



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Psychische Gesundheit bei einem
Patientenkollektiv mit und ohne Alexithymie

Verfasserin

Carole Sallermann

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2013

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuer:	Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all denjenigen bedanken, die mich in der Diplomarbeitsphase unterstützt haben.

In erster Linie möchte ich mich hier bei Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch für seine Geduld und seine hervorragende Betreuung bedanken. Durch seine Offenheit, Ruhe und Flexibilität war er mir stets ein guter Rückhalt.

Ein besonderer Dank gebührt meinen Eltern für ihre Unterstützung und ihre bedingungslose Liebe. Vielen Dank für den unerschütterlichen Glauben an mich. Auch beim Rest meiner Familie möchte ich mich an dieser Stelle für ihre motivationale und emotionale Unterstützung herzlich bedanken.

Vielen Dank auch an alle PatientInnen, die sich bereit erklärt haben, an der Untersuchung teilzunehmen.

Ganz besonders möchte ich mich auch beim Team des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik für ihre Unterstützung bedanken. Danke für die tolle Integration in das Team und die fachlichen Anregungen zu meiner Untersuchung.

Auch möchte ich mich bei all meinen Freunden und Studienkollegen bedanken. Danke für euren Rat und eure emotionale Unterstützung.

Der größte Dank geht zu guter letzt an meinen Freund. Danke für deine Liebe, Hilfe und deine Zuversicht, mit der du mir immer zur Seite stehst.

INHALTSVERZEICHNIS:

THEORETISCHER TEIL	7
Einleitung	8
1. Die Einführung in das Konstrukt der Alexithymie	11
1.1. Die Entstehungsgeschichte der Alexithymie – Historischer Rückblick	11
1.2. Die Operationalisierung der Alexithymie	15
1.3. Die psychometrische Erfassung der Alexithymie	16
1.4. Ätiologiemodelle der Alexithymie	19
1.5. Epidemiologie der Alexithymie	21
1.6. Der Einfluss und die Veränderbarkeit der Alexithymie im Therapieverlauf	22
2. Alexithymie und Krankheit	25
2.1. Einführung	25
2.2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität	27
2.2.1. Einführung in den Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität	27
2.2.2. Alexithymie und gesundheitsbezogene Lebensqualität	28
2.3. Alexithymie und depressive Erkrankungen	29
2.4. Alexithymie und Borderline-Persönlichkeitsstörung	32
2.5. Alexithymie und Angsterkrankungen	34
2.6. Alexithymie und Zwanghaftigkeit	35
2.7. Alexithymie und Somatisierung	37
2.8. Fazit des Kapitels	40
EMPIRISCHER TEIL	42
3. Methoden	44
3.1. Untersuchungsziel	44
3.2. Untersuchungsplan	44
3.3. Untersuchungsdurchführung	45
3.4. Beschreibung der Verfahren	47
3.4.1. Soziodemographischer Fragebogen	48
3.4.2. Short-Form Health Survey (SF-36)	48
3.4.3. 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)	50

3.4.4. Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II)	51
3.4.5. Brief Symptom Inventory (BSI)	52
3.4.6. Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23)	53
3.5. Beschreibung der Institution	53
3.6. Fragestellungen und Hypothesen	56
3.7. Verwendete statistische Verfahren	62
4. Ergebnisse	64
4.1. Beschreibung der Stichprobe	64
4.2. Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesenprüfung	70
4.2.1. Fragestellung 1 – Einfluss von soziodemographischen Daten auf Alexithymie	70
4.2.2. Fragestellung 2 – Einfluss von Alexithymie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität	79
4.2.3. Fragestellung 3 – Einfluss von Alexithymie auf psychische und somatische Störungen	84
4.2.4. Fragestellung 4 – Alexithymie im Extremgruppenvergleich	94
5. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	97
6. Diskussion	100
7. Zusammenfassung	102
8. Abbildungsverzeichnis:	104
9. Tabellenverzeichnis	106
10. Abkürzungsverzeichnis:	108
11. Literaturverzeichnis	109
12. Anhang	124
Fragebogen:	124
Lebenslauf	138

Theoretischer Teil

Einleitung

Seit mehr als 40 Jahren bereits wird das Alexithymiekonstrukt erforscht, und auch heute noch ist es ein Thema, das nichts an Aktualität verloren hat. Bei der Alexithymie handelt es sich um ein Phänomen, bei dem der Affekt wie abgespalten scheint, die Sprache nur auf Fakten und nicht auf Gefühlen beruht und eine Differenzierung von Emotionen und somatischen Sensationen schwer oder gar nicht möglich ist (Grabe & Rufer, 2009a). Laut Grabe und Scheidt (2009) versteht man unter Affekt

...die gesamte physiologische, behavioral-motorische und kognitive Reaktion eines Individuums auf einen emotionsstimulierenden Reiz/eine emotionsstimulierende Situation ... Die Störung der „Affektverarbeitung“ bei der Alexithymie bezieht sich damit auf Defizite der bewussten, reflexiven, subjektiv-individuellen Komponenten der Emotions- und Situationsverarbeitung und auf ein geringes Verständnis der emotionalen Reaktionen vor dem persönlichen Erfahrungs- und Erlebenshorizont. (S. 21)

Merkmale der Alexithymie sind sowohl in klinischen Stichproben als auch in der Allgemeinbevölkerung anzutreffen: Mehr als 25% der PatientInnen in psychiatrischen Institutionen und ca. 10% der deutschen Allgemeinbevölkerung sind als alexithym zu bezeichnen (Grabe & Rufer, 2009a). Am Anfang der Erforschung wurde das Konzept der Alexithymie vor allem herangezogen, um die Entstehung von allen psychosomatischen Erkrankungen zu erklären, wohingegen andere wiederum die Existenz von Alexithymie anzweifelte. Erst durch die Einführung von validen Messinstrumenten zur psychometrischen Erfassung der Alexithymie konnte gezeigt werden, dass alexithyme Merkmale mit einigen klinischen Erkrankungen assoziiert sind und nicht als krankheitsspezifisch für psychosomatische Erkrankungen gesehen werden können.

Alexithymie beschreibt in ihrer heute gebräuchlichen Definition eine affektiv-kognitive Störung, die im Bereich der Affektivität mit Schwierigkeiten in der Identifikation und Kommunikation von Gefühlen und im kognitiven Bereich mit einem an äußeren Ereignissen orientierten Denkstil verknüpft ist (Bagby & Taylor, 1997a). Auffällige alexithyme Merkmale sind laut Grabe und Scheidt (2009) auch,

dass ausschließlich auf Ereignisse der Gegenwart Bezug genommen wird, sowie eine ausschließlich external bezogene Sicht äußerer Sachverhalte und ein faktenzentrierter Denkstil. Laut Krystal und Krystal (1988, zitiert nach Grabe & Scheidt, 2009, S. 20) können Personen mit Alexithymie ihre Gefühle nicht differenziert beschreiben, und es fällt ihnen beispielsweise schwer, zu unterscheiden, ob sie sich gerade müde, krank oder hungrig fühlen. Von Alexithymie betroffene Personen zeigen kaum Einfühlungsvermögen und Empathie für das Befinden anderer.

Das Konzept der Alexithymie wird heute als ein dimensionales und innerhalb der Allgemeinbevölkerung normal verteiltes Persönlichkeitsmerkmal angesehen (Taylor & Bagby, 1997). Einige Autoren vertreten darüber hinaus die Ansicht, dass es sich bei der Alexithymie um ein Zusammenwirken von affektiven und kognitiven Störungen sowie eine Störung zwischenmenschlicher Beziehungen handelt (Krystal & Krystal, 1988, zitiert nach Grabe & Scheidt, 2009, S. 23; McDougall, 1982). Eine hohe Alexithymieausprägung bringt laut Franz und Schäfer (2009; in Anlehnung an Sifneos, 1973) folgende eingeschränkte Fähigkeiten mit sich:

- affektive Signale bei sich selber oder bei anderen Personen differenziert wahrzunehmen,
- diese bewusstseinsnah auch als verschiedene Gefühle zu repräsentieren,
- sie mithilfe von spezifischen körperlichen Signalen (wie etwa Mimik und Gestik) auszudrücken,
- sie mittels Sprachsymbolik oder auf der Phantasieebene mitzuteilen beziehungsweise zu kommunizieren
- und sie auch zur adaptiven Modifikation des Verhaltens zu nutzen.

Bei der Alexithymie handelt es sich laut Franz und Schäfer (2009) – nicht wie früher angenommen – um ein „Mangelsyndrom“, sondern um ein sogenanntes „Multifacettenkonstrukt“, da es einerseits die oben angeführten heterogenen Kriterien aufweist und es sich aber auch um eine komplexe Affektverarbeitung in unterschiedlichen Systemen des Gehirns handelt, was als das Resultat einer Anpassung an eher ungünstige Entwicklungsbedingungen angesehen werden kann.

Die vorliegende Arbeit geht unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes auf die Assoziation zwischen Alexithymie und einigen ausgewählten psychischen sowie somatischen Erkrankungen ein. Auch der Zusammenhang von Alexithymie

mit den soziodemographischen Daten Geschlecht, Alter, Bildungs- und Familienstand wird hier näher beleuchtet.

Die folgende Arbeit ist in zwei Teile gegliedert: Der erste Teil umfasst den theoretischen Teil, in dem der aktuelle Forschungsstand der Alexithymie erläutert wird. Zu Beginn wird das Konstrukt der Alexithymie vorgestellt, indem die Entstehungsgeschichte, die Operationalisierung, die psychometrische Erfassung und die Epidemiologie sowie einige Ätiologiemodelle der Alexithymie vorgestellt werden. Auch wird ein kurzer Überblick über die Veränderbarkeit der Alexithymie im Therapieverlauf gegeben. Aktuelle Forschungsarbeiten, die den Zusammenhang zwischen Alexithymie und psychischen oder somatischen Erkrankungen untersuchen, bilden den Schwerpunkt des Theorieteils der vorliegenden Untersuchung.

Der zweite Teil umfasst den empirischen Teil, der zunächst das Untersuchungsziel, die verwendeten Verfahren, die Institution, den Untersuchungsplan sowie die Untersuchungsdurchführung beschreibt. Anschließend werden die Fragestellungen und Hypothesen der Arbeit vorgestellt. Der Ergebnisteil beinhaltet alle statistischen Verfahren, die für die Auswertung der Fragestellungen verwendet wurden. Im Anschluss daran kommt es zu der Beschreibung der Stichprobe sowie einer genauen Darstellung der gefundenen Ergebnisse. Anschließend werden die Ergebnisse nochmals zusammenfassend dargestellt und die verwendete Forschungsliteratur aus dem theoretischen Teil in Beziehung mit den gefundenen Ergebnissen gestellt und diskutiert. Zum Schluss wird im Diskussionsteil noch über mögliche Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung diskutiert.

1. Die Einführung in das Konstrukt der Alexithymie

Das Konstrukt der Alexithymie hat seit seiner Namensgebung in den 1970er Jahren durch Peter Sifneos (Nemiah & Sifneos, 1970) nicht an wissenschaftlicher Aktualität verloren. Der Terminus Alexithymie stammt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie „Es fehlen die Worte für Gefühle“ (a = Fehlen, lexis = Wort, thymos = Emotion). Alexithymie wird heute als eine Störung der somato-psychischen Verarbeitung und Regulierung von Gefühlen und Emotionen betrachtet (Taylor & Bagby, 1997). Mehrere Autoren vertreten die Ansicht, dass es sich beim Konstrukt der Alexithymie um eine Kombination von Störungen im affektiven und kognitiven Bereich handelt sowie um eine Störung der interpersonellen und intrapersonellen Beziehungen (Krystal & Krystal, 1988, zitiert nach Grabe & Scheidt, 2009, S. 23; McDougall, 1982). Charakteristische Merkmale der Alexithymie sind laut McDougall (1982) eine minimale Körpersprache sowie ein emotionsloser Gesichtsausdruck.

Im Folgenden werden die historischen Wurzeln der Alexithymie kurz dargestellt, um zu zeigen, wie sich das Konstrukt der Alexithymie vom Zeitpunkt seiner Entstehung bis hin zur heute gängigen Definition gewandelt hat. Dieses Kapitel geht des Weiteren auch auf die Operationalisierung des Begriffs der Alexithymie sowie auf die psychometrische Erfassung der Alexithymie durch geeignete Messverfahren ein. Im Anschluss daran wird noch ein Überblick über die epidemiologischen Daten sowie über die Ätiologiemodelle der Alexithymie gegeben. Auch die Veränderbarkeit der Alexithymie im Laufe einer Psychotherapie wird hier noch näher beleuchtet.

1.1. Die Entstehungsgeschichte der Alexithymie – Historischer Rückblick

Das Alexithymiekonstrukt hat laut von Rad und Grabe (2009) viele Mütter und Väter, so dass Fragen nach dem Wann, Wo und Wie das Konstrukt in die wissenschaftliche Welt gekommen ist, nur schwer beantwortbar sind.

Vor der Entstehung des Konstrukts der Alexithymie wurden laut Alexander (1950; zitiert nach Ira & Lesser, 1981, S. 531) vor allem psychoanalytische Theorien zur

Klärung von der Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen herangezogen. Die damaligen psychoanalytischen Theorien gingen von der Annahme aus, dass sich unausgedrückte Gefühle, die nicht verbal ausgedrückt oder anders bewältigt werden können, in somatischen Beschwerden äußern. Forschungsarbeiten haben jedoch gezeigt, dass es sich bei den psychoanalytischen Theorien zur Entstehung des Alexithymiekonstrukts um eine zu starke Vereinfachung der komplexen Wechselwirkung von intrapsychischen Vorgängen und körperlicher Befindlichkeit handelt (Ira & Lesser, 1981).

Ruesch (1948, zitiert nach Ira & Lesser, 1981, S. 531–532) beschäftigte sich in seinen Forschungsarbeiten mit dem Problem der geringen erfolgreichen Behandlung von psychosomatischen PatientInnen durch die Psychoanalyse und beobachtete hierbei, dass die psychosomatischen PatientInnen eine „*infantile Persönlichkeit*“ sowie eine mangelnde Reifung aufwiesen und ihnen die Fähigkeit, innere Spannungen verbal, mittels Gesten oder symbolisch auszudrücken, fehlte und so das Ausdrücken über somatische Kanäle das einzige Mittel zu sein schien, um diese Spannungen abbauen zu können. PatientInnen, die diese Eigenschaften aufwiesen, wurden von Freedman und Sweet (1954, zitiert nach Ira & Lesser, 1981, S. 532) als „*emotionale Analphabeten*“ bezeichnet. Es wurde beobachtet, dass viele der psychosomatischen PatientInnen, die dieser Gruppe angehörten, verwirrt schienen, wenn man sie darauf ansprach, dass sie Schwierigkeiten mit ihren Gefühlen haben (Ira & Lesser, 1981). Die französischen Psychoanalytiker Marty und de M'Uzan (1963) konnten in ihren Arbeiten beobachten, dass PatientInnen mit psychosomatischen Störungen bestimmte kognitive Eigenschaften teilten. So zeigte diese Gruppe von PatientInnen eine auffällige Phantasie- und Traumarmut, was die Autoren als sogenannte „*pensée opératoire*“ beziehungsweise operatives Denken bezeichneten (Marty & de M'Uzan, 1963). Laut Marty und de M'Uzan (1963) beschäftigen sich alexithyme PatientInnen vor allem mit körperlichen Symptomen sowie dem detaillierten Ablauf von externen Geschehnissen. Um den mit alexithymen Merkmalen einhergehenden Lebensstil besser zu beschreiben, führten Marty und DeBray (1989) noch zusätzlich den Terminus von „*vie opératoire*“ ein.

Sifneos (1967) griff die Idee der „*pensée opératoire*“ auf und erweiterte die Beobachtungen dahingehend, dass diese Gruppe von PatientInnen auffällige Schwierigkeiten zeigte, ihre Gefühle in Worte zu fassen. Er gab dem gemeinsamen Auftreten sowie dem Zusammenspiel dieser Merkmale die Bezeichnung „Alexithymie“, was aus dem Griechischen frei übersetzt so viel bedeutet wie „keine Worte für Gefühle“ (Sifneos, 1967). Das Alexithymiekonstrukt wurde in den 1970er

Jahren als ein kategoriales Konstrukt beschrieben, das mit Schwierigkeiten, eigene Gefühle zu beschreiben, Phantasiearmut und einer mangelnden Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen, einherging (Sifneos, 1972). Auch stellten einige Autoren einen Zusammenhang zwischen alexithymen Merkmalen und sozialer Konformität, einer limitierten Fähigkeit, sich an Träume zu erinnern, einer Tendenz, Konflikte zu vermeiden, sowie einer verkrampften Körperhaltung fest (Sifneos, Apfel-Savitz & Frankel, 1977, zitiert nach Grabe & Scheidt, 2009, S. 23). Anzumerken ist jedoch, dass zu der Zeit (1970er Jahre) das Alexithymiekonstrukt lediglich auf Beobachtungen und nicht auf empirischen Arbeiten beruhte. Laut Ira und Lesser (1981) ist mit der Namensgebung „Alexithymie“ zwar ein neues Wort, nicht aber eine neue Idee entstanden, wobei die Autoren darauf aufmerksam machen, dass durch diese „Taufe“ eine multiprofessionelle Herangehensweise für ein schwieriges klinisches Problem ermöglicht wurde. Die klinischen Kriterien der Alexithymie sind laut Apfel und Sifneos (1979, zitiert nach Ira & Lesser, 1981, S. 532) die fortwährende Beschreibung physischer Symptome, die Phantasiearmut, die Schwierigkeit, Gefühle mit Worten zu beschreiben, eine durch Wiederholung von Details gekennzeichnete Sprache und zwischenmenschliche Beziehungen, die gekennzeichnet sind durch Abhängigkeit oder Distanziertheit.

Es wird hier deutlich, dass es bei der Entwicklung des Alexithymiekonstrukts zu einigen Kontroversen gekommen ist.

Wie bereits erwähnt wurde das Alexithymiekonstrukt am Anfang seiner Entwicklung überschätzt, da es für die Entstehung aller psychosomatischer Erkrankungen herangezogen wurde. Obwohl das Alexithymiekonstrukt von Beobachtungen mit psychosomatischen PatientInnen abgeleitet wurde, zeigte sich bereits sehr früh in der Entwicklungsgeschichte der Alexithymie, dass PatientInnen mit einer Substanzabhängigkeit sowie PatientInnen mit schweren traumatischen Erlebnissen auch alexithyme Merkmale zeigten (Krystal, 1979). Lange Zeit gab es nur wenige beziehungsweise keine empirischen Untersuchungen des Alexithymiekonstrukts, so dass die diagnostische Erfassung bis zur Einführung der Toronto Alexithymie Skala (TAS) in den 1980er Jahren (Taylor, Ryan & Bagby, 1985) sehr mangelhaft gewesen ist. Erst 1997 kam es durch Bagby und Taylor zu einer empirisch und theoretisch fundierten Definition der Alexithymie.

Die Bedeutung des Konstrukts der Alexithymie hat sich seit seiner Namensgebung durch Sifneos (1972) verändert. Während Alexithymie zu Beginn als kategoriales

Konstrukt galt, wird es heute als ein dimensionales und in der Allgemeinbevölkerung normalverteiltes Persönlichkeitsmerkmal angesehen (Bagby & Taylor, 1997b). Die Alexithymie gilt heute als ein vielversprechendes Modell, das, mithilfe eines multiprofessionellen Zugangs, zu einem besseren Verständnis von Emotionsregulationsproblemen bei psychischen Störungen führt (Grabe & Rufer, 2009a). In der heute gebräuchlichen Definition wird das Konstrukt der Alexithymie als eine affektiv-kognitive Störung angesehen, die im affektiven Bereich mit Schwierigkeiten in der Identifikation und Kommunikation der eigenen Gefühle und im Bereich der Kognition mit einem stereotypen und extern orientierten Denkstil in Verbindung steht (Bagby & Taylor, 1997a). Die Alexithymie wird somit laut Taylor und Bagby (1997) als eine Störung der somatisch-psychischen Regulierung von Emotionen betrachtet, was zu der Folgerung führt, dass Personen mit Alexithymie einen Mangel in der kognitiven Verarbeitung von Affekten aufweisen.

Lange Zeit waren die ForscherInnen sich im Unklaren darüber, ob es sich bei der Alexithymie um einen Vulnerabilitätsfaktor, der den Beginn sowie den Verlauf einer Erkrankung beeinflusst, oder um eine Reaktion auf eine bereits vorhandene Erkrankung handelt. Es kam daher zu der heute nicht mehr gängigen Unterscheidung zwischen einer *primären Alexithymie*, die als ein lebenslanger dispositioneller Faktor angesehen wird, der zu einer psychosomatischen Erkrankung führen kann, und einer *sekundären Alexithymie* als Folge von Stress oder einer medizinischen Krankheit (Freyberger, 1977; Ira & Lesser, 1981). Postulierungen von Subtypen der Alexithymie ohne hierfür adäquate Begründungen sind laut Ira und Lesser (1981) eines der Beispiele theoretischer Modelle, die zu diesem Zeitpunkt den Vorrang über klinische Forschungsarbeiten genommen haben. Aktuelle empirische Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass es sich bei der Alexithymie um ein relativ stabiles Merkmal der Persönlichkeit handelt (Grabe et al., 2008; Luminet, Bagby & Taylor, 2001; Martínez-Sánchez, Ato-García & Ortiz-Soria, 2003; Mikolajczak & Luminet, 2006; Salminen, Saarijärvi, Äärelä & Tamminen, 1994; Salminen, Saarijärvi, Toikka, Kauhanen & Äärelä, 2006; Stingl et al., 2008) und nicht, so wie es die *sekundäre Alexithymie* annahm, um eine vom Zustand abhängige Reaktion. Betrachtet man Alexithymie im Sinne der *sekundären Alexithymie*, so wäre sie lediglich ein Bewältigungsmechanismus, der die betroffene Person vor emotionalem zustandsabhängigem Stress schützen soll (Corcos & Speranza, 2003, zitiert nach Mikolajczak & Luminet, 2006, S. 1400).

Aus den oben angeführten Studien zur *primären* und *sekundären Alexithymie* wird ersichtlich, dass es sinnvoll wäre, zwischen verschiedenen Stufen der Stabilität zu unterscheiden. Die in Zusammenhang mit Alexithymie am häufigsten diskutierten Stabilitätsstufen sind die *absolute Stabilität*, die erreicht wird, wenn keine signifikanten Unterschiede des Mittelwerts im Prä/Postvergleich vorkommen, und die *relative Stabilität*, bei der die Prä/Postwerte signifikant miteinander korrelieren sollten (Luminet et al., 2001). Einige Studien, die die Stabilität der Alexithymie untersuchten, zeigten eine signifikant relative Stabilität der Werte der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) (Grabe et al., 2008; Honkalampi et al., 2007; Luminet et al., 2001; Stingl et al., 2008) und dies auch über mehrere Zeitpunkte von Follow-up-Untersuchungen (Rufer et al., 2006).

Fazit ist, dass die Entwicklungsgeschichte der Alexithymie mit einigen deutlichen Kontroversen einherging. Es hat sich gezeigt, dass das Konstrukt der Alexithymie anhand zahlreicher klinischer und systematischer Beobachtungen von ForscherInnen unterschiedlicher Fachbereiche entwickelt worden ist, die – voneinander unabhängig – gemeinsame klinische Merkmale bei PatientInnen mit psychosomatischen Störungen festgestellt haben (Grabe & Scheidt, 2009). Das Konstrukt der Alexithymie gilt heute als ein zeitgemäßes Modell mit einem interdisziplinären Zugang zum besseren Verstehen von Emotionsregulationsstörungen bei einer Vielzahl von psychischen Erkrankungen (Grabe & Rufer, 2009a).

1.2. Die Operationalisierung der Alexithymie

Bereits zu Beginn der Einführung des Terminus Alexithymie hat sich gezeigt, dass es – trotz gemeinsamer Merkmale – Probleme gab, eine homogene Definition zu finden, was wiederum zu Problemen bei der wissenschaftlichen Operationalisierung des Alexithymiekonstrukts führte (Laireiter, 1989). Der Autor stellte fest, dass es bezüglich der Merkmale der Alexithymie – mit Ausnahme von den Defiziten in der Kommunikations- und Erlebensfähigkeit, dem faktenorientierten Denkstil sowie dem Phantasiemangel – nur wenige Übereinstimmungen gab, so dass viele unterschiedliche Einzelmerkmale dem Alexithymiebegriff zugeordnet worden sind. Laireiter (1989) schlug daher vor, zwischen einem *klassischen, singulären* und einem *erweiterten* Alexithymiebegriff zu unterscheiden, wobei ersterer sich auf die

früheren Arbeiten von Nemiah und Sifneos (Nemiah, 1977; Sifneos, 1973) beziehen sollte, nämlich auf die Schwierigkeiten in der Kommunikation von subjektiv Erlebtem und Gefühltem, und letzterer sich auf später erschienene Arbeiten von Nemiah und Sifneos sowie auf Erklärungen anderer Autoren.

Erst durch die Forschungsarbeiten von Taylor und Bagby (1997) kam es zu einer theoretischen und empirisch fundierten Definition des Alexithymiebegriffs. Die heutige Operationalisierung des Konstrukts durch die 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) (Bagby, Taylor & Parker, 1994) beinhaltet die folgenden drei Dimensionen:

- (1) Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren
- (2) Schwierigkeiten, Gefühle zu kommunizieren
- (3) extern orientiertes Denken.

Das Konstrukt der Alexithymie ist bis heute noch in keinem klinischen Klassifikationssystem wie etwa der ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) oder DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) angeführt. Laut Fava, Mangelli und Ruini (2001, zitiert nach Grabe & Scheidt, 2009, S. 26) sollten mindestens drei der folgenden Kriterien vorliegen, um eine PatientIn als alexithym bezeichnen zu können:

- Unfähigkeit, Gefühle in Worte fassen zu können
- Neigung, eher Einzelheiten und Details einer Situation anstelle der eigenen Gefühle zu beschreiben
- Phantasiemangel
- Inhalte des Denkens basieren eher auf äußerem Geschehen als auf Gefühlen.
- Möglicher Zusammenhang zwischen somatischem Erleben und Gefühlen wird verleugnet.
- Häufiges Auftreten inadäquater Gefühlsausbrüche

1.3. Die psychometrische Erfassung der Alexithymie

Eine entscheidende Voraussetzung für eine international vergleichbare Forschung des Alexithymiekonstrukts ist eine valide und reliable psychometrische Erfassung

(Grabe & Scheidt, 2009). Wie oben bereits angeschnitten stellte sich die Operationalisierung der Alexithymie als äußerst schwierig dar. Lange Zeit basierte das Wissen um die Alexithymie lediglich auf Beobachtungen von ForscherInnen, da empirische Studien zur psychometrischen Erfassung des Konstrukts aufgrund des Fehlens von Instrumenten nicht möglich waren. Erst in den letzten 20 Jahren kam es durch die Entwicklung von geeigneten empirisch überprüften Messverfahren zu einer operationalisierten Erfassung des Konstrukts. Heute besteht die Möglichkeit, Alexithymie sowohl mittels Selbst- als auch mittels Fremdbeurteilung zu erfassen.

Das heute gängigste und weitverbreitetste Messinstrument zur Erfassung der Alexithymie stellt das durch die Arbeitsgruppe von Bagby und Kollegen entwickelte Selbstbeurteilungsverfahren der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) dar (Bagby, Parker & Taylor, 1994; Bagby et al., 1994). Die TAS-20 wurde aus der TAS-26 heraus entwickelt, die unter Berücksichtigung der psychometrischen Probleme von den damaligen Messverfahren in den 1980er Jahren heraus entstanden ist (Grabe & Scheidt, 2009).

Das Selbstbeurteilungsverfahren TAS-26 umfasst vier Faktoren, die neben den dreien der TAS-20, und zwar der Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen (DIF = difficulty identifying feelings) sowie deren Beschreibung (DDF = difficulty describing feelings) und einem extern orientierten Denkstil (EOT = externally-orientated thinking) auch noch die Dimension „vermindertes Tagträumen“ als einen Faktor des reduzierten Phantasieerlebens betrifft. Die Autoren der TAS-26 kamen zu dem Schluss, dass sie das Verfahren aufgrund neuerer empirischer Untersuchungen überarbeiten müssen. Im Rahmen der Überarbeitung wurde der Faktor „vermindertes Tagträumen“ aufgrund von zu geringen Korrelationen mit den restlichen Items der Skala nicht mehr in die neue Version (TAS-20) aufgenommen. In den bisherigen Studien zeigte die TAS-20 eine hohe interne Konsistenz, und auch die Drei-Faktorenstruktur konnte im Großteil der Studien repliziert werden (Grabe & Scheidt, 2009). Bei den Messungen des Therapieverlaufs mithilfe der TAS-20 zeigte sich eine hohe Stabilität der Werte (Rufer et al., 2004). Die TAS-20 ist ein valides Messinstrument zur Erfassung der Alexithymie. Bagby, Taylor et al. (1994) schlugen folgenden Schwellenwert (oder Cut-off-Wert) vor, ab dem eine Person als alexithym beziehungsweise als nicht alexithym oder mit Verdacht auf Alexithymie bezeichnet werden kann:

- TAS-20-Summenscore von ≥ 61 : Alexithymie

- TAS-20-Summenscore von ≤ 51 : keine Alexithymie
- TAS-20-Summenscore zwischen 52 und 60: Verdacht auf Alexithymie

Andere Arbeiten wiesen darauf hin, dass der von Bagby, Taylor et al. (1994) vorgeschlagene Schwellenwert von ≥ 61 möglicherweise zu restriktiv für die Klassifizierung von Alexithymie ist und empfahlen daher die Benutzung von Perzentilen von 33 und 66 für die Unterscheidung zwischen niedrigen und hohen Alexithymiewerten (Franz, Sitte, Popp, Schneider & Schäfer, 2006). Lange Zeit lagen weder populationsbasierte Normierungen noch Cut-off-Werte für den deutschsprachigen Raum vor. Erst durch die Arbeit von Franz und Kollegen (2008) wurden reliable populationsbasierte Daten anhand einer Zufallsstichprobe (1.859 Personen im Alter zwischen 20 und 69 Jahren) für den deutschen Raum gewonnen. In der Faktorenanalyse zeigten sich, genau wie bei früheren Studien (Bach, Bach, de Zwaan, Serim & Böhmer, 1996; Bagby, Taylor et al., 1994), auch bei Franz und Kollegen (2008) drei Faktoren, nämlich die Schwierigkeit der Identifikation von Gefühlen, die Schwierigkeit der Beschreibung von Gefühlen sowie ein extern orientierter Denkstil.

Zusammenfassend zeigt sich, dass lange Zeit keine geeigneten Messinstrumente für die psychometrische Erfassung der Alexithymie vorlagen. Erst durch die Entwicklung der Messverfahren TAS-26 beziehungsweise TAS-20 konnte das Alexithymiekonstrukt valide und reliabel erfasst werden. Anzumerken ist, dass es sich beim Konstrukt der Alexithymie um ein normalverteiltes Merkmal handelt, das als dimensionale Variable der Persönlichkeit keinen natürlichen Schwellenwert im Sinne des Cut-off-Wertes aufweist (Grabe & Scheidt, 2009). Der Schwellenwert der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20), ab dem eine Person als alexithym zu bezeichnen ist, wurde lediglich anhand einer kleinen Stichprobe errechnet und weist daher keine generalisierbare Gültigkeit auf (Grabe & Scheidt, 2009). Nichtsdestotrotz scheint dieser von Bagby, Taylor et al. (1994) gesetzte Cut-off-Wert einen gewissen Nutzen zu haben, da Personen, die diesen Wert überschreiten, mit hoher Wahrscheinlichkeit klinisch relevante alexithyme Merkmale aufweisen. Aus diesem Grund wird in aktuellen Forschungsarbeiten auch überwiegend der von Bagby, Taylor et al. (1994) aufgestellte Schwellenwert genutzt, um PatientInnen als alexithym beziehungsweise als nicht alexithym oder mit Verdacht auf Alexithymie klassifizieren zu können.

1.4. Ätiologiemodelle der Alexithymie

Bereits zu Beginn der Erforschung der Alexithymie hat sich gezeigt, dass dieses Konstrukt zwar einerseits ein großes Interesse mit sich bringt, andererseits aber auch sehr umstritten ist und Kontroversen ausgelöst hat. Anzumerken ist hier, dass sich die ForscherInnengruppen in den 1970er Jahren möglicherweise vorschnell mit einer ätiologischen Zuordnung der Alexithymie beschäftigt haben (Grabe & Scheidt, 2009).

Laut Grabe und Scheidt (2009) wurden 1976 in der elften *European Conference on Psychosomatic Research* folgende fünf Ätiologiemodelle für das Alexithymiekonstrukt diskutiert:

- (1) die Hypothese von einer hirnorganischen Lokalisierung
- (2) die Hypothese von einer genetischen Disposition
- (3) die Hypothese einer traumabedingten Genese
- (4) die Annahme von einer psychodynamischen Genese
- (5) die Hypothese von einer reaktiven alexithymen Reaktion auf eine Untersuchungssituation

Wie bereits oben angerissen, war die Beschäftigung mit möglichen Ätiologiemodellen zu diesem Zeitpunkt der Alexithymieforschung etwas vorschnell, da weder geeignete Messverfahren noch empirische Befunde vorlagen. Auch gab es zu dieser Zeit noch keine eindeutige und einheitliche Definition der Alexithymie, und es herrschte Uneinigkeit darüber, ob das Konstrukt als ein lebenslanger dispositioneller Faktor im Sinne der primären Alexithymie oder aber als zustandsabhängiges Phänomen im Sinne der sekundären Alexithymie gesehen werden kann. Von den oben angeführten Ätiologiemodellen beziehen sich (1), (2) und (4) eher auf die Annahme der primären und (3) und (5) eher auf die Annahme der sekundären Alexithymie.

Die heute gängigen Ätiologiemodelle gehen laut Grabe und Scheidt (2009) davon aus, dass die Alexithymieentstehung auf einem Zusammenwirken von interaktionsdynamischen und neuropsychologischen Einflüssen beruht, wobei ersteres sich noch einmal unterteilen lässt in einen intrapsychischen Abwehrvorgang (Bogutyn, Kokoszka, Palczynski & Holas, 1999) und eine affektive Entwicklungsstörung (Bagby & Taylor, 1997a). Bei der letztgenannten Ätiologieannahme wird Alexithymie laut Lane und Schwartz (1987, zitiert nach Grabe & Scheidt, 2009, S. 27) als die Folge einer Störung von einer emotional-

kognitiven Entwicklung gesehen. Franz und Schäfer (2009) gehen davon aus, dass es sich bei der Alexithymie – dadurch, dass die Verarbeitung von Affekten parallel in verschiedenen Teilen des Gehirns erfolgt – um ein sogenanntes Multifacettenkonstrukt handelt, das als das Resultat einer Anpassung an die Entwicklungsbedingungen gesehen werden kann. Grabe und Rufer (2009b) betonen, dass sich die verschiedenen Ätiologiemodelle jedoch keinesfalls gegenseitig ausschließen.

Aktuelle Studien aus der Neuropsychologie, die emotionale Stimulusmaterialien anwenden, haben gezeigt, dass es erhebliche Differenzen zwischen ProbandInnen mit und ohne Alexithymie in der kortikalen Aktivierung gibt, was darauf schließen lässt, dass emotionale Stimuli unterschiedlich verarbeitet werden (Berthoz et al., 2002; Karlsson, Naatanen & Stenman, 2008). Diese Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass es sich beim Alexithymiekonstrukt um eine kognitive Affektverarbeitungsstörung handelt (Grabe & Rufer, 2009b).

Einige ForscherInnen beschäftigten sich in ihren Arbeiten mit dem Zusammenhang erblicher beziehungsweise genetischer Einflüsse auf das Alexithymiekonstrukt. In einer Untersuchung von 8.785 Zwillingspaaren wurde die Heritabilität beziehungsweise Erblichkeit von Alexithymie auf 30% bis 33% geschätzt (Jørgensen, Zachariae, Skytthe & Kyvik, 2007). In einer Untersuchung von Lumley, Mader, Gramzow und Papineau (1996) zeigten die erhobenen Alexithymiewerte hohe Korrelationen zwischen Müttern und ihren erwachsenen Kindern, was einerseits wieder ein Hinweis auf die erbliche Komponente darstellt, andererseits aber natürlich auch Umwelteinflüssen unterliegen kann. Auch in der Arbeit von Mahler, Barnow, Freyberger, Spitzer und Grabe (2009) konnte gezeigt werden, dass beide Elternteile, also sowohl Väter als auch Mütter, im gleichen Maß die alexithymen Merkmale ihres Kindes beeinflussen.

Es ist jedoch wichtig darauf hinzuweisen, dass weder neurobiologische noch genetische Befunde als alleinige Erklärung für die Entstehung von alexithymen Merkmalen herangezogen werden können und dass neben Umwelteinflüssen auch Gen-Umwelt-Interaktionen einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung von Alexithymie haben können (Grabe & Rufer, 2009b).

1.5. Epidemiologie der Alexithymie

Arbeiten, die die Prävalenz von Alexithymie in der Allgemeinbevölkerung oder in klinischen Stichproben untersuchten, beziehen sich – falls nicht anders angegeben – auf den Gesamtwert der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) und den daraus resultierenden Cut-off-Wert der TAS-20 von ≥ 61 für das Vorhandensein von Alexithymie (Grabe & Scheidt, 2009). Franz et al. (2008) waren die ersten, die im deutschsprachigen Raum eine epidemiologische Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe (N = 1859 Personen) durchgeführt haben. Die Untersuchung zeigte, dass insgesamt 10% der deutschen Allgemeinbevölkerung (11,1% der Männer und 8,9% der Frauen) den TAS-20 Schwellenwert von ≥ 61 überschritten und somit als alexithym zu bezeichnen sind (Franz et al., 2008). Die Autoren stellten fest, dass Frauen einen leichten, aber dennoch signifikant niedrigeren Gesamtwert in der TAS-20 aufwiesen als Männer. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Kokkonen und Kollegen (2001) sowie mit denen von Parker, Taylor und Bagby (2003) überein. Eine epidemiologische Studie in der finnischen Allgemeinbevölkerung fand eine höhere Prävalenz von Alexithymie (12,8%) sowie größere Unterschiede zwischen Männern und Frauen (16,6% der Männer und 9,6% der Frauen), wobei Männer fast doppelt so häufig alexithym waren (Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toikka & Kauhanen, 1999). Allerdings wurden auch bei einigen Studien, die Alexithymie mit der TAS oder der TAS-26 gemessen haben, keine Unterschiede in der Verteilung des Geschlechts bei alexithymen Personen gefunden (Joukamaa, Saarijärvi, Muuriaisniemi & Salokangas, 1996; Parker, Taylor & Bagby, 1989; Pasini, Delle Chiaie, Seripa & Ciani, 1992).

Arbeiten, die die einzelnen Subskalen der TAS-20 hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit Geschlecht betrachteten, fanden, dass Frauen signifikant höhere Werte in dem Faktor DIF („Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“) aufwiesen (Bankier, Aigner & Bach, 2001; Kokkonen et al., 2001). Bankier et al. (2001) beobachteten darüber hinaus, dass Männer höhere Werte in der Subskala EOT („extern orientierter Denkstil“) aufwiesen.

Die Prävalenz von Alexithymie bei psychischen und somatischen Erkrankungen wird nachfolgend in Kapitel 2 für einige ausgewählte Erkrankungen zusammenfassend dargestellt.

Im Hinblick auf soziodemographische Variablen zeigte sich bei der Untersuchung von Mattila, Salminen, Nummi und Joukamaa (2006), dass es zu einer Erhöhung der Alexithymiewerte mit ansteigendem Alter kam, was darauf schließen lässt, dass

es zu einer Progredienz der alexithymen Merkmale mit zunehmendem Alter kommt. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Pasini und Kollegen (1992) sowie Salminen und Kollegen (1999) überein. Hingegen zeigten einige Untersuchungen auch keine Zusammenhänge zwischen Alexithymie und zunehmendem Alter (Bankier et al., 2001; Franz et al., 2008; Gunzelmann, Kupfer & Brähler, 2002; Parker et al., 1989). Die Frage, in welchem Alter sich die Alexithymie manifestiert beziehungsweise auftritt, ist nach wie vor nicht geklärt (Möller, Laux & Deister, 2001).

Bezüglich der Untersuchung der soziodemographischen Variable Familienstand/Partnerschaft zeigte sich in der Untersuchung von Franz et al. (2008), dass alleinlebende oder geschiedene Personen höhere Werte in der Gesamtskala der TAS-20 aufwiesen als Personen, die in einer Partnerschaft lebten. Die Autoren schlussfolgerten, dass alleinlebende Personen eine niedrigere Lebenszufriedenheit und höheren psychischen Stress aufwiesen als Personen mit Partnerschaft, was dann auch zu höheren Werten in der Alexithymie führen könnte. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Kauhanen, Kaplan, Julkunen, Wilson und Salonen (1993) und Kokkonen et al. (2001) überein. In der Studie von Salminen und Kollegen (1999) zeigte sich diese Assoziation zwischen dem Familienstand und Alexithymie allerdings nicht.

Auch die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand einer Person und Alexithymie gibt, wurde vielfach in Studien untersucht. Eine Untersuchung von Parker und Kollegen (1989) zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Alexithymie und dem Bildungsstand. Andere Untersuchungen hingegen zeigten, dass ein niedriger (Aus-)Bildungsstand mit höheren Werten in der Gesamtskala der TAS-20 sowie mit höheren Werten in der Subskala EOT (extern orientierter Denkstil) zusammenhängen (Bankier et al., 2001; Pasini et al., 1992; Salminen et al., 1999).

1.6. Der Einfluss und die Veränderbarkeit der Alexithymie im Therapieverlauf

Die Schwierigkeit, Gefühle zu identifizieren und diese verbal auszudrücken, spielt für den psychotherapeutischen Prozess eine bedeutende Rolle (Rufer & Grabe,

2009). Untersuchungen, die sich mit der Frage beschäftigen, welche Merkmale gegen die Eignung für eine Psychotherapie sprechen, kommen zu dem Ergebnis, dass die Unfähigkeit, seine eigenen Gefühle beschreiben zu können, als sehr ungünstig für einen Therapieverlauf anzusehen ist und dass aus diesem Grund für diese PatientInnen – wenn überhaupt – eher Langzeittherapien geplant werden sollen (Shands, 1958, zitiert nach Rufer & Grabe, 2009, S. 185).

Bereits in den 1970er Jahren wies Sifneos (1973) darauf hin, dass alexithyme Merkmale bei PatientInnen mit einer schlechteren psychotherapeutischen Behandlung einhergehen beziehungsweise diese verhindern. Eine mögliche Erklärung, warum Alexithymie mit einem ungünstigen Therapieverlauf einhergeht, ist, dass alexithyme Personen eine geringe beziehungsweise nicht vorhandene Introspektionsfähigkeit aufweisen sowie ein geringeres Interesse für introspektive kognitive Aktivitäten haben (Krystal, 1979; Speranza, Loas, Wallier & Corcos, 2007).

Zahlreiche Forschungsarbeiten zeigen, dass es sich bei der Alexithymie um ein relativ stabiles Merkmal der Persönlichkeit handelt (Grabe et al., 2008; Gündel, Ceballos-Baumann & Rad, 2000; Luminet et al., 2001; Stingl et al., 2008), was bedeutet, dass sich Alexithymie im Verlauf einer Therapie nur geringfügig verändert und über die Zeit hinweg relativ stabil bleibt. Grabe und Kollegen (2008) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass sich zwar einerseits sowohl die alexithymen Merkmale als auch der psychopathologische Stress bei alexithymen PatientInnen im Verlauf der Behandlung verringerten, andererseits die PatientInnen mit Alexithymie, im Vergleich zu denen ohne Alexithymie, immer noch einen deutlich höheren psychopathologischen Stress aufwiesen. Die Autoren schlussfolgerten, dass Alexithymie einen negativen Einflussfaktor für eine erfolgreiche Therapie darstellt, was auch mit den Ergebnissen der Untersuchung von Leweke, Bausch, Leichsenring, Walter und Stingl (2009) übereinstimmt. Auch die Untersuchung von Stingl und Kollegen (2008) zeigte, dass sich im Behandlungsverlauf, unabhängig von den jeweiligen Diagnosen, die Alexithymieausprägung bei PatientInnen kaum bis gar nicht veränderte. Eine mögliche Erklärung für den negativen Einfluss von alexithymen Merkmalen auf den Therapieerfolg ist laut Ogrodniczuk, Piper und Joyce (2005) die Unfähigkeit alexithymer Personen, ihre Gefühle verbal auszudrücken, und ihr immer wiederkehrender Verweis auf die körperlichen Symptome. Anzumerken ist, dass dieses Verhalten von alexithymen Personen zu einer Frustration, aber auch zu negativen Reaktionen wie beispielsweise

Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit beim Therapeuten führen können, was wiederum ungünstig für den Psychotherapieverlauf ist (Ogrodniczuk et al., 2005).

Da das Vorhandensein von Alexithymie eine prädiktive Bedeutung für den Psychotherapieerfolg zu haben scheint, stellt sich natürlich die Frage, ob die Möglichkeit besteht, alexithyme Merkmale mithilfe einer Psychotherapie zu beeinflussen beziehungsweise zu verändern (Rufer & Grabe, 2009). Anzumerken ist, dass es bisher nur wenige empirische Daten über den Einfluss von Psychotherapie auf Alexithymie gibt. Bei mehreren noch offenen Untersuchungen zeigte sich, dass es bei Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung und/oder bei Nachfolgeuntersuchungen zu einer Verbesserung von einigen Merkmalen der Alexithymie gekommen ist (Grabe et al., 2008; Rufer et al., 2006; Simson, Martin, Schafer, Franz & Janssen, 2006; Subic-Wrana et al., 2005). In der Arbeit von Grabe und Kollegen (2008) kam es beispielsweise zu einer Abnahme des Summenwertes der Toronto Alexithymie Skala (TAS-20) von 66 auf 56 Rohwertpunkte. Inwieweit eine Psychotherapie zu einer Reduzierung von vorhandenen alexithymen Merkmalen führen kann, bedarf jedoch weiterer Untersuchungen mit kontrolliertem Design (Rufer & Grabe, 2009).

Hervorzuheben ist, dass das Vorhandensein von alexithymen Merkmalen bei der Planung und Durchführung einer Psychotherapie berücksichtigt werden sollte, um so eventuellen negativen Reaktionen von beiden Seiten, also sowohl von PatientInnen als auch vom TherapeutInnen, vorzubeugen (Grabe & Rufer, 2009a). Zusammenfassend handelt es sich bei Alexithymie um ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal, das trotz Psychotherapie oftmals ohne bedeutsame Änderung weiterhin bestehen bleibt (De Gucht & Heiser, 2003; Grabe & Rufer, 2009a). Die Frage, ob und inwieweit psychotherapeutische Maßnahmen alexithyme Merkmale reduzieren können, bleibt jedoch weiterhin unklar (Grabe & Rufer, 2009a).

2. Alexithymie und Krankheit

In mehreren Untersuchungen hat sich gezeigt, dass alexithyme Persönlichkeitsmerkmale häufig bei verschiedenen Erkrankungen auftreten sowie dass Alexithymie mit einer niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht. Dieses Kapitel soll einen Überblick über die bedeutsamsten Prävalenzdaten alexithymer Merkmale bei diversen ausgewählten psychischen und somatischen Störungen sowie eine Vorstellung ihrer Beziehungen zueinander geben. Auch soll in diesem Kapitel der Zusammenhang von Alexithymie mit gesundheitsbezogener Lebensqualität näher beleuchtet werden.

2.1. Einführung

In den letzten 20 Jahren haben Forschungen, die sich mit ätiopathogenetischen Mechanismen und kausalen Zusammenhängen zwischen Alexithymie und somatischen und psychischen Störungen beschäftigen, an Bedeutung gewonnen (Taylor & Bagby, 2004). Das Konstrukt der Alexithymie wurde anfänglich von Sifneos (1973) entwickelt, um psychosomatische Krankheitsbilder besser erklären zu können. Schon bald stellte sich jedoch heraus, dass es neben den klassischen psychosomatischen Störungen auch regelmäßig erhöhte Alexithymieanteile bei psychischen Erkrankungen gab. Von einigen Autoren wird das Konstrukt der Alexithymie als ein Vulnerabilitätsfaktor angesehen, der die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person im Laufe des Lebens eine psychische Erkrankung entwickelt, erhöht (Taylor, Bagby & Parker, 1991), wobei es noch unklar ist, ob dies nur auf bestimmte Störungsbilder zutrifft oder aber im Allgemeinen auf alle psychischen Krankheitsbilder.

Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass die Prävalenzdaten von Alexithymie wie folgt liegen: somatoforme Störungen bei 59% (Burba et al., 2006), Essstörungen bei 77% (Bourke, Taylor, Parker & Bagby, 1992), depressive Störungen bei 46% (Saarijärvi, Salminen & Toikka, 2001) beziehungsweise bei 45% (Honkalampi et al., 2001), Angststörungen bei 43% (Cox, Swinson, Shulman & Bourdeau, 1995) beziehungsweise 44,2% (Marchesi, Fonto, Balista, Cimmino & Maggini, 2005) und

Zwangsstörungen bei 14,3% (Rufer et al., 2006). Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Stichproben in den oben genannten Studien eher klein waren und dass die Prävalenzen in den Untersuchungen zum Teil stark schwankten sowie dass die hier angeführten Prävalenzdaten nur einen Ausschnitt der Prävalenz von Alexithymie bei psychischen und somatischen Erkrankungen darstellen.

Wie schon beim geschichtlichen Rückblick (siehe Kapitel 1.1.) angedeutet, wurde das Konstrukt der Alexithymie zu Beginn seiner Entwicklung überschätzt, da es als Erklärung für die Entstehung aller psychosomatischen Krankheiten herangezogen worden ist. Arbeiten, die den Zusammenhang von alexithymen Merkmalen mit psychosomatischen Krankheiten überprüfen, lassen Zweifel aufkommen, ob es sich bei der Alexithymie – so wie ursprünglich angenommen – um eine charakteristische Eigenschaft beziehungsweise um ein Merkmal handelt, das zu der Entstehung einer psychosomatischen Erkrankung beiträgt oder aber, ob Alexithymie als eigenes Persönlichkeitsmerkmal im Sinne der primären Alexithymie gesehen werden muss. Franz und Schäfer (2009) kamen zu der Folgerung, dass die mit einer Alexithymie einhergehende Beeinträchtigung der sozialen Anpassung die Entstehung von einer psychischen oder psychosomatischen Krankheit begünstigen kann. Alexithymie muss folglich als ein Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen und psychosomatischen Krankheiten angesehen werden (Franz & Schäfer, 2009). Als Erklärung führten die Autoren an, dass es sich bei der Fähigkeit zum emotionalen Kommunizieren um eine wesentliche Voraussetzung zur zwischenmenschlichen Konfliktbewältigung sowie zur Bewältigung von anderen Stresssituationen handelt.

Aktuelle Forschungsarbeiten sehen in Alexithymie aber nicht nur einen Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen und somatischen Krankheitsbildern, sondern auch für eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität (Mattila et al., 2009).

Nachfolgend wird der komplexe Zusammenhang von Alexithymie mit einigen ausgewählten psychischen Erkrankungen sowie mit Somatisierungsstörungen dargestellt. Auch der Zusammenhang zwischen Alexithymie und gesundheitsbezogener Lebensqualität wird in diesem Kapitel näher beleuchtet.

2.2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

2.2.1. Einführung in den Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der Terminus Gesundheit wurde von der World Health Organization (WHO) folgendermaßen definiert:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 1948).

Diese Definierung des Gesundheitsbegriffs war insoweit neuwertig, als dass man sich nicht mehr lediglich auf den körperlichen Aspekt der Gesundheit konzentrierte, sondern das gesamte Menschenbild sowie dessen Umwelt mitbetrachtete. Wichtig zu erwähnen ist hier auch, dass aus dieser Definition ersichtlich wird, dass das Fehlen von einer Krankheit oder von Gebrechen noch nicht „gesund sein“ bedeutet.

Der Begriff Lebensqualität wird einerseits definiert als das subjektive Bewerten von objektiven Lebensumständen, und auf der anderen Seite gibt er die gesamten sozioökonomischen Eigenschaften der Gesellschaft wieder.

Die Ergänzung um das Wort „gesundheitsbezogen“ ist im klinischen und im Gesundheitswesen von Bedeutung und hat als Funktion den Terminus bestmöglich von anderen wissenschaftlichen Disziplinen abzugrenzen. Laut Bullinger (2000) wird gesundheitsbezogene Lebensqualität wie folgt definiert: „Gesundheitsbezogene Lebensqualität kann verstanden werden als Selbstbericht von sozialen, psychischen, körperlichen und alltagsnahen Aspekten von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit“ (S. 190).

Kennzeichnend für den Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist eine intensive Zusammenarbeit von Psychologen und Medizinern, wobei beide Bereiche den Fokus auf die bestmögliche adäquate Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität legen (Bullinger, 1997). Laut Rose und Kollegen (2000) gibt es durch die Entwicklung des Konstrukts der gesundheitsbezogenen Lebensqualität die Möglichkeit, die durch die Erkrankung erlebten subjektiven Einschränkungen besser zu erfassen und diese dementsprechend auch gezielt in Therapien mit zu berücksichtigen. Anzumerken ist, dass es sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität um eine änderungssensitive Größe handelt. Laut Bullinger, Ravens-

Sieberer und Siegrist (2000) bedeutet dies, dass sich im Verlaufe einer Erkrankung beispielsweise die subjektive Befindlichkeit eines Patienten/einer Patientin ändern kann und dementsprechend diejenigen Faktoren relevant sind, die sich im Erleben der PatientInnen kurz- oder aber auch mittelfristig verändern können.

2.2.2. Alexithymie und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Mattila und Kollegen (2010) sowie auch Salminen und Kollegen (2002) untersuchten gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Gesamtbevölkerung bei Personen mit und ohne alexithyme Merkmale. Die Ergebnisse der beiden Studien zeigten, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Personen mit Alexithymie geringer war als bei Personen ohne Alexithymie. Des Weiteren konnten Salminen et al. (2002) in ihrer Untersuchung zeigen, dass Alexithymie mit niedrigeren Werten in der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit einherging. Auch Mattila und Kollegen (2009), die in ihrer Studie die Beziehung zwischen dem Konstrukt der Alexithymie und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der finnischen Allgemeinbevölkerung (N = 5.418) untersuchten, kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Die Autoren zeigten in ihrer Untersuchung, dass Alexithymie mit einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität einherging, und zwar auch dann, wenn mögliche Störfaktoren wie soziodemographische Variablen und depressive Erkrankungen kontrolliert worden sind (Mattila et al., 2009). Ferner fanden auch Modestin, Furrer und Malti (2004) in ihrer Untersuchung, dass Alexithymie mit einer geringen psychischen Gesundheit einhergeht.

Aufgrund der oben angeführten Untersuchungen kam es bei einigen Forschergruppen zu der Frage, ob das Vorhandensein von alexithymen Merkmalen zu einer niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt oder aber ob eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität als Prädisposition für Alexithymie gesehen werden kann (Mattila et al., 2009; Nuñez et al., 2010).

In Anlehnung an die Erkenntnisse des aktuellen Forschungsstands, dass es sich beim Konstrukt der Alexithymie um ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal handelt, kann man zu dem Schluss kommen, dass Alexithymie einerseits ein Risikofaktor für eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellt (Mattila et al., 2009) und zudem als wesentlicher Faktor zur Entstehung und/oder

Aufrechterhaltung einer psychosomatischen Erkrankung beiträgt (Nuñez et al., 2010).

Zusammengefasst sprechen die Ergebnisse dafür, dass Alexithymie mit einer niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass der Zusammenhang zwischen Alexithymie und gesundheitsbezogener Lebensqualität vor allem in nicht-klinischen Stichproben untersucht worden ist und die angeführten Studien häufig keine möglichen soziodemographische Störvariablen in ihre Berechnung miteinbezogen haben.

2.3. Alexithymie und depressive Erkrankungen

Depressive Erkrankungen treten verhältnismäßig häufig in der Allgemeinbevölkerung Europas auf (Ayuso-Mateos et al., 2001). Nach ICD-10 und DSM-IV wird Depression zu den affektiven Störungen gezählt. Typische Merkmale einer Depression sind eine Veränderung beziehungsweise Beeinträchtigung der Stimmung sowie der vitalen Aktivität. Faktoren, die häufig im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen stehen, sind ein schlechter Gesundheitszustand (Judd, Paulus, Wells & Rapaport, 1996) sowie erhöhtes Alter (Stordal et al., 2001).

Ein besonders großes Interesse wird aber unter anderem auch der Beziehung zwischen Alexithymie und Depression entgegengebracht. Frühere Forschungen weisen darauf hin, dass zwischen dem Konstrukt der Alexithymie und depressiven Erkrankungen ein deutlicher Zusammenhang vorzuliegen scheint. Die beiden Konstrukte weisen auf phänomenologischer Ebene bereits einige ähnliche Merkmale wie beispielsweise die limitierte Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, auf. Aufgrund dieser Ähnlichkeit stellt sich die Frage, ob es sich beim Konstrukt der Alexithymie überhaupt um eine stabile eigenständige Persönlichkeitseigenschaft handelt oder ob sie lediglich ein Phänomen darstellt, das sekundär zur Depression entsteht und somit als zustandsabhängig gesehen werden kann. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass Alexithymie ein Konstrukt ist, das unabhängig und eigenständig von Depression besteht (Parker, Bagby & Taylor, 1991), beziehungsweise dass es keine Überlappungen zwischen den beiden Konstrukten gibt. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Wise, Mann und Randell (1995) überein, die in ihrer Untersuchung zeigen konnten, dass alexithyme

Merkmale unabhängig von den Symptomen einer Depression bestehen.

In einer zwölfmonatigen Follow-up-Studie (Honkalampi et al., 2001) zur Überprüfung der Beziehung zwischen Alexithymie und Depression zeigte sich, dass die Mittelwerte der beiden Konstrukte sich zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten nicht signifikant veränderten, es jedoch unter Verwendung des Cut-off-Wertes der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) bei einem Teil der VersuchsteilnehmerInnen zu einem Wechsel des Status „alexithym“ zu „nicht alexithym“ und umgekehrt kam. Die Autoren kamen zu der Folgerung, dass Alexithymie einerseits basierend auf den ähnlichen Mittelwerten zu den verschiedenen Messzeitpunkten als stabiles Persönlichkeitsmerkmal gesehen werden kann, andererseits aber alexithyme Merkmale zustandsabhängig zu sein scheinen und in einem engen Zusammenhang mit depressiven Symptomen stehen (Honkalampi et al., 2001).

Bei einigen Forschergruppen führte dies zu der Vermutung, dass es sich beim Alexithymiekonstrukt um ein zustandsabhängiges Phänomen der Depression – im Sinne der sekundären Alexithymie – handeln könnte (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen & Viinamäki, 2000; Taylor, 2000). Hintikka, Honkalampi, Lehtonen und Viinamäki (2001), die in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen Alexithymie und Depression in der Gesamtbevölkerung untersuchten, kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Bei Probanden, die sowohl alexithym als auch depressiv waren, hat sich eine hohe Überlappung des Alexithymie- und des Depressionskonstrukts auf Item-Ebene gezeigt (Hintikka et al., 2001).

Ferner fanden Honkalampi, Hintikka, Saarinen, Lehtonen und Viinamäki (2000) in ihrer sechsmonatigen Follow-up-Untersuchung zur Überprüfung der Stabilität von Alexithymie bei PatientInnen mit einer depressiven Erkrankung, dass es bei der Nachfolgeuntersuchung unter Verwendung von Cut-Off-Werten zu einer Reduktion der unter Alexithymie leidenden Personen gekommen ist. Die Autoren kamen zu der Folgerung, dass Alexithymie eher ein sekundäres Phänomen einer depressiven Erkrankung darstellt (Honkalampi, Hintikka, Saarinen et al., 2000). Auch Duddu, Isaac und Chaturvedi (2003), die in ihrer Studie Personen mit und ohne depressive Störung in Bezug auf Alexithymie verglichen, fanden, dass Personen mit einer depressiven Störung alexithymer waren und größere Schwierigkeiten hatten, ihre Gefühle auszudrücken.

Luminet et al. (2001) gaben der Forschung um das Konstrukt der Alexithymie einen neuen Impuls, indem sie die Alexithymie als ein Persönlichkeitsmerkmal mit

relativer Stabilität betrachteten. Die Autoren folgerten, dass Alexithymie zum größten Teil ein zustandsunabhängiges Konstrukt darstellt, das aber in einem engen Zusammenhang mit depressiven Symptomen steht (Luminet et al., 2001). Die Longitudinalstudie von Salminen und Kollegen (2006), die den Aspekt der relativen Stabilität von Alexithymie ebenfalls mitberücksichtigt hat, kam zu dem Ergebnis, dass Alexithymie einerseits ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal darstellt, andererseits aber auch zustandsabhängigen Einflüssen der Depression unterliegt. Ferner zeigte eine Untersuchung der Auswirkungen einer stationären Psychotherapie auf die Stabilität von Alexithymie, dass es im Zeitraum der Behandlung zu einer Reduzierung der depressiven Symptomatik kam, während die alexithymen Merkmale aber weiterhin relativ stabil blieben (Stingl et al., 2008). Diese Ergebnisse stützen wiederum die Annahme, dass Alexithymie ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist.

Eine erst kürzlich erschienene Follow-up-Untersuchung ging der Frage nach, ob es sich beim Konstrukt der Alexithymie möglicherweise um einen Vulnerabilitätsfaktor für eine folgende Depression handeln könnte (Honkalampi et al., 2010). Das Ergebnis der Studie zeigte, dass Alexithymie kein Prädiktor für eine depressive Erkrankung darstellt, aber trotzdem eng mit depressiven Symptomen verknüpft ist. Im Verlauf der Untersuchung nahmen sowohl depressive Symptome als auch alexithyme Merkmale ab (Honkalampi et al., 2010). Die Autoren kamen zu der Schlussfolgerung, dass depressive Symptome möglicherweise einen Einfluss auf die Verbindung zwischen Alexithymie und der Anfälligkeit für psychiatrische Erkrankungen haben könnten.

Zusammenfassend zeigen die oben angeführten Untersuchungen, dass Alexithymie zumindest zum Teil ein zustandsabhängiges Konstrukt – im Sinne der sekundären Alexithymie – zu sein scheint, das mit dem Schweregrad von depressiven Symptomen verknüpft ist (Leweke & Bausch, 2009). Trotz der erwähnten Parallelen zwischen den beiden Konstrukten sollten sie dennoch als eigenständige Konstrukte betrachtet werden, die aber, wie oben ersichtlich, deutliche Assoziationen aufweisen. Wichtig ist, dass die erwähnten Assoziationen der beiden Konstrukte in zukünftigen Untersuchungen weiterhin mitberücksichtigt werden. Aus diesem Grund sollten depressive Symptome bei Untersuchungen der Alexithymie stets als Kontrollvariable miterhoben werden.

2.4. Alexithymie und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine komplexe psychische Erkrankung, die durch Instabilität in der Emotionsregulation, in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und der Impulskontrolle gekennzeichnet ist (Skodol et al., 2002). Bei der BPS handelt es sich laut Widiger und Frances (1989) um die häufigste Persönlichkeitsstörung im klinischen Bereich, die 10% der ambulanten PatientInnen und 15% bis 20% der stationären PatientInnen betrifft.

Patienten mit einer BPS können oft nicht erkennen, welche Emotionen sie gerade fühlen, und folglich auch nicht, was die Emotion ausgelöst hat (Deborde et al., 2012). Die Unfähigkeit, Emotionen identifizieren zu können, ist laut Wolff, Stiglmayr, Bretz, Lammers und Auckenthaler (2007) eine wichtige Komponente, die verantwortlich ist für die Funktionsstörung des emotionalen Systems bei BPS. Diese Unfähigkeit, Emotionen wie beispielsweise Ärger, Angst oder Scham zu erkennen, wird als mögliche Erklärung für emotionale Dysregulation herangezogen, was wiederum auch eng im Zusammenhang mit dem Konzept der Alexithymie steht (Deborde et al., 2012; Linehan, Heard & Armstrong, 1993). Demzufolge sollte Alexithymie als Risikofaktor für BPS betrachtet werden (Deborde et al., 2012).

Der Zusammenhang zwischen BPS und Alexithymie deutet daraufhin, dass durch die Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren, zu unterscheiden und mitzuteilen, die Fähigkeiten, Emotionen und Gefühle zu ordnen, vermindert werden (Webb & McMurrin, 2008). Weiters kommen die Autoren zu der Annahme, dass PatientInnen mit einer BPS Selbstverletzungen als ein Mittel der Emotionsregulation einsetzen.

Studien die den Zusammenhang zwischen Alexithymie und BPS untersuchen, haben in den letzten Jahren in der Forschung an Relevanz gewonnen. Trotz des Interesses an diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass bisher erst wenige Studien sich mit diesem Thema auseinandergesetzt haben. Untersuchungen, die diesen Zusammenhang an klinischen Stichproben untersuchten, zeigten, dass PatientInnen mit einer BPS im Vergleich zu PatientInnen ohne diese Diagnose signifikant höhere Werte in der Toronto-Alexithymie-Skala aufwiesen (Berenbaum, 1996; Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 2001). Auch Deborde et al. (2012) untersuchten diesen Zusammenhang in einem

Kontrollgruppendesign mit klinischen und nicht-klinischen Gruppen und fanden, dass PatientInnen mit einer BPS signifikant höhere Alexithymie-Werte in der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) aufwiesen.

Ein ähnlicher Zusammenhang zwischen Alexithymie und BPS wurde auch von Modestin und Kollegen (2004) in einer nicht-klinischen Stichprobe gefunden. Die Autoren konnten einen positiven Zusammenhang unabhängig von Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung nachweisen, wobei sie jedoch darauf hinwiesen, dass ihre Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe (n = 13 Personen mit Alexithymie) nur mit Vorsicht zu interpretieren seien (Modestin et al., 2004). Die Autoren schlussfolgerten, dass eine vorhandene BPS die Wahrscheinlichkeit von Alexithymie erhöht.

In einigen Studie wurde festgestellt, dass Alexithymie und BPS mit höheren Ängstlichkeits- und Depressivitätswerten einhergingen (Skodol et al., 2002; Taylor, Bagby & Parker, 1997). Dementsprechend sollten Ängstlichkeit und Depressivität bei Untersuchungen zu Zusammenhängen zwischen Alexithymie und BPS als mögliche Störvariablen miterhoben werden. Trotz des Wissens um diese Störvariablen haben bisher nur wenige Untersuchungen diese miterhoben.

Loas, Speranza, Pham-Scottez, Perez-Diaz und Corcos (2012), die den Zusammenhang zwischen Alexithymie und BPS als dichotome Variable (Diagnose ist vorhanden – ja oder nein) anhand eines Kontrollgruppendesigns mit klinischen und nicht-klinischen Gruppen untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, dass PatientInnen mit einer BPS alexithymer waren als Personen der nicht-klinischen Stichprobe, und dies auch dann, wenn die möglichen Störvariablen Ängstlichkeit und Depressivität kontrolliert worden sind.

Evren, Cinar und Evren (2012) gingen in ihrer Untersuchung der Frage nach, ob es einen Zusammenhang zwischen der Schwere von BPS und Alexithymie bei einem substanzabhängigen PatientInnenkollektiv gibt. Die Ergebnisse zeigten, dass der Schweregrad der BPS (gemessen mittels Borderline Personality Inventory) bei PatientInnen mit Alexithymie höher war sowie dass der Faktor DIF (Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen) der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) ein signifikanter Prädiktor für die Schwere einer BPS darstellt (Evren et al., 2012).

Zusammenfassend weisen die oben angeführten Untersuchungen darauf hin, dass eine BPS mit erhöhten Werten in der Alexithymie einhergeht sowie dass der Schweregrad einer BPS bei PatientInnen mit zusätzlich vorhandener Alexithymie höher ist. Wie bereits oben angeschnitten stellen die Depressivität und die Ängstlichkeit mögliche Störvariablen bei Untersuchungen zu Zusammenhängen zwischen Alexithymie und BPS dar. Bei Untersuchungen sollten diese beiden Variablen daher unbedingt berücksichtigt werden.

2.5. Alexithymie und Angsterkrankungen

Einige Forschungsarbeiten konnten feststellen, dass Alexithymie gehäuft bei PatientInnen mit Angsterkrankungen, vor allem bei Panikstörungen (zwischen 29% und 54%) (Cox et al., 1995; Galderisi et al., 2008; Marchesi, Brusamonti & Maggini, 2000; Müller & Alpers, 2006; Parker, Taylor, Bagby & Acklin, 1993; Zeitlin & McNally, 1993) und sozialen Phobien (zwischen 28% und 58%) (Cox et al., 1995; Fukunishi, Kikuchi, Wogan & Takubo, 1997) auftritt.

In einer Untersuchung an einer großen PatientInnenstichprobe (N = 775) mit verschiedenen psychischen Erkrankungen konnte gezeigt werden, dass die depressiven Störungen (22,1%) und die Angsterkrankungen (19,7%) den größten Teil der PatientInnen mit Alexithymie dargestellt haben (Leweke & Bausch, 2009). Devine, Stewart und Watt (1999) schlussfolgerten, dass die Angstsensitivität als mögliche Erklärung für die hohen Prävalenzen von Alexithymie bei Panikstörungen sowie bei sozialen Phobien herangezogen werden kann. Auch in anderen Untersuchungen konnte dieser Zusammenhang zwischen alexithymen Merkmalen und Angstsensitivität festgestellt werden (Müller & Alpers, 2006; Zeitlin & McNally, 1993). Ein Merkmal, das beiden Konstrukten gemein zu sein scheint, ist laut Leweke und Bausch (2009) die Fokussierung der Wahrnehmung auf körperliches Erleben. In einer emotional belastenden Situation richten Personen mit Alexithymie ihre Aufmerksamkeit eher auf die mit den Affekten einhergehenden vegetativen Reaktionen statt auf den Affekt selbst (Taylor, 2000). Hieraus ergeben sich unterschiedliche Vermutungen, und zwar nehmen Zeitlin und McNally (1993) an, dass alexithyme Merkmale als eine Folge der Affektvermeidung bei PatientInnen mit Panikstörungen gesehen werden können, während Cox und Kollegen (1995) eher davon ausgehen, dass sich die Konzepte der Alexithymie und der

Panikstörungen überschneiden. Die Vermutung der Überlappung dieser beiden Konstrukte konnte allerdings durch die Arbeit von Müller und Alpers (2006), die in ihrer Untersuchung mittels Faktorenanalyse gezeigt haben, dass zwischen den Items zur Messung der Alexithymie (TAS-20) und dem Angst-Sensitivitäts-Index (ASI) keinerlei Überlappungen bestehen, entkräftet werden.

Hervorzuheben ist, dass sich auch die Untersuchungen des Zusammenhangs von Alexithymie und Angststörungen mit der Frage beschäftigten, ob es sich bei der Alexithymie lediglich um ein zustandabhängiges Phänomen oder aber um ein eigenständiges Merkmal der Persönlichkeit handelt. In einer Untersuchung von Marchesi und Kollegen (2005) kam es bei PatientInnen mit Panikerkrankungen zu einer signifikanten Reduktion der alexithymen Merkmale. Die Autoren kamen zu der Folgerung, dass Alexithymie – im Sinne der sekundären Alexithymie – als ein protektiver Abwehrmechanismus genutzt wird, bei dem es in einer akuten Phase zu einem Anstieg kommt. Allerdings zeigte sich in der Untersuchung ebenfalls, dass die PatientInnen nach Abschluss der Behandlung im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe noch immer signifikant höhere Werte in der Alexithymie aufwiesen, was natürlich darauf schließen lässt, dass es sich bei der Alexithymie um ein Merkmal der Persönlichkeit handelt (Marchesi et al., 2005).

Schlussfolgernd zeigt sich, dass PatientInnen mit einer Angststörung häufig alexithyme Merkmale aufweisen. Die Frage, ob es sich beim Konstrukt der Alexithymie um einen protektiven Faktor oder aber um ein stabiles Merkmal der Persönlichkeit handelt, konnte in den bislang durchgeführten Untersuchungen noch nicht zur Gänze geklärt werden. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, den Faktor Ängstlichkeit als möglichen Störfaktor bei zukünftigen Untersuchungen zur Alexithymie mitzuerheben.

2.6. Alexithymie und Zwanghaftigkeit

Die Isolierung des Affekts gilt bei Personen mit Zwangserkrankungen als eine der Hauptabwehrmechanismen. Dieser Isolationsmechanismus kann PatientInnen mit Zwangserkrankungen helfen, unerträgliche Gefühle zu kontrollieren, indem sie affektive Komponenten einer Situation absondern (Fenichel, 1945, zitiert nach Kang, Namkoong, Yoo, Jhung & Kim, 2012, S. 286). Da es sich beim Konzept der

Alexithymie um ein Defizit in der Wahrnehmung der eigenen Gefühle handelt, kann davon ausgegangen werden, dass Personen mit Zwangserkrankungen alexithymer sind.

Studien, die den Zusammenhang von Zwanghaftigkeit (gemessen mittels Symptom Checklist-90-Revised) und Alexithymie bei einem psychiatrischen PatientInnenkollektiv untersuchten, konnten positive Korrelationen zwischen den beiden Konstrukten feststellen (Bach, Bach, Bohmer & Nutzinger, 1994; Wise, Mann & Hill, 1990). Carpenter und Chung (2011) untersuchten in Selbsthilfegruppen den Zusammenhang zwischen Alexithymie und Zwangserkrankungen (gemessen mittels Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Self Report). Die Autoren bestimmten das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer Zwangserkrankung mittels eines klinischen Cut-off-Wertes. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Gruppe mit Zwangserkrankungen signifikant höhere Werte in allen Subskalen der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) aufwies (Carpenter & Chung, 2011). Diese Ergebnisse stimmen mit anderen Untersuchungen klinischer Stichproben, bei denen ebenfalls erhöhte Alexithymiewerte bei PatientInnen mit Zwangserkrankungen gefunden wurden, überein (Bankier et al., 2001; De Berardis et al., 2005; Grabe et al., 2006; Rufer et al., 2004). Kang und Kollegen (2012), die den Zusammenhang zwischen Zwangserkrankungen und Alexithymie anhand eines Kontrollgruppendesigns mit klinischen und nicht-klinischen Gruppen untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, dass PatientInnen mit Zwangserkrankungen höhere Werte in den Subskalen der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) aufwiesen.

Rufer und Kollegen (2006) gingen in ihren Untersuchungen der Frage nach, ob es sich beim Konstrukt der Alexithymie um ein konstantes Merkmal bei PatientInnen mit Zwangsstörungen handelt. In ihrer sechsjährigen Follow-up-Studie fanden die Autoren, dass die Faktoren DIF (Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren) und DDF (Schwierigkeiten, Gefühle zu beschreiben) der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) mit der Zeit abnahmen, während der Faktor EOT (external orientierter Denkstil) über die Zeit hinweg konstant stabil blieb. Auch Bach und Bach (1995) fanden einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem Faktor EOT und Zwangserkrankungen. Rufer und Kollegen (2006) kamen zu der Folgerung, dass es sich beim Konstrukt der Alexithymie um ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal bei PatientInnen mit Zwangserkrankungen handelt.

Zusammenfassend zeigen die oben genannten Ergebnisse, dass eine Zwangserkrankung, unabhängig von den verschiedenen Instrumenten, mit denen sie erfasst worden ist, mit erhöhten Werten in den Subskalen der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) einhergeht.

2.7. Alexithymie und Somatisierung

In der Psychosomatik geht man davon aus, dass Gefühle oder Emotionen einen Einfluss auf Körperfunktionen haben und so zur Entstehung von einer Krankheit beitragen können. Lange Zeit wurden Theorien der Psychoanalyse herangezogen, um die Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen zu erklären. Auch das Konstrukt der Alexithymie wurde lange Zeit zur Erklärung psychosomatischer Erkrankungen herangezogen, da Beobachtungen von Forschergruppen Übereinstimmungen zwischen PatientInnen mit psychosomatischen Störungen und dem Alexithymiekonstrukt zeigten. Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen somatischen Erkrankungen und Alexithymie empirisch überprüft haben, zeigten jedoch, dass die Ergebnisse kontrovers sind. So konnte die Annahme, dass es sich beim Konstrukt der Alexithymie um ein krankheitsspezifisches Merkmal für PatientInnen mit einer psychosomatischen Störung handelt, nicht unterstützt werden, da andere klinische Krankheitsbilder ebenfalls einen Zusammenhang mit alexithymen Eigenschaften aufwiesen beziehungsweise sogar zum Teil höhere Prävalenzen alexithymer Merkmale zeigten (Fukunishi et al., 1997; Taylor et al., 1997).

Unter dem Begriff Somatisierung verstehen Waller und Scheidt (2009) folgendes: „Unter *Somatisierung* wird im Allgemeinen das Erleben und das Vermitteln von körperlichen Beschwerden verstanden, für welche sich keine organischen Ursachen nachweisen lassen, die zur Erklärung dieser Beschwerden ausreichen könnten“ (S. 149).

Bach, Bach und de Zwaan (1996) gingen in ihrer Arbeit der Frage nach, ob es sich bei Alexithymie und Somatisierung um eigenständige Konstrukte handelt oder ob die beiden Konstrukte lediglich Überlappungen aufweisen. Die Ergebnisse der Untersuchung wiesen darauf hin, dass es sich bei der Alexithymie und der

Somatisierung um zwei unabhängige Konstrukte handelt, die gleichzeitig auftreten können, aber unabhängig voneinander sind (Bach et al., 1996).

Eine Übersichtsarbeit von De Gucht und Heiser (2003) zeigte, dass frühere Studien, die den Zusammenhang von Alexithymie und Somatisierung als kontinuierliche Variable anhand der Anzahl körperlicher Beschwerden untersuchten, eine schwache bis mittlere Korrelation aufwiesen, was laut den Autoren vor allem auf den Faktor DIF (Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren) der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) zurückzuführen ist. Ferner zeigten Untersuchungen, die alexithyme und nicht-alexithyme Personen miteinander verglichen, dass alexithyme Personen mehr körperliche Störungen angaben als nicht-alexithyme Personen (Honkalampi, Saarinen, Hintikka, Virtanen & Viinamäki, 1999; Taylor, Bagby, Parker & Acklin, 1992; für eine Übersicht der Studien siehe De Gucht & Heiser, 2003). Das Problem dieser Studien besteht laut De Gucht und Heiser (2003) jedoch darin, dass einerseits vor allem Fragebögen verwendet worden sind, die die Anzahl körperlicher Beschwerden abgefragt haben, und dabei aber außer Acht ließen, ob diese Beschwerden körperliche Ursachen hatten. Aus diesem Grund kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob es sich wirklich um psychosomatische Symptome handelte oder nicht. Ein weiteres Problem der Studien besteht laut De Gucht und Heiser (2003) darin, dass die Untersuchungen vor allem an StudentInnenstichproben oder aber an PatientInnenstichproben durchgeführt worden sind.

Die Frage, ob es sich bei Alexithymie um einen Vulnerabilitätsfaktor beziehungsweise um einen prädisponierenden Faktor für die Entwicklung einer Somatisierungsstörung handelt, bleibt zurzeit noch unbeantwortet, da die einzige bisher durchgeführte Längsschnittstudie widersprüchliche Ergebnisse geliefert hat (Bach & Bach, 1995).

Auch in Studien, die den Zusammenhang von Alexithymie und somatischen Beschwerden als dichotome Variable (Diagnose ist vorhanden – ja oder nein) bei nicht-klinischen und klinischen Gruppen untersuchten, zeigte sich, dass PatientInnen mit Somatisierung signifikant höhere Werte in den Alexithymieskalen aufwiesen als ProbandInnen aus der nicht-klinischen Gruppe (Duddu et al., 2003; Waller & Scheidt, 2004). In einigen dieser Untersuchungen wird abermals darauf hingewiesen, dass es sich bei der Alexithymie nicht um eine krankheitsspezifische Charakteristik somatoformer Störungen handelt, da PatientInnen mit somatoformen

Beschwerden keine signifikant höheren Werte in der Alexithymie aufwiesen als PatientInnen mit anderen klinisch-psychiatrischen Störungen (Kosturek, Gregory, Sousou & Trief, 1998; Subic-Wrana et al., 2002).

Beide Konzepte, also sowohl das der Somatisierung als auch das der Alexithymie, zeigen Zusammenhänge mit verschiedenen anderen psychischen Erkrankungen wie Depression und Ängstlichkeit (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen et al., 2000; Lieb, Meinlschmidt & Araya, 2007; Taylor, 2000) sowie mit verschiedenen soziodemographischen Variablen wie Geschlecht und Alter (Mattila et al., 2006). Bei Untersuchungen des Zusammenhangs von Alexithymie und Somatisierung sollten diese Störfaktoren daher unbedingt miterhoben werden, was bisher allerdings nur bei wenigen Untersuchungen erfolgt ist.

Eine Arbeit, die diese Störvariablen miterhoben hat, ist die von Mattila und Kollegen (2008). Die Autoren untersuchten den Zusammenhang zwischen Somatisierung und Alexithymie in der finnischen Allgemeinbevölkerung (N = 5129) und konnten einen positiven Zusammenhang der beiden Konzepte – unabhängig von Ängstlichkeit, Depressivität, Geschlecht und Alter – nachweisen (Mattila et al., 2008). Auch in dieser Studie war es, genau wie in der Übersichtsarbeit von De Gucht und Heiser (2003), der Faktor DIF (Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren) der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20), der am stärksten mit Somatisierung in Zusammenhang stand.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der aktuelle Forschungsstand zwar einerseits gegen die Annahme spricht, dass Alexithymie krankheitsspezifisch für eine Somatisierungsstörung ist, andererseits sich aber zum Teil enge Zusammenhänge zwischen den beiden Konstrukten zeigen. Die aktuelle Befundlage stützt somit insgesamt die Annahme, dass es einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und körperlichen Beschwerden gibt und dass vor allem der Faktor DIF der TAS-20 eine wichtige Rolle bei der Vorhersage von somatoformen Symptomen spielt (für eine Übersicht der Studien siehe De Gucht & Heiser, 2003). Für künftige Studien ist es darüber hinaus wünschenswert, mögliche Störfaktoren wie Depressivität, Ängstlichkeit und soziodemographische Variablen wie Alter und Geschlecht mitzuerheben.

2.8. Fazit des Kapitels

Zusammenfassend zeigt dieses Kapitel, dass die Prävalenz von alexithymen Merkmalen bei PatientInnen mit psychischen und körperlichen Störungen als hoch einzuschätzen ist sowie dass Alexithymie mit einer niedrigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht. Es ist jedoch zu beachten, dass sich die Einschränkungen in der Identifikation und im Ausdrücken von Gefühlen im Falle einer Erkrankung keinesfalls lediglich monomorph abbilden, indem betroffene Personen ein spezifisches Störungsbild entwickeln (Leweke & Bausch, 2009). Des Weiteren können aus dem aktuellen Forschungsstand keine Wechselwirkungen und Kausalitäten in Bezug auf die Alexithymie abgeleitet werden. Weiters konnte die Frage, ob es sich beim Konstrukt der Alexithymie um einen Vulnerabilitätsfaktor für bestimmte Erkrankungen handelt, nicht geklärt werden. Das Alexithymiekonstrukt ist nach Leweke und Bausch (2009) eher eine Fassade eines multifaktoriellen ätiopathogenetischen Vorgangs, der als psychische oder auch als psychosomatische Störung auftreten kann.

Empirischer Teil

3. Methoden

3.1. Untersuchungsziel

Ziel dieser Studie war es, den Einfluss von gesundheitsbezogener Lebensqualität, einigen ausgewählten psychischen Erkrankungen und Somatisierung sowie diversen soziodemographischen Variablen auf das Konstrukt der Alexithymie zu untersuchen. Im Fokus der gegenständlichen Untersuchung stand dabei die Erfassung der Konstrukte Alexithymie, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit und Somatisierung sowie die Erfassung der soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Familienstand/Partnerschaft.

Der empirische Teil gliedert sich wie folgt: Zunächst erfolgt eine kurze Beschreibung des Untersuchungsplans, der Untersuchungsdurchführung und der verwendeten psychologisch-diagnostischen Verfahren, gefolgt von der Beschreibung der Institution, an der die Daten erhoben worden sind. Des Weiteren werden die Fragestellungen und die daraus abgeleiteten Hypothesenpaare angeführt sowie die zur Auswertung eingesetzten statistischen Verfahren. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der gegenwärtigen Untersuchung ausführlich beschrieben und tabellarisch beziehungsweise mit Abbildungen dargestellt. Der letzte Teil der Arbeit bezieht sich auf die Interpretation sowie auf die Diskussion der gefundenen Ergebnisse.

3.2. Untersuchungsplan

Die gegenwärtige Studie bildet den ersten Teil, mit anderen Worten die Statuserhebung, einer Längsschnittuntersuchung zur Evaluierung der Behandlungsqualität am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital in Wien. Ziel war es, eine Stichprobe von ca. 120 PatientInnen zu erreichen, die zum ersten Testzeitpunkt, also bei der Aufnahme (Statuserhebung) in die Einrichtung, die Fragebogenbatterie ausfüllen sollten. Die Stichprobe von 120 PatientInnen ergab sich einerseits aus der Bettenanzahl (44 Betten, davon 20

Betten in der Psychosomatikstation und 24 Betten in der Tagesklinik) und der vorgesehenen durchschnittlichen Behandlungsdauer von zwölf Wochen sowie andererseits aus der für die Evaluation vorgesehenen Kontrollgruppe, bei der der erste Messzeitpunkt in die Statuserhebung miteinbezogen worden ist. Anfänglich war für die Rekrutierung der PatientInnen ein Zeitintervall von sechs Monaten vorgesehen.

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren eine freiwillige Teilnahme sowie ausreichende Deutsch-Lese- und -Rechtschreibkenntnisse.

3.3. Untersuchungsdurchführung

Die gegenwärtige Untersuchung wurde im Zeitraum von Februar 2012 bis November 2012 durchgeführt. Die Erhebung fand jeweils in der ersten Woche nach der Aufnahme mittels Einzel- oder Gruppentestung statt. Die Testleiterin war bei den Aufnahmen der PatientInnen anwesend und klärte diese unmittelbar nach der Aufnahme über die Studie zur Evaluierung der Behandlungsqualität auf. Die PatientInnen wurden bei diesem Gespräch darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und keinen Einfluss auf die Behandlung nehmen würde. Mit denjenigen PatientInnen, die sich zur Teilnahme an der Untersuchung bereit erklärten, wurde ein individueller Termin vereinbart. Die Rahmenbedingungen wie die geschätzte Dauer der Untersuchung (ca. 40–60 Minuten), der Rahmen der Studie (Diplomarbeit an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien), die Art der gestellten Fragen (Bsp. *Wie sehr trifft die Aussage „ich fühle mich müde“ derzeit auf sie zu*) sowie die Anonymität wurden hier ebenfalls besprochen.

Die Testungen wurden je nach PatientIn in den Räumlichkeiten der Psychotherapiestation oder der Tagesklinik durchgeführt. Die Testleiterin war bei jeder Testung anwesend. Die PatientInnen wurden vor Beginn der Testung erneut mündlich sowie schriftlich in Form einer Einverständniserklärung über die Rahmenbedingungen informiert. Eine Kopie der Einverständniserklärung wurde jedem der PatientInnen von der Testleiterin ausgehändigt. Es wurde den PatientInnen vor Beginn des Ausfüllens mitgeteilt, dass sie jederzeit die Möglichkeit hätten, die Studie abubrechen. Lediglich zwei PatientInnen brachen die Bearbeitung des Fragebogens mit der Begründung ab, dass ihnen die gestellten

Fragen zu persönlich seien. Vier weitere PatientInnen mussten aufgrund mangelnder Deutsch-Lese- und -Rechtschreibkenntnissen von der Untersuchung ausgeschlossen werden, und weitere sieben PatientInnen wollten nicht an der Studie teilnehmen. Ein Fragebogenset musste aufgrund zu vieler unbearbeiteter Fragen ausgeschlossen werden. In Summe wurden somit 14 Fragebögen aus der Untersuchung ausgeschlossen. Zum Zeitpunkt der Statuserhebung füllten in Summe 68 PatientInnen die Fragebogenbatterie zur Gänze aus.

Zur Evaluierung der Behandlungsqualität am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik wurde zusätzlich eine Kontrollgruppe herangezogen. Die Kontrollgruppe bestand aus Personen, die telefonisch Kontakt mit der Psychotherapiestation oder der Tagesklinik aufgenommen hatten und sich somit auf der Warteliste für einen Platz in einer der beiden Einrichtungen befanden. Sie wurden telefonisch vom Pflegepersonal über die laufende Untersuchung zur Behandlungsqualität informiert und bekamen die Fragebogenbatterie sowie die Einverständniserklärung per Post zugesandt. Kontrollpersonen, die die Fragebogenbatterie zurückschickten, bekamen nach sechs Wochen erneut das Fragebogenset zugeschickt. In der vorliegenden Untersuchung wurden alle Kontrollfragebögen, die mindestens zu einem der beiden Zeitpunkte zurückgeschickt worden sind, miteinbezogen. Zum Zeitpunkt der Statuserhebung schickten 52 Personen der Wartegruppe (beziehungsweise der Kontrollgruppe) den Fragebogen mindestens einmal zurück. Für die Auswertung der Statuserhebung konnten somit in Summe 120 Fragebögen berücksichtigt werden.

Die Fragebogenbatterie wurde als Papier-Bleistift-Verfahren vorgegeben. Die Bearbeitungszeit betrug zwischen 30 und 70 Minuten, wobei die PatientInnen jederzeit die Möglichkeit hatten, Pausen einzulegen oder den Fragebogen an zwei Terminen zu bearbeiten. Weiters wurden die PatientInnen informiert, dass sie sich bei Unklarheiten während oder auch nach der Testung jederzeit an die Testleiterin selbst oder an das Team der Psychotherapiestation oder der Tagesklinik wenden könnten.

Um die Anonymität für die PatientInnen besser zu gewährleisten, bekam jeder der PatientInnen einen Zahlencode zugewiesen. Die PatientInnen wurden über die Notwendigkeit des Gebrauchs dieses Zahlencodes – Vergleich der PatientInnen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung – ausreichend informiert.

Zu erwähnen ist, dass die Erhebung der Daten nicht wie ursprünglich geplant sechs, sondern zehn Monate in Anspruch genommen hat. Diese zeitliche Verzögerung kann einerseits dadurch erklärt werden, dass einige PatientInnen nicht an der Studie teilnehmen wollten und andererseits einige PatientInnen vom stationären in den teilstationären Rahmen übergangen und so längere Behandlungsintervalle durchliefen.

3.4. Beschreibung der Verfahren

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um die Statuserhebung der Evaluationsstudie am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital in Wien. Im Folgenden werden daher nur diejenigen psychologisch-diagnostischen Verfahren beschrieben, die für die gegenständliche Untersuchung verwendet worden sind.

Es wurden die für die Untersuchung relevanten Parameter der Alexithymie, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Depressivität, der Borderline-Persönlichkeitserkrankung, der Ängstlichkeit, der Zwanghaftigkeit sowie der Somatisierung erhoben. An soziodemographischen Variablen wurden das Geschlecht, das Alter, der (Aus-)Bildungsstand und Familienstand/Partnerschaft erfragt.

Nachfolgend werden die verwendeten Verfahren in der Reihenfolge angeführt, in der sie von den PatientInnen ausgefüllt werden sollten beziehungsweise in der Reihenfolge, wie sie den PatientInnen vorgelegt worden sind. Zu erwähnen ist, dass das Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung des Schweregrades einer Borderline-Erkrankung (BSL-23) nur bei PatientInnen mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung des Typus Borderline (ICD-10: F60.31) vorgegeben worden ist. Alle verwendeten Verfahren befinden sich im Anhang.

Die verwendeten psychologisch-diagnostischen Verfahren waren:

- (1) Soziodemographischer Fragebogen
- (2) Short-Form Health Survey (SF-36, Bullinger & Kirchberger, 1998)

- (3) Toronto Alexithymia-Scale (TAS-20, Bagby, Parker et al., 1994)
- (4) Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II, Hautzinger, Keller & Kühner, 2009)
- (5) Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis & Franke, 2000)
- (6) Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23, Bohus et al., 2009)

3.4.1. Soziodemographischer Fragebogen

Mit dem soziodemographischen Fragebogen wurden folgende Kategorien der derzeitigen Lebenssituation erfasst:

- Geschlecht
- Alter
- Höchste abgeschlossene Schulausbildung
- Arbeitssituation
- Einkommen
- Wohnsituation
- Familienstand/vorhandene Partnerschaft
- Körperliche und psychische Erkrankungen
- Erstauftritt der Probleme
- Alkohol- und Drogenkonsum
- Medikamenteneinnahme
- Sportliche Aktivitäten

Für die gegenwärtige Diplomarbeit wurden lediglich die soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter, höchste abgeschlossene Schulausbildung sowie Familienstand/vorhandene Partnerschaft herangezogen.

3.4.2. Short-Form Health Survey (SF-36)

Die SF-36 von Bullinger und Kirchberger (1998) ist ein generisches (krankheitsübergreifendes) Selbstbeurteilungsinventar, das die gesundheitsbezogene Lebensqualität beziehungsweise die subjektive Gesundheit erfasst. Die Antwortkategorien des Verfahrens variieren, einige Fragen sind dichotom („ja – nein“) und andere mittels drei- bis sechsstufiger Antwortskala zu beantworten. Das Verfahren erfasst acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit,

die wiederum gruppiert werden können in „körperliche Gesundheit“ (Dimensionen 1–4) und „psychische Gesundheit“ (Dimensionen 5–8):

- (1) *Körperliche Funktionsfähigkeit*: Ausmaß der Beeinträchtigung bei körperlichen Aktivitäten wie zum Beispiel Gehen, Selbstversorgung, Treppen steigen, etc.
- (2) *Körperliche Rollenfunktion*: Ausmaß der Beeinträchtigung bei der Arbeit oder anderen täglichen Aktivitäten wie zum Beispiel weniger schaffen als gewöhnlich, Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten auszuführen, etc.
- (3) *Körperliche Schmerzen*: Ausmaß und Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit.
- (4) *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*: Umfasst die persönliche Beurteilung der Gesundheit im Allgemeinen sowie des aktuellen Gesundheitszustandes und der zukünftigen Erwartung und Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheiten.
- (5) *Vitalität*: Auf der einen Seite das Gefühl, energiegeladen und voller Schwung zu sein, versus auf der anderen Seite das Gefühl von Müdigkeit und Erschöpfung.
- (6) *Soziale Funktionsfähigkeit*: Ausmaß der Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit oder emotionaler Probleme auf normale soziale Aktivitäten.
- (7) *Emotionale Rollenfunktion*: Ausmaß der Beeinträchtigung von emotionalen Problemen auf die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten, wie zum Beispiel weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.
- (8) *Psychisches Wohlbefinden*: Umfasst die allgemeine psychische Gesundheit (einschließlich Depression und Angst).

Die Auswertung erfolgt mittels Addieren aller Punktescores, wobei ein hoher Wert für einen besseren und ein niedriger Wert für einen schlechteren Gesundheitszustand spricht.

Die innere Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Dimensionen liegt zwischen $\alpha = 0,57$ und $\alpha = 0,94$. Für die deutsche Version der SF-36 liegen Belege der faktoriellen, diskriminanten und konvergenten Validität vor (Bullinger & Kirchberger, 1998). Das Verfahren kann ab einem Alter von 14 Jahren bis ins hohe Alter vorgegeben werden.

3.4.3. 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)

Die 20-Item Version der *Toronto-Alexithymie-Skala* (TAS-20) ist das am häufigsten herangezogene Messinstrument zur Erfassung von Alexithymie (Bagby, Parker et al., 1994; Bagby, Taylor et al., 1994). Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, das unterschiedliche Dimensionen des Konstrukts der Alexithymie erfasst:

- (1) Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren (DIF= „difficulty in identifying feelings“)
- (2) Schwierigkeiten, Gefühle zu beschreiben (DDF= „difficulty in describing feelings“)
- (3) Extern orientierter Denkstil (EOT= „externally oriented thinking“)

Das Verfahren besteht aus 20 Fragen, die von den ProbandInnen anhand einer fünfstufigen Ratingskala (1 = *trifft überhaupt nicht zu*, 2 = *trifft selten zu*, 3 = *trifft teilweise zu, teilweise nicht*, 4 = *trifft oft zu*, 5 = *trifft immer zu*) eingestuft werden müssen. Zur Vermeidung systematischer Antwortmuster werden einige Items (Item 4, 5, 10, 18 und 19) negativ formuliert und dementsprechend dann auch umgepolt verrechnet (Bach et al., 1996).

Nach Parker, Bagby, Taylor, Endler und Schmitz (1993) setzen sich die Skalen wie folgt zusammen: Summenscore der Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14 = DIF, Summenscore der Items 2, 4, 11, 12, 17 = DDF und Summenscore der Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20 = EOT.

Durch die Aufsummierung der 20 Items kann der TAS-20-Gesamtscore errechnet werden, der zwischen einem Minimalwert von 20 und einem Maximalwert von 100 Punkten liegen kann. Bagby, Parker und Kollegen (1994) schlugen folgende Schwellenwerte vor, ab dem eine Person als alexithym beziehungsweise als nicht-alexithym oder mit Verdacht auf Alexithymie bezeichnet werden kann:

- Gesamtscorewert ≤ 51 : keine Alexithymie
- Gesamtscorewert zwischen 52 und 60: Verdacht auf Alexithymie
- Gesamtscorewert ≥ 61 : Alexithymie

Die TAS-20 liegt mittlerweile in 17 verschiedenen Sprachen vor und wurde von Parker, Bagby und Kollegen (1993) in die deutsche Sprache übersetzt. Die deutsche Version der TAS-20 zeigt in der Gruppe der psychiatrischen PatientInnen (n = 101) eine gute innere Konsistenz (Cronbach's Alpha α = 0,78; Bach et al., 1996). Durch eine standardisierte Selbstbeurteilung ist für die TAS-20 eine relativ hohe Objektivität, Reliabilität und Validität ermöglicht worden (Bach et al., 1996; Bach, de Zwaan, Ackard, Nutzinger & Mitchell, 1994; Franz, Schneider, Schäfer, Schmitz & Zweyer, 2001; Parker et al., 2003).

3.4.4. Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II)

Das BDI-II ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik. Das Verfahren beinhaltet 21 verschiedene Gruppen von Aussagen, die aus Sätzen bestehen, die typische depressive Symptomatiken beschreiben. Die Aussagen variieren zwischen vier bis sieben Sätzen pro Gruppe und sind nach aufsteigender Schwere der Symptome von Aussage eins (0 = nicht vorhanden) bis Aussage 4 oder gegebenenfalls 3b (4 oder 3b = stark vorhanden) geordnet.

Die ProbandInnen sollen in jeder der 21 Gruppe die Aussage ankreuzen, die am besten beschreibt, wie sie sich in den vergangenen zwei Wochen einschließlich des Testtages selbst gefühlt haben. Kreuzen die ProbandInnen bei einer Gruppe von Aussagen mehrere Aussagen an, so geht nur die Aussage mit der höchsten Zahl in den Summenwert ein.

Der Summenwert aller Items bildet den Gesamtwert der Depressivität, der zwischen 0 und 63 Punkten liegen kann. Summenwerte unter 14 Punkten werden als unauffällig interpretiert, Werte zwischen 14 und 19 weisen auf eine leichte Depression hin, Werte von 20 bis 28 auf eine mittelschwere Depression und Werte von 29 bis 63 Punkten auf eine schwere Depression.

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) wird bei einer Stichprobe depressiver PatientInnen mit α = 0,92 angegeben. Das BDI-II ist ein weitgehend objektives, reliables und sehr valides Instrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatiken in Stichproben aus der Normalpopulation sowie aus der klinischen Population.

3.4.5. Brief Symptom Inventory (BSI)

Das BSI ist eine Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R. Mit diesem Selbstbeurteilungsverfahren werden symptomatische Belastungen über die letzten sieben Tage durch die Beurteilung von 53 Fragen erfasst. Die individuelle Bewertung der psychischen Belastung wird anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = *überhaupt nicht*, 1 = *ein wenig*, 2 = *ziemlich*, 3 = *stark*, 4 = *sehr stark*) hinsichtlich ihres Zutreffens angegeben.

Der Fragebogen bildet neun Skalen:

- (1) *Somatisierung* (7 Items): Ausmaß von psychischen Belastungen, die durch die Wahrnehmung von körperlichen Dysfunktionen entstehen.
- (2) *Zwanghaftigkeit* (6 Items): Umfasst Gedanken, Impulse und Handlungen, die von der Person als konstant vorhanden, unveränderbar sowie als ich-fremd erlebt werden.
- (3) *Unsicherheit im Sozialkontakt* (4 Items): Umfasst Fragen von leichter sozialer Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.
- (4) *Depressivität* (6 Items): Umfasst Traurigkeit bis hin zu schweren Depressionen.
- (5) *Ängstlichkeit* (6 Items): Umfasst körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst.
- (6) *Aggressivität/Feindseligkeit* (5 Items): Umfasst Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu Aggressivität.
- (7) *Phobische Angst* (5 Items): Umfasst ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zu massiven phobischen Ängsten.
- (8) *Paranoides Denken* (5 Items): Umfasst Misstrauen und Gefühle der Minderwertigkeit bis hin zu starken paranoidem Denken.
- (9) *Psychotizismus* (5 Items): Umfasst das milde Gefühl von Isolation und Entfremdung bis hin zu Psychosen.

Neben diesen einzelnen Skalen besteht auch noch die Möglichkeit, einen Globalwert (GSI) zu berechnen, der die grundsätzliche psychische Belastung misst. Die internen Konsistenzen der Skalen liegen bei einer klinischen Stichprobe (N =

719) von ambulanten PsychatriepatientInnen zwischen $\alpha = 0,71$ für „Psychotizismus“ und $\alpha = 0,85$ für „Depressivität“.

3.4.6. Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23)

Die BSL-23 ist eine Kurzform der Borderline-Symptom-Liste BSL-95 und basiert auf den Kriterien des DSM-IV und der revidierten Version des Diagnostischen Interviews für Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Die Entwicklung des BSL-23 basiert auf einer Stichprobe von $N = 379$ Borderline-PatientInnen und umfasst die Items aus der Langversion des BSL-95, die am fähigsten sind, die Borderline-PatientInnen von anderen PatientInnengruppen zu unterscheiden (Bohus et al., 2009).

Die BSL-23 ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das die symptomatische Belastung einer Borderline-Erkrankung über die letzten sieben Tage durch die Beurteilung von 23 Items erfasst. Die Bewertung des Schweregrades der Erkrankung wird von den ProbandInnen mittels einer fünfstufigen Likertskala (0 = *überhaupt nicht*, 1 = *ein wenig*, 2 = *ziemlich*, 3 = *stark*, 4 = *sehr stark*) hinsichtlich ihres Zutreffens eingestuft. Zusätzlich kann mittels einer visuellen Analogskala (diese reicht von 0% = *ich war völlig auf dem Nullpunkt* bis 100% = *ich fühlte mich ausgezeichnet*) die aktuelle psychische Befindlichkeit der Person erfasst werden. Ergänzend kann auch noch die BSL-Ergänzungsskala zur Erfassung von aktuellen dysfunktionalen Verhaltensweisen vorgegeben werden.

Der Gesamtwert des BSL-23 setzt sich allerdings nur aus der Summe der ersten 23 Items zusammen und kann somit zwischen 0 und 92 Punkten liegen. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der BSL-23 liegt zwischen $\alpha = 0,94$ und $\alpha = 0,97$. Die BSL-23 ist ein effizientes Selbstbeurteilungsinventar, das gute psychometrische Eigenschaften aufweist.

3.5. Beschreibung der Institution

Das Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik ist eine Einrichtung der ersten psychiatrischen Abteilung. Das Zentrum bietet ein methodenintegratives

Behandlungskonzept auf einer beziehungsorientierten Basis. Abhängig von der Störung und der Individualität der PatientInnen werden entweder tiefenpsychologische, systemische, humanistische oder verhaltenstherapeutische Ansätze genutzt.

Unter dem Begriff *Psychosomatik* versteht das Zentrum das Fachgebiet der Diagnostik und Therapie von somatischen Erkrankungen oder Symptomen, bei denen Folgendes eine besondere Rolle spielt: psychosoziale Faktoren für die Entstehung, Auflösung, Aufrechterhaltung und Salutogenese. Das Zentrum hat sich auf PatientInnen mit erheblichen psychiatrischen Komorbiditäten spezialisiert. Unter dem Begriff *Psychotherapie* versteht das Zentrum einen bewussten und geplant interaktionellen Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in Übereinstimmung mit dem/der PatientIn, dem Umfeld und dem/der TherapeutIn für behandlungsbedürftig gehalten werden.

Das Zentrum besteht aus der Psychotherapiestation Pavillon 2 und der Tagesklinik Pavillon 20/3. Die Wahl zwischen stationärer oder teilstationärer Aufnahme ist abhängig von der Art sowie der Ausprägung der psychischen und/oder somatischen Erkrankung. Je nach Bedarf der PatientInnen besteht auch die Möglichkeit, im Verlauf der Therapie vom stationären zu dem teilstationären Setting zu wechseln.

Das Zentrum bietet ein therapeutisches Angebot für 20 PatientInnen im stationären und 24 PatientInnen im teilstationären Rahmen. Das Angebot richtet sich an PatientInnen mit folgenden psychischen und somatischen Erkrankungen:

- Körperliche Erkrankungen in Kombination mit psychischen Erkrankungen
- Somatoforme Erkrankungen
- Dissoziative Erkrankungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen
- Affektive und schizophrene Psychosen

Sowohl die stationäre als auch die teilstationäre Behandlung am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik hat eine durchschnittliche Behandlungsdauer

von zwölf Wochen, wobei diese zwischen einer minimalen Dauer von sechs und einer maximalen Dauer von 26 Wochen variieren kann.

Das therapeutische Angebot setzt sich wie folgt zusammen: Einzelpsychotherapie, Bezugspflege, Gruppentherapien mit speziellen Schwerpunkten wie beispielsweise Skills-Gruppen, ärztlich-medizinische Diagnostik und Therapie, Handlungsorientierte Therapien (Ergo- oder Arbeitstherapie), sozialarbeiterische Betreuung, Kunst- und Gestalttherapie, Musiktherapie, Physiotherapie, Familiengespräche und Angehörigengruppen, Achtsamkeitsgruppen sowie Unterstützung bei der Organisation der ambulanten Nachbetreuung.

Als therapeutische Ziele der Behandlung sieht das Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik folgendes:

(1) Den Anstoß geben zu nachhaltigen Veränderungen:

- Ein besseres Verständnis der psychischen Erkrankung sowie einen besseren Umgang mit dieser
- Eine Aktivierung von Ressourcen sowie einer besseren Widerstandsfähigkeit bzw. einer besseren Resilienz
- Das Erreichen eines Gleichgewichts zwischen Veränderung und Toleranz in Bezug auf die eigene Erkrankung
- Eine Unterstützung bei der gesundheitsfördernden Gestaltung des sozialen Systems
- Einen adäquaten Umgang mit den gestellten Ressourcen des Gesundheitswesens
- Entwicklung von Zukunftsplänen (wie etwa in Bezug auf Wohnen, Arbeit, etc.)

(2) Förderung und Stärkung von Autonomie und Selbstverantwortung:

- Alltagsstrukturierung verbessern
- Entwicklung von Selbstausdruck
- Verbesserung der Leistungs- und Handlungsmöglichkeiten

(3) Eine Verbesserung der eigenen Körperwahrnehmung sowie des allgemeinen Zustands und besseren Umgang mit begleitenden Risikofaktoren

Voraussetzungen für eine Behandlung am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik sind Freiwilligkeit und Eigenverantwortung der PatientInnen sowie die Fähigkeit und Bereitschaft, aktiv mitzuarbeiten. Auch ist ein aufrechtes Wohnverhältnis erforderlich. Bekannte somatische Beschwerden sollten im Vorfeld einer Aufnahme am Zentrum abgeklärt werden. Ausschlusskriterien für eine Therapie am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik sind bestehende Suchterkrankungen, kognitive Behinderungen, akute Suizidalität, somatische Probleme oder laufende Pensionsverfahren, die im Vordergrund stehen, Hospitalisierungsgefahr, ausgeprägte Regressionsneigung sowie akute psychotische Zustandsbilder.

Die Therapie selbst wird als ein gemeinsamer kreativer Prozess zwischen TherapeutInnen und PatientInnen angesehen. Die PatientInnen sollen lernen, ihre vorhandenen Fähigkeiten, Ressourcen und Kompetenzen zu nutzen, um so Probleme besser bewältigen zu können beziehungsweise besser mit der Erkrankung umgehen zu können und damit ihre Lebensqualität und Selbstständigkeit zu verbessern.

(Die Informationen zur Beschreibung der Institution des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik stammen von der Homepage der Institution sowie von einem intern angefertigten Jahresbericht.)

3.6. Fragestellungen und Hypothesen

In der gegenwärtigen Diplomarbeit werden folgende Fragestellungen und dazugehörigen Hypothesenpaare untersucht:

Fragestellung 1 – soziodemographische Daten

Die erste Fragestellung ging der Frage nach, ob die untersuchten soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Familienstand/Partnerschaft einen Einfluss auf die Ausprägung der Alexithymie haben?

Der aktuelle Forschungsstand hat gezeigt, dass die soziodemographischen Variablen männliches Geschlecht (z.B. Franz et al., 2008), erhöhtes Alter (z.B. Mattila et al., 2006), niedriger Ausbildungsstand (z.B. Bankier et al., 2001) und Singledasein (z.B. Franz et al., 2008) mit erhöhten Alexithymiewerten einhergehen.

Fragestellung 1.1. Soziodemographische Variable Geschlecht:

H_{0.1}: Männer weisen im Vergleich zu Frauen keine signifikant höheren Alexithymiewerte auf ($\mu_1 \leq \mu_2$).

H_{1.1}: Männer weisen im Vergleich zu Frauen signifikant höhere Alexithymiewerte auf ($\mu_1 > \mu_2$).

Fragestellung 1.2. Soziodemographische Variable Alter:

H_{0.2}: Ältere PatientInnen haben keine signifikant höheren Alexithymiewerte als jüngere PatientInnen ($\mu_1 \leq \mu_2$).

H_{1.2}: Ältere PatientInnen haben signifikant höhere Alexithymiewerte als jüngere PatientInnen ($\mu_1 > \mu_2$).

Fragestellung 1.3. Soziodemographische Variable (Aus-)Bildungsstand:

H_{0.3}: PatientInnen mit Hauptschulabschluss weisen keine signifikant höheren Alexithymiewerte auf als PatientInnen mit Lehrabschluss und diese weisen keine signifikant höheren Alexithymiewerte auf als PatientInnen mit Matura oder Hochschulabschluss ($\mu_1 \leq \mu_2 \leq \mu_3$).

H_{1.3}: PatientInnen mit Hauptschulabschluss weisen signifikant höhere Alexithymiewerte auf als PatientInnen mit Lehrabschluss und diese weisen signifikant höhere Alexithymiewerte auf als PatientInnen mit Matura oder Hochschulabschluss ($\mu_1 > \mu_2 > \mu_3$).

Fragestellung 1.4. Soziodemographische Variable Partnerschaft:

H_{0.4}: Alleinlebende oder geschiedene PatientInnen weisen keine signifikant höheren Werte in den Alexithymieskalen auf als PatientInnen, die in einer Partnerschaft leben ($\mu_1 \leq \mu_2$).

H_{1.4}: Alleinlebende oder geschiedene PatientInnen weisen signifikant höhere Werte in den Alexithymieskalen auf als PatientInnen, die in einer Partnerschaft leben ($\mu_1 > \mu_2$).

Fragestellung 2 – gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die zweite Fragestellung ging der Frage nach, ob die Ausprägung der Alexithymie einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, also sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit, hat?

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Personen mit Alexithymie geringer war als bei Personen ohne Alexithymie (z.B. Mattila et al., 2010; Salminen et al., 2002). Bei dieser Fragestellung wird ein Dreigruppenvergleich – und zwar der Vergleich der PatientInnengruppen mit Alexithymie, mit Verdacht auf Alexithymie und ohne Alexithymie – vorgenommen.

Körperliche Gesundheit:

$H_{0.5}$: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant geringeren Werte in der Summenskala körperliche Gesundheit auf als PatientInnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen keine signifikant geringeren Werte auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \geq \mu_2 \geq \mu_3$).

$H_{1.5}$: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant geringere Werte in der Summenskala körperliche Gesundheit auf als PatientInnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen signifikant geringere Werte auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 < \mu_2 < \mu_3$).

Psychische Gesundheit:

$H_{0.6}$: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant geringeren Werte in der Summenskala psychische Gesundheit auf als PatientInnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen keine signifikant geringeren Werte auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \geq \mu_2 \geq \mu_3$).

$H_{1.6}$: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant geringere Werte in der Summenskala psychische Gesundheit auf als PatientInnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen signifikant geringere Werte auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 < \mu_2 < \mu_3$).

Fragestellung 3 – psychische und somatische Störungen

Die dritte Fragestellung ging der Frage nach, ob die Ausprägung der Alexithymie einen Einfluss auf psychische und somatische Erkrankungen hat?

Eine Vielzahl an Studien konnte zeigen, dass es einen hohen Zusammenhang zwischen alexithymen Persönlichkeitsmerkmalen und psychischen Erkrankungen wie Depressivität (z.B. Duddu et al., 2003), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) (z.B. Deborde et al., 2012), Zwangserkrankungen (z.B. Kang et al., 2012), Angsterkrankungen (z.B. Cox et al., 1995; Galderisi et al., 2008) sowie Somatisierungsstörungen (De Gucht & Heiser, 2003; Waller & Scheidt, 2004) gibt.

Auch in der folgenden Untersuchung wurde erwartet, dass PatientInnen mit Alexithymie höhere Werte in den oben genannten psychischen beziehungsweise somatischen Erkrankungen aufweisen. Auch bei dieser Fragestellung wird ein Dreigruppenvergleich – und zwar der Vergleich der PatientInnengruppen mit Alexithymie, mit Verdacht auf Alexithymie und ohne Alexithymie – vorgenommen.

Fragestellung 3.1. Depressive Störungen:

H_{0.7}: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant höheren Depressivitätswerte auf als Patientinnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen keine signifikant höheren Depressivitätswerte auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \leq \mu_2 \leq \mu_3$).

H_{1.7}: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant höhere Depressivitätswerte auf als Patientinnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen signifikant höhere Depressivitätswerte auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 > \mu_2 > \mu_3$).

Fragestellung 3.2. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS):

H_{0.8}: PatientInnen mit Alexithymie weisen keinen signifikant höheren Schweregrad einer BPS auf als Patientinnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen keinen signifikant höheren Schweregrad einer BPS auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \leq \mu_2 \leq \mu_3$).

H_{1.8}: PatientInnen mit Alexithymie weisen einen signifikant höheren Schweregrad einer BPS auf als Patientinnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen einen signifikant höheren Schweregrad einer BPS auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 > \mu_2 > \mu_3$).

Fragestellung 3.3. Ängstlichkeit:

H_{0,9}: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant höheren Werte in der Skala Ängstlichkeit auf als PatientInnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen keine signifikant höheren Werte in der Skala Ängstlichkeit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \leq \mu_2 \leq \mu_3$).

H_{1,9}: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant höhere Werte in der Skala Ängstlichkeit auf als PatientInnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen signifikant höhere Werte in der Skala Ängstlichkeit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 > \mu_2 > \mu_3$).

Fragestellung 3.4. Zwanghaftigkeit:

H_{0,10}: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant höheren Werte in der Skala Zwanghaftigkeit auf als PatientInnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen keine signifikant höheren Werte in der Skala Zwanghaftigkeit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \leq \mu_2 \leq \mu_3$).

H_{1,10}: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant höhere Werte in der Skala Zwanghaftigkeit auf als PatientInnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen signifikant höhere Werte in der Skala Zwanghaftigkeit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 > \mu_2 > \mu_3$).

Fragestellung 3.5. Somatisierung:

H_{0,11}: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant höheren Werte in der Skala Somatisierung auf als PatientInnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen keine signifikant höheren Werte in der Skala Somatisierung auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \leq \mu_2 \leq \mu_3$).

H_{1,11}: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant höhere Werte in der Skala Somatisierung auf als PatientInnen mit Verdacht auf Alexithymie, und diese weisen signifikant höheren Werte in der Skala Somatisierung auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 > \mu_2 > \mu_3$).

Fragestellung 4 – gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychische und somatischen Störungen im Extremgruppenvergleich

Da es für die Gestaltung der Therapie in erster Linie wichtig ist zu wissen, ob PatientInnen alexithym sind oder nicht, wurde in der vierten Fragestellung ein Extremgruppenvergleich – also der Vergleich der Alexithymiegruppen kA und A – durchgeführt. Die mittlere Gruppe, also die Gruppe Verdacht auf Alexithymie, wurde somit hier nicht in die Berechnungen miteinbezogen. Für die psychische Erkrankung BPS sowie für die soziodemographischen Variablen wurde kein Extremgruppenvergleich berechnet (zu weiteren Erklärungen siehe Kapitel 4.2.4. *Fragestellung 4 – Alexithymie im Extremgruppenvergleich*).

In der vierten Fragestellung wurde der Unterschied zwischen diesen beiden Extremgruppen der Alexithymie in Bezug auf diverse psychische und somatische Erkrankungen sowie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nochmals näher beleuchtet, da es für die Gestaltung einer erfolgreichen Therapie von großem Nutzen ist zu wissen, ob der Patient oder die Patientin alexithym ist und dementsprechend auf dieses Persönlichkeitsmerkmal bei der Therapie zu achten ist oder nicht.

Fragestellung 4.1. Körperliche Gesundheit:

$H_{0.12}$: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant geringeren Werte in der Summenskala körperliche Gesundheit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \geq \mu_2$).

$H_{1.12}$: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant geringere Werte in der Summenskala körperliche Gesundheit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 < \mu_2$).

Fragestellung 4.2. Psychische Gesundheit:

$H_{0.13}$: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant geringeren Werte in der Summenskala psychische Gesundheit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \geq \mu_2$).

$H_{1.13}$: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant geringere Werte in der Summenskala psychische Gesundheit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 < \mu_2$).

Fragestellung 4.3. Depressive Störungen:

H_{0,14}: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant höheren Depressivitätswerte auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \leq \mu_2$).

H_{1,14}: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant höhere Depressivitätswerte auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 > \mu_2$).

Fragestellung 4.4. Ängstlichkeit:

H_{0,15}: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant höheren Werte in der Skala Ängstlichkeit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \leq \mu_2$).

H_{1,15}: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant höhere Werte in der Skala Ängstlichkeit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 > \mu_2$).

Fragestellung 4.5. Zwanghaftigkeit:

H_{0,16}: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant höheren Werte in der Skala Zwanghaftigkeit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \leq \mu_2$).

H_{1,16}: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant höhere Werte in der Skala Zwanghaftigkeit auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 > \mu_2$).

Fragestellung 4.6. Somatisierung:

H_{0,17}: PatientInnen mit Alexithymie weisen keine signifikant höheren Werte in der Skala Somatisierung auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 \leq \mu_2$).

H_{1,17}: PatientInnen mit Alexithymie weisen signifikant höhere Werte in der Skala Somatisierung auf als PatientInnen ohne Alexithymie ($\mu_1 > \mu_2$).

3.7. Verwendete statistische Verfahren

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels SPSS 19.00 für Mac. Zur Interpretation der Ergebnisse diente ein Signifikanzniveau von $p = 0,05$. Bei Teilstichproben, die $n \leq 30$ waren, wurde die Normalverteilung der Daten mittels **Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest** überprüft. Bei allen Teilstichproben $n > 30$ wurde eine Normalverteilung der Daten angenommen (Bortz, 2005).

Folgende Auswertungsverfahren kamen zur Anwendung:

Zur Überprüfung der Varianzen auf deren Homogenität wurde der **Levene-Test** herangezogen. Bei einem nicht-signifikanten Ergebnis waren die Varianzen homogen. Sollte das Ergebnis signifikant sein und somit die Voraussetzung der Homogenität nicht erfüllt, erfolgte die Hypothesenprüfung mittels nicht-parametrischer Verfahren.

Die **einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)** wurde verwendet, wenn Mittelwertsunterschiede zwischen mehr als zwei unabhängigen Gruppen überprüft werden sollten. Im Falle eines signifikanten Ergebnisses wurden post-hoc-Tests verwendet, um mögliche signifikante Gruppenunterschiede im Zweigruppen-Vergleich prüfen zu können. Die gegenwärtige Studie verwendete für alle signifikanten Ergebnisse die post-hoc-Tests Bonferroni oder Scheffé.

Sollte die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen nicht erfüllt sein (Levene-Test war signifikant), wurde anstelle der einfaktoriellen Varianzanalyse der **Kruskal-Wallis-Test** zur Analyse der Daten herangezogen. Ergaben sich in diesem Test signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, erfolgte im Anschluss ein Vergleich der Gruppen mittels des nicht-parametrischen Verfahren **Mann-Whitney-U-Test**. Da es durch die Verwendung dieses Verfahrens zu einer Erhöhung des α -Fehlers kommt, wurde anschließend die **Bonferroni-Korrektur** eingesetzt.

Die **Kovarianzanalyse (ANCOVA)** wurde berechnet, um die Bedeutsamkeit einer Kontrollvariable für eine Untersuchung zu überprüfen. Die Kovarianzanalyse ermöglicht es, den Einfluss einer Kontrollvariable auf die abhängige Variable auszublenden und so einen möglichen Einfluss der uns interessierenden unabhängigen Variable auf die abhängige Variable zu überprüfen. Vor der Berechnung der Kovarianzanalyse mussten die Voraussetzungen der Intervallskalierung der Daten, der Normalverteilung der Daten und der Homogenität der Varianzen überprüft werden.

Der **t-Test für unabhängige Stichproben** wurde berechnet, wenn Mittelwerte von zwei unabhängigen Gruppen überprüft wurden. Auch vor der Berechnung dieses Verfahrens musste überprüft werden, ob die Voraussetzungen der Intervallskalierung der Daten, der Normalverteilung der Daten und der Homogenität der Varianzen erfüllt waren.

4. Ergebnisse

4.1. Beschreibung der Stichprobe

In Summe haben 120 PatientInnen an der Untersuchung teilgenommen. 74 der PatientInnen waren Frauen (61,7%) und 46 waren Männer (38,3%). In Abbildung 1 ist die Verteilung des Geschlechts in Prozenten dargestellt.

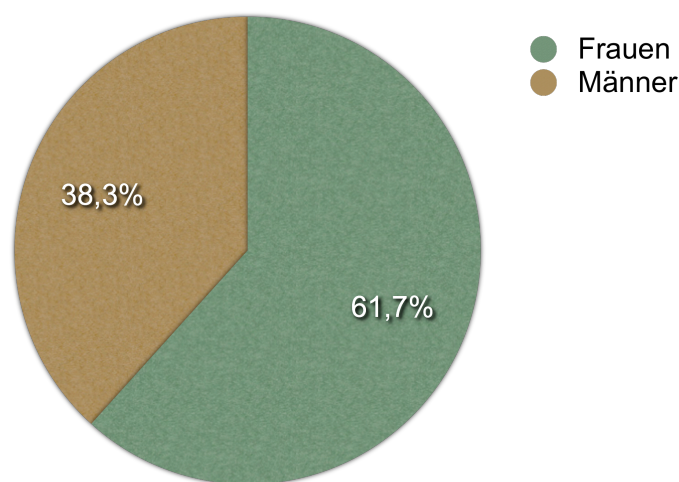


Abbildung 1. Prozentuelle Verteilung des Geschlechts in der PatientInnengruppe

Das Alter der PatientInnen lag zwischen 19 und 55 Jahren, der Mittelwert des Alters lag bei 34,6 Jahren ($SD=10,88$). Um eine bessere Übersicht über das Alter zu geben, wurden die PatientInnen folgenden Altersklassen zugeordnet: sieben der PatientInnen (5,8%) waren jünger oder gleich alt als 20 Jahre, 43 der PatientInnen (35,8%) waren zwischen 21 und 30 Jahren alt, 23 der PatientInnen (19,2%) waren zwischen 31 und 40 Jahren alt, 29 der PatientInnen (24,2%) waren zwischen 41 und 50 Jahren alt, und acht PatientInnen (6,7%) waren 51 Jahre alt oder älter. Zur besseren Übersicht sind die Altersklassen in Abbildung 2 nochmals graphisch dargestellt. Zu erwähnen ist, dass von zehn der untersuchten PatientInnen keine Angaben zum Alter vorhanden waren und diese dementsprechend auch nicht in der Graphik abgebildet worden sind.

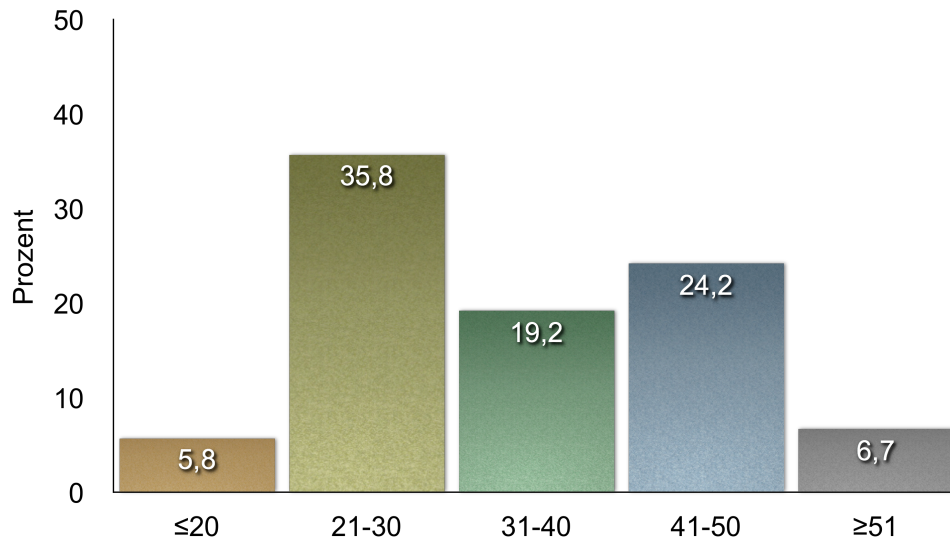


Abbildung 2. Prozentuelle Verteilung des Alters in der PatientInnengruppe

In Bezug auf die höchste abgeschlossene Schulausbildung teilte sich die PatientInnengruppe wie folgt auf: 45 PatientInnen (34,2%), also der Großteil der PatientInnengruppe, gaben an, einen Hauptschulabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung zu haben, gefolgt von 25 PatientInnen mit Matura (20,8%) und 23 PatientInnen mit Lehrabschluss (18,3%). Elf der PatientInnen gaben an, andere Abschlüsse (9,2%) zu haben, und sechs der PatientInnen hatten einen Hochschulabschluss (5,0%). Lediglich eine Patientin wurde der Gruppe kein Abschluss (0,8%) zugeordnet. Die höchsten abgeschlossenen Schulausbildungen sind in Abbildung 3 zur Veranschaulichung graphisch dargestellt.

In Bezug auf den Familienstand beziehungsweise vorhandene oder nicht-vorhandene Partnerschaft teilte sich die PatientInnengruppe wie folgt auf: Der Großteil der PatientInnen, und zwar 77 PatientInnen (64,1%), befanden sich zum Zeitpunkt der Aufnahme am Zentrum in keiner Partnerschaft, 41 der PatientInnen (34,2%) befanden sich in einer Partnerschaft, und von zwei PatientInnen (1,7%) waren in Bezug auf die Partnerschaft keine Informationen vorhanden. Der Familienstand/Partnerschaft wird in Abbildung 4 zur Veranschaulichung graphisch dargestellt.

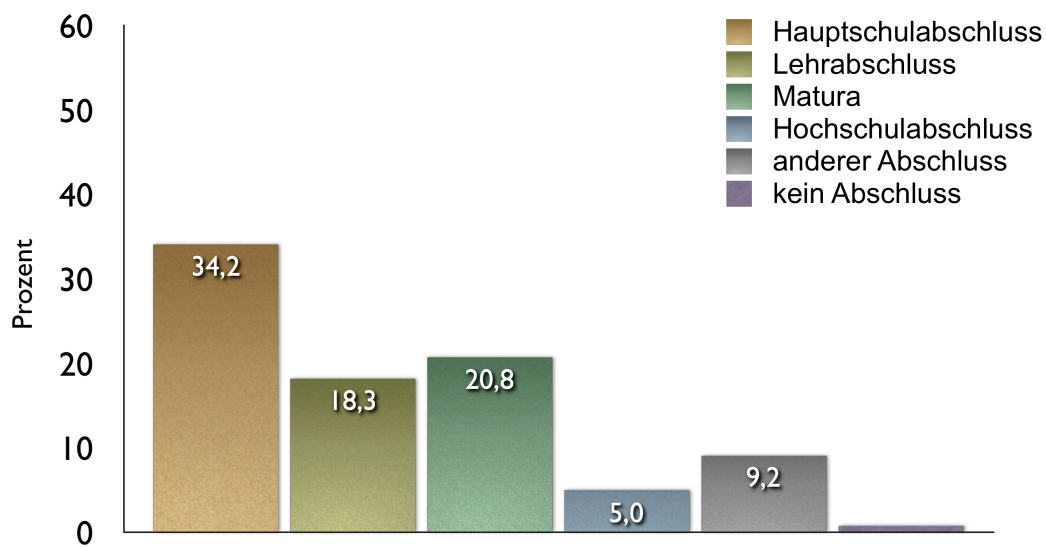


Abbildung 3. Prozentuelle Verteilung des Bildungsstandes in der PatientInnengruppe

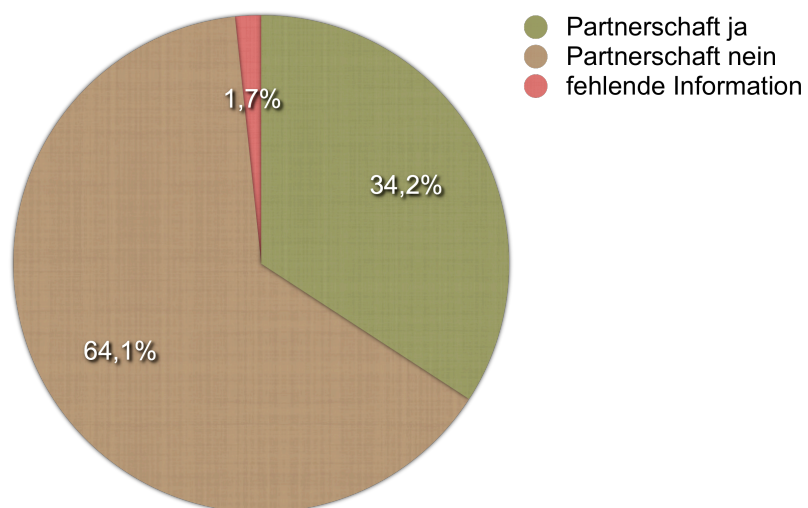


Abbildung 4. Prozentuelle Verteilung des Familienstandes/Partnerschaft in der PatientInnengruppe

Die PatientInnengruppe setzte sich zusammen aus 53 PatientInnen der Psychotherapiestation (44,2%) und 67 PatientInnen der Tagesklinik (55,8%) des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik. In Abbildung 5 ist die Verteilung der PatientInnen auf den stationären und den teilstationären Rahmen nochmals graphisch dargestellt.

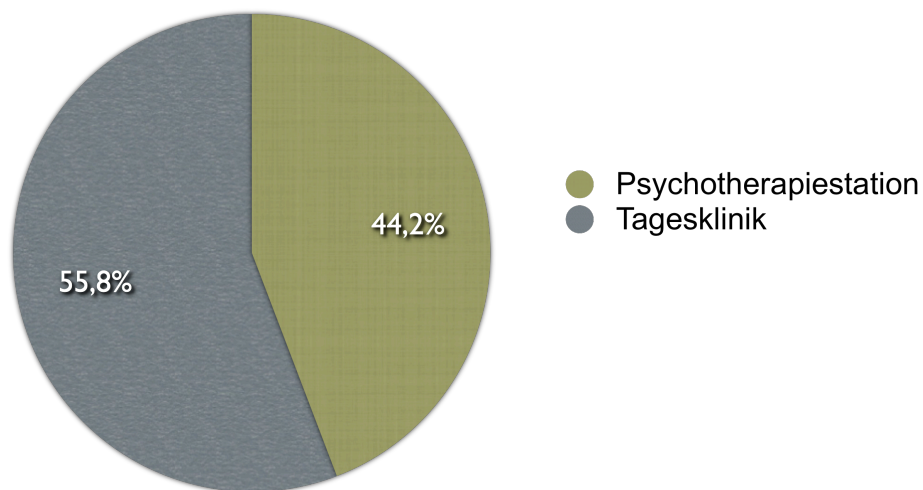


Abbildung 5. Prozentuelle Verteilung der PatientInnen auf die Psychotherapiestation und die Tagesklinik des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik

In Anlehnung an den von Bagby, Parker et al. (1994) vorgeschlagenen Schwellenwert, ab dem eine Person als alexithym bezeichnet werden kann, ergaben sich für die PatientInnengruppe folgende Verteilungen der Alexithymie: 35 PatientInnen (29,2%) zeigten keine alexithymen Merkmale, bei 31 PatientInnen (25,8%) bestand ein Verdacht auf Alexithymie, und 54 PatientInnen (45%) waren als alexithym zu bezeichnen. In Abbildung 6 wird die Verteilung der Alexithymie in der PatientInnengruppe nochmals graphisch dargestellt.

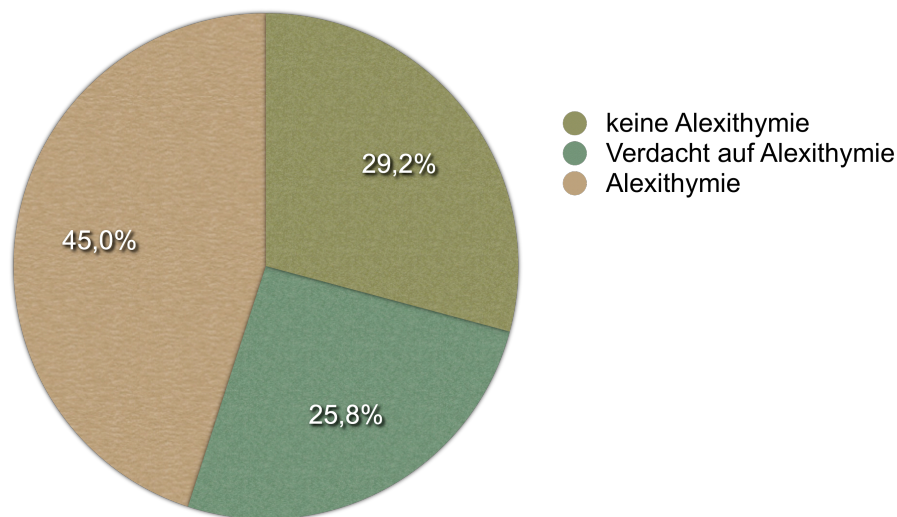


Abbildung 6. Prozentuelle Verteilung der Ausprägungen der Alexithymie in der PatientInnengruppe

Die PatientInnen hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik folgende ICD-10-Diagnosen: 67 der PatientInnen (55,8%) hatten eine depressive Episode (ICD-10: F32) beziehungsweise eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33), 51 der PatientInnen (42,5%) hatten eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typus (BPS) (ICD-10: F60.31), 16 der PatientInnen (13,3%) hatten eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (ICD-10: F43.1), 37 der PatientInnen (30,8%) hatten eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) beziehungsweise Panikattacken (ICD-10: F41.0), elf der PatientInnen hatten Essstörungen (ICD-10: F50), und 59 der PatientInnen (49,1%) hatten noch eine oder mehrere andere ICD-10-Diagnosen.

Zu erwähnen ist, dass hier nicht nur die Erstdiagnose der PatientInnen angeführt wurde, sondern auch die Komorbiditäten der ICD-10-Diagnosen. Auch ist anzumerken, dass hier nur die im Zeitraum der Erhebung der Daten am häufigsten vorkommenden ICD-10-Diagnosen aufgelistet worden sind. Die Verteilung der ICD-10-Diagnosen sind in Abbildung 7 nochmals graphisch dargestellt.

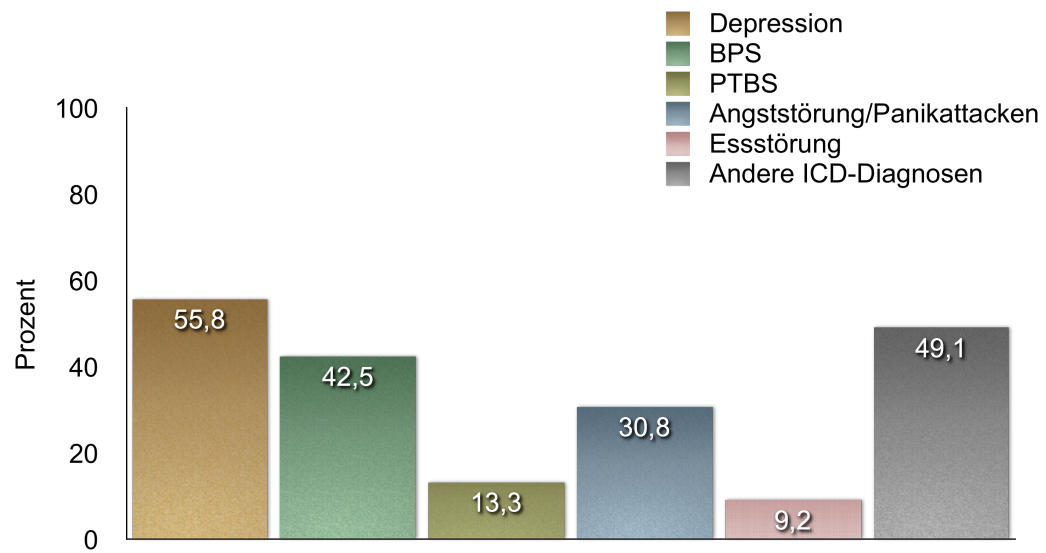


Abbildung 7. Prozentuelle Verteilung der ICD-10-Diagnosen in der PatientInnengruppe

4.2. Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesenprüfung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Überprüfung von den in Kapitel 3.6. aufgestellten Hypothesenpaaren dargestellt. Aus ökonomischen Gründen werden bei der Darstellung der Ergebnisse folgende Abkürzungen benutzt:

Abkürzungen für die drei Alexithymieausprägungen:

- **kA**= keine Alexithymie
- **VA**= Verdacht auf Alexithymie
- **A**= Alexithymie

Abkürzungen für die Subskalen der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (**TAS-20**):

- **DIF**= Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren
- **DDF**= Schwierigkeiten, Gefühle zu beschreiben
- **EOT**= extern orientierter Denkstil
- **Gesamtskala**= Summe von DIF, DDF und EOT

4.2.1. Fragestellung 1 – Einfluss von soziodemographischen Daten auf Alexithymie

Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass Männer im Vergleich zu Frauen signifikant häufiger alexithyme Merkmale aufwiesen (Franz et al., 2008; Kokkonen et al., 2001; Parker et al., 2003; Salminen et al., 1999) sowie dass es mit ansteigendem Alter zu höheren Alexithymiewerten kam (Mattila et al., 2006; Pasini et al. 1992; Salminen et al., 1999). In Bezug auf die soziodemographische Variable Familienstand/Partnerschaft hat sich gezeigt, dass alleinlebende oder geschiedene Personen im Vergleich zu Personen in einer Partnerschaft höhere Alexithymiewerte aufwiesen (Franz et al., 2008; Kauhanen et al., 1993; Kokkonen et al., 2001). Untersuchungen, die sich mit dem Zusammenhang von Alexithymie und Bildungsstand beschäftigten, konnten feststellen, dass ein niedriger Bildungsstand mit höheren Alexithymiewerten einherging (Bankier et al., 2001; Pasini et al., 1992; Salminen et al., 1999).

Die erste Fragestellung sollte Klarheit darüber bringen, ob auch in der vorliegenden PatientInnenstichprobe die soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter,

Bildungsstand und Familienstand/Partnerschaft einen signifikanten Einfluss auf die verