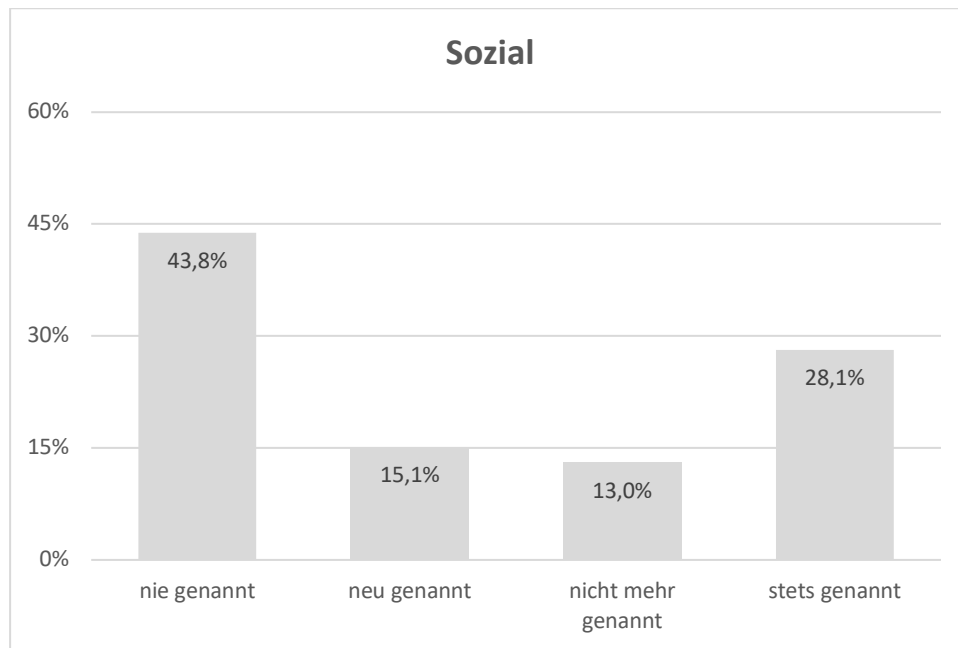


Abbildung 4 Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up Kategorie "Sozial"

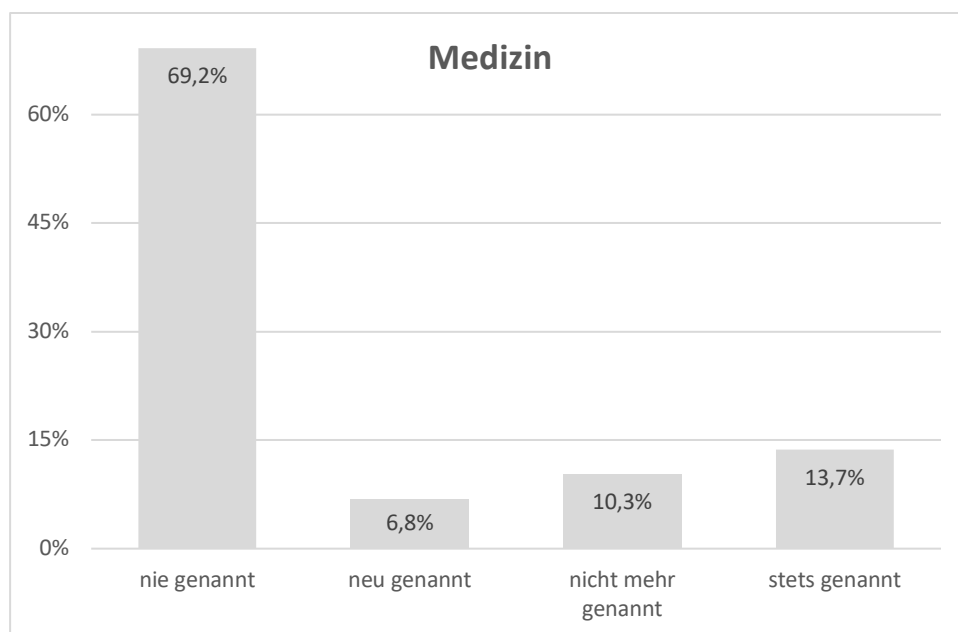


Abbildung 5 Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up Kategorie "Medizin"

