

**Längerfristiger Therapieerfolg bei Patienten
mit somatoformen Störungen auf körperlicher,
verhaltensbezogener und emotionaler Ebene
Effekte einer strukturierten Gruppentherapie und
Vorhersage des Therapieerfolgs**

**Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)**

dem
Fachbereich Psychologie
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
Gaby Bleichhardt
aus Duisburg

Marburg/Lahn 2002

Vom Fachbereich Psychologie
der Philipps-Universität Marburg als Dissertation am
22.10.2002 angenommen.

Erstgutachter Prof. Dr. W. Rief

Zweitgutachter Prof. Dr. W. Hiller

Tag der mündlichen Prüfung am 30.10.2002

Dank

An dieser Stelle möchte ich mich bei einer Reihe von Personen bedanken.

Vor allen anderen gilt mein besonderer Dank meinem Doktorvater Professor Winfried Rief, der mich in den letzten vier Jahren gefordert und gefördert hat und mir mit seiner fachlichen Kompetenz und seiner persönlich wertschätzenden Art ein Vorbild bleiben wird.

Danken möchte ich auch Professor Wolfgang Hiller für die anregenden wissenschaftlichen Gespräche und seine wertvollen Tipps.

Das Projekt wurde vom Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund sowie dem Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Es ist Teil eines umfassenden Forschungsprojektes (Projektnummer 01GD9815/3), an dem auch Dr. Barbara Timmer, Dipl.-Psych. Suse Rüsseler, Dipl.-Psych. Katrin Schulte, cand. psych. Petra Obermayr und Dipl.-Psych. Maren Rüppell beteiligt waren. Ihnen allen möchte ich herzlich danken für die angenehme und fruchtbare Zusammenarbeit.

Die „Soma-Gruppe“ wurde in einer Arbeitsgruppe entwickelt, an der außer oben genannten Personen folgende ehemalige Kolleginnen und Kollegen mit Engagement, Kreativität und Teamgeist beteiligt waren: Dipl.-Psych. Claudia Auer, Dipl.-Psych. Corinna Gietl, Dipl.-Psych. Jörg von Komorowski, Dipl.-Psych. Reiner Kroymann, Dr. Alexandra Nanke und Dr. Katrin Wambach.

Herzlich danken möchte ich schließlich Dipl.-Psych. Anja Gottschalk, Dipl.-Psych. Christine Burgmer, Native Speaker Dipl.-Psych. Brian Pheasant und ganz besonders „fast“-Native-Speaker Dipl.-Psych. Silva Glindemann für die fachliche Unterstützung und Kommentierung zahlreicher Manuskriptseiten.

Vorbemerkungen zum Stil der Arbeit:

Auch wenn die Mehrzahl der in dieser Arbeit untersuchten Patienten und ein Teil der aufgeführten Wissenschaftler weiblichen Geschlechts sind, wurde auf eine inklusive Sprachform sowie Ergänzungen durch weibliche Wortformen zugunsten einer flüssigen Lesbarkeit der Darstellung verzichtet. Ich bitte dafür alle Leserinnen und Leser um Verständnis.

Erfreulicherweise haben die kognitiven Elemente seit langem einen festen Platz in der Verhaltenstherapie. So sollte es im deutschen Sprachraum ausreichen, von „Verhaltenstherapie“ zu sprechen, auch wenn in den aufgeführten Originalarbeiten häufig der Begriff „kognitive Verhaltenstherapie“ verwendet wird.

In der Arbeitsgruppe, in der das Manual zur hier untersuchten „Gruppentherapie zur Bewältigung somatoformer Beschwerden“ entwickelt wurde, bildete sich recht schnell die handhabbarere Abkürzung „Soma-Gruppe“ heraus. Dies wird hier beibehalten.

Da die vorliegende Arbeit publikationsbasiert erstellt wurde, weicht ihre Gliederung ein wenig vom herkömmlichen Stil ab. Die zur Publizierung erstellten Artikel befinden sich in Kapitel 3 und 5.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
2. Therapiestudien zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Beschwerden	11
3. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms – a randomised controlled trial in tertiary care	25
3.1 Introduction	25
3.2 Methods	26
3.2.1 Design and Treatment	26
3.2.2 Instruments	27
3.2.3 Statistical Methods	27
3.3 Results	28
3.3.1 Patient Characteristics	28
3.3.2 Treatment Effects	28
3.4 Discussion	29
4. Überleitung	35
5. Prädiktoren für den direkten und längerfristigen Therapieerfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen nach verhaltenstherapeutischer Behandlung	37
5.1 Einleitung	37
5.2 Methode	41
5.2.1 Untersuchungsstichprobe und –design	41
5.2.2 Behandlungsprogramm	41
5.2.3 Diagnostische Instrumente	42
5.2.4 Festlegung der Responder-Kriterien	42
5.2.5 Statistische Auswertung	43
5.3 Ergebnisse	43
5.3.1 Responder-Raten	43
5.3.2 Bedeutsamkeit einzelner Prädiktoren	44
5.3.3 Ergebnisse der Korrelations- und Regressionsanalysen	45
5.4 Diskussion	46

6. Zusammenfassende Bewertung der Befunde	58
6.1 Charakterisierung der Studienpatienten	58
6.2 Effekte des Gesamtbehandlungsprogramms: Statistische und klinische Signifikanz	59
6.3 Effekte des Therapiebausteins „Soma-Gruppe“	60
6.4 Prädiktoren des Therapieerfolgs	61
6.5 Akzeptanz der Behandlung	62
6.6 Grenzen der vorliegenden Untersuchung	62
6.7 Ausblick	63
7.1 Zusammenfassung	66
7.2 Summary	68
8. Literaturverzeichnis	70

Anhang

Inhaltsverzeichnis des Anhangs

Anhang A: Messzeitpunkte und Design

Anhang B: Stichprobenmerkmale

Anhang C: Beschreibung des Treatments

Anhang D: Behandlungseffekte – Ergebnisse der Intent-to-treat Analysen

Anhang E: Messinstrumente

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 3.I	Characteristics of the subsamples	32
Tabelle 3.II	Treatment effects	33
Tabelle 3.III	Waiting list control group	34
Tabelle 5.I	Prädiktoren für kurzfristigen Therapieerfolg - Reduktion der Anzahl somatoformer Beschwerden – univariate Analysen	53
Tabelle 5.II.	Prädiktoren für längerfristigen Therapieerfolg - Reduktion der Anzahl somatoformer Beschwerden – univariate Analysen	54
Tabelle 5.III.	Prädiktoren für längerfristigen Therapieerfolg – Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – univariate Analysen	55
Tabelle 5.IV.	Vorhersage des kurzfristigen Therapieerfolgs – Regressionsanalyse und Korrelationen nullter Ordnung	56
Tabelle 5.V.	Vorhersage des längerfristigen Therapieerfolgs - Verminderung der Beschwerdezahl – Regressionsanalyse und Korrelationen nullter Ordnung	57
Tabelle 5.VI.	Vorhersage des längerfristigen Therapieerfolgs – Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – Regressionsanalyse und Korrelationen nullter Ordnung	57

Inhaltsverzeichnis des Anhangs

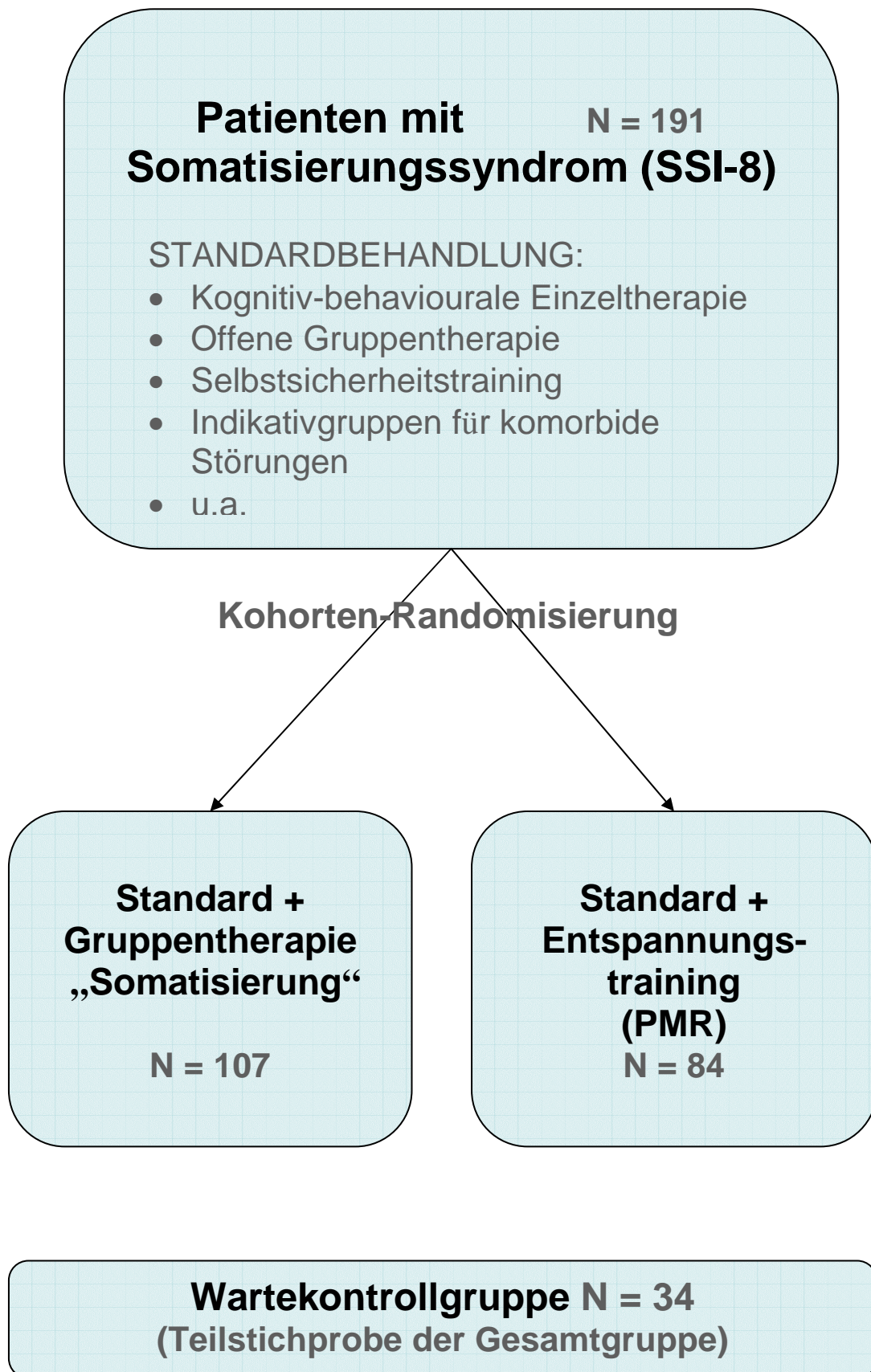
Anhang A Messzeitpunkte und Design	II
Anhang B Stichprobenbeschreibungen	IV
<i>B.1 Soziodemographische Angaben</i>	IV
<i>B.2 Berufsbezogene Angaben</i>	V
<i>B.3 Medizinisches Inanspruchnahmeverhalten</i>	VI
<i>B.4 Lifetime-Diagnosen nach DSM-IV (IDCL)</i>	VII
Anhang C Die Soma-Gruppe: Kurzbeschreibung der Inhalte	VIII
<i>C.1 Erste Sitzung: Einstieg, Therapieziele</i>	IX
<i>C.2 Zweite und Dritte Sitzung: Die Bedeutung von Stress</i>	X
<i>C.3 Vierte Sitzung: Selektive Aufmerksamkeit</i>	X
<i>C.4 Fünfte und Sechste Sitzung: Der kognitive Ansatz</i>	XI
<i>C.5 Siebte Sitzung: Verhaltensmerkmale</i>	XI
<i>C.6 Achte Sitzung: Inanspruchnahmeverhalten; Gesamtmodell</i>	XII
Anhang D Behandlungseffekte – Ergebnisse der Intent-to-treat Analysen	XIV
Anhang E Messinstrumente und Formulare	XV
<i>E.1 Leitlinien für das Informations- und Motivationsgespräch</i>	
<i>E.2 Schweigepflichtserklärung</i>	
<i>E.3 Screening für Somatoforme Störungen – 2-Jahres Version (SOMS-2)</i>	
<i>E.4 Screening für Somatoforme Störungen – 7-Tages Version (SOMS-7)</i>	
<i>E.5 Internationale Diagnosen Checkliste nach DSM-IV für somatoforme Störungen (IDCL)</i>	
<i>E.6 Interview zu Gesundheitskosten</i>	
<i>E.7 Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)</i>	
<i>E.8 Visuelle Analogskala des EuroQoL</i>	
<i>E.9 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)</i>	
<i>E.10 Symptom Checklist (SCL-90-R)</i>	
<i>E.11 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)</i>	

Anhang A

Messzeitpunkte und Design

Tabelle A.1. Übersicht über Messzeitpunkte und Instrumente

	t0 Anmeldung	t1 Aufnahme	t2 Entlassung	t3 Ein-Jahres Follow-Up
Diagnostisches Interview nach DSM-IV (IDCL)		x		x
Gesundheitsökonomisches Interview		x		x
Standard-Basisdokumentation der Klinik Roseneck		x	x	
SOMS-2 (2-Jahres-Version)	x	x		
SOMS-7 (7-Tages-Version)	x	x	x	x
SCL-90-R	x	x	x	x
HADS-D	x	x	x	x
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EuroQoL)	x	x		x
Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)	x	x		x
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)	x	x		



Anhang B

Stichprobenbeschreibungen

B.1 Soziodemographische Angaben

Tabelle B.1. Soziodemographische Angaben der Stichproben

	Gesamt- stichprobe	Soma- Gruppe + Standard	PMR- Gruppe + Standard	Warte- kontroll- gruppe
	N = 191	N = 107	N = 84	N = 34
Alter	M = 43.9 SD = 10.4	M = 44.4 SD = 9.6	M = 43.3 SD = 11.3	M = 45.0 SD = 10.0
Geschlecht (weiblich)	73.3%	77.6	67.9%	82.4%
Partnersituation				
verheiratet	52.1%	57.5%	45.1%	42.4%
feste Partnerschaft (unverheiratet)	16.0%	9.4%	24.4%	18.2%
keine Partnerschaft	28.7%	31.2%	25.6%	36.4%
Schulbildung				
Kein Schulabschluss	7.6%	5.9%	9.8%	9.4%
Hauptschule	32.6%	25.5%	41.5%	40.6%
Realschule	26.1%	27.5%	24.4%	28.1%
Gymnasium	31.5%	38.2%	23.2%	15.6%

Die zu 100 fehlenden Prozentsätze entstehen durch sonstige Angaben, die in der Tabelle aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgeführt worden sind.

B.2 Berufsbezogene Angaben

Tabelle B.II. Berufsbezogene Angaben der Stichproben

	Gesamt- stichprobe	Soma- Gruppe + Standard	PMR- Gruppe + Standard	Warte- kontroll- gruppe
	N = 191	N = 107	N = 84	N = 34
Derzeitige Tätigkeit				
Vollzeit	56.7%	55.0%	58.8%	56.3%
Teilzeit	9.4%	10.0%	8.8%	9.4%
In Ausbildung	1.7%	2.0%	1.3%	0%
Hausfrau / -mann	6.1%	7.0%	5.0%	6.3%
Arbeitslos	10.0%	8.0%	12.5%	15.6%
Arbeitsunfähigkeitswochen im letzten Jahr	M = 14.4 SD = 17.4	M = 15.7 SD = 18.0	M = 12.9 SD = 16.7	M = 15.4 SD = 17.9
Rentenstatus				
Rentantrag	5.8%	2.8%	9.5%	8.8%
Rentenwunsch (ohne Antrag)	11.0%	11.2%	10.7%	14.7%
Rentenstreit	1.0%	0.9%	1.2%	0%
Altersrente	4.2%	4.7%	3.6%	5.9%
EU-Rente	4.7%	5.6%	3.6%	0%
BU-Rente	1.6%	0.9%	2.4%	0%

Die zu 100 fehlenden Prozentsätze entstehen durch sonstige Angaben, die in der Tabelle aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgeführt worden sind.

B.3 Medizinisches Inanspruchnahmeverhalten

Tabelle B.III. Angaben zum Inanspruchnahmeverhalten der Stichproben

	Gesamt- stichprobe	Soma- Gruppe + Standard	PMR- Gruppe + Standard	Warte- kontroll- gruppe
	N = 191	N = 107	N = 84	N = 34
Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr	M = 40.4 SD = 33.0	M = 40.4 SD = 30.0	M = 40.4 SD = 36.7	M = 40.4 SD = 30.1
Anzahl der Krankenhaustage im letzten Jahr	M = 9.1 SD = 21.4	M = 8.2 SD = 17.9	M = 10.3 SD = 25.2	M = 5.8 SD = 11.8
Anteil stationärer Vorbehandlungen (psychosomatisch oder psychiatrisch)	49.7%	54.3%	43.9%	48.5%

B.4 Lifetime-Diagnosen nach DSM-IV (IDCL)

Tabelle B.IV. DSM-IV Lifetime-Diagnosen der Stichproben

	Gesamt- stichprobe	Soma- Gruppe + Standard	PMR-Gruppe + Standard	Warte- kontroll- gruppe
	N = 191	N = 107	N = 84	N = 34
Somatoforme Störungen				
Somatisierungsstörung	27.7%	30.8%	23.8%	35.3%
Undifferenzierte somatoforme Störung	68.0%	67.3%	69.1%	61.7%
Schmerzstörung	4.1%	1.9%	7.2%	2.9%
Konversionsstörung	0.5%	0%	1.2%	0%
Hypochondrie	14.1%	14.9%	13.1%	17.6%
Angststörungen				
Panikstörung und / oder Agoraphobie	40.8%	32.7%	51.2%	50.0%
Soziale Phobie	9.9%	7.5%	13.1%	20.6%
Spezifische Phobie	2.6%	0.9%	4.8%	0%
Generalisierte Angststörung	5.7%	5.6%	6.0%	8.8%
Zwangsstörung	5.2%	2.8%	8.4%	0%
Posttraumatische Belastungsstörung	3.6%	4.8%	2.4%	2.9%
Mindestens eine Angststörung	52.9%	44.9%	63.1%	67.6%
Depressive Störungen				
Episode einer Major Depression	16.8%	12.1%	22.6%	11.8%
Rezidivierende Major Depression	39.3%	43.0%	34.5%	55.9%
Dysthyme Störung	13.1%	7.5%	20.2%	14.7%
Mindestens eine depressive Störung	73.8%	70.1%	78.6%	82.4%
Substanzabhängige Störungen				
Substanzabhängigkeit	11.5%	9.3%	15.5%	17.6%
Substanzmissbrauch	4.7%	6.5%	2.4%	5.9%
Chronisch komplexer Tinnitus	8.9%	7.5%	10.7%	11.8%
Irgendeine psychische Störung	90.1%	84.1%	97.6%	94.1%

Anhang C

Die Soma-Gruppe: Kurzbeschreibung der Inhalte

Die Gruppentherapie zur Behandlung der somatoformen Störungen sollte geeignet sein, um im Rahmen der zeitlich begrenzten Möglichkeiten eines stationären Aufenthaltes ein ausreichend effektives Vorgehen zu ermöglichen. Deshalb wurde die Sitzungsanzahl auf acht festgelegt, so dass bei entsprechender Verteilung die Behandlungsdauer in der Soma-Gruppe 3-4 Wochen umfasst. Besteht die Möglichkeit, den stationären Aufenthalt etwas länger zu gestalten, kann sowohl die Gruppentherapie etwas mehr gestreckt werden (auf 2 Sitzungen pro Woche) sowie weitere u. U. wichtige Inhalte (Komorbidität, Bearbeitung traumatischer Lebenserfahrungen, u. ä.) in den Behandlungsplan integriert werden. Eine Gruppentherapiesitzung umfasst 100 Minuten und es nahmen in der Regel 8 Patienten teil. Bei der Gesamtkonzeption wurde deshalb davon ausgegangen, dass zahlreiche allgemeine Psychotherapieelemente (z.B. Aufbau von Selbstsicherheit; Bearbeitung biografisch-relevanter Informationen etc.) durch andere Therapieelemente abgedeckt sind und mit der Soma-Gruppe auf die spezifischen Aspekte dieses Störungsbildes eingegangen werden soll.

Die Hauptelemente des Behandlungsprogramms waren der Aufbau der entsprechenden Gruppenbedingungen für konstruktives Arbeiten (Sitzung 1), Informationsvermittlung, Bearbeitung des Zusammenhangs zwischen Stress und körperlichen Beschwerden (Sitzung 2 und 3), Bedeutung der Aufmerksamkeitsfokussierung (Sitzung 4), Bedeutung von Bewertungsprozessen (Sitzung 5 + 6), Bedeutung von Schon- und Vermeidungsverhalten (Sitzung 7), adäquates und inadäquates Inanspruchnahmeverhalten (Sitzung 8) sowie die Vermittlung eines Gesamtmodells (ebenfalls Sitzung 8). Somit sollten zuerst bestimmte Inhalte in ihrer Bedeutung erarbeitet werden, um dann darauf aufbauend Veränderungsmöglichkeiten und Einflussmöglichkeiten auf die körperlichen Beschwerden entwickelt und geprobt werden.

Im Gegensatz zum Vorgehen bei Angststörungen, wo das Vermitteln eines entsprechenden Störungsmodells bereits an den Anfang der Behandlung gesetzt wird, wird im vorliegenden Fall das Gesamtmodell erst am Ende der Behandlung formuliert. Demgegenüber werden einzelne Teilmodelle bereits bei den verschiedenen inhaltlichen Blöcken erarbeitet. Dem liegt die Erfahrung zugrunde, dass bei Patienten mit somatoformen Störungen nicht innerhalb einer Sitzung eine vollständige Anerkennung eines „psychosomatischen“ Störungsmodells erwartet werden kann, sondern dieses sukzessive erarbeitet werden muss.

C.1 Erste Sitzung: Einstieg, Therapieziele

In Kleingruppen erarbeiten die Gruppenteilnehmer ihre bisherige Krankheitskarriere (vorliegende Beschwerden, Behandlungserfahrungen) und es wird in der Gesamtgruppe zusammengetragen, dass es sich oftmals um ein multiples Syndrom handelt und in aller Regel klassische Behandlungsansätze fehlgeschlagen sind. Über eine Phantasiereise wird danach der Schritt zur Entwicklung von Behandlungszielen erleichtert. Viele Somatisierungspatienten haben gerade nach langen Chronifizierungsphasen keine realistischen Zielvorstellungen über Veränderungsmöglichkeiten, sondern schwanken zwischen den Extremen Heilserwartung (alle Beschwerden sollen sofort weg sein) sowie Resignation (es wird sich doch nichts ändern). Deshalb ist die zeitliche Aufteilung in langfristige Ziele (z. B. Lebensziele) sowie kurzfristig erreichbare Veränderungen sinnvoll. Neben allgemeinen Informationen zum Gruppenverlauf erhalten die Teilnehmer auch ein Beschwerdetagebuch, um situative Einflüsse auf die Beschwerden deutlich zu machen.

C.2 Zweite und Dritte Sitzung: Die Bedeutung von Stress

In diesen Sitzungen wird das Thema Stress aufgegriffen, und es werden alltägliche Stresserfahrungen mit den Patienten analysiert. Zur besseren Veranschaulichung werden mehrere Patienten der Gruppe an Biofeedback-Geräte angeschlossen und verschiedenen Stress-Tests unterzogen, so dass die Gruppenteilnehmer die körperlichen Reaktionen auf psychische Belastungen direkt erleben (zum Einsatz des Biofeedback bei Somatisierungspatienten siehe Nanke & Rief (2000a)). Daraus wird das Teilstörungsmodell abgeleitet, dass Stress zu körperlichen Beschwerden und deren Wahrnehmung beitragen kann, sowie umgekehrt körperliche Beschwerden selbst wiederum einen Stressor darstellen. Als Interventionsstrategie werden Entspannungsverfahren abgeleitet und eingeübt (Kurzform der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson).

C.3 Vierte Sitzung: Selektive Aufmerksamkeit

Einleitend zur vierten Sitzung werden verschiedene Verhaltensexperimente durchgeführt, die den Effekt der Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Körper verdeutlichen. Es wird aufgezeigt, dass eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den Körper zu einer veränderten Körperwahrnehmung führt. Des Weiteren wird deutlich gemacht, dass relevante Ereignisse in ihrer Häufigkeit und Intensität anders bewertet werden als irrelevante Ereignisse. Als Bewältigungsstrategie aus diesem Themenbereich werden Ablenkungs- und Genussübungen abgeleitet und z. B. ein „Wahrnehmungs-Spaziergang“ zur Schulung der Sinneswahrnehmung durchgeführt.

C.4 Fünfte und Sechste Sitzung: Der kognitive Ansatz

Das kognitive Modell wird eingeleitet, indem zuerst typische Gedanken der Patienten zu ihren Beschwerden gesammelt werden, die dann anschließend wiederholt vorgelesen werden, um die katastrophisierende und deprimierende Wirkung der negativen Bewertungsprozesse zu veranschaulichen. Daraus wird das ABC-Modell des kognitiven Therapieansatzes abgeleitet. In Kleingruppen werden alternative Bewertungsprozesse für den Umgang mit körperlichen Beschwerden erarbeitet.

Eine besondere Bedeutung haben in diesem Kontext Ursachen-Attributionen beim Auftreten körperlicher Beschwerden. Es wird veranschaulicht, dass Probleme daraus entstehen können, wenn für körperliche Beschwerden nur eine einzige Erklärungsmöglichkeit gesehen wird. Deshalb wird mit den Patienten gemeinsam versucht, den Blickwinkel der Ursachenmodelle um möglichst viele Aspekte zu erweitern. Ziel ist also weniger eine direkte Reattribution der Beschwerden, als vielmehr eine Erweiterung der Erklärungsmöglichkeiten um neutralisierende Bewertungsprozesse (Sensky et al., 1996).

C.5 Siebte Sitzung: Verhaltensmerkmale

Es werden die verschiedenen Verhaltensaspekte im Umgang mit körperlichen Beschwerden gesammelt. Daraus wird abgeleitet, dass Betroffene oftmals wegen der kurzfristig entlastenden Funktion Schon- und Vermeidungsverhalten einsetzen. Dies führt langfristig zu einer reduzierten allgemeinen Belastbarkeit sowie zu einer erhöhten Sensibilisierung für Körpermissempfindungen. Oftmals versuchen Somatisierungspatienten, Körperempfindungen in Symptomregionen zu vermeiden (z.B. keine Tiefenatmung bei Unterbauchbeschwerden). Dadurch erhöht sich jedoch die Sensibilität und es reduziert sich die Schmerztoleranz in diesen Regionen. Nach der Vermittlung dieser Logik wird mit den Patienten ein Programm zur Aktivierungssteigerung besprochen und schriftlich festgelegt.

C.6 Achte Sitzung: Inanspruchnahmeverhalten; Gesamtmodell

Viele Somatisierungspatienten haben ein kognitives Konzept von „normaler Inanspruchnahme medizinischer Dienste“ verloren. Deshalb wird in der Gruppe diskutiert und ein Leitfaden erarbeitet, wann die Inanspruchnahme medizinischer Dienste sinnvoll ist und wann der Einsatz von Selbsthilfestrategien u. U. besser angezeigt wäre. Anschließend wird nochmals intensiv das Thema „Bedeutung subjektiver Krankheitsmodelle“ herausgearbeitet und an Verhaltensexperimenten demonstriert. Es folgt die Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs sowie die Ableitung eines integrativen Störungsmodells (siehe Abb. C.1). Die Patienten halten schriftlich ihre persönlichen Beeinflussungsmöglichkeiten im Sinne von Selbsthilfemöglichkeiten fest. Mit einer Abschlussrunde wird die Gruppentherapie beendet.

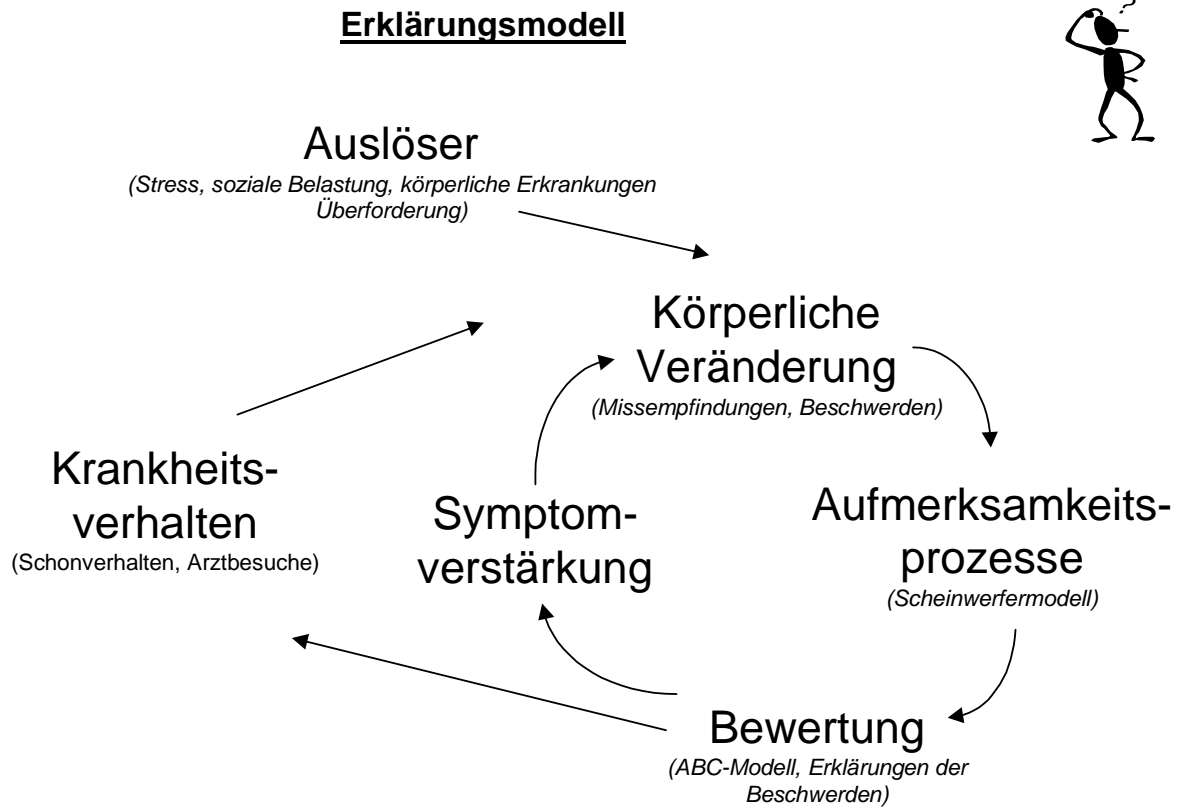


Abbildung C.1. Erklärungsmodell somatoformer Störungen

Anhang D

Behandlungseffekte – Ergebnisse der Intent-to-treat Analysen

Tabelle D.1. Behandlungseffekte auf Intent-to-treat Basis

	Gruppen	Aufnahme	Ent- lassung	1-J. F.-U.	ANOVA mit Messwiederholung		
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	Zeit	Grup- pe	Zeit x Gruppe
I Soma + Standard		N = 107					
II PMR + Standard		N = 84					
Anzahl somatoformer Symptome (IDCL)	I	10.0 (2.6)	-	7.2 (3.5)	F = 96.8	n.s.	n.s.
	II	10.3 (2.7)	-	7.8 (3.8)	p < .001		
Somatisierung (SCL-90-R)	I	1.51 (.74)	1.01 (.69)	1.08 (.72)	57.1	n.s.	n.s.
	II	1.55 (.73)	1.09 (.76)	1.20 (.87)	p < .001		
Positive Symptom Total PST (SCL-90-R)	I	53.6 (17.8)	42.5 (21.7)	42.1 (21.9)	F = 64.2	n.s.	n.s.
	II	58.6 (15.0)	46.7 (20.8)	45.2 (23.3)	p < .001		
Depressivität (HADS)	I	9.9 (5.1)	7.6 (5.0)	8.2 (5.2)	F = 40.0	n.s.	n.s.
	II	10.9 (4.4)	7.9 (5.3)	9.0 (4.9)	p < .001		
Ängstlichkeit (HADS)	I	11.0 (4.5)	8.5 (4.5)	9.4 (5.0)	F = 46.2	n.s.	n.s.
	II	11.5 (4.0)	8.9 (4.4)	10.1 (4.6)	p < .001		
Subjektiver Gesundheitszustand (EuroQoL)	I	47.5 (19.8)	-	58.4 (24.4)	F = 22.2	n.s.	n.s.
	II	47.0 (18.6)	-	52.7 (22.7)	p < .001		
Lebenszufriedenheit (FLZ)	I	13.0 (28.6)	-	24.4 (33.0)	F = 22.1	n.s.	n.s.
	II	11.5 (30.3)	-	21.2 (36.4)	p < .001		
Arztbesuche im letzten Jahr	I	40.4 (30.0)		25.5 (26.2)	F = 38.5	n.s.	F = 5.1
	II	40.4 (36.7)		32.7 (34.5)	p < .001		p < .05

Variable Arztbesuche wurde logarithmisch transformiert. General Severity Index (SCL-90-R) zum Aufnahmezeitpunkt wurde kontrolliert. 1-J. F.U. Ein-Jahres Follow-Up; n.s. nicht signifikant.

Anhang E

Messinstrumente und Formulare

E.1 Leitlinien für das Informations- und Motivationsgespräch

E.2 Schweigepflichtserklärung

E.3 Screening für Somatoforme Störungen – 2-Jahres Version (SOMS-2)

E.4 Screening für Somatoforme Störungen – 7-Tages Version (SOMS-7)

E.5 Internationale Diagnosen Checkliste nach DSM-IV für somatoforme Störungen (IDCL)

E.6 Interview zu Gesundheitskosten

E.7 Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)

E.8 Visuelle Analogskala des EuroQoL

E.9 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

E.10 Symptom Checklist (SCL-90-R)

E.11 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)

1. Einleitung

Um möglichst nah am Erleben und Verhalten der untersuchten Patientengruppe in die Thematik einzuführen, werden im Folgenden vier Fallvignetten von Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen dargestellt¹. Die Auswahl von Fällen und Inhalten ist selbstverständlich subjektiv.

Frau P., eine 63-jährige Schneiderin, leide, seit sie denken könne, unter einer angegriffenen Gesundheit. Bereits im Krieg wurden ihr zusätzliche Lebensmittel zugeteilt, da sie ein außergewöhnlich zartes und labiles Kind gewesen sei. Aktuell leide sie vorwiegend unter Gesichtsschmerzen, Darmkoliken und Erstickungsanfällen. Ihr Arzt habe ihr keine genauen Erklärungen für die Beschwerden geben können, sie habe allerdings auch keine Zeit, ihn danach zu fragen. Frau P. habe einen wunderbaren Partner und führe eine ideale Partnerschaft. Durch die Pflege des schwer kranken Vaters fühle sie sich extrem belastet.

Frau S., eine 34-jährige Fließbandarbeiterin, berichtet über massive, intermittierend und krampfartig auftretende Unterleibsschmerzen sowie andere Magen-Darm Beschwerden, die seit über 12 Jahren bestehen, und für die sich trotz zahlreicher medizinischer Untersuchungen keine organische Ursache finden ließen. Sie selbst vermute dennoch gelegentlich, dass ein Tumor die Schmerzen verursache. Die Patientin schildert eine bewegte Lebensgeschichte und berichtet von stark belastenden Ereignissen, wie z. B. mehrfache Wechsel der Wohnsituation in der Kindheit, die manisch-depressive Erkrankung ihres Vaters, wiederholte Gewalttätigkeiten gegen ihre Person durch verschiedene Täter sowie zwei Suizidversuche.

Herr B., ein 52-jähriger Lehrer, ist seit einigen Monaten durchgehend arbeitsunfähig, da er unter verschiedenen Schmerzen, Kribbelgefühlen und einer Überempfindlichkeit gegen Lärm leidet. Erst die Konsultation eines Umweltarztes vor einem Jahr brachte ihm wieder Hoffnung. Der

¹ Um die Anonymität zu gewährleisten, wurden einige Angaben variiert, ohne den Sinn zu verändern.

Umweltarzt habe ihm als erster Behandler plausible Erklärungen für seine Beschwerden geben können, indem er ihn über die belastenden Substanzen in Teppichen, Möbeln und in der Luft aufklärte, mit denen sich Herr B. umgibt. Seine Arbeit sei sehr belastend für ihn, er würde dennoch gerne zu ihr zurückkehren. Allerdings sehe er dazu in den nächsten Jahren keine Möglichkeit, da die Beschwerden sicherlich nie wieder ausreichend zurückgingen.

Die 52-jährige Sekretärin Frau W. sucht die Behandlung auf, weil sie in der letzten Zeit aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden häufiger der Arbeit fern bleiben musste. Unter diesen leide sie bereits seit etwa dem 20. Lebensjahr. Die Symptome sind vielfältig, derzeit treten v.a. Schwindel, Kopfschmerz rechtsseits, Engegefühl im Hals sowie pelzige Empfindungen im linken Arm auf. Aufgrund der Beschwerden arbeite sie eigentlich nur noch halbtags, aber weil so viel zu erledigen sei, sei sie meist unbezahlt nahezu in Vollzeit am Arbeitsplatz. Am Abend versorge sie den Haushalt, eine Mithilfe durch den Partner möchte sie diesem nicht zumuten.

Beim Leser mag nun zunächst der Eindruck entstehen, dass jede Falldarstellung andere Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen nahe legt. Auch wenn die somatoformen Störungen sicherlich ein heterogenes Bild darstellen (vgl. Bass & Benjamin, 1993), wird in der folgenden Arbeit ein therapeutisches Konzept auf seine Wirksamkeit überprüft, das bei allen vorgestellten Patienten Anwendung finden konnte.

Das wesentliche Charakteristikum aller somatoformen Störungen wird im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) folgendermaßen beschrieben:

„Das gemeinsame Merkmal der Somatoformen Störungen ist das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, die einen medizinischen Krankheitsfaktor nahe legen und die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, durch die direkte Wirkung einer Substanz oder durch eine andere psychische Störung nicht vollständig erklärt werden können.“ (Saß et al., 1996, S. 509).

Das Leiden unter körperlichen Beschwerden, für die keine ausreichenden körperlichen Erklärungen gefunden werden können, war bereits in der alten

griechischen Kultur unter dem Krankheitskonzept „Hysterie“ bekannt (Veith, 1965). Der französische Arzt Jacques Briquet formulierte bereits vor fast 150 Jahren eine erste Syndrombeschreibung (Briquet, 1859). Trotz dieser verhältnismäßig langen Tradition haben die somatoformen Störungen vergleichsweise spät Einzug in die klinisch-psychologische Forschung und die Verhaltenstherapie genommen. Dementsprechend ist die Anzahl kontrollierter Therapiestudien zu Patienten mit multiplen somatoformen Beschwerden noch gering (Looper & Kirmayer, 2002), und der Forschungsbedarf ist weiterhin hoch (Rief & Hiller, 1998; Kroenke & Swindle, 2000).

In der vorliegenden Arbeit wird zunächst eine Übersicht und Einschätzung des bisherigen Forschungsstandes zur Behandlung multipler somatoformer Beschwerden gegeben (Kapitel 2). Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Darstellung kontrollierter Therapiestudien. Aus der Beschreibung des Forschungsstandes leiten sich die Ansprüche an weitere kontrollierte Therapiestudien zu diesem Störungsbild ab, die die Grundlage für die dann folgenden Untersuchungen (Kapitel 3 und 5) bilden. Da diese in Form von Zeitschriftenartikeln erstellt und eingereicht worden sind, sind sie ihrerseits in der üblichen Weise weiter untergliedert (Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion). Während die erste Teilstudie (Kapitel 3) eine Evaluation der verhaltenstherapeutischen Behandlung darstellt, werden in der zweiten Teilstudie nach einer kurzen Überleitung (Kapitel 4) Prädiktoren für den zuvor belegten Therapieerfolg exploriert (Kapitel 5). Den Abschluss der Arbeit bilden eine zusammenfassende Bewertung der Befunde (Kapitel 6) sowie eine allgemeine Zusammenfassung dieser Arbeit in deutscher und englischer Sprache (Kapitel 7). Eine Veranschaulichung des Forschungsdesigns (Anhang A), die genaue Beschreibung der Stichprobenmerkmale (Anhang B), die detaillierte Beschreibung der Kernbehandlung „Soma-Gruppe“ (Anhang C) sowie die zusätzlich durchgeführten Intent-to-treat Analysen (Anhang D) hätten den Umfang der Publikationen überschritten und wurden deshalb zusammen mit den verwendeten Instrumenten (Anhang E) angehängt.

2. Therapiestudien zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Beschwerden

Erst in den letzten Jahrzehnten wurde begonnen, therapeutische Ansätze zur Behandlung somatoformer Störungen zu evaluieren. Kashner, Rost, Cohen, Anderson & Smith (1995) berichten über sieben nicht-kontrollierte Studien zur Gruppentherapie für Somatisierungspatienten, die in den 60er bis 80er Jahren des 20. Jahrhunderts durchgeführt wurden. Von diesen verwendeten fünf der sieben Untersuchungen Stichproben von weniger als zehn Patienten. In den 80er Jahren fanden Studien der Arbeitsgruppe um Rost, Smith & Kashner besondere Beachtung. Ihnen gelang es, durch das Versenden eines individuell erstellten Beratungsbriefes an die die Somatisierungspatienten behandelnden Allgemeinärzte eine Verminderung der Kosten für das Gesundheitssystem zu erreichen. Eine Veränderung der körperlichen oder psychischen Symptomatik konnte dadurch jedoch nicht (Smith, Monson & Ray, 1986) oder nur in geringem Maße (Rost, Kashner & Smith, 1994; Smith, Rost & Kashner, 1995) erreicht werden, so dass möglicherweise die Kosteneinsparungen mehr auf Verhaltensänderungen der Ärzte als auf positive Effekte bei ihren Patienten zurückgehen.

Zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Arbeit ließen sich unter den deutsch- und englischsprachigen Veröffentlichungen zehn kontrollierte Therapiestudien finden, die sich auf Verhaltenstherapie bei Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden beziehen. Daneben existieren eine Reihe kontrollierter Studien, die sich mit bestimmten Syndromen, wie z. B. dem Chronic Fatigue Syndrome (Sharpe, Hawton, Simkin, Surawy, Hackmann, Klimes, Peto, Warrell & Seagroatt, 1996; Deale, Chalder, Marks & Wessely, 1997), dem irritablem Darmsyndrom (Greene & Blanchard, 1994; Payne & Blanchard, 1995) oder der Fibromyalgie (Goldenberg, Kaplan, Nadeau, Brodeur, Smith & Schmid, 1994; Vlaeyen, Teeken-Bruben, Goossens, Rutten-van Molken, Pelt, van Eek & Heuts, 1996) beschäftigen.

Die zehn Studien zur Therapie bei somatoformen Beschwerden, ihre wesentlichen Ergebnisse sowie Informationen zu klinischer Signifikanz und Akzeptanz werden auf den folgenden Seiten in chronologischer Ordnung der Veröffentlichungen dargestellt. Um die Studien vergleichbar und die Darstellung übersichtlich zu halten, wurde eine weitgehend einheitliche Struktur gewählt.

1. Hellman, Budd, Borysenko, McClelland & Benson (1990)

Patientengruppe:	Medizinisch unklare körperliche Symptome
Setting:	Ambulante verhaltensmedizinische Gruppentherapie, Rekrutierung aus Allgemeinarztpraxen
Stichproben:	Gesamtstichprobe N = 80, randomisiert verteilt auf Bedingungen A (N = 28), B (N = 27) und C (N = 25).
Behandlungsbedingung A:	„Ways to Wellness“-Gruppe (Selbstbeobachtung zur Veränderung von Stimmungsschwankungen und Verhaltensweisen)
Behandlungsbedingung B:	„Mind/Body“-Gruppe (Schwerpunkt Entspannung)
Kontrollbedingung C:	„Stress Management Information“
Nachuntersuchung:	6-Monats Follow-Up (FU)
Ergebnisse:	Verminderung der Arztbesuche, der Beeinträchtigung durch körperliche Symptome und der allgemeinen psychischen Belastung im FU für A und B, nicht aber für C; zusätzliche Effekte zugunsten von A
Klinische Signifikanz:	Geschätzte Einsparung für Gesundheitskosten von US\$ 85 pro Pat. der Bedingung A oder B in 6 Monaten; prä-post Effektstärken für A und B für die Beeinträchtigung durch körperliche Symptome .36, für die allgemeine psychische Belastung .68 ¹
Akzeptanz:	80% der rekrutierten Personen nahmen an Behandlung teil

¹ Die Effektstärken wurden anhand der deskriptiven Angaben berechnet als Cohen's d (Cohen, 1988). Als Divisor wurde die gepoolte Streuung (Bortz & Döring, 1995, S. 569) verwendet.

2. Kashner, Rost, Cohen, Anderson & Smith (1995)

Patientengruppe:	Somatisierungsstörung nach DSM-III-R
Setting:	Allgemeinarztpraxen
Stichproben:	Gesamtstichprobe N = 70, randomisiert verteilt auf Bedingungen A (N = 44) und B (N = 26)
Behandlungsbedingung A:	Informationsbrief an Allgemeinarzt plus Gruppentherapie (8 Sitzungen, u.a. Problemlösen, Copingstrategien)
Kontrollbedingung B:	Informationsbrief an Allgemeinarzt
Nachuntersuchung:	12 Monate nach Beginn der Gruppentherapie
Ergebnisse:	Erhöhung der psychischen Gesundheit und körperlichen Funktionsfähigkeit bei A > B; keine Unterschiede von A und B in sozialer Funktionsfähigkeit und allgemeiner Gesundheit
Klinische Signifikanz:	Einsparung an Gesundheitskosten von US\$ 430 pro Pat. der Bedingung A pro Jahr
Akzeptanz:	45% nahmen Angebot der Gruppentherapie an; 14% nahmen vollständig teil (mind. 7 Sitzungen)

3. Speckens, van Hemert, Spinhoven, Hawton, Bolk & Rooijmans (1995a)

Patientengruppe:	Medizinisch unklare körperliche Symptome
Setting:	Allgemeinmedizinische Universitätsambulanz
Stichproben:	Gesamtstichprobe N = 79, randomisiert verteilt auf Bedingungen A (N = 39) und B (N = 40)
Behandlungsbedingung A:	Strukturierte Einzeltherapie (6 bis 16 Sitzungen; u.a. kognitive Umstrukturierung, Verhaltensexperimente)
Kontrollbedingung B:	Optimierte allgemeinmedizinische Behandlung
Nachuntersuchungen:	6 und 12 Monate nach Baseline-Messung
Ergebnisse:	Verminderung der Häufigkeit und Intensität der Symptome, des Krankheitsverhaltens ² , der Beeinträchtigung der sozialen Interaktionen und des Schlafs in 12-Monats Nachuntersuchung bei A > B. Keine Unterschiede von A und B bzgl. Anzahl der Arztbesuche
Klinische Signifikanz:	12 Monate nach Beginn beschrieben sich 73% der Patienten in Bedingung A vs. 59% der Bedingung B in einem globalen Rating als gebessert bzgl. körperlicher Symptome
Akzeptanz:	81% nahmen an Behandlung A oder B teil

² Das Krankheitsverhalten wurde erhoben mit den Illness Attitude Scales (Kellner, 1986; Speckens, Spinhoven, Sloekers, Bolk & van Hemert, 1996a).

4. Lupke, Ehlert & Hellhammer (1996)

Patientengruppe:	Somatoforme Störungen nach DSM-III-R
Setting:	Psychologischer Konsiliardienst für Allgemeinkrankenhäuser
Stichproben:	Gesamtstichprobe N = 76, für Bedingungen A (N = 58) und B (N = 18) wurde aus jeweils einem anderen Krankenhaus rekrutiert
Behandlungsbedingung A:	Krankenhausbehandlung plus einzeltherapeutische Kurzzeitintervention (11 Sitzungen; u.a. Symptomprovokationen, Entspannung, Einbezug von Bezugspersonen)
Kontrollbedingung B:	Krankenhausbehandlung
Nachuntersuchungen:	Behandlungsende und 12-Monats FU
Ergebnisse:	Baseline-Unterschiede zwischen A und B. Größere Verbesserung der Depressivität zu Behandlungsende für A vs. B. Körperliche Beschwerden für A und B vergleichbar gebessert. FU erfragt nur Nachbehandlungen.
Klinische Signifikanz:	Prä-post Effektstärke .50 für die kurzfristige Verminderung der Beschwerdenintensität für A ³
Akzeptanz:	Bei 47% konnte die Intervention A vollständig durchgeführt werden

³ Die Effektstärken wurden anhand der deskriptiven Angaben berechnet als Cohen's d.

5. Lidbeck (1997)

Patientengruppe:	Funktionelle somatische Symptome nach Kellner (1987)
Setting:	Präventivmedizinische Universitätsambulanz
Stichproben:	Gesamtstichprobe N = 50, randomisiert verteilt auf Bedingungen A (N = 33) und B (N = 17)
Behandlungsbedingung A:	Gruppentherapie (8 Sitzungen; Schwerpunkt Psychoedukation und Entspannung)
Kontrollbedingung B:	Warteperiode von 8 Monaten
Nachuntersuchungen:	Behandlungsende und 6-Monats-FU
Ergebnisse:	Unzureichende Auswertung. Geringere hypochondrische Merkmale und Medikamentenkonsum im FU für A vs. B, keine Gruppenunterschiede bzgl. Ängstlichkeit und Depressivität
Klinische Signifikanz:	Prä-post Effektstärke .42 für die Verminderung des Krankheitsverhaltens ⁴ im FU für A ⁵
Akzeptanz:	Nur ein Drop-Out, durchschnittliche Anwesenheitsrate für A: 91%

⁴ Das Krankheitsverhalten wurde erhoben mit dem Illness Behaviour Questionnaire (Pilowsky & Spence, 1983).

⁵ Die Effektstärken wurden anhand der deskriptiven Angaben berechnet als Cohen's d.

6. McLeod, Budd & McClelland (1997)

Patientengruppe:	Medizinisch unklare körperliche Symptome
Setting:	Allgemeinarztpraxen
Stichproben:	Gesamtstichprobe N = 82, randomisiert verteilt auf Bedingungen A (N = 38) und B (N = 44)
Behandlungsbedingung A:	Strukturierte Einzeltherapie (Schwerpunkte Meditation und Selbstbeobachtung zur Identifikation von Stimmungs- und Verhaltensmustern)
Kontrollbedingung B:	6-Wochen Warteperiode
Nachuntersuchungen:	Behandlungsende, 6-Monats FU für A
Ergebnisse:	Reduktion in den SCL-90-R Skalen Somatisierung, Ängstlichkeit und Depressivität nach Behandlung bei A > B, Reduktion wurde für A im FU aufrecht erhalten
Klinische Signifikanz:	Prä-post Effektstärken .69 für Somatisierung, .58 für Ängstlichkeit, .53 für Depressivität zum FU für A ⁶
Akzeptanz:	28% verweigerten Studienteilnahme, 15% Drop-Outs während der Erhebung

⁶ Die Effektstärken wurden anhand der deskriptiven Angaben berechnet als Cohen's d.

7. Leibbrand, Schröder, Hiller & Fichter (1998)

Patientengruppe:	Somatisierungs-, Konversions-, Schmerzstörung oder Hypochondrie nach DSM-IV oder SSI 4/6 nach Escobar et al. (1989b) ⁷
Setting:	Stationäre Behandlung in psychosomatischer Fachklinik
Stichproben:	Stichprobe somatoformer Patienten N = 95, Vergleich mit Eigenwarte- und klinischer Kontrollgruppe
Behandlungsbedingung A:	Verhaltenstherapeutisches Standardbehandlungsprogramm (u.a. Einzeltherapie, themenoffene und störungsspezifische Gruppentherapien)
Nachuntersuchung:	Behandlungsende
Ergebnisse:	Verbesserung in Beschwerden, Depressivität und störungsspezifischen Kognitionen zu Behandlungsende. Verschlechterung der Beschwerden in der Wartegruppe.
Klinische Signifikanz:	Prä-post Effektstärken von .35-.63 für Verminderung von Beschwerden, .27-.49 für störungsspezifische Kognitionen, .83-1.37 für Depressivität
Akzeptanz:	Keine Angaben

⁷ Escobar, Rubio-Stipec, Canino & Karno, 1989b

8. Ehlert, Wagner & Lupke (1999)

Patientengruppe:	Medizinisch unklare körperliche Symptome
Setting:	Psychologischer Konsiliardienst für Allgemeinkrankenhäuser
Stichproben:	Gesamtstichprobe N = 42, Bedingung A (N = 21), Bedingung B (N = 21) wurde nach Diagnosen gepaart und aus anderem Krankenhaus rekrutiert
Behandlungsbedingung A:	Krankenhausbehandlung plus Einzeltherapie (u.a. kognitive Umstrukturierung, Stressprovokationen, Entspannung)
Kontrollbedingung B:	Krankenhausbehandlung
Nachuntersuchung:	Behandlungsende
Ergebnisse:	Verminderung von Beschwerden und Depressivität zu Behandlungsende bei A > B
Klinische Signifikanz:	Prä-post Effektstärken für Verminderung von Beschwerden von .56-.91 bei A, von .11-.36 bei B, für Depressivität .47 bei A, .31 bei B
Akzeptanz:	Keine Angaben

9. Nanke & Rief (2000b)

Patientengruppe:	Somatisierungssyndrom nach Hiller, Rief & Fichter (1995), Rief & Hiller (1999b)
Setting:	Stationäre Behandlung in psychosomatischer Fachklinik
Stichproben:	Gesamtstichprobe N = 50, randomisiert verteilt auf Bedingungen A (N = 25) und B (N = 25)
Behandlungsbedingung A:	Multimodale Standardbehandlung plus Biofeedback-Einzeltherapie (6 Sitzungen)
Kontrollbedingung B:	Multimodale Standardbehandlung plus Entspannungstherapie (6 Sitzungen)
Nachuntersuchung:	Nach Behandlung
Ergebnisse:	Differentielle Verminderung der katastrophisierenden Bewertung körperlicher Symptome und der Intoleranz von Beschwerden zu Behandlungsende zugunsten von A (vs. B)
Klinische Signifikanz:	Prä-post Effektstärke für Verminderung katastrophisierender Kognitionen .29 für A ⁸
Akzeptanz:	Positivere Bewertung von A vs. B bzgl. „Glaubwürdigkeit und Zufriedenheit“, „Wahrgenommene Fortschritte und Bewältigungsmöglichkeiten“

⁸ Die Effektstärken wurden anhand der deskriptiven Angaben berechnet als Cohen's d.

10. Sumathipala, Hewege, Hanwella & Mann (2000)

Patientengruppe:	Mindestens 5 medizinisch unklare körperliche Symptome
Setting:	Ambulante allgemeinärztliche Einrichtung
Stichproben:	Gesamtstichprobe N = 68, randomisiert verteilt auf Bedingungen A (N = 34) und B (N = 34)
Behandlungsbedingung A:	Manualisierte Einzeltherapie (6 halbstündige Sitzungen; u.a. Beschwerdetagebuch, kognitive Umstrukturierung, Verminderung medizinischen Inanspruchnahmeverhaltens)
Kontrollbedingung B:	Übliche medizinische Behandlung
Nachuntersuchungen:	3 Monate nach Behandlungsbeginn
Ergebnisse:	Verminderung von Beschwerden, Arztbesuchen und allgemeiner Beeinträchtigung in Nachuntersuchung für A > B
Klinische Signifikanz:	5 Arztbesuche weniger im Halbjahr für A, durchschnittlich 2 (von 6) körperliche Beschwerden weniger im FU für A
Akzeptanz:	15% Drop-Outs von der 1. zur 2. Sitzung, 21% von der 2. zur 3. Sitzung

Aus einem ersten Überblick über die oben dargestellten Studien lässt sich zunächst schließen, dass der Erfolg verhaltenstherapeutischer Behandlungen bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen als belegt angesehen werden kann. Zum selben Schluss kommen auch die Autoren der Überblicksartikel zu kontrollierten Studien für somatoforme Störungen aus neuerer Zeit (Rief & Hiller, 1998; Kroenke & Swindle, 2000; Looper & Kirmayer; 2002). Betrachtet man die einzelnen Studien genauer, scheint jedoch eher die Menge als die Qualität der Untersuchungen für dieses Argument zu sprechen.

Viele Argumente sprechen dafür, als Einschlusskriterium keine Somatisierungsstörung festzulegen, da diese Diagnose nur einen kleinen Teil der stark beeinträchtigten Patienten mit multiplen somatoformen Beschwerden erfasst (zur Diskussion der Klassifikationskriterien s. Escobar et al., 1989b; Rief, 1996; Fink, 1996; Rief & Hiller, 1999b; zur Entwicklung von alternativen Konzepten s. Escobar et al., 1989b; Hiller et al., 1995; Kroenke, Spitzer, deGruy, Hahn, Linzer, Williams, Brody & Davies, 1997; Rief & Hiller, 1999b). So verwenden auch einzig Kashner et al. (1995) die Kriterien der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R (Wittchen, Saß, Zaudig & Kohler, 1989) als Einschlusskriterium. Das Eingangskriterium „medizinisch unklare körperliche Symptome“, wie es Hellman et al. (1990), Speckens et al. (1995a), McLeod et al. (1997) sowie Ehlert et al. (1999) verwenden, erscheint jedoch verhältnismäßig schwach umrissen, bedenkt man, dass nach Kellner (1986) ca. 80 % der Bevölkerung mindestens einmal in der Woche somatische Symptome erleben, die nicht auf eine körperliche Erkrankung zurückzuführen sind.

Vergleichsmessungen von Therapiebeginn und –abschluss belegen nur, dass sich eine Besserung während der Behandlung einstellt. Das eigentliche Ziel der Behandlung sollte jedoch eine längerfristige Stabilisierung der Erfolge sein. In nur drei Studien wird ein 6-Monats Follow-Up in der eigentlichen Definition des Begriffes „Follow-Up“ durchgeführt (Hellman et al., 1990; Lidbeck, 1997; McLeod et al., 1997). Nur eine Studie bedient sich eines 12-Monats Follow-Up (Lupke et al., 1996). In den Studien von Kashner et al. (1995) und Speckens et al. (1995a) wird der Zeitpunkt des Follow-Up festgelegt auf 12 Monate nach Behandlungsbeginn, so dass die eigentliche Follow-Up Zeit einige Monate weniger betragen dürfte. Ebenso verfahren Sumathipala et al. (2000) mit ihrer Festlegung des 3-Monats Follow-Up.

Ein weiterer kritischer Punkt betrifft die Akzeptanz der Behandlungsprogramme. Bei Kashner et al. (1995) nahmen nur 14% der Patienten in der Experimentalgruppe an mindestens sieben der acht Sitzungen teil. Lupke et al. (1996) konnten ihre Intervention an 47% der Personen der Behandlungsbedingung durchführen.

Sumathipala et al. (2000) beschreiben, dass von der ersten bis zur dritten Therapiesitzung 36% der Probanden abbrechen. So sind deutliche Verzerrungen der Ergebnisse in die erwünschte Richtung zu erwarten. Um dem vorzubeugen, führten Sumathipala et al. (2000) Intent-to-treat Analysen durch, die jedoch möglicherweise die Ergebnisse in die unerwünschte Richtung verzerren. Wünschenswerter erscheint die Durchführung eines Behandlungsprogrammes, das per se eine höhere Attraktivität für die Studienpatienten hat. Dies konnte in den Untersuchungen von Hellman et al. (1990), Speckens et al. (1995a), Lidbeck (1997) und Nanke & Rief (2000b) erreicht und dokumentiert werden.

Inhalte und Qualität der durchgeführten verhaltenstherapeutischen Behandlungen variieren stark. Hiller & Rief (1998) kritisieren an der Untersuchung von Lidbeck (1997), dass die durchgeführten Informationsvorträge, die allgemeine Aussprache über die Inhalte sowie das Entspannungstraining keine kognitive Verhaltenstherapie im engeren Sinne gewesen sei. Vergleichbar lassen sich die Behandlungsprogramme von Hellman et al. (1990) und McLeod et al. (1997) kritisieren.

In der Untersuchung von Lidbeck (1997) wurden trotz des Messwiederholungsdesigns nur Gruppenunterschiede, nicht aber Veränderungen über die Zeit berechnet. Die publizierten Ergebnisse stehen somit auf einer schwachen Grundlage.

Lupke et al. (1996) und Ehlert et al. (1999) zeigten mit der Durchführung einer strukturierten Einzeltherapie bei Somatisierungspatienten in einem Allgemeinkrankenhaus einen interessanten und therapeutisch zukunftsweisenden Ansatz. Leider ließen sich jedoch die Kontrollpersonen nicht aus dem gleichen Krankenhaus rekrutieren, so dass die Vergleichbarkeit der Gruppen nicht gewährleistet ist.

Betrachtet man unabhängig von diesen Kritikpunkten die einzelnen Ergebnisse der zusammengestellten Studien, findet sich für die meisten der untersuchten Zielvariablen ein positiver Effekt für die verhaltenstherapeutischen Behandlungen. Bis auf die Ergebnisse von Lupke et al. (1996) zeigt sich durchgehend eine Reduktion der somatoformen Beschwerden bzw. der Beeinträchtigung durch körperliche Symptome (Hellman et al., 1990) oder der körperlichen Funktionsfähigkeit (Kashner et al., 1995). In vier Studien wurde die gesundheitspolitisch relevante Variable des medizinischen Inanspruchnahmeverhaltens untersucht. Es zeigten sich positive Behandlungseffekte in Form einer Reduktion von Arztbesuchen in allen Untersuchungen, mit Ausnahme der von Speckens et al. (1995a). Fünf Studien beschäftigen sich mit der Verminderung

von Depressivität, wieder wird die Reduktion der Zielvariable mit einer Ausnahme (Lidbeck, 1997) belegt. Leibbrand et al. (1998) sowie Nanke & Rief (2000b) fanden eine positive Veränderung störungsspezifischer Kognitionen. Die weiteren untersuchten Zielvariablen sind schwer miteinander vergleichbar. Interessant ist, dass Kashner et al. (1995) keine positive Veränderung der allgemeinen Gesundheit der Studienpatienten finden konnten.

Die Effektstärken der longitudinalen Differenzen liegen für die Behandlungsgruppen bezüglich der Verminderung der Beschwerden sowie der Depressivität überwiegend im mittleren Bereich. Die Effekte einiger Untersuchungen sind nach der Konvention von Cohen (1988) als klein einzuordnen (für die Beeinträchtigung durch körperliche Symptome: Hellman et al., 1990; für die Verminderung des Krankheitsverhaltens: Lidbeck, 1997; für die Verminderung störungsspezifischer Kognitionen: Nanke & Rief, 2000b und Leibbrand et al., 1998). Hervorzuheben sind die Ergebnisse von Speckens et al. (1995a). Durch die strukturierte verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung gelang es den Autoren, Verminderungen der Symptomintensität von über einer Standardabweichung zu erreichen.

Es scheint bedenklich, dass keine einzige der oben beschriebenen Studien gleichermaßen klar definierte Eingangskriterien, eine Follow-Up Untersuchung, ein sorgfältiges methodisches Vorgehen und eine zufriedenstellende Akzeptanz der Behandlung aufweisen kann. Es finden sich übergreifende Belege für die Reduktion von körperlichen Beschwerden, Arztbesuchen und Depressivität, jedoch gibt es für jede der Outcome-Variablen auch jeweils eine Untersuchung, die diese Effekte nicht zeigen kann. Die Effektstärken bleiben im kleinen bis mittleren Bereich.

Aus der Bewertung der dargestellten Befunde ergibt sich weiterhin ein ausgeprägter Forschungsbedarf. Die folgende kontrolliert-randomisierte Untersuchung evaluiert den Effekt einer manualisierten verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlung im Rahmen eines stationären verhaltensmedizinischen Gesamtbehandlungsprogramms bei Patienten, die die Kriterien für ein Somatisierungssyndrom (mind. acht nach DSM-IV relevante somatoforme Symptome) erfüllen. Die untersuchte Stichprobe von 191 Patienten übersteigt dabei die der genannten Studien deutlich.

3. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms – a randomised controlled trial in tertiary care

3.1 Introduction

While neglected in the literature earlier, treatments for unexplained multiple symptoms and somatoform disorders have received increased attention in the past decade (Lidbeck, 1997). As a consequence, the quality of research studies has improved (Kroenke & Swindle, 2000). In their review of controlled clinical trials on cognitive-behavioural therapy (CBT) for somatisation, Kroenke & Swindle (2000) analysed 31 studies. They concluded that CBT can be effective: 20 out of 28 studies reported a reduction in physical symptoms. In another review, Hiller & Rief (1998) found positive outcomes for CBT for patients with somatoform disorders within the general medical setting. However, the sample sizes of most studies are only moderate, and the majority of studies are carried out in primary care. If primary care treatments fail, patients are referred to a specialist. If these treatments are also ineffective in reducing disability and subsequent health care costs, patients can be sent to tertiary care units in some countries. It is presumed that patients referred to tertiary care institutions are more disabled, display more chronic somatic symptoms and are possibly more difficult to treat. Our randomised clinical trial examined the effect of a multi-component CBT in a large sample of tertiary care patients.

Due to the frequently reported discrepancy between the high prevalence of somatising patients seen in health care systems (Katon, Ries & Kleinman, 1984) and a rather low prevalence of DSM-IV or ICD-10 somatisation disorder (Gureje, Simon, Ustun & Goldberg, 1997), alternative concepts of a broader somatisation disorder have been developed and examined since the 80s (Escobar et al., 1989b; Kroenke et al., 1997; Rief & Hiller, 1999b). Therefore in this study, the diagnosis of somatisation syndrome was selected as the main inclusion criteria, defined as having at least 8 DSM-IV somatoform symptoms (Rief & Hiller, 1999b). The trial was carried out in a regular tertiary care hospital for mental and psychosomatic disorders which is part of the German health care system. The treatment is accessible to patients regardless of

social status. Patients usually have a long history of illness, doctor shopping, and sick leave prior to treatment (Rief, Hiller, Geissner & Fichter, 1995; Hiller, Rief & Fichter, 1997).

The aim of the study was a) to evaluate the effect of an inpatient CBT treatment by comparing it with a waiting list control group and b) to analyse the differential efficacy of an additional group treatment module for multiple somatoform symptoms by comparing it with a group relaxation training. A broad improvement in all outcome variables comparing the two treatment groups with waiting list controls was expected. Furthermore, an additional effect was expected of the somatoform group module on specific measures, such as somatoform pathology, health care utilisation and health status.

3.2 Methods

3.2.1 Design and Treatment

The sample included 196 inpatients with somatisation syndrome (patients with ≥ 8 DSM-IV somatoform symptoms) who were consecutively admitted to the Roseneck-Centre for Behavioural Medicine in Prien am Chiemsee, Germany, from January 1999 to July 2001. Mean treatment duration amounted to 51.9 days (SD = 16.3). Patients in treatment were compared to patients on a 4-month waiting list prior to admission (mean = 128.1 days, SD = 97.6; N = 34 waiting controls). Waiting controls were selected during the first year of the study by screening the entry forms for somatoform symptomatology before admission. Therapy outcome was analysed at discharge and at a 1-year follow-up. At discharge, patients received a selection of questionnaires. At follow-up, subjects filled out all questionnaires and were interviewed by the same researcher who conducted the initial interview. All subjects participated voluntarily after informed consent was obtained.

Standard treatment: All patients underwent the standard cognitive-behavioural treatment. It consisted of individual therapy and problem-focused group therapy sessions, assertiveness training and in some cases standardised therapy modules focusing on comorbid disorders (e.g. depression, anxiety).

Additional Treatments: The subjects were assigned to cohorts consisting of 6 to 8 subjects. Cohorts randomly received one out of two experimental conditions, one being

a group management training for somatoform symptoms (soma; N = 107) and the other a relaxation training (Progressive Muscle Relaxation PMR; N = 84). Both additional group treatments were comprised of 8 sessions, manual-based¹ and conducted by trained therapists. The overall goals of the soma group treatment were to explain somatoform symptoms considering both biological and psychological aspects and to teach a variety of coping strategies. It consisted of cognitive-behavioural techniques such as behavioural experiments, role play, a short version of relaxation training, one biofeedback session, cognitive restructuring, and reduction of avoidance behaviour. The treatment was based on standardised guidelines for the psychological treatment of somatoform disorders as published elsewhere (Rief & Hiller, 1999a; Sharpe, Peveler & Mayou, 1992; Warwick & Salkovskis, 1989; Rief, Bleichhardt & Timmer, 2002). The PMR treatment was based on modifications of Jacobson's original programme by Bernstein & Borcovec (1973).

3.2.2 Instruments

Mental disorders were diagnosed by structured interviews (International Diagnostic Checklists for DSM-IV IDCL) (Hiller, Zaudig, Mombour & Bronisch, 1993b). Health care utilisation and occupational disability was assessed through an interview on illness behaviour developed by the authors. Further, a number of evaluated psychometric instruments assessing somatoform symptoms (Screening for Somatoform Symptoms – SOMS; Rief, Hiller & Heuser, 1997), general psychopathology (SCL-90-R; Derogatis, 1977), anxiety and depression (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS; Zigmond & Snaith, 1983), life satisfaction (Questions on Life Satisfaction FLZM; Henrich & Herschbach, 2000) and health-related quality of life (visual analogue scale of the EuroQoL; Kind, 1996) were used.

3.2.3 Statistical Methods

Initial group differences were tested with t-tests for independent samples, χ^2 for frequencies. Repeated measures ANOVAs were used to test for short and long-term outcome (time effect) and a time by group interaction effect. "Visits to the doctor" was

¹ A compendium of the soma-group manual is published (Rief et al., 2002). Die Beschreibung der Soma-Gruppe befindet sich auch in Anhang C.

only normally distributed after logarithmic transformation. Thus, transformed scores were used for ANOVA. Effect sizes were computed as Cohen's *d* (Cohen, 1988) with pooled SD as the denominator. As omitting drop-outs from further analysis may account for biased treatment effects, an additional intent-to-treat analysis was computed: missing data at discharge / follow-up was replaced with admission data.

3.3 Results

3.3.1 Patient Characteristics

The final sample consisted of 191 patients. Four subjects had to be excluded because they were referred to specialised pain or tinnitus management groups which confounded with the soma group. One patient had to be excluded subsequently because his symptoms were diagnosed as lyme disease at follow-up. Table 3.I shows the main characteristics of the subsamples.

During the treatment period, 9 subjects (4.7%) dropped out of the study. 157 patients (82%) completed the study at 1-year follow-up. No significant differences in sociodemographic, socioeconomic or psychopathologic variables between the treatment groups were found. There were no differences between the waiting control subjects compared to the remaining sample.

28% of the total sample fulfilled the strict criteria for DSM-IV somatisation disorder, and comorbidity with affective disorders was 74%. Patients had an average history of 9.2 years of mental disorders (SD = 8.2; median = 6 years) and reported a mean number of 20.6 somatoform symptoms (SOMS) in the last 2 years (SD = 7.3).

3.3.2 Treatment Effects

Significant long-term improvements were found in all selected outcome criteria: Number of somatoform symptoms, general psychopathology, anxiety, depression, subjective health status, life satisfaction and visits to the doctor.

Table 3.II displays the treatment effects. Whereas a continuous trend towards greater improvement for the soma group for almost all outcome variables can be seen,

a statistical time by group interaction effect was found only for the visits to the doctor. There were no changes in the waiting list control group during the waiting period (Table 3.III). There was, however, a trend for a reduction in anxiety ($p = .055$).

Largest time effect sizes (Table 3.II) were found for the reduction of the number of somatoform symptoms: $d = 1.22$ for standard + soma, $d = 1.07$ for standard + PMR. Effect sizes for the increase of subjective health status were $d = .63$ for standard + soma, $d = .33$ for standard + PMR. Responder-rates in terms of failing inclusion criteria at follow-up (< 8 somatoform symptoms) were 54% for the total sample, 59% for standard + soma, 48% for standard + PMR. The additional intent-to-treat analysis produced comparable results. All main effects and the interaction effect remained stable².

3.4 Discussion

The results indicate the efficacy of the CBT treatment in tertiary care patients. Before patients are referred to German tertiary care units, they have usually been treated unsuccessfully by various approaches. Fifty percent of the patients assessed in our study were treated at least once in a psychiatric or psychosomatic inpatient clinic. The subjects reported an average number of 21 somatoform symptoms, which corresponds to a percentile of 100 (compared to healthy subjects) and 80 respectively (compared to inpatients in a psychosomatic hospital) (Rief et al., 1997). There was a high rate of visits to the doctor with a mean number of 40 visits per year. Comorbidity with other mental disorders was also high with a rate of 74 % for affective disorders and a rate of 47% for anxiety disorders. These comorbidity rates are usually found in samples with subjects fulfilling the strict criteria for somatisation disorder (Escobar et al., 1989a; Rost et al., 1994). Escobar et al. found a comorbidity of 63% for Major Depression in somatisation disorder patients. On the basis of abridged somatisation criteria, comorbidity rates decreased to 38% for Major Depression and 8% for Dysthymia. The results show that patients with somatoform symptoms treated in tertiary care suffer from severe somatisation and are highly disabled.

Despite the subjects' high impairment, the results demonstrate an overall success for the CBT inpatient treatment. Somatoform symptoms, general psychopathology, anxiety, depression, and medical consulting behaviour scores were significantly

² Die Ergebnisse der Intent-to-treat Analysen befinden sich in Anhang D.

reduced at discharge and follow-up. Life satisfaction and subjective health status were increased. The stability of the scores of the waiting control group indicate that positive results can be attributed to the inpatient treatment.

There is a systematic trend for larger outcome effects of the standard + soma group condition. Fifty-nine percent of the standard + soma treatment compared to 48% of the standard + PMR treatment had less than 8 somatoform symptoms at one-year follow-up. Although we expected differential effects for somatoform symptomatology, health related quality of life and medical consulting behaviour, the differential effect of the soma group was significant only for visits to the doctor. The soma group treatment included discussion on medical consulting behaviour and, in line with the work of Warwick & Salkovskis (1989), the consequences of reassurance seeking. Possibly, these elements of the module had a specific and behaviour-changing influence on the patients. The reduction of visits to the doctor by 39% for standard + soma and 18% for standard + PMR is especially relevant considering the reduction of health care costs. As has been pointed out previously, patients with somatisation syndromes account for highly elevated health care costs due to excessive visits to the doctor (Goldberg & Bridges, 1988; Barsky, Ettner, Horsky & Bates, 2001), surgery and hospital admissions (Barsky et al., 2001; Fink, 1992), occupational disability and demands for financial compensation (Zoccolillo & Cloninger, 1986).

The reason for the lack of other interaction effects may lie in the design of the study. The broad standard treatment consists of several cognitive-behavioural group and individual therapeutic components. The effects reached by the latter probably exceeded the effects of the single module of soma group therapy. There are two other major limitations of this study, one being the selected sample of tertiary care patients in a psychosomatic inpatient unit possibly limiting generalisation, the other being the impossibility to extract specific treatment effects because of the diversity of treatment modules.

However, the extent of effects on psychopathology, life satisfaction and subjective health status exceeds those found in most studies, even though most effects are only medium in size. In their meta-analysis on CBT for chronic pain, Morley, Eccleston & Williams (1999) report mean effect sizes of .33 for pain experience and .38 for depression for treatment versus waiting list controls. In a study on CBT for physical nonspecific symptoms by Ehler et al., longitudinal effect sizes for short-term reduction of symptoms ranged from .56 to .91 in the CBT group (Ehler et al., 1999). In contrast, large effect sizes were found for the reduction of somatoform symptoms ($d = 1.22$ for standard + soma; $d = 1.07$ for PMR) in our study. In agreement with our results, several

studies on somatisation report a larger improvement in somatic symptoms and smaller to no change in psychopathologic measures, such as anxiety, depression or psychological distress (Deale et al., 1997; Greene & Blanchard, 1994; Speckens et al., 1995a). In contrast to older assumptions, the main symptomatology of unexplained physical symptoms can in fact be substantially changed by CBT.

The results of this study suggest that CBT is successful even in chronic and severe somatisation. Stability and extent of the outcomes as well as the cost-saving aspect of reduced medical consulting behaviour are encouraging.

Table 3.1. Characteristics of the subsamples

	I. Soma + standard	II. PMR + standard	Total I. + II.	III. Waiting controls [#]	Significant group differences	
					I vs. II	III vs. Non- III
	N = 107	N = 84	N = 191	N = 34		
	M (SD) / %	M (SD) / %	M (SD) / %	M (SD) / %		
Age	44.4 (9.6)	43.3 (11.3)	43.9 (10.4)	45.0 (10.0)	n.s.	n.s.
% female	77.6%	67.9%	73.3%	82.4%	n.s.	n.s.
Treatment duration (days)	50.8 (15.6)	53.4 (17.2)	51.9 (16.3)	-	n.s.	n.s.
DSM-IV Somatisation Disorder	30.8%	23.8%	27.7%	35.3%	n.s.	n.s.
Comorbid DSM-IV Affective Disorder	70.1%	78.6%	73.8%	82.4%	n.s.	n.s.
Comorbid DSM-IV Anxiety Disorder	44.9%	63.1%	52.9%	67.6%	n.s.	n.s.
Somatoform symptoms in the last 2 years (SOMS)	20.3 (8.0)	21.1 (6.4)	20.6 (7.3)	21.3 (7.8)	n.s.	n.s.
Duration of main mental disorder (years)	9.3 (8.1)	9.2 (8.4)	9.2 (8.2)	12.2 (10.0)	n.s.	n.s.
Patients with at least one former psychiatric / psychosomatic inpatient treatment	54.3%	43.9%	49.7%	48.5%	n.s.	n.s.
Weeks unable to work in the year before treatment	15.7 (18.0)	12.9 (16.7)	14.4 (17.4)	15.4 (17.9)	n.s.	n.s.
Demand for financial compensation	20.6%	25.0%	22.5%	23.5%	n.s.	n.s.

[#] Four subjects of the waiting control group were excluded for further assessment, 16 subjects participated in standard + soma, 14 in standard + PMR treatment. n.s. non significant.

Table 3.II. Treatment Effects

	Groups	Ad- mission	Discharge	1-y f-u	Significance			Effect sizes
					Time	Group	Time by group	Admission to 1-y f-u
	I. Soma + standard N = 89	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
	II. PMR + standard N = 68							
DSM-IV somatoform symptoms	I	10.0 (2.6)	-	6.8 (3.4)	F = 104.1			1.22
	II	10.3 (2.7)	-	7.5 (3.9)	p < .001	n.s.	n.s.	1.07
Somatisation (SCL-90-R)	I	1.61 (.74)	1.03 (.70)	1.10 (.74)	F = 57.4			.69
	II	1.62 (.74)	1.09 (.80)	1.19 (.89)	p < .001	n.s.	n.s.	.59
Positive Symptom Total PST (SCL-90-R)	I	55.7 (17.2)	42.9 (20.9)	42.2 (22.4)	F = 64.4			.82
	II	59.0 (15.6)	44.2 (21.7)	43.2 (24.5)	p < .001	n.s.	n.s.	.95
Depression (HADS)	I	10.5 (4.7)	7.7 (4.9)	8.2 (5.3)	F = 41.1			.50
	II	10.8 (4.4)	7.7 (5.3)	8.5 (5.1)	p < .001	n.s.	n.s.	.50
Anxiety (HADS)	I	11.7 (4.2)	8.8 (4.2)	9.9 (4.6)	F = 38.2			.43
	II	11.6 (4.1)	8.8 (4.5)	9.7 (4.6)	p < .001	n.s.	n.s.	.45
Subjective Health Status (EuroQoL)	I	47.7 (19.3)	-	59.6 (24.1)	F = 22.4			.63
	II	47.9 (18.8)	-	54.3 (23.0)	p < .001	n.s.	n.s.	.33
Life Satisfaction (FLZM)	I	13.2 (28.8)	-	26.7 (33.4)	F = 22.6			.46
	II	13.8 (30.0)	-	25.6 (33.4)	p < .001	n.s.	n.s.	.40
Visits to the doctor in the last year^s	I	41.1 (28.7)	-	25.1 (23.4)	F = 40.7		F = 4.3	.48
	II	41.6 (38.4)	-	34.1 (35.9)	p < .001	n.s.	p < .05*	.23

Mean effect sizes over all outcome criteria were $d = .65$ ($SD = .27$) for standard + soma and $d = .57$ ($SD = .30$) for standard + PMR. ^sVisits to the doctor was logarithmically transformed. 1-y f-u one-year follow-up; n.s. non significant.

Table 3.III. Waiting list control group (N = 34)

	registration	admission	t-test
	M (SD)	M (SD)	
Somatisation (SCL-90-R)	1.50 (.91)	1.48 (.91)	n.s.
Positive Symptom Total PST (SCL-90-R)	52.5 (19.0)	55.0 (18.2)	n.s.
Depression (HADS)	12.2 (4.3)	11.2 (4.8)	n.s.
Anxiety (HADS)	13.7 (4.3)	12.6 (4.5)	t = 1.99; p = .055
Subjective Health Status (EuroQoL)	45.1 (20.3)	45.5 (21.9)	n.s.
Life Satisfaction (FLZM)	13.6 (25.8)	17.7 (31.6)	n.s.

Mean waiting period was 128.1 days (SD = 97.6).

n.s. non significant.

4. Überleitung

Nachdem bisher der durch die Gesamtbehandlung und den Interventionsbaustein „Soma-Gruppe“ erzielte Therapieerfolg dargelegt wurde, beschäftigt sich das folgende Kapitel mit der Suche nach Prädiktoren für einen Therapieerfolg. Dabei wird die Zielsetzung verfolgt, Faktoren zu identifizieren, die den Erfolg begünstigen bzw. erschweren, um daraus Hinweise für die Optimierung bisheriger Therapieansätze zu erhalten. Wie bereits dargestellt, kann davon ausgegangen werden, dass verhaltenstherapeutische Behandlungen bei Somatisierungspatienten fruchtbar sind. Die klinische Signifikanz dieser Behandlungen ist jedoch eher als zufrieden stellend zu bewerten.

Im Verhältnis zu Therapieerfolgsstudien ist der Forschungsstand zu Prädiktorenanalysen noch weitaus geringer. Die folgende chronologische Übersicht stellt die aufgefundenen Studien zusammen. Ihre wesentlichen Ergebnisse werden im folgenden Kapitel erläutert und diskutiert. Aufgrund der geringen Befundlage wurden auch Untersuchungen betrachtet, die allgemeinärztliche Interventionen evaluieren oder sich auf spezifische Syndrome, wie z.B. das Chronic Fatigue Syndrome, beziehen.

1. Wooley, Blackwell & Winget (1978):

Breites verhaltensmedizinisches Therapieangebot bei Patienten mit chronischem Krankheitsverhalten

2. Shorter, Abbey, Gillies, Singh & Lipowski (1992):

Stationäre psychosomatische Behandlung bei Patienten mit chronischer Somatisierung

3. Wilkinson & Mynors-Wallis (1994):

Problemlösetraining bei Patienten mit medizinisch unklaren körperlichen Symptomen

4. Bach & Bach (1995):

Integrative Verhaltenstherapie bei Patienten mit undifferenzierter somatoformer Störung zum Beleg des Alexithymie-Konzeptes

- 5. Rief (1995); Rief, Hiller, Geissner & Fichter (1995):**
Stationäre, multimodale verhaltensmedizinische Behandlung bei multiplen somatoformen Symptomen
- 6. Speckens, van Hemert, Bolk, Rooijmans & Hengeveld (1996b):**
Allgemeinarztbehandlung bei medizinisch unklaren körperlichen Beschwerden
- 7. Deale, Chalder, Marks & Wessely (1997); Deale, Chalder & Wessely (1998):**
Einzel-Verhaltenstherapie bei Chronic Fatigue Syndrome
- 8. Ray, Jefferies & Weir (1997):**
Meditationstechnik, Empfehlung zur körperlichen Betätigung, z.T. anti-depressive Pharmakotherapie bei Chronic Fatigue Syndrome
- 9. Downes-Grainger, Morriss, Gask & Faragher (1998):**
Allgemeinarztbehandlung bei „somatisierten psychischen Störungen“
- 10. Leibbrand, Hiller & Fichter (1999); Leibbrand et al. (1989):**
Stationäre, multimodale verhaltensmedizinische Behandlung bei somatoformen Störungen zum Einfluss komorbider psychischer Störungen
- 11. Nakao, Myers, Friccione, Zuttermeister, Barsky & Benson (2001):**
Patienten in einem „Programm zur Reduktion medizinischer Symptome“
- 12. Hiller, Leibbrand, Rief & Fichter (2002):**
Stationäre, multimodale verhaltensmedizinische Behandlung bei Hypochondrie

Da im vorherigen Kapitel gezeigt wurde, dass sich die Hauptwirkung der verhaltenstherapeutischen Behandlung durch das Gesamtbehandlungspaket erzielen ließ, wird in der folgenden Prädiktorenstudie die Gesamtstichprobe als Analysegrundlage herangezogen.

5. Prädiktoren für den direkten und längerfristigen Therapieerfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen nach verhaltenstherapeutischer Behandlung

5.1 Einleitung

“An encounter with the somatizing patient usually arouses negative feelings such as puzzlement and frustration in the practitioner.” (Lidbeck 1997, S. 14). “The treatment of somatization is difficult. Patients seek physical explanations for their symptoms and may be reluctant to acknowledge the value for a psychological treatment.” (Wilkinson & Mynors-Wallis 1994, S. 591). Sätze wie diese findet man häufig in der Literatur zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen.

Somatisierungspatienten, die erstmalig einen Psychotherapeuten aufsuchen, haben in der Regel eine jahrelange Vorgeschichte zahlloser Arztkonsultationen und verschiedenster diagnostischer Untersuchungen hinter sich, die größtenteils erfolglos bleiben (vgl. Rief & Hiller, 1992). Zudem erscheint die Überzeugung der Patienten nahe liegend, dass körperliche Beschwerden durch körperliche Krankheiten ausgelöst werden und mittels organmedizinischer Interventionen, wie Medikamente oder Operationen, wieder zurückgehen. So ist es nachvollziehbar, dass Patienten somatoformen Störungen psychotherapeutischen Behandlern zunächst mit Zurückhaltung, Skepsis und teilweise wenig Kooperationsbereitschaft begegnen. Ebenso verständlich sind dann auch die Schwierigkeiten, die ein Psychotherapeut zu Beginn der Behandlung dieser Patientengruppe haben kann.

Dies mag mit dazu beigetragen haben, dass die somatoformen Störungen lange Zeit wenig Beachtung in der klinisch-psychologischen Forschung bekommen haben. In den letzten 15 Jahren wurden jedoch einige Behandlungskonzepte entwickelt und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft, so dass Rief & Hiller (1998) in ihrem umfassenden Therapieleitfaden schließen können: „Vor wenigen Jahren noch als unbehandelbare “Therapeutenkiller” gesehen, ergeben sich nun so viele Anhaltspunkte für therapeutische Interventionen bei dieser Patientengruppe, dass die Phase der Hilflosigkeit bei Therapeuten überwunden werden kann.“ (S. 80).

Die Anzahl kontrollierter Therapiestudien bleibt jedoch weiter überschaubar. Diese belegen in der Überzahl den Erfolg verhaltenstherapeutischer Behandlungen bei Patienten mit somatoformen Störungen, der sich in Form von positiven Veränderungen der Beschwerden (z. B. Speckens et al., 1995a; Leibbrand, 1997), des Krankheitsverhaltens (z. B. Smith et al., 1995; Lidbeck, 1997), teilweise auch allgemeiner psychopathologischer Variablen, wie Depressivität (Sharpe, Hawton, Simkin, Surawy, Hackmann, Klimes, Peto, Warrell & Seagroatt, 1996) oder Ängstlichkeit (Payne & Blanchard, 1995) manifestiert.

Einige Untersuchungen geben Auskunft über die klinische Bedeutsamkeit der Ergebnisse. Ehlert et al. (1999) berichten über Effektstärken von .56 bis .91 für die Reduktion körperlicher Beschwerden von Therapiebeginn bis zum Abschluss. In der Untersuchung von Speckens et al. (1995a) beschrieben sich zum 12-Monats Follow-Up 73% der Patienten in einem globalen Selbstrating als in ihren körperlichen Symptomen gebessert, während dies 59% der Kontrollgruppe taten. Kroenke & Swindle (2000) stellten in einem Überblicksartikel alle kontrollierten Studien über kognitive Verhaltenstherapie bei Somatisierung zusammen: Hier finden sich Responderraten von 44 – 86% für die Experimentalgruppen, jedoch erreichen auch die Kontrollgruppen (i.d.R. Wartelisten oder standardmäßige Allgemeinarztbehandlungen) Responderraten von zehn bis hin zu siebenzig Prozent. Auch ist kritisch anzumerken, dass in der Regel als Erfolgskriterium eine reine Verbesserung in der Symptomatik definiert wurde, ohne die Verbesserung quantitativ zu determinieren.

Somit sind einerseits die Behauptungen von Craig, Boardman, Mills, Daly & Drake (1993) oder Rudolf (1992), die Aussicht auf Behandlungserfolge bei Somatisierungspatienten seien eher gering, nicht zu halten. Ähnlich wie Kroenke & Swindle schlussfolgern auch Hiller & Rief (1998) in ihrem Überblicksartikel zu Therapiestudien, dass die Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen durchaus Erfolg versprechend und gut wirksam ist. Jedoch liegen andererseits die Erfolgsraten im Vergleich zu besser und länger beforschten Störungsbildern, wie Angststörungen (z. B. Clum, Clum & Surls, 1993) und Depressionen (z. B. Reinecke, Ryan & DuBois, 1998), immer noch niedriger.

Um das kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzept zu optimieren, ist es sinnvoll zu betrachten, welche Patienten deutlich von einer solchen Therapie profitieren und bei welchen Patienten diese noch nicht ausreichend durchgreift. Deshalb befasst sich diese Studie mit der Suche nach Prädiktoren, die den Erfolg einer kognitiven Verhaltenstherapie vorhersagen können.

Insgesamt findet sich nur eine kleine Zahl von Untersuchungen, die sich mit der Vorhersage des Therapieerfolgs nach einer Verhaltenstherapie für Patienten mit somatoformen Störungen befassen, einige weitere beziehen sich auf den Erfolg nach allgemeinärztlichen Behandlungen.

Shorter et al. (1992) untersuchten 92 Patienten mit somatoformen Beschwerden, die in einer psychosomatischen Einheit einer psychiatrischen Klinik multidisziplinär durch u.a. Einzel-, Gruppen- und Familientherapie sowie Selbstsicherheitstraining behandelt wurden. Patienten mit einem Therapieerfolg hatten eine feste Partnerschaft sowie eine gute Qualität intimer Beziehungen in der Vorgeschichte, und ihre Symptome dauerten erst kürzere Zeit an. Patienten mit „depressiven Komponenten“ hatten seltener einen Therapieerfolg. Kritisch anzumerken ist an dieser Arbeit, dass der Therapieerfolg nur zum Behandlungsabschluss mittels einer globalen Beurteilung durch einen Psychiater erhoben wurde.

Für das Störungsbild der Hypochondrie fanden Hiller et al. (2002) an 96 Patienten, dass der kurzfristige Therapieerfolg am stärksten durch dysfunktionale Kognitionen zu Körper und Gesundheit sowie die Arbeitsunfähigkeitszeit im Jahr vor der Aufnahme vorhergesagt werden konnte. Im 2-Jahres Follow-Up erwiesen sich das Ausmaß der hypochondrischen Tendenzen zur Baseline, ein allgemein-psychopathologischer Parameter sowie die stationären Behandlungskosten in den zwei Vorjahren als stärkste Prädiktoren.

Deale et al. (1997) ließen 60 Patienten mit Chronic Fatigue Syndrome randomisiert eine Verhaltenstherapie oder ein Entspannungstraining zukommen. Die Autoren berichten, keine Zusammenhänge von Therapieerfolg mit zur Baseline erhobenen Variablen gefunden zu haben. Ein negatives Ergebnis war jedoch korreliert mit einer Inanspruchnahme oder Antragstellung einer Rente während der Behandlung.

Die Untersuchungen von Rief et al. (1995) und Leibbrand et al. (1999) beschäftigen sich mit dem Einfluss komorbider psychischer Störungen auf den Therapieerfolg bei somatoformen Störungen. Während Rief et al. in einem 2-Jahres Follow-Up bei 30 Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen häufiger eine Remission feststellten, wenn keine komorbide Störung vorlag, finden Leibbrand et al. bei 95 Somatisierungspatienten unter Verwendung der gleichen Einschlusskriterien keinen unterschiedlichen Therapieerfolg zum Behandlungsende in Abhängigkeit von der Komorbidität. In weiteren Studien finden sich sowohl Belege für eine Bedeutsamkeit der Komorbidität auf das Therapieergebnis (Bach & Bach, 1995; Hiller et al., 2002) als auch Hinweise, die dagegen sprechen (Butler, Chalder, Ron & Wessely, 1991; Downes-Grainger et al., 1998; Wilkinson & Mynors-Wallis, 1994; Kellner, 1983).

Speckens et al. (1996b) untersuchten 100 Patienten mit somatoformen Symptomen, die sich ambulant in einem Allgemeinkrankenhaus in Leiden behandeln ließen. Den Therapieerfolg nach einer 15-Monats Follow-Up Phase prädizierten nach Kontrolle potenziell konfundierender Faktoren die Variablen männliches Geschlecht und geringe Anzahl somatoformer Symptome. Der letztere Befund, dass sich das Outcome in Abhängigkeit von der Anzahl somatoformer Beschwerden verschlechtert, kann durch Ergebnisse von Nakao et al. (2001), Ray et al. (1997) sowie Bach & Bach (1995) gestützt werden. Jedoch findet Rief (1995) auch eine stärkere Reduktion der Anzahl somatoformer Beschwerden nach Therapieabschluss bei Patienten mit vielen Beschwerden zu Therapiebeginn.

Fasst man die Ergebnisse der Prädiktor-Studien zusammen, lässt sich zunächst sagen, dass die Befundlage zum gegenwärtigen Zeitpunkt unzureichend ist und sich in einzelnen Bereichen, wie z. B. Komorbidität, widersprüchliche Ergebnisse finden. Ziel der vorliegenden Studie ist es, einzelne dargestellte Gegensätzlichkeiten weiter aufzuklären, die Bedeutsamkeit psychopathologischer und gesundheitsökonomischer Ausgangsvariablen zu klären und zudem ein Augenmerk auf mögliche psychologische Einflussfaktoren, wie z. B. Therapiemotivation und gesundheitsbezogene Lebensqualität, zu lenken. Aufgrund der großen Stichprobe von 191 Patienten (zum Follow-Up liegen Daten von 162 Patienten (= 85%) vor), der durchgeführten Ein-Jahres Katamnese und dem einheitlich ausgerichteten verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzept bietet diese Studie eine gute Ausgangsbasis für die Analyse von Therapieerfolgsprädiktoren. Es wurde ein verhältnismäßig hoher Therapieerfolg bei einer deutlich beeinträchtigten klinischen Stichprobe erreicht, der sich in einer Verbesserung somatoformer und allgemeiner Psychopathologie, störungsspezifischen Kognitionen sowie im Krankheitsverhalten manifestierte und bei dem Effektstärken von über 1 für die längerfristige Reduktion somatoformer Beschwerden erreicht wurden. Die einzelnen Ergebnisse zu Therapieeffekten wurden bereits an anderer Stelle dargestellt (Bleichhardt, Timmer & Rief, 2002; Timmer, 2002)

5.2 Methode

5.2.1 Untersuchungsstichprobe und –design

In die Untersuchung wurden 191 Patienten eingeschlossen, die die Kriterien für ein Somatisierungssyndrom erfüllten. Dabei müssen mindestens 8 somatoforme Symptome aus der vom DSM-IV (Saß et al., 1996) vorgegebenen Symptomliste für die Somatisierungsstörung vorliegen. Das Somatisierungssyndrom ist als eine diagnostische Zwischenkategorie zwischen der "Restkategorie" der undifferenzierten somatoformen Störung des DSM-IV und der durch sehr strikte Kriterien festgelegten Somatisierungsstörung des DSM-IV zu verstehen. Es wurde auf empirisch orientierter Grundlage formuliert, die die Bestimmung eines Cut-off Wertes zur bestmöglichen Trennung zwischen Patienten mit hoher und niedriger Beeinträchtigung zum Ziel hatte (Hiller et al., 1995; Rief & Hiller, 1999b). Die Patienten wurden von Januar 1999 bis Juli 2001 konsekutiv in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee aufgenommen. Das durchschnittliche Alter betrug $M = 43.9$ Jahre ($SD = 10.4$) und 73.3 % der Patienten waren weiblich. Die mittlere Behandlungsdauer lag bei $M = 7.4$ Wochen ($SD = 2.3$), 27.7 % erfüllten die Kriterien für eine DSM-IV Somatisierungsstörung. Ein Teil der Gesamtstichprobe (Wartekontrollgruppe $N = 34$) wurde bereits zum Zeitpunkt der Anmeldung befragt, so dass eine Baseline mit der durchschnittlichen Wartezeit von etwa 4 Monaten ($M = 128.1$ Tage, $SD = 97.6$) erhoben werden konnte.

Die Probanden wurden zum Abschluss der Behandlung durch eine Auswahl von Fragebögen sowie in einer Ein-Jahres Katamnese durch ein telefonisches Interview sowie Fragebögen nachuntersucht. Während der Behandlungsphase waren 9 Drop-Outs (= 4.7%) zu verzeichnen. Zur Katamnese liegen von 157 Patienten (82.2%) vollständige Daten vor.

5.2.2 Behandlungsprogramm

Alle Patienten erhielten das Standardbehandlungsprogramm der Klinik Roseneck, das einheitlich verhaltenstherapeutisch ausgerichtet ist. Es besteht aus Einzelpsychotherapie, offener Gruppenpsychotherapie, einem sozialen

Kompetenztraining sowie Indikativgruppen zur Bewältigung komorbider psychischer Störungen (z. B. Depressionen oder Angststörungen). 56% der Gesamtstichprobe hatte zudem eine strukturierte Gruppentherapie zur Bewältigung somatoformer Beschwerden erhalten, die übrigen 44% nahmen an einem Gruppentraining zur Progressiven Muskelrelaxation teil.

5.2.3 Diagnostische Instrumente

Die Diagnose psychischer Störungen wurde in einem halb strukturierten Interview mittels der Internationalen Diagnosen Checklisten nach DSM-IV vorgenommen (Hiller et al., 1993a). Gesundheitsökonomisch relevante Variablen wurden anhand eines in der Arbeitsgruppe entwickelten strukturierten Interviews erfasst. Soziodemographische Variablen wurden der klinikinternen Basisdokumentation entnommen, in der auch eine Beurteilung des Bezugstherapeuten hinsichtlich des globalen Funktionsniveaus vorgenommen wurde (Achse-V Diagnostik des DSM-IV). Weiterhin wurden den Patienten eine Reihe evaluierter Fragebogenverfahren zur Selbstbeurteilung vorgelegt: Das Screening für somatoforme Störungen (SOMS-7; Rief et al., 1997) zur Erfassung von Anzahl und Intensität somatoformer Symptome und die visuelle Analogskala des EuroQoL (Graf von der Schulenburg, Claes, Greiner & Uber, 1998) zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Weiterhin fanden ihren Einsatz die Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Franke, 1995), die Hospital Anxiety and Depression Scale in der deutschen Übersetzung (HADS-D) von Herrmann, Buss & Snaith (1995) sowie der Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP; Schneider, Basler & Beisenherz, 1989).

5.2.4 Festlegung der Responder-Kriterien

Als zentrale Outcome-Kriterien wurden die Anzahl der somatoformen Beschwerden, erfasst mit dem SOMS-7, sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität, erfasst mit der Skala des EuroQoL, festgelegt. Letztere Variable wurde nur zum Katamnesezeitpunkt erhoben. Das Responder-Kriterium wurde vorab definiert als eine positive Veränderung der Nachuntersuchungswerte um mindestens ein Drittel einer Standardabweichung, was einer Effektstärke von 0.33 entspricht. Anhand

desselben Kriteriums wurde die Rate spontaner Verbesserungen für die Wartekontrollgruppe berechnet.

5.2.5 Statistische Auswertung

Die Auswertung erfolgte mit dem Datenverarbeitungspaket SPSS 11.0. Es wurden zunächst zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden zwischen Respondern und Non-Respondern t-Tests für unabhängige Stichproben (bzw. χ^2 -Tests für dichotome Variablen) mit den potenziellen Prädiktor-Variablen zum Aufnahmezeitpunkt gerechnet. Um die Ergebnisse der univariaten Analysen ähnlich einer Kreuzvalidierung durch eine andere Determinierung des Therapieerfolges zu überprüfen, wurde für die nachfolgenden multiplen Regressionsanalysen und Korrelationen nullter Ordnung der Therapieerfolg durch die Differenzwerte von Ausgangs- und Nachuntersuchungswerten definiert. Als potenzielle Prädiktorvariablen gingen nur noch solche ein, die in den Responder-Analysen signifikant geworden sind. Die multiple Regression wurde mit schrittweisem Vorgehen berechnet.

5.3 Ergebnisse

5.3.1 Responder-Raten

53% der Patienten waren bezüglich ihrer Beschwerdenanzahl bei Therapieende um mindestens ein Drittel der Standardabweichung gebessert. Die (ebenso definierten) Responder-Raten bezüglich anderer Outcome-Variablen lagen bei 67% für die Skala Somatisierung des SCL-90-R und bei 68% für die psychische Belastung GSI (Global Severity Index des SCL-90-R). 49% der Patienten waren auch im Ein-Jahres Follow-Up bezüglich der Beschwerdenanzahl gebessert, die Responder-Rate bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität betrug 53%. Die längerfristigen Responder-Raten bezüglich anderer Outcome-Variablen lagen bei 65% für die Skala Somatisierung des SCL-90-R und bei 68% für den Global Severity Index GSI des SCL-90-R.

Im Vergleich dazu betragen die Raten spontaner Verbesserungen in der 4-monatigen Warteperiode 18% bzgl. der Beschwerdenanzahl, 33% bzgl. der

gesundheitsbezogenen Lebensqualität, 21% bzgl. der Somatisierungsskala des SCL-90-R und 30% bzgl. des GSI des SCL-90-R.

Auch wenn die Responder-Raten in der Gesamtstichprobe für die Werte des SCL-90-R deutlich über denen der Beschwerdenanzahl und gesundheitsbezogenen Lebensqualität liegen, sollten sich die Prädiktorenanalysen auf zentrale Störungsmerkmale, also die Anzahl somatoformer Beschwerden sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität, beziehen.

5.3.2 Bedeutsamkeit einzelner Prädiktoren

Betrachtet man zunächst die prä-post Therapieerfolge (Tabelle 5.I), operationalisiert durch die Verminderung somatoformer Beschwerden, finden sich in der Gruppe der Responder signifikant mehr Frauen (80%) als in der Gruppe der Non-Responder (67%). Die Anzahl der somatoformen Beschwerden ist in der Gruppe der Responder höher als in der der Non-Responder, während die höhere Intensität der somatoformen Beschwerden bei Respondern nur tendenziell signifikant wird. Weiterhin weisen Responder eine höhere Behandlungserwartung sowie eine höhere Therapiemotivation auf, und der Anteil derjenigen Patienten ist höher, die bereits zuvor in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung waren oder bei denen ein Rentenbegehren vorliegt. Der allgemeine Belastungsindex GSI des SCL-90-R sowie die allgemeine Ängstlichkeit und Depressivität sind bei Respondern und Non-Respondern vergleichbar. Für das Lebensalter sowie diejenigen Patienten mit einer festen Partnerschaft finden sich keine Gruppenunterschiede. Ebenso keinen signifikanten Einfluss hat das Vorhandensein einer Somatisierungsstörung, einer komorbiden depressiven oder Angststörung.

Der längerfristige Therapieerfolg wurde hinsichtlich zweier zentraler Charakteristika, der Anzahl somatoformer Beschwerden (Tabelle 5.II) sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Tabelle 5.III), operationalisiert. Für die Reduktion der Beschwerdenzahl im Follow-Up findet sich, dass Responder häufiger weiblich sind, eine größere Anzahl und stärkere Intensität somatoformer Beschwerden aufweisen sowie ein geringeres Funktionsniveau (Achse-V) zugeschrieben bekommen als die Non-Responder. Auch beschreiben die Responder durchschnittlich höhere Behandlungserwartungen sowie eine höhere allgemeine Therapiemotivation. Bezüglich des Erfolgskriteriums Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigt sich in der Responder-Gruppe lediglich eine niedrigere gesundheitsbezogene

Lebensqualität zur Aufnahme sowie ein geringerer Leidensdruck / ein höherer Krankheitsgewinn, beides gemeinsam erfasst in der FMP-Skala „Krankheitserleben“. Bei beiden längerfristigen Erfolgskriterien finden sich keine Unterschiede für die Häufigkeit komorbider Störungen, die allgemeinen psychopathologischen Parameter sowie für alle gesundheitsökonomisch relevanten Variablen.

5.3.3 Ergebnisse der Korrelations- und Regressionsanalysen

Es finden sich vier signifikante Korrelationen mit dem kurzfristigen Therapieerfolg (Tabelle III): Eine Reduktion der Beschwerdezahl ging einher mit einer höheren Beschwerdezahl zur Aufnahme ($r = .24$), höheren Behandlungserwartungen ($r = .22$), einer höheren Therapiemotivation ($r = .20$) sowie einer höheren subjektiven beruflichen Belastbarkeit ($r = .14$). In der multiplen Regressionsanalyse (Tabelle 5.IV) verbleiben drei signifikante Prädiktoren. Der Prädiktor mit dem höchsten standardisierten Regressionskoeffizienten ist das Ausgangsniveau der Beschwerdenanzahl ($\beta = .32$, $R^2_{\text{inkrementell}} = .06$), gefolgt von der Behandlungserwartung ($\beta = .24$, $R^2_{\text{inkrementell}} = .06$) und dem Vorliegen eines Rentenbegehrens ($\beta = -.19$, $R^2_{\text{inkrementell}} = .04$).

Eine längerfristige Verminderung der Beschwerdezahl (Tabelle 5.V) war umso höher, je höher die Symptomanzahl ($r = .35$) und Symptomintensität ($r = .32$) zur Aufnahme, je höher die Behandlungserwartungen ($r = .25$) und Therapiemotivation ($r = .23$) und je geringer das Funktionsniveau (Achse V; $r = -.19$). Nach der multiplen Regression verbleiben die Prädiktoren Symptomanzahl zur Aufnahme ($\beta = .37$, $R^2_{\text{inkrementell}} = .12$) sowie die Behandlungserwartungen ($\beta = .28$, $R^2_{\text{inkrementell}} = .08$).

Mit der längerfristigen Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Tabelle 5.VI) korrelierten die Ausgangswerte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($r = -.43$) sowie das Krankheitserleben (geringer Leidensdruck und hoher Krankheitsgewinn; $r = -.18$). Beide Variablen verbleiben als signifikante Prädiktoren in der Regressionsanalyse, die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit $\beta = -.52$ ($R^2_{\text{inkrementell}} = .19$), das Krankheitserleben mit $\beta = -.33$ ($R^2_{\text{inkrementell}} = .09$).

5.4 Diskussion

Bereits an anderer Stelle wurde dargestellt, dass Patienten, die sich aufgrund vielfältiger somatoformer Beschwerden in eine stationäre psychosomatische Behandlung begeben, hoch chronifiziert und stark beeinträchtigt sind (Bleichardt et al., 2002). In dieser Studie findet sich bei jedem vierten bis fünften Patienten ein ausgesprochener Rentenwunsch, und etwa drei Viertel der Patienten leiden unter einer komorbiden depressiven Störung. Im Jahr vor der Behandlung zählten die Patienten durchschnittlich 40 Arztbesuche auf.

Trotz dieser ausgeprägten Beeinträchtigung fanden sich, je nach Outcome-Kriterium, Responder-Raten von etwa der Hälfte bis zwei Dritteln. Dabei halten sich die Responder-Raten von der Entlassung bis zum Follow-Up nahezu stabil. Bezüglich der Beschwerdenanzahl können 49% der Patienten als längerfristig gebessert angesehen werden, bezüglich der allgemeinen Psychopathologie, erfasst mit dem GSI des SCL-90-R, sind dies 67%. Dabei ist in dieser Studie das Erfolgskriterium nicht als einfache Verbesserung, sondern als eine positive Veränderung um mindestens ein Drittel der Standardabweichungen der Ausgangswerte definiert worden. Dies mag zunächst großzügig klingen. Da in der Warteperiode von 4 Monaten jedoch verhältnismäßig geringe, durch das gleiche Kriterium ermittelte, Raten spontaner Verbesserungen von 18 bis 33 % erreicht wurden (vgl. entsprechende Werte bei z. B. Sanders, Shepherd, Cleghorn & Woolford, 1994; Dworkin, Turner, Wilson, Massoth, Whitney, Huggins, Burgers, Sommers & Truelove, 1994; Speckens et al., 1995a), kann davon ausgegangen werden, dass eine Differenzierung erreicht und das Kriterium ausreichend strikt definiert wurde. Weiterhin liegt die hier zugrunde gelegte Effektstärke von .33 bereits höher als die Effekte, die in der Regel bei Therapiestudien zum chronischen Schmerz erreicht werden (Morley et al., 1999).

Betrachtet man nun die statistisch signifikanten Unterschiede in den Gruppen von Respondern und Non-Respondern, finden sich Hinweise darauf, dass Patienten kurzfristig mehr von einer stationären, behaviouralen Therapie profitieren, wenn sie weiblich sind und eingangs unter mehr Beschwerden leiden. Auch bei Patienten, die sich als beruflich belastbarer einschätzen oder die noch keine stationäre psychiatrische oder psychosomatische Vorbehandlung hatten, scheint das Behandlungsprogramm kurzfristig eher Erfolg zu haben. Erwartungskonform scheinen sich eine positive Behandlungserwartung und eine hohe Therapiemotivation günstig auf den kurzfristigen Therapieerfolg, ein Rentenwunsch entsprechend negativ auf den Behandlungserfolg

auszuwirken. Zum Ein-Jahres Follow-Up bleiben die meisten Prädiktoren des direkten Therapieerfolgs stabil. Es kommt hinzu, dass Patienten mit hoher Symptomintensität langfristig stärker von der Therapie zu profitieren scheinen, genau wie solche, deren globale Funktionsfähigkeit (Achse-V Diagnostik) zu Behandlungsbeginn geringer eingeschätzt wurde. Das zweite längerfristige Erfolgskriterium, die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit, scheint verstärkt bei einem geringeren „Krankheitserleben“, definiert durch geringen Leidensdruck sowie hohen Krankheitsgewinn, zu Behandlungsbeginn erreicht zu werden. Rentenbegehren, berufliche Belastbarkeit sowie eine stationäre Vorbehandlung sind weder für die Verminderung der Beschwerdanzahl, noch für die Erhöhung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität längerfristig relevant.

Da die in den univariaten Analysen signifikant gewordenen Prädiktorvariablen aufgrund einer möglichen Konfundierung untereinander eher als Hinweise interpretiert werden sollten, wurde die Vorhersage der Zielvariablen danach mit multiplen Regressionsanalysen überprüft. Ein Teil der Prädiktorvariablen bleibt stabil. In allen Regressionen klären die negativeren Ausgangswerte des jeweiligen Erfolgskriteriums (hohe Beschwerdanzahl, geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität) die meiste Varianz auf. Zusätzlich findet sich, dass die Behandlungserwartung sowohl kurz- als auch längerfristig etwa gleichermaßen eine Verminderung der Beschwerdanzahl vorhersagt. Als kurzfristig relevant erweist sich außerdem das Vorliegen eines Rentenbegehrens. Patienten mit geringerem „Krankheitserleben“ (geringer Leidensdruck, hoher Krankheitsgewinn) erleben zudem eine stärkere Verbesserung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Es gibt einige Aspekte, die die Generalisierbarkeit dieser Studie diskutieren lassen. Zunächst ist einzuschränken, dass es sich um eine selektierte Stichprobe von Patienten einer stationären psychosomatischen Einrichtung handelt. Die Ergebnisse sind möglicherweise weniger auf Patienten zu verallgemeinern, die aufgrund geringerer Beeinträchtigung keine Zuweisung in eine psychosomatische Fachklinik erhalten würden. Auch ist das eingesetzte, multimodale Behandlungspaket annähernd mit dem Therapieprogramm anderer verhaltenstherapeutisch orientierter psychosomatischer Kliniken zu vergleichen, es kann jedoch in der Regel im ambulanten Versorgungsbereich nicht geleistet werden. Weiterhin sind in diese Studie keine prozessanalytischen Variablen mit einbezogen worden, da dies bereits andernorts vorgenommen wurde (Rief et al., 2002). Statistisch finden sich insgesamt niedrige bis mittlere Zusammenhangsmaße, d.h., die Korrelationen überschreiten den Wert von $r =$

.35 nicht, und in den multiplen Regressionsanalysen werden Bestimmtheitsmaße von .16 bis .28 erreicht. Dies ist jedoch kaum mit einer mangelnden Qualität der Studie zu begründen, da in dieser groß angelegten Untersuchung die verschiedensten Merkmale des Störungsbildes erfasst worden sind. Auch liegen die in anderen Studien ausgewiesenen Bestimmtheitsmaße vergleichbarer Analysen teilweise niedriger (Burns, Johnson, Devine, Mahoney & Pawl, 1998a; Burns, Johnson, Mahoney, Devine & Pawl, 1998b) oder ähnlich hoch (Hiller et al., 2002; Downes-Grainger et al., 1998). Die Ursache für die moderate Höhe der Zusammenhangsmaße ist vermutlich eher in der Heterogenität des Störungsbildes (vgl. Bass & Benjamin, 1993) zu suchen. Veränderungen bei Patienten, die unter den unterschiedlichsten ungeklärten körperlichen Beschwerden leiden und in der Regel jahrelange Erfahrungen mit medizinischen Untersuchungen, Behandlungen und ihrer sozialen Umwelt gesammelt haben, sind in Längsschnittuntersuchungen vielen Einflüssen unterworfen, die in wissenschaftlichen Studien immer nur zu einem Teil erfasst werden können. Dies deutet auf den Forschungsbedarf hin, der im Bereich der somatoformen Störungen noch besteht (vgl. Looper & Kirmayer, 2002; Hiller & Rief, 1998). Der in der vorliegenden Untersuchung durchgängig aufgefundene Zusammenhang von erhöhten Ausgangswerten mit einem Therapieerfolg in der gleichen Variable ist vermutlich mit begründbar durch die statistische Regression zur Mitte. Von einer inhaltlichen Interpretation dieser Signifikanzen wird deshalb abgesehen.

Vergleicht man die Ergebnisse dieser Untersuchung mit der Literatur, sind die folgenden vier Punkte zu diskutieren.

1. In den meisten Untersuchungen tauchen Geschlechterdifferenzen bezüglich des Therapieerfolgs nicht auf, wobei meist unklar bleibt, ob diese nicht signifikant oder gar nicht untersucht wurden. Hiller et al. (2002) berichten in ihrer Untersuchung zur Hypochondrie, dass das Geschlecht keinen signifikanten Vorhersagewert hatte. Speckens et al. (1996b) fanden, dass das weibliche Geschlecht einer der wenigen statistisch stabilen, aber negativen Prädiktoren für den Erfolg einer allgemeinmedizinischen Behandlung bei Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden war. In dieser Untersuchung finden sich Hinweise auf das weibliche Geschlecht als positivem Prädiktor. Dieser Widerspruch könnte in den unterschiedlichen Behandlungen begründet sein. Während Frauen möglicherweise mehr von einer intensiven stationären Verhaltenstherapie profitieren, ist der Behandlungserfolg bei Männern höher, wenn sie eine allgemeinmedizinische Behandlung erhalten haben. Ogrodniczuk & Staats (2002) resümieren in einem

allgemeinen Überblick, dass sich in älteren Studien verbesserte Therapieergebnisse für Frauen fanden, dass der Geschlechtsunterschied in Studien der 80er und 90er Jahre jedoch fast durchgängig nicht mehr zu finden ist. Da der Geschlechtseffekt in den korrelativen Analysen der vorliegenden Untersuchung nicht mehr signifikant wird, handelt es sich dabei möglicherweise um ein Artefakt aufgrund des höheren Frauenanteils in der Stichprobe.

2. Zum Zeitpunkt der Untersuchung existieren keine Befunde zum Einfluss thematiemotivationaler Aspekte auf das Therapieergebnis bei Somatisierungspatienten. Es lässt sich finden, dass Patienten mit somatoformen Störungen zu der Gruppe mit der niedrigsten Therapiemotivation gehören (z. B. Schneider, Beisenherz & Freyberger, 1990) und dass Somatisierungspatienten nach einer verhaltenstherapeutischen Intervention eine höhere Therapiemotivation aufweisen als Patienten ohne eine solche Intervention (Lupke et al., 1996). Der Mangel an Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und –ergebnis bei Patienten mit somatoformen Störungen liegt möglicherweise in der kaum bezweifelbaren Evidenz dieser Beziehung. Um jedoch die Bedeutsamkeit der Therapiemotivation für den Therapieerfolg zu quantifizieren und diese in Relation zu anderen potenziell einflussreichen Variablen zu setzen, erscheint es durchaus wichtig, Aspekte der Therapiemotivation genauer zu untersuchen. Als spezifischer Aspekt der Therapiemotivation kann ein Rentenbegehren angesehen werden. Patienten mit Rentenwunsch nähmen sich selbst in der Regel den Grund der Berentung, wenn sie aktiv eine Verbesserung der psychischen Symptomatik erzielten (Bleichhardt, 2000). Die Bedeutsamkeit eines Rentenbegehrens für den Therapieerfolg belegen auch Downes-Grainger et al. (1998) sowie Deale et al. (1997). Wie sich in dieser Untersuchung zeigt, erweisen sich die Aspekte der positiven Behandlungserwartung sowie eines Rentenbegehrens als einzige statistisch stabile Faktoren. Da auch die Anzahl somatoformer Beschwerden in die multiple Regression einging, kann davon ausgegangen werden, dass das Rentenbegehren unabhängig von dem Leidensdruck durch körperliche Beschwerden einen Vorhersagewert hat. Die Behandlungserwartung bleibt auch relevant für die Vorhersage eines längerfristig stabilen Therapieerfolges.

3. Die langfristige Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität war höher bei Patienten, die einen geringeren Leidensdruck sowie einen höheren Krankheitsgewinn aufwiesen. Dabei wurde der Leidensdruck erfasst durch die FMP-Skala „Krankheitserleben“, die sich aus acht Items zum Leidensdruck (z. B. „Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark“) sowie drei Items zum Krankheitsgewinn (z. B. „Manche Leute denken, dass ich gar nicht richtig krank bin“) zusammensetzt. In

der vorliegenden Untersuchung ging ein geringer Wert im Krankheitserleben mit einem hohen Therapieerfolg einher. Die Zusammenfassung des Leidensdrucks mit dem Krankheitsgewinn ist anzweifelbar, zumal sich dies auch faktorenanalytisch nicht bestätigen ließ (Schneider et al., 1989). Ferner sprechen die Befunde der vorliegenden Untersuchung dagegen, einen hohen Leidensdruck als Einflussgröße der allgemeinen Therapiemotivation zu sehen. Einen interessanten Ansatz zur Messung der Therapiemotivation verfolgten Biller, Arnstein, Caudill, Federman & Guberman (2000), die die „Stages of Change“ von Prochaska & DiClemente (1983) als Prädiktorvariablen für die Beendigung einer kognitiv-behaviouralen Gruppentherapie bei Schmerzpatienten identifizieren konnten. Einen möglichen Ansatzpunkt für weitere Untersuchungen stellt die Anwendung dieses Modells auf Patienten mit multiplen somatoformen Beschwerden dar.

4. Auch wenn man vermuten könnte, dass Patienten mit komorbider Depression oder Angststörungen weniger von einer Therapie profitieren, finden sich in dieser Untersuchung keine Hinweise darauf. Dies steht in Einklang mit Befunden von Hiller et al. (2002) und Leibbrand et al. (1999), jedoch gibt es auch Studien, die Gegenteiliges berichten (Downes-Grainger et al. 1998; Rief et al., 1995; Wilkinson & Mynors-Wallis, 1994). Möglicherweise liegt der Widerspruch jedoch darin begründet, dass in den letztgenannten Studien (mit Ausnahme der von Rief et al.) niederschwellige allgemeinmedizinische Behandlungen durchgeführt wurden, die der Komplexität von Somatisierungspatienten mit Komorbiditäten nicht gerecht wurden. Mit dem in dieser Studie durchgeführten Treatment, das sich mit dem Behandlungsschwerpunkt der verhaltenstherapeutischen Einzel- und Gruppentherapie über durchschnittlich 7 Wochen erstreckte, ließen sich offenbar gleichermaßen Verbesserung bei Somatisierungspatienten mit und ohne komorbide Depression und Angststörung erreichen. Da Rief, Schäfer, Hiller & Fichter (1992) in einer retrospektiven Untersuchung fanden, dass der Beginn einer somatoformen Störung häufig dem Beginn einer depressiven Störung vorausging, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass sich durch eine Verbesserung der somatoformen Symptomatik sekundär auch eine Reduktion der depressiven Symptomatik erreichen lässt.

Ausblick

Bezieht man die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf den psychotherapeutischen Behandler, so lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1. Verhaltenstherapie bei Patienten mit somatoformen Störungen stellt im Vergleich zu den besser und länger beforschten Störungsgruppen Angst und Depression immer noch eine größere Herausforderung dar. Sie ist aber durchaus lohnenswert und in der Mehrzahl der Fälle auch langfristig von substanziellem Erfolg gekrönt.

2. Patienten, die neben somatoformen Störungen zudem unter Angststörungen und/oder depressiven Störungen leiden, profitieren gleichermaßen von einer intensiven verhaltenstherapeutischen Behandlung. Dies bedeutet nicht, dass komorbide Störungen nicht ebenso behandelt werden sollten, und es lässt auch keinen Schluss auf zeitliche oder inhaltliche Priorität der Therapie eines der Störungsbilder zu. Jedoch kann auch bei Somatisierungspatienten mit Komorbiditäten zuversichtlich von einem Behandlungserfolg ausgegangen werden.

3. Viel ist über die geringe Therapiemotivation von Somatisierungspatienten geschrieben worden. In dieser Untersuchung haben sich die Aspekte der Therapiemotivation als kurz- und längerfristig bedeutsamste Faktoren erwiesen. Dies weist erneut darauf hin, wie wichtig es ist, Therapiemotivation als einen Teil der Therapie zu verstehen (Rief & Hiller, 1998; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000) und ausreichend Zeit mit der Klärung von Zielen und Motiven des Patienten zu verbringen. Möglichkeiten zur Klärung und Steigerung der Therapiemotivation bei Patienten mit somatoformen Störungen werden bei Rief & Hiller (1998) und Rief et al. (2002) beschrieben.

4. Von den 40 Patienten mit einem ausgesprochenen Rentenwunsch, einem bereits gestellten Rentenantrag oder einer zeitlich befristeten Rente erfuhren 37.5% eine deutliche Beschwerdenreduktion nach der Therapie, die übrigen 62.5% können als nicht gebessert angesehen werden. Dies betont die Bedeutsamkeit der Einbeziehung eines potenziellen Rentenwunsches in die Therapie. Auch hat der Befund gesundheitspolitische Relevanz, da er den Sinn der „Reha vor Rente“ (§9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI) in Frage stellt. Interessanterweise zeigt sich bei der Analyse des längerfristigen Therapieerfolgs der Rentenwunsch jedoch als nicht mehr bedeutsam. Möglicherweise geben diese Patienten keine Verbesserung ihrer Symptomatik zum Abschluss der Behandlung an, da diese im Widerspruch zu ihren Motiven stünde, wie es im Sinne der kognitiven Dissonanz formuliert werden würde (Festinger, 1964). Es ließe sich vermuten, dass das durchgeführte Behandlungsprogramm auch bei

gegenläufig motivierten Patienten einen längerfristigen Erfolg möglich machte. Die Teilstichprobe der Rentenbegehrer ist jedoch nicht groß genug, um zuverlässige Aussagen darüber zu treffen.

In der vorliegenden Studie ist es gelungen, an einer großen Stichprobe stark beeinträchtigter Somatisierungspatienten Determinanten des Therapieerfolgs zu finden. Als langfristig bedeutsam erwiesen sich vor allem eine positive Behandlungserwartung sowie ein verhältnismäßig moderater Leidensdruck der Patienten. Wie auch Looper und Kirmayer (2002) in ihrem Überblicksartikel betonen, dürfte eine der wichtigsten Aufgaben der zukünftigen Forschung die Überprüfung isolierter therapeutischer Strategien im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie sein.

Tabelle 5.1. Prädiktoren für kurzfristigen Therapieerfolg - Reduktion der Anzahl somatoformer Beschwerden – univariate Analysen

Variablen zur Baseline	Responder N = 97	Non-Responder N = 85	Signifikanz		
	M (SD) bzw. %	M (SD) bzw. %	Prüfgröße	df	p
Soziodemographische Variablen					
Alter	43.3 (10.6)	44.9 (10.1)	t = -1.09	180	n.s.
Frauenanteil	80.4	67.1	$\chi^2 = 4.22$	1	.040
Feste Partnerschaft	70.5	63.9	$\chi^2 = .90$	1	n.s.
Somatoforme Symptomatik					
Symptomzahl (SOMS-7)	22.0 (7.6)	18.0 (9.2)	t = 3.18	180	.002
Symptomintensität (SOMS-7)	.83 (.37)	.71 (.47)	t = 1.87	180	.064
Allgemeine Psychopathologie					
Global Severity Index (SCL-90-R)	1.37 (.59)	1.23 (.60)	t = 1.57	178	n.s.
Depressivität (HADS-D)	10.2 (4.7)	10.9 (4.8)	t = -.99	180	n.s.
Ängstlichkeit (HADS-D)	11.8 (3.8)	11.0 (4.7)	t = 1.25	180	n.s.
Psychosoziale Beeinträchtigung					
Globale Erfassung des Funktionsniveaus (Achse-V DSM-IV)	60.0 (11.1)	60.0 (14.7)	t = 1.04	168	n.s.
Tägliche berufliche Belastbarkeit in Stunden	4.7 (3.4)	3.5 (3.1)	t = 2.43	162	.016
DSM-IV Diagnostik					
Somatisierungsstörung	32.3	27.1	$\chi^2 = .07$	1	n.s.
Komorbide depressive Störung	67.0	64.7	$\chi^2 = .11$	1	n.s.
Komorbide Angststörung	48.5	44.7	$\chi^2 = .26$	1	n.s.
Psychologische Variablen					
Positive Behandlungserwartung (FMP)	32.1 (4.3)	30.0 (5.0)	t = 2.89	179	.004
Krankheitserleben (FMP)	36.5 (5.2)	37.1 (5.6)	t = -.76	179	n.s.
Therapiemotivation (Gesamtskala des FMP)	180 (15)	174 (16)	t = 2.73	179	.007
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EuroQoL)	46.2 (19.2)	47.2 (19.2)	t = -.34	173	n.s.
Gesundheitsökonomische Variablen					
Anzahl der Arztbehandlungen im letzten Jahr	37.2 (30.1)	43.6 (34.8)	t = -1.30	180	n.s.
Stationäre Behandlung in der Vorgeschichte (psychiatrisch oder psychosomatisch)	40.0	60.2	$\chi^2 = 7.26$	1	.007
Arbeitsunfähigkeit in Wochen im letzten Jahr	12.0 (15.9)	17.3 (18.8)	t = -2.00	165	.051
Vorliegen eines Rentenbegehrens ¹	15.5	29.4	$\chi^2 = 5.14$	1	.023

¹ Der Begriff Rentenbegehren umfasst einen bereits gestellten Rentenantrag, einen Rentenstreit, einen ausgesprochenen Rentenwunsch sowie eine zeitlich befristete Berentung.

Tabelle 5.II. Prädiktoren für längerfristigen Therapieerfolg - Reduktion der Anzahl somatoformer Beschwerden – univariate Analysen

Variablen zur Baseline	Responder N = 79	Non-Responder N = 83	Signifikanz		
	M (SD) bzw. %	M (SD) bzw. %	Prüfgröße	df	p
Soziodemographische Variablen					
Alter	44.4 (11.0)	44.6 (10.1)	t = -.10	160	n.s.
Frauenanteil	81.0	67.5	$\chi^2 = 3.87$	1	.049
Feste Partnerschaft	70.1	64.2	$\chi^2 = .63$	1	n.s.
Somatoforme Symptomatik					
Symptomzahl (SOMS-7)	22.1 (7.6)	18.4 (8.7)	t = 2.91	160	.004
Symptomintensität (SOMS-7)	.86 (.38)	.71 (.43)	t = 2.41	160	.017
Allgemeine Psychopathologie					
Global Severity Index (SCL-90-R)	1.39 (.61)	1.26 (.61)	t = 1.27	158	n.s.
Depressivität (HADS-D)	10.8 (4.5)	10.2 (4.8)	t = .73	160	n.s.
Ängstlichkeit (HADS-D)	12.0 (4.2)	11.1 (4.4)	t = 1.36	160	n.s.
Psychosoziale Beeinträchtigung					
Globale Erfassung des Funktionsniveaus (Achse-V DSM-IV)	57.0 (10.3)	62.9 (14.2)	t = -2.94	139	.004
Tägliche berufliche Belastbarkeit in Stunden	4.5 (3.6)	3.9 (3.1)	t = 1.13	144	n.s.
DSM-IV Diagnostik					
Somatisierungsstörung	30.4	22.9	$\chi^2 = 1.16$	1	n.s.
Komorbide depressive Störung	63.3	63.9	$\chi^2 = .01$	1	n.s.
Komorbide Angststörung	50.6	43.4	$\chi^2 = .86$	1	n.s.
Psychologische Variablen					
Positive Behandlungserwartung (FMP)	32.1 (5.2)	30.3 (4.6)	t = 2.26	159	.025
Krankheitserleben (FMP)	37.3 (5.3)	36.4 (5.1)	t = .99	159	n.s.
Therapiemotivation (Gesamtskala des FMP)	181 (17)	174 (14)	t = 2.78	159	.006
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EuroQoL)	45.4 (20.0)	48.9 (18.3)	t = -1.13	153	n.s.
Gesundheitsökonomische Variablen					
Anzahl der Arztbehandlungen im letzten Jahr	42.4 (36.2)	39.9 (31.3)	t = .46	160	n.s.
Stationäre Behandlung in der Vorgeschichte (psychiatrisch oder psychosomatisch)	46.2	50.6	$\chi^2 = .32$	1	n.s.
Arbeitsunfähigkeit in Wochen im letzten Jahr	11.9 (15.0)	13.4 (16.4)	t = -.59	148	n.s.
Vorliegen eines Rentenbegehrens	19.0	24.1	$\chi^2 = .62$	1	n.s.

Tabelle 5.III. Prädiktoren für längerfristigen Therapieerfolg – Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – univariate Analysen

Variablen zur Baseline	Responder	Non-Responder	Signifikanz		
	N = 79	N = 83	Prüfgröße	df	p
	M (SD) bzw. %	M (SD) bzw. %			
Soziodemographische Variablen					
Alter	44.8 (10.9)	44.2(9.6)	t = .40	160	n.s.
Frauenanteil	73.3	69.7	$\chi^2 = .25$	1	n.s.
Feste Partnerschaft	67.9	68.9	$\chi^2 = .02$	1	n.s.
Somatoforme Symptomatik					
Symptomzahl (SOMS-7)	19.2 (7.8)	19.9 (8.9)	t = -.54	160	n.s.
Symptomintensität (SOMS-7)	.73 (.35)	.76 (.45)	t = -.50	160	n.s.
Allgemeine Psychopathologie					
Global Severity Index (SCL-90-R)	1.27 (.55)	1.28(.64)	t = -.08	160	n.s.
Depressivität (HADS-D)	9.8 (4.6)	10.6 (4.8)	t = -1.05	160	n.s.
Ängstlichkeit (HADS-D)	11.1 (4.0)	11.5 (4.7)	t = -.48	160	n.s.
Psychosoziale Beeinträchtigung					
Globale Erfassung des Funktionsniveaus (Achse-V DSM-IV)	59.5 (14.2)	60.7 (11.9)	t = -.58	150	n.s.
Tägliche berufliche Belastbarkeit in Stunden	4.1 (3.3)	4.2 (3.5)	t = -.20	143	n.s.
DSM-IV Diagnostik					
Somatisierungsstörung	29.1	22.4	$\chi^2 = .94$	1	n.s.
Komorbide depressive Störung	65.1	61.8	$\chi^2 = .19$	1	n.s.
Komorbide Angststörung	47.7	47.4	$\chi^2 = <.01$	1	n.s.
Psychologische Variablen					
Positive Behandlungserwartung (FMP)	31.4 (4.9)	31.3 (4.5)	t = .12	160	n.s.
Krankheitserleben (FMP)	35.7 (4.7)	37.5 (6.0)	t = -2.19	160	.030
Therapiemotivation (Gesamtskala des FMP)	178 (15)	178 (15)	t = .14	160	n.s.
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EuroQoL)	42.9 (18.2)	53.4 (18.6)	t = -3.65	160	<.001
Gesundheitsökonomische Variablen					
Anzahl der Arztbehandlungen im letzten Jahr	40.2 (29.8)	38.0 (33.7)	t = .44	160	n.s.
Stationäre Behandlung in der Vorgeschichte (psychiatrisch oder psychosomatisch)	41.2	53.4	$\chi^2 = 2.37$	1	n.s.
Arbeitsunfähigkeit in Wochen im letzten Jahr	14.1 (16.9)	12.9 (16.8)	t = .43	146	n.s.
Vorliegen eines Rentenbegehrens	18.6	22.4	$\chi^2 = .35$	1	n.s.

Tabelle 5.IV. Vorhersage des kurzfristigen Therapieerfolgs – Regressionsanalyse und Korrelationen nullter Ordnung

Kriterium: Reduktion der Anzahl somatoformer Beschwerden	Korrelation nullter Ordnung		Multiple Regression (schrittweise)			
	r	p	β	T	p	R ² kumulativ
Variablen zur Baseline						
Eingeschlossene Variablen						
Symptomzahl (SOMS-7)	.24**	.002	.32	4.18	<.001	.06
Positive Behandlungserwartung (FMP)	.22**	.005	.24	3.17	.002	.12
Vorliegen eines Rentenbegehrens	-.14	.082	-.19	-2.50	.014	.16
Ausgeschlossene Variablen						
Therapiemotivation (Gesamtskala des FMP)	.20*	.010				
Tägliche berufliche Belastbarkeit in Stunden	.16*	.041				
Weibliches Geschlecht	.10	n.s.				
Stationäre Behandlung in der Vorgeschichte (psychiatrisch oder psychosomatisch)	-.08	n.s.				

In die Analysen gingen nur diejenigen Variablen ein, die in den univariaten Responder-Analysen signifikant geworden sind. * = $p < .05$; ** = $p < .01$.

Tabelle 5.V. Vorhersage des längerfristigen Therapieerfolgs - Verminderung der Beschwerdenzahl – Regressionsanalyse und Korrelationen nullter Ordnung

Kriterium: Reduktion der Anzahl somatoformer Beschwerden	Korrelation nullter Ordnung		Multiple Regression (schrittweise)			
	r	p	β	T	p	R ² kumulativ
Variablen zur Baseline						
Eingeschlossene Variablen						
Symptomzahl (SOMS-7)	.35***	<.001	.37	5.02	<.001	.12
Positive Behandlungserwartung (FMP)	.25**	.002	.28	3.83	<.001	.20
Ausgeschlossene Variablen						
Symptomintensität (SOMS-7)	.32***	<.001				
Therapiemotivation (Gesamtskala des FMP)	.23**	.005				
Globale Erfassung des Funktionsniveaus (Achse-V DSM-IV)	-.19*	.021				
Weibliches Geschlecht	.090	n.s.				

In die Analysen gingen nur diejenigen Variablen ein, die in den univariaten Responder-Analysen signifikant geworden sind. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tabelle 5.VI. Vorhersage des längerfristigen Therapieerfolgs – Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – Regressionsanalyse und Korrelationen nullter Ordnung

Kriterium: Reduktion der Anzahl somatoformer Beschwerden	Korrelation nullter Ordnung		Multiple Regression (schrittweise)			
	r	p	β	T	p	R ² kumulativ
Variablen zur Baseline						
Eingeschlossene Variablen						
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EuroQoL)	-.43***	<.001	-.52	-7.46	<.001	.19
Krankheitserleben (FMP)	-.18*	.023	-.33	-4.67	<.001	.28

In die Analysen gingen nur diejenigen Variablen ein, die in den univariaten Responder-Analysen signifikant geworden sind. * = $p < .05$; *** = $p < .001$.

6. Zusammenfassende Bewertung der Befunde

In der vorliegenden Arbeit wurde ein verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm für Patienten mit multiplen somatoformen Störungen im Rahmen eines umfassenden, stationären Behandlungsprogramms einer psychosomatischen Fachklinik auf seine Wirksamkeit überprüft. Zudem wurden Prädiktoren für den direkten und längerfristigen Therapieerfolg bei dieser Patientengruppe bestimmt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Befunde noch einmal zusammenfassend dargestellt und interpretiert.

6.1 Charakterisierung der Studienpatienten

Es zeigte sich eine ausgeprägte Beeinträchtigung der Studienpatienten bzgl. der somatoformen Symptomatik, der Komorbidität sowie des Krankheitsverhaltens.

Der Vergleich der Werte in den psychopathologischen Variablen mit den jeweiligen Testnormen zeigt Folgendes: Die Patienten berichteten im SOMS-2 Fragebogen, in den letzten zwei Jahren unter durchschnittlich 21 Symptomen gelitten zu haben. Dies entspricht einem Prozentrang von 80, wenn man eine Vergleichsstichprobe von Patienten einer psychosomatischen Fachklinik heranzieht (Rief et al., 1997). Hessel, Geyer, Schumacher & Brähler (2002) untersuchten eine repräsentative Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung mit dem gleichen Fragebogen und erhielten einen durchschnittlichen Beschwerdenindex von 3.2 (SD = 4.6). Der durchschnittliche Global Severity Index von 1.28 der untersuchten Patienten entspricht im Vergleich mit einer Stichprobe von gesunden Probanden einem Normwert von $T = 75$ (Franke, 1995). Die durchschnittlichen Werte für Ängstlichkeit und Depressivität erreichen Normwerte von $PR = 95$ bzw. $PR = 99$ im Vergleich zur gesunden Vergleichsstichprobe (Herrmann et al., 1995).

Die Hälfte der Patienten war bereits zuvor mindestens einmal stationär in einer psychosomatischen oder psychiatrischen Einrichtung behandelt worden, und die primäre psychische Störung hatte sich vor durchschnittlich 9 Jahren manifestiert. Auch die Komorbiditätsraten lagen überdurchschnittlich hoch. 74% der Studienpatienten erfüllten die Kriterien für eine affektive Störung, und bei 53% der Patienten wurde eine komorbide Angststörung diagnostiziert. Besonders bedeutsam erscheint, dass nur 10% der Patienten keine komorbide Störung hatten.

Die Tatsache, dass trotz der starken Beeinträchtigung nur 28% der Patienten die DSM-IV Kriterien für eine Somatisierungsstörung erfüllten, ist ein weiterer Beleg für die unzureichende Konzeptualisierung der somatoformen Störungen in den gängigen Klassifikationssystemen DSM-IV (Saß et al., 1996) und ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1994)

6.2 Effekte des Gesamtbehandlungsprogramms: Statistische und klinische Signifikanz

Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit des Therapieprogrammes, die sich in allen untersuchten Erfolgsmaßen manifestiert. Die Anzahl und Intensität der somatoformen Beschwerden sank ab, ebenso gingen allgemeine psychopathologische Beeinträchtigung, Ängstlichkeit und Depressivität zurück. Das medizinische Inanspruchnahmeverhalten ging von durchschnittlich 40 Arztbesuchen im Jahr vor der Behandlung auf durchschnittlich 29 Arztbesuche im Jahr nach der Behandlung zurück. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die Lebenszufriedenheit stiegen zum Ein-Jahres Follow-Up an. Auch wenn sich zumeist ein leichter Rückgang der Verbesserungen vom Entlassungs- bis zum Katamnesezeitpunkt zeigt, bleiben die Effekte stabil. Die Intent-to-treat Analysen zeigen vergleichbare, positive Ergebnisse unter der konservativen Annahme, dass bei allen Drop-Outs sämtliche Eingangswerte unverändert blieben. Die Stabilität der Parameter in der Wartekontrollgruppe lässt darauf schließen, dass die positiven Effekte dem Behandlungsprogramm zugeschrieben werden können.

Die Resultate zur klinischen Signifikanz sind zufrieden stellend. Die meisten Längsschnitt-Effektstärken liegen im mittleren Bereich und sind mit denen anderer Studien (Ehlert et al., 1999; Speckens et al., 1995a) vergleichbar oder übertreffen diese (Hellman et al., 1990; Morley et al., 1999; Speckens et al., 1995a bzgl. der Reduktion von Ängstlichkeit und Depressivität). In den Responder-Analysen der vorliegenden Untersuchung werden Erfolgsraten von 50 bis 75% erreicht, wobei diese vom Therapieende bis zum Ein-Jahres Follow-Up nur geringfügig absinken.

Die höchsten Effektstärken und Responder-Raten wurden mit Werten über einer Standardabweichung für die Reduktion der somatoformen Symptome erreicht, beurteilt durch das diagnostische Interview. Auch die Reduktion der globalen psychopathologischen Maße des SCL-90-R ist nach der Konvention von Cohen (1988) ein großer Effekt. Der Befund zur starken Reduktion der somatoformen Beschwerden

ist nicht erwartungskonform, da verhaltenstherapeutische Behandlungen vorrangig auf eine Verminderung des Leidensdruckes sowie eine Verbesserung der Lebensqualität abzielen, eine Verminderung der Beschwerden jedoch nur in geringem Maße erwartet wird. Die vorliegenden Befunde geben Grund zur Hoffnung, dass auch die körperlichen Beschwerden remittieren können. Die durchschnittliche Anzahl von sieben somatoformen Symptomen zum Katamnesezeitpunkt ist jedoch immer noch hoch, und die Anzahl der Patienten mit vollremittierter Symptomatik (keine somatoformen Beschwerden zum Follow-Up) ist mit $N = 6$ (3%) ausgesprochen gering. Zudem ist letztlich nicht auszuschließen, dass aufgrund von Patienten- und Untersuchererwartungen eine positive Verzerrung eingetreten ist, wenngleich die Untersucher um größtmögliche Objektivität bemüht waren.

6.3 Effekte des Therapiebausteins „Soma-Gruppe“

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde neben der Evaluation der stationären Gesamtbehandlung die Wirksamkeit der manualgeleiteten Gruppentherapie zur Bewältigung somatoformer Symptome überprüft, die mit einem in der Klinik Roseneck bereits seit vielen Jahren etablierten Entspannungstraining (PMR) verglichen wurde. Hier zeigt sich zunächst deskriptiv in allen störungsspezifischen Variablen eine Überlegenheit für die Untersuchungsgruppe, die neben der Standardbehandlung an der Soma-Gruppe teilnahm. Die Reduktion der somatoformen Symptome ist deskriptiv höher. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität steigert sich um 20% für die Gruppe „Standardbehandlung + Soma-Gruppe“ im Vergleich zu 12% für die PMR-Bedingung. Auch bezüglich der Responder-Analysen zeigt sich deskriptiv eine Überlegenheit bei der Stichprobe, die an der Soma-Gruppe teilgenommen hat: Bestimmt man diejenigen, die zum Follow-Up das Eingangskriterium von mindestens acht nach DSM-IV relevanten somatoformen Beschwerden nicht mehr erfüllen, finden sich in der Soma-Gruppe 59% Responder, in der PMR-Bedingung 48% Responder.

Statistische Signifikanz erreicht jedoch in der vorliegenden Untersuchung lediglich die differentielle Verminderung des Inanspruchnahmeverhaltens: Die Anzahl der Arztbesuche vermindert sich für die Bedingung Soma-Gruppe um 39% im Vergleich zu 18% in der PMR-Bedingung. Timmer (2002) konnte für die gleiche Untersuchungsstichprobe zeigen, dass auch für die Veränderung störungsspezifischer Kognitionen, die katastrophisierende Bewertung körperlicher Symptome sowie die Intoleranz körperlicher Beschwerden, ein differentieller Effekt zugunsten der Soma-

Gruppe besteht. Eine signifikante Überlegenheit für die Behandlungsbedingung PMR bestand für keine der Untersuchungsvariablen. Es ist daher zu schließen, dass der Therapiebaustein „Soma-Gruppe“ bei den Studienpatienten deutliche, spezifische Effekte bezüglich verhaltensbezogener sowie kognitiver Variablen hatte. Dies spricht für die Wirksamkeit der im Manual ausgearbeiteten Elemente „Veränderung störungsspezifischer Kognitionen“ (fünfte und sechste Sitzung) sowie „Diskussion des Krankheitsverhaltens“ (achte Sitzung; Anhang C). Die gesundheitspolitische Bedeutsamkeit der Verminderung der Arztbesuche wurde in Kapitel 3 erörtert.

Es ist jedoch zu hinterfragen, warum der zusätzliche Effekt der Soma-Gruppe nicht auch für die Reduktion der Beschwerden sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität statistisch signifikant ist. Zunächst ist auf methodischer Ebene zu beachten, dass die signifikanten Interaktionseffekte verhältnismäßig schwach sind, so dass möglicherweise insgesamt die Teststärke der vorliegenden Untersuchung zu gering war, um kleine Effekte auch statistisch abzubilden. Dabei ist die untersuchte Stichprobe jedoch bereits größer als die der anderen, zu Beginn dargestellten kontrollierten Therapiestudien zu multiplen somatoformen Beschwerden. Auf inhaltlicher Ebene ist eine Erklärung in dem verhältnismäßig geringen Anteil zu sehen, den die Soma-Gruppe mit acht Doppelstunden in der durchschnittlich siebenwöchigen Behandlung einnahm. Dadurch war ein differentieller Effekt schwer zu erreichen. Ein weiteres Problem geht auf das klinische Setting zurück. Die Klinik Roseneck ist durch die Initiative ihrer ehemaligen leitenden Psychologen W. Rief und W. Hiller seit vielen Jahren spezialisiert auf die Behandlung somatoformer Störungen. Das kognitiv-behaviourale Erklärungsmodell sowie eine Reihe der Therapieelemente der Soma-Gruppe sind jedem dort arbeitenden Therapeuten bekannt, so dass vermutlich auch außerhalb der indikativen Gruppentherapie Elemente der Soma-Gruppe Anwendung fanden. Das klinische Setting bedingt generell, dass eine strikte inhaltliche Trennung von Experimental- und Vergleichsbehandlungen kaum möglich ist.

6.4 Prädiktoren des Therapieerfolgs

In der Analyse zur Vorhersage des Therapieerfolgs fanden sich ausschließlich therapiemotivationale Faktoren als statistisch stabile Prädiktoren. Patienten, deren Behandlungserwartungen und –einstellungen zu Therapiebeginn höher waren, konnten eine größere Reduktion der Beschwerden zum Abschluss der Behandlung, aber auch längerfristig im Ein-Jahres Follow-Up erreichen. Patienten mit einem Rentenbegehren

zeigten zu Behandlungsende einen geringeren Therapieerfolg als Patienten ohne ein solches Rentenbegehren. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität war im Jahr nach der Behandlung umso höher, je geringer der Leidensdruck zu Behandlungsbeginn ausgeprägt war. Eine ausführliche Diskussion dieser Befunde findet sich in Kapitel 5. Die durch die Prädiktorvariablen erklärte Varianzaufklärung ist mit 16 bis 28% verhältnismäßig gering. Vergleichbare Werte anderer Studien liegen jedoch ähnlich niedrig, so dass die geringe Varianzaufklärung als Hinweis auf die Heterogenität der untersuchten Patienten und den weiteren Forschungsbedarf in diesem Bereich gewertet werden kann.

6.5 Akzeptanz der Behandlung

Ein dokumentierter Therapieerfolg bleibt wenig aussagekräftig, wenn er nur für einen Teil der eligiblen Patienten ausgewertet werden kann, weil das Treatment von den Studienpatienten nicht ausreichend akzeptiert wird. Einige der beschriebenen, kontrollierten Therapiestudien berichten über verhältnismäßig hohe Drop-Out Raten (Kashner et al., 1995; Lupke et al., 1996; McLeod et al., 1997; Sumathipala et al., 2000).

In der vorliegenden Untersuchung konnte eine Ausschöpfung von 82% zur Katamnese erreicht werden, und nur neun Patienten (4.7%) brachen den stationären Aufenthalt oder die Soma-Gruppe ab. Zudem finden sich bei Betrachtung der prozessanalytischen Variablen hohe positive Bewertungen für die Soma-Gruppe spätestens ab der zweiten Sitzung (Rief et al., 2002). Weiterhin ließ sich ein Zusammenhang der Stundenbewertungen mit dem längerfristigen Therapieerfolg zeigen (Rief et al., 2002). Setzt man diese Ergebnisse in Relation zu anderen Therapiestudien (vgl. auch Speckens, van Hemert, Bolk, Hawton & Rooijmans, 1995b), können sie als Belege für eine hohe Akzeptanz gewertet werden.

6.6 Grenzen der vorliegenden Untersuchung

Abschließend sei auf einige Einschränkungen der vorliegenden Studie hingewiesen: Zunächst ist die Generalisierbarkeit durch die Selektivität der Stichprobe sowie die Spezifität des Treatments einzuschränken. Da die Mehrzahl bisheriger Studien Patientenrekrutierungen über das allgemeinärztliche Setting vornahm,

erschien es wichtig, ein Augenmerk auf das Klientel einer psychosomatischen Fachklinik zu lenken. Deshalb wurden in dieser Studie chronifizierte, stark beeinträchtigte Somatisierungspatienten untersucht, die eine hohe Komorbidität aufwiesen. Möglicherweise können die Ergebnisse deshalb nur eingeschränkt auf Patienten verallgemeinert werden, die aufgrund geringerer Beeinträchtigung keine Zuweisung in eine psychosomatische Fachklinik erhalten würden. Des Weiteren kann die beschriebene Vielzahl der eingesetzten Therapieelemente nur mit Einschränkungen im ambulanten Setting erreicht werden. Aufgrund dessen ist gegenwärtig eine ambulante Einzelpsychotherapie, auch wenn sie das gleiche Therapierational und die wesentlichen Therapiebausteine zugrunde legt, nur eingeschränkt mit dem untersuchten Gesamtbehandlungsprogramm zu vergleichen. Perspektivisch ist jedoch daran zu denken, durch eine Vernetzung ambulanter Versorgungssysteme eine vergleichbare Behandlung möglich zu machen.

Aus der Betrachtung der Breite der Gesamtbehandlung ergibt sich ein weiterer Kritikpunkt. Aufgrund der Vielfältigkeit des therapeutischen Programms kann in der vorliegenden Untersuchung bedauerlicherweise wenig auf einzelne Wirkfaktoren der Therapie für Somatisierung geschlossen werden.

In die vorliegenden Untersuchungen wurden zwei verschiedene Gruppenvergleiche eingeschlossen. Ersterer betrifft den Vergleich der neu entwickelten Soma-Gruppe zum bereits bewährten Entspannungstraining. Die Patienten wurden diesen beiden Bedingungen randomisiert zugeteilt. Der zweite Vergleich bezieht sich auf die Wartekontrollgruppe in Bezug zur Gesamtbehandlungsgruppe. Es wurde dargestellt, dass sich die Teilstichprobe der Wartekontrollpersonen in keiner der erhobenen Variablen von der Reststichprobe unterschied. Dennoch wäre eine – in dieser Untersuchung durch das Setting der psychosomatischen Fachklinik nicht praktikierbare – Randomisierung das methodisch indiziertere Verfahren gewesen.

6.7 Ausblick

Eine wichtige Schlussfolgerung aus den Prädiktoren-Analysen ist der besondere Stellenwert der Therapiemotivation innerhalb der Behandlung somatoformer Störungen. So scheint es ausgesprochen notwendig, Ziele und Motive zu Beginn der Behandlung zu erfragen und ggf. weiterzuentwickeln. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Patienten häufig zu wissen scheinen, welchen Zustand sie verlassen wollen („Ich möchte meine Schmerzen verlieren“), selten jedoch, welchen Zustand sie gerne

erreichen möchten („Was möchte ich gerne tun, wenn ich meine Schmerzen besser bewältigt habe?“). Auch wenn in das Treatment der vorliegenden Untersuchung bereits der Aufbau von Therapiemotivation eingeschlossen wurde, erscheint es therapeutisch sowie wissenschaftlich hilfreich, weiteres Augenmerk auf den Aufbau von Therapiemotivation zu lenken.

Die große Zahl von Einträgen im Internet, die man von engagierten Betroffenen und Selbsthilfegruppen für „moderne Syndrome“ der somatoformen Störungen (Barsky & Borus, 1999), wie z. B. Multiple Chemical Sensitivity, Sick Building Syndrom oder Amalgam-Sensitivität, findet¹, spiegelt eine Hilflosigkeit der Betroffenen und ein Bedürfnis dieser Patienten nach einer Erklärung und Linderung ihrer Symptome wider. Deshalb erscheint es als eine vordringliche Aufgabe der Zukunft, die als erfolgreich ausgewiesenen verhaltenstherapeutischen Behandlungen der großen Zahl betroffener Patienten nahe zu bringen.

Die Ergebnisse zur klinischen Signifikanz weisen darauf hin, dass die Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen weiterhin optimiert werden sollte. Die eigene klinische Erfahrung während der Untersuchung zeigt, dass für einen Teil der Patienten nur eine Auswahl der Therapiebausteine hilfreich erschien. So schien zum Beispiel das Therapieziel einer Verminderung des Vermeidungsverhaltens wiederholt nicht passend, da sich manche Patienten im Alltagsleben eher zu stark als zu wenig belasteten. Als Beispiel sei die in der Einleitung angeführte Sekretärin Frau W. genannt, bei der die Wahrnehmung der körperlichen Belastungsgrenze ein wichtiges Therapieziel war, und die es eher vermied, eigene Rechte und Wünsche durchzusetzen. Diese Patientin profitierte stark von einem Training der sozialen Kompetenz. Bereits erwähnt wurden Patienten mit einem Rentenbegehren, das einer Bewältigung somatoformer Beschwerden oftmals im Wege steht, wie z. B. bei dem in der Einleitung beschriebenen Lehrer Herrn B. Als Ansatzpunkte für weitere klinische Forschung auf dem Gebiet der multiplen somatoformen Beschwerden ergeben sich deshalb aus der Sicht der Autorin zum einen die Untersuchung von spezifischen Wirkfaktoren, wie sie auch im Überblicksartikel von Looper & Kirmayer (2002) gefordert wird. Zum anderen könnte der Therapieerfolg möglicherweise optimiert werden durch Ansätze eines Patienten-Treatment Matching. Es wäre denkbar, dass die Patientengruppen sinnvoll kategorisiert werden könnten, zum Beispiel hinsichtlich des

¹ Siehe z. B. die Homepage der Berliner Selbsthilfegruppe Amalgamgeschädigter <http://people.blinx.de/sems>, die Homepage der Selbsthilfegruppe Chemikalien- und Holzschutzmittelgeschädigter <http://home.t-online.home/bruno.hennek>.

Zeigens von Schonverhalten, aber auch hinsichtlich derjenigen Patienten, deren körperliche Symptome mit einem körperlichen Arousal und Angstgefühl einher gehen (und bei denen deshalb Reizexposition ein wichtiger Baustein sein könnte) im Gegensatz zu solchen Patienten, deren körperliche Symptome nicht von Angst begleitet werden (und bei denen deshalb eher Aufmerksamkeitsumlenkung sinnvoll ist).

Der wichtigste Befund der vorliegenden Untersuchung ist sicher der Beleg der deutlichen Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Behandlungen für Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen. Dabei konnte der Erfolg sowohl auf körperlicher, als auch auf emotionaler und verhaltensbezogener Ebene demonstriert werden. Auch wenn eine stark beeinträchtigte Patientengruppe untersucht wurde, sind die Ergebnisse vergleichbar mit denen bisheriger kontrollierter Therapiestudien mit in der Regel weniger chronifizierten Patienten.

Es finden sich Hinweise auf eine deutliche, längerfristige Reduktion der körperlichen Beschwerden, so dass sich Aussagen von z. B. Margo & Margo (1994), Somatisierungspatienten seien resistent gegenüber positiven Veränderungen, nicht mehr halten lassen. Stattdessen besteht auch angesichts der Untersuchungen von z. B. Speckens et al. (1995a) und Rief et al. (1995) Grund zur Zuversicht, die auch gegenüber Betroffenen von ärztlichen und psychologischen Behandlern selbstbewusst geäußert werden sollte.

7.1 Zusammenfassung

Die Gruppe der somatoformen Störungen zählt zu den häufigsten psychischen Störungen und besitzt zudem aufgrund der hohen Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten eine große gesundheitspolitische Relevanz. Dennoch existieren bislang nur wenige kontrollierte experimentelle Therapiestudien. Als Grundlage der vorliegenden Studie wurde ein standardisiertes, kognitiv-behaviourales Gruppenprogramm entwickelt, dessen Wirksamkeit bzgl. allgemeiner und spezifischer Symptomatik sowie der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im stationären Setting einer psychosomatischen Fachklinik überprüft wurde. Um langfristig einerseits gesundheitsökonomischen Aspekten Rechnung zu tragen und andererseits eine möglichst große Anzahl von Betroffenen anzusprechen, stellt sich zudem die Frage, welche Patienten von einem stationären, multimodalen und auf die somatoforme Störung ausgerichteten Behandlungsansatz profitieren. Bisher finden sich in der Literatur nur wenige Hinweise auf Prädiktoren für Therapieerfolge bei Patienten mit somatoformen Störungen.

Zur Untersuchung dieser Fragestellungen wurde eine Stichprobe von 191 Patienten mit Somatisierungssyndrom (Vorliegen von acht nach DSM-IV relevanten körperlichen Beschwerden ohne klare organischen Ursachen) herangezogen. Alle Patienten erhielten die Standardbehandlung einer psychosomatischen Fachklinik, die aus einer Vielzahl von verhaltenstherapeutisch orientierten Therapiebausteinen bestand (u.a. Einzeltherapie, themenoffene und indikationsspezifische Gruppentherapien, Gruppentraining sozialer Kompetenz). Darüber hinaus wurden 107 Patienten randomisiert in Kohorten einer speziell auf die Bewältigung somatoformer Beschwerden ausgerichteten kognitiv-behaviouralen Gruppentherapie („Soma-Gruppe“) zugeteilt. Die übrigen 84 Patienten nahmen an einer Entspannungstherapie teil. Eine Gruppe von 34 Patienten wurde zusätzlich zum Anmeldezeitpunkt als Eigenwartekontrollgruppe untersucht (4 Monate Wartezeit). Die Befragung erfolgte mittels diagnostischer Interviews nach DSM-IV (IDCL), eines in der Arbeitsgruppe erstellten Interviews zum Inanspruchnahmeverhalten und einer Reihe von Fragebögen zur spezifischen sowie allgemeinen Symptomatik (SOMS, SCL-90-R, HADS, FLZ, EuroQol) sowie zur Therapiemotivation (FMP). Zur Messung kurz- sowie längerfristiger Therapieeffekte wurden die Daten für die Gesamtstichprobe zu drei Zeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, Ein-Jahres Katamnese) erhoben.

Querschnittsanalysen zeigen eine starke Beeinträchtigung der untersuchten Patientengruppe. Nach der Therapie sowie ein Jahr nach Entlassung verminderten sich die Anzahl der somatoformen Beschwerden, globale psychopathologische Maße sowie die Anzahl der Arztbesuche im Jahr vor dem jeweiligen Messzeitpunkt. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die Lebenszufriedenheit stiegen an. In der Wartekontrollgruppe zeigten sich keine signifikanten Veränderungen in der Wartezeit. Effektstärken für die Verminderung von Aufnahme bis zur Katamnese liegen für die Beschwerdenanzahl sowie die globale psychopathologische Beeinträchtigung im hohen, für alle übrigen Erfolgsmaße im mittleren Bereich. Der differentielle Effekt der spezifischen Therapie „Soma-Gruppe“ zeigt sich für die längerfristige Verminderung der jährlichen Arztbesuche. Als statistisch stabile Prädiktoren erweisen sich die positiven Behandlungserwartungen für den direkten und längerfristigen Therapieerfolg, das Nicht-Vorliegen eines Rentenbegehrens für den direkten Therapieerfolg und ein geringer Leidensdruck für die längerfristige Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Die Ergebnisse sprechen für die hohe Wirksamkeit der kognitiv-behaviouralen, auf die Bewältigung der somatoformen Störung abzielenden Therapie. Die differentielle Verminderung des medizinischen Inanspruchnahmeverhaltens durch die Soma-Gruppe ist aufgrund der implizierten Kosteneinsparungen für das Gesundheitssystem von hoher Bedeutung. Da sich therapiemotivationale Faktoren als bedeutsamste Determinanten des Therapieerfolgs zeigten, sollte wissenschaftlich sowie therapeutisch weiteres Augenmerk auf die sorgfältige Erfassung und Steigerung der Therapiemotivation gerichtet werden.

7.2 Summary

Somatoform disorders are among the most frequent psychiatric disorders and are extremely relevant considering health care costs. Yet there is only a small number of controlled studies on CBT for somatoform disorders. In this study, a new group therapy module for the management of somatoform symptoms (“soma-group”) was developed. Effects on general and specific symptomatology, quality of life and health care utilisation were evaluated in an inpatient tertiary care setting. Aiming at saving health care costs and assisting a preferably large group of patients raises the question of predictors for a positive treatment outcome. There are few and partly contradictory results in the literature so far.

The final sample consisted of 191 patients with somatisation syndrome (patients with at least 8 DSM-IV somatoform symptoms). All patients underwent the standard cognitive-behavioural treatment, consisting of individual therapy and problem-focused group therapy sessions, assertiveness training and in some cases standardised therapy modules focusing on comorbid disorders. Additionally, subjects were randomly assigned in cohorts to the soma-group (N = 107) or a relaxation training (N = 84). A waiting control group consisted of 34 patients (waiting period: 4 months). Mental disorders were diagnosed by structured interviews pertaining to DSM-IV. Health care utilisation was assessed through an interview on illness behaviour. Further, a number of evaluated psychometric instruments (SOMS, SCL-90-R, HADS, FLZM, EuroQoL) were used. Therapy outcome was analysed at discharge and at a 1-year follow-up.

Cross-section analysis shows a high impairment of the study sample. Number of somatoform symptoms, general psychopathology, and medical consulting behaviour scores were significantly reduced at discharge and follow-up. Life satisfaction and subjective health status were increased. The stability of the scores of the waiting control group indicate that positive results can be attributed to the inpatient treatment. Longitudinal effect sizes for long-term outcome are high for somatoform symptoms and global psychopathologic impairment, and moderate for other outcome scores. The differential effect of the additional “soma-group” treatment was significant for the reduction of visits to the doctor. Positive expectations regarding the treatment predicted short- and long-term outcome, a claim for disability-related benefit predicted short-term outcome negatively and low subjective suffering predicted the long-term increase of health-related quality of life.

The results demonstrate the high efficiency of the CBT treatment for the management of somatoform disorders. The specific effect on health care use highlights the socioeconomic relevance. As motivation for psychotherapy determined the therapy outcome, scientists and therapists should pay greater attention to the assessment and increase of motivation for therapy.

8. Literaturverzeichnis

- Bach, M. & Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia: A prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 43 – 48.
- Barsky, A. J. & Borus, J. F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130, 910 – 921.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J. & Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care*, 39, 705–715.
- Bass, C. & Benjamin, S. (1993). The management of chronic somatisation. *British Journal of Psychiatry*, 162, 472 – 480.
- Bernstein, D. A. & Borcovec, T. D. (1973). *Progressive Relaxation Training*. Champaign, IL.: Research Press.
- Biller, N., Arnstein, P., Caudill, M. A., Federman, C. W. & Guberman, C. (2000). Predicting completion of a cognitive-behavioral pain management program by initial measures of a chronic pain patient's readiness for change. *Clinical Journal of Pain*, 16, 352 – 359.
- Bleichhardt, G., Timmer, B. & Rief, W. (2002). Efficacy of an inpatient treatment programme for patients with chronic and multiple somatoform symptoms. *Journal of Psychosomatic Research (in Vorbereitung)*.
- Bleichhardt, G. (2000). Selbstmanagement in der Patientenschulung. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 51, 31 – 33.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*. Paris: Baillière et fils.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Burns, J. W., Johnson, B. J., Devine, J., Mahoney, N. & Pawl, R. (1998a). Anger management style and the prediction of treatment outcome among male and female chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1051 – 1062.

- Burns, J. W., Johnson, B. J., Mahoney, N., Devine, J. & Pawl, R. (1998b). Cognitive and physical capacity process variables predict long-term outcome after treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 434 – 439.
- Butler, S., Chalder, T., Ron, M. & Wessely, S. (1991). Cognitive behaviour therapy in chronic fatigue syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 54, 153 – 158.
- Clum, G. A., Clum, G. A. & Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317 – 326.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Craig, T., Boardman, A., Mills, K., Daly, J. O. & Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *British Journal of Psychiatry*, 163, 579 – 588.
- Deale, A., Chalder, T. & Wessely, S. (1998). Illness beliefs and treatment outcome in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 77 – 83.
- Deale, A., Chalder, T., Marks, I. & Wessely, S. (1997). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 154, 408–414.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, Scoring & Procedures*. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien*. Bern: Hans Huber.
- Downes-Grainger, E., Morriss, R., Gask, L. & Faragher, B. (1998). Clinical factors associated with short-term changes in outcome of patients with somatized mental disorder in primary care. *Psychological Medicine*, 28, 703 – 711.
- Dworkin, S. F., Turner, J. A., Wilson, L., Massoth, D., Whitney, C., Huggins, K. H., Burgers, J., Sommers, E. & Truelove, E. (1994). Brief group cognitive-behavioral intervention for temporomandibular disorders. *Pain*, 59, 175 – 187.

Ehlert, U., Wagner, D. & Lupke, U. (1999). Consultation-liaison service in the general hospital: Effects of cognitive-behavioral therapy in patients with physical nonspecific symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 411 – 417.

Escobar, J. I., Gara, M., Cohen Silver, R., Waitzkin, H., Holman, A. & Compton, W. (1989a). Somatisation disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 173, 262-266.

Escobar, J. I., Rubio-Stipec, M., Canino, G. & Karno, M. (1989b). Somatic Symptom Index (SSI): A new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 177, 140–146.

Festinger, L. (1964). *Conflict, decision, and dissonance*. Stanford: Stanford University Press.

Fink, P. (1992). Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 439–447.

Fink, P. (1996). Somatization – beyond symptom count. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 7-10.

Franke, G. H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – deutsche Version (SCL-90-R)*. Göttingen: Hogrefe.

Goldberg, D. P. & Bridges, K. (1988). Somatic presentations of psychiatric illness in primary care settings. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 137–144.

Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S. & Schmid, C. H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53 – 66.

Graf von der Schulenburg, J. M., Claes, C., Greiner, W. & Uber, A. (1998). Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6, 3-20.

Greene, B. & Blanchard, E. B. (1994). Cognitive therapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 576–582.

Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B. & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154, 989–995.

Hellman, C. J. C., Budd, M., Borysenko, J., McClelland, D. C. & Benson, H. (1990). A study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaints. *Behavioral Medicine*, 16, 165 – 173.

Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZM) – A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 150–159.

Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D). Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Göttingen: Hogrefe.

Hessel, A., Geyer, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2002). Somatoforme Beschwerden in der Bevölkerung Deutschlands. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 38 – 58.

Hiller, W. & Rief, W. (1998). Therapiestudien zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen: Ein Literaturüberblick. [Therapy studies for the treatment of patients with somatoform disorders: a literature overview]. *Verhaltenstherapie*, 8, 125 – 136.

Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W. & Fichter, M. M. (2002). Predictors of Course and Outcome in Hypochondriasis after Cognitive-Behavioral Treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 318 – 325.

Hiller, W., Rief, W. & Fichter, M. M. (1995). Further evidence for a broader concept of somatization disorder using the Somatic Symptom Index. *Psychosomatics*, 36, 285–294.

Hiller, W., Rief, W. & Fichter, M. M. (1997). How disabled are patients with somatoform disorders? *General Hospital Psychiatry*, 19, 432–438.

Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1993a). Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL) für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

- Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W. & Bronisch, W. (1993b). Routine psychiatric examinations guided by ICD-10 Diagnostic Checklists. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 218–223.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kashner, T. M., Rost, K., Cohen, B., Anderson, M. & Smith, G. R. (1995). Enhancing the health of somatization disorder patients. *Psychosomatics*, 36, 462 – 470.
- Katon, W., Ries, R. K. & Kleinman, A. (1984). The prevalence of somatizing in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 208–215.
- Kellner, R. (1983). Prognosis of treated hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 69 – 79.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. New York: Praeger Publishers.
- Kellner, R. (1987). Hypochondriasis and somatization. *Journal of the American Medical Association*, 258, 2718 – 2722.
- Kind, P. (1996). The EuroQoL instrument: An index of health-related quality of life. In B. Spilker (Ed.): *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., deGruy, F. V., Hahn, S. R., Linzer, M., Williams, J. B. W., Brody, D. & Davies, M. (1997). Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 54, 352–358.
- Kroenke, K. & Swindle, R. (2000). Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 205–215.
- Leibbrand, R. (1997). *Therapieeffekte bei somatoformen Störungen in Abhängigkeit vom zusätzlichen Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

- Leibbrand, R., Hiller, W. & Fichter, M. M. (1999). Effect of Comorbid Anxiety, Depressive, and Personality Disorders on Treatment Outcome of Somatoform Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 203 – 209.
- Leibbrand, R., Schröder, A., Hiller, W. & Fichter, M. M. (1998). Komorbide Persönlichkeitsstörungen: ein negativer Prädiktor für den Therapieerfolg bei somatoformen Störungen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 227 – 233.
- Lidbeck, J. (1997). Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 14 – 24.
- Looper, K. J. & Kirmayer, L. J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 810 – 827.
- Lupke, U., Ehler, U. & Hellhammer, D. (1996). Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: Verlaufsuntersuchung an Patienten mit somatoformen Störungen. *Verhaltenstherapie*, 6, 22 – 32.
- Margo, K. L. & Margo, G. M. (1994). The problem of somatization in family practice. *American Family Physician*, 49, 1873 – 1879.
- McLeod, C. C., Budd, M. A. & McClelland, D. C. (1997). Treatment of somatization in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 19, 251 – 258.
- Morley, S., Eccleston, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1–13.
- Nakao, M., Myers, P., Friccione, G., Zuttermeister, P. C., Barsky, A. J. & Benson, H. (2001). Somatization and symptom reduction through a behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic. *Behavioral Medicine*, 26, 169 – 176.
- Nanke, A. & Rief, W. (2000a). Biofeedback bei Somatisierungspatienten: Die Brücke zwischen organmedizinischem und psychosomatischem Krankheitsbild. In: Rief, W. & Birbaumer, N. (Hrsg.): *Biofeedback-Therapie. Grundlagen, Indikation und praktisches Vorgehen*. Stuttgart: Schattauer.
- Nanke, A. & Rief, W. (2000b). Biofeedback-Therapie bei somatoformen Störungen. *Verhaltenstherapie*, 10, 238 – 248.

- Ogrodniczuk, J. & Staats, H. (2002). Psychotherapie und Geschlechtszugehörigkeit: Brauchen Männer und Frauen unterschiedliche Behandlungen? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 270 - 285.
- Payne, A. & Blanchard, E. B. (1995). A controlled comparison of cognitive therapy and self-help support groups in the treatment of irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 63, 779 – 786.
- Pilowsky, I. & Spence, N. D. (1983). *Manual for the illness behaviour questionnaire (IBQ)*. Second edition. Adelaide: Author.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390 – 395.
- Ray, C., Jefferies, S. & Weir, W. R. C. (1997). Coping and other predictors of outcome in chronic fatigue syndrome: A 1-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 405 – 415.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E. & DuBois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 26 – 34.
- Rief, W. (1995). *Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hans Huber.
- Rief, W. (1996). Die somatoformen Störungen – Großes unbekanntes Land zwischen Psychologie und Medizin. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 173 – 189.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache*. Göttingen: Hans Huber.
- Rief, W., Bleichhardt, G. & Timmer, B. (2002). Gruppentherapie für somatoforme Störungen – Behandlungsleitfaden, Akzeptanz und Prozessqualität. *Verhaltenstherapie*, 12, 183 - 191.

Rief, W., Hiller, W., Geissner, E. & Fichter, M. M. (1995). A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. *Psychosomatics*, 36, 376–386.

Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). SOMS Screening für somatoforme Störungen [Screening for somatoform disorders]. Göttingen: Hogrefe.

Rief, W. & Hiller, W. (1999a). The psychological treatment of somatoform disorders. In: Ono, Y., Janca, A., Asai, M., Sartorius, N. (Hrsg.). *Somatoform disorders: a worldwide perspective*. Tokyo: Springer.

Rief, W. & Hiller W. (1999b). Towards empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 507–518.

Rief, W., Schäfer, S., Hiller, W. & Fichter, M. M. (1992). Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: Which came first? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 236-240.

Rost, K. M., Kashner, T. M. & Smith, G. R. (1994). Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcome at reduced costs. *General Hospital Psychiatry*, 16, 381–387.

Rudolf, G. (1992). Körpersymptomatik als Schwierigkeit der Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 37, 11 – 23.

Sanders, M. R., Shepherd, R. W., Cleghorn, G. & Woolford, H. (1994). The treatment of recurrent abdominal pain in children: A controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 306-314.

Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989) Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP). Göttingen: Hogrefe.

Schneider, W., Beisenherz, B. & Freyberger, H. J. (1990). Therapy expectation in different groups of patients with chronic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 1 – 7.

Sensky, T., MacLeod, A. K. & Rigby, M. F. (1996). Causal attributions about common somatic sensations among frequent general practice attenders. *Psychological Medicine*, 26, 641-646.

Sharpe, M., Hawton, K., Simkin, S., Surawy, C., Hackmann, A., Klimes, I., Peto, T., Warrell, D. & Seagroatt, V. (1996). Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 31, 22 – 26.

Sharpe, M., Peveler, V. & Mayou, R. (1992). The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 515–529.

Shorter, E., Abbey, S., Gillies, L. A., Singh, M. & Lipowski, Z. J. (1992). Inpatient treatment of persistent somatization. *Psychosomatics*, 33, 295 – 301.

Smith, G. A., Monson, R. A. & Ray, D. C. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder: A randomized, controlled study. *New England Journal of Medicine*, 314, 1407 – 1413.

Smith, G. A., Rost, K. & Kashner, M. (1995). A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, 52, 238 – 243.

Speckens, A. E. M., van Hemert, A. M., Bolk, J. H., Hawton, K. E. & Rooijmans, H. G. M. (1995b). The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 855 – 863.

Speckens, A. E. M., van Hemert, A. M., Bolk, J. H., Rooijmans, H. G. M. & Hengeveld, M. W. (1996b). Unexplained physical symptoms: Outcome, utilization of medical care and associated factors. *Psychological Medicine*, 26, 745 – 752.

Speckens, A. E. M., van Hemert, A. M., Spinhoven, P., Hawton, K. E., Bolk, J. H. & Rooijmans, G. M. (1995a). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: A randomized control trial. *British Medical Journal*, 311, 1328–1332.

Speckens, A. E. M., Spinhoven, P., Sloekers, P. P. A., Bolk, J. H. & van Hemert, A. M. (1996a). A validation study of the whitely index, the illness attitude scales, and the

somatosensory amplification scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 95 – 104.

Sumathipala, A., Hewege, S., Hanwella, R. & Mann, A. H. (2000). Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka. *Psychological Medicine*, 30, 747 – 757.

Timmer, B. (2002). *Kognitive Aspekte des Therapieerfolgs bei somatoformen Störungen*. Göttingen: Cuvillier Verlag.

Veith, I. (1965). *Hysteria: The history of disease*. Chicago: University Press.

Vlaeyen, J. W. S., Teeken-Bruben, N. J. G., Goossens, M. E. J. B., Rutten-van Molken, M. P. M. H., Pelt, R. A. G. B., van Eek, H. & Heuts, P. H. T. G. (1996). Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: A randomized clinical trial. I. Clinical effects. *Journal of Rheumatology*, 23, 1237 – 1245.

Warwick, H. M. C. & Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. In: Scott J, Williams JMG, Beck AT (Hrsg.). *Cognitive Therapy in Clinical Practice*. London: Routledge.

Wilkinson, P. & Mynors-Wallis, L. (1994). Problem-solving therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 591 – 598.

Wittchen, H. U., Saß, H., Zaudig, M. & Kohler, K. (1989). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz.

Wooley, S. C., Blackwell, B. & Winget, C. (1978). A learning theory model of chronic illness behavior: theory, treatment, and research. *Psychosomatic Medicine*, 40, 378 – 401.

Zigmond, A. A. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zoccolillo, M. S. & Cloninger, C. R. (1986). Somatization disorder: psychologic symptoms, social disability, and diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 65–73.