



universität
wien

Diplomarbeit

Alexithymie bei Frauen mit Inkontinenz: TAS versus LEAS!

Béatrice Strock

Diplomarbeit zur Erlangung des
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)
an der Fakultät der Psychologie der Universität Wien

Wien, April 2011

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuer:	Prof Germain Weber

Danksagung

Ich danke meiner externen Betreuerin, Frau *Prof. Springer-Kremser*, die mich mit Ihrem Seminar “Psychotherapie der weiblichen Psychosomatosen unter Berücksichtigung medizin-ethischer Fragen” und Ihren zahlreichen Forschungsbeiträgen im Bereich der Frauen-Psychosomatik zu dieser Diplomarbeit über Alexithymie inspiriert hat. Sie hat mich mit Ihren Anregungen und Literaturangaben hervorragend unterstützt und den Kontakt zur urogynäkologischen Ambulanz im AKH hergestellt.

Ich danke Herr *Prof. Hanzal* der mir großzügig ermöglicht hat, meine Testung an der urogynäkologischen Ambulanz im AKH Wien durchzuführen, sowie dem gesamten Personal für die hilfsbereite und unterstützende Aufnahme.

Und ich danke meinem Betreuer, Herr *Prof. Weber*, für seine Anregungen über die gesamte Studienzeit hinweg, dies vor allem die Qualität, Messmethodik und somit die Aussagekraft und Sinnhaftigkeit wissenschaftlicher Studien kritisch zu hinterfragen.

.....

INHALTSVERZEICHNIS

.....

A0 EINLEITUNG.....	S.4
A THEORETISCHER TEIL.....	S.6
A1 DAS KONSTRUKT ALEXITHYMIE.....	S.7
A1.1 Historische Entwicklung des Begriffs Alexithymie.....	S.8
A1.1.1 Rüsich: Reifungsmangel.....	S.8
A1.1.2 Sifneos: Alexithymie	S.8
A1.1.3 Marty & M’Uzan: Pensée Opératoire.....	S.10
A1.2 Klinische Bild der Alexithymie.....	S.11
A1.3 Aktuelle Kontroversen.....	S.12
A1.3.1 Keine Gefühle vorhanden versus Gefühle nicht beschreiben können.....	S.12
A1.3.2 Alexithymie State versus Trait.....	S.13
A1.3.3 Alexithymie Auslöser versus Konsequenz psychiatrischer/psychosomatischer Erkrankungen.....	S.14
A2 ÄTIOLOGIETHEORIEN.....	S.16
A2.1 Genetische Erklärungstheorien	S.16
A2.2 Soziokulturelle Erklärungstheorien	S.16
A2.3 Neuropsychologische Erklärungstheorien	S.17
A2.4 Psychodynamische Erklärungstheorien	S.18
A3 METHODISCHE ERFASSUNG.....	S.19
A3.1 Operationalisierung TAS	S.19
A3.2 Operationalisierung LEAS	S.20
A3.3 TAS & LEAS.....	S.20
A4 ERGEBNISSE AUS DER KLINISCHEN FORSCHUNG.....	S.23
A4.1 Alexithymie & Neuropsychologie	S.23
A4.1.1 Prosopagnosie.....	S.23
A4.1.2 Interhemisphärischer Transfer-Defizit.....	S.24
A4.1.3 Verarmte Trauminhalte.....	S.25
A4.2 Alexithymie bei psychosomatischen und psychiatrischen Störungsbilder	S.26
A4.2.1 Definition psychosomatische Störung.....	S.26
A4.2.2 Definition psychiatrische Störung.....	S.27
A4.3 Alexithymie bei somatischen Störungsbilder	S.27
A4.2.3 Forschung über Alexithymie bei psychosomatischer & psychiatrischer Störung.....	S.32
A4.5 Alexithymie in der Allgemeinbevölkerung	S.33
A4.5.1 Störvariablen Geschlecht, Alter & Sozialdaten.....	S.33

A4.5.2 Alexithymie & Persönlichkeit.....	S.34
A5 PSYCHOSOMATIK	S.36
A5.1 Begriffsdefinitionen Psychosomatik	S.36
A5.2 Frühere psychoanalytische Psychosomatik-Konzepte.....	S.38
A5.2.1 Das „Konversionsmodell“ von Sigmund Freud.....	S.38
A5.2.2 Franz Alexanders Theorie „krankheitsspezifischer psychodynamischer.....	S.39
A5.3 Aktuelle psychoanalytische Psychosomatik-Konzepte	S.39
A5.3.1 Eriksons „funktionelle Entwicklungsmodell der Psychosomatik“	S.40
A5.3.2. Sifneos Konzept der „Alexithymie“	S.40
A5.3.3. Pierre Marty & De M’Uzans Konzept der „pensée opératoire“	S.40
A5.3.4. Max Schurs Konzept der „Desomatisierung und Resomatisierung“	S.41
A5.3.5. Das Konzept der prädisponierenden Persönlichkeitstypen.....	S.41
A5.4 Endokrinologische & neurologische Stresstheorien als Krankheitskonzepte	S.43
A5.4.1 Definition implizites Gedächtnis (mediobasales Vorderhirn, Frontalkortex)	S.43
A5.4.2 Selye „Theorie der Stressoren“	S.43
A5.4.3. Lazarus „Diathese-Stress-Modell“	S.45
A6 FRAUEN MIT BESCHWERDEN IM UNTEREN	
HARNTRAKT.....	S.47
A6.1 Psychosomatik in der Frauenheilkunde.....	S.47
A6.2 Diagnose Definitionen nach ICS.....	S.48
A6.3 Aktueller Forschungsstand	S.50
A6.3.1 Inkontinenz & Affekt (Angst, Depression)	S.51
A6.3.2 Inkontinenz & Lebensqualität.....	S.51
A6.3.3 Inkontinenz & Sexualität.....	S.53
A6.3.4 Inkontinenz & weitere psychologische Konstrukte.....	S.53
 B EMPIRISCHER TEIL.....	 S.55
B1 FORSCHUNGSHYPOTHESEN & OPERATIONALISIERUNG.....	S.56
B1.1 Forschungshypothesen	S.56
B1.2 Operationalisierung	S.58
B2 UNTERSUCHUNGSDESIGN.....	S.61
B2.1 Untersuchungsplan.....	S.61
B2.2 Stichprobe	S.63
B2.3 Testsituation.....	S.64
B2.4. Pilotstudie	S.65
B3 TESTS.....	S.68
B3.1 Toronto-Alexithymia-Scale (TAS)	S.68
B3.2 Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS)	S.69
B3.4 State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI)	
.....	S.71

B3.4 Beck Depression Inventory (BDI)	S.72
B3.5 King's Health Questionnaire (KHQ)	S.73
 B4 STATISTISCHE VERFAHREN.....	S.75
B4.1 Missing Data.....	S.76
B5 AUSWERTUNG.....	S.77
B5.1 Deskriptive Statistik.....	S.78
B5. 2 Hypothesenüberprüfung: Ergebnisse & Interpretation	S.78
B5.3 Qualitative Beobachtungen.....	S.84
 C. DISKUSSION.....	S.85
C1 Kritik.....	S.90
C2 Weitere Forschungsansätze.....	S.91
 D. ZUSAMMENFASSUNG.....	S.92
 E LITERATURVERZEICHNIS.....	S.96
 TABELLENANHANG.....	.....
ANHANG A – FRAGEBOGEN.....	.....
Antrag an die Ethik Kommission MUW & AKH Wien.....	.....
Bescheid der Ethik Kommission MUW & AKH Wien.....	.....
Einverständniserklärung.....	.....
Fragebogen.....	.....
ANHANG B – AUSWERTUNG.....	.....
Deskriptive Statistik.....	.....
Auswertung Hypothese 1, 3 & 4: 1faktorielle ANOVA.....	.....
Effektstärkenberechnung für LEAS & BDI.....	.....
Auswertung Hypothese 5: 1faktorielle ANOVA.....	.....
Auswertung Hypothese 2: Pearson Korrelation.....	.....
 LEBENS LAUF.....	.....

A0 EINLEITUNG

Untersuchungsrelevanz des Konstruktes Alexithymie bei Inkontinenz-Patientinnen:

Bei psychiatrischen und psychosomatischen Patienten werden häufiger und verstärkt ausgeprägte alexithyme Züge als in der Normalpopulation vorgefunden (e.g. Porcelli, 2004, Honkalampi et al. 2000). Ein Kennzeichen der Alexithymie ist der erschwerte Zugang zu den eigenen Emotionen, so dass diese Patienten bei der Beschreibung ihrer Symptome vor allem am körperlichen Befinden haften bleiben. Es wird angenommen, dass dieser gestörte Zugang zu den eigenen Emotionen diese chronischen psychosomatischen und/oder psychiatrischen Leiden mitbedingt, ihnen nachfolgt oder sie sogar aufrechterhält (Mortazavi 2011)! Ein Vergleich mehrerer Patientengruppen mit psychosomatischen Beschwerden (in Form von Dranginkontinenz), somatischen (in Form von Stressinkontinenz) und gemischten (in Form von Mischinkontinenz) Beschwerden hinsichtlich ihrer Ausprägung von Alexithymie, erlaubt einen epidemiologischen Überblick dieser affektiven Störung im Krankheitsbereich der Inkontinenz. Die Gruppe der Inkontinenz wurde bisher nicht auf das Konstrukt der Alexithymie hin untersucht, so dass dies einen neuen Untersuchungsaspekt darstellt. Zudem kann die Hypothese, dass Alexithymie bei Patienten mit psychosomatischen Beschwerden vermehrt vorliegt, bei diesem Patientenkollektiv überprüft werden.

Es wurde bisher nicht nur versäumt die Inkontinenzleidenden auf Alexithymie hin zu testen, sondern es liegt ein allgemeiner Forschungsdefizit der affektiven Komponente bei Inkontinenzleiden vor. Es ist wichtig diese (teils psychosomatische) Leidensgruppe mit einer hohen Belastung der Lebensqualität und hoher Verschwiegenheit in der Öffentlichkeit auf weitere Persönlichkeitszüge zu untersuchen die diese Leiden mitbedingen, ihnen nachfolgen oder sie aufrechterhalten.

Zur testdiagnostischen Erfassung des Konstruktes Alexithymie wählt der Performanztest Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) (Lane et al. 1990) einen neuen Messzugang, indem er den Grad der emotionalen Entwicklung anhand eines freien Antwortformates zu bestimmen versucht. Dies vor allem als Antwort auf die Kritik an dem weit verbreiteten Selbsteinschätzungsfragebogen Toronto Alexithymie Scale (TAS) (Spielberger et al. 1970),

dass zum Ausfüllen des Testfragebogens die Fähigkeit zur Introspektion seiner eigenen Gefühlswelt quasi Voraussetzung sei. Die neuere LEAS ist noch nicht sehr erprobt an klinischen Populationen, weswegen diese Untersuchung einen Beitrag zur Validierung der LEAS darstellt.

Die vorliegende Arbeit stellt somit einen Beitrag zur empirischen Überprüfung einiger zentraler Aspekte des Konstruktes Alexithymie sowie eines neuen Messzuganges bei einem weit verbreiteten Leiden dar, das noch dazu von Schamaffekten begleitet ist.

A THEORETISCHER TEIL

A1 DAS KONSTRUKT ALEXITHYMIE

Einleitung

Psychiater wie Psychotherapeuten haben beobachtet, dass psychosomatische Patienten (Definition psychosomatisch s. Kapitel A5.1) auffällig häufig unfähig sind ihre emotionalen Vorgänge zu beschreiben und vorrangig an körperlichen Symptomen haften bleiben. Diese Beobachtung wurde erstmals in den 70ern genauso in den USA von Sifneos (1973) wie in Europa von Marty & M'Uzan (1978) gemacht. Sifneos taufte das Phänomen, dass man seine Gefühle nicht in Worten fassen kann, mit dem Namen *Alexithymie* während Marty & M'Uzan *Pensée Opératoire* für diese affektive Beeinträchtigung bevorzugen. Dieses Kapitel beschreibt die Anfänge dieses Konstruktes sowie die weitere Erforschung verschiedener Aspekte des Konstruktes Alexithymie an unterschiedlichen Populationen. So wurden die Kriterien für Alexithymie auch bei psychiatrischen Patienten gefunden genauso wie in der Normalpopulation. Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, ob es sich bei Alexithymie um ein stabiles Persönlichkeitskonstrukt (trait) handelt oder ein vorübergehender Krankheitszustand (state), was aktuell noch immer kontrovers diskutiert wird. Unterschiedliche Ätiologietheorien werden vertreten wie es zum Bild der Alexithymie kommt, dies führt folglich zu unterschiedlichen Operationalisierungs-Zugängen und Messinstrumenten die weiter unten angeführt werden.

In der Arbeit wird öfters die Einteilung in „eher psychosomatische“ und „eher somatische“ Patientengruppe vorgenommen. Unter Berücksichtigung, dass eine strikte Trennung nicht realistisch wäre, dass körperliche und emotionale Ursachen ineinander hergehen und sich gegenseitig beeinflussen wird der Versuch vorgenommen Patienten nach vorrangig körperlich bedingten Krankheiten (somatisch) und vorrangig emotional bedingten Krankheiten (psychosomatisch) einzuteilen und zu vergleichen. Dies soll keinesfalls das gleichzeitige Vorhandensein wie den Einfluss von emotionalen wie körperlichen Faktoren leugnen oder in den Hintergrund stellen.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die genderkorrekte Endigung –Innen verzichtet.

.....

A1.1 Historische Entwicklung des Begriffs Alexithymie

.....

Die anfänglichen Beobachtungen, dass psychosomatische Patienten auffällig häufig Schwierigkeiten haben ihre Gefühle zu beschreiben, haben sich nach näherer Untersuchung zu einem Konstrukt in den USA wie Europa entwickelt.

A1.1.1 Rüschi: Reifungsmangel

Rüschi (1948) sieht ein Entwicklungsmangel, eine „primarily arrested“ Entwicklung als Kernproblem psychosomatischer Patienten. Es handele sich dabei um einen Mangel an Progression, eine Reifestörung und deswegen soll der Begriff der Regression für diese Patienten nicht verwendet werden. Da es sich um einen Progressionsstopp handele, habe man noch kein Stadium erreicht von dem aus man sich zurückentwickelt, deswegen plädiert er für die Bezeichnung Progressionsstörung.

A1.1.2 Sifneos: Alexithymie

Der griechische Psychiater Sifneos beobachtete in der Behandlung psychosomatischer Patienten am Beth Israel Hospital (Harvard Medical School), dass viele unfähig waren ihre Gefühle mit passenden Worten zu beschreiben (Sifneos, 1973). Im Gegensatz zur verbalen Fähigkeit von neurotischen Patienten, die über eine ausgeprägte Phantasie verfügen und ihre Emotionen entsprechend gut artikulieren können, hatten viele, aber nicht alle Patienten die an psychosomatischen Störungen litten, Schwierigkeiten mit ihrem Interviewer zu kommunizieren. Die auffälligsten Charakteristiken waren:

- Schwierigkeiten in der Wahrnehmung, Identifikation und Beschreibung von Emotionen sowie im Differenzieren zwischen emotionalen Zuständen und körperlichem Empfinden
- Eingeschränkte Symbolfähigkeit, die sich vor allem durch Phantasiearmut ausdrückt
- Mechanische Denkweise die sich vielmehr an äußeren Sachverhalten als an inneren Gefühlszuständen orientiert

Sifneos umschreibt diese Patienten als „alexithym“. Das Wort Alexithymie stammt aus dem Griechischen (a=Fehlen; lexis=Wort; thymos=Emotion) und soll die Unfähigkeit bezeichnen seine Gefühle adäquat in Worte zu fassen. Somit bedeutet Alexithymie = keine Worte für Emotionen.

Alexithymie ist eine *Störung des Affekterlebens und –ausdrucks* (Sifneos, 1973) die auf neurophysiologische und psychologische Faktoren zurückgeführt wird (Lane et al. 1996).

Spätere Forschungsbefunde haben gezeigt, dass der Alexithymie eine Prozessstörung zugrunde liegt, genauer gesagt ist die Umwandlung physiologischer Reaktionen, die durch sensorische Stimuli hervorgerufen werden, zu emotionalen Erfahrungen die erlebt und kommuniziert werden können, gestört.

Alexithymia = “a heavy restriction in affect experience and affect expression due to neurophysiological and psychological defects” (Sifneos, 1973)

Sifneos betonte schon damals das Zusammenspiel neurophysiologischer und psychischer Faktoren die zu dieser Störung führen. Dieses Muster von verhaltensbezogenen, kognitiven und affektiven Störungen wurde zwar vermehrt bei psychosomatischen Patienten beobachtet, trifft aber nicht auf alle psychosomatischen Patienten zu sowie nicht ausschließlich, da in der Studie von Sifneos und Mitarbeiter (1973) auch einige Kontrollpatienten dieses Verhalten zeigten und es somit auch in der Allgemeinbevölkerung auftritt:

- Gruppe psychosomatischer Patienten (Colitis ulcerosa, Neurodermitis, Asthma, Magengeschwür, Bluthochdruck & rheumatische Arthritis) 63 Punkte
- Kontrollgruppe neurotischer Patienten (Borderline Persönlichkeit, Depression, hysterische Persönlichkeit, Alkoholabhängigkeit etc) 32 Punkte

Sifneos legte den Teilnehmer einen selbsterstellten Fragebogen mit 8 Alexithymie-Fragen vor. Leider sind keine Angaben zum Höchstscore und cut-off angegeben. Dass auch bei einigen Kontrollpatienten alexithyme Merkmale vorhanden waren, zeigt darauf hin, dass diese kognitiv-affektiven Einschränkungen verbreiteter sind als anfangs angenommen.

Spätere Befunde ergaben Zusammenhänge zu Symptomen bei chronisch somatischen und psychiatrischen Krankheiten wie Substanzabhängigkeit, Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angststörung, Essstörung sowie medizinisch unerklärbare Symptome (Zech et al., 1999).

A1.1.3 Marty & M'Uzan: Pensée Opératoire

1972 wurde die aus den USA stammende Bezeichnung Alexithymie im Rahmen der European Conference on Psychosomatic Research zum ersten Mal schriftlich festgehalten. In Europa gab es zeitgleich ähnliche Beobachtungen der französischen Psychiater Marty & M'Uzan, die das Cluster von affektiven Störungen unter *pensée opératoire* zusammenfassten (1978). Darunter verstehen sie ein bewusstes Denken das

- in keiner inneren Beziehung zu einer zugänglichen Phantasie- oder Traumtätigkeit steht sowie
- sich durch fehlende Identifikationsmöglichkeiten in Objektbeziehungen auszeichnet

Die somatischen Symptome werden isoliert dargestellt, so als würden sie keinen Beziehungsaspekt tragen.

Das operative Denken ist „deutlich an der Realität orientiert, zeichnet sich durch Kausalität, Logik, Kontinuität etc. aus. Die Aktivität des operativen Denkens jedoch heftet sich wesentlich an *Sachen*, niemals an Produkte der Phantasie oder an symbolische Ausdrucksgehalte.“ Wörter dienen lediglich zur raschen Spannungsentladung, die Fähigkeit zum Aufschub fehlt. Das operative Denken übernimmt keine Worte oder Symbole früherer Phantasie-Bearbeitungen, doch die aggressiven verbalen Aussagen eines Patienten, die scheinbar in keinem Bezug zum Kontext stehen, lassen Marty & M'Uzan schließen, dass das operative Denken nicht völlig vom Unbewussten abgeschnitten ist. Jedoch mit dem am wenigsten elaborierten Niveau des Unbewussten, das scheinbar die ganze Phantasieaktivität überspringt und sich somit in den primären Formen des Trieblebens äußert, was zu unerwarteten Regressionen führen kann. Dies äußert sich entweder in Somatisierungen oder in Psychosomatosen bei denen eine Polarisierung zwischen Aktivität und Passivität vorherrscht.

Das bedeutet nicht, dass operatives Denken ein Denken niedriger Qualität ist, jedoch fehlt ihm der Bezug zu einem inneren, lebendigen Objekt. In der Therapie kommt es zu einer *relation blanche* (blande Beziehung) weil sich der Patient nicht emotional involviert, er knüpft an den Kontakt keine Heilungsphantasien und somit kommt kein echter Kontakt zustande kommen weil er seine Symptome quasi nur abgibt.

Dieses operative Denken findet sich bevorzugt bei Psychosomatosen, womit Marty & M'Uzan Erkrankungen eines Persönlichkeitstypus bezeichnen, der in Konfliktsituation

vorwiegend somatisch reagiert. Jedoch kommt dieses Denken auch bei Charakterneurosen vor.

Marty & M'Uzan schlussfolgern, dass Patienten mit operativem Denken Störungen weniger auf der seelischen Ebene als vielmehr auf der somatischen Ebene verarbeiten.

A1.2 Klinische Bild der Alexithymie

Alexithymie („ohne Worte für Gefühle“) hängt mit einem verstärkten Krankheits-Verhalten (über körperliche Symptome klagen, medizinische Hilfe aufsuchen) zusammen und weniger mit dem Schweregrad der organischen Krankheit (Lumley, 1997).

Nach Sifneos und Nemiah (1970) erleben alexithyme Individuen Emotionen nur begrenzt und undifferenziert. Somit ist die Alexithymie von der Verdrängung und Verleugnung abzugrenzen, bei denen Emotionen wohl differenziert wahrgenommen werden, diese allerdings dem Bewusstsein nicht zugänglich sind. Alexithymen Personen fehlt allerdings die Fähigkeit Emotionen zu symbolisieren, sei das durch Kommunikation, Phantasie oder Träume. Diese affektive Einschränkung lässt diese Personen vermehrt impulsiv handeln, sie vermeiden soziale Beziehungen oder fühlen sich unwohl in diesen und haben eine verminderte Fähigkeit zur Selbst-Regulierung.

Auszug aus dem Fallbeispiel „Der Unberührbare“ (Kupfer et al. 2001, S.6) :

Der 32jährige Patient klagte über multiple Körperbeschwerden (chronische Schmerzen im Nacken und muskuläre Verspannungen) sowie eine große Angst sich auf intensivere Objektbeziehungen einzulassen, die sexuelle Erregung und Hingabe einschließen könnten.

„Psychisch wirkte der Patient im Erstinterview affektiv wie „vermauert“ und starr. Er berichtete über weite Strecken des Gesprächs emotional abgespalten und intellektualisierend über eigene psychodynamische Theorien bezüglich seiner Beschwerdesymptomatik...Trotz aller introspektiv wirkenden Einsicht, blieb beim Interviewer ein Gefühl der „Nicht-Erreichbarkeit“ des Patienten auf der emotionalen Ebene zurück. Der „verkopften“ Schilderung seiner Biographie, wiewohl sie treffsicher und lebhaft in den Charakterisierungen zu sein schien, haftete etwas lebloses, dürres, papiernes an...“

Die Patienten von Marty & M'uzan können nur beschränkt über ihre Träume berichten wenn überhaupt. Handlungen werden in Detail beschrieben und bleiben immer „eng an die jeweilige Realität angelehnt“, so dass keine Assoziationen gemacht werden und die Triebbesetzung der Träume nur schwer eingeschätzt werden kann. Marty & M'Uzan nehmen an, dass der Wegfall des Traumlebens die häufigen Schlaflosigkeitsprobleme dieser Patienten bedingen.

Diese Befunde bedeuten für den Therapieprozess, dass dynamische Psychotherapie, die ein hohes Maß an verbaler Kommunikation und emotionaler Interaktion impliziert, nicht für alexithyme Patienten geeignet ist.

Alexithyme Patienten bieten sich nicht für klassische psychodynamische Therapie an da ihre eingeschränkte Fähigkeit Emotionen zu verbalisieren und ihre reduzierte Phantasiefähigkeit diese Form der Therapie gefährden. Heutzutage bieten sich jedoch neue Therapiesettings wie die sitzende Psychoanalyse, mit einer leichten Abwandlung des Konzeptes technische Neutralität, sowie weniger intensive und aufwühlende Formen psychiatrischer Behandlung (Verhaltenstherapie, unterstützende Psychotherapie) an (Sifneos, 1973).

A1.3 Aktuelle Kontroversen

Trotz zahlreicher Forschung in den letzten 4 Jahrzehnten am Phänomen der Alexithymie persistieren immer noch Uneinigkeiten, dies vor allem in der Veränderbarkeit der alexithymen Beeinträchtigung, sowie werfen neue Studienergebnisse wiederum neue Fragen auf.

A1.3.1 Keine Gefühle vorhanden versus Gefühle nicht beschreiben können

Einige Autoren gehen davon aus, dass keine Gefühle vorhanden sind die beschrieben werden könnten, Sifneos (1983) warnt jedoch vor diesem ethisch bedenklichen Ansatz und plädiert dafür, dass vorhandene Gefühle nicht symbolisiert und beschrieben werden können trotz bewussten Zuganges!

A1.3.2 Alexithymie State versus Trait

Lange persisierte die Debatte ob es sich bei Alexithymie um ein persistierendes *Trait* oder einem temporären *State* handelt, ob Alexithymie bei Vorliegen einer psychosomatischen Krankheit Risikofaktor oder Folgeerscheinung der Erkrankung ist (Mortazavi, 2001).

Veränderbares State

Eysenck (1993) sieht neben der primären Alexithymie eine sekundäre temporäre Alexithymie. In der Studie von Simson, Martin, Schäfer, Franz und Janssen (2006) sank nach einer stationären psychotherapeutischen Behandlung die psychosomatische Patientenanzahl mit einer alexithymen Ausprägung signifikant von 33.3% auf 20.8%. Dieses Ergebnis lässt annehmen, dass die Patienten innerhalb der mehrmonatigen stationären psychoanalytischen Behandlung gelernt haben, ihre Gefühle besser wahrzunehmen und mitzuteilen. Somit wäre das alexithyme Konstrukt veränderbar und unterliegt keiner absoluten Stabilität.

Die alexithyme Ausprägung wurde durch die TAS-20 (Spielberger et al. 1970), gemessen. Diese Skala zeigte signifikante Korrelationen zu Depressivität und psychischen Beschwerden bei der Aufnahme der Patienten, die sich bei der Entlassung der Patienten, also nach durchgeführter stationärer Psychotherapie noch verstärkten. Keine signifikante Verbesserung wurde in der emotionalen Wahrnehmungsfähigkeit erzielt. Diese wurde durch die LEAS (Lane et al. 1990) gemessen, die auch keine weiteren signifikanten Korrelationen aufgezeigt hat. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alexithymie und Therapieerfolg konnte nicht nachgewiesen werden, jedoch war eine hohe emotionale Wahrnehmungsfähigkeit ein günstiger Faktor für die Behandlungs-Prognose.

Konstantes Trait

Eysenck (1994) diskutierte über die primäre Alexithymie als Verhaltensmuster das über die Zeit und Situationen hinweg konstant bleibt und mit psychosomatischen Krankheiten zusammenhängt. Parker et al. (1993) sehen Alexithymie als dimensionales Persönlichkeitskonstrukt und in dieser Arbeit wird sich Franz (2008) angeschlossen, dass Alexithymie als ein allgemeines Persönlichkeitsmerkmal (Trait) verstanden wird das in der Allgemeinbevölkerung normalverteilt auftritt jedoch unterschiedlicher starker Ausprägung je nach Situation.

Porcelli, Leoci, Guerra, Taylor und Bagby stellten 1996 bei Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen, keine Verbesserung der alexithymen Werte bei Veränderung des Krankheitszustandes, fest. Dies weist daraufhin, dass das Konstrukt der Alexithymie ein fortwährendes Persönlichkeits-Trait darstellt das nicht wie die Angst- und Depressionswerte mit der Symptomatik schwankt. Aufgrund des Studienrahmes können zwar keine Aussagen getroffen werden, ob die alexithyme Ausprägung schon vor der Erkrankung vorhanden war oder diese sogar mitbedingt hat, jedoch blieb das Konstrukt stabil über die Krankheitsdauer aufrecht. Ähnliche Ergebnisse wurden in einer finnischen Studie erzielt.

Die Langzeitstudie von Porcelli (1996) zeigte bei der 6-Monats follow-up Erhebung, dass Angst- & Depressionswerte gesunken sind (HADS) während die Alexithymie-Werte (TAS-20) stabil blieben.

Somit gibt es vorläufig keine Einigung ob Alexithymie einem stabilen Persönlichkeits-Merkmal, einem vorübergehen Zustand oder sogar beidem entspricht (Mortazavi, 2001). Taylor et al (1993) plädieren dafür dass Alexithymie als Trait und State nebeneinander existieren darf.

A1.3.3 Alexithymie Auslöser versus Konsequenz psychiatrischer/psychosomatischer Erkrankungen

Auslöser

Nach Lesser (1981) unterliegen Individuen einer Veranlagung psychosomatische Krankheiten zu entwickeln. Auch Sifneos (1983) sieht Alexithymie nicht nur als Hauptaspekt psychosomatischer Krankheiten sondern sieht die alexithymen Merkmale auch als Mitauslöser dieser Krankheiten. Auch wenn das Leben dieser Patienten nach außen hin normal wirkt, ist jedoch ihr Handeln, Denken, Problemlösen und ihre Beziehungen, also ihr Lebensstil durch die Alexithymie gefärbt. Auch haben diese Patienten eine Tendenz impulsiver zu handeln. Nach Marty & M'Uzan (1978) erleben diese Personen Konflikte vor allem auf der körperlichen Ebene und entwickeln als Folge chronische Krankheiten.

Konsequenz

Freyberger (1985) sieht Alexithymie jedoch als Konsequenz einer psychosomatischen oder psychiatrischen Erkrankung und plädiert für die weitere Erforschung dieses Vulnerabilitätsfaktors.

Zusammenfassung des Kapitels A1 „Das Konstrukt Alexithymie“

In diesem Kapitel wurde die Entstehung des Konstruktes Alexithymie und die einhergehenden Symptome beschrieben. Die affektiven Störungen psychosomatischer Patienten nannte Rüsç (1938) „Reifungsmangel“, Sifneos (1973) „Alexithymie“ und Marty & M’Uzan (1963) „Pensée opératoire“. Jedoch wurden auch Einschränkungen in der Phantasie und Schwierigkeiten beim Identifizieren bei psychiatrischen Patienten wie in der Allgemeinbevölkerung gefunden, somit geht man von einem stabilen Persönlichkeitskonstrukt aus. Es gibt jedoch Befunde, dass diese Symptome durch Behandlung der darüberlagernden Krankheit abnehmen und somit veränderbar sind. Die state-trait Debatte hält heute noch an. Durch die eingeschränkte Symbolfähigkeit sind diese Patienten „langweilige Patienten“ für den Therapeuten und eignen sich nicht für klassische analytische Settings.

A2 ÄTIOLOGIETHEORIEN

Einleitung

Das alexithyme Syndrom ist derzeit klinisch noch nicht etabliert und steht konkurrierenden Ätiologietheorien gegenüber. Durch die weitere Erforschung medizinischer, soziodemographischer und psychologischer Variablen können weitere Informationen zur Ätiologie des Phänomens Alexithymie gewonnen werden, sowie kann dies weitläufig die Entwicklung weiterer psychiatrischer Erkrankungen verhindern genauso wie menschliches Leiden und Kosten des Gesundheitssystems.

A2.1 Genetische Erklärungstheorien

Aktuell liegen keinerlei molekularbiologischen Befunde vor, dass Alexithymie genetisch übertragen wird (Springer-Kremser, 2010). Jedoch haben Jørgensen et al. (2007) 8785 monozygoten Zwillingspaaren die TAS-20 vorgelegt und wesentlich höhere Übereinstimmung im TAS Gesamtwert wie in den einzelnen Skalen „Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren“, „Schwierigkeiten, Gefühle zu beschreiben“ und „extern orientieren Denken“ erreicht als die dizygoten Zwillingspaare. Die Herabilität der Alexithymie wird in dieser Arbeit auf 30-33% geschätzt, somit spricht das Ergebnis für eine genetische Übertragung die noch näher untersucht werden muss.

A2.2 Soziokulturelle Erklärungstheorien

Diese anhaltende Affektwahrnehmungs- und Affektverarbeitungsstörung hat ihre Anfänge in einer Entwicklungs-Fehlanpassung (Franz & Schäfer, 2009, S.48). Emotionen können bei sich wie bei anderen nur schwer wahrgenommen werden, was die soziale Interaktion erheblich beeinträchtigt. Eine gestörte Stressbewältigung ist nur eine der zahlreichen Konsequenzen. Die Alexithymie an sich ist keine Erkrankung im engeren Sinne, jedoch begünstigt sie die Entwicklung weiterer psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und ist somit ein Vulnerabilitätsfaktor. Subic-Wrana (2002) betonte die klinische Relevanz des Syndroms

Alexithymie denn die Forschung zeigte auf, dass Personen die unter dieser kognitiven Störung leiden Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken, einem höheren Risiko ausgesetzt sind weitere psychiatrische oder psychosomatische Störungen zu entwickeln. Kahaunen (1996) zeigte in seiner finnischen 5-Jahres-Längsschnittuntersuchung von Männern zwischen 42 und 60 Jahren (n=2297), dass die Männer mit sehr hohen TAS-20 Alexithymie-Werten, im Vergleich zu jenen mit niedrigen Alexithymie-Werten, eine zweifach erhöhte Gesamtsterblichkeit aufzeigten sowie ein dreifach erhöhtes Risiko an äußeren Gewalteinwirken wie Unfälle, Verletzungen und Gewaltverbrechen zu sterben. Dieses Ergebnis blieb auch dann signifikant wenn man gesundheitsbezogene (Alkoholkonsum, Rauchen, Sport, depressive Symptome), biologische (Bluthochdruck, Body-Mass-Index) und psychosoziale (Bildungsstand, Familienstand, Einkommen) Risiko-Variablen kontrollierte. Unklar bleibt jedoch was diesen direkten Zusammenhang zwischen Einschränkungen bei der Identifikation und Verbalisierung von Gefühlen und einer erhöhten Sterberate bedingt.

Nach Picardi (2005) hängt Alexithymie mit einer unsicheren Bindung zusammen. Störungen in der Familienfunktion sowie Alexithymie mütterlicherseits tragen zur Alexithymie-Entwicklung der Kinder bei (Lumley, 1996).

A2.3 Neurophysiologische Erklärungstheorien

Alexithymie hängt mit einer gestörten verbalen und nonverbalen Wahrnehmung von emotionalem Stimuli zusammen. Bei dieser Emotions-Informationen-Prozessstörung ist die Umwandlung physiologischer Reaktionen in emotionale Erfahrungen gestört. Eine basale Verarbeitung von Emotionen findet zwar statt, diese werde jedoch nicht bewusst (Lane, 1996). Siehe auch Punkt A4.1.2 „Interhemisphärischer Transfer-Defizit“

Alexithymie spielt eine Rolle in den emotionalen Verarbeitungsstörungen die bei anorektischen Patienten (posterior and anterior cingulate cortex) beobachtet wurden, was wiederum die psychopathologischen Störungen bei diesen Patienten miterklärt (Miyake, 2009).

Alexithymie ist eine affektive Regulationsstörung die durch eine verringerte Aktivität des posterioren cingulären Cortexes ausgelöst wird und eine Störung des episodischen Gedächtnisses mit sich zieht (Tomoyuki, 2005).

A2.4 Psychodynamische Erklärungstheorien

In Kapitel A5.2 (Psychodynamische Theorien früher) sowie A5.3 (aktuelle psychodynamische Theorien) finden sie die psychodynamischen Theorien ausführlich beschrieben.

Zusammenfassung des Kapitels A2 „Ätiologietheorien“

In diesem Kapitel wurden die Theorien die am Ursprung des Symptomkomplexes der Alexithymie stehen beleuchtet. Gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell werden multiple Ursachen aus verschiedenen Bereichen herangezogen:

- Die genetische Studie von Jørgensen et al. (2007) ergab eine signifikant höhere Übereinstimmung in der TAS bei monozygoten als dizygoten Zwillingpaaren
- Die soziokulturellen Theorien sehen eine Entwicklungs-Fehlanpassung (Franz & Schäfer 2009) am Ursprung die als Folge einer gestörten Stressbewältigung mit sich zieht. Picardi (2005) betont eine unsichere Bindung zur Mutter als Ätiologiefaktor.
- Aus neurophysiologischer Sicht liegt eine Informations-Prozessstörung vor (Lane, 1996). Die beiden Hirnhälften sind im Austausch von emotionalen Inhalten beeinträchtigt. Diese Inhalte sind jedoch vorhanden, können nur nicht bewusst verarbeitet und transferiert werden.
- Der psychodynamische Ansatz sieht emotionale Konflikte als Auslöser körperlicher Krankheiten.

A3 METHODISCHE ERFASSUNG

Einleitung

Verschiedene Definitionen von Alexithymie führen zu unterschiedlichen Operationalisierungen und somit zu unterschiedlichen Diagnoseinstrumenten.

Die Ätiologie dieser kognitiv-affektiven Entwicklungsstörung steht derzeit konkurrierenden Theorien der Entwicklungspsychologie, Traumaforschung sowie der Neurowissenschaften gegenüber (Subic-Wrana et al. 2001) sowie verschiedenen Erhebungsmethoden mit unzufriedenstellender Reliabilität und Validität.

A3.1 Operationalisierung TAS

International ist das weitverbreitetste Erhebungsinstrument der Alexithymie die ***Toronto Assessment Scale (TAS)***, ein Selbstbeschreibungs-Test mit 20 Items in der englischsprachigen (TAS-20) und 26 Items in der deutschsprachigen Version (TAS-26) die 3 Skalen bilden:

1. Schwierigkeiten Gefühle wahrzunehmen – 7 Items,
2. Schwierigkeiten Gefühle zu beschreiben – 5 Items
3. External orientiertes Denken – 6 Items) mit einem cut-off Wert der alexithyme Personen von nicht-alexithymen Personen trennt.

Die TAS wurde dahingehend kritisiert, dass

1. die Skala „Verarmung der Traum- und Phantasiefähigkeit“, einer der wesentlichen Symptome von Alexithymie, aufgrund einer unzureichender Faktorenanalyse herausgenommen wurde
2. der Test selbst die Fähigkeit zur Introspektion voraussetzt
3. die TAS unerklärliche Korrelationen zu Angst und Depression aufzeigt (Marchesi, 2000), was die Frage aufwirft ob der Test wirklich Alexithymie misst oder allgemeinen psychologischen Distress.

Bei der Überprüfung der deutschen Version der TAS-20 an der deutschen Normalpopulation (n=1859) fanden Franz et al. (2008) nicht nur die 3 gut belegten Faktoren der englischsprachigen Version („difficulty of identifying feelings“; „difficulty of describing feelings“; „external style of thinking“) sondern extrahierten einen 4.Faktor (Item 8, 15, 16 & 20) den sie als „importance of emotional introspection“ bezeichneten. Dieses inkonsistente Faktorenergebnis erklären die Autoren damit, dass Faktorenstrukturen in Abhängigkeit der Größe und Zusammensetzung der Stichprobe variieren. Da die deutsche TAS-20 bisher nur an klinischen Stichproben erprobt wurde liegen keine Vergleichswerte vor.

A3.2 Operationalisierung LEAS

Um Alexithymie international erforschen zu können ist es wichtig valide und reliable Instrumente zu entwickeln um Studien-Ergebnisse vergleichen zu können.

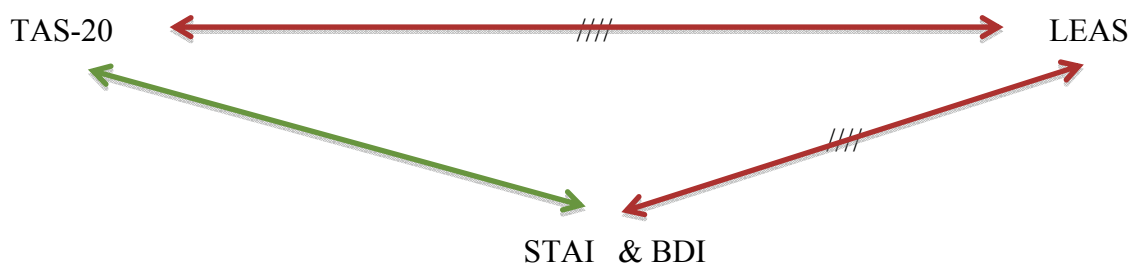
Anstatt das Defizit Alexithymie zu messen, verfolgt die ***Level of awareness Scale (LEAS)*** einen anderen Ansatz: sie misst die allgemeine Fähigkeit zur emotionalen Wahrnehmung/Empfindung. Es handelt sich dabei um einen Performance-Test bei dem die Personen für 20 verschiedene emotionale Situationen ihre eigenen sowie die Gefühle einer anderen Person frei beschreiben sollen. Dieser Test erfordert die *Anwendung* emotionaler Fähigkeiten während die TAS lediglich die *Beschreibung* emotionaler Erfahrung erfordert. Die LEAS hat keinen cut-off Wert da sie nicht zwischen alexithymen und nicht-alexithymen Personen unterscheidet, sondern sie misst das allgemeine Level kognitiv-affektiver Entwicklung (Subic-Wrana 2001). Die Studie von Subic-Wrana et al. (2002) zeigte, dass die LEAS zwischen verschiedenen psychiatrischen Diagnosegruppen differenzieren konnte, insbesondere Personen mit somatoformen Störungen wurden von Personen mit psychiatrischen Diagnosen abgegrenzt, während die TAS-20 dies nicht erreichte. Beide Instrumente korrelieren nicht, was auf ein unterschiedliches zugrunde liegendes Konstrukt von Alexithymie hinweist!

A3.3 TAS & LEAS

Die empirische Alexithymie Forschung hat vernachlässigt die TAS-20 sowie die LEAS an klinischen Stichproben zu überprüfen und zeigt somit einen Mangel an validen und reliablen Messinstrumenten auf. Diese Studie involviert eine klinische Stichprobe und kann somit zur Revision der weitverbreiteten Defizit-messenden TAS-26 beitragen, deren Operationalisierung heftig kritisiert wurde seitdem die Skala “Verarmung der Traum- und Phantasietätigkeit”, einer der wesentlichsten Symptome von Alexithymie, rausgenommen wurde, genauso wie die unerklärlichen Korrelationen zu Angst und Depression die darauf hinweisen, dass die TAS-26 Ebenen von Angst und Depression misst anstatt Alexithymie, und die konkurrierende Grundfunktion-messende LEAS die keine Korrelationen zu Angst und Depression aufzeigt.

Lumely (Subic-Wrana et al. 2002) ruft dazu auf, der gleichen Stichprobe verschiedene Alexithymie Messinstrumente vorzulegen um Informationen über die Messqualität und die Validität des Alexithymie-Konstruktes zu gewinnen anstatt die TAS-20 Ergebnisse mit verschiedenen Diagnosen zu korrelieren, da es schwer ist zwischen einem hohen TAS-20 Score als hohes Alexithymie-Mass oder einem hohen TAS-20 Score als hoher Indikator für negativen Affekt zu unterscheiden.

Keine Korrelation zwischen TAS-20 & LEAS wirft die Frage auf ob beide ein anderes Konstrukt messen. Die TAS-20 korreliert mit der STAI und dem BDI, nicht so die LEAS (Subic-Wrana, 2002).



Zusammenfassung Kapitel A3 „Methodische Erfassung“

Das weitverbreitetste Diagnoseinstrument ist der Selbsteinschätzungsfragebogen Toronto Alexithymia Scale (TAS). Seine 26 Items bilden die 3 Skalen Schwierigkeiten Gefühle

wahrzunehmen / Schwierigkeiten Gefühle zu beschreiben / External orientiertes Denken. Kritisiert wurde er vor allem, dass der Fragebogen-Design die Fähigkeit zur Introspektion voraussetzt, somit hat der Fragebogen den Anspruch eine Fehlfunktion einer Fähigkeit zu messen die man zum Ausfüllen braucht. Fraglich sind auch die hohen Korrelationen zu Ängstlichkeit und Depression, ob das Konstrukt Alexithymie richtig operationalisiert wurde oder ob eher ein allgemeiner Distress gemessen wird.

Ein neuer Ansatz ist der Performanztest Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) der mit seinen 20 emotionalen Situation die Patienten dazu anregt ihre emotionalen Fähigkeiten anzuwenden. Der Test misst einen allgemeinen kognitiven-affektiven Entwicklungsgrad und hat keinen cut-off um Störungen zu diagnostizieren.

Beide Tests korrelieren nicht miteinander was die Frage aufwirft was welcher Test überhaupt misst?

A4 ERGEBNISSE AUS DER KLINISCHEN FORSCHUNG

Einleitung

Zahlreiche Studien in unterschiedlichen Populationen mit unterschiedlichen Messmethoden haben vermehrte Zusammenhänge zwischen alexithymen Persönlichkeitsmerkmalen und diversen Krankheiten aufgezeigt. Für ausgewählte psychiatrische, psychosomatische und somatische Erkrankungen wird die Beziehung zur Alexithymie näher betrachtet sowie die Prävalenzdaten zusammenfassend dargestellt. Die folgenden Studien wurden nach den Kriterien thematische Relevanz und Einsatz valider Messinstrumente ausgesucht.

Zur Nachvollziehbarkeit der Studienergebnisse wird wiederholt, dass die weit verbreitete TAS-20 sich aus den Skalen “Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen”, “Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen” sowie “Extern orientierter Denkstil” zusammensetzt. Ein Summenscore zwischen 0-100 kann erzielt werden. Der cut-off-Wert liegt bei 60; ≥ 61 = alexithym ; ≥ 80 = schwer alexithym.

Auch wenn berücksichtigt wird, dass Überlappungen der Krankheiten und Faktoren, sowie gegenseitiges Beeinflussen besteht, wird versucht eine Einteilung der Krankheitsbilder nach der Internationale Classification of Diseases (ICD-10) vorzunehmen.

A4.1 Alexithymie & Neuropsychologie

Die Alexithymie-Forschung hat sich primär mit dem Zusammenhang von diesem Persönlichkeitskonstrukt und diversen medizinischen und psychiatrischen Krankheiten beschäftigt, nur wenige haben versucht die darunterliegenden neurobiologischen Mechanismen zu erforschen.

A4.1.1 Prosopagnosie

Die a verbalen Signale einer sozialen Kommunikation werden im menschlichen Hirn aus dem inferioren Temporallappen in den medial liegenden Gyrus fusiformis weitergeleitet. Erleidet eine Person in diesem Bereich eine Läsion so entsteht eine Prosopagnosie, d.h. man kann die

Gesichter verschiedener Personen nicht wiedererkennen denn die Gesichter können nicht emotional besetzt werden, sondern werden nur noch als Kombination von Auge, Nase und Mund wahrgenommen (Birbaumer et al., 2003, S.408).

Parker und Mitarbeiter (1993) untersuchten an 216 Studenten (131 Frauen; 85 Männer) den Zusammenhang von Alexithymie und der Fähigkeit emotionale Gesichtszüge zu erkennen. Alexithymie wurde mit der TAS-20 gemessen, als emotionale Stimuli wurden schwarz-weiß Fotos von Izard eingesetzt, diese zeigten 9 Personen die jeweils eine andere Emotion nachstellten: Angespanntheit, Verachtung, Überraschung, Interesse, Scham, Wut, Angst, Ekel und Freude. Parker und Mitarbeiter fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen hoch ausgeprägter Alexithymie (im oberen Drittel der TAS-20 Skala) und einer verminderten Fähigkeit emotionale Gesichtszüge zu erkennen. Dass es keinen signifikanten Unterschied beim Erkennen von Gesichtsemotionen bei Teilnehmer mit schwach und mittel ausgeprägter Alexithymie herauskam, entspricht der Annahme, dass es sich bei Alexithymie um einen dimensional Persönlichkeitszug handelt, nicht um ein Konstrukt das in abgestufte Kategorien eingeteilt werden kann. Auch wenn Männer signifikant höhere Alexithymie-Werte erzielten, so gab es doch keinen signifikanten Unterschied beim Erkennen emotionaler Gesichtszüge. Diese Ergebnisse unterstützen somit die Aussage, dass Alexithymie mit einer Dysfunktion der rechten Hemisphäre zusammenhängt. Diese rechte Hirnhälfte ist nämlich dominanter beim Ausdruck sowie bei der Wahrnehmung von Emotionen im Gesicht. Zerebrale Forscher (v.a. Galin D.) haben nachgewiesen, dass bei Rechtshändern die linke Gehirnhälfte einen Vorzug für verbale und analytische Funktionen zeigt, während die rechte Hemisphäre eine nonverbale räumliche und ganzheitliche Art der Verarbeitung bevorzugt, einschließlich Bilder, die Wahrnehmung und der nonverbale Ausdruck von Emotionen.

A4.1.2 Interhemisphärischer Transfer-Defizit

Parker und Mitarbeiter (1999) gingen der Frage nach ob sie auch bei einer nicht klinischen Stichprobe die interhemisphärischen Transfer-Defizite die Zeitlin et al. (1989) bei gefunden haben, replizieren können. Die Stichprobe bestand aus 29 männlichen Psychologie-Studenten, Rechtshänder, die nicht wegen psychiatrischer Probleme in Behandlung waren. Parker et al. haben weibliche Studentinnen und Linkshänder aus der Studie ausgeschlossen, mit der Begründung, dass sie sich auf Literatur stützen, die bei diesen Gruppen einen geringeren Grad an zerebraler Lateralisation fand. Dies wäre eigentlich eine gute Gelegenheit gewesen, diese

Befunde zu verifizieren indem man die Studie als Gruppenvergleich angelegt hätte, leider wurde dies nicht getan.

14 der ausgewählten Probanden waren laut TAS alexithym (≥ 61), deren Durchschnittsalter lag bei 21.00 Jahren ($SD = 1.54$). Die anderen 15 Probanden waren laut TAS nicht alexithym (≤ 61) und hatten ein Durchschnittsalter von 23.36 Jahren ($SD = 7.66$).

Die „tactile finger localization task“ von Zeitlin sollte Aussagen über die Effizienz der interhemisphärischen Kommunikation geben. Dabei saß der Proband mit der Handfläche nach oben am Tisch und 1 bis 4 seiner Finger wurden mit einem Kugelschreiber angetippt. Bei der ungekreuzten Bedingung musste der Proband so schnell wie möglich mit dem Daumen der gleichen Hand die angetippten Finger nachtippen, bei der gekreuzten Bedingung mit dem Daumen der anderen Hand die Finger der anderen Hand nachtippen.

Die Varianzanalyse ergab, dass die nicht-alexithyme Gruppe signifikant bessere Leistung als die alexithyme Gruppe in der gekreuzten Studienbedingung erbrachte. Somit zeigte die alexithyme Gruppe interhemisphärische Defizite auf, die Informationen konnten nicht erfolgreich durch den corpus callosum transferiert werden. Dieser Effekt war gleich groß wenn die alexithyme Gruppe Aufgaben von der rechten Hemisphäre zur linken übertragen sollte genauso wie von der linken zur rechten Hemisphäre, somit ist der interhemisphärische Kommunikationsdefizit bidirektional und es liegt keine Dysfunktion in der rechten oder linken Hirnhälfte vor sondern in deren Interaktion. Jedoch können anderen Informations-Prozess-Defizite, wie das Wiedererkennen emotionaler Gesichter, das in der rechten Hirnhälfte lokalisiert ist, vorliegen. Jedoch erzielten sie in der ungekreuzten Studienbedingung eine gleich gute Leistung wie die nicht-alexithyme Gruppe, somit liegen keine generellen Defizite in neuropsychologischen Aufgaben bei alexithymen Personen vor. Beide Gruppen brachten signifikant bessere Leistungen in der ungekreuzten Studienbedingung.

A4.1.3 Verarmte Trauminhalte

Parker und Mitarbeiter (2000) interviewten alexithyme und nicht-alexithyme Personen zu ihren Träumen. Es wurden keine Unterschiede in der Anzahl der Träume, der Wortanzahl zur Beschreibung dieser Träume noch in der emotionalen Valenz gefunden. doch wurden die Traumberichte der alexithymen Personen als wesentlich weniger phantasievoll gewertet. Somit scheint Alexithymie mit einer Verarmung der phantasievollen Prozesse einherzugehen.

.....

A4.2 Alexithymie bei psychosomatischen und psychiatrischen Störungsbildern (Ängstlichkeit & Depression)

.....

Der gehäufte Zusammenhang von Alexithymie bei vorrangig psychosomatischen Krankheiten war Ursprung des Symptombildes, das man Alexithymie nannte und somit Untersuchungsobjekt zahlreicher Studien, um das Konstrukt näher zu fassen. Zeitgleich fanden sich diese emotionalen Defizite jedoch auch bei einem gewissen Prozentsatz psychiatrischer Patienten, so dass man die psychosomatischen Patienten oft mit Patienten mit psychiatrischen Störungen verglichen hat. Am interessantesten ist natürlich die Frage, wie es sich denn in den gemischten Gruppen verhält, wo psychosomatische und psychiatrische Symptome ineinander hergehen und sich gegenseitig beeinflussen. Leider kann die Frage der Kausalität mit dem gängigen Studiendesign einer Ein-Punkt-Messung nicht beantwortet werden, man kann nur den momentanen Zustand erfassen und statistisch auswerten.

A4.2.1 Definition psychosomatische Störung

Die ICD-10 definiert nicht psychosomatische Störung per se, sondern unterscheidet somatoforme Störungen (F45) von den klassischen psychosomatischen Störungen, die als Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (F54) bezeichnet werden:

„F45 Somatoforme Störung

Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht Art und Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.,, (ICD-10, 2005)

„F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen

Diese Kategorie sollte verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher

Erkrankungen spielen, die in anderen Kapitel der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft langanhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung u.a.) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Störungen des Kapitels V.

Beispiele für den Gebrauch dieser Kategorie sind:

- Asthma F54 and J45
- Colitis mucosa F54 und K58
- Colitis ulcerosa F54 und K51
- Dermatitis F54 and L23-L25
- Magenulcus F54 and K25
- Urtikaria F54 and L50 „ (ICD-10, 2005)

A4.2.2 Definition psychiatrische Störung

Die ICD-10 unterscheidet depressive und ängstliche Störungen in depressive Episode (F32), rezidivierende depressive Störung (F33), anhaltende affektive Störung (F34), phobische Störungen (F40), andere Angststörungen (F41), Zwangsstörung (F42).

A4.2.3 Forschung über Alexithymie bei psychosomatischer & psychiatrischer Störung

Studienergebnisse zeigen eine hohe Ausprägung von Alexithymie bei klassischen psychosomatischen Erkrankungen und eine mittlere Ausprägung von Alexithymie bei psychiatrischen Erkrankungen:

Asthma: Feldmann (2002) untersuchte 74 Asthma-Patienten. Diese füllten die TAS, Asthma Symptom Checklist (ASC) und die Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS) aus. Der Durchschnitts TAS-Score war 60.5, nur ganz knapp unter dem cut-off Wert (≥ 61) ab dem die Person als alexithym eingestuft werden kann. Es resultierte eine hohe Korrelation von Asthma und der Unterskala „Schwierigkeiten Gefühle zu identifizieren“. Zudem hing diese Unterskala signifikant mit einer erhöhten Panik-Angst zusammen, die innerhalb der letzten Woche erlebt wurde. Zu bedenken ist, dass Alexithymie den Umgang mit Asthma erschwert.

Entzündliche Darmerkrankung: Porcelli et al. (1995) fanden eine wesentlich höhere Alexithymie-Rate bei Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Ulceritis Colitis) (35.9%) im Vergleich zur Kontrollgruppe (4.5%) die für Geschlecht, Alter und Bildung gematched war. Diese auffallend hohe Quote liegt jedoch noch unter den Alexithymie-Werten die bei Studien mit psychiatrischen Störungen, die mit Alexithymie zusammenhängen (Essstörungen, Panikstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Somatoforme Schmerzstörungen und Substanzabhängigkeiten), erzielt wurden.

Die Alexithymie-Werte waren unabhängig von Dauer und Schwere der Darm-Erkrankung, dies deutet darauf hin, dass Alexithymie mit der Darm-Erkrankung per se zusammenhängt und weniger mit den medizinischen Interventionen. Wegen des Querschnitts-Design der Studie können keine zuverlässigen Aussagen darüber getroffen werden, ob Alexithymie ein vorhergehender Persönlichkeits-Risikofaktor für entzündliche Darmerkrankungen ist oder eine Konsequenz dieses Krankheitstyps.

In einer späteren Studie von Porcelli (1996) zeigte sich Alexithymie bei Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen als stabiler Persönlichkeitszug während Angst und Depression mit der Krankheit schwankten und als State Phänomen zu betrachten sind.

Funktionale gastrointestinale Störungen: Porcelli (2004) untersuchte die alexithyme Ausprägung bei Patienten mit psychiatrischen und funktionalen gastrointestinalen Störungen. 52 psychiatrische Patienten (18 Männer, 34 Frauen, Durchschnittsalter: 39.5 Jahre) wurden untersucht, diese hatten folgende Diagnosen: Dysthymie, Major Depression, bipolarer Störung, generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Panikstörung, Phobien, posttraumatischer Belastungsstörung, Somatisierungsstörung, Konversionsstörung und Hypochondrie. Ihnen gegenübergestellt wurden 58 gastroenterologische Patienten (16 Männer, 42 Frauen, Durchschnittsalter: 35.6 Jahre) die an funktioneller Dyspepsie, Reizdarm, an beidem oder funktionellen Unterbauchschmerzen litten, gestellt. Alle füllten die TAS und den Symptom Checklist – Revised (SCL-90-R) aus. Die beiden Untersuchungsgruppen unterschieden sich nicht signifikant in Bezug auf Geschlecht, Alter, Ausbildung und Krankheitsdauer. 75.9 % der funktionellen gastrointestinalen Patientengruppe wurde laut TAS als alexithym eingestuft (≥ 61) aber nur 21.1% der psychiatrischen Patienten. Auch wenn die psychiatrischen Patienten weitaus weniger alexithym waren muss man bedenken, dass immerhin mehr als 20 von 100 Patienten diese emotionalen Defizite aufzeigen und mit in die Behandlung bringen. In der gemischten Gruppe lag das Ergebnis bezüglich Alexithymie ähnlich: bei den 25 psychiatrischen Patienten die funktionale gastrointestinale Symptome

zeigen erzielten 81.6% einen TAS-Score (≥ 61), bei den 38 funktional gastrointestinalen Patienten mit psychiatrischen Störungen 28%. Diese scores unterscheiden sich nicht signifikant von den scores psychiatrischer Patienten ohne funktionale gastrointestinale Symptome unterscheidet, sowie funktional gastrointestinalen Patienten ohne psychiatrische Störungen. Dies wirft die Frage auf, ob Alexithymie eher medizinische als psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen lässt?

Depression: Viele Studien zeigen, dass bei Depressiven vermehrt Alexithymie vorliegt. Honkalampi und Mitarbeiter (2000) untersuchten erstmals den Zusammenhang von Alexithymie und Depression in der finnischen Allgemeinpopulation, nicht zuletzt um die Frage zu klären, ob Alexithymie und Depression überlappende Konstrukte sind. 2018 Männer und Frauen füllten die finnische Version der TAS-20 und des BDI aus. Interessanterweise lag die Prävalenzrate der Alexithymie unter den Nicht-Depressiven bei 4.3% während sie unter den Depressiven bei 32% lag, also um das Achtfache erhöht war. Partialisierte man den Faktor Depression aus den Berechnungen heraus, ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen Alexithymie und männlichem Geschlecht, hohem Alter, geringem Einkommen, geringer Schulbildung, subjektiv gering wahrgenommener Lebenszufriedenheit, subjektiv gering wahrgenommenem Gesundheitsstatus. Bezog man jedoch den Faktor Depression in die Berechnungen ein, verschwanden alle signifikanten Zusammenhänge zwischen Alexithymie und Sozialdaten weswegen Honkalampi und Mitarbeiter davon ausgehen, dass Depression der ausschlaggebende Erklärungsfaktor von Alexithymie sei und über allen Sozialdaten lagere. Sifneos stellte schon 1996 stellte die Frage in den Raum, ob die TAS-20 tatsächlich Alexithymie messe oder ob sie Teilaspekte der Depression oder allgemeinen Distress messe?

Parker et al. (1991) fanden heraus, dass Alexithymie und Depression zwei unterschiedliche Konstrukte sind, diese jedoch hoch miteinander korrelieren. Auch in der Studie von Honkalampi et al. korrelierten Alexithymie und Depression bei beiden Geschlechtern hoch. Es bedarf jedoch noch weiterer Untersuchungen um zu klären, ob gemeinsame psychometrische Elemente im BDI und TAS-20 vorliegen.

Dass die alexithymen Personen in der Studie von Honkalampi et al. angaben unzufrieden mit ihrem Leben zu sein, belegt, dass diese nicht einer generellen affektiven Blockade unterliegen, sondern dass schmerzhaftes Emotionen wahrgenommen werden können.

Es gibt Studien mit klinischen Stichproben die besagen, dass Alexithymie sekundär zur Depression entwickelt wurde versus Studien die besagen, dass Alexithymie ein stabiles Persönlichkeitskonstrukt depressiver Patienten sei.

Die 1-year follow-up Studie mit ambulanten Major Depression Patienten von Saarijärvi (2001) ergab signifikant niedrigere Depressionswerte als bei der Baseline-Erhebung während die Alexithymie-Werte sich nicht signifikant verändert haben. Die Skalen Schwierigkeiten beim Identifizieren und Beschreiben von Gefühlen hingen mit Gefühlsveränderungen zusammen, die Skala extern orientiertes Denken nicht. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass Alexithymie ein stabiler Persönlichkeitszug über die Zeit bleibt und kein vorübergehender State ist. Allerdings sind keine Aussagen darüber möglich, ob die Alexithymie der Depression vor- oder nachgeschaltet ist.

Binge Eating Disorder: Carano (2006) fand einen signifikanten Zusammenhang von Alexithymie und schwerer Binge Eating Disorder, geringer Zufriedenheit mit dem eigenen Körper sowie hohen depressiven Symptomen. Dieser Zusammenhang war nicht so stark ausgeprägt bei nicht-alexithymen Patienten.

Psychiatrische Störungen: Joukamaa et al. (1996) untersuchten in ihrer follow-up Studie 394 finnische Patienten zwischen 18 und 64 Jahren die vor 3 Jahren im Gemeindekrankenhaus von Turku wegen psychiatrischer Probleme behandelt wurden. 1/5 der Männer und 1/8 der Frauen der Untergruppe von 56 Patienten (14%) die häufig primäre Gesundheitseinrichtungen aufsuchen waren alexithym (mit der TAS-26 gemessen) sowie hatten „psychological distress“ (mit der Symptom Checklist-25 SCL-25 gemessen). Somit zeigten 1/3 der Patienten die die Klinik häufig wegen psychischer Belastung aufsuchen alexithyme Symptome auf. Häufige Patienten ohne psychische Belastung waren jedoch nur selten alexithym, somit ist psychological distress die Mediator-Variable die Alexithymie und das häufige Aufsuchen der Klinik verbindet. Geschlecht, Alter und Bildung hingen nicht mit Alexithymie zusammen. Die Prävalenz von Alexithymie stieg mit geringer werdendem sozialen Status an.

Somatisierung: Eine Somatisierung liegt vor wenn jemand über körperliche Symptome klagt die bei der medizinischen Untersuchung kein organisches Korrelat aufzeigen. Ein hoher Alexithymiewert zeigte sich als signifikanter Prädiktor für persistierende Somatisierung,

unabhängig von anderen psychopathologischen Werten, soziodemographischen Variablen oder der Schwere der Erkrankung (Bach, 1995).

Shipko (1982) verglich Patienten mit klassischen psychosomatischen Krankheiten (=15), mit Patienten mit Somatisierungsstörungen (n=12) und einer Kontrollgruppe (n=27) zu einem Zeitpunkt wo das Konzept der Alexithymie noch recht neu war. Er fand gemäß seiner Untersuchungshypothese signifikant höhere Alexithymiewerte (mit der SSPS gemessen) bei den Patienten mit Somatisierungsstörungen. Die Range vom SSPS reicht von 20 bis 80 und Sifneos empfiehlt ≤ 50 als cut-off für Alexithymie. Somit lag die Somatisierungsgruppe mit einem Durchschnittscore von 51 sehr knapp an der Grenze, während sich die Gruppe mit den klassischen psychosomatischen Störungen (Durchschnittscore 58.7)) nicht signifikant von der gesunden Kontrollgruppe (Durchschnittsscore 59.4) unterschied. Somit waren alexithyme Einschränkungen stärker in Somatisierungspatienten als psychosomatischen oder gesunden vorhanden.

Studie	Stichprobe	Tests	signifikant	nicht signifikant
Feldman et al. (2002)	Asthmapatienten (n=72)	TAS, ASC, TMAS	durchschnittl. alexithym & Panik	
Porcelli et al. (1995)	Entzündliche Darmerkrankung (n=8028)	TAS, BDI	35.9% alexithym	
Porcelli et al. (2004)	Gastroenterologische Patienten (n= 58)	TAS, SCL-90-R	75.9% alexithym	
Honkalampi et al. (2000)	Finnische Allgemeinbevölkerung (n=2018)	TAS-20, BDI	von den Depressiven: 32% alexithym	
Joukamaa et al. (1996)	Psychiatrische Patienten (n= 394)	TAS-26, SCL-25	von den häufigen Patienten: 33% alexithym & psychological distress	
Shipko (1982)	Somatisierungspatienten (n=12)	SSPS	Durchschnittl alexithym	

A4.3 Alexithymie bei somatischen Störungsbildern

Studienergebnisse zeigen eine mittlere Ausprägung von Alexithymie bei Erkrankungen von vorrangig somatischer Natur. Nicht zu vernachlässigen sind die :

Koronare Herzerkrankung: Beresnevaité et al. (2007) untersuchte den Zusammenhang von Alexithymie und Typ-A Persönlichkeit bei 62 litauischen Patienten (14 weibliche, 48 männliche) mit koronarer Herzerkrankung. 56 Patienten (90%) haben einen Myokardinfarkt erlitten, 6 Patienten (10%) litten an einer unstablen Angina Pectoris. Alle Patienten haben innerhalb der letzten 6 Wochen vor der Untersuchung eine akute koronare Angioplastie erhalten. Durchschnittsalter war 59.3 Jahren (SD = 7.0). 14 Patienten (23%) waren laut TAS-20 alexithym und 23 (27%) laut Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Alexithymia (DCPR-A), somit korrelierten die Messinstrumente positiv. Alexithymie korreliert nicht signifikant mit Typ-A Verhalten oder Feindlichkeit (mit der SCL-HOS gemessen).

Brustkrebs: Todarello et al. (1989) untersuchten 200 Frauen die zur Mammographie Untersuchung kamen auf Alexithymie (mit der Schaling Sifneos Personality Scale - SSPS) und Neurotizismus (mit dem Middlesex Hospital Questionnaire - MHQ). Bei 13 Frauen (19.5%) war das Untersuchungsergebnis positiv für Brustkrebs. Die Gruppen mit der positiven und negativen Diagnose hatten gleich hohe Neurotizismus-Werte in allen Bereichen (Ängstlichkeit, Phobie, Zwangsstörung, Psychosomatische Störung, Depression, Hysterie) jedoch schnitt die Gruppe mit der positiven Brustkrebsdiagnose signifikant alexithymer ab. Man muss jedoch beachten dass die positive Gruppe wesentlich kleiner war und somit schneller signifikante Effekte erzeugt. Somit zeigen laut Todarello et al. Frauen mit Brustkrebs gleiche Persönlichkeitszüge (e.g. Schwierigkeiten beim Verbalisieren der Gefühle, eingeschränkte Phantasiefähigkeit) als Patienten mit psychosomatischen Beschwerden.

Studie	Stichprobe	Tests	signifikant	nicht signifikant
Beresnevaité et al. (2007)	Pat. mit koronarer Herzerkrankung (n=26)	TAS-20, DCPR-A, SCL-HOS	23% alexithym	
Todarello et al. (1989)	Brustkrebs (n=13)	SSPS, MHQ	alexithym	

A4.5 Alexithymie in der Allgemeinbevölkerung

Epidemiologie in der Allgemeinbevölkerung:

10% der Deutschen (11.1% Männer; 8.9% Frauen) (Franz et al., 2008) sowie

13% der Finnen (17% Männer; 10% Frauen) (Salminen et al., 1999), wobei Männer fast doppelt so häufig betroffen waren.

Da Alexithymie auch in der gesunden Allgemeinpopulation vorgefunden wurde, werden im folgenden Zusammenhänge zu diversen Variablen aufgezeigt:

A4.5.1 Störvariablen Geschlecht, Alter & Sozialdaten

Im Rahmen der Validierungsstudie von Franz und Mitarbeiter aus dem Jahre 2008 wurde die TAS-20 einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung (n=1859) zwischen 20 und 69 Jahren vorgelegt. Der Gesamtmittelwert betrug 48.8 (SW 9.3). Die Variablen Scheidung, Singledasein und geringer sozialer Status hingen signifikant mit einem erhöhten Summenwert zusammen, während das Alter keinen signifikanten Zusammenhang zum TAS-20 Alexithymie-Score aufzeigte. Obwohl mehr Männer den alexithymen cut-off Wert überschritten war das Ergebnis statistisch nicht signifikant, im Gegensatz zur Studie von Honkalampi et al. (2000) in der Männer und ältere Personen der finnischen Normalpopulation signifikant häufiger alexithym waren als Frauen.

Die epidemiologische Studie der finnischen Population (n=8028) von Mattila, Salminen, Nummi und Joukamaa (2006) ergab einen positiven Zusammenhang von Alexithymie mit Alter, männlichem Geschlecht und Depression, sowie einen negativen Zusammenhang mit Bildungsniveau, Einkommen und dem subjektiv allgemeinem Gesundheitszustand. Der Gesamtmittelwert betrug 45.8 (Männer 47.8; Frauen 43.9), 9.9% schnitten als alexithym ab (Männer 11.9%; Frauen 8.1%). In dieser repräsentativen Studie mit einer sehr breiten Altersstreuung von 30 Jahren bis 85+, stach vor allem die Korrelation von Alexithymie mit erhöhtem Alter sowie der Geschlechtsunterschied heraus. Männer erzielten signifikant höhere Werte in den beiden TAS-20 Subskalen "Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen" sowie "Extern orientierter Denkstil" wobei sich die Werte der Subskala "Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen" nicht von denen der Frauen unterschieden. Es bleibt

unklar, ob diese allgemein höhere alexithyme Ausprägung bei Männern biologische und/oder psychologische Ursprünge hat.

Studie	Stichprobe	Tests	signifikant	nicht signifikant
Honkalampi et al. (2000)	Finnische Allgemeinbevölkerung (n=2018)	TAS-20, BDI	hohes Alter, männliches Geschlecht, geringes Einkommen, geringe Lebenszufriedenheit, geringer subj GH-Status, Schulbildung, Depression	Familienstand
Matila et al. (2006)	Finnische Allgemeinbevölkerung (n=8028)	TAS-20, BDI	Alter, männliches Geschlecht, Depression, Familienstand, Bildungsniveau, Einkommen, subjektiv allgemeinem Gesundheitszustand, chronische Krankheiten, vorhergehende psychiatrische Erkrankungen	
Franz et al. (2008)	Deutsche Allgemeinbevölkerung (n=1859)	TAS-20	Scheidung, Single, geringer sozialer Status (v.a geringes Einkommen,	männliches Geschlecht, Alter

A4.5.2 Alexithymie & Persönlichkeit

Beresnevaité, Taylor und Bagby (2007) fanden bei Patienten mit Herzgefäß-Erkrankungen kein Zusammenhang zwischen Alexithymie und Type-A Persönlichkeit, ebenso wenig mit dessen Unterkonstrukt Feindseligkeit (“hostility”).

Parker et al (2005) fand bei 562 Studenten einen signifikanten Zusammenhang von Alexithymie und pathologischer Spielsucht. Somit wertet er Alexithymie als einen Risikofaktor.

Zusammenfassung des Kapitels A4 „Ergebnisse aus der klinischen Forschung“

In diesem Kapitel wurden zahlreiche klinische Studien mit unterschiedlichen Populationen, Studiendesign und Messinstrumenten vorgestellt:

- Neurophysiologische Studien: Parker und Mitarbeiter (1993) haben signifikante Zusammenhänge von Alexithymie und Prosopagnosie, einer Gesichtswiedererkennungstörung aufgezeigt, die vermuten lässt, dass Alexithymie mit einer Dysfunktion der rechten Hemisphäre, die für emotionale Inhalte zuständig ist, zusammenhängt.
- Psychosomatische & Psychiatrische Stichproben: Patienten mit Asthma (Feldmann 2002), entzündlichen Darmerkrankungen (Porcelli 2005), Depression (Honkalampi et al. 2000 & Joukamaa et al. 1996) und Somatisierungsstörungen (Shipko 1982) erzielten alexithyme Werte sowie signifikant höhere als ihre Vergleichsstichproben.
- Somatische Population: Patienten mit koronarer Herzerkrankung (Beresnevaité et al. 2007) und Brustkrebs (Todarello et al. 1989) wurden in den Studien als alexithym eingestuft.
- Allgemeinbevölkerung: Es wurden signifikante Zusammenhänge von Alexithymie zu Alter, männlichem Geschlecht und Depression, sowie einen negativen Zusammenhang zu Bildungsniveau, Einkommen und dem subjektiv allgemeinen Gesundheitszustand gefunden (Mattila et al. 2006). Kein Zusammenhang wurde von Alexithymie und Typ-A Persönlichkeit gefunden (Beresnevaité et al. 2007), dafür aber bei Spielsucht (Parker et al. 2005).

A5 PSYCHOSOMATIK

Einleitung

Ziel der Studie ist es den Zusammenhang psychosomatische Störung – alexithyme Persönlichkeit aufzuzeigen.

Die aktuelle psychosomatische Forschung hat aufgezeigt, dass somatische Krankheiten und psychische Störungen eng miteinander verwoben sind. Nicht nur tendieren Patienten mit chronischem Leiden dazu auch an Ängstlichkeit und Depression zu erkranken, sondern zeigen auch Patienten mit psychischem Leiden vermehrt physische Krankheitssymptome im Gegensatz zum „Durchschnittspatienten“ (Verhaak, 1997). Die klassische Auffassung psychosomatischer Störungen, dass somatische Störungen durch psychische Störungen bedingt sind, wurde soweit kritisiert (Tyrer, 1995) dass man sich Konzepten zugewandt hat, bei denen sich körperliche und geistige Veränderungen gegenseitig beeinflussen, wie den somatoformen Störungen oder nicht näher bezeichneten organischen Störungen.

A5.1 Begriffsdefinitionen Psychosomatik

„Der Begriff *Psychosomatik* stammt aus dem Griechischen (Psyche = Hauch, Atem, Seele ; Soma = Körper, Leib) und steht für die Dichotomie von Geist und Körper, der Wechselwirkung von Körper und Seele.“ (Macke-Bruck, 2009). Er wurde erstmals von Heinroth im Jahre 1818 verwendet. Das Gebiet der Psychosomatik erforscht Bedingungen zur Krankheitsentstehung und Krankheitsverarbeitung, mit dem Anspruch den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit zu erfassen und dementsprechend angemessen zu behandeln. Beiträge zum psychosomatischen Krankheitsverständnis das biologische, psychische und soziale Faktoren integriert stammen aus diversen psychotherapeutischen Schulen (Psychoanalyse, systemische Therapie, Verhaltenstherapie) sowie psychologischen Fachgebieten (Psychoneuroimmunologie).

„Die *psychosomatische Medizin* befasst sich mit psychischen Ursachen, Begleit- und Folgeerscheinungen somatischer Erkrankungen sowie deren Wechselwirkungen auf das

psychosoziale Umfeld des Patienten und auf die Arzt-Patient-Beziehung“ (Neuhaus, 2000, S.1). Psychosomatik ist somit die Schnittstelle zwischen Psychologie und Medizin und verbindet deren Fachbereiche (u.a Klinische Psychologie, Neuropsychologie, Medizinische Psychologie, Dermatologie, Gynäkologie, Neurologie).

In der Allgemeinbevölkerung heißt psychosomatisch eine körperliche Erkrankung mit psychischen Komponenten.

Im Stresskonzept wird Krankheit als Überbelastung verstanden (Selye, 1956). während die Ursache psychosomatischer Störungen in der Psychoanalyse in pathogen infantilen Konflikten sowie spezifischen Grundkonflikten gesehen wird und davon leitet man die psychoanalytische Behandlung defizienter Ich-Strukturen ab (Ehlert, 2003).

Benedetti (1980) versteht psychosomatisch Kranke als „emotionelle Analphabeten“.

Eindrucksvolle Beobachtung wie häufig gesunde Menschen Störungen und Beschwerden haben. In der Sterling County Study (1959) zeigten 59% der normalen Population psychosomatische Störungen auf!

Im Bereich der Psychosomatik unterscheidet man:

Psychosomatische Störungen: körperliche Erkrankungen mit teils psychischen Auslöser (u.a. Morbus Crohn, Asthma, Neurodermitis, Migräne)

Organische Psychische Störungen: organische Erkrankungen mit psychischen Folgeerscheinungen (u.a. Demenzen nach Alzheimer, Parkinson, organisches Psychosyndrom durch Drogen, Alkohol, Medikamente, Intoxikation, Entzug).

Psychische Störungen mit körperlicher Erkrankung: (u.a. Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen)

Somatoforme Störungen: körperliche Beschwerden die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen (u.a. Schmerzstörung)

Psychologische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen: (u.a. Sorgen, ängstliche Erwartung, Sorgen, emotionale Konflikte)

A5.2 Frühere psychoanalytische Psychosomatik-Konzepte

Die Anfänge der Psychosomatik-Forschung sind durch den Versuch gekennzeichnet, klare Zusammenhänge zwischen bestimmten somatischen Symptomen und bestimmten psychischen Faktoren aufzuzeigen. So ging man davon aus, dass jedem Organ ein Konflikt zuzuordnen ist und man den Auslöser dieser sogenannten psychosomatischen Krankheit je nach Symptomorgan klar zuordnen kann. Nicht selten wurde versucht eine Typisierung (z.B. Alexander) vorzunehmen, diese waren in der Praxis jedoch nicht haltbar.

A5.2.1 Das „Konversionsmodell“ von Sigmund Freud

Freuds Neurosenlehre zufolge, stehen körperliche, vor allem neurologische Symptome am Anfang jeder Neurose. Diese Auffassung geht mit dem medizinischen Denken seiner Zeit einher.

Konversionsneurose: Freud (1893) beschreibt hysterische Anfälle als vom Bewusstsein abgespaltene sexuelle Vorstellungsinhalte, die angstbesetzt sind und daher verdrängt werden müssen. Die Symbolisierung, also die Umsetzung dieser erregenden Phantasien die vom Über-Ich nicht zugelassen werden können, ins Körperliche, verschafft Dauersymptome und körperliche Anfälle. Bei diesem Vorgang, den Freud (1893) als Konversion bezeichnet, wird ein psychischer Konflikt durch einen komplexen Abwehrmechanismus anhand des Körpers gelöst und zeigt somit die pathogene Kraft der Psyche auf den Körper einzuwirken und somatische Symptome hervorzurufen.

Aktualneurose: Nach Freud (1893) liegt der Entstehung vegetativer Symptome eine veränderte körperliche Spannung zugrunde, deren Ursprung er im Sexuellen sieht, sowie wenn entsprechende psychische Verarbeitungsmechanismen fehlen. Wenn Spannungen nicht psychisch, durch entwickelte Ich-Funktionen, bewältigt werden können, dann werden sie durch körperliche Spannungssymptome abgeführt. So entsteht die Angstneurose durch direkte Umwandlung aufgetauter Sexualerregung in Angst und ihre körperlichen Symptome wie Herzrhythmusstörungen, Schwindel, Atemnot, Zittern, Schweißausbrüche usw wenn sie nicht durch psychische Abwehrmechanismen verarbeitet werden kann. Nach Freud ist es wenig sinnvoll die Aktualneurose durch Psychoanalyse zu behandeln, da kein psychischer Konflikt

der Auslöser ist, der aufgedeckt werden kann. Im Gegensatz zur Konversionsneurose die der Phantasietätigkeit entspringt.

A5.2.2 Franz Alexanders Theorie „krankheitsspezifischer psychodynamischer

Konflikte“

Alexanders Organspezifitätskonzept (1950) zufolge, löst jede emotionale Spannung eine bestimmte vegetative Reaktion aus, die bei entsprechender Disposition zu einer bestimmten Erkrankung führt. *„Lachen ist eine Reaktion auf Heiterkeit, Weinen auf Kummer, Seufzen drückt Erleichterung oder Verzweiflung und Erröten Verlegenheit aus. Die vegetativen Reaktionen auf unterschiedene emotionale Reize variieren ebenso entsprechend der Qualität der Emotionen. Jeder emotionale Zustand hat sein eigenes physiologisches Syndrom. Blutdrucksteigerung und beschleunigte Herztätigkeit sind ein regelmäßiger Bestandteil von Wut und Furcht. Erhöhte Magensaftsekretion kann eine regressive Reaktion auf eine Not- oder Gefährdungssituation sein. Asthmaanfälle sind mit einer unbewußten unterdrückten Regung, nach der helfenden Mutter zu schreien, korreliert.“* (1950, S.44). Alexander erforschte systematisch sieben psychosomatische Krankheitsbilder, die als sogenannte „holy seven“ in der Medizin bekannt wurden: Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa, Asthma bronchiale, essentielle Hypertonie, Neurodermitis, rheumatoide Arthritis und Thyreotoxikose. Allerdings lässt sein Konzept, das in der Psychosomatik einen wichtigen Platz einnimmt, die Frage nach der Ätiologie, also der Ursache dieses Zusammenwirkens von emotionalen Konflikten und physiologischen Syndromen offen. Alexanders Versuch einer Typisierung konnte in der Praxis nicht bestätigt werden, wenngleich auch immer wieder seine Spezifitätshypothesen auf Subgruppen zutrafen und somit die weitere psychosomatische Forschung angeregt haben, dies vor allem in der state-trait-Frage, welche Symptome sind auf stabile Charakterzüge (trait), welche auf veränderbare situative Zustände (state) zurückzuführen? Alexander wird als Vater der psychoanalytischen Psychosomatik gesehen.

A5.3 Aktuelle psychoanalytische Psychosomatik-Konzepte

Nach Weiterentwicklung der früheren Psychosomatik-Konzepte die den Anstoß gegeben haben sich näher mit psychosomatischen Symptomen, deren Auslöser und Konsequenzen zu befassen, existieren aktuell mehrere Theorien nebeneinander.

A5.3.1 Eriksons „funktionelle Entwicklungsmodell der Psychosomatik“

Erikson (1950) erweiterte Freuds 5phasiges Entwicklungsmodell zu einem 8stufigem Modell aus das die psychosoziale Entwicklung des Menschen beschreibt. Nach diesem Entwicklungskontinuum werden altersspezifische Reifungsschritte vollzogen um eine reife Persönlichkeit, mit stabiler ICH-Struktur und angemessenen Bewältigungsmechanismen reifen lassen. Entwicklungsstörungen können jedoch psychosomatische Erkrankungen mitbegründen weil sich diese Störungen auch auf die Krankheitsdisposition sowie die Einstellung und das Verhalten gegenüber der Umgebung auswirkt.

A5.3.2. Sifneos Konzept der „Alexithymie“

Wie schon in Kapitel A1 ausführlicher beschrieben, fasst Sifneos (1973) unter dem Terminus „Alexithymie“ seine Beobachtungen an psychosomatischen Patienten in den 70erJahren zusammen, dass diese auffällig gehäuft ihre Emotionen nicht wahrnehmen, zuordnen und beschreiben können, einen externen Denkstil sowie eine eingeschränkte Phantasiefähigkeit aufzeigen

A5.3.3. Pierre Marty & De M'Uzans Konzept der „pensée opératoire“

Die französischen Psychoanalytiker Marty & De M'Uzan (1963) beobachteten in den 60ern an psychosomatisch Kranken (Migräne, Allergie, essentielle Hypertonie, Ulkus,) die gleichen auffälligen Persönlichkeitszüge, unabhängig von der jeweiligen Art der Erkrankung. Folgende Merkmale bilden die sogenannte „psychosomatische Struktur“:

1. **Pensée opératoire.** Das operative Denken kennzeichnet sich vor allem durch Phantasiearmut aus, der Wortschatz um Beziehungen oder Gefühle zu beschreiben ist relativ eingeschränkt, die Sprache klingt steril und die Patienten bleiben vermehrt an ihren körperlichen Symptomen und Beschwerden oder äußeren Ereignissen haften anstatt auf die Gefühlsebene einzusteigen. Die Abwehr dieser psychosomatischen Patienten ist sehr stark, Triebwünsche können nicht ins Bewusstsein vordringen. Diese Beobachtungen stimmen mit jenen der amerikanischen Autoren Nemiah und Sifneos (1970) überein, die die Unfähigkeit ihrer Patienten ihre eigene sowie die Gefühle anderer wahrzunehmen und angemessen zu beschreiben mit dem Konstrukt „Alexithymie“ beschrieben.
2. **Gestörte ICH-Funktionen.** Durch die strengen, teils unreifen Abwehrmechanismen, die mangelnde Fähigkeit zum Symbolisieren, die leeren Beziehungen zu anderen Personen und die insgesamt psychische Unreife scheinen diese Patienten abgeschnitten von ihrem Unbewussten zu leben.

3. **Psychosomatische Regression.** Aggressive Inhalte werden durch primitive, unreife Abwehrmechanismen in somatische Symptome abgeleitet. Mit Schur übereinstimmend regressiert das Abwehrsystem des Patienten auf eine frühere Entwicklungsstufe wo Bedürfnisse vor allem somatisch ausgedrückt werden.
4. **Die projektive Verdoppelung.** Die Patienten empfinden nur wenig als mitteilenswert weil sie ihre eigene sowie die Originalität der anderen, d.h. die Proejektionsfläche ihrer selbst, verneinen und somit alles als normal und nicht als besonders empfinden. Nur konkrete äußere Ereignisse werden erwähnt.

Kritiker (Shands 1975, Cremerius, 1977) des pensée opératoire Konzeptes wenden ein, dass die eingeschränkte Verbalisierungsfähigkeit von Emotionen vor allem auf soziokulturelle Unterschiede zurückzuführen sei und weniger eine durchgängige Persönlichkeitsstruktur bei psychosomatischen Krankheiten darstelle. Somit hätten Patienten die aus sozial schwachen Milieus stammen weniger Möglichkeiten und Vorbildfunktionen sich ein differenziertes Vokabular zur Beschreibung affektiver Inhalte anzueignen. Zudem gäbe es keine Beziehung zwischen Therapeut und Patient in der Untersuchungssituation, da diese zu sehr exploratorisch ausgerichtet sei und die abschließende Diagnose pensée opératoire somit eine „self fulfilling prophecy“ sei.

A5.3.4. Max Schurs Konzept der „Desomatisierung und Resomatisierung“

Schur, Psychoanalytiker und langjähriger Leibarzt Sigmund Freuds, entwickelte mit seinen Konzepten der Desomatisierung und Resomatisierung eine psychoanalytische Theorie der allgemeinen Psychosomatik die auf einem engen Zusammenhang zwischen der körperlicher Entwicklung und der Reifung des Ichs aufbaut.

Desomatisierung: Als Säugling drückt man seine Bedürfnisse körperlich, vor allem durch Schreien, aus. Innerhalb einer komplexen psychobiologischen Entwicklung lernt man seine Bedürfnisse nicht mehr gleich und körperlich auszudrücken, sondern Bedürfnisbefriedigungen aufzuschieben, zu reflektieren, zu neutralisieren und sprachlich auszudrücken. Die Entwicklung dieser Ich-Funktionen erlauben auf Affekte auf dem Niveau des Sekundärprozesses zu reagieren, dieser Prozess nennt Schur „Desomatisierung “ (Schur, 1955, S.124). Je besser die Ich-Funktionen reguliert werden können, also je stärker das Ich, desto besser gelingt die **Desomatisierung** und desto weniger ist es notwendig, auf primärprozesshafte und körperliche Ausdrucksformen seelischer Phänomene zurückzugreifen.

Resomatisierung: Bei einer Schwäche der Ich-Funktionen kommt es zu einer infantilen, regressiven Form der Angstreaktion die einen wieder physiologisch auf Affekte reagieren

lässt. Bei Gefahr- und Angstsituationen reagiert das Ich nicht mehr mit psychischen Mitteln, kann Angst, Libido und Aggression nicht neutralisieren, sondern reagiert unbewusst mit einer somatischen Reaktion. Diesen Prozess nennt Schur Resomatisierung, wenn das Individuum auf primärprozesse Ausdrucksformen seelischer Phänomene zurückgreift. Angst ist ursprünglich aus einer biologischen Reaktionsform hervorgegangen und auch anfällig wieder dahingehend zu regredieren. Somit resomatisiert das Individuum, bildet somatische Symptome und entwickelt eine psychosomatische Krankheit.

A5.3.5. Das Konzept der prädisponierenden Persönlichkeitstypen

Ein Trend der Psychosomatikforschung ist spezifische Persönlichkeitstypen aufzuzeichnen die erhöhte Dispositionen zu bestimmten Krankheiten haben. Eine der bekanntesten Theorien ist die von Roseman und Friedman (1971) die ein Typ A Verhalten spezifizierten. Damit bezeichnen sie Menschen die sich durch ein überdurchschnittliches Streben nach Anerkennung, Hast, Eile, Ungeduld und Reizbarkeit auszeichnen und nach den Autoren prädisponiert sind für koronare Herzerkrankungen. Diese Theorie war Ausgangspunkt zahlreicher Studien die diese Theorie doch nicht verifizieren konnte, genauso wie bei Beresnevaite (2007).

Auch Watson et al. (1991) versuchten eine Brustkrebs-Persönlichkeit zu spezifizieren, das Typ C Verhalten. Dieser prädisponierende Charakter zeichnet sich durch ein Unterdrücken von Ärger, hohe soziale Anpasstheit, eine defensive Grundhaltung und wenig Kampgeist aus. Allerdings wusste man zur Zeit von Watsons Studie noch nicht, dass der ausschlaggebende Prädiktor für das Überleben einer Frau mit Brustkrebs die Tatsache ist ob der Krebs schon bis zu den Lymphknoten unter den Armen gestreut hat. Somit hat man den wichtigsten Prädiktor zum Überleben nicht miterhoben.

Jimmie Holland (2000) empfiehlt wegzugehen von diesen stigmatisierenden Persönlichkeitstypen weil man seine Persönlichkeit nicht wesentlich ändern kann. Vielmehr sollen die Coping Strategien, wie mit einer solchen Krankheit umgegangen wird und wie schnell man ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt in Studien untersuchen, denn auf diese hat man Einfluss.

A5.4 Endokrinologische & neurologische Stresstheorien als Krankheitskonzepte

Seit den 1990er geht man in der Psychoneuroimmunologie weg von den dualistischen Theorien, hin zu einem multifaktoriellen Modell, dem bio-psycho-sozialen Modell von Engel.

Neurowissenschaftler unterscheiden das explizite Gedächtnis, das vom Bewusstsein gesteuert wird, vom impliziten Gedächtnis, das dem Bewusstsein nicht zugänglich ist (Klüwer, 1995). In der unbewussten impliziten Gedächtnisstruktur sind somatische Erinnerungen und motorische Inszenierungen enthalten. Zudem Befunde dass das Gedächtnis nichts vergisst (Springer-Kremser, 2010).

A5.4.1 Definition implizites Gedächtnis (mediobasales Vorderhirn, Frontalkortex)

Das implizite Gedächtnis ist wichtig für Phänomene, die durch frühe Erfahrungen beeinflusst werden, an die aber keine bewusste Erinnerung besteht und die auch nicht durch intendierte Anstrengung abgerufen werden können. Es handelt sich somit um ein situationsunabhängiges Bewertungssystem.

Anwendung auf Psychosomatik: Das implizite Gedächtnis unterstützt den Umgang mit unbewusstem Material in psychoanalytischen Therapien. Die Erfahrung des Deutungsprozesses als psychisches Phänomen führt zu neuronalen Änderungen. Dieses materielle Phänomen führt in Folge zu geänderter Informationsverarbeitung, was Änderungen von Symptomen/Verhalten bedeutet (Springer-Kremser, 2010).

Diese neurowissenschaftlichen Befunde sind vereinbar mit den psychoanalytischen Konzepten, dass unbewusste Erinnerungen somatisch ausagiert werden und sich in klinischen körperbezogenen Störungen äußern (Küchenhoff, S.11).

A5.4.2 Selye „Theorie der Stressoren“

Hans Selye (1956) ging der Frage nach inwieweit Stressoren körperliche Krankheiten hervorrufen können. Er unterscheidet den

- **Stressor:** Jeder Faktor der Stress erzeugt nennt man Stressor
- **Stress:** Stress ist die unspezifische Reaktion des Körpers auf jegliche Anforderung die an ihn gestellt wird.

Physiologische Reaktionen bei Stress:

- **Symphatikus-Nebennierenmark-System**

Das Nebennierenmark schüttet die Hormone Adrenalin und Noradrenalin (ACTH Hormone) aus. Diese bewirkt die Freisetzung von Glukose und beschleunigt die Blutgerinnung

- **Hypophyse-Nebennierenrinde-System**

Die Nebennierenrinde schüttet Kortison (Kortison Kortin) aus. Dies bewirkt dass Fettvorräte aus dem Fettgewebe gelöst werden und gibt somit den Muskeln Energie. Kortison lässt die Lymphknoten schrumpfen und schwächt das Immunsystem

- Es werden körpereigene Opiate ausgeschüttet

Stress von gleicher Art und Stärke kann bei verschiedenen Menschen unterschiedliche Schäden verursachen. Konditionierung von innen (Erbanlage, Alter, Geschlecht) und von außen (Medikamente) sind Faktoren die diese Stressor-Wirkung selektiv verstärken oder mildern können. Aus evolutionärer Perspektive ist die Stressreaktion sehr sinnvoll, denn sie stellt Energie bereit um den Körper sekundenschnell für eine Kampf- oder Fluchtreaktion vorzubereiten. Diese physiologische Reaktion ist ein Überbleibsel aus vergangenen Tagen, heute wird man nicht mehr von gefährlichen Tieren in der Natur angegriffen. Da die ausgeschütteten Hormone nicht durch Kampf oder Flucht abgebaut werden versetzen Langzeitbelastungen den Körper heute in einen bleibenden Anspannungszustand.

Selye entwickelt das allgemeine Adaptationssyndrom, das auf der Theorie aufbaut, dass Stressoren unabhängig ihrer Qualität körperliche Anpassungsreaktionen hervorrufen. Er unterscheidet 3 Phasen:

- **Phase I - Alarmreaktion:** Durch den Schock reagiert der Körper mit einer beschleunigten Herzfrequenz, geringere Muskelkraft, verringerter Temperatur und Blutdruck. Der Hypothalamus wird aktiviert und regt die Nebennierenrinde zur Freisetzung von Adrenalin aus. Diese lässt den Blutdruck und die Herzfrequenz hochfahren und beschleunigt die Blutgerinnung.
- **Phase II - Phase der Resistenz:** Der Widerstand gegenüber dem Stressfaktor wird erhöht, gegenüber anderen Stressoren jedoch herabgesetzt denn das Immunsystem ist geschwächt. setzt sich ein. Diese Resistenz gegen den Stressor ist eine Folge der Ausschüttung der Hormone ACTH und Kortin.
- **Phase III - Phase der Erschöpfung:** Die Erschöpfung, hin bis zu Krankheit oder Tod, tritt auf, wenn der Organismus noch nicht mit der Bedrohung fertig geworden ist,

jedoch die Kraftvorräte nicht mehr ausreichen, denn eine erhöhte Hormonausschüttung ist nicht länger aufrecht zu erhalten. Somit schadet langfristiger Stress den Körper und kann sogar bis zum Tode führen.

Kritik an Selyes Modell bezieht sich vor allem darauf dass er davon ausgeht, dass alle Stressoren die gleich körperliche Reaktion auslösen sowie dass er den Einfluss von Persönlichkeit, Copingstrategien, Wahrnehmung nicht mit einbezieht in die Reaktion auf solche Stressoren.

Nach Seyle verursacht jede Anpassung an eine neue Lebens-Situation Stress, sowohl positive als negative Veränderungen. Die spätere Life-Event-Forschung hat jedoch gezeigt, dass nur negative Lebensveränderungen mit Krankheitsanzeichen in Verbindung gebracht werden können.

In Seyles Modell fehlt vor allem die kognitive Komponenten, die Bewertung der Bedrohung und ob man glaubt sie bewältigen zu können mit den Mitteln die einem zur Verfügung stehen.

A5.4.3. Lazarus „Diathese-Stress-Modell“

Im transaktionalen Stressmodell von Lazarus (1966) geht es um die Auseinandersetzung eines Individuum mit diversen Stressfaktoren die von außen einwirken und seinen inneren Coping-Strategien damit umzugehen. Schätzt man den Stressor als bewältigbar ein entstehen keine Stressreaktionen, wird der Stressor jedoch als unbewältigbar eingeschätzt kommt es zu biochemischen Reaktionen (Adrenalin wird ausgeschüttet). Vor allem die Amygdala spielt mit ihren Verbindungen zum Hippocampus, Thalamus und präfrontalen Kortex eine wesentliche Rolle im Stressgeschehen. indem sie für die Analyse der Situation und das Abrufen und Abspeichern entsprechender Gedächtnisinhalte wichtig ist.

Lazarus betont mit seinem Modell die Wirkung der Attribution welche Auswirkung der Stressor auf den Körper und in Folge auf die Krankheitsentwicklung haben kann.

Zusammenfassung des Kapitels A5 „Psychosomatik“

In diesem Kapitel wurde die Psychosomatik, die Wechselwirkung zwischen Körper und Geist näher beleuchtet. Aus psychoanalytischer Sicht konnte Alexanders Organspezifitätskonzept (1950), demzufolge jede emotionale Spannung eine bestimmte vegetative Reaktion auslöst, die bei entsprechender Disposition zu einer bestimmten Erkrankung führt konnte in der Praxis nicht aufrecht gehalten werden. Heute geht man von Marty & M'Uzan (1963) Konzept der psychosomatischen Regression, genauso wie Max Schurs (1955) Resomatisierungstheorie

aus. Von den stigmatisierenden Krankheits-Persönlichkeiten (Roseman und Friedman 1971) wie die Brustkrebspersönlichkeit hat man sich wieder abgewendet.

Die endokrinologische Stresstheorie von Selye (1956) sieht die anhaltenden Stressoren die den Körper Hormone ausschütten lassen um zur Kampf-Flucht Situation vorzubereiten, die dann jedoch nicht abgebaut werden können da wir heute nicht mehr kämpfen oder flüchten, langfristig für Krankheitsmacher bis hin zum Tode führen können. Lazarus (1966) hat diesem Konzept noch die Komponente der Attribution hinzugefügt, dem Einschätzen eigener Fähigkeiten diese Herausforderung überwinden zu können.

A6 FRAUEN MIT BESCHWERDEN IM UNTEREN HARNTRAKT

Einleitung

Die Studie dieser vorliegenden Arbeit konzentriert sich auf Frauen mit Beschwerden im unteren Harntrakt. In diesem Kapitel wird die Psychosomatik in der Frauenheilkunde sowie das Inkontinenz Frauenkollektiv etwas näher beleuchtet, angefangen bei den Definitionen der unterschiedlichen Diagnosen im unteren Harntrakt bis zu aktuellen Forschungsergebnissen zu den verwobenen Bereichen Lebensqualität, Sexualität und affektive Beschwerden die auch in der Studie untersucht werden.

A 6.1 Psychosomatik in der Frauenheilkunde

Psychosomatische Medizin hat die Aufgabe, das Zusammenwirken somatischer, psychischer (in der Persönlichkeitsstruktur des Individuums verankerter) und sozialer Faktoren in Gesundheit und Krankheit zu erforschen, um die Rolle dieser Faktoren in Diagnostik und Therapie, bei Entstehung und/oder Aufrechterhaltung von Krankheitsbildern und Leidenszuständen berücksichtigen zu können (Uexküll, 1986).

Die 3 Bausteine der Psychosomatik sind (Leithner-Dziubas & Springr-Kremser, 2004):

- **Psychoneuroendokrinologie:** Emotionen können krankheitsauslösende Einflüsse auf den Organismus ausüben, dies durch Neurotransmitter und Neurohormone. In der Frauenheilkunde ahnte man dies schon lange und sprach man von einer „Hausbauamenorrhoe“
- **Entwicklung des weiblichen Körperschemas:** Die Fähigkeit den Körper als einmalig und abgegrenzt von anderen zu erleben, ist eine Voraussetzung für seelische und körperliche Gesundheit. Nach der Geburt wächst das Kind in enger Symbiose mit der Mutter auf. Ist diese Beziehung positiv und liebevoll lernt das Kind Signale die vom Körper kommen richtig zu deuten. Wenn das Kind jedoch oft einsam ist oder die Beziehung zur Mutter problematisch, z.B wenn sie dem Kind Bedürfnisse aufzwingt, dann wird es die Signale die sein eigener Körper ausstrahlt, nicht richtig lesen können. Beispielsweise könnte dann das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung mit Hunger verwechselt werden. Von dieser Symbiose zur Selbstständigkeit ist ein komplexer

Prozess der bis zur Adoleszenz andauert. Ist diese Entwicklung gestört, so wird auch die seelische/geistige Repräsentanz des Körpers bei der erwachsenen Frau gestört sein. Zudem kann kein stabiles Selbstwertgefühl aufgebaut werden und ist abhängig vom Feedback anderer.

Mc Dougall (1991) gibt ein Beispiel wie ein körperliches Signal falsch interpretiert werden kann: wenn die Lubrikation, ein Zeichen sexueller Erregung, in einer verbotenen Situation auftritt, wird sie von der Frau als Ausfluss uminterpretiert und somit krankhaft erlebt.

- **Stressbewältigung / Coping:**

Die Kombination aus life-event (u.a. Geburt eines Kindes, Tod eines Partners, Krankheit), Stressreaktion und individueller Stressverarbeitung entscheidet ob ein bestimmtes belastendes Lebensereignis für eine Person pathogen ist oder nicht.

Copingmechanismen werden beeinflusst durch die individuelle Biographie (Häufung von belastenden Ereignissen), die soziale Unterstützung (Partner, Familie, Umfeld) sowie der Art und Weise wie man belastende Ereignisse verarbeitet. Somit kann der gleiche äußere Umstand für eine Person ein dramatisches Ausmaß haben, während eine andere diesen als banal empfindet. Für die Behandlung wird somit ausschließlich die individuelle Bedeutung des Ereignisses beachtet.

Im reproduktiven Bereich, z.B. bei der „unexplained infertility“ spielt der Einfluss psychosozialer Stressoren und deren Wirkung auf die Hypothalamus-Hypophyse-Releasing-Hormone-Achse eine wichtige ätiologische Rolle.

A6.2 Diagnose Definitionen nach ICS

Die International Continence Society (ICS) hat die unterschiedlichen Inkontinenzformen international definiert (Abrams et al., 2003) um einheitliche Kriterien zu garantieren. Folgend ein Überblick über die *Lower urinary tract symptoms (LUTS)*, die Symptome im unteren Harntrakt, die die 4 Untersuchungsgruppen der Studie betreffen:

Dranginkontinenz

Overactive bladder syndrome (OAB) = „urgency, with or without urge incontinence, usually with frequency and nocturia“

Überaktive Blase = „Drang, mit oder ohne Dranginkontinenz, üblicherweise mit erhöhter Miktionshäufigkeit und Nykturie“

Urgency = „the complaint of a sudden compelling desire to pass urine which is difficult to defer“

Drang = „die Beschwerde eines plötzlich zwingenden Bedürfnis zu urinieren, das schwer aufzuschieben ist“

Urge urinary incontinence (UII) = „the complaint of involuntary leakage accompanied by or immediately preceded by urgency“

Dranginkontinenz (DI) = „die Beschwerde eines unfreiwilligen Verlierens begleitet von oder unmittelbar nach dem Drang“

Nocturia = „the complaint that the individual has to wake at night one or more times to void“

Nykturie = „die Beschwerde, dass der Einzelne in der Nacht aufwacht um ein- oder mehrmals die Blase zu leeren“

Stressinkontinenz

Stress urinary incontinence (SUI) = “the complaint of involuntary leakage on effort or exertion, or on sneezing or coughing”

Stressinkontinenz (SI) = „ die Beschwerde des unfreiwilligen Verlierens bei körperlicher Anstrengung oder beim Niesen oder Husten “

Mischinkontinenz

Mixed urinary incontinence (MUI) = “the complaint of involuntary leakage associated with urgency and also with exertion, effort, sneezing or coughing”

Mischinkontinenz (MI) = „die Beschwerde des unfreiwilligen Verlierens verbunden mit Drang sowie mit körperlicher Anstrengung, Niesen oder Husten“

Deszensus

Pelvic organ prolapse (POP) = “the feeling of a lump (something coming down), low backache, heaviness, dragging sensation, or the need to digitally replace the prolapse in order to defaecate or micturate are amongst symptoms women may describe who have a prolapse”

Gebärmutterprolaps = "Das Gefühl eines Klumpen (etwas kommt herab), Schmerzen im unteren Rücken, Schweregefühl, ziehendes Gefühl, oder die Notwendigkeit, den Vorfall manuell zu korrigieren um defäkieren oder urinieren zu können, gehören zu den Symptomen die von Frauen, die einen Vorfall haben, beschrieben werden können"

Frauen mit Dranginkontinenz verlieren kein Urin sondern verspüren einen erhöhten Drang der sie präventiv vermehrt die Toilette aufsuchen lässt. Meist können meist keine somatischen Ursachen festgestellt werden, die Cystometrie (Blasenspiegelung) zeigt keine pathogenen Auffälligkeiten. Deswegen kann nicht operativ eingegriffen werden um die Symptome zu verbessern. Jedoch sind stärkere Ventrikulierungen sichtbar (Zeichen von Nervosität) sowie eine Verkleinerung der Blase durch das häufige Miktionieren. Therapie in diesem Falle ist üblicherweise ein Verhaltens-Toilettentraining, dafür fordert man die Patientinnen dazu auf den ersten Drang den sie verspüren, auszusitzen und somit schrittweise die Miktionshäufigkeit 15Min hinauszuzögern. Psychische Faktoren wie Nervosität und Ängstlichkeit wirken sich auch auf die Blase aus. Diese ist ein „nervöses“ Organ und ist somit anfällig für die Emotionen (z.B durch die Aufregung vor einer Prüfung geht man mehrmals hintereinander zur Toilette). Die Dranginkontinenz kann somit in die psychosomatisch bedingten Krankheiten eingeordnet werden. Nicht so die Stressinkontinenz und der Deszensus die durch physische Bedingungen (Geburten, Erschlaffen des Gewebes, Abnehmen der Muskeln, Adiposität verursachen den Vorfall der Gebärmutter die infolge auf die Blase drückt) ausgelöst wird und die mithilfe operativer Maßnahmen (z.B. tension free vaginal tape tvt-Schlingenoperation) verbessert werden können. Bei der Mischinkontinenz handelt es sich um die Symptomatik der Dranginkontinenz (Drang) gepaart mit Stressinkontinenz (Verlust von Urin).

A6.3 Aktueller Forschungsstand

Inkontinenz gehört aktuell noch zu den Tabuthemen in der Öffentlichkeit. Die Betroffenen schämen sich und schweigen, obwohl ein großer Anteil aller Frauen in allen Altersgruppen davon betroffen ist. Die Inkontinenz zieht zahlreiche Einschränkungen im Alltag mit sich, beispielsweise in der Freizeitgestaltung, beim Sport, in der Sexualität, in der Mobilität und beim Reisen, aber auch ein simpler Lebensmitteleinkauf kann zu einer Strapaze werden. Die Betroffenen leben nun deutlich eingeschränkter und müssen sich an die neue Lebenssituation

adaptieren. So spielt das Leiden Inkontinenz einen ausschlaggebenden Faktor in punkto Lebensqualität und ist Untersuchungsobjekt zahlreicher entsprechender Studien.

A6.3.1 Inkontinenz & Affekt (Angst, Depression)

Der symptomatische Deszensus mit Inkontinenzbeschwerden kann ab einem gewissen Alter zur Operationsindikation einer vorderen bzw hinteren Plastik ev. mit Hysterektomie und/oder einer Schlingenoperation z.B. einem TVT (tension free vaginal tape) führen. Für viele Frauen hängt jedoch Fruchtbarkeit, Weiblichkeit und Sexualität eng mit der Erhaltung der Gebärmutter zusammen und die Entfernung dieser symbolhaften Gebärmutter führt zu Störungen des sexuellen Erlebens und depressiven Verstimmungen (Neuhaus, W., 2000, S.4). Andere Autoren stimmen jedoch mit Spengler (1984) überein, dass schon präoperative negative Prognosefaktoren wie depressive Verstimmungen und sexuelle Funktionsstörungen vorhanden sind und der Hysterektomie mehr Auslöser- als Ursachenfunktion zukommt. Jeder operative Eingriff, vor allem im Urethralbereich, symbolisiert sowohl für die Frau als auch den Mann, eine Bedrohung der körperlichen Integrität und Identität und kann infolge verschiedene psychische Symptome oder Störungen auslösen.

Baldoni findet 1995 bei 58 Patientinnen die an funktionalen Inkontinenz-Störungen leiden, dass emotionale Stresssituationen Auslöser dieser Beschwerden waren. Diese Patientinnen erreichen signifikant höhere Werte in Ängstlichkeit, Depression, Feindlichkeit und Dysphorie und tendieren dazu über psychophysiologische Symptome zu klagen (gemessen durch Symptom Questionnaire of Kellner) als die 25 Kontrollpatientinnen die wegen organischen Inkontinenz Symptomen im Krankenhaus aufgenommen wurden. Baldoni sieht darin eine Indikation für eine psychologische Behandlung funktionaler Inkontinenz-Störungen.

Stoffel fand 2009 in ihrer Studie mit 437 Frauen, dass Inkontinenz sowie postoperativer Prolaps nach chirurgischem Eingriff gegen die Stressinkontinenz unabhängige Risikofaktoren für mittlere bis schwere depressive Symptome sind.

A6.3.2 Inkontinenz & Lebensqualität

Gesundheitliche Lebensqualität bzw. Wohlbefinden ist ein mehrdimensionales Konstrukt das körperliche, psychische, soziale, funktionale und spirituelle Parameter beinhaltet. Viele Parameter sind nicht beobachtbar. Man unterscheidet die objektive Lebensqualität, deren Parameter einfach feststellbar und messbar sind von der subjektiven Lebensqualität die nur

durch individuelle Bewertung der betroffenen Person gemessen werden kann, dies entweder durch allgemeine oder krankheitsspezifische Fragebögen bzw Interviews.

Objektive Lebensqualität = kulturelle, ökonomische und soziale Aspekte.

Subjektive Lebensqualität = individuelle Bewertung durch Selbstbeurteilungsskala (generische versus krankheitsspezifische Messinstrumente).

Subjektives Wohlbefinden und Glück hängen zusammen.

Studienergebnisse:

Oh et al. (2007) fand bei 250 Koreanerinnen die entweder an Stressinkontinenz oder Dranginkontinenz litten signifikant höhere Beeinträchtigungen in der Lebensqualität im Kings Health Questionnaire (KHQ) in allen Bereichen als bei der gesunden Kontrollgruppe.

Grimby et al. (1993) fanden signifikant höhere Werte emotionaler Beeinträchtigung und sozialer Isolation für Urge-Inkontinenz (UI) und Misch-Inkontinenz (MI) im Vergleich zu Stress-Inkontinenz (SI), gemessen mit dem Nottingham Health Profile (NHP) .

Wyman et al. (2001) haben anhand des Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) schwerere psychosoziale Fehlfunktionen als Konsequenz urinärer Symptome bei Frauen mit Detrusor Instabilität als bei Frauen mit genuiner Stress-Inkontinenz gemessen.

A6.3.3 Inkontinenz & Sexualität

Sexualität ist eine komplexe Interaktion deren Bewertung von Faktoren wie emotionales Wohlergehen, Intimität mit dem Partner, Lebenssituation und physische Gesundheit abhängt. Inkontinenz ist eine Störung im Intimbereich der Frau die erheblich die Sexualität beeinträchtigen kann, dies anatomisch wie emotional. Viele Patientinnen berichten, dass die Angst vor einem womöglichen Urinverlust sie davon abhält mit ihrem Partner intim zu werden sowie, dass der Prolaps den Geschlechtsverkehr behindert. Da Sexualität ein ausschlaggebender Bestandteil der Lebenszufriedenheit, also der Lebensqualität darstellt, ist es notwendig die Auswirkungen der Inkontinenz in dem Bereich der Sexualität näher zu untersuchen.

Barber et al. (2002) untersuchten 343 Patientinnen gehobenen Alters (Gesamtdurchschnitt 63 Jahre) mit den 4 Diagnosen Stressinkontinenz, Mischinkontinenz, Detrusorinstabilität und Prolaps (Grad III und IV). 67% (231 von 343) der Gesamtstichprobe gab bei der Baseline-

Erhebung an sich in einer intimen Beziehung zu finden, davon waren 70% (161 von 231) sexuell aktiv und von diesen 81% (131 von 161) mit der Sexualität zufrieden bis sehr zufrieden. Die sexuelle Aktivität war über die 4 Diagnosegruppen gleichverteilt. Im Gruppenvergleich fühlten sich Frauen mit Prolaps beeinträchtigter durch ihren Vorfall, auch wenn sie weiterhin zufrieden blieben mit ihrer sexuellen Aktivität. Die jeweiligen Interventionen (Verhaltenstraining, hormonelle Behandlung oder chirurgische Rekonstruktion für Patientinnen mit Stress- und Mischinkontinenz und Detrusorinstabilität, plastische Korrektur für Patientinnen mit Prolapsbeschwerden) steigerten nicht die Zufriedenheit.

In der Querschnitts-Studie von Weber et al. (1995) haben sich die Frauen mit Inkontinenz und Prolaps in ihrem sexuellen Verhalten von der Vergleichsgruppe aus kontinenten prolapsfreien Frauen gleichen Alters nicht signifikant unterschieden. 82% waren zufrieden mit ihrer sexuellen Beziehung und auch die Probleme in der Sexualität (u.a. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Orgasmusschwierigkeiten) unterschieden sich in beiden Gruppen nicht. So hatten Inkontinenz und Prolaps keinen Einfluss auf das Erleben und Verhalten in intimen Beziehungen. Deswegen empfiehlt Weber, nicht automatisch davon auszugehen, dass Frauen mit Inkontinenz oder Prolaps in ihrem sexuellen Verhalten beeinträchtigt sind auch wenn es anatomische Veränderungen gibt.

Bei beiden Studien waren Frauen mit Inkontinenz nicht weniger sexuell aktiv als kontinente Frauen, im Gruppenvergleich zeichnete sich jedoch heraus, dass Frauen mit Prolapsbeschwerden sich beeinträchtigt fühlten.

Auf der anderen Seite gibt es zahlreiche Studien die belegen, dass Frauen mit Inkontinenzbeschwerden signifikant beeinträchtigt sind. Fraglich ob dieser Effekt durch die jeweiligen Messinstrumente und Studiendesign zustande kommt.

A6.3.4 Inkontinenz & weitere psychologische Konstrukte

Anamnestic Interviews mit inkontinenten Frauen zeigten, dass diese das Körperbild einer Kloake hatten. Viele Frauen erleben ihren urogenitalen Bereich nur als eine einzige Öffnung und differenzieren nicht urethrale, vaginale und anale Sensationen und konnotieren nur offen oder geschlossen.

Zudem wurden weitere psychosomatische Störungen bei inkontinenten Frauen gefunden, wie zum Beispiel Kopf- oder Rückenschmerzen (Diederichs 2000).

Zusammenfassung des Kapitels A6 „Frauen mit Beschwerde im unteren Harntrakt“

Diese Kapitel definiert die verschiedenen Formen der Inkontinenz (Dranginkontinenz, Stressinkontinenz, Mischinkontinenz, Prolaps) nach der International Continence Society (ICS). Baldoni (1995) findet bei Patientinnen mit funktionaler Inkontinenz signifikant höhere Werte in Ängstlichkeit, Depression, Feindlichkeit und Dysphorie sowie tendieren sie über psychophysiologische Symptome zu klagen. Oh et al (2007) und Grimby et al. (1993) gehen auf die Frage der Lebensqualität bei diesem Tabuthema ein und finden signifikant höhere Beeinträchtigungen in der Lebensqualität. Bezogen auf die Sexualität fanden weder Weber et al. (1995) noch Barber et al. (2002) einen signifikanten Einfluss von Inkontinenz und Prolaps auf das Erleben und Verhalten in intimen Beziehungen.

B EMPIRISCHER TEIL

B1 FORSCHUNGSHYPOTHESEN & OPERATIONALISIERUNG

In dieser Studie werden Patientinnen der urogynäkologischen Ambulanz des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) Wien, mit den 3 Inkontinenzformen Dranginkontinenz, Stressinkontinenz und Mischinkontinenz, hinsichtlich ihrer Ausprägung von Alexithymie, Ängstlichkeit, Depression und Lebensqualität verglichen. Aus den verschiedenen Forschungsergebnissen und Theorien die vorher beschrieben wurden, wurden für diese Studien 5 Forschungshypothesen abgeleitet.

B1.1 Forschungshypothesen

1. Hypothese

Angelehnt an Porcelli (1995 & 2004), der signifikant höhere Alexithymiewerte bei Patienten mit funktionalen gastrointestinalen Störungen fand als bei den psychiatrischen und gesunden Patienten, wird in dieser Studie ausgegangen, dass bei beiden Alexithymie Testinstrumenten die Patientinnen mit Dranginkontinenz die höheren Werte erzielen:

a) Frauen die vorrangig an Drangsymptomatik leiden zeigen alexithymere Züge als Frauen mit Mischbeschwerden, diese zeigen wiederum alexithymere Züge als Frauen mit Stressinkontinenz (einseitige gerichtete Hypothese) – TAS - 26

H0_{1a}: TAS – 26: DI > MI > SI

H1_{1a}: TAS – 26: DI ≤ MI ≤ SI

b) Frauen die vorrangig an Drangsymptomatik leiden zeigen alexithymere Züge als Frauen mit Mischbeschwerden, diese zeigen wiederum alexithymere Züge als Frauen mit Stressinkontinenz (einseitige gerichtete Hypothese) – LEAS

H0_{1b}: LEAS: DI > MI > SI

H1_{1b}: LEAS: DI ≤ MI ≤ SI

2. Hypothese

Um der Frage von Subic-Wrana (2002) nachzugehen, ob die beiden Alexithymie-Instrumente TAS und LEAS überhaupt das gleiche Konstrukt messen, weil sie nicht miteinander korrelieren, wird in dieser Studie Lumelys Anregung nachgegangen beide Messinstrumente der gleichen Stichprobe vorzulegen und die Ergebnisse miteinander zu vergleichen:

Je nach Operationalisierung des alexithymen Konzeptes in der TAS - 26 und der LEAS resultieren unterschiedliche Alexithymie-Ausprägungsgrade bei Frauen die an Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz leiden (zweiseitige ungerichtete Hypothese)

H0₂: TAS – 26 $\neq$ LEAS

H1₂: TAS – 26 = LEAS

3. Hypothese

Angelehnt an Baldoni et al. (1995) der bei Patienten mit funktionaler Inkontinenz signifikant höhere Werte in Ängstlichkeit, Depression und Dysphorie als bei Patienten mit organischer Inkontinenz gefunden haben, werden auch in dieser Studie unterschiedliche Ergebnisse in diesen affektiven Bereichen für die 3 Inkontinenzformen angenommen:

Die Ängstlichkeit unterscheidet sich bei Frauen die an Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz leiden (zweiseitige ungerichtete Hypothese).

H0₃: STAI: DI $\neq$ MI $\neq$ SI

H1₃: STAI: DI = MI = SI

4. Hypothese

Depressions – Ausprägungsgrade unterscheiden sich bei Frauen die an Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz leiden (zweiseitige ungerichtete Hypothese).

H0₄: BDI: DI $\neq$ MI $\neq$ SI

H1₄: BDI: DI = MI = SI

5. Hypothese

Nachdem Grimby et al. (1993) signifikant höhere Werte emotionaler Beeinträchtigung und sozialer Isolation für Urge-Inkontinenz (UI) und Misch-Inkontinenz (MI) im Vergleich zu Stress-Inkontinenz (SI) fanden, wird in dieser Studie davon ausgegangen:

Die Lebensqualität unterscheidet sich bei Frauen die an Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz leiden (zweiseitige ungerichtete Hypothese).

H0₅: KHQ - Inkontinenz: DI $\neq$ MI $\neq$ SI

H1₅: KHQ - Inkontinenz: DI = MI = SI

.....

B1.2 Operationalisierung

.....

Aufgrund ihrer validen testdiagnostischen Kriterien oder ihren neuen Messzugangs werden folgende Messinstrumente in dieser quantitativen Studie eingesetzt:

Alexithymie wird anhand der Tests Toronto Alexithymia Scale (TAS-26) und Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) gemessen. Da in dieser Studie Alexithymie als stabiler Persönlichkeitszug, der durch aktuelle Umstände verstärkt oder vermindert werden kann, gesehen wird, interessieren auch die weiteren stabilen Persönlichkeitszüge dieser Patienten. Deswegen wird die chronische Ängstlichkeit mithilfe des State-Trait-Anxiety Inventory (STAI – X2) gemessen. Das Beck Depression Inventory (BDI) misst lediglich die aktuellen depressiven Verstimmungen während die Lebensqualität mit dem Kings Health Questionnaire für Inkontinenz (KHQ) erhoben wird. Die Diagnosen sowie weitere krankengeschichtliche Daten werden den Journalblättern entnommen, die sozialanamnestischen Daten dem ersten Teil des Fragebogens.

Mit diesem Vorgehen werden somit folgende unabhängige und abhängige Variablen erhoben die je nach Auswertungsergebnis zur weiteren Berechnung mit einbezogen werden :

Unabhängige Variablen (UV)

	Unabhängige Variable - Titel	Items	Cronb. α^*	Mess- niveau	Antwort Kategorie
Kings Health Questionnaire (KHQ):					
1.	“Umgang mit Inkontinenz”	5	.64	Intervall Skala	4
2.	“Überaktive Blase”	4	.79	Intervall Skala	4
3.	“Symtombelastung 1”	1		Intervall Skala	4
4.	“Symtombelastung 2”	1		Intervall Skala	4
5.	“Symtombelastung 3”	1		Intervall Skala	4
6.	“Symtombelastung 4”	1		Intervall Skala	4
7.	“Symtombelastung 5”	1		Intervall Skala	4
8.	“Symtombelastung 6”	1		Intervall Skala	4
9.	“Symtombelastung 7”	1		Intervall Skala	4
Medizinische Daten:					
10.	Geburten	1		Intervall Skala	/
11.	Geburt Komplikationen	1		Nominal Skala	
12.	Somatische Diagnoses im LUT	1			
13.	Weitere psychosomatische Erkrankungen	1		Nominal Skala	

Tabelle 1. Unabhängige Variablen (UV) der Studie

* Cronbachs alpha = Mass der internen Konsistenz, d.h. inwiefern verschiedene Items das gleiche Konstrukt messen. Ist $\alpha > 0.7$ bewertet man die Skala als reliabel.

Abhängige Variablen (AV)

	Abhängige Variable - Titel	Items	Cronb. α	Mess- niveau	Antwort Kategorie
Kings Health Questionnaire (KHQ)¹:					
1.	“Allgemeiner Gesundheitszustand”	1		Intervall Skala	5
2.	“Inkontinenzbelastung”	1		Intervall Skala	4
3.	“Einschränkungen im Alltag”	2	.80	Intervall Skala	4
4.	“Körperliche Einschränkungen”	2	.79	Intervall Skala	4
5.	“Soziale Einschränkungen”	3	.77	Intervall Skala	4
6.	“Persönliche Beziehungen”	2	.86	Intervall Skala	5
7.	“Gefühlszustand”	3	.79	Intervall Skala	4

8.	“Schlaf / Energie”	2	.76	Intervall Skala	4
Toronto Alexithymia Scale – 26 (TAS-26)²:					
9.	“Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen”	7	.84	Intervall Skala	5
10.	“Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen”	5	.69	Intervall Skala	5
11.	“Extern orientierter Denkstil”	6	.67	Intervall Skala	5
12.	Gesamtskala: Alexithymie	18	.81	Intervall Skala	5
Levels of Emotion Awareness Scale (LEAS):					
13.	Emotional-cognitive development	20		Intervall Skala	/
Stait - Trait Anxiety Inventory (STAI)³:					
14.	Trait Anxiety	20	.93-.94	Intervall Skala	4
Becks Depression Inventory (BDI)⁴:					
15.	Depression	21	.88	Intervall Skala	4

Tabelle 2. Abhängige Variablen (AV) der Studie

¹ Stichprobe für Cronbach Alpha (KHQ): 145 Stressinkontinenzpatientinnen

² Stichprobe für Cronbach Alpha (TAS-26): deutsche bevölkerungsrepräsentative Stichprobe (♂ 933; ♀ 1114)

³ Stichprobe für Cronbach Alpha (STAI): heterogene klinische Gruppe (♂ 117; ♀ 94)

⁴ Stichprobe für Cronbach Alpha (BDI): Mittelwert verschiedener Normstichproben vom BDI (815 depressive, 411 psychiatrische und 812 psychosomatische Patienten sowie 86 gesunde Kontrollgruppen)

Kontroll Variablen (KV)

	Kontroll Variable - Titel	Items	Cronb. α	Mess-niveau	Antwort-Kategorie
Soziodemographische Daten:					
1.	Alter	1	/	Intervall Skala	
2.	Nationalität	1	/	Nominal Skala	
3.	Familienstand	1	/	Nominal Skala	
4.	Personen die im Haushalt leben	1	/	Nominal Skala	
5.	Bildungsniveau	1	/	Nominal Skala	3
6.	Beschäftigungsaktivität	2	/	Nominal Skala	
5.	Weitere psychosomatische Erkrankungen	1	/	Nominal Skala	

Tabelle 3. Kontroll Variablen (KV) der Studie

B2 UNTERSUCHUNGSDESIGN

Ein positiver Bescheid (28.01.08) der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien und des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien (AKH) liegt für diese Studie vor.

Im folgenden werden alle Studienaspekte, von dem Planungskonzept, der Rekrutierung, den Teilnehmer, der Testsituation über die Pilotstudie dargestellt.

B2.1 Untersuchungsplan

Die wissenschaftliche Idee, urogynäkologische Patientinnen auf Alexithymie zu testen, entstand aus dem Mangel an Alexithymie-Studien zu diesem klinischen Patientenkollektiv. Gemäß den theoretischen Erkenntnissen werden die urogynäkologischen Patientinnen des AKH Wien in 3 Gruppen nach internationalen Begriffsdefinitionen unterteilt (Abrams, 2003) und der psychosomatischen, somatischen oder gemischten Beschwerdegruppe im unteren Harntrakt zugeordnet. Anschließend werden die Alexithymie-Ergebnisse der 3 Gruppen mit einer gesunden Kontrollstichprobe verglichen:

Patientinnen die an „Dranginkontinenz“ leiden → psychosomatische Beschwerden

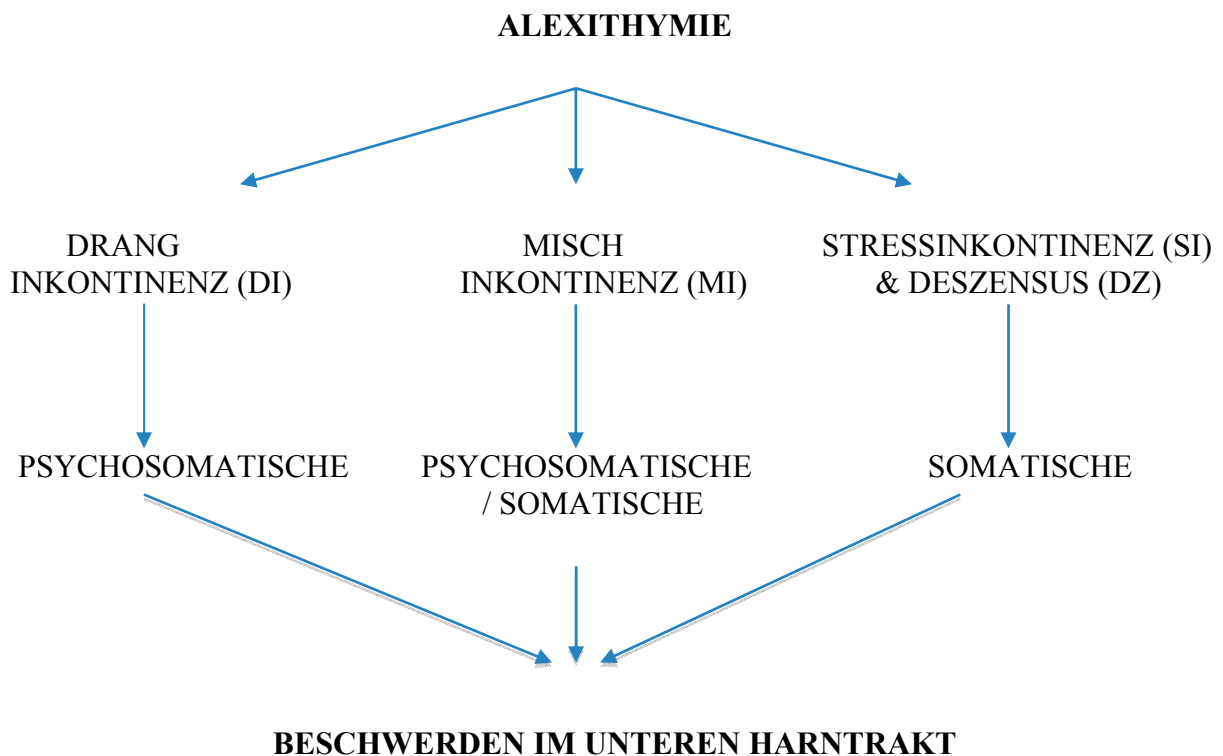
Patientinnen die an „Mischinkontinenz“ leiden → psychosomatische-somatische Beschwerden

Patientinnen die an „Stressinkontinenz“ leiden → somatische Beschwerden

Innerhalb der Pilotstudie kam die Anregung anstatt der gesunden gematchten Kontrollgruppe die schwierig zu rekrutieren war, innerhalb der Ambulanz die Deszensus-Patientinnen als inkontinenzfreie Vergleichsstichprobe heranzuziehen. Somit wurden alle Patientinnen innerhalb einer Institution rekrutiert, unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich Alter und haben aufgrund ihrer Beschwerden diese Ambulanz aufgesucht. Jedoch verschiebt sich somit das Studiendesign weil es keine reine gesunde Kontrollstichprobe gibt, denn die Deszensus-Patientinnen haben ja auch somatische Beschwerden.

Patientinnen mit „*Deszensus*“-Beschwerden → somatische Beschwerden

Jedoch haben sie keine Inkontinenz-Symptomatik und können nicht mit der Stress-Inkontinenz in eine somatische Gruppe zusammengefasst werden und werden getrennt ausgewertet. Das Studiendesign entspricht nun einem 4Gruppenvergleich innerhalb des Störungsfeldes „Beschwerden im unteren Harntrakt“.



Alexithymie wird mit der gängigen TAS und der neun LEAS erhoben. Gemäss dem *Multitrait-multimethod Ansatz* werden zusätzlich die alexithymienahen Konstrukte Depression und Ängstlichkeit mit dem Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) sowie das alexithymiefern Konstrukte Lebensqualität mit dem King's Health Questionnaire (KHQ) erhoben und mit den Ergebnissen der beiden Alexithymie-Testungen TAS und LEAS korreliert.

Zusammenfassend soll auf der *epidemiologischen Ebene* untersucht werden ob Frauen mit unterschiedlichen uro-gynäkologischen Diagnosen (Stressinkontinenz, Dranginkontinenz, Mischinkontinenz oder Deszensus) sich in der Ausprägung ihrer Alexithymie-Werte unterscheiden.

Auf **methodenkritischer Ebene** soll untersucht werden ob die beiden Instrumente TAS und LEAS das gleiche Konstrukt messen und zu gleichen Ergebnissen kommen und wie sich die beiden jeweils zu den Konstrukten Angst, Depression und Lebensqualität verhalten.

B2.2 Stichprobe

Stichprobengröße

Es wird eine repräsentative Stichprobengröße angestrebt deren Umfang folgendermaßen ermittelt wurde: alpha-Wert wurde bei 0.05 angesetzt (Standard), somit resultiert der beta-Wert (alpha multipliziert mit 4 = 0.05 x 4) bei 0.20 und die Teststärke (1 – beta = 1-.20) wird .80. Es werden mittlere Effekte von mindestens 0.5 angestrebt, da kleinere Effekte auch bei gegebener statistischer Signifikanz nicht klinisch signifikant sein werden. Setzt man diese Werte in nachstehende Formel ein erhält man eine Stichprobengröße von 35 für jede der 4 Diagnosegruppen, die eine Effektstärke von 0.6 erlaubt:

$$\rightarrow n = \frac{2 \times (Z_{1-\alpha} - Z_{\beta})^2}{\varepsilon^2} = \frac{2 \times (1.65 - (-0.84))^2}{0.6^2} = \frac{12.4}{0.36} = 34.4 \sim 35$$

Da es sich um eine kontrollierte Stichprobe von Inkontinenzpatientinnen handelt, die nicht nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurde, sondern durch das Kriterium Aufsuchen einer fachspezifischen Ambulanz innerhalb eines Krankenhauses, unterliegt die Repräsentativität für Inkontinenzpatientinnen gewissen Grenzen.

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien: Diagnose Stressinkontinenz, Mischinkontinenz, Dranginkontinenz oder Deszensus.

Ausschlusskriterien: Blasenentzündung, Blasensteine, Karzinome oder nicht ausreichende deutsche Kenntnisse.

Hinweise zur Vorgehensweise der Datenerhebung

Nur die aktuelle Diagnose wurde berücksichtigt die zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens gestellt wurde, frühere Symptome die durch konservative, operative oder gar keine Maßnahmen gebessert werden konnten wurden nicht berücksichtigt. Es ging darum den emotionalen Umgang der Patientinnen mit diesen aktuellen Symptomen, weswegen die Ambulanz aufgesucht wurde, zu erheben. Aussagen über frühere emotionale Zustände können

keine gemacht werden. Auch der Schweregrad und Erkrankungsdauer der Inkontinenz sowie der psychischen Beschwerden wurde nicht unterschieden, es geht vorrangig um eine epidemiologische Erhebung die einen ersten Überblick verschaffen soll ob bei Frauen die an einer bestimmten Form der Inkontinenz leiden alexithyme, ängstliche oder depressive Persönlichkeitszüge vermehrt vorliegen. Kausale Aussagen sind mit dieser 1-Zeitpunktmessung nicht möglich!

B2.3 Testsituation

An der Studie teilgenommen haben 190 Frauen die per Überweisung eines Facharztes einen Termin zwischen dem 19.02.08 und 10.03.09 in der urogynäkologischem Ambulanz (Prof. Hanzal) des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) der Stadt Wien erhalten haben. Nach Anmeldung an der Leitstelle scheint der Name der jeweiligen Patientin am Computer im Behandlungsraum auf. Ein Teil der Patientinnen wurde zur Überbrückung der Wartezeit vor ihrer medizinischen Untersuchung im Warteraum über die Studie aufgeklärt und um ihre Teilnahme gebeten. Stellte sich bei der anschließenden Untersuchung heraus, dass eine Patientin nicht die Studieneinschlusskriterien erfüllte, wurde diese rückwirkend ausgeschlossen (5 Patientinnen). Die anderen Patientinnen wurden erst nach ihrer Untersuchung um ihre Studienteilnahme gebeten, in dem Fall lagen die genauen Patientendaten schon vor. Alle Patientinnen haben den Fragebogen im Warteraum ausgefüllt, ein gesonderter Testraum konnte leider nicht organisiert werden.

Die Verweigerungsrate nach anfänglicher Einwilligung lag bei ca. 4% (9 Patientinnen). Bei ausreichender Motivation zur Studienteilnahme aber mangelnder Zeit zum Beenden des Fragebogens wurde den Patientinnen den Fragebogen mit einem frankierten adressierten Umschlag mit nach Hause gegeben, die Rücklaufquote nach diesem selektiven Verfahren betrug 57% (von 45 ausgeteilten Fragebögen wurden 28 zurückgeschickt).

Die medizinische Untersuchung umfasste eine ausführliche Anamnese, bei Bedarf gynäkologische (e.g. Spiegelbefund, Sonographie) und urogynäkologische (e.g. Harnbefund, Cystoskopie Cystometrie, Urethrotonometrie, klinischer Stresstest) Untersuchungen mit abschließender Diagnosestellung und Behandlungsplan (konservative Maßnahmen wie

Beckenbodentraining, Biofeedback, Pessarring oder operative Eingriffe wie TVT oder Plastik) in Abklärung mit der Patientin.

Alle Patientinnen wurden ausführlich über den Ablauf und die Anforderungen dieser Studie aufgeklärt, haben eine Einverständniserklärung unterzeichnet die vom behandelnden Arzt gegengezeichnet wurde und eine Kopie dieser Einverständniserklärung inklusive Kontaktdaten bei etwaigen Fragen erhalten.

Bei 20 Patientinnen fehlen einige Angaben zur Krankengeschichte die nicht in der Datenbank des AKH enthalten sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich um überwiesene Privatpatienten handelte und dem Zuweiser die Krankengeschichte bekannt sein dürfte und diese nicht doppelt erhoben wurde.

Angaben über Eigenschaften und Diagnosen der Patientinnen die gänzlich verweigert haben bei der Studie mitzumachen können leider keine gemacht werden, dies war aus organisatorischen Gründen nicht durchführbar. Jedoch werden unter dem gleichnamigen Kapitel die qualitativen Beobachtungen beschrieben.

8 weitere Patientinnen wurden in die Studie eingeschlossen, die im Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien stationär auf der urogynäkologischen Abteilung (Dr. Kaltenegger), zur urodynamischen Abklärung, aufgenommen wurden. Auch diese Patientinnen wurden ausführlich über den Ablauf und die Anforderungen dieser Studie aufgeklärt, haben eine Einverständniserklärung unterzeichnet die vom behandelnden Arzt gegengezeichnet wurde und eine Kopie dieser Einverständniserklärung inklusive Kontaktdaten bei etwaigen Fragen erhalten.

Nach Ausschluss aller unvollständigen Fragebögen sowie nicht erfüllten Einschlusskriterien konnten 165 der insgesamt 198 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden.

B2.4. Pilotstudie

Zur Optimierung des Datenerhebungsvorgangs wurde eine Pilotstudie durchgeführt. Anhand der Patientinnen die innerhalb der ersten 4 Wochen einwilligten an der Studie teilzunehmen wurden folgende Fragen geklärt:

Wieviele Patientinnen werden schätzungsweise pro Ambulanzwoche in die Studie einwilligen und wie schief liegt die Verteilung der Diagnosen Stressinkontinenz, Mischinkontinenz und Dranginkontinenz?

Innerhalb von 12 Ambulanztagen haben sich 24 Patientinnen bereit erklärt an der Studie teilzunehmen. Nach Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien verblieben 13 gänzlich ausgefüllte Fragebögen (3x Dranginkontinenz, 6x Mischinkontinenz, 9x Stressinkontinenz, und 6x Deszenzus) die in die Studie aufgenommen wurden sowie 11 Fragebögen bei denen die LEAS nicht auswertbar war weil entweder gar nicht oder nur aus einer Perspektive auf die Szenarien geantwortet wurde.

Aufgrund dieser ersten Informationen durch die ausgefüllten Fragebögen sowie dem Feedback der Patientinnen, konnte der Fragebogen und die Gestaltung der Testsituation zudem folgendermaßen angepasst werden:

Wieviel Zeit wird durchschnittlich benötigt um den Fragebogen zu bearbeiten? Ist das Kriterium der Zumutbarkeit erfüllt?

Von der LEAS wurden nur noch 10 statt 20 Szenarien vorgelegt (split-half Test A) um die Gesamtbearbeitungszeit von durchschnittlich 43Minuten auf ca. 30Minuten zu kürzen, somit die Zumutbarkeit für die Patientinnen zu optimieren und die Verweigerungsrate aufgrund des zeitlichen Aufwands zu minimieren.

Werden Unklarheiten & Schwächen (Lesbarkeit, Verständlichkeit der Instruktionen) der Fragebogenbatterie rückgemeldet? Müssen potentielle Studienteilnehmerinnen aufgrund sprachlicher Probleme ausgeschlossen werden?

Es wurden layout-technische Veränderungen vorgenommen (doppelseitiger Druck, dünneres Papier) damit der 11seitige Fragebogen nicht mehr abschreckend sondern bewältigbar wirkt, wobei aber Wert auf eine Mindest-Schriftgröße von 12 gelegt wurde um dem fortgeschrittenen Durchschnittsalter der Ambulanz-Patientinnen gerecht zu werden. Verständlichkeitsprobleme sind keine aufgetaucht, zudem wurden mit allen Studienteilnehmerinnen die Aufgaben einmal mündlich durchgegangen neben der schriftlichen Instruktion. Beim Ansprechen der Patientinnen wurde auf die deutsche Sprachkenntnisse geachtet, waren diese zu gering wurde der Fragebogen nicht vorgelegt um einer Frustration der Patientin vorzubeugen sowie die Studienergebnisse nicht zu verfälschen.

Akzeptieren die Patientinnen den Fragebogen im Warteraum auszufüllen? Erlaubt der umgebende Lärmpegel eine gewissenhafte Bearbeitung des Fragebogens?

Da kein gesonderter Raum zur Aufklärung und Studiendurchführung organisiert werden konnte, das Ansprechen der Patientinnen im vollen Warteraum aber nicht optimal war (Aufmerksamkeit aller Anwesenden, Verunsicherung der Angesprochenen was von ihnen erwartet wird, Lärmpegel), wurde auf ein paar gesonderte Plätze im Warteraum ausgewichen, womit den Studienteilnehmerinnen eine teilweise Abschirmung gewährt wurde indem sie jetzt mit dem Rücken an der Wand saßen und alles im Überblick hatten. Dadurch wurde erhofft den Einfluss der sozialen Erwünschtheit bei den Antworten zu verringern wo jetzt niemand mehr Einblick auf den Fragebogen hatte im Gegensatz zum vollen Warteraum wo ständiges Kommen und Gehen auch in den dahinterliegenden Reihen herrschte und das Gefühl des über-die-Schulter-Blickens vorhanden war.

Durch die Aufdeckung und Korrigierung dieser Schwächen wurde versucht die Studienteilnahme so angenehm wie möglich und die Verweigerungsrate so gering wie möglich zu halten.

Gibt es weitere Optimierungseinfälle während dieser Pilotstudie?

Zusätzlich kam die anregende Idee Patientinnen mit Deszenzus-Beschwerden ohne Inkontinenz-Symptome als klinische Vergleichsstichprobe heranzuziehen, womit nicht mehr auf den Bekanntenkreis ausgewichen werden musste.

Zudem wurde eine Kooperation mit der urogynäkologischen Abteilung des Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien hergestellt, die sich großzügigerweise bereit erklärte, den

Fragebogen an Patientinnen auszuteilen die stationär zur urodynamischen Messung aufgenommen wurden. Mit diesem zusätzlichen Patientenkollektiv sollte der Datenerhebungsprozess beschleunigt werden.

B3 TESTS

Im folgenden werden die Tests zur Erfassung von Alexithymie, Ängstlichkeit, Depression und Lebensqualität detailliert dargestellt

B3.1 Toronto-Alexithymia-Scale (TAS)

1985 wurde die Toronto-Alexithymia-Scale (TAS-20) von Taylor, Ryan & Bagby publiziert. Dieser Selbsteinschätzungsfragebogen der vor allem im klinischen Bereich sowie der Persönlichkeitstestung eingesetzt wird, erfasst das Ausmaß der Alexithymie, also einer gestörten Affektregulation. Für diese Studie wird die deutsche Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26) herangezogen die 2001 von Kupfer, Brosig und Brähler übersetzt und psychometrisch getestet wurde und von Taylor autorisiert wurde.

Die TAS-26 enthält 26 Item-Aussagen die auf einer 5stufigen Ratingskala eingeschätzt werden (1 = trifft gar nicht zu; 2 = trifft nicht zu; 3 = teils/teils; 4 = trifft eher zu; 5 = trifft völlig zu), 8 Items dienen zur Ablenkung, die restlichen 18 bilden 3 Skalen die addiert die Gesamtskala darstellen:

Skala 1 (7 Items) → Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen: Hohe Werte weisen darauf hin, dass die Person Schwierigkeiten hat Gefühle und deren physiologischen Begleiterscheinungen wahrzunehmen und adäquat einzuordnen.

Skala 2 (5 Items) → Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen: Hohe Werte in dieser Skala sprechen für Probleme Emotionen zu zeigen und zu beschreiben und weisen somit auf mögliche Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen hin.

Skala 3 (6 Items) → Extern orientierter Denkstil: Hohe Werte in dieser Skala weisen auf ein stark eingeschränktes analytisches Denken hin, was zu Anpassungsschwierigkeiten führen kann.

Gesamtskala (18 Items) → Alexithymie: Dieser Globalwert zeigt auf wie stark oder schwach die Alexithymie ausgeprägt ist und eignet sich zur Unterscheidung hoch- und niedrigalexithymer Gruppen.

Anstatt die Items umzupolen werden die zu invertierenden Items vom Skalenwert subtrahiert, eine Konstante addiert und der jeweilige Skalenmittelwert ermittelt. Als **cut-off Punkt** wird von den Testautoren ein **Gesamtskalenmittelwert ≥ 3** empfohlen, jedoch muss dieser noch in klinischen Studien belegt werden. Normwerte (Rohwerte, Rohwerte / Anzahl vorhandener Items, z-Werte, T-Werte und Prozentränge) von 2047 Personen im Alter von 14-95 Jahren liegen für alle 4 Skalen vor, lediglich nach 3 Bildungsniveaus aufgegliedert (Hauptschulabschluss, mittlere Reife, Abitur/Fachabitur).

Die innere Konsistenz der einzelnen Skalen entsprechen einem Cronbach's alpha von .67 - .84 und .81 für die Gesamtskala, was teils sogar über den Werten der englischsprachigen TAS-20 liegt. Die Spearman Split-Half Reliabilität beträgt .83 für die Gesamtskala, was insgesamt als gute Reliabilität bezeichnet werden kann. Die Konstruktvalidität ist durch signifikante Korrelationen mit konstrukt nahen Verfahren (Leipziger Stimmungsfragebogen, Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, Sense of Coherence, Stressverarbeitungsfragebogen) gewährleistet.

.....

B3.2 Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS)

.....

Die Levels of Awareness Scale (LEAS) wurde 1990 von Lane, Quinlan, Schwartz, Walker und Zeitlin entwickelt und basiert auf deren Theorie der kognitiv-emotionalen Entwicklung. Dieser Performancetest gibt somit ein quantitatives Maß der Affektentwicklung an und versucht einen alternativen Zugang zur Alexithymie-Messung anzubieten. Das bisher gebräuchlichste Verfahren TAS-20 wurde nämlich dahingehend kritisiert, dass die Fähigkeit zur Introspektion für einen Selbsteinschätzungsfragebogen ja schon gegeben sein muss, sowie weist die TAS-20 signifikante Korrelationen zur Trait-Skala der STAI auf, was infrage stellt ob Alexithymie richtig operationalisiert wurde und nicht Angst gemessen wird.

Die LEAS besteht aus 20 Szenarien die Alltagssituationen widerspiegeln und der Proband wird gebeten zu beschreiben wie er sich (selbst-Perspektive) sowie wie die andere Person (der andere-Perspektive) sich in dieser spezifischen Situation fühlen würde, wobei weder eine Zeit- noch eine Wortbegrenzung vorgegeben werden. Jedes Wort das eine Emotion beschreibt wird einem emotionalen Entwicklungsgrad 0 bis 4 zugeordnet und mit dem entsprechenden Punktwert versehen. Der höchste Punktwert gilt als Wert für diese

Perspektive, diejenige Perspektive (selbst oder der andere) die den höchsten Wert erzielt stellt den Gesamtwert für dieses Szenario dar. Haben beide Perspektiven den Höchstwert 4 erzielt, wird der Gesamtwert mit einer Punktwert von 5 belohnt. Diese Studie verwendet die Halbform A der deutschsprachigen Version die im Jahr 2000 von Subic-Wrana übersetzt und erprobt wurde, um die zeitliche Durchführbarkeit zu gewähren, so dass das Total der 10 Szenarien-Gesamtwerte von 0 bis 50 rangieren kann.

Die Auswertung ist eng an die Beschreibung der Transformationsstufen der emotional-kognitiven Entwicklung gebunden:

Punkte	Level	Emotional-kognitive Entwicklungsstufe
01-10	Level 1	sensomotorisch-reflexiv
11-20	Level 2	sensomotorisch-reaktiv
21-30	Level 3	prä-operational
31-40	Level 4	konkret-operational
41-50	Level 5	formal-operational

Die ersten Validitätsuntersuchungen an einer nicht-klinischen Stichprobe ergeben eine gute Konstruktvalidität (negative signifikante Korrelation zur TAS-20, keine signifikante Korrelation zur STAI-X2 sowie positive signifikante Korrelation zwischen TAS-20 und STAI-X2). Die innere Konsistenz ist zufrieden stellend mit .81 für Halbform A und .76 für Halbform B. Die 380 USA Bürger die von Lane et al. (1998) zu einer Normierungsstudie herangezogen wurden ergeben eine zu geringe Anzahl pro soziodemographische Zelle, dass differenzierte Aussagen über die kognitiv-emotionale Fähigkeiten der Gesamtbevölkerung der USA möglich sind. Eine deutschen Normierung liegt derzeit nicht vor. In dieser Studie werden 4 klinischer Gruppen untereinander verglichen, somit kann auf den Vergleich mit Normierungswerten verzichtet werden.

.....

B3.4 State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI)

.....

Das State-Trait-Angstinventar (STAI) wurde 1970 von Spielberger, Gorsuch und Lushene entwickelt und wird als Selbsteinschätzungsfragebogen zur Erfassung von aktueller Angst als Zustand (State-Angst) und stabiler Angst als Eigenschaft (Trait-Angst) eingesetzt.

In dieser Arbeit wird die deutsche Version von Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger (1981) eingesetzt. Auf die Vorlage der State-Items wird verzichtet, da das Anliegen der Studie ist, die allgemeinen, stabilen Persönlichkeitszüge der unterschiedlichen Patientinnen-Gruppen zu untersuchen und somit die aktuellen Zustandsaussagen irrelevant sind.

Der Fragebogen bildet sich somit aus 2 Skalen. Die State-Angstskala enthält 20 Item-Feststellungen von denen 10 in Richtung Angst und 10 in Richtung Angstfreiheit gepolt sind. Der Proband wird gebeten anhand einer vierstufigen Skala (1=überhaupt nicht; 2=ein wenig; 3= ziemlich; 4=sehr) zu beschreiben wie er sich ***in diesem Moment*** fühlt. Die Trait-Angstskala enthält wiederum 20 Item-Feststellungen, jedoch sind bei diesen 13 in Richtung Angst und 7 in Richtung Angstfreiheit formuliert. Hierbei soll der Proband anhand einer vierstufigen Skala (1=fast nie, 2= manchmal; 3= oft; 4=fast immer) angeben wie er sich ***im allgemeinen*** fühlt.

Die beiden Skalen werden getrennt ausgewertet. Nach dem Umpolen der in Angstfreiheit formulierten Items, werden die Itemwerte addiert, so dass der Skala-Summenwert von 20 bis 80 reichen kann und ein Maß der Angstintensität darstellt. Je höher der Summenwert desto intensiver die Angst. Normen (T-, Stanine- und Prozentrang-Werte) für die Trait-Angst liegen für die Altersstufen 15 bis 70 (1107 Männer und 1278 Frauen) vor.

Die Gütekriterien weisen eine Reliabilität mit einer inneren Konsistenz von $r = .90$ für beide Skalen sowie einer Retestreliabilität der Trait-Angstskala (nach 63 Tagen) von $r = .77 - .90$ und einer erwartungsgemäß niedrigeren Retestreliabilität für die State-Angstskala von $r = .22 - .53$ auf. Bei den Validierungsuntersuchungen variieren die Trait-Angstwerte kaum über Zeit und Situationen hinweg während sich die State-Angstwerte stark verändern, somit ist eine zeitliche Stabilität und Sensitivität gegenüber situativen Veränderungen gegeben. Die Korrelationen der Trait-Angstskala mit der Skala zur Messung Manifeste Angst (MAS), dem

validitätsverwandten Test von Lück und Timaeus liegen zwischen $r = .73$ und $r = .90$. Die kriterienbezogene Validität wurde durch Korrelation mit validitätsdivergenten Testskalen (u.a. FPI, EPI, EWL, BIV, Paranoid-Depressivitäts-Skala, Beschwerdenliste und verschiedene subjektive Stress-Skalen) ermittelt.

B3.4 Beck Depression Inventory (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) wurde 1961 von Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh entwickelt und dient nunmehr als Selbsteinschätzungs-Fragebogen zur Erfassung des Schweregrades der aktuellen depressiven Symptomatik bei klinischen Patienten. Das BDI wird international auch als Screening-Instrument zur Auswahl depressiv auffälliger Personen in nicht-klinischen Populationen eingesetzt, wobei die Autoren betonen, dass mit diesem Instrument alleine keine Diagnose einer Depression gestellt werden kann.

In dieser Arbeit wurde die deutsche Version von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller (1995) eingesetzt. Das BDI besteht aus 21 Symptomgruppen, die aufgrund klinischer Beobachtungen als für die Depression typisch erachtet wurden:

(A) Traurige Stimmung (B) Pessimismus (C) Versagen (D) Unzufriedenheit (E) Schuldgefühle (F) Strafbedürfnis (G) Selbsthass (H) Selbstanklagen (I) Selbstmordimpulse (J) Weinen (K) Reizbarkeit	(L) Sozialer Rückzug und Isolierung (M) Entschlussunfähigkeit (N) Negatives Körperbild (O) Arbeitsunfähigkeit (P) Schlafstörungen (Q) Ermüdbarkeit (R) Gewichtsverlust (S) Hypochondrie (T) Libidoverlust
---	--

Anhand einer vierstufigen Skala (0 bis 3) wird bewertet wie intensiv jedes Symptom innerhalb der letzten Woche vorlag, so dass Summenwerte zwischen 0 und 63 resultieren können. Je höher der Summenwert desto ausgeprägter die depressive Symptomatik: 11 bis 17 Punkte weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin, während ein Punktwert über 18 als klinisch relevant erachtet wird und somit als cut-off dient.

Die Gütekriterien zeigen eine hohe Reliabilität (Cronbach's alpha. .88) sowie innere Validität (Spearman Brown Koeffizient .71 bis .89 mit anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten depressiver Symptomatik) des BDI. Die inhaltliche Validität ist auch nach den heutigen diagnostischen Kriterien gewährt, jedoch wurden die Beschwerden vermehrter Appetit, vermehrtes Schlafbedürfnis sowie psychomotorische Aktiviertheit (Agitation) im Fragebogen vernachlässigt. Die äußere Validität (Sensitivität) ist gegeben, das BDI bildet therapiebedingte Veränderungen gut ab.

B3.5 King's Health Questionnaire (KHQ)

Der King's Health Questionnaire for Assessing Quality of Life in Women with Urinary Incontinence (KHQ) wurde 1997 von Kelleher, Cardozo, Kullar & Salvatore entwickelt und erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patientinnen die unter Harninkontinenz (e.g. Stressinkontinenz, Mischinkontinenz oder überaktive Blase) leiden. In dieser Studie findet die deutsche Version, der King's Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Patientinnen mit Harninkontinenz (Bjelcic-Radisic et al., 2005) Verwendung.

Der King's Fragebogen misst anhand 32 Fragen inwieweit die Frauen durch ihre Blasenbeschwerden in ihrem Gesundheitszustand und ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind. Der Fragebogen ist in 3 Abschnitte mit insgesamt 11 Subskalen gegliedert:

Abschnitt 1	(1) Allgemeiner Gesundheitszustand (2) Inkontinenzbelastung
Abschnitt 2	(3) Einschränkungen im Alltag (4) Körperliche Einschränkungen (5) Soziale Einschränkungen (6) Persönliche Beziehungen (7) Gefühlszustand

	(8) Schlaf (9) Energie (10) Umgang mit Inkontinenz
Abschnitt 3	(11) Symptombelastung

Subskala (1) soll anhand einer 5stufigen, alle anderen Subskalen anhand vierstufiger Skalen beantwortet werden. Anschließend werden die Subskalen einzeln, nach gesonderten Regeln, ausgewertet wobei höhere Scores eine höhere Beeinträchtigung der Lebensqualität bedeuten. Normen liegen von 145 Patientinnen mit der Diagnose Stressinkontinenz vor.

Im Hinblick auf die psychometrischen Eigenschaften weisen die Subskalen eine gute innere Konsistenz mit einem Cronbach's alpha von 0.76 – 0.86 auf. Die signifikanten Korrelationen zwischen dem Schweregrad der Inkontinenz sowie den King's Subskalen Inkontinenzbelastung ($r = 0.22$), Persönliche Beziehungen ($r = 0.24$) und Körperliche Einschränkungen ($r = 0.22$) bestätigen die kriteriumsbezogene Validität und die Sensitivität ist durch die statistisch signifikanten Veränderungen vor und nach der Therapie in den Subskalen (2), (4), (5), (6), (7), (8) und (9) gegeben.

B4 STATISTISCHE VERFAHREN

Die Dateneingabe sowie Test-Auswertungen erfolgten diagnose-blind um mögliche Verzerrungen vorzubeugen. Erst im nächsten Schritt wurden die Patientinnen nach Diagnosen aufgesplittet! Die Datenauswertung erfolgt mit SPSS 19 (Superior Performance Software System) Nach der Deskriptivstatistik werden folgende komplexe statistische Verfahren verwendet (Pospeschill 2006):

Varianzanalyse

Die univariate Varianzanalyse (Analysis of Variance, kurz: ANOVA) erlaubt den Einfluss 1 unabhängigen Variable (in diesem Falle die Diagnose) auf eine abhängige Variable (in diesem Fall die Faktoren Alexithymie, Depression, Ängstlichkeit und Lebensqualität) zu berechnen. Resultieren statistisch signifikante Unterschiede kann mithilfe von post hoc Tests analysiert werden woher diese Unterschiede kommen, genauer gesagt zwischen welchen Diagnosegruppen statistisch signifikante Unterschiede vorliegen.

Korrelation

Die Methode der Korrelation (Pearson Korrelation) mehrerer Tests erlaubt uns Aussagen darüber, ob die Tests gleiche Teile messen (bei Korrelation) oder nicht (wenn keine Korrelation vorliegt). Anhand der Ergebnisse kann man rückschliessen ob die Konstrukte die der Theorie nach gemessen werden sollen, auch gemessen werden oder es Vermischungen zu anderen Tests, die vorgeben ein anderes Konstrukt zu messen, bestehen.

Faktorenanalyse

Bei neuen Tests ohne vorliegende Normwerte erlaubt uns die explorative Faktorenanalyse zu messen ob der vorliegende Test ein Konstrukt oder mehrere misst.

B4.1 Missing Data

Damit einzelne Skalen und gesamte Tests in die Auswertung einbezogen wurden, mussten diese folgende Kriterien erfüllen:

Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26): In Anlehnung an die Testautoren Kupfer, Brosig & Brähler (2001, S.17) wurde maximal 1 fehlender Wert pro Skala toleriert. Dieser fehlende Wert wurde durch den Item-Mittelwert der jeweiligen Skala ersetzt.

Levels of Emotional Awareness Test (LEAS): Aktuell liegt noch kein veröffentlichtes Testmanual für die LEAS vor, weswegen keine Auswertungsrichtlinien für fehlende Werte bekannt sind. In Anlehnung an die deutsche Testautorin Subic-Wrana (2000) wurden 2 fehlende Werte („Selbst“, „der Andere“ oder ganzes Szenario) pro Halbform toleriert. Fehlte eine „Selbst“- oder „der Andere“-Perspektive bildete sich der Gesamtpunktwert für dieses Szenario aus dem Punktwert der vorhandenen Perspektive, wurde ein ganzes Szenario ausgelassen wurde dieser Gesamtpunktwert durch den Gesamtpunkt-Mittelwert der anderen Szenarien ersetzt.

State-Trait-Angstinventar (STAI): In Anlehnung an die Testautoren Glanzmann, Schaffner & Spielberger (1981, S.49) wurden maximal 2 fehlende Werte für die Trait-Skala X2 toleriert. In diesem Fall wurde eine Schätzung des Summenwertes vorgenommen: Item-Mittelwert der beantworteten Fragestellungen multipliziert mit 20 und das Ergebnis zur nächst höheren ganzen Zahl aufgerundet.

Beck-Depressions-Inventar (BDI): Im Testmanual (Hautzinger, Bailer & Worall, 1995) liegen keine Auswertungsrichtlinien für fehlende Werte vor. In Anlehnung an andere als valide betrachtete Studien die den BDI eingesetzt haben (e.g. Seignourel, Green & Schmitz, 2008) wurde 1 fehlender Wert für den gesamten Test toleriert. Der fehlende Wert wurde nach gängiger Praxis durch den Item-Mittelwert des gesamten Testes ersetzt.

King's Health Questionnaire (KHQ): In Anlehnung an die Testautoren Bjelic-Radisic et al. (2005, S.1049) mussten mindestens 2/3 der Fragen einer Subskala vorliegen, damit diese in

die Auswertung mit einbezogen wurde. Dies wurde für Subskala 1 bis 9 angewendet, bei denen fehlende Werte durch den Item-Mittelwert der jeweiligen Skala ersetzt wurden. Bei Subskala 10—überaktive Blase—lagen gesonderte Auswertungsregeln für jede fehlende Variable vor.

B5 AUSWERTUNG

Zur Nachvollziehbarkeit der Studienergebnisse finden Sie im Anhang alle SPSS Auswertungstabellen und Diagramme die zur Auswertung und Beschreibung herangezogen wurden.

B5.1 Deskriptive Statistik

Zur Erinnerung, es wurden 4 urogynäkologische Diagnosegruppen untersucht. Insgesamt konnten 165 der Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden. Durchschnittsalter liegt bei **60,01 Jahren**. Von den 142 die einen Bildungsgrad angegeben haben hatten 99 keine Matura, 25 hatten eine Matura und 18 waren Akademiker. Die Verteilung der 165 Patientinnen liegt wie folgt:

- **33x Dranginkontinenz (DI)**
- **46x Mischinkontinenz (MI)**
- **58x Stressinkontinenz (SI)**
- **28x Deszensus (DZ)**

		Diagnose			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Deszensus	28	17.0	17.0	17.0
	Stressinkontinenz	58	35.2	35.2	52.1
	Mischinkontinenz	46	27.9	27.9	80.0
	Dranginkontinenz	33	20.0	20.0	100.0
	Gesamt	165	100.0	100.0	

B5. 2 Hypothesenüberprüfung: Ergebnisse & Interpretation

Zur Erinnerung, 5 Tests wurden verwendet:

- die **TAS** (Alexithymie)
- die **LEAS** (Alexithymie)

- das **BDI** (aktuelle depressive Verstimmung)
- das **STAI** (chronische Ängstlichkeit)
- der **KHQ**-Inkontinenz (Lebensqualität)

Hypothese 1 – TAS = *nicht signifikant*

a) Frauen die vorrangig an Drangsymptomatik leiden zeigen alexithymere Züge als Frauen mit Mischbeschwerden, diese zeigen wiederum alexithymere Züge als Frauen mit Stressinkontinenz (einseitige gerichtete Hypothese) – TAS - 26

H0_{1a}: TAS – 26: DI > MI > SI

H1_{1a}: TAS – 26: DI ≤ MI ≤ SI

Mit einem Gesamtskalendurchschnitt < 3 sind alle 4 Gruppen durchschnittlich nicht alexithym:

DI: 2.3078

MI: 2.3580

SI: 2.2278

DZ: 2.2257

Die 1faktorielle Anova ergibt keine statistisch signifikanten Mittelwertsunterschiede ($p > 0.05$) der 4 Gruppen im TAS Gesamtwert. Daraufhin wird auf die Aufsplittung der 3 Unter-Skalen der TAS (Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühle, extern orientierter Denkstil) verzichtet. Somit erzielen die 4 Patientinnengruppen, laut TAS, unabhängig ihrer Beschwerden gleiche Ergebnisse in ihrer Alexithymie-Ausprägung.

Hypothese 1 – LEAS = *signifikant*

b) Frauen die vorrangig an Drangsymptomatik leiden zeigen alexithymere Züge als Frauen mit Mischbeschwerden, diese zeigen wiederum alexithymere Züge als Frauen mit Stressinkontinenz (einseitige gerichtete Hypothese) – LEAS

H0_{1b}: LEAS: DI > MI > SI

H1_{1b}: LEAS: DI ≤ MI ≤ SI

Die LEAS-Mittelwerte aller 4 Gruppen sind auf dem Level 3 von 5 einzuordnen (Scorrange 10-50), dies entspricht einer prä-operationalen emotional-kognitiven Entwicklungsstufe:

DI: 25.9375

MI: 25.4828

SI: 25.5455

DZ: 21.8750

Die 1faktorielle Anova ergibt statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede ($p = 0.012$; ≤ 0.05) der 4 Gruppen hinsichtlich ihrer emotionalen Entwicklung laut LEAS. Mithilfe von post hoc Tests wurde berechnet, dass die Gruppe Deszensus signifikant niedrigere LEAS Mittelwerte hat als die drei anderen Gruppen: Dranginkontinenz ($p = 0.029$), Mischinkontinenz ($p = 0.027$) und Stressinkontinenz ($p = 0.012$). Somit war die Gruppe der Desezenus-Patientinnen signifikant geringer emotional entwickelt.

Zur Ermittlung der Effektstärke wird bei einer ANOVA das Eta Quadrat (η^2) berechnet . Die η^2 Werte werden folgendermassen interpretiert:

.01 = kleiner Effekt

.06 = mittlerer Effekt

.14 = grosser Effekt

Die Effektstärkenberechnung ergibt ein η^2 von 0.102, d.h. einen tendenziell grossen Effekt. Somit ist dieses statistisch signifikante Ergebnis klinisch relevant weil der Unterschied zwischen den Gruppen so gross ist, dass es sich z.B lohnen würde, ein spezielles emotionales Trainingsverfahren für die Gruppe Deszensus zu implementieren. Die 3 Gruppen Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz unterschieden sich nicht signifikant was die emotionale Entwicklung betrifft.

Hypothese 2: TAS $\neq$ LEAS = *signifikant*

Je nach Operationalisierung des alexithymen Konzeptes in der TAS - 26 und der LEAS resultieren unterschiedliche Alexithymie-Ausprägungsgrade bei Frauen die an Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz leiden (zweiseitige ungerichtete Hypothese)

H₀₂: TAS - 26 $\neq$ LEAS

H₁₂: TAS - 26 = LEAS

Die Korrelation der 4 Tests TAS, LEAS, BDI und STAI ergibt, dass

- die TAS statistisch signifikant ($p \leq 0.05$) mit BDI und STAI korreliert
TAS $\implies$ BDI & STAI
- die LEAS nicht statistisch signifikant ($p > 0.05$) mit BDI und STAI korreliert
LEAS $\nRightarrow$ BDI & STAI

Somit messen die beiden Tests nicht das gleiche Konstrukt. Die Frage stellt sich ob die TAS nicht eher eine allgemeine negative Verstimmung, Ängstlichkeit und Depression, misst.

Anmerkung: BDI und LEAS liegen nur 85x gemeinsam vor, somit hat sich die Stichprobe für diesen Test halbiert.

Hypothese 3: STAI = *nicht signifikant*

Die Ängstlichkeit unterscheidet sich bei Frauen die an Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz leiden (zweiseitige ungerichtete Hypothese).

H₀₃: STAI: DI $\neq$ MI $\neq$ SI

H₁₃: STAI: DI = MI = SI

Sie STAI Durchschnitts-Mittelwerte zeigen eine niedrige bis mittlere ängstliche Persönlichkeit (Scorerange 20-80) bei allen 4 Diagnosegruppen an:

DI: 45.4444

MI: 44.4324

SI: 44.7647

DZ: 46.7000

Die 1faktorielle Anova ergibt keine statistisch signifikanten Mittelwertsunterschiede ($p > 0.05$) der 4 Gruppen hinsichtlich ihrer Ängstlichkeit. Somit sind die 4 Patientinnengruppen unabhängig ihrer Diagnose gleich ängstlich in ihrem Alltag.

Hypothese 4: BDI = *signifikant*

Depressions – Ausprägungsgrade unterscheiden sich bei Frauen die an Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz leiden (zweiseitige ungerichtete Hypothese).

H0₄: BDI: DI $\neq$ MI $\neq$ SI

H1₄: BDI: DI = MI = SI

Die Mittelwerte ergeben, dass die 3 Gruppen Dranginkontinenz, Stressinkontinenz und Deszensus keine depressiven Symptome aufzeigen während bei der Gruppe Mischinkontinenz milde depressive Symptome (11-17) festgestellt wurden:

DI: 9.8571.

MI: 12.1143

SI: 8.8936

DZ: 7.0000

Die 1faktorielle Anova ergibt statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede (**p = 0.042** ; ≤ 0.05) der 4 Gruppen hinsichtlich ihrer depressiven Ausprägung. Mithilfe von post hoc Tests wurde berechnet, dass die beiden Gruppen Mischinkontinenz und Deszensus sich signifikant unterscheiden (**p = 0.039**) was die Depressivität betrifft. Bei der Gruppe mit Mischinkontinenz ist die Depressivität am höchsten, jeoch noch nicht klinisch relevant und bedarf weiterer Untersuchungen.

Die Effektstärkenberechnung ergibt eine **eta² von 0.067**, somit einen mittleren Effekt. Damit ist dieser statistisch signifikante Unterschied gross genug, damit er in der klinischen Praxis Relevanz findet und z.B. zur Einführung antidepressiver Therapien für die Gruppe der Mischinkontinenz führen würde.

Hypothese 5: KHQ = *nicht signifikant*

Die Lebensqualität unterscheidet sich bei Frauen die an Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz leiden (zweiseitige ungerichtete Hypothese).

H0₅: KHQ - Inkontinenz: DI $\neq$ MI $\neq$ SI

H1₅: KHQ - Inkontinenz: DI = MI = SI

Da es für den KHQ keine Gesamtskala gibt die man zuerst in die Varianzanalyse einbeziehen könnte, wurde entschieden dass man die Skala 1, 2, 3, 5, 6 und 7 für die 4 Diagnosegruppen auswerten möchte, da diese am aussagekräftigsten für das Konstrukt Lebensqualität erscheinen.

Die 1faktorielle Anova ergibt statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede ($p \leq 0.05$) der 4 Gruppen hinsichtlich der 6 Skalen des KHQ. Patientinnen mit Deszensus-Beschwerden hatten in allen Skalen signifikant niedrigere Lebensqualitätsbeeinträchtigungen. Dies ist damit zu erklären, dass Drangpatientinnen keine Inkontinenzsymptomatik aufzeigen und somit große Teile des Fragebogens für Lebensqualität bei Inkontinenz nicht zutreffend waren und ausgelassen wurden. Die Frauen mit Dranginkontinenz, Stressinkontinenz und Mischinkontinenz unterscheiden sich nicht signifikant voneinander:

(1) Allgemeiner Gesundheitszustand **p = 0.008**

Die post-hoc Tests ergeben, dass sich Patientinnen mit Deszensus signifikant von Patientinnen mit Mischinkontinenz unterscheiden.

(2) Inkontinenzbelastung **p = 0.000**

Die post-hoc Tests ergeben, dass sich Patientinnen mit Deszensus signifikant von allen anderen Patientinnen (mit Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz) unterscheiden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Deszensuspatientinnen keine Inkontinenzsymptomatik haben und somit diesen Teil des Fragebogens ausgelassen haben.

(3) Einschränkungen im Alltag **p = 0.000**

Die post-hoc Tests ergeben, dass sich Patientinnen mit Deszensus signifikant von allen anderen Patientinnen (mit Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und Stressinkontinenz) unterscheiden.

(5) Soziale Einschränkungen **p = 0.050**

Die post-hoc Tests ergeben, dass sich Patientinnen mit Deszensus signifikant von Patientinnen mit Dranginkontinenz unterscheiden.

(6) Persönliche Beziehungen //

(7) Gefühlszustand **p = 0.000**

Die post-hoc Tests ergeben, dass sich Patientinnen mit Deszensus signifikant von Patientinnen mit Misch- und Dranginkontinenz unterscheiden.

.....

B5.3 Qualitative Beobachtungen

.....

Folgende Gründe haben Patientinnen angegeben die generell abgelehnt haben an der Studie teilzunehmen: sie seien zu aufgeregt vor der bevorstehenden Untersuchung oder wollen anschließend die Informationen erstmals verdauen und hätten „keinen Kopf dafür“, sie fühlen sich „zu alt“ um so einen großen Fragebogen auszufüllen, sie trauen sich das nicht zu da der Gatte üblicherweise alle Formalitäten übernehme, diese Fragen seien ihnen zu persönlich, sie seien skeptisch gegenüber der zu unterzeichnenden Einverständniserklärung und fürchten versteckte Verpflichtungen, sie interessieren sich schlichtweg nicht an der Teilnahme einer wissenschaftlichen Studie oder sie wollen willkürliche Zusammenhänge ihres Gefühlserlebens mit ihren somatischen Problemen vorbeugen. Bei diesen Patientinnen wurde auf die Zweifel eingegangen, bei zu großer Ablehnung wurden diese jedoch respektiert, die Aussagekraft und Qualität der Daten sollte neben dem Wohlergehen der Patientin ja erhalten bleiben.

Innerhalb der 165 Teilnehmerinnen deren Fragebögen mit in die Auswertung einbezogen wurden, gab es eine auffallend hohe Verweigerungsrate von 27% (45 Teilnehmerinnen), den Test Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) auszufüllen! Zur Erinnerung, die LEAS besteht aus 10 Szenarien aus dem alltäglichen Leben die frei zu beantworten sind, es ist jeweils anzugeben wie man sich in diesem beschriebenen Szenario fühlen würde sowie wie die andere Person sich dabei fühlen würde, wobei weder Wortanzahl- noch Zeitgrenzen gesetzt werden. Sicherlich hat das freie Antwortformat, das einen wesentlich höheren Aufwand bedeutet als das Ankreuzvorgehen, zur Verweigerung beigetragen, auffallend war jedoch die ähnliche Haltung vieler älterer Patientinnen. Sie erklärten jeweils das würde nicht mehr auf ihre aktuelle Lebenssituation zutreffen („aber ich bin doch schon pensioniert, ich arbeite nicht mehr“ „aber ich habe keinen Partner mehr, das trifft nicht auf mich zu“) und es wäre nicht für sie möglich sich das rein gedanklich vorstellen. Einerseits wurde also die Auseinandersetzung mit abgeschlossenen Lebensabschnitten wie Partnerschaft, Sexualität, Arbeit, Zahnarztbesuchen verweigert, andererseits schien aber auch die Phantasiefähigkeit vieler eingeschränkt die sich so gar nicht in die Lage der anderen Person in einem Szenario hineinversetzen konnten („woher soll ich wissen wie sich der andere fühlt). An dieser Stelle wird angeregt, den Test LEAS für ältere Frauen zu optimieren

und altersangepasste Szenarien zu entwerfen die auch auf deren Lebenssituation passen und keine Konfrontierung mit abgeschlossenen Thematiken hervorrufen!

C. DISKUSSION

Effekte von Alter und Bildung auf die Alexithymie-Werte:

Die Frauen dieser Studie waren durchschnittlich 60,01 Jahre alt und die Mehrheit hatte keinen Matura-Abschluss, nur 18 der insgesamt 145 Patientinnen die ein Bildungsniveau angegeben haben, waren Akademikerinnen. Da keine der 4 Patientinnen-Gruppen laut der TAS-26 alexithym war, hatte der positive Zusammenhang von Alexithymie und Alter und der negative Zusammenhang von Alexithymie und Bildungsniveau den Mattila et al. In ihrer Validierungsstudie an der finnischen Population herausfanden, in dieser Studie keinen Effekt.

Die Haupthypothese 1a dieser wissenschaftlichen Studie, dass Frauen die an psychosomatischer bedingter Form der Inkontinenz leiden signifikant alexithymer sind als Frauen die an einer Mischform oder Stressinkontinenz leiden, konnte nicht verifiziert werden – gemessen mit der TAS:

Es gab keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den 4 Diagnosegruppen. Zudem schätzten sich alle 4 Diagnosegruppen mit ihren Durchschnitts-Mittelwerten unter dem cut-off Punkt zur Alexithymie ein. Somit konnten die Studienergebnisse von Sifneos (1973), die den Anstoß zur Erforschung des affektiven Konstruktes Alexithymie gaben, nicht verifiziert werden. Er fand signifikant höhere Alexithymie-Ergebnisse bei Patienten mit klassisch psychosomatischen Patienten als bei der Kontrollgruppe neurotischer Patienten. Genauso Porcelli et al. (1995 & 2004) der bei seinen Vergleichsstudien herausfand, dass psychosomatisch bedingte gastroenterologische Patienten signifikant höhere Ausprägungen alexithymer Symptome als organische bedingte gastroenterologische Patienten aufzeigen. Da Porcelli (2004) auch die TAS-26 eingesetzt hat ist das Messinstrument das gleiche. Dies wirft die Frage auf inwiefern sich die Patientengruppe des Symptomkreises Inkontinenz von dem Krankheitsbild des gastroenterologischen Patienten unterscheidet? Haben die psychischen Faktoren die die Krankheitsbilder mitbedingen einen unterschiedlichen Impact bei diesen beiden Krankheitsbilder, dass sie sich hinsichtlich der affektiven Wahrnehmung so unterscheiden? Zu beachten ist auch, dass Sifneos und Porcelli geschlechtergemischte Stichproben heranzogen. Da bekannt ist, dass Männer stärker alexithym als Frauen sind könnte dies den Gesamteffekt zur affektiven Störung hin verzerrt haben. Bei der reinen Frauenstichprobe dieser Studie erzielte nämlich keine der 4 Diagnosegruppen durchschnittlich alexithyme Symptome und alle bewegten sich im gesunden affektiven Bereich. Dies sogar bei

den ängstlichen Symptomen. Es liegen keine weiteren Studien bezüglich Alexithymie bei Inkontinenz-Patientinnen vor (Schlagwortsuche „Alexithymie“ und „Inkontinenz“ in der Datenbank medline) somit kann auf keine Erfahrungswerte mit diesem Patientinnenkollektiv gegriffen werden. Da die Gruppe der Inkontinenz-Patientinnen ein hohes Ausmaß an Scham mit sich bringt, das Leiden ist noch ein Tabuthema in der Öffentlichkeit, wäre es umso wichtiger weitere Studien bezüglich der affektiven Struktur vorzunehmen und zu schauen wo man therapeutisch noch ansetzen könnte. In dieser Studie zeigten alle Patientinnen einen ähnlich gesunden Umgang ihre Gefühle wahrzunehmen, zu beschreiben und mitzuteilen.

Die Hypothese 1b, dass Frauen mit Dranginkontinenz weniger emotional entwickelt sind als Frauen mit Stressinkontinenz konnte in dieser Studie nicht verifiziert werden – gemessen mit der LEAS:

Die 4 Patientinnen-Gruppen sind alle auf dem Level 3 der 5stufigen Entwicklungsskala einzuordnen. Dies entspricht einem prä-operationalen emotional-kognitiven Entwicklungsniveau. Somit können die Patientinnen zufriedenstellend ihre eigene Gefühlswelt wahrnehmen, beschreiben und für sich selbst einordnen unabhängig an welcher Inkontinenzform sie leiden. Leider gibt es für die LEAS noch keine überprüften Normwerte, so kann man das Ergebnis dieser Studie nicht mit Durchschnittswerten der Normalbevölkerung oder anderen Krankheitsgruppen vergleichen. Dieses Ergebnis widerspricht den Studienergebnissen von Sifneos (1973) oder der aktuelleren Studie von Porcelli et al. (2004) die bei psychosomatisch bedingten Krankheiten eine signifikant geringere emotionale Entwicklung vorfanden und die Patienten sogar teils klinisch alexithym waren. Da die LEAS einen neuen Zugang über die kognitiv-emotionale Entwicklung gewählt hat kann man diese Studie nicht messmethodisch mit den vorhergehenden vergleichen weil andere Alexithymie Messinstrumente eingesetzt wurden. Allerdings kann man innerhalb der Studie feststellen, dass die TAS keine signifikanten Unterschiede aufzeigte, die LEAS schon. Somit scheint die LEAS ein sensibleres Testinstrument zu sein. Interessanterweise unterschieden sich in dieser Studie weder die vorrangig psychosomatische, somatische noch gemischte Inkontinenzgruppe, jedoch unterscheiden sich alle 3 signifikant von der somatischen Deszensusgruppe ohne Inkontinenz. Die Vergleichsstichprobe der Deszensus Patientinnen ordnete sich auch auf dem Level 3 der Entwicklungsskala ein, jedoch erreichte sie einen wesentlich niedrigeren Punktwert. Die Deszensus Patienten sind der vorrangig somatischen Krankheitsgruppe zuzuordnen somit müssten diese der Literatur nach sogar höher emotional entwickelt sein als die somatoform bedingten Inkontinenzpatientinnen.

Subic-Wranas (2002) Validierungsstudie erzielten Patienten mit somatoformen Störungen genau wie in unsere Studie einen Mittelwert in der LEAS von 25.93. Jedoch waren bei Subic-Wrana die Patientinnen mit affektiven und Anpassungsstörungen höher emotional entwickelt und Patientinnen mit Essstörungen sogar dem Level 4 zuzuordnen.

Die Hypothese 3, dass die 4 Diagnosegruppen sich hinsichtlich ihrer Grundängstlichkeit unterscheiden, konnte in dieser Studie nicht verifiziert werden – gemessen mit der STAI-X2:

Die Grundängstlichkeit aller Patientinnen unterschied sich nicht signifikant, unabhängig ihrer Diagnose waren die Frauen niedrig bis mittel ängstlich im Alltag. Dieses Ergebnis stimmt somit nicht mit Baldonis Studie (1995) überein, der bei Patientinnen mit funktionaler Inkontinenz-Störung signifikant erhöhte Ängstlichkeitswerte fand. Jedoch setzte Baldoni nicht die STAI ein sondern den Symptom Questionnaire of Kellner, ein Instrument um mehrere psychische Konstrukte gleichzeitig zu erheben. Somit unterschied sich zwar das Messinstrument, nicht aber die Stichprobe, denn beide Studien untersuchten Inkontinenz Patientinnen. Es wäre interessant zu wissen ob bei beide Instrumente miteinander korrelieren und somit das gleiche Ergebnis bezüglich der Ängstlichkeit bei einer Stichprobe erzielt hätten. Zudem liegen auch 13 Jahren zwischen beiden Studien, in dieser Zeit haben sich die Diagnosekriterien von funktionaler Inkontinenz zu Dranginkontinenz gewandelt, zudem sind die Frauen aufgeklärter über die Ätiologie der Inkontinenz und die Furcht durch die Erkrankung könnte gesunken sein. Interessanterweise erzielten auch Frauen mit Dranginkontinenz, der nervös bedingten Inkontinenzform, keine erhöhten Ängstlichkeitswerte was mit dieser Ätiologietheorie nicht zusammenpasst.

Die Hypothese 4, dass die 4 Diagnosegruppen sich hinsichtlich ihrer aktuellen depressiven Symptomatik unterscheiden, konnte in dieser Studie verifiziert werden – gemessen mit dem BDI:

Die Gruppe Mischinkontinenz und die Vergleichsstichprobe Deszensus zeigten laut BDI keine aktuelle depressiven Symptome aber unterschieden sich signifikant untereinander, denn die Frauen mit Mischinkontinenz hatten signifikant höhere depressive Werte die man als leicht bis mittel bezeichnen kann. Frauen die an Mischinkontinenz leiden unterschieden sich somit signifikant von Frauen die an Deszensus leiden hinsichtlich ihrer aktuellen depressiven Verstimmung.

Somit konnten die Studienergebnisse von Baldoni (1995) nur teils verifiziert werden, nur die Frauen mit Mischinkontinenz zeigten depressive Symptome und diese waren auch nur leicht ausgeprägt und nicht klinisch relevant.

Stoffels (2009) Studienaussage, dass Inkontinenz ein Risikofaktor für mittlere bis schwere depressive Symptome sei konnte in dieser Studie für keine der Diagnosegruppen bestätigt werden. Interessant wäre die Persönlichkeitsstruktur der Frauen mit Mischinkontinenz, vor allem bezüglich Ängstlichkeit, in einer Langzeitstudie zu untersuchen.

Hypothese 5, dass die 4 Diagnosegruppen sich hinsichtlich ihrer Lebensqualität unterscheiden, konnte in dieser Studie nicht verifiziert werden – gemessen mit dem KHQ:

Die Messung zur Lebensqualität ergab, dass sich Patientinnen mit den 3 Beschwerden Drang-, Misch- und Stressinkontinenz nicht signifikant unterscheiden in diversen Bereichen der Lebensqualität (u.a. soziale Einschränkungen, Gefühlsbelastung). Diese Ergebnisse können nicht mit denen der Deszensus Patientinnen verglichen werden, denn der Test ist speziell für die Inkontinenzsymptomatik entwickelt worden, die beim Deszensus nicht vorhanden ist und somit treffen die Fragen nicht zu. Unabhängig von den Beschwerden fühlen sich alle Frauen gleich wenig beeinträchtigt in ihrem Alltag. Somit widersprechen diese Ergebnisse Grimby et al. Studie aus dem Jahre 1993 die signifikant höhere Werte emotionaler Beeinträchtigung und sozialer Isolation für Urge-Inkontinenz (UI) und Misch-Inkontinenz (MI) im Vergleich zu Stress-Inkontinenz (SI) fanden. Im Vergleich zu den 145 Stressinkontinenz-Patientinnen die Bjelic-Radisic et al. (2005) zur Validierung des KHQ heranzogen, fühlten sich die Frauen dieser Studie die an Stressinkontinenz litten weniger beeinträchtigt in ihrer Lebensqualität. Vergleicht man die 4 Gruppen innerhalb dieser Studie miteinander waren es die Dranginkontinenz-Patientinnen die sich am beeinträchtigtsten fühlten in Bezug auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand, die Inkontinenzbelastung, ihren sozialen Beziehungen und Einschränkungen im Alltag. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Dranginkontinenz vor allem von der Furcht gezeichnet ist Harn zu verlieren und diese Furcht einschränkender ist als der tatsächliche Verlust gegen den physische Maßnahmen wie Inkontinenzeinlagen vorgenommen werden können.

Die Hypothese 2, dass die beiden Alexithymie-Messinstrumente TAS und LEAS nicht das gleiche Ausmaß von Alexithymie messen, konnte in dieser Studie verifiziert werden:

In dieser Studie korrelierte die TAS positiv mit der STAI und dem BDI, nicht so die TAS. Dieses Ergebnis bekräftigt Subic-Wranas (2002) Frage, ob die beiden Alexithymie-Instrumente TAS und LEAS überhaupt das gleiche Konstrukt messen? Dass die TAS mit dem STAI und BDI korreliert, lässt vermuten, dass sie eher einen allgemeinen negativen Affekt als Alexithymie misst. Zudem waren laut TAS keine signifikanten Unterschiede zwischen den 4 Diagnosegruppen, jedoch konnte die LEAS die 4 Gruppen sensibler unterscheiden. Wie in dieser Studie angewendet, kann nur Lumelys Anregung, beide Messinstrumente der gleichen Stichprobe vorzulegen, um genauere messmethodische Information zu erhalten, weitergegeben werden, denn es ist wichtig ein valides und reliables Messinstrument für das Konstrukt der Alexithymie zu entwickeln, um valide Forschungsergebnisse zu dieser affektiven Einschränkung zu erhalten und Stigmatisierungen zu vermeiden.

Es ist jedoch zu beachten, dass sich die Patientinnenanzahl die gemeinsam TAS und LEAS ausgefüllt haben auf 85 gesunken ist. Dies rührt daher, dass viele Patientinnen den LEAS verweigert haben. Weitere Forschung bezüglich Praktikabilität der LEAS im Alter wäre wünschenswert.

C1 KRITIK

- Durch den **4-Gruppen-Vergleich** von Frauen mit Beschwerden im unteren Harntrakt war keine Kontrollstichprobe die nach Alter und Bildung gematcht war vorhanden. Somit konnten die Daten nur innerhalb der 4 Symptomgruppen verglichen werden, nicht aber mit einer gesunden externen Kontrollstichprobe. Somit können keine Aussagen darüber getroffen werden wie Frauen ohne diese Beschwerden in den diversen Tests abgeschnitten hätten.
- Durch das **1-Punkt-Design** dieser Studie können keine kausalen Aussagen über die Persönlichkeitsstruktur und die vorhandenen Beschwerden im unteren Harntrakt getroffen werden. Nur rein epidemiologische Aussagen sind zulässig, so z.B., dass zum Zeitpunkt der Studie Frauen mit Mischinkontinenz an leichten depressiven Symptomen litten. Über die Stabilität dieser Symptome können keine Aussagen getroffen werden, so weiß man nicht ob dieser schon länger vorhanden sind, eventuelle die somatischen Symptome mitausgelöst haben oder diesen nachgefolgt sind.
- Die **Vergleichsstichprobe von Deszensus Patientinnen** wurde herangezogen weil sie im Gegensatz zu den 3 anderen Symptomgruppen nicht an Inkontinenzsymptomatik litt.

Jedoch ist zu bedenken, dass der Deszensus der Gebärmutter durch das Abknicken der Harnröhre eine Inkontinenz verschleiern kann und somit die 4 Gruppen die in dieser Studie untersucht wurden ein gemeinsames Element, das Leiden der Inkontinenz, inne haben.

- Es wurde nicht zwischen **Schweregrad der Beschwerden sowie Dauer der Symptomatik** unterschieden. Das Zusammenfassen der Gruppe kann darunterliegende Effekte verschleiern.
- Die **Untersuchungssituation** war nicht optimal. Da kein gesonderter Raum organisiert werden konnte waren die Patientinnen beim Ausfüllen der Fragebögen nur wenig abgeschirmt und fühlten sich eventuell beobachtet und haben ihre Antworten sozial verzerrt. Hinzu kam der Lärm und die Nervosität im Warteraum, sowie die Aufregung vor der bevorstehenden urogynäkologischen Untersuchung.
- Da es aus rechtlichen Gründen leider nicht möglich war die Patientenakten der Patientinnen zu erhalten die sich weigerten an der Studie teilzunehmen (und somit nicht die Einverständniserklärung unterzeichnet haben), können leider keine Aussagen über die interessante Gruppe der Nicht-Teilnehmerinnen getroffen werden.

C2 WEITERE FORSCHUNGSANSÄTZE

Auf epidemiologischer Ebene wäre es interessant sich näher mit der Gruppe der Mischinkontinenz und ihrer affektiven Struktur zu befassen um herauszufinden, woher diese leichte depressive Symptomatik rührt. Die zufällige Beobachtung, dass ein Großteil älterer Frauen verweigerte die LEAS auszufüllen zeigt den Bedarf für weitere Studien zur Phantasie im Alter sowie eine Optimierung der LEAS für diese Altersgruppe. Weiterhin ist es wichtig sich mit der Inkontinenzpatientinnen zu befassen und die eventuell hilfreiche psychologische Komponente bei der Therapie der Dranginkontinenz zu optimieren.

Auf messmethodischer Ebene ist es weiterhin wichtig, dass mehrere Alexithymie-Messinstrumente der gleichen klinischen Stichprobe vorgelegt werden. Solange das Konstrukt Alexithymie trotz der zahlreichen Studien in den letzten Jahrzehnten weiterhin so konträre Ergebnisse erzielt, ist es wichtig das Diagnoseinstrument zu spezifizieren und sicherzugehen, dass das Konstrukt richtig operationalisiert wurde. Es werden somit weitere messtheoretische Ergebnisse zu den Instrumenten TAS und LEAS benötigt.

D. ZUSAMMENFASSUNG

Theoretischer Hintergrund & Studienrelevanz

Alexithymie ist eine **Störung des Affekterlebens und –ausdrucks** (Sifneos, 1973) die auf neurophysiologische und psychologische Faktoren zurückgeführt wird (Lane et al. 1996). Sifneos beobachtete 1973 bei psychosomatischen Patienten 3 Charakterzüge und nannte dieses Syndrom „Alexithymie“ (aus dem Griechischen „ohne Worte für Gefühle“):

- Schwierigkeiten in der Wahrnehmung, Identifikation und Beschreibung von Emotionen sowie im Differenzieren zwischen emotionalen Zuständen und körperlichem Empfinden
- Eingeschränkte Symbolfähigkeit, die sich vor allem durch Phantasiearmut ausdrückt
- Vermehrtes Fokussieren auf äußere Ereignisse anstatt innere Erlebnisse

Spätere Befunde ergaben Hinweise, dass es sich mehr um ein Muster von verhaltensbezogenen, kognitiven und affektiven Störungen handelt, das zwar vermehrt bei psychosomatischen und psychiatrischen Patienten auftritt, jedoch nicht auf diese beschränkt ist und auch in der Allgemeinbevölkerung auftritt. In den letzten Jahre wurden auch Zusammenhänge zu Symptomen bei chronischen somatischen Krankheiten gefunden (Zech et al. 1999). Die Debatte ob es sich um ein Trait oder State handelt persistiert heute noch, genauso wenig geklärt ist ob Alexithymie bei Vorliegen einer psychosomatischen Krankheit Risikofaktor oder Konsequenz der Erkrankung ist (Mortazavi 2001). Porcelli (2004) fand signifikant höhere Alexithymieausprägungen bei Patienten mit funktionalen gastrointestinalen Störungen als bei psychiatrischen und gesunden Patienten. Angelehnt an Baldoni et al. (1995) der bei Patienten mit funktionaler Inkontinenz signifikant höhere Werte in Ängstlichkeit, Depression und Dysphorie als bei Patienten mit organischer Inkontinenz gefunden haben, werden auch in dieser Studie unterschiedliche Ergebnisse in diesen affektiven Bereichen für die 3 Inkontinenzformen angenommen.

Gemäß diesen Erkenntnissen werden die uro-gynäkologischen Patientinnen in 4 Gruppen nach internationalen Begriffsdefinitionen unterteilt (Abrams, 2003) und die Alexithymie-Ergebnisse der vieren miteinander verglichen:

- Patientinnen die an „Dranginkontinenz“ leiden → psychosomatische Beschwerden

- Patientinnen die an „Mischinkontinenz“ leiden → somatisch-psychosomatische Beschwerden
- Patientinnen die an „Stressinkontinenz“ leiden → somatische Beschwerden
- Patientinnen mit „Deszensus“-Beschwerden → somatische Beschwerden ohne Inkontinenzsymptomatik

Die Toronto-Alexithymie-Skala (TAS) (Brosig & Brähler, 2001) ist das weitverbreitetste *Instrument um alexithyme Störungen* zu erheben. Es handelt sich um einen Selbsteinschätzungs-Fragebogen der mithilfe 26 Fragen wesentliche Störungen der Affektregulation erhebt. Aufgrund der Kritik, dass zum Ausfüllen dieses Fragebogens die Fähigkeit zur affektiven Introspektion, d.h. das Konstrukt das gemessen werden soll selbst vorliegen muss, wird diesem Selbsteinschätzungsfragebogen die neuere "Levels of Emotional Awareness Scale" (LEAS) (Subic-Wrana, 2000) gegenübergestellt. Innerhalb dieses Performance-Tests soll die Testperson bei 20 verschiedenen emotional besetzten Situationen beschreiben wie sie sich sowie eine andere Person fühlen würde. Die LEAS verfolgt somit einen anderen Ansatz und versucht die Fähigkeit zur Affektwahrnehmung und -ausdruck direkt zu messen und wertet einen allgemeinen emotionalen Entwicklungsstand aus während die TAS eine Beschreibung dieser Fähigkeit verlangt und cut-off Werte für alexithyme Störung anbietet (Subic-Wrana et al. 2001).

Gemäss dem *Multitrait-multimethod Ansatz* werden zusätzlich die alexithymienahen Konstrukte Depression und Ängstlichkeit mit dem Beck Depression Inventory (BDI) (Hautzinger, Bailer & Worall, 1995) und State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981) sowie das alexithymiefern Konstrukt Lebensqualität mit dem King's Health Questionnaire (KHQ) (Bjelic-Radisic et al., 2005) erhoben und mit den Ergebnissen der beiden Alexithymie-Testungen TAS und LEAS korreliert.

Zusammenfassend soll auf der **epidemiologischen Ebene** untersucht werden ob Frauen mit unterschiedlichen uro-gynäkologischen Diagnosen (Stressinkontinenz, Dranginkontinenz, Mischinkontinenz oder Deszensus) sich in der Ausprägung ihrer Alexithymie-Werte unterscheiden. Auf **methodenkritischer Ebene** soll untersucht werden ob die beiden Instrumente TAS und LEAS das gleiche Konstrukt messen und zu gleichen Ergebnissen kommen und wie sich die beiden jeweils zu den Konstrukten Angst, Depression und Lebensqualität verhalten.

Studiendesign & Auswertung

Studiendesign: An der Studie teilgenommen haben 190 Frauen die per Überweisung eines Facharztes einen Termin zwischen dem 19.02.08 und 10.03.09 in der urogynäkologischem Ambulanz (Prof. Hanzal) des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) der Stadt Wien erhalten haben. Einmaliges Ausfüllen der Fragebogenbatterie (ca. 30Minuten): epidemiologische 1Zeitpunkt-Studie.

Einschlusskriterien: Diagnose Stressinkontinenz, Mischinkontinenz, Dranginkontinenz oder Deszensus.

Ausschlusskriterien: Blasenentzündung, Blasensteine, Karzinome oder nicht ausreichende deutsche Kenntnisse.

Verwendete Verfahren:

- Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26)
- Levels of Emotional Awareness Test (LEAS)
- State-Trait-Angstinventar (STAI)
- Beck-Depressions-Inventar (BDI)
- King's Fragebogen (KHQ)

Statistische Auswertungsverfahren: 1faktorielle Varianzanalysen, Kreuztabelle und Pearsons Korrelationen die per SPSS19 berechnet wurden (Pospeschill, 2006).

Hypothesen

1. Frauen die an psychosomatischen Beschwerden im unteren Harntrakt leiden (= Dranginkontinenz) werden höhere alexithyme Persönlichkeits-Werte in der TAS-26 und der LEAS erzielen als Frauen die unter psychosomatisch-somatischen Beschwerden im unteren Harntrakt leiden (= Mischinkontinenz) und diese wiederum höhere Alexithymie-

- Werte als Frauen die an somatischen Beschwerden im unteren Harntrakt leiden (= Stressinkontinenz).
2. Unterschiedliche Alexithymie-Ausprägungsgrade resultieren je nach Operationalisierung des alexithymen Konzeptes in der TAS -26 und der LEAS.
 3. Die Trait-Anxiety Ausprägungsgrade im STAI – X2 unterscheiden sich bei Frauen die unter psychosomatischen, gemischten und somatischen Beschwerden im unteren Harntrakt leiden.
 4. Depressions – Ausprägungsgrade im BDI unterscheiden sich bei Frauen die unter psychosomatischen, gemischten und somatischen Beschwerden im unteren Harntrakt leiden.
 5. Die Lebensqualität Werte im KHQ unterscheiden sich bei Frauen die unter psychosomatischen, gemischten und somatischen Beschwerden im unteren Harntrakt leiden.

Ergebnisse & Diskussion

Ein positiver Bescheid der Ethikkommission des AKH liegt für diese Studie vor!

Das Durchschnittsalter der 165 Patientinnen lag bei 60,01 Jahren (33xDI, 46xMI, 58xSI, 28xDZ):

- Die 4 Gruppen von Inkontinenz-Patientinnen unterschieden sich nicht signifikant in ihrer alexithymen Ausprägung (TAS-26) und in ihrer Ängstlichkeit (STAI-X2), beide Durchschnittswerte lagen unter einem klinisch relevanten Niveau.
- Die 3 Gruppen DI, MI und SI unterschieden sich nicht signifikant in der Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität (KHQ).
- Die beiden Alexithymie Messinstrumente TAS und LEAS korrelierten nicht miteinander, jedoch korrelierte die TAS positiv mit der STAI und dem BDI was die Frage aufwirft was die TAS überhaupt misst? Die LEAS hat nicht mit Ängstlichkeit und Depression korreliert.
- Die Gruppe der Deszensus-Patientinnen hatte ein signifikant niedriger entwickeltes emotionales Entwicklungsniveau (LEAS)
- Die Mischinkontinenz-Patientinnen hatten signifikant höher depressive Symptome als die Drang- und Stressinkontinenzpatientinnen (BDI), wenngleich diese noch unter dem klinisch relevanten Niveau lagen.

E LITERATURVERZEICHNIS

- ABRAMS P., Cardozo L., Fall M. et al. (2003): The Standardisation of Terminology in Lower Urinary Tract Function: Report from the Sandardisation Sub-Committee of the International Continence Society. *Urology*, 61, 37 - 49.
- ALEXANDER, F. (1950): *Psychosomatische Medizin – Grundlagen und Anwendungsgebiete*. Berlin: de Gruyter, 3. unveränd. Aufl., 1977.
- BACH, M. & Bach, D. (1995). Predictive Value of Alexithymia: a Prospective Study in Somatizing Patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 64 (1), 43-48.
- BALDONI, F., Ercolani, M., Baldaro, B. & Trombini, G. (1995). Stressful Events and Psychological Symptoms in Patients with Functional Urinary Disorders. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 605 – 606.
- BARBER, M.D., Visco, A.G., Wyman, J.F., Fantl, J.A. & Bump, R.C (2002). Sexual Function in Women with Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, 99, 281-289.
- BECK, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561 –571.
- BENEDETTI, G. (1980, September). Beitrag zum Problem der Alexithymie. *Nervenarzt*, 51 (9), 534-541.
- BERESNEVAITÉ, M., Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (2007). Assessing Alexithymia and Type A Behavior in Coronary Heart Disease Patients: A Multimethod Approach. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 186-192.
- BIRBAUMER, N. & Schmidt, R. : *Biologische Psychologie*. 5. Auflage, Berlin Heidelberg, Springer, 2003.
- BJELIC-RADISIC, V., Dorfer, M., Tamussino, K., Daghofer, F., Kern, P., Frudinger, A. et al. (2005). Der King's Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Patientinnen mit Harninkontinenz (deutsche Version). *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 65, 1042–1050.
- CARANO, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C. Campanella, D., Pelusi, L. et al. (2006, May). Alexithymia and Body Image in Adult Outpatients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (4), 332-340.
- CREMERIUS, J., Hoffmann, S.O., Hofmeister, W. & Trimborn W. (1979). Die manipulierten Objekte. *Psyche*, 33 (9-10), 801-828.

- DIEDERICH, P. (2000): *Urologische Psychosomatik. Zur Theorie und Praxis psychosomatischer Störungen in der Urologie*, S.66–97. Bern: Huber.
- EHLERT, U. & Janssen, P.L. (2003). Vom Verhältnis zwischen Psychosomatik und Verhaltensmedizin. *Psychotherapeut*, 48, 301-302.
- EMDE, R. (1999). Fortschritte erzielen: integrative Einflüsse affektiver Prozesse und deren Bedeutung für die Entwicklung und die Psychoanalyse. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 14, 196-228.
- EYSENCK, H. J. (1994). Trait Theories of Personality. In A.M. Colman (Ed.), *Companion Encyclopedia of Psychology* (Vol. 1, pp.622-640). London: Routledge.
- FELDMAN, J., Lehrer, P.M. & Hochron, S.M. (2002). The Predictive Value of the Toronto Alexithymia Scale among Patients with Asthma. *Journal of Psychosomatic Research* 53, 1049-1052.
- FRANZ, M. & Schäfer, R. (2009). Affekt ohne Gefühl: Entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Aspekte der Alexithymie. In Grabe, H.J. & Rufer, M. (Hrsg), *Alexithymie: Störung der Affektregulation* (S.47). Bern: Huber.
- FRANZ, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J. et al (2008). Alexithymia in the German General Population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43 (1), 54-62.
- FREUD, S. (1893): *Studien über Hysterie. Gesammelte Schriften, Band I*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1925.
- FREYBERGER, H. & Avenarius, H.J. (1985). Psychotherapeutic Interventions in Alexithymic Patients: With special Regard to Ulcerative Colitis and Crohn Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 72-81.
- FRIEDMAN, M., Byers, S.O., Rosenman, R.H. & Li, C.H. (1971) . A Behavior Pattern: its Association with Coronary Heart Disease. *Annals of Clinical Research*, 3(6), 300-312.
- GRIMBY, A., Milsom, I., Molander, U., Wikilund, I. & Ekelund, P. (1993). The Influence of Urinary Incontinence on the Quality of Life of elderly Women. *Age & Ageing*, 22(2), 82-89.
- HAUTZINGER, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch (2. Aufl.)*. Bern: Hans Huber
- HOLLAND, J. & Lewis, S. (2000). *The Human Side of Cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty*, New York: Harper.

- HONKALAMPI, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with Alexithymie in the General Population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
- JØRGENSEN, M.M., Zacharie, R., Skytthe, A. & Kyvik, K. (2007). Genetic and Environmental Factors in Alexithymie: A Population-Based Study of 8785 Danish Twin Pairs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 369-375.
- JOUKAMAA, M., Karlsson, H., Sholman, B. & Lehtinen, V. (1996). Alexithymia and Psychological Distress among frequent Attendance Patients in Health Care. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 65 (4), 199-202.
- KAHAUNEN, J., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Julkunen, J. & Salonen, J.T. (1996). Alexithymia and Risk of Death in Middle-Aged Men. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 541-549.
- KELLEHER, C.J., Cardozo, L.D., Kullar, V. & Salvatore, S. (1997). A New Questionnaire to Assess the Quality of Life of Urinary Incontinent Women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 13741-379.
- KLÜWER, R. *Studien zur Fokalthherapie*. Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1995.
- KÜCHENHOFF, J. Die Achtung vor dem Anderen. Psychoanalyse und Kulturwissenschaften im Dialog. Velbrück, Wissenschaft, 2005.
- KUPFER, J., Brosig, B. & Brähler, E. (2001). *TAS-26. Toronto-Alexithymie-Skala-26. Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- LANE, R.D., Sechrest, L., Riedel, R. (1998). Sociodemographic Correlates of Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 377-385.
- LANE R.D., Sechrest L., Riedel R., Weldon V., Kaszniak A.W. and Schwartz G.E. (1996). Impaired Verbal and Nonverbal Recognition in Alexithymia. *Psychosomatic medicine*, 58, 203-210.
- LANE, R.D., Quinlan, D.M., Schwartz, J.E., Walker, P.A. & Zeilin, S. B (1990). The Levels of Emotional Awareness Scale: a Cognitive-Developmental Measure of Emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55, 124-134.
- LAUX, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *STAI. Das State-Trait-Angstinventar. Manual*. Weinheim: Beltz Test.
- LAZARUS, R.S. (1966) . *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- LEITHNER-DZIUBAS, K. & Springer-Kremser, M. (2004): Spezielle Psychosomatik am Beispiel der Frauenheilkunde. In Springer-Kremser, M., Löffler-Stastka, H., Schuster, P.

- & Kapusta, N. (Hrsg), *Psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit*. Wien: Facultas.
- LUMLEY, M.A., Tomakowsky, J. & Torosian, T. (1997, September - October). The Relationship of Alexithymia to Subjective and Biomedical Measures of Disease. *Psychosomatics*, 38 (5), 497-502.
- LUMLEY, M.A., Mader, C., Gramzow, J. & Papineau, K. (1996, May - June). Family Factors related to Alexithymia Characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58 (3), 211-216.
- MACKE-BRUCK, B. & Nemeskeri, N. (2009). Psychosomatik. In Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (564-566). Wien, New York: Springer.
- MATTILA, A.K., Salminen, J.K., Nummi, T. & Joukamaa, M. (2006). Age is Strongly Associated with Alexithymia in the General Population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 629-635.
- MARTY, P. & De M'uzan, M. (1978). Das operative Denken („Pensée opératoire“). *Psyche*, 32 (10), 974-984.
- MARTY, P. M & De M'Uzan, C.D.(1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris, P.U.F.
- MCDUGALL, Joyce (1991). *Theater des Körpers*. Weinheim: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- MORTAZAVI, A. & Modjtaba, S. (2001). *Alexithymia: a Psychological Analysis based on Clinical and Healthy Individuals* (doctoral dissertation). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- MIYAKE, Y., Okamoto, Y., Onoda, K., Shirao, N., Mantani, T. & Yamawaki, S. (2009). Neural Correlates of Alexithymia in Response to Emotional Stimuli: a Study of Anorexia Nervosa Patients. *Hiroshima Journal of Medical Sciences*. 58 (1), 1-8.
- Nemiah, J.C. & Sifneos, P.E. (1970). Affect and Fantasy in Patients with Psychosomatic Disorder. In Hill, O.W. (Hrsg), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Vol. 2. New York, Appleton-Century-Crofts.
- NEUHAUS, W. (2000). *Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe*, Stuttgart: Thieme Verlag.
- OH, S.J. & Ku, J.H. (2007): Impact of Stress Urinary Incontinence and Overactive Bladder on Micturition Patterns and Health-Related Quality of Life. *International Urogynecological Journal*, 18, 65 – 71.
- OERTER, R. & Montada, L. (2008). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz, PVU.
- PARKER, J.D., Wood, L.M. & Bond, B.J. (2005). Alexithymia in Young Adulthood: A Risk Factor for Pathological Gambling. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 74, 51-55.

- PARKER, J.D., Bauermann, T.M. & Smith, C..T. (2000). Alexithymia and Impoverished Dream Content: Evidence From Rapid Eye Movement Sleep Awakenings. *Psychosomatic Medicine*, 62 (4), 486-491.
- PARKER, J.D., Keightley, L.M., Smith, C.T. & Taylor, G.J. (1999). Interhemispheric Transfer Deficit in Alexithymia: an Experimental Study. *Psychosomatic Medicine*, 61, 464-468.
- PARKER, J.D., Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (1993). Alexithymia and the Recognition of Facial Expression of Emotion. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 59, 197-202.
- PARKER, J.D., Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (1991). Alexithymia and Depression: Distinct or Overlapping Constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32 (5), 387-394.
- PICARDI, A., Toni, A. & Caroppo, E. (2005). Stability of Alexithymia and its Relationships with the 'Big Five' Factors, Temperament, Character, and Attachment Style. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 74 (6), 371-378.
- PORCELLI, P., Affatati, V., Bellomo, A., De Carne, M., Todarello, O. & Taylor, G.J. (2004, March - April). Alexithymia and Psychopathology in Patients with Psychiatric and Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 73 (2), 84-91.
- PORCELLI, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G. J. & Bagby, M. (1996). A Longitudinal Study of Alexithymia and Psychological Distress in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 569-573.
- PORCELLI, P., Zaka, S., Leoci, C., Centonze, S. & Taylor, G.J. (1995). Alexithymia in Inflammatory Bowel Disease. A Case-Control Study. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 64 (1), 49-53.
- POSPESCHILL M. (2006) : *Statistische Methoden. Strukturen, Grundlagen, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*. München: Spektrum Verlag.
- RÜSCH, J. (1948). The Infantile Personality. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.
- SAARIJÄRVI, S., Salminen, J.K. & Toikka, T.B. (2001). Alexithymia and Depression. A 1-year Follow-Up Study in Outpatients with Major Depression. *Journal of Psychosomatic Research* 51, 729-733.
- SALMINEN, J.K., Saarijarvi, S., Aarela, E., Toikka, T. & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of Alexithymia and its Association with Sociodemographic Variables in the General Population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*. 46, 75-82.
- SEIGNOUREL, P.J., Green, C. & Schmitz, J.M. (2008). Factor Structure and Diagnostic Efficiency of the BDI-II in Treatment-Seeking Substance Users. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 271-278.

- SCHUR, M (1955). Comments on Metapsychology of Somatization. *Psychoanalytic study of the child*, 10, 119-164.
- SELYE, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- SHANDS, H.C. (1975). How are Psychosomatic Patients? *Psychotherapie und Psychosomatik*, 26, 270-285.
- SIFNEOS, P.E. (1996, July). Alexithymia: Past and Present. *American Journal of Psychiatry*, 153 (7 Suppl), 137-142.
- SIFNEOS, P.E. (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 22 (2), 255-62.
- SIMSON, U., Martin, K., Schäfer, R., Franz, M. & Janssen, P. (2006). Veränderung der Wahrnehmung von Emotionen im Verlauf stationärer psychotherapeutischer Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 56, 376-382.
- SPENGLER, A. (1984). Psychische und sexuelle Störungen nach urologischen Genitaleingriffen. *Urologe*, 24, 127-133.
- SPIELBERGER, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.
- SPRINGER-KREMSER, M. (2010): Vortrag Psychosomatikforschung.
- STOFFEL, J.T., Morgan, D., Dunn, R., Hsu, Y., Fenner, D., Delancey, J., McGuire, E.J. & Wie, J.T. (2009). Urinary Incontinence after Stress Incontinence Surgery: a Risk Factor for Depression. *Urology*, 73(1), 41-46.
- SUBIC-WRANA C., Bruder S., Thomas W., Gaus E., Merkle W. und Kohle K. (2002). Verteilung des Persönlichkeitsmerkmals Alexithymie bei Patienten in stationärer psychosomatischer Behandlung-gemessen mit TAS-20 und LEAS. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 52(11), 454-460.
- SUBIC-WRANA, C., Thomas W., Huber M. und Kohle K. (2001): Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS): Die deutsche Version eines neuen Alexithymiestests. *Psychotherapeut*, 46(3), 176-181.
- SUBIC-WRANA, C. (2000) *Levels of Emotional Awareness Scale – deutschsprachige Erprobung, theoretische Einordnung und methodenkritische Bewertung eines neuen Alexithymietests*. Unveröffentlichte Dissertation, Köln.
- TAYLOR, G.J., Ryan, D.P. & Bagby, R.M. (1985). Toward the Development of a New Self-Report Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M. & PARKER, J.D.A. (1993). Alexithymia: State and Trait. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 60, 211-212.

- TODARELLO, O., La Pesa, M.W., Zaka, S., Martina, V. & Lattanzio, E. (1989). Alexithymia and Breast Cancer. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 51, 51-55.
- TOMOYUKI, M. et al. (2005). Reduced Activation of Posterior Cingulate Cortex during Imagery in Subjects with high Degrees of Alexithymia: a Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Biology & Psychiatry*, 57, 982-990.
- TYRER, P. (1995). Somatoform and Personality Disorders: Personality and the Soma. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 395-397.
- UEXKÜLL, T. (2003). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer.
- VERHAAK, P.F.M. (1997). Somatic Disease and Psychological Disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 261-273.
- WATSON, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B. & Bliss, J.M (1991). Relationships between Emotional Control, Adjustment to Cancer and Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients. *Psychological Medicine*. 21, 51-57.
- WEBER, A.M., Walters, M.D., Schover, L.R. & Mitchinson, A. (1995). Sexual Function in Women with Uterovaginal Prolapse and Urinary Incontinence. *Obstetrics and Gynecology*, 85, 483-485.
- WYMAN, J., Walters, M.D., Schover, L.R. & Mitchinson, A. (1995). Outcome Measures for Research in Adult Women with Symptoms of Lower Urinary Tract Dysfunction. Standardization Committee of the International Continence Society. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80, 981-985.
- ZECH, E., Luminet, O., Rimé, B. & Wagner H. (1999): Alexithymia and its Measurement.: Confirmatory Factor Analysis of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *European Journal of Personality*, 13, 511-532.
- ZEITLIN, S.B., Lane, R.D., O'Leary, D.S. & Schrift, M.J (1989): Interhemispheric Transfer Deficit and Alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1434-1439.

TABELLENANHANG A - Fragebogen

- ❖ **Antrag an die Ethik Kommission MUW & AKH Wien**
- ❖ **Bescheid der Ethik Kommission MUW & AKH Wien**
- ❖ **Einverständniserklärung der Teilnahme an der Studie**
- ❖ **Fragebogen**

Antrag

Version 5.7 vom 09.02.2006

Bitte immer die **aktuelle** Version verwenden (<http://ethikkommissionen.at>)!

Dieses Formular soll für Einreichungen bei österreichischen Ethikkommissionen verwendet werden.
Es setzt sich aus einem allgemeinen Teil A - Angaben zur Studie und zum Sponsor -
und aus einem speziellen Teil B - Angaben zu der/den einzelnen Prüfstelle(n) - zusammen.
Bei Einreichungen für mehrere Zentren (Prüfer/innen) muss nur der Teil B an das jeweilige Zentrum angepasst werden.

Adresse der Ethikkommission (optional)

An die Ethikkommission
der Medizinischen Universität Wien
Borschkegasse 8b/E 06
A-1090 Wien

Raum für Eingangsstempel, EK-Nummer, etc.

Bitte Freilassen!

ANTRAG AUF BEURTEILUNG EINES KLINISCHEN FORSCHUNGSPROJEKTES

für folgende Prüfer/innen bei folgenden österreichischen Ethikkommissionen:

- Bitte **alle** Ethikkommissionen eintragen, an die der Antrag gesendet wird (**Kurzbezeichnung!**) ◀
- Im Falle einer **multizentrischen Arzneimittelstudie** ist die **Leitethikkommission** als erste anzuführen! ◀

Zuständige Ethikkommission	Prüfer/in (lokale Studienleitung)
Medizinische Universität Wien	O. Univ. Prof. Dr. Marianne Springer - Kremser (Betreuerin)
	Béatrice Strock (Diplomandin)

Teil A

1. Allgemeines:

1.1 Projekttitel: **Alexithymia in women affected by disorders in the lower urinary tract: TAS-26 vs. LEAS**

1.2 Protokollnummer/-bezeichnung:

1.2.1 EudraCT-Nr.:

1.3 Datum des Protokolls:

1.3.1 ISRCTN-Nr.:

1.4 Daten der beiliegenden Amendments: 1.4.1 Nr.

1.4.2 Datum:

1.4.3 Nr.

1.4.4 Datum:

1.4.5 Nr.

1.4.6 Datum:

1.5 Sponsor / Rechnungsempfänger/in (Kontaktperson in der Buchhaltung):

Sponsor

Rechnungsempfänger/in

1.5.1 Name:

1.5.2 Adresse:

1.5.3 Kontaktperson:

1.5.4 Telefon:

1.5.5 FAX:

1.5.6 e-mail:

(wenn nicht gleich wie „Sponsor“)

2. Eckdaten der Studie

- 2.1 Art des Projektes: ☐ 2.1.1 Klinische Prüfung eines nicht registrierten **Arzneimittels**
☐ 2.1.2 Klinische Prüfung eines registrierten **Arzneimittels**
☐ 2.1.2.1 gemäß der Indikation ☐ 2.1.2.2 nicht gemäß der Indikation
☐ 2.1.3 Klinische Prüfung einer neuen **medizinischen Methode**
☐ 2.1.4 Klinische Prüfung eines **Medizinproduktes**
☐ 2.1.4.1 mit CE-Kennzeichnung ☐ 2.1.4.2 ohne CE-Kennzeichnung
☐ 2.1.4.3 Leistungsbewertungsprüfung (In-vitro-Diagnostika)
☐ 2.1.5 **Nicht-therapeutische biomedizinische Forschung** am Menschen
(Grundlagenforschung)
☐ 2.1.6 **Genetische Untersuchung**
☒ 2.1.7 **Sonstiges** (z.B. Diätetik, Epidemiologie, etc.), bitte spezifizieren:
**Epidemiologie des psychischen Konstruktes Alexithymie bei uro-
gynäkologischen Patientinnen & Evaluierung zweier Alexithymie-
Messinstrumente**

2.2 Fachgebiet: **Gynäkologie**

2.3 Arzneimittelstudie (wenn zutreffend)

2.4 Medizinproduktstudie (wenn zutreffend)

2.3.1 Prüfsubstanz(en):

2.4.1 Prüfprodukt(e):

2.3.2 Referenzsubstanz:

2.4.2 Referenzprodukt:

2.5 Klinische Phase: ____ (unbedingt angeben, bei Medizinprodukten die am ehesten zutreffende Phase)

2.6 Nehmen andere Zentren an der Studie teil: ☐ ja ☒ nein. Wenn **ja**:
2.6.1 im Inland ☐ 2.6.2 im Ausland ☐

2.7 Liste der Zentren:

2.8 Liegen bereits Voten anderer Ethikkommissionen vor?
☐ ja ☒ nein. Wenn **ja**, **Voten beilegen!**

2.9 Geplante Anzahl der Prüfungsteilnehmer/innen gesamt (alle teilnehmenden Zentren): **120**

2.10 Charakterisierung der Prüfungsteilnehmer/innen: 2.10.1 Mindestalter: **18** 2.10.2 Höchstalter: **75**
2.10.3 Sind auch nicht persönlich Einwilligungsfähige einschließbar? ☐ ja ☒ nein
2.10.4 Einschließbar sind ☒ weibliche (und/oder) ☐ männliche Teilnehmer/innen.
2.10.5 Sind gebärfähige Frauen einschließbar? ☒ ja ☐ nein

2.11 Dauer der Teilnahme der einzelnen Prüfungsteilnehmer/innen an der Studie: **30 Minuten**
2.11.1 Aktive Phase: **30 Minuten** 2.11.2 Nachkontrollen:

2.12 Voraussichtliche Gesamtdauer der Studie: **6 Monate**

3a. Betrifft nur Studien gemäß AMG: Angaben zur Prüfsubstanz (falls nicht in Österreich registriert):

3.1 Registrierung in anderen Staaten? ☐ ja ☐ nein. Wenn **ja**, geben Sie an, in welchen:

3.2 Liegen über das zu prüfende Arzneimittel bereits aussagekräftige Ergebnisse von klinischen Prüfungen vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, bitte geben Sie folgende Daten an:

3.2.1 In welchen Staaten wurden die Prüfungen durchgeführt:

3.2.2 Phase: _____ (Wenn Studien in mehreren Phasen angeführt sind, die höchste Phase angeben)

3.2.3 Zeitraum:

3.2.4 Anwendungsart(en):

3.2.5 Wurde(n) die klinische(n) Prüfung(en) gemäß GCP-Richtlinien durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

3.2.6 Liegt ein Abschlußbericht vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, bitte legen Sie die **Investigator's Brochure**, **relevante Daten** oder ein **Gutachten des Arzneimittelbeirates** bei.

3b. Sonstige im Rahmen der Studie verabreichte Medikamente, deren Wirksamkeit und/oder Sicherheit nicht Gegenstand der Prüfung sind:

Generic Name	Darreichungsform	Dosis

4. Betrifft nur Studien gemäß MPG: Angaben zum Medizinprodukt:

4.1 Bezeichnung des Produktes:

4.2 Hersteller:

4.3 Zugelassen für diese Indikation: ☐ ja ☐ nein

4.4 Zugelassen, aber für eine andere Indikation: ☐ ja ☐ nein

4.5 Das Medizinprodukt trägt ein CE-Zeichen ☐ ja ☐ nein

4.6 ☐ Die Produktbroschüre liegt bei.

4.7 Welche Bestimmungen bzw. Normen sind für die Konstruktion und Prüfung des Medizinproduktes herangezogen worden (Technische Sicherheit):

4.8 Allfällige Abweichungen von den o.a. Bestimmungen (Normen):

5. Angaben zur Versicherung (gemäß §32 Abs.1 Z.11 und Z.12 und Abs.2 AMG; §§47 und 48 MPG)

5.1 Eine Versicherung ist erforderlich: ☐ ja ☒ nein. Wenn **ja**:

5.1.1 Versicherungsgesellschaft

5.1.2 Adresse:

5.1.3 Telefon:

5.1.4 Polizzenummer:

5.1.5 Gültigkeitsdauer:

Diese Angaben müssen in der Patienten- / Probandeninformation enthalten sein!

6.1. Welche Maßnahmen bzw. Behandlungen werden **ausschließlich studienbezogen** durchgeführt?

[illegible][illegible]

6.3. Ergänzende Informationen zu studienbezogenen Maßnahmen und alle erforderlichen Abweichungen von der Routinebehandlung:

BEISPIELE als AUSFÜLLHILFE			
Art	Anzahl/Dosis	Zeitraum	insgesamt
Blutabnahmen	5ml /jeden 3. Tag	3 Wochen	35ml
Magenbiopsie	1x zu Beginn der Studie	---	1
psychologische Tests	1x zu Beginn; 1x zum Abschluss	3 Wochen	2
Insulin s.c.	2 x 40 IE	1 Woche	2
Thoraxröntgen	1x zu Beginn der Studie	---	1

7. Strukturierte Kurzfassung des Projektes (in deutscher Sprache, kein Verweis auf das Protokoll)

7.1 Wenn Original-Projektstitel nicht in Deutsch: Deutsche Übersetzung des Titels:

Alexithymie bei Frauen mit Beschwerden im unteren Harntrakt: TAS-26 vs. LEAS

7.2 Zusammenfassung des Projektes (Rechtfertigung, Relevanz, Design, Maßnahmen und Vorgehensweise):

Rechtfertigung: Alexithymie ist eine Störung des Affekterlebens und -ausdrucks die auf neurophysiologische und psychologische Faktoren zurückgeführt wird. Alexithymie wurde zuerst bei psychosomatischen Patienten beobachtet, spätere Befunde ergaben Hinweise dass es sich mehr um ein Muster von verhaltensbezogenen, kognitiven und affektiven Störungen handelt das zwar vermehrt bei psychosomatischen und psychiatrischen Patienten auftritt, jedoch nicht auf diese beschränkt ist und auch in der Allgemeinbevölkerung auftritt. In den letzten Jahre wurden auch Zusammenhänge zu Symptomen bei chronischen somatischen Krankheiten gefunden. Die Debatte ob es sich um ein Trait oder State handelt persistiert heute noch und genauso ob Alexithymie bei Vorliegen einer psychosomatischen Krankheit Risikofaktor oder Konsequenz der Erkrankung ist ist nicht geklärt.

Die Toronto-Alexithymie-Skala (TAS) ist das weitverbreitetste Instrument um alexithyme Störungen zu erheben. Es handelt sich um einen Selbsteinschätzungs-Fragebogen der mithilfe 26 Fragen wesentliche Störungen der Affektregulation erhebt. Aufgrund der Kritik, dass zum Ausfüllen dieses Fragebogens die Fähigkeit zur affektiven Introspektion, d.h. das Konstrukt das gemessen werden soll selbst vorliegen muss, wird diesem Selbsteinschätzungsfragebogen die neuere "Levels of Emotional Awareness Scale" (LEAS) gegenübergestellt. Innerhalb dieses Performance-Tests soll die Testperson bei 20 verschiedenen emotional besetzten Situationen beschreiben wie sie sich sowie eine andere Person fühlen würde. Die LEAS verfolgt somit einen anderen Ansatz und versucht die Fähigkeit zur Affektwahrnehmung und -ausdruck direkt zu messen und wertet einen allgemeinen emotionalen Entwicklungsstand aus während die TAS eine Beschreibung dieser Fähigkeit verlangt und cut-off Werte für alexithyme Störung anbietet.

Gemäss dem Multitrait-multimethod Ansatz werden zusätzlich die alexithymienahen Konstrukte Depression und Ängstlichkeit mit dem Beck Depression Inventory (BDI) und State-Trait Anxiety Inventory (STAI) sowie das alexithymieferne Konstrukt Lebensqualität mit dem King's Health Questionnaire (KHQ) erhoben und mit den Ergebnissen der beiden Alexithymie-Testungen TAS und LEAS korreliert.

Studienrelevanz: Wissenschaftliche Befunde haben ergeben, dass bei Vorliegen einer Störung der Affektregulation das Risiko zur Entwicklung weiterer psychiatrischer und psychosomatischer Störungen signifikant erhöht ist. Um weiteres menschliche Leiden sowie Belastung des Gesundheitssystems zu verhindern wäre es wichtig Alexithymie als Risikofaktor näher zu untersuchen. Des weiteren wurden bis jetzt die somatischen und psychosomatischen uro-gynäkologischen Krankheitsbilder nicht auf Alexithymie untersucht sowie klinische Stichproben beim Einsatz von TAS und LEAS gemeinsam vernachlässigt. Auf der anderen Seite gilt es die Erhebungsinstrumente zu optimieren und zu überprüfen ob sie das Konstrukt Alexithymie richtig operationalisieren und wieso noch ungeklärte Korrelationen von der TAS zu Angst und Depression vorliegen und ob die LEAS auch diesem Fehler in seiner Konstruktvalidität unterliegt.

Zusammenfassend soll auf epidemiologischer Ebene untersucht werden ob Frauen mit unterschiedlichen uro-gynäkologischen Diagnosen (Dranginkontinenz, Mischinkontinenz, Stressinkontinenz und prolapse) sich in der Ausprägung ihrer Alexithymie-Werte unterscheiden. Auf methodenkritischer Ebene soll untersucht werden ob die beiden Instrumente TAS und LEAS das gleiche Konstrukt messen und zu gleichen Ergebnissen kommen und wie sich die beiden jeweils zu den Konstrukten Angst, Depression und Lebensqualität verhalten.

Design & Vorgehensweise: Zu diesem Zweck werden den Patientinnen auf der uro-gynäkologischen Ambulanz im Allgemeinen Krankenhaus (AKH) Wien die 5 Fragebögen einmalig vorgelegt. Die klinische Stichprobe wird in 3 Gruppen aufgeteilt: somatische Stichprobe (Diagnose Stressinkontinenz und Prolapse), gemischte Stichprobe (Diagnose Mischinkontinenz) sowie die psychosomatische Stichprobe (Diagnose Dranginkontinenz). Vom Ablauf her, würden die Patientinnen zwischen Anmeldung und Untersuchung auf die klinische Studie angesprochen werden um ihnen die Wartezeit zu verkürzen. Die Diplomandin würde die Teilnehmerinnen in Anwesenheit der Oberärztin Dr. Dörfler über die Studie aufklären und wäre für die Erhebung der Daten sowie deren statistischen Auswertung verantwortlich. Der Diplomandin wird Einblick in die Datenbank der uro-gynäkologischen Ambulanz gewährt, sie unterliegt jedoch der Schweigepflicht. Mit einem alpha von 0.5, einem beta von 0.8 und einer Effektgrösse 0.6 damit die statistische Signifikanz auch klinisch relevant ist, wurde eine Gesamtgrösse der klinischen Stichprobe von 110-120 Personen berechnet. Um diese Stichprobengrösse und -verteilung zu erreichen werden

	zusätzlich Patientinnen aus der Datenbank telefonisch kontaktiert und zur Studienteilnahme eingeladen. Die klinische Stichprobe wird mit einer Kontrollstichprobe verglichen. Diese wird nach den parallelisierenden Kriterien Alter, Gebärungsanzahl sowie Bildungsgrad rekrutiert und diese Frauen füllen denselben Fragebogen einmalig aus. Einzig der KHQ wird bei der Kontrollstichprobe ausgelassen, da dieser Fragebogen spezifisch auf Lebensqualität bei Personen mit Blasenproblemen eingeht. Ausschlusskriterien für die Kontrollstichprobe sind urogynäkologische Beschwerden oder sonstige psychosomatische Erkrankungen.
7.3	Ergebnisse der prä-klinischen Tests oder Begründung für den Verzicht auf prä-klinischen Tests: Es handelt sich um eine reine Fragebogen-Studie mit psychometrisch validierten und genormten Verfahren die schon mehrfach in randomized controlled studies angewendet und in peer-reviewed journals publiziert wurden. Auf dieser Wissens-Grundlage wird auf eine prä-klinische Testung verzichtet.
7.4	Primäre Hypothese der Studie (wenn relevant auch sekundäre Hypothesen): Hypothese 1: Es wird erwartet, dass Patientinnen aus der psychosomatischen Stichprobe höhere Alexithymie-Werte in TAS und LEAS als Patientinnen aus der gemischten Stichprobe erzielen werden, die Patientinnen aus der gemischten Stichprobe wiederum höhere als die Patientinnen aus der somatischen Stichprobe. Hypothese 2: TAS und LEAS messen unterschiedliche Alexithymie-Werte bei den gleichen Patientinnen, weil beide das Konstrukt Alexithymie unterschiedlich operationalisieren.
7.5	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien: Einschlusskriterien der klinischen Stichprobe: Erwachsene Frauen mit einer der 4 uro - gynäkologische Diagnosen Dranginkontinenz, Mischinkontinenz, Stressinkontinenz sowie Prolapse. Bei Patientinnen die aufgrund der Datenbank kontaktiert wurden darf keine der vorgenommenen Interventionen gefruchtet haben damit die Diagnose noch vorliegt. Ausschlusskriterien der klinischen Stichprobe: Infektionen, Blasensteine sowie Karzinome im unteren Harntrakt Einschlusskriterien der Kontrollstichprobe: parallelisiertes Alter, Gebärungs-Anzahl und Bildungsgrad Ausschlusskriterien der Kontrollstichprobe: uro-gynäkologische Beschwerden sowie psychosomatische Erkrankungen
7.6	Ethische Überlegungen (Identifizieren und beschreiben Sie alle möglicherweise auftretenden Probleme. Beschreiben Sie den möglichen Wissenszuwachs, der durch die Studie erzielt werden soll und seine Bedeutung, sowie mögliche Risiken für Schädigungen oder Belastungen der Prüfungsteilnehmer/innen. Legen Sie Ihre eigene Bewertung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses dar): Belastung: Die Teilnehmerinnen müssen für diese Studie einmalig einen ca. 30minütigen Fragebogen mit Fragen über ihre Beschwerden, ihre Lebensqualität und ihr Gefühlsmpfinden ausfüllen. Körperliche Schädigungen werden durch dieses Design ausgeschlossen. Durch das Einschätzen des aktuellen Gefühlszustands und allgemeinen Reaktionstendenzen könnten emotionale Belastungen aktiviert werden. Bei Bedarf können Teilnehmerinnen Informationen zu Anlaufstellen für ihre emotionales Leiden erhalten (z.B. psychosomatische Frauenambulanz) Wissenszuwachs: Diese Studie könnte zu neuen Erkenntnissen in der Affektregulation von urogynäkologischen Patienten führen. Falls Störungen im Wahrnehmen der Emotionen vorliegen könnten diese als Risikofaktoren zur Chronifizierung der Beschwerden aufgedeckt werden und idealerweise in der Behandlung darauf eingegangen werden. Fehlgeleitete Patientinnen könnten an die richtige Behandlungsstelle verwiesen werden. Somit könnte die Entwicklung chronischer Symptome, weiterer psychosomatische Erkrankungen oder sekundäre psychiatrische Erkrankungen verhindert werden sowie nicht-zielführende medizinische Interventionen vermieden werden. Insgesamt könnte das körperliche und psychische Leiden der Patientinnen entlastet werden sowie das Versorgungssystem von hohen nicht-zielführenden Massnahme-Kosten. Daneben können relevante Informationen zur Messqualität der beiden Instrumente TAS und LEAS erhoben werden und überprüft werden welche Konstrukte beide tatsächlich messen und welches Instrument zuverlässiger einsetzbar ist. Mit der Entwicklung valider, reliabler und objektiver Verfahren kann schnell und zuverlässig der Grad der Einschränkung in der Wahrnehmung emotionales Verhaltens festgestellt werden und wiederum den Patienten und das Gesundheitssystems entlastet werden.

Aus dieser Sicht überwiegt der Informationsgewinn im Vergleich zu einer relativ geringen Belastung und Gefährdung der Patientin.
7.7 Begründung für den Einschluss von Personen aus geschützten Gruppen (z.B. Minderjährige, temporär oder permanent nicht-einwilligungsfähige Personen; wenn zutreffend):
7.8 Beschreibung des Rekrutierungsverfahrens (alle zur Verwendung bestimmte Materialien, z.B. Inserate inkl. Layout müssen beigelegt werden): - Patientinnen die zu einer ärztlichen Untersuchung in die uro-gynäkologische Ambulanz des AKH kommen werden auf die laufende Studie angesprochen und nach ihrer Teilnahmebereitschaft gefragt - Patientinnen aus der Datenbank der urogynäkologischen Ambulanz werden telefonisch kontaktiert, über die Studie informiert und bei Teilnahmebereitschaft um ein Aufscheinen in der uro-gynäkologischen Ambulanz gebeten - Frauen für die Kontrollstichprobe werden über den Bekanntenkreis rekrutiert und persönlich über die Studie informiert. Einzige Materialien die verwendet werden sind der Informations- und Einwilligungsbogen sowie der Fragebogen selbst.
7.9 Vorgehensweise an der/den Prüfstelle(n) zur Information und Erlangung der informierten Einwilligung von Prüfungsteilnehmer/inne/n, bzw. Eltern oder gesetzlichen Vertreter/inne/n, wenn zutreffend (wer wird informieren und wann, Erfordernis für gesetzliche Vertretung, Zeugen, etc.): Oberärztin Dr. Dörfler sowie die Diplomandin werden die Patientinnen vor ärztlicher Untersuchung an der uro-gynäkologischen Ambulanz über die Studie informieren, die Informationsbögen austeilen und bei Einwilligung den Fragebogen vorlegen. Es werden nur erwachsene mündige Frauen in die Stichprobe einbezogen.
7.10 Risikoabschätzung, vorhersehbare Risiken der Behandlung und sonstiger Verfahren, die verwendet werden sollen (inkl. Schmerzen, Unannehmlichkeiten, Verletzung der persönlichen Integrität und Maßnahmen zur Vermeidung und/oder Versorgung von unvorhergesehenen / unerwünschten Ereignissen):
7.11 Voraussichtliche Vorteile für die eingeschlossenen Prüfungsteilnehmer/innen: Es ergibt sich keinen direkten gesundheitlichen Vorteil aus der Teilnahme dieser Fragebogen-Studie, jedoch könnte sich sekundär bei Patientinnen mit einem erhöhten Leidensdruck herausstellen dass ihnen an anderer Stelle geholfen werden könnte (z.B. psychosomatische Frauenambulanz)
7.12 Relation zwischen Prüfungsteilnehmer/in und Prüfer/in (z.B. Patient/in - Ärztin/Arzt, Student/in - Lehrer/in, Dienstnehmer/in - Dienstgeber/in, etc.): Oberärztin Dr. Dörfler und die Diplomandin klären über die Studie auf, die Studienteilnehmerin füllt den Fragebogen im Alleingang aus und darf sich bei Fragen gleich, anschliessend oder zu einem späteren Zeitpunkt gerne an obengenannte Oberärztin und Diplomandin wenden.
7.13 Verfahren an der/den Prüfstelle(n) zur Feststellung, ob eine einzuschließende Person gleichzeitig an einer anderen Studie teilnimmt oder ob eine erforderliche Zeitspanne seit einer Teilnahme an einer anderen Studie verstrichen ist (von besonderer Bedeutung, wenn gesunde Proband/inn/en in pharmakologische Studien eingeschlossen werden):
7.14 Methoden, um unerwünschte Effekte ausfindig zu machen, sie aufzuzeichnen und zu berichten (Beschreiben Sie wann, von wem und wie, z.B. freies Befragen und/oder an Hand von Listen):
7.15 Optional: Statistische Überlegungen und Gründe für die Anzahl der Personen, die in die Studie eingeschlossen werden sollen (ergänzende Informationen zu Punkt 8, wenn erforderlich):

Mit einem Alpha von 0.05 (Standard), ergibt sich ein Beta von 0.2 (alpha multipliziert mit vier: $0.05 \times 4 = 0.20$) und daraus resultiert eine Power ($1 - \text{Beta}$) von 0.8. Da die Effekte nicht nur statistisch sondern auch klinisch signifikant sein sollen werden mindestens mittlere Effekte angestrebt, in diesem Falle 0.6. Mit diesen Kennwerten resultiert eine klinische Stichprobengröße von 35 - 40 Personen pro Gruppe (somatische, gemischte und psychosomatische) und somit 110 - 120 klinischen Teilnehmerinnen insgesamt. Falls sich bei den Mittelwertsvergleichen, Varianzanalysen und der Kovarianzanalyse signifikante Unterschiede ergeben, ist die Berechnung einer logistischen Regressionsanalyse geplant. Pro Prädiktor bräuchte man ungefähr 10 Personen, wobei mit der gesamten klinischen Stichprobe von 110-120 dann 11-12 Prädiktoren einbezogen werden könnten was als ausreichend betrachtet wird.
7.16 Optional: Verwendete Verfahren zum Schutz der Vertraulichkeit der erhobenen Daten, der Quelldokumente und von Proben (ergänzende Informationen zu Punkt 8, wenn erforderlich): Den Teilnehmerinnen wird ein Code auf der Einwilligungsbestätigung zugeteilt. Nur dieser Code scheint auf den Fragebögen auf um die Anonymität der Teilnehmerinnen zu gewahren. Einzig Oberärztin Dr. Dörfler sowie die Diplomandin haben Zugang zu den Einwilligungserklärungen, auf den Namen sowie zugeteilter Code gemeinsam aufscheinen.
7.17 Plan zur Behandlung oder Versorgung nachdem die Personen ihre Teilnahme an der Studie beendet haben (wer wird verantwortlich sein und wo): Nach Ausfüllen des Fragebogens dürfen sich die Teilnehmer gerne an Oberärztin Dr. Dörfler sowie die Diplomandin wenden falls sich noch Fragen ergeben sollten. Zu diesem Zwecke wurden auf der Kopie der Einwilligungsbestätigung die die Teilnehmerin erhält Namen, Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Verantwortlichen vermerkt.
7.18 Betrag und Verfahren der Entschädigung oder Vergütung an die Prüfungsteilnehmer/innen (Beschreibung des Betrages, der während der Prüfungsteilnahme bezahlt wird und wofür, z.B. Fahrtspesen, Einkommensverlust, Schmerzen und Unannehmlichkeiten, etc.): Die Teilnehmerinnen erhalten keine Vergütung für das Ausfüllen des Fragebogens.
7.19 Regeln für das Aussetzen oder vorzeitige Beenden der Studie an der/den Prüfstelle(n) in diesem Mitgliedstaat oder der gesamten Studie:
7.20 Vereinbarung über den Zugriff der Prüferin/des Prüfers/der Prüfer auf Daten, Publikationsrichtlinien, etc. (wenn nicht im Protokoll dargestellt): Die Diplomandin hat Einsicht in die Datenbank der uro-gynäkologischen Ambulanz a) zur Rekrutierung weiterer Teilnehmerinnen b) zur Erhebung medizinischer Daten. Die Diplomandin unterliegt der Schweigepflicht.
7.21 Finanzierung der Studie (wenn nicht im Protokoll dargestellt) und Informationen über finanzielle oder andere Interessen der Prüferin/des Prüfers/der Prüfer: Diese Diplomarbeitstestung verursacht keine weiteren Kosten.
7.22 Weitere Informationen (wenn erforderlich):

8. Biometrie, Datenschutz:

!!! Achtung: Pkt. 8.1 ist in jedem Fall auszufüllen !!!

(Hier nur Kurzinformationen in Stichworten, ausführlicher - wenn erforderlich - unter Punkt 7.15 und 7.16)

8.1 Studiendesign (z.B. doppelblind, randomisiert, kontrolliert, Placebo, Parallelgruppen, multizentrisch)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ 8.1.1 offen | ☐ 8.1.2 randomisiert | ☐ 8.1.3 Parallelgruppen | ☐ 8.1.4 monozentrisch |
| ☐ 8.1.5 blind | ☒ 8.1.6 kontrolliert | ☐ 8.1.7 cross-over | ☐ 8.1.8 multizentrisch |
| ☐ 8.1.9 doppelblind | ☐ 8.1.10 Placebo | ☐ 8.1.11 faktoriell | ☐ 8.1.12 Pilotprojekt |
| ☐ 8.1.13 observer-blinded | ☐ 8.1.14 Äquivalenzprüfung | | |
| ☐ 8.1.15 sonstiges: | | | |

8.1.16 Anzahl der Gruppen: **3**

8.1.17 Stratifizierung: ☐ nein ☐ ja: Kriterien:

8.1.18 Messwiederholungen: ☒ nein ☐ ja: Zeitpunkte:

8.1.19 Hauptzielgröße: **Unterschiedliche Alexithymie-Ausprägungsgrade in den 3 urogynäkologischen Stichproben**

8.1.20 Nullhypothese(n): **1. Alexithymieausprägung am grössten oder gleich in der somatischen, dann gemischten und am niedrigsten oder gleich in der psychosomatischen Stichprobe**

2. TAS und LEAS messen den gleichen Alexithymie-Ausprägungsgrad

8.1.21 Alternativhypothese(n): **1. Alexithymieausprägung am grössten in der psychosomatischen, dann gemischten und am niedrigsten in der somatischen Stichprobe**

2. TAS und LEAS messen unterschiedliche Alexithymie-Ausprägungsgrade

8.1.22 Nebenzielgrößen: **Einfluss von Angst, Depression, Lebensqualität, Alter und Bildungsniveau**

8.2 Studienplanung

Die Fallzahlberechnung basiert auf (Alpha = Fehler 1. Art, Power = 1 – Beta = 1 – Fehler 2. Art):

8.2.1 Alpha: **0,05** 8.2.2 Power: **0,80** 8.2.3 Stat.Verfahren: **t-tests, Varianzanalyse, Kovarianzanalyse, und eine logistische Regression falls sich signifikante Unterschiede ergeben**

8.2.4 Multiples Testen: ☒ nein ☐ ja: Korrekturverfahren.:

8.2.5 Erwartete Anzahl von Studienabbrecher/innen (Drop-out-Quote): **10%**

8.3 Geplante statistische Analyse

Population: ☐ 8.3.1 Intention-to-treat ☐ 8.3.2 Per Protocol

8.3.3 Zwischenauswertung: ☒ nein ☐ ja: Abbruchkriterien:

8.3.4 Geplante statistische Verfahren:

8.4 Dokumentationsbögen / Datenmanagement

8.4.1 Angaben zur Datenqualitätsprüfung

Fragebögen werden auf Vollständigkeit überprüft

8.4.2 Angaben zum Datenmanagement

Datenerfassung und -management erfolgt durch die Diplomandin

8.5 Verantwortliche und Qualifikation

8.5.1 Wer führte die biometrische Planung durch (ggf. Nachweis der Qualifikation)?

8.5.2 Wer wird die statistische Auswertung durchführen (ggf. Nachweis der Qualifikation)?

Diplomandin Béatrice Strock

8.6 Datenschutz

8.6.1 Die Datenverarbeitung erfolgt a) ☐ personenbezogen b) ☒ indirekt personenbezogen

8.6.2 Wenn a): Begründung:

DVR-Nummer:

8.6.3 Wenn b): Wie erfolgt die Anonymisierung?

Code - Zuteilung auf der Einwilligungserklärung. Auf dem Fragebogen wird nur der Code aufscheinen. Nur die Oberärztin sowie die Diplomandin können dem Code den Namen zuordnen.

9. Liste der eingereichten Unterlagen (wenn nicht gesondert dem Antrag beiliegend):

Dokument	Version/Identifikation	Datum
Protokoll		
Kurzfassung		
Patienteninformation / Einwilligungserklärung		
Prüfbogen (Case Report Form, CRF)		
Versicherungsbestätigung		
Amendment Nr.		
Amendment Nr.		
Amendment Nr.		
Lokales Amendment Nr.		

Name und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

- 9.1 Name: **Univ. Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser**
- 9.2 Institution/ Firma: **Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie**
- 9.3 Position: **Vorstand**
- 9.4 Antragsteller/in ist ☐ 9.4.1 koordinierende/r Prüfer/in (multizentrische Studie)
(nur AMG-Studien) ☐ 9.4.2 Hauptprüfer/in (monozentrische Studie)
☐ 9.4.3 Sponsor bzw. Vertreter/in des Sponsors
☐ 9.4.4 vom Sponsor autorisierte Person/Organisation

Ich bestätige hiermit, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben korrekt sind und dass ich der Meinung bin, dass die Durchführung der Studie in Übereinstimmung mit dem Protokoll, nationalen Regelungen und mit den Prinzipien der Guten Klinischen Praxis möglich sein wird.

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Datum

!!! Achtung: Diese Unterschrift ist in jedem Fall erforderlich !!!

Teil B

10. Angaben zur Prüferin/zum Prüfer

10.1 Name: **Univ. Prof. Dr. Marianne Springer - Kremser**

10.2 Krankenanstalt/Institut/Abteilung: **Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie**

10.3 Telefon	10.4 „Pieps“/Mobil	10.5 Fax	10.6 e-mail-Adresse:
(01) 40400 3061			marianne.springer-kremser@meduniwien.ac.at

10.7 Jus practicandi: ☒ ja ☐ nein 10.8 Facharzt für: **Psychiatrie und Neurologie**

10.9 Prüfärztekurs: ☒ ja ☐ nein

10.10 Sofern relevant: Präklinische Qualifikation (z.B. Labordiagnostik) bzw. Name der Verantwortlichen:

11. Geplante Anzahl der einzuschließenden Patient/inn/en bzw. Proband/inn/en an dieser Prüfstelle

120

Patientinnen an der uro-gynäkologischen Ambulanz

12. Verantwortliche Mitarbeiter/innen an der klinischen Studie (an Ihrer Prüfstelle)

Name	Institution
O. Univ. Prof. Dr. Marianne Springer - Kremser (Betreuerin der Diplomarbeit)	Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie
Ao. Univ. Prof. Dr. Engelbert Hanzal (Leiter der Testungs-Ambulanz)	Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Abteilung für Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
Ass. Prof. Dr. Daniela Dörfler (Oberärztin der Testungs-Ambulanz)	Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Abteilung für Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
Béatrice Strock (Diplomandin)	Universität Wien, Studium der Psychologie
Ao. Univ. Prof. Dr. Germain Weber (Betreuer der Diplomarbeit)	Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Abteilung für Klinische Psychologie
	DIPLOMARBEIT !!!

13. Unterschrift der Prüferin/des Prüfers

Ich bestätige hiermit, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben korrekt sind und dass ich der Meinung bin, dass die Durchführung der Studie in Übereinstimmung mit dem Protokoll, nationalen Regelungen und mit den Prinzipien der Guten Klinischen Praxis möglich sein wird.

.....
Unterschrift der Prüferin/des Prüfers

.....
Datum

!!! Achtung: Teil B ist in jedem Fall vollständig auszufüllen, bei multizentrischen klinischen Prüfungen nach AMG für jedes in Österreich teilnehmende Zentrum separat !!!

Bei multizentrischen AMG-Studien sind die Teile B von der Hauptprüferin/dem Hauptprüfer des jeweiligen Zentrums zu unterzeichnen.

Alternativ zur Unterschrift auf den Teilen B können die Unterschriften der Hauptprüfer/innen auch auf den Unterschriftenseiten des Protokolls oder der Prüfärzteverträge vorgelegt werden. Es muss jedenfalls eine eindeutige - durch Unterschrift dokumentierte - Zustimmung aller Hauptprüfer/innen zum Protokoll vorliegen.

**ETHIK-KOMMISSION
DER MEDIZINISCHEN UNIVERSITÄT WIEN
UND DES
ALLGEMEINEN KRANKENHAUSES DER STADT WIEN AKH**

Borschkegasse 8b/6 - A-1090 Wien, Austria

☎ 0043 1 404 00 – 2147, 2244 & ☎ 0043 1 404 00 – 1690

E-Mail: ethik-kom@meduniwien.ac.at

www.meduniwien.ac.at/ethik

Sitzung der Ethik-Kommission am 8. Jänner 2008, TOP 39 :

EK Nr: 671/2007

Antragsteller: Univ.Prof.Dr. Marianne Springer-Kremser(1), Beatrice Strock(2)

Einreichende Institution: Univ.Klin.f. Psychoanalyse u. Psychotherapie(1), Inst.f. Psychologie(2)

Projekttitel: Alexityhmie bei Frauen mit Beschwerden im unteren Harntrakt: TAS-26 vs. LEAS

Die Stellungnahme der Ethik-Kommission erfolgt aufgrund folgender eingereichter Unterlagen:

Dokument	Version/Nr	Datiert
Originalprotokoll:		2007-12-11
Kurzfassung:		2007-12-11
Patienteninfo./Einverständniserklrg.:	2/2	2007-12-11/2008-01-23
Sonstiges: Fragebogen		2007-12-11

Die Kommission fasst folgenden Beschluss (mit X markiert):

- ☒ Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie.
- ☐ Die unten bezeichneten Punkte des Antrages sind entweder noch unerledigt bzw sollten von den Antragstellern geändert/ nachgereicht werden. Nach entsprechender Vorlage/Erledigung kann auch vor der nächsten Ethik-Kommissions Sitzung ein endgültig positiver Beschluss ausgefertigt werden. Der Antrag wird in der nächsten Sitzung der Kommission nicht mehr behandelt.
Achtung: Werden die geforderten Unterlagen von den Antragstellern nicht innerhalb von 3 Sitzungsperioden (ab Datum dieser Sitzung) nachgereicht, gilt der Antrag ohne weitere Benachrichtigung als zurückgezogen und muss gegebenenfalls als Neuantrag eingereicht werden.
- ☐ Es bestehen Einwände gegen die Durchführung der Studie in der eingereichten Form. Die unten angeführten Punkte sollten von den Antragstellern entsprechend geändert und der Kommission neu vorgelegt werden. Der Antrag wird in der nächsten Sitzung der Kommission nochmals behandelt.
Achtung: Werden die geforderten Unterlagen von den Antragstellern nicht innerhalb von 3 Sitzungsperioden (ab Datum dieser Sitzung) nachgereicht, gilt der Antrag ohne weitere Benachrichtigung als zurückgezogen und muß gegebenenfalls als Neuantrag eingereicht werden.
- ☐ Der Antrag wird von der Ethik-Kommission abgelehnt.
- ☐ Der TOP wird bis zur nächsten Sitzung vertagt (Begründung siehe unten)

Kommentare:

Zum Prüfplan : Im Antragsformular unter Punkt 7.2 wird eine gesunde Kontrollgruppe erwähnt – wo werden diese Prüfungsteilnehmerinnen rekrutiert?

Das Rekrutieren der Patientinnen anhand der Datei kann nicht über Telefonkontakt erfolgen (postalisch mit neutralem Kuvert).

Nach Ansicht der Ethik-Kommission entstehen durch den Einschluss von Patientinnen anhand der Datei verschiedene unter Umständen irreführende Probleme. Kann anhand der Datei festgestellt werden, ob die Symptomatik noch besteht?

Ist davon auszugehen, dass bei Patientinnen, die den Zustand schon lange Zeit haben, die gleichen Bedingungen vorliegen wie bei Patientinnen bei denen die Inkontinenz erst vor kurzem eingetreten ist? Die Ethik-Kommission empfiehlt nur Patientinnen in der Ambulanz anzusprechen.

Zur Patienteninformation : Versionsbezeichnung und Datierung fehlen und sind zu ergänzen.

Fremdworte sind bei ihrem ersten Auftreten zu erklären bzw zu übersetzen (Punkt 1: „uro-gynäkologisch“).

Die Ethik-Kommission empfiehlt die Beachtung des Merkblattes zur sprachlichen Gestaltung der Patienteninformation (www.meduniwien.ac.at/ethik).

Die Ethik-Kommission ersucht die Antragsteller, bei der Wiedervorlage von geänderten Patienteninformationen Versionsbezeichnungen anzugeben und ein Exemplar mit hervorgehobenen Änderungen beizulegen.

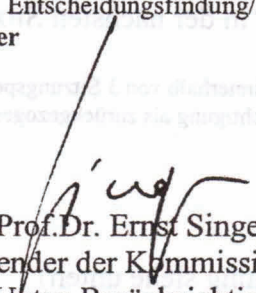
Zur Versicherungsbestätigung : **nicht erforderlich**

Andere :

Nachtrag vom 28. Jänner 2008: Die Antragsteller legen am 23.1.08 eine ausführliche Stellungnahme sowie eine überarbeitete Patienteninformation vor. Die Ethik-Kommission akzeptiert die nachgereichten Unterlagen.

Die Ethik-Kommission geht - rechtlich unverbindlich – davon aus, daß es sich um keine klinische Prüfung gemäß AMG/MPG handelt.

Mitgliederliste der Ethik-Kommission (aktueller Stand am Sitzungstag) beiliegend. Mitglieder der Ethik-Kommission, die für diesen Tagesordnungspunkt als befangen anzusehen waren und daher laut Geschäftsordnung an der Entscheidungsfindung/Abstimmung nicht teilgenommen haben: Univ.Prof.Dr. Marianne Springer-Kremser


Univ.Prof.Dr. Ernst Singer
Vorsitzender der Kommission

ACHTUNG: Unter Berücksichtigung der „ICH-Guideline for Good Clinical Practice“ gilt dieser Beschluß **ein Jahr ab Datum der Ausstellung**. Gegebenenfalls hat der Antragsteller eine Verlängerung der Gültigkeit mittels Formular für „Meldungen“ rechtzeitig vorzulegen.

Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

Lebensqualität und Gefühlserleben von uro-gynäkologischen Patientinnen

Sehr geehrte Patientin!

Wir laden Sie ein an oben genannter klinischer Studie teilzunehmen. **Die Teilnahme an der klinischen Studie ist freiwillig und anonym und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch Sie beendet werden, ohne dass Ihnen hierdurch Nachteile in Ihrer medizinischen Betreuung entstehen.**

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue Forschungsergebnisse zu gewinnen und die Behandlungen zu optimieren. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser klinischen Studie im Klaren sind

Zu dieser klinischen Studie, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?
--

Der Zweck dieser klinischen Studie ist

- a) die Lebensqualität und das Gefühlserleben von Patientinnen mit verschiedenen uro-gynäkologischen Beschwerden (unwillkürlicher Harndrang, ungewollter Harnverlust, Beschwerden beim Harnlassen, Gebärmuttersenkung o.ä) zu erheben und miteinander zu vergleichen
- b) die Messqualität zweier Fragebögen zum Gefühlserleben zu überprüfen, d.h. zu vergleichen ob die zwei Fragebögen zu den gleichen Ergebnissen kommen

2. Wie läuft die klinische Studie ab?

Diese klinische Studie wird ausschließlich an der uro-gynäkologischen Ambulanz im Allgemeinen Krankenhaus (AKH) Wien durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr **120 Personen** daran teilnehmen.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie wird voraussichtlich **30 Minuten** dauern. Für die Teilnahme an dieser klinischen Studie müssen Sie einmalig einen **Fragebogen** ausfüllen, der Fragen zu Ihren Beschwerden und damit verbundene Einschränkungen in verschiedenen Bereichen Ihres alltäglichen Lebens, enthält.

Die umfassende ärztliche Untersuchung erfolgt unabhängig von dieser Fragebogen-Studie, gleichgültig, ob Sie nun an dieser klinischen Studie teilnehmen oder nicht.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser klinischen Studie einen direkten gesundheitlichen Nutzen ziehen werden.

Die Ergebnisse dieser klinischen Studie sollen dazu beitragen, das Gefühlserleben von Patienten, die dieselbe Erkrankung haben wie Sie, zu erfassen und dieses in der Behandlung zu berücksichtigen.

4. Wann wird die klinische Studie vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und die klinische Studie beenden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung entstehen.

5. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?

Die im Rahmen dieser klinischen Studie gewonnenen Daten werden **vertraulich behandelt** und **anonymisiert**, d.h. Sie werden auf keinen Fall namentlich genannt, nur der Ihnen zugewiesene Code wird auf den Fragebögen aufscheinen.

6. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie werden Ihnen von der Oberärztin der uro-gynäkologischen Ambulanz und der Diplomandin gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Ass. Prof. Dr. Daniela Dörfler
Erreichbar unter: 01404002863 oder daniela.doerfler@meduniwien.ac.at

Name der Kontaktperson: Béatrice Strock
Erreichbar unter: 069919432132 oder a0301709@unet.univie.ac.at

Für Anliegen die Ihre medizinische Behandlung betreffen, die unabhängig von der klinischen Studie abläuft, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt, der Ihnen bereitwillig Auskunft zu Ihren Fragen gibt.

7. Einwilligungserklärung

Name des Patienten in Druckbuchstaben:

Geb.Datum: Code:

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Fragebogen-Studie zur **Lebensqualität und zum Gefühlserleben von uro-gynäkologischen Patientinnen** teilzunehmen.

Ich bin von Oberärztin **Dr. Daniela Dörfler** ausführlich und verständlich über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt **3 Seiten** umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir vom behandelnden Arzt verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten werden vertraulich behandelt und mein Name wird nicht aufscheinen.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim verantwortlichen Arzt.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten)

.....
(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Arztes)

A. Angaben zu Ihrer Person

Datum: _____ Code: _____ Alter: _____

Staatsbürgerschaft: _____ Muttersprache _____ In Österreich seit: _____

Höchst abgeschlossener Bildungsgrad (Mittlere Reife, Berufsschule, Matura, Studium...): _____

Branche (Gastronomie, Sekretariat, Architektur etc) : _____

Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus: _____ St./Woche

Beziehungsstatus (Mehrfachantwort möglich):

Single ☐ verheiratet ☐

Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt ☐ geschieden ☐

Partnerschaft mit gemeinsamen Haushalt ☐ verwitwet ☐

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt: _____ Personen

Leiden Sie an chronischen Beschwerden (Asthma, Kopfschmerzen, Neurodermitis, Magen-Darm-Probleme o.ä)? Wenn ja, bitte Beschwerden angeben:

Leiden Sie an psychischen Beschwerden (Depression, Angsterkrankung, Suchterkrankung o.ä.)? Wenn ja bitte präzisieren:

Müssen Sie dafür regelmässig Medikamente einnehmen? Wenn ja bitte benennen:

_____ Einnahme seit: _____

B. Fragen zu Lebensqualität und Gefühlsempfinden

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

	SEHR GUT	GUT	MITTEL- MÄSSIG	SCHLECHT	SEHR SCHLECHT
1. Wie würden Sie zurzeit Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?	1	2	3	4	5

	ÜBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	MÄSSIG	SEHR
2. Wie sehr wirkt sich Ihrer Meinung nach Ihr Blasenproblem auf Ihr Leben aus?	1	2	3	4

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie in den folgenden Bereichen im Alltag durch Ihr Blasenproblem beeinträchtigt sind!

	ÜBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	MÄSSIG	SEHR
--	--------------------	--------------	--------	------

Einschränkungen im Alltag

3. In welchem Ausmaß beeinträchtigt Sie Ihr Blasenproblem bei Ihren Aufgaben im Haushalt (z.B. Putzen, Einkaufen usw.)	1	2	3	4
4. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre berufliche Arbeit oder Ihre üblichen täglichen Aktivitäten außerhalb des Hauses?	1	2	3	4

Körperliche/soziale Einschränkungen

5. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre körperlichen Aktivitäten (z.B. spazieren gehen, laufen, Sport, Gymnastik)?	1	2	3	4
6. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre Fähigkeit zu reisen?	1	2	3	4
7. Schränkt Sie Ihr Blasenproblem im Kontakt mit Menschen ein?	1	2	3	4
8. Schränkt Ihr Blasenproblem Ihre Fähigkeit ein, Freunde zu treffen / zu besuchen?	1	2	3	4

	NICHT ZUTREFFEND	ÜBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	MÄSSIG	SEHR
<i>Persönliche Beziehungen</i>					
9. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihre Beziehung zu Ihrem Partner?	0	1	2	3	4
10. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihr Sexualleben?	0	1	2	3	4
11. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihr Familienleben?	0	1	2	3	4
		ÜBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	MÄSSIG	SEHR
<i>Gefühlszustand</i>					
12. Sind Sie wegen Ihres Blasenproblems deprimiert?		1	2	3	4
13. Sind Sie wegen Ihres Blasenproblems ängstlich oder nervös?		1	2	3	4
14. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihr Selbstwertgefühl?		1	2	3	4
		NIE	MANCHMAL	OFT	IMMER
<i>Schlaf / Energie</i>					
15. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem Ihren Schlaf?		1	2	3	4
16. Fühlen Sie sich wegen Ihres Blasenproblems erschöpft / müde?		1	2	3	4
<i>Umgang mit Inkontinenz</i>					
17. Tragen Sie Einlagen, um trocken zu bleiben?		1	2	3	4
18. Achten Sie darauf, wie viel Flüssigkeit Sie trinken?		1	2	3	4
19. Wechseln Sie Ihre Unterwäsche, wenn sie nass wird?		1	2	3	4
20. Haben Sie Angst zu riechen?		1	2	3	4

21. Ist Ihnen Ihr Blasenproblem peinlich?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Wir möchten gerne erfahren, welche Blasenprobleme Sie haben und wie sehr Sie diese beeinträchtigen.

Wie sehr belasten Sie folgende Probleme? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

	NICHT ZUTREFFEND	EIN WENIG	MÄSSIG	SEHR
<i>Überaktive Blase</i>				
22. Sehr oft zur Toilette zu gehen	0	1	2	3
23. Nachts aufstehen, um Wasser zu lassen	0	1	2	3
24. Starker und schwer kontrollierbarer Drang, Wasser zu lassen	0	1	2	3
25. Unwillkürlicher Harnabgang, verbunden mit dem starken Drang, Wasser zu lassen	0	1	2	3
<i>Symptombelastung</i>				
26. Unwillkürlicher Harnabgang bei körperlicher Aktivität, z.B. Husten, Niesen, Laufen	0	1	2	3
27. Nächtliches Bettnässen	0	1	2	3
28. Unwillkürlicher Harnabgang beim Geschlechtsverkehr	0	1	2	3
29. Häufige Harnwegsentzündungen	0	1	2	3
30. Blasenschmerzen	0	1	2	3
31. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	0	1	2	3
32. Weitere Blasenprobleme Wenn ja, welche? _____	0	1	2	3

Im Folgenden geht es um den Umgang mit Gefühlen. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft (1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft teilweise zu/teilweise nicht zu, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu).

	TRIFFT GAR NICHT ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TEILS / TEILS	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT VÖLLIG ZU
1. Wenn ich weine, weiß ich immer warum.	1	2	3	4	5
2. Tagträumen ist Zeitverschwendung.	1	2	3	4	5
3. Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.	1	2	3	4	5
4. Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle.	1	2	3	4	5
5. Ich habe oft Tagträume über die Zukunft.	1	2	3	4	5
6. Ich glaube, ich kann genauso leicht wie andere Freundschaften schließen.	1	2	3	4	5
7. Es ist wichtiger, Lösungen für Probleme zu kennen, als zu wissen, wie die Probleme entstanden sind.	1	2	3	4	5
8. Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	1	2	3	4	5
9. Ich teile anderen Menschen gerne meinen Standpunkt der Dinge mit.	1	2	3	4	5
10. Ich habe körperliche Empfindungen, die selbst Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
11. Es reicht mir nicht, dass etwas funktioniert, ohne zu wissen, warum und wie es funktioniert.	1	2	3	4	5
12. Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
13. Ich analysiere Probleme lieber, als sie nur zu schildern.	1	2	3	4	5
14. Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	1	2	3	4	5
15. Ich nutze sehr viel meine Vorstellungskraft.	1	2	3	4	5
16. Ich verbringe viel Zeit mit Tagträumen, wenn ich nichts zu tun habe.	1	2	3	4	5
17. Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen.	1	2	3	4	5

18. Ich habe selten Tagträume.	1	2	3	4	5
19. Ich ziehe es vor, Dinge geschehen zu lassen, als verstehen zu wollen, warum sie gerade passieren.	1	2	3	4	5
20. Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig verstehen kann.	1	2	3	4	5
21. Gefühle verstehen zu können, ist wesentlich.	1	2	3	4	5
22. Ich finde es schwierig zu beschreiben, wie ich anderen gegenüber fühle.	1	2	3	4	5
23. Andere sagen, ich soll meine Gefühle mehr zeigen.	1	2	3	4	5
24. Man sollte nach den genaueren Erklärungen suchen.	1	2	3	4	5
25. Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5
26. Ich erkenne oft nicht, wann ich wütend bin.	1	2	3	4	5

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen.

	FAST NIE	MANCH- MAL	OFT	FAST IMMER
1. Ich bin vergnügt	1	2	3	4
2. Ich werde schnell müde	1	2	3	4
3. Mir ist zum Weinen zumute	1	2	3	4
4. Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten	1	2	3	4
5. Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann	1	2	3	4
6. Ich fühle mich ausgeruht	1	2	3	4
7. Ich bin ruhig und gelassen	1	2	3	4
8. Ich glaube, dass mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen	1	2	3	4
9. Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge	1	2	3	4
10. Ich bin glücklich	1	2	3	4
11. Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen	1	2	3	4
12. Mir fehlt es an Selbstvertrauen	1	2	3	4

	FAST NIE	MANCH- MAL	OFT	FAST IMMER
13. Ich fühle mich geborgen	1	2	3	4
14. Ich mache mir Sorgen über mögliches Missgeschick	1	2	3	4
15. Ich fühle mich niedergeschlagen	1	2	3	4
16. Ich bin zufrieden	1	2	3	4
17. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich	1	2	3	4
18. Enttäuschungen nehme ich so schwer, dass ich sie nicht vergessen kann	1	2	3	4
19. Ich bin ausgeglichen	1	2	3	4
20. Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke	1	2	3	4

Im Folgenden finden Sie 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben, und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer an. Lesen Sie in jedem Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A 0. Ich bin nicht traurig 1. Ich bin traurig 2. Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los 3. Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage	L 0. Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren 1. Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher 2. Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren 3. Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren
B 0. Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft 1. Ich sehe mutlos in die Zukunft 2. Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann 3. Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann	M 0. Ich bin so entschlossfreudig wie immer 1. Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf 2. Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen 3. Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen
C 0. Ich fühle mich nicht als Versager 1. Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt 2. Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge 3. Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein	N 0. Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher 1. Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe 2. Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen 3. Ich finde mich hässlich

D 0. Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher 1. Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher 2. Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen 3. Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt	O 0. Ich kann so gut arbeiten wie früher 1. Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme 2. Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen 3. Ich bin unfähig zu arbeiten
E 0. Ich habe keine Schuldgefühle 1. Ich habe häufig Schuldgefühle 2. Ich habe fast immer Schuldgefühle 3. Ich habe immer Schuldgefühle	P 0. Ich schlafe so gut wie früher 1. Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher 2. Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen 3. Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen
F 0. Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein 1. Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden 2. Ich erwarte, bestraft zu werden 3. Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein	Q 0. Ich ermüde nicht stärker als sonst 1. Ich ermüde schneller als früher 2. Fast alles ermüdet mich 3. Ich bin zu müde, um etwas zu tun
G 0. Ich bin nicht von mir enttäuscht 1. Ich bin von mir enttäuscht 2. Ich finde mich fürchterlich 3. Ich hasse mich	R 0. Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst 1. Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher 2. Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen 3. Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr
H 0. Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen 1. Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen 2. Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel 3. Ich gebe mir für alles die Schuld was schiefgeht	S 0. Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen 1. Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen 2. Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen 3. Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen Ich esse absichtlich weniger um abzunehmen: JA ☐ NEIN ☐
I 0. Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun 1. Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun 2. Ich möchte mich am liebsten umbringen 3. Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte	T 0. Ich mache mir größere Sorgen um meine Gesundheit als sonst 1. Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung 2. Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken 3. Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann
J 0. Ich weine nicht öfter als früher 1. Ich weine jetzt mehr als früher 2. Ich weine jetzt die ganze Zeit 3. Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte	U 0. Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt 1. Ich interessiere mich weniger für Sex als früher 2. Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex 3. Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren
K 0. Ich bin nicht reizbarer als sonst 1. Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher 2. Ich fühle mich dauernd gereizt 3. Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr	

C. Offene Fragen – Gleich haben Sie es geschafft 😊

Auf den folgenden Seiten werden 10 Situationen geschildert. Bitte beschreiben Sie, **wie sie sich in den folgenden Situationen "fühlen" würden**. Ganz wichtig ist, dass das Wort "fühlen" in Ihren Antworten vorkommt. Länge und Form der Antwort sind Ihnen überlassen – eine Antwort ist dann komplett, wenn Sie beschrieben haben, wie Sie sich fühlen würden. Bei Bedarf finden Sie hinten einen leeren Extrazettel. In jeder Szene ist noch eine andere Person erwähnt. Bitte schildern Sie auch, wie sich diese Person Ihrer Vorstellung nach fühlen würde.

1. Ein Nachbar bittet Sie, für ihn ein Möbelstück zu reparieren. Während der Nachbar zuschaut, wollen Sie einen Nagel einschlagen, treffen aber stattdessen Ihren Finger. Wie würden Sie sich fühlen?

Wie würde Ihr Nachbar sich fühlen?

2. Nach einem langen und schweren Arbeitstag massiert Ihnen Ihr Partner/Ihre Partnerin abends zuhause den Rücken. Wie würden Sie sich fühlen?

Wie würde sich Ihr Partner/Ihre Partnerin fühlen?

3. Sie fahren über eine Brücke und sehen jemanden außerhalb des Schutzgitters stehen. Er schaut ins Wasser. Wie würden Sie sich fühlen?

Wie würde sich diese Person fühlen?

4. Ihr Chef sagt Ihnen, die von Ihnen geleistete Arbeit sei unakzeptabel, Sie müssten daran dringend etwas verbessern. Wie würden Sie sich fühlen?

Wie würde sich Ihr Chef fühlen?

5. Sie stehen in der Bank an. Der Kunde, der vor Ihnen an der Reihe ist, tritt an den Bankschalter, um dort ein kompliziertes Geldgeschäft abzuwickeln. Wie würden Sie sich fühlen?

Wie würde sich der andere Kunde fühlen?

6. Sie haben einige Monate sehr intensiv an einem Projekt gearbeitet und das Arbeitsergebnis schließlich Ihrem Chef vorgelegt. Einige Tage später kommt Ihr Chef vorbei, um Ihnen zu sagen, dass er Ihre Arbeit hervorragend findet. Wie würden Sie sich fühlen?

Wie würde sich Ihr Chef fühlen?

7. Ihr Zahnarzt hat Ihnen gesagt, dass in Ihren Zähnen noch einige Löcher sind und gibt Ihnen einen weiteren Behandlungstermin. Wie würden Sie sich fühlen?

Wie würde sich Ihr Zahnarzt fühlen?

8. Ihr Arzt hat Ihnen geraten, fettes Essen zu vermeiden. Ein neuer Arbeitskollege ruft an – er möchte Pizza essen gehen und lädt Sie ein, ihn zu begleiten. Wie würden Sie sich fühlen?

Wie würde sich Ihr Arbeitskollege fühlen?

9. Sie kommen mit einem Freund überein, gemeinsam Geld in eine neue Geschäftsidee zu investieren. Einige Tage später rufen Sie Ihren Freund auf sein Bitten hin zurück, nur um zu erfahren, dass er seine Meinung geändert hat. Wie würden Sie sich fühlen?

Wie würde sich Ihr Partner/ Ihre Partnerin fühlen?

10. Sie haben sich in jemanden verliebt, der attraktiv und intelligent ist. Es macht Ihnen nichts aus, dass diese Person finanziell nicht gerade gut gestellt ist – Ihr eigenes Einkommen ist ausreichend. Beim Heiratsantrag erfahren Sie, dass er/sie aus einer extrem reichen Familie stammt. Er/sie hat das aus der Furcht heraus, die Leute könnten nur an seinem/ihrem Geld interessiert sein, vorher nicht bekannt werden lassen. Wie würden Sie sich fühlen?

Wie würde sich der/die andere fühlen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und alles Gute ☺ !

Extrazettel (bei Bedarf)

TABELLENANHANG B - Auswertung

- ❖ **Deskriptive Statistik**
- ❖ **Auswertung Hypothese 1, 3 & 4: 1faktorielle ANOVA**
- ❖ **Effektstärkenberechnung für LEAS & BDI**
- ❖ **Auswertung Hypothese 5: 1faktorielle ANOVA**
- ❖ **Auswertung Hypothese 2: Pearson Korrelation**

.....

Deskriptive Statistik

.....

Statistiken				
		Geburtsdatum	Bildungsgrad	Diagnose
N	Gültig	165	142	165
	Fehlend	0	23	0

Bildungsgrad					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ohne Matura	99	60.0	69.7	69.7
	Matura	25	15.2	17.6	87.3
	Akademiker	18	10.9	12.7	100.0
	Gesamt	142	86.1	100.0	
Fehlend	System	23	13.9		
Gesamt		165	100.0		

Diagnose

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Deszensus	28	17.0	17.0	17.0
	Stressinkontinenz	58	35.2	35.2	52.1
	Mischinkontinenz	46	27.9	27.9	80.0
	Dranginkontinenz	33	20.0	20.0	100.0
	Gesamt	165	100.0	100.0	

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	165	21.00	86.00	60.0182	11.85968
Bildungsgrad	142	1	3	1.43	.709
Diagnose	165	.00	3.00	1.5091	.99767
Gültige Werte (Listenweise)	142				

Auswertung Hypothese 1, 3 & 4: 1faktorielle ANOVA

Test der Homogenität der Varianzen

	Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
TAS_Gesamt	.226	3	146	.879
BDI_Gesamt	1.935	3	118	.128
STAI_Gesamt	3.080	3	131	.030
LEAS_Gesamt	1.307	3	101	.276

ONEWAY ANOVA

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
TAS_Gesamt	Zwischen den Gruppen	.695	3	.232	.855	.466
	Innerhalb der Gruppen	39.536	146	.271		
	Gesamt	40.231	149			
BDI_Gesamt	Zwischen den Gruppen	373.582	3	124.527	2.814	.042
	Innerhalb der Gruppen	5222.582	118	44.259		
	Gesamt	5596.164	121			
STAI_Gesamt	Zwischen den Gruppen	76.624	3	25.541	.920	.433
	Innerhalb der Gruppen	3637.124	131	27.764		
	Gesamt	3713.748	134			
LEAS_Gesamt	Zwischen den Gruppen	190.076	3	63.359	3.835	.012
	Innerhalb der Gruppen	1668.838	101	16.523		
	Gesamt	1858.914	104			

Post-hoc Tests

Mehrfachvergleiche

				Mehrfachvergleiche				95%-Konfidenzintervall	
Abhängige Variable		(I) Diagnose	(J) Diagnose	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	Untergrenze	Obergrenze	
TAS_Gesamt	Tukey-HSD	Deszensus	Stressinkontinen	-.00214	.12552	1.000	-.3283	.3241	
			z						
			Mischinkontinen	-.13232	.13205	.748	-.4755	.2109	
		z							
		Dranginkontinen	-.14508	.14202	.737	-.5142	.2240		
		z							
		Stressinkontinen	Deszensus	.00214	.12552	1.000	-.3241	.3283	
			z						
			Mischinkontinen	-.13018	.10737	.620	-.4092	.1489	
		z							
		Dranginkontinen	-.14295	.11942	.630	-.4533	.1674		
		z							
	Games-Howell	Mischinkontinen	Deszensus	.13232	.13205	.748	-.2109	.4755	
			z						
			Stressinkontinen	.13018	.10737	.620	-.1489	.4092	
		z							
		Dranginkontinen	-.01277	.12626	1.000	-.3409	.3154		
		z							
		Dranginkontinen	Deszensus	.14508	.14202	.737	-.2240	.5142	
			z						
			Stressinkontinen	.14295	.11942	.630	-.1674	.4533	
		z							
		Mischinkontinen	.01277	.12626	1.000	-.3154	.3409		
		z							
	Games-Howell	Deszensus	Stressinkontinen	-.00214	.11739	1.000	-.3136	.3094	
			z						
		Mischinkontinen	z						
			z	-.13232	.12832	.732	-.4717	.2071	

				Dranginkontinen	-.14508	.12933	.678	-.4885	.1983
				z					
BDI_Gesamt	Tukey-HSD	Stressinkontinen	z	Deszensus	.00214	.11739	1.000	-.3094	.3136
				Mischinkontinen	-.13018	.11330	.660	-.4272	.1669
				z					
		Dranginkontinen	z	Deszensus	-.14295	.11444	.598	-.4451	.1592
				Mischinkontinen	.13232	.12832	.732	-.2071	.4717
				Stressinkontinen	.13018	.11330	.660	-.1669	.4272
				z					
		Dranginkontinen	z	Deszensus	-.01277	.12563	1.000	-.3439	.3184
				Mischinkontinen	.14508	.12933	.678	-.1983	.4885
				Stressinkontinen	.14295	.11444	.598	-.1592	.4451
				z					
		Mischinkontinen	z	Deszensus	.01277	.12563	1.000	-.3184	.3439
				Stressinkontinen	-1.89362	1.80862	.722	-6.6069	2.8197
				Mischinkontinen	-5.11429*	1.89578	.039	-10.0547	-1.738
				z					
		Dranginkontinen	z	Deszensus	-2.85714	2.10642	.529	-8.3465	2.6322
				Mischinkontinen	1.89362	1.80862	.722	-2.8197	6.6069
				Stressinkontinen	-3.22067	1.48534	.138	-7.0915	.6502
				z					
		Dranginkontinen	z	Deszensus	-.96353	1.74621	.946	-5.5142	3.5871
				Mischinkontinen	5.11429*	1.89578	.039	.1738	10.0547
				Stressinkontinen					

		z	Stressinkontinen	3.22067	1.48534	.138	-6502	7.0915
		z						
			Dranginkontinen	2.25714	1.83634	.610	-2.5284	7.0427
		z						
		Dranginkontinen	Deszensus	2.85714	2.10642	.529	-2.6322	8.3465
		z	Stressinkontinen	.96353	1.74621	.946	-3.5871	5.5142
		z						
			Mischinkontinen	-2.25714	1.83634	.610	-7.0427	2.5284
		z						
	Games-Howell	Deszensus	Stressinkontinen	-1.89362	1.48362	.583	-5.8734	2.0861
		z						
			Mischinkontinen	-5.11429*	1.83333	.036	-9.9837	-2.448
		z						
			Dranginkontinen	-2.85714	1.74441	.370	-7.5436	1.8293
		z						
		Stressinkontinen	Deszensus	1.89362	1.48362	.583	-2.0861	5.8734
		z	Mischinkontinen	-3.22067	1.65989	.222	-7.6070	1.1656
		z						
			Dranginkontinen	-.96353	1.56112	.926	-5.1477	3.2206
		z						
		Mischinkontinen	Deszensus	5.11429*	1.83333	.036	.2448	9.9837
		z	Stressinkontinen	3.22067	1.65989	.222	-1.1656	7.6070
		z						
			Dranginkontinen	2.25714	1.89659	.636	-2.7755	7.2897
		z						
		Dranginkontinen	Deszensus	2.85714	1.74441	.370	-1.8293	7.5436
		z	Stressinkontinen	.96353	1.56112	.926	-3.2206	5.1477
		z						

			Mischinkontinen z	-2.25714	1.89659	.636	-7.2897	2.7755
STAI_Gesamt	Tukey-HSD	Deszensus	Stressinkontinen z	1.93529	1.39018	.507	-1.6824	5.5530
			Mischinkontinen z	2.26757	1.46240	.411	-1.5380	6.0732
			Dranginkontinen z	1.25556	1.55452	.851	-2.7898	5.3009
			Stressinkontinen z	-1.93529	1.39018	.507	-5.5530	1.6824
		Mischinkontinen z	Mischinkontinen z	.33227	1.13789	.991	-2.6289	3.2934
			Dranginkontinen z	-.67974	1.25408	.949	-3.9432	2.5838
			Mischinkontinen z	-2.26757	1.46240	.411	-6.0732	1.5380
			Stressinkontinen z	-.33227	1.13789	.991	-3.2934	2.6289
			Dranginkontinen z	-1.01201	1.33368	.873	-4.4827	2.4586
		Dranginkontinen z	Deszensus	-1.25556	1.55452	.851	-5.3009	2.7898
			Stressinkontinen z	.67974	1.25408	.949	-2.5838	3.9432
			Mischinkontinen z	1.01201	1.33368	.873	-2.4586	4.4827
			Stressinkontinen z	1.93529	1.21040	.392	-1.3190	5.1895
	Games-Howell	Deszensus	Mischinkontinen z	2.26757	1.24142	.277	-1.0644	5.5995
			Dranginkontinen z	1.25556	1.71997	.885	-3.3377	5.8488

			Stressinkontinen z	Deszensus Mischinkontinen z Dranginkontinen z	-1.93529 .33227 -67974	1.21040 .99731 1.55300	.392 .987 .972	-5.1895 -2.2837 -4.8491	1.3190 2.9482 3.4896
			Mischinkontinen z	Deszensus Stressinkontinen z Dranginkontinen z	-2.26757 -33227 -1.01201	1.24142 .99731 1.57730	.277 .987 .918	-5.5995 -2.9482 -5.2397	1.0644 2.2837 3.2156
			Dranginkontinen z	Deszensus Stressinkontinen z Mischinkontinen z	-1.25556 .67974 1.01201	1.71997 1.55300 1.57730	.885 .972 .918	-5.8488 -3.4896 -3.2156	3.3377 4.8491 5.2397
LEAS_Gesamt	Tukey-HSD	Deszensus	Stressinkontinen z	Stressinkontinen Mischinkontinen z Dranginkontinen z	-3.67045* -3.60776* -4.06250*	1.18669 1.26588 1.43715	.013 .027 .029	-6.7705 -6.9147 -7.8168	-.5704 -.3009 -.3082
		Stressinkontinen z	Deszensus Mischinkontinen z Dranginkontinen z	Deszensus Mischinkontinen z Dranginkontinen z	3.67045* .06270 -39205	1.18669 .97226 1.18669	.013 1.000 .987	.5704 -2.4772 -3.4921	6.7705 2.6026 2.7080
		Mischinkontinen z	Deszensus Stressinkontinen z	Deszensus Stressinkontinen z	3.60776* -06270	1.26588 .97226	.027 1.000	.3009 -2.6026	6.9147 2.4772

		Dranginkontinen z	-45474	1.26588	.984	-3.7616	2.8522
	Dranginkontinen z	Deszensus	4.06250*	1.43715	.029	.3082	7.8168
		Stressinkontinen z	.39205	1.18669	.987	-2.7080	3.4921
		Mischinkontinen z	.45474	1.26588	.984	-2.8522	3.7616
Games-Howell	Deszensus	Stressinkontinen z	-3.67045	1.33742	.051	-7.3557	.0148
		Mischinkontinen z	-3.60776*	1.29781	.050	-7.2153	-.0002
		Dranginkontinen z	-4.06250	1.65162	.087	-8.5535	.4285
	Stressinkontinen z	Deszensus	3.67045	1.33742	.051	-.0148	7.3557
		Mischinkontinen z	.06270	.84168	1.000	-2.1519	2.2773
		Dranginkontinen z	-.39205	1.32362	.991	-4.0365	3.2524
	Mischinkontinen z	Deszensus	3.60776*	1.29781	.050	.0002	7.2153
		Stressinkontinen z	-.06270	.84168	1.000	-2.2773	2.1519
		Dranginkontinen z	-.45474	1.28359	.984	-4.0204	3.1109
	Dranginkontinen z	Deszensus	4.06250	1.65162	.087	-.4285	8.5535
		Stressinkontinen z	.39205	1.32362	.991	-3.2524	4.0365
		Mischinkontinen z	.45474	1.28359	.984	-3.1109	4.0204

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Hyp1: Effektgrösse vom statistisch signifikanten Unterschied der 4 Diagnosegruppen im LEAS-Gesamtwert

Tests auf Univariate

Abhängige Variable: LEAS Gesamt

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Kontrast	190.076	3	63.359	3.835	.012	.102
Fehler	1668.838	101	16.523			

Jedes F prüft die einfachen Effekte von Diagnose innerhalb jeder Kombination von Niveaus der anderen angezeigten Effekte.

Hyp4: Effektgrösse vom statistisch signifikanten Unterschied der 4 Diagnosegruppen im BDI-Gesamtwert

Tests auf Univariate

Abhängige Variable:BDI Gesamt

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Kontrast	373.582	3	124.527	2.814	.042	.067
Fehler	5222.582	118	44.259			

Jedes F prüft die einfachen Effekte von Diagnose innerhalb jeder Kombination von Niveaus der anderen angezeigten Effekte.

Auswertung Hypothese 5: 1faktorielle ANOVA

ONEWAY deskriptive Statistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
						Untergrenze	Obergrenze		
KHQ_Skala1	Deszensus	27	34.2593	19.79237	3.80904	26.4297	42.0889	.00	75.00
	Stressinkontinenz	57	38.1579	15.74437	2.08539	33.9803	42.3354	.00	75.00
	Mischinkontinenz	44	46.5909	18.35606	2.76728	41.0102	52.1717	.00	75.00
	Dranginkontinenz	33	46.2121	18.87584	3.28586	39.5190	52.9052	.00	75.00
	Gesamt	161	41.4596	18.35109	1.44627	38.6034	44.3159	.00	75.00
KHQ_Skala2	Deszensus	27	38.2716	27.27465	5.24901	27.4821	49.0611	.00	100.00
	Stressinkontinenz	57	65.4971	25.94631	3.43667	58.6126	72.3816	.00	100.00
	Mischinkontinenz	44	69.6970	29.48146	4.44450	60.7338	78.6602	.00	100.00
	Dranginkontinenz	32	80.2083	27.90071	4.93220	70.1491	90.2676	33.33	100.00
	Gesamt	160	65.0000	30.32551	2.39744	60.2651	69.7349	.00	100.00
KHQ_Skala3	Deszensus	25	24.0000	28.89957	5.77991	12.0708	35.9292	.00	100.00
	Stressinkontinenz	56	49.4048	25.41857	3.39670	42.5976	56.2119	.00	100.00
	Mischinkontinenz	43	60.8527	29.06928	4.43302	51.9065	69.7989	.00	100.00
	Dranginkontinenz	30	62.7778	28.59525	5.22075	52.1001	73.4554	16.67	100.00
	Gesamt	154	51.0823	30.40965	2.45048	46.2411	55.9234	.00	100.00
KHQ_Skala5	Deszensus	24	7.4074	16.59943	3.38835	.3981	14.4167	.00	55.56
	Stressinkontinenz	55	19.0909	29.50908	3.97900	11.1135	27.0683	.00	100.00
	Mischinkontinenz	41	25.7453	30.67542	4.79070	16.0629	35.4276	.00	88.89
	Dranginkontinenz	32	26.2153	29.74183	5.25766	15.4922	36.9384	.00	100.00
	Gesamt	152	20.5409	28.75073	2.33199	15.9334	25.1485	.00	100.00

KHQ_Skala6	Deszensus	11	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
	Stressinkontinenz	17	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
	Mischinkontinenz	5	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
	Dranginkontinenz	8	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
	Gesamt	41	.0000	.00000	.00000	.0000	.0000	.00	.00
KHQ_Skala7	Deszensus	26	16.6667	26.71292	5.23884	5.8771	27.4562	.00	100.00
	Stressinkontinenz	57	33.3333	28.09344	3.72107	25.8791	40.7875	.00	100.00
	Mischinkontinenz	44	49.4949	32.54490	4.90633	39.6004	59.3895	.00	100.00
	Dranginkontinenz	33	43.7710	34.23992	5.96040	31.6301	55.9120	.00	100.00
	Gesamt	160	37.2222	32.21270	2.54664	32.1926	42.2518	.00	100.00

Test der Homogenität der Varianzen

	Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
KHQ_Skala1	.544	3	157	.653
KHQ_Skala2	1.383	3	156	.250
KHQ_Skala3	1.032	3	150	.380
KHQ_Skala5	4.359	3	148	.006
KHQ_Skala6	.	3	.	.
KHQ_Skala7	2.953	3	156	.034

ONEWAY ANOVA

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
KHQ_Skala1	Zwischen den Gruppen	3925.072	3	1308.357	4.112	.008
	Innerhalb der Gruppen	49956.916	157	318.197		
	Gesamt	53881.988	160			
KHQ_Skala2	Zwischen den Gruppen	27675.172	3	9225.057	12.140	.000
	Innerhalb der Gruppen	118547.051	156	759.917		
	Gesamt	146222.222	159			
KHQ_Skala3	Zwischen den Gruppen	26702.214	3	8900.738	11.631	.000
	Innerhalb der Gruppen	114784.078	150	765.227		
	Gesamt	141486.291	153			
KHQ_Skala5	Zwischen den Gruppen	6396.216	3	2132.072	2.665	.050
	Innerhalb der Gruppen	118421.036	148	800.142		
	Gesamt	124817.251	151			
KHQ_Skala6	Zwischen den Gruppen	.000	3	.000	.	.
	Innerhalb der Gruppen	.000	37	.000		
	Gesamt	.000	40			
KHQ_Skala7	Zwischen den Gruppen	19890.385	3	6630.128	7.128	.000
	Innerhalb der Gruppen	145097.269	156	930.111		
	Gesamt	164987.654	159			

Post-hoc Tests

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable		(I) Diagnose	(J) Diagnose	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
							Untergrenze	Obergrenze
KHQ_Skala1	Tukey-HSD	Deszensus	Stressinkontinenz	-3.89864	4.16743	.786	-14.7204	6.9232
			Mischinkontinenz	-12.33165*	4.36083	.027	-23.6557	-1.0076
			Dranginkontinenz	-11.95286	4.62897	.052	-23.9732	.0675
		Stressinkontinenz	Deszensus	3.89864	4.16743	.786	-6.9232	14.7204
			Mischinkontinenz	-8.43301	3.57969	.090	-17.7286	.8626
			Dranginkontinenz	-8.05423	3.90189	.169	-18.1865	2.0780
		Mischinkontinenz	Deszensus	12.33165*	4.36083	.027	1.0076	23.6557
			Stressinkontinenz	8.43301	3.57969	.090	-.8626	17.7286
			Dranginkontinenz	.37879	4.10781	1.000	-10.2882	11.0458
		Dranginkontinenz	Deszensus	11.95286	4.62897	.052	-.0675	23.9732
			Stressinkontinenz	8.05423	3.90189	.169	-2.0780	18.1865
			Mischinkontinenz	-.37879	4.10781	1.000	-11.0458	10.2882
	Games-Howell	Deszensus	Stressinkontinenz	-3.89864	4.34254	.806	-15.5129	7.7156
			Mischinkontinenz	-12.33165	4.70815	.054	-24.8280	.1647
			Dranginkontinenz	-11.95286	5.03048	.094	-25.2838	1.3781
		Stressinkontinenz	Deszensus	3.89864	4.34254	.806	-7.7156	15.5129
			Mischinkontinenz	-8.43301	3.46507	.078	-17.5141	.6481
			Dranginkontinenz	-8.05423	3.89175	.175	-18.3503	2.2418
		Mischinkontinenz	Deszensus	12.33165	4.70815	.054	-.1647	24.8280
			Stressinkontinenz	8.43301	3.46507	.078	-.6481	17.5141
			Dranginkontinenz	.37879	4.29590	1.000	-10.9353	11.6929
		Dranginkontinenz	Deszensus	11.95286	5.03048	.094	-1.3781	25.2838

				Stressinkontinenz	8.05423	3.89175	.175	-2.2418	18.3503
				Mischinkontinenz	-.37879	4.29590	1.000	-11.6929	10.9353
KHQ_Skala2	Tukey-HSD	Deszensus	Stressinkontinenz	-27.22547*	6.44026	.000	-43.9504	-10.5005	
			Mischinkontinenz	-31.42536*	6.73913	.000	-48.9265	-13.9242	
			Dranginkontinenz	-41.93673*	7.20364	.000	-60.6441	-23.2293	
		Stressinkontinenz	Deszensus	27.22547*	6.44026	.000	10.5005	43.9504	
			Mischinkontinenz	-4.19989	5.53197	.873	-18.5661	10.1663	
			Dranginkontinenz	-14.71126	6.08928	.078	-30.5247	1.1022	
		Mischinkontinenz	Deszensus	31.42536*	6.73913	.000	13.9242	48.9265	
			Stressinkontinenz	4.19989	5.53197	.873	-10.1663	18.5661	
			Dranginkontinenz	-10.51136	6.40455	.359	-27.1436	6.1209	
		Dranginkontinenz	Deszensus	41.93673*	7.20364	.000	23.2293	60.6441	
			Stressinkontinenz	14.71126	6.08928	.078	-1.1022	30.5247	
			Mischinkontinenz	10.51136	6.40455	.359	-6.1209	27.1436	
	Games-Howell	Deszensus	Stressinkontinenz	-27.22547*	6.27398	.000	-43.9120	-10.5390	
			Mischinkontinenz	-31.42536*	6.87791	.000	-49.6139	-13.2369	
			Dranginkontinenz	-41.93673*	7.20268	.000	-61.0114	-22.8621	
		Stressinkontinenz	Deszensus	27.22547*	6.27398	.000	10.5390	43.9120	
			Mischinkontinenz	-4.19989	5.61821	.877	-18.9190	10.5192	
			Dranginkontinenz	-14.71126	6.01143	.079	-30.5928	1.1703	
		Mischinkontinenz	Deszensus	31.42536*	6.87791	.000	13.2369	49.6139	
			Stressinkontinenz	4.19989	5.61821	.877	-10.5192	18.9190	
			Dranginkontinenz	-10.51136	6.63929	.395	-27.9911	6.9684	
		Dranginkontinenz	Deszensus	41.93673*	7.20268	.000	22.8621	61.0114	
			Stressinkontinenz	14.71126	6.01143	.079	-1.1703	30.5928	
			Mischinkontinenz	10.51136	6.63929	.395	-6.9684	27.9911	
KHQ_Skala3	Tukey-HSD	Deszensus	Stressinkontinenz	-25.40476*	6.65386	.001	-42.6919	-8.1176	
			Mischinkontinenz	-36.85271*	6.95738	.000	-54.9284	-18.7770	

				Dranginkontinenz	-38.77778*	7.49111	.000	-58.2402	-19.3154
			Stressinkontinenz	Deszensus	25.40476*	6.65386	.001	8.1176	42.6919
				Mischinkontinenz	-11.44795	5.60899	.178	-26.0205	3.1246
				Dranginkontinenz	-13.37302	6.25878	.146	-29.6337	2.8877
			Mischinkontinenz	Deszensus	36.85271*	6.95738	.000	18.7770	54.9284
				Stressinkontinenz	11.44795	5.60899	.178	-3.1246	26.0205
				Dranginkontinenz	-1.92506	6.58054	.991	-19.0217	15.1716
			Dranginkontinenz	Deszensus	38.77778*	7.49111	.000	19.3154	58.2402
				Stressinkontinenz	13.37302	6.25878	.146	-2.8877	29.6337
				Mischinkontinenz	1.92506	6.58054	.991	-15.1716	19.0217
	Games-Howell	Deszensus	Stressinkontinenz		-25.40476*	6.70410	.003	-43.3505	-7.4590
				Mischinkontinenz	-36.85271*	7.28417	.000	-56.2039	-17.5015
				Dranginkontinenz	-38.77778*	7.78869	.000	-59.4627	-18.0929
		Stressinkontinenz	Deszensus		25.40476*	6.70410	.003	7.4590	43.3505
				Mischinkontinenz	-11.44795	5.58473	.178	-26.0876	3.1917
				Dranginkontinenz	-13.37302	6.22847	.152	-29.8871	3.1410
		Mischinkontinenz	Deszensus		36.85271*	7.28417	.000	17.5015	56.2039
				Stressinkontinenz	11.44795	5.58473	.178	-3.1917	26.0876
				Dranginkontinenz	-1.92506	6.84894	.992	-19.9975	16.1474
		Dranginkontinenz	Deszensus		38.77778*	7.78869	.000	18.0929	59.4627
				Stressinkontinenz	13.37302	6.22847	.152	-3.1410	29.8871
				Mischinkontinenz	1.92506	6.84894	.992	-16.1474	19.9975
KHQ_Skala5	Tukey-HSD	Deszensus	Stressinkontinenz		-11.68350	6.92006	.333	-29.6650	6.2980
				Mischinkontinenz	-18.33785	7.27014	.061	-37.2290	.5533
				Dranginkontinenz	-18.80787	7.63830	.070	-38.6557	1.0400
		Stressinkontinenz	Deszensus		11.68350	6.92006	.333	-6.2980	29.6650
				Mischinkontinenz	-6.65435	5.83641	.665	-21.8200	8.5113
				Dranginkontinenz	-7.12437	6.28908	.670	-23.4663	9.2175
		Mischinkontinenz	Deszensus		18.33785	7.27014	.061	-.5533	37.2290

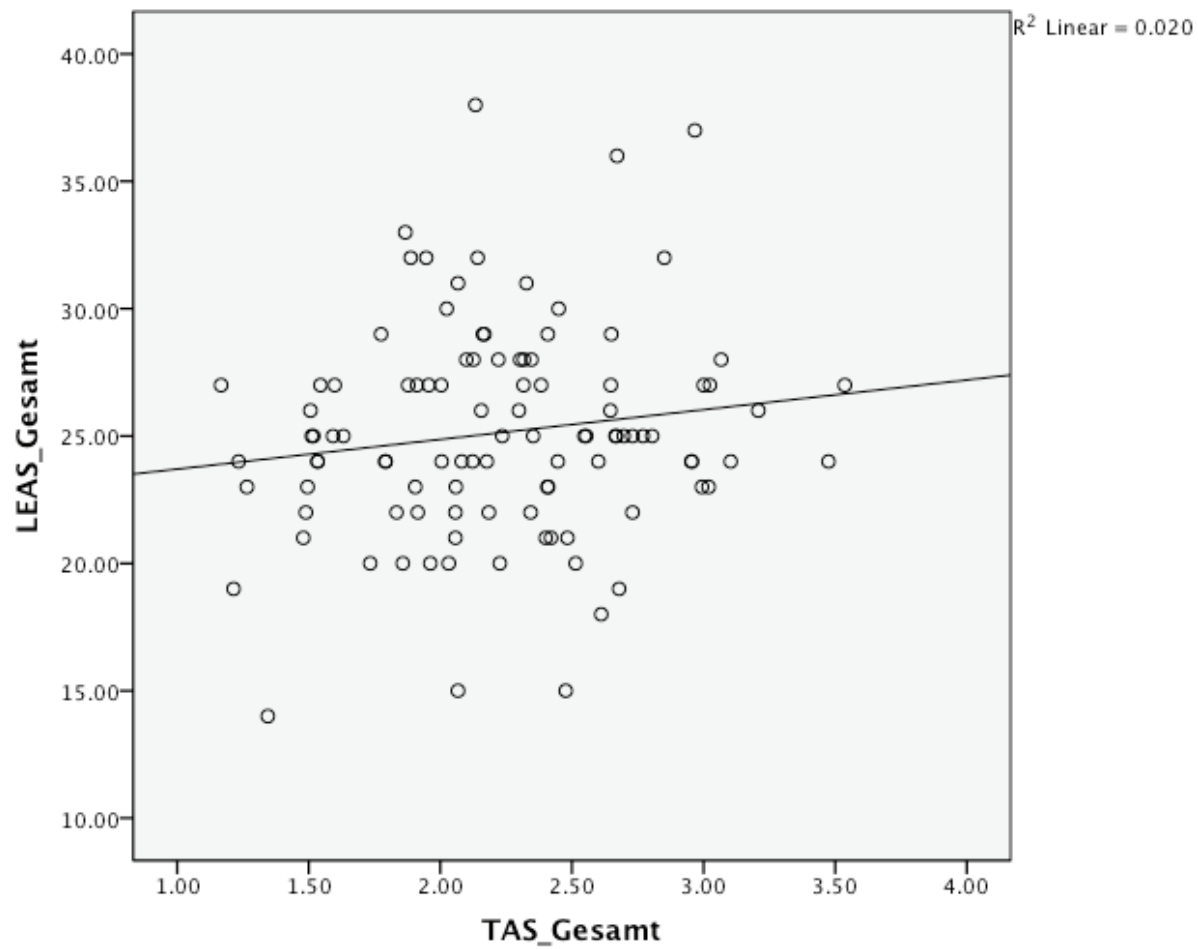
			Stressinkontinenz	6.65435	5.83641	.665	-8.5113	21.8200
			Dranginkontinenz	-.47002	6.67234	1.000	-17.8078	16.8678
		Dranginkontinenz	Deszensus	18.80787	7.63830	.070	-1.0400	38.6557
			Stressinkontinenz	7.12437	6.28908	.670	-9.2175	23.4663
			Mischinkontinenz	.47002	6.67234	1.000	-16.8678	17.8078
	Games-Howell	Deszensus	Stressinkontinenz	-11.68350	5.22622	.123	-25.4291	2.0621
			Mischinkontinenz	-18.33785*	5.86785	.014	-33.8246	-2.8511
			Dranginkontinenz	-18.80787*	6.25491	.021	-35.4265	-2.1892
		Stressinkontinenz	Deszensus	11.68350	5.22622	.123	-2.0621	25.4291
			Mischinkontinenz	-6.65435	6.22762	.710	-22.9765	9.6678
			Dranginkontinenz	-7.12437	6.59359	.703	-24.5134	10.2647
		Mischinkontinenz	Deszensus	18.33785*	5.86785	.014	2.8511	33.8246
			Stressinkontinenz	6.65435	6.22762	.710	-9.6678	22.9765
			Dranginkontinenz	-.47002	7.11293	1.000	-19.2056	18.2656
		Dranginkontinenz	Deszensus	18.80787*	6.25491	.021	2.1892	35.4265
			Stressinkontinenz	7.12437	6.59359	.703	-10.2647	24.5134
			Mischinkontinenz	.47002	7.11293	1.000	-18.2656	19.2056
KHQ_Skala7	Tukey-HSD	Deszensus	Stressinkontinenz	-16.66667	7.21742	.100	-35.4099	2.0765
			Mischinkontinenz	-32.82828*	7.54403	.000	-52.4197	-13.2369
			Dranginkontinenz	-27.10438*	7.99742	.005	-47.8732	-6.3356
		Stressinkontinenz	Deszensus	16.66667	7.21742	.100	-2.0765	35.4099
			Mischinkontinenz	-16.16162*	6.12018	.045	-32.0554	-.2679
			Dranginkontinenz	-10.43771	6.67105	.402	-27.7620	6.8866
		Mischinkontinenz	Deszensus	32.82828*	7.54403	.000	13.2369	52.4197
			Stressinkontinenz	16.16162*	6.12018	.045	.2679	32.0554
			Dranginkontinenz	5.72391	7.02311	.847	-12.5147	23.9625
		Dranginkontinenz	Deszensus	27.10438*	7.99742	.005	6.3356	47.8732
			Stressinkontinenz	10.43771	6.67105	.402	-6.8866	27.7620

Games-Howell	Deszensus	Mischinkontinenz	-5.72391	7.02311	.847	-23.9625	12.5147
		Stressinkontinenz	-16.66667	6.42586	.058	-33.7346	.4013
		Mischinkontinenz	-32.82828*	7.17757	.000	-51.7875	-13.8691
		Dranginkontinenz	-27.10438*	7.93548	.006	-48.1054	-6.1033
	Stressinkontinenz	Deszensus	16.66667	6.42586	.058	-.4013	33.7346
		Mischinkontinenz	-16.16162*	6.15779	.049	-32.2984	-.0249
		Dranginkontinenz	-10.43771	7.02658	.453	-29.0346	8.1592
	Mischinkontinenz	Deszensus	32.82828*	7.17757	.000	13.8691	51.7875
		Stressinkontinenz	16.16162*	6.15779	.049	.0249	32.2984
		Dranginkontinenz	5.72391	7.72001	.880	-14.6150	26.0629
	Dranginkontinenz	Deszensus	27.10438*	7.93548	.006	6.1033	48.1054
		Stressinkontinenz	10.43771	7.02658	.453	-8.1592	29.0346
		Mischinkontinenz	-5.72391	7.72001	.880	-26.0629	14.6150

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Auswertung Hypothese 2: Pearson Korrelation

Diagramm



Korrelationen

		TAS_Gesamt	BDI_Gesamt	STAI_Gesamt	LEAS_Gesamt
TAS_Gesamt	Korrelation nach Pearson	1	.410**	.280**	.143
	Signifikanz (2-seitig)		.000	.001	.150
	N	150	119	134	103
LEAS_Gesamt	Korrelation nach Pearson	.143	.070	.148	1
	Signifikanz (2-seitig)	.150	.519	.149	
	N	103	86	96	105

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Depressiv * Diagnose Kreuztabelle

			Diagnose				Gesamt
			Deszensus	Stressinkontinenz	Mischinkontinenz	Dranginkontinenz	
Depressiv	.00	Anzahl	19	41	27	18	105
		% innerhalb von Diagnose	100.0%	87.2%	77.1%	85.7%	86.1%
	1.00	Anzahl	0	6	8	3	17
		% innerhalb von Diagnose	.0%	12.8%	22.9%	14.3%	13.9%
Gesamt		Anzahl	19	47	35	21	122
		% innerhalb von Diagnose	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	5.455 ^a	3	.141
Likelihood-Quotient	7.767	3	.051
Zusammenhang linear-mit-linear	2.623	1	.105
Anzahl der gültigen Fälle	122		

a. 3 Zellen (37.5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2.65.

Béatrice Strock

Waaggasse 8/6A

A-1040 Wien

Handy: +43 (0)699 19432132

E-mail : beatricestrock@hotmail.com

Am 15. September 1982 in Luxemburg geboren

Ledig

Staatsbürgerschaft: Luxemburgisch

Ausbildung

2006 – 2010	HOPP - Psychotherapeutisches Propädeutikum
2003 – 2011	Universität Wien – Psychologie Schwerpunkt « Klinische Psychologie » « Psychiatrie » & « Psychoanalyse »
2002 – 2003	Centre Universitaire Luxembourg – Psychologie
1995 – 2002	Lycée de Garçons Luxembourg Section D (Schwerpunkt Wirtschaft & Sprachen) Abschlussbeste der Section D sowie Auszeichnung vom Wirtschaftsministerium und Goethe Institut für besondere Leistungen in Wirtschaft und Deutsch

Praktika

2010: September -	EMDR NETZWERK AUSTRIA Konferenzkoordinatorin EMDR 2011
2007: Juli – August	Max Planck Institut für Psychiatrie (München) Tagklinik
2007: April – Juni	intakt – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen (Wien)
Ausbildungskurs 2006	«Progressive Muskelentspannung nach Jacobson» Institut für Psychosomatik & Biofeedback (Wien)
2006: Juli - September	Centre Hospitalier Luxembourg – CHL Hôpital de Jour Psychiatrique & Centre de Recherche
2005: Oktober – Dezember	Otto - Wagner Spital (Wien) Akutpsychiatrie - Pavillon 24/2
2005: Juli – August	Inter-Actions (Luxembourg) Service de Consultation Socio-Pédagogique – CSP