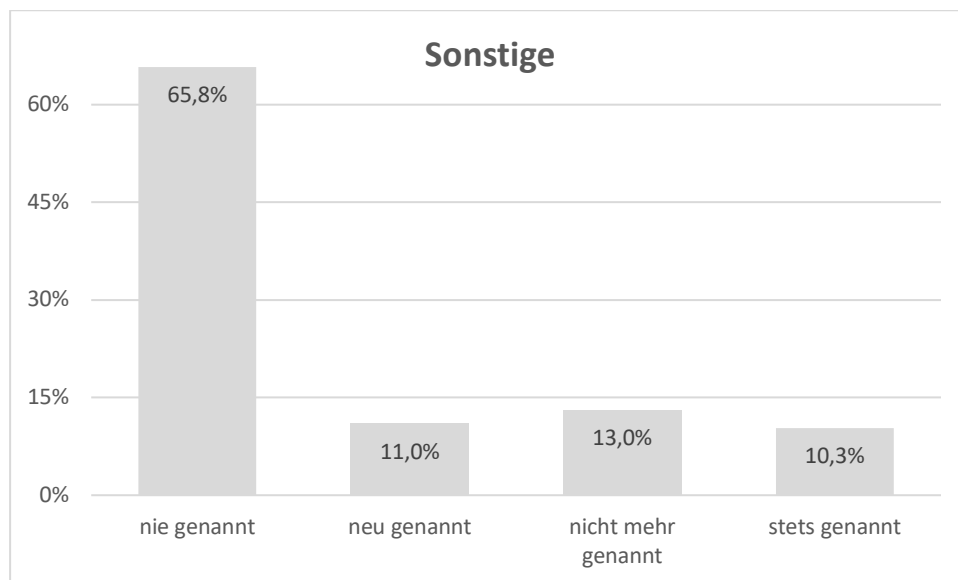


Abbildung 6 Änderung der Ursachenüberzeugung zwischen Studienbeginn und 9-Monate-Follow-up Kategorie "Sonstige"

9 Literaturverzeichnis

- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265-274. doi:10.1159/000228247
- Abbass, A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., . . . Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7), 108. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub4
- Ahrens, C., Schiltenswolf, M., & Wang, H. (2010). Health-related quality of life (SF-36) in chronic low back pain and comorbid depression. *Schmerz*, 24(3), 251-256. doi:10.1007/s00482-010-0923-1
- Alderson, S. L., Foy, R., Glidewell, L., McLintock, K., & House, A. (2012). How patients understand depression associated with chronic physical disease - a systematic review. *Bmc Family Practice*, 13, 19. doi:10.1186/1471-2296-13-41
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis-PISO. (2012). *Somatoforme Störungen: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie (PISO)*. Göttingen: Hogrefe.
- Balck, F., Preuss, M., Hendrichske, A., & Lippmann, M. (2012). Change of illness representations and quality of life during the course of a psychotherapeutic- psychosomatic treatment. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 58(4), 357-373. doi:10.13109/zptm.2012.58.4.357
- Cebulla, M. (2002). *Evaluation eines strukturierten Interviews zur Erfassung von Kausalattributionen bei Patienten mit somatoformen Symptomen (KAUSOM)*: Cuvillier.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, Rev.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Ellert, U., & Kurth, B.-M. (2004). Methodische Betrachtungen zu den Summenscores des SF-36 anhand der erwachsenen bundesdeutschen Bevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung -Gesundheitsschutz*, 47(11), 1027-1032. doi:10.1007/s00103-004-0933-1
- Elliott, T. E., Renier, C. M., & Palcher, J. A. (2003). Chronic pain, depression, and quality of life: Correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Medicine*, 4(4), 331-339. doi:10.1111/j.1526-4637.2003.03040.x
- Ermann, M., Frick, E., Kinzel, C., & Seidl, O. (2014). *Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie: Ein Arbeitsbuch für Unterricht und Eigenstudium*: Kohlhammer Verlag.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. L., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Frosthalm, L., Oernboel, E., Christensen, K. S., Toft, T., Olesen, F., Weinman, J., & Fink, P. (2007). Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 129-138. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.09.003

- Frostholm, L., Ornbol, E., & Fink, P. K. (2015). Physical symptom attributions: a defining characteristic of somatoform disorders? *Gen Hosp Psychiatry*, *37*(2), 147-152. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.01.002
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica*, *50*(4), 171-181. doi:10.1026/0012-1924.50.4.171
- Groben, S., & Hausteiner, C. (2011). Somatoform disorders and causal attributions in patients with suspected allergies: Do somatic causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, *70*(3), 229-238. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.09.002
- Hansson, M., Chotai, J., & Bodlund, O. (2010). Patients' beliefs about the cause of their depression. *Journal of Affective Disorders*, *124*(1-2), 54-59. doi:10.1016/j.jad.2009.10.032
- Heider, J., Kock, K., Sehlbrede, M., & Schroder, A. (2018). Readiness to change as a moderator of therapy outcome in patients with somatoform disorders. *Psychother Res*, *28*(5), 722-733. doi:10.1080/10503307.2016.1265686
- Henningsen, P. (2018). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *20*(1), 23-+.
- Henningsen, P., Hartkamp, N., Loew, T., Sack, M., Scheidt, C. E., & Rudolf, G. (2002). *Somatoforme Störungen: Leitlinien und Quellentexte*. Stuttgart: Schattauer.
- Henningsen, P., Jakobsen, T., & Schiltenswolf, M. (2000). Explanatory models for somatic and other neurotic disorders: German version of a structured interview and preliminary results. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *50*(2), 110-111.
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenswolf, M., & Weiss, M. G. (2005). Somatization revisited - Diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(2), 85-92. doi:10.1097/01.nmd.0000152796.07788.b6
- Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H., & Creed, F. (2018). Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *87*(1), 12-31. doi:10.1159/000484413
- Hiller, W., Cebulla, M., Korn, H. J., Leibbrand, R., Roers, B., & Nilges, P. (2010). Causal symptom attributions in somatoform disorder and chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*(1), 9-19. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.06.011
- Hiller, W., Rief, W., & Brahler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(9), 704-712. doi:10.1007/s00127-006-0082-y
- Johansen, M. L., & Risor, M. B. (2017). What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, *100*(4), 647-654. doi:10.1016/j.pec.2016.11.015
- Kleinstaeuber, M., Witthoeft, M., & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *31*(1), 146-160. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.001
- Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Van Broeckhuysen-Kloth, S. A. M., . . . Geenen, R. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *204*(1), 12-19. doi:10.1192/bjp.bp.112.121830

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., deGruy, F. V., Hahn, S. R., Linzer, M., Williams, J. B. W., . . . Davies, M. (1997). Multisomatoform disorder - An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*, *54*(4), 352-358.
- Laferton, J. A. C., Kube, T., Salzman, S., Auer, C. J., & Shedden-Mora, M. C. (2017). Patients' Expectations Regarding Medical Treatment: A Critical Review of Concepts and Their Assessment. *Frontiers in Psychology*, *8*, 12. doi:10.3389/fpsyg.2017.00233
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders - A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, *61*(12), 1208-1216. doi:10.1001/archpsyc.61.12.1208
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform*. (2. Aufl.). Karlsruhe: Pfizer.
- Magaard, J. L., Schulz, H., & Brutt, A. L. (2017). What Do Patients Think about the Cause of Their Mental Disorder? A Qualitative and Quantitative Analysis of Causal Beliefs of Mental Disorder in Inpatients in Psychosomatic Rehabilitation. *PLOS ONE*, *12*(1), 13. doi:10.1371/journal.pone.0169387
- Martin, A., Korn, H. J., Cebulla, M., Saly, M., Fichter, M. M., & Hiller, W. (2007). Causal attributions about bodily sensations in somatoform disorders. *Zeitschrift Fur Psychiatrie Psychologie Und Psychotherapie*, *55*(1), 31-41. doi:10.1024/1661-4747.55.1.31
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand* (2., ergänzte und überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, *17*(1), 1-16. doi:10.1080/08870440290001494
- Norman, G. R., Sloan, J. A., & Wyrwich, K. W. (2004). The truly remarkable universality of half a standard deviation: confirmation through another look. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, *4*(5), 581-585.
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(2), 163-167. doi:10.1097/YCO.0b013e328014a871
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, *6*(6), 536-539. doi:10.7861/clinmedicine.6-6-536
- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., & van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression - The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*, *28*(6), 1038-1058. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.009
- Reinecke, J. (1991). Intervieweffekte und soziale Erwünschtheit: Theorie, Modell und empirische Ergebnisse. *Journal für Sozialforschung*, *31*(3).
- Riedl, A., Maass, J., Fliege, H., Stengel, A., Schmidtman, M., Klapp, B. F., & Monnikes, H. (2009). Subjective theories of illness and clinical and psychological outcomes

- in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 449-455. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.02.001
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A., & Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders - Associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(4), 367-371. doi:10.1016/s0022-3999(04)00047-9
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21(4), 1029-1045. doi:10.1017/s0033291700030026
- Roenneberg, C., Hausteiner-Wiehle, C., Schäfer, R., Sattel, H., & Henningsen, P. (2018, 18.07.2018). S3 Leitlinie: Funktionelle Körperbeschwerden. Retrieved from https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001l_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf
- Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R., Henningsen, P., & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Functional Somatic Symptoms. *Dtsch Arztebl Int*, 116(33-34), 553-+. doi:10.3238/arztebl.2019.0553
- Sattel, H., Lahmann, C., Gundel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., . . . Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 200(1), 60-67. doi:10.1192/bjp.bp.111.093526
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P. L., & Tetzlaff, M. (1999). Influence of psychotherapy motivation on the course of psychotherapy. *Nervenarzt*, 70(3), 240-249. doi:10.1007/s001150050428
- Schröter, C., Schiltenswolf, M., Fydrich, T., & Henningsen, P. (2004). Das Erklärungsmodell-Interview in der Diagnostik von orthopädischen Schmerzpatienten. *Der Orthopäde*, 33(5), 533-544. doi:10.1007/s00132-003-0612-1
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. doi:10.1037/a0018378
- Sowinska, A., & Czachowski, S. (2018). Patients' experiences of living with medically unexplained symptoms (MUS): a qualitative study. *Bmc Family Practice*, 19, 9. doi:10.1186/s12875-018-0709-6
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstauber, M., Leone, S. S., Terluin, B., . . . van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11), 167. doi:10.1002/14651858.CD011142.pub2
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 431-445. doi:10.1080/08870449608400270
- Weiss, M. (1997). Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness. *Transcultural Psychiatry*, 34(2), 235-263. doi:10.1177/136346159703400204
- Wiborg, J. F., & Lowe, B. (2015). Illness perceptions in patients with somatoform disorders: Examining the role of comorbidity. *Journal of Health Psychology*, 20(9), 1166-1174. doi:10.1177/1359105313509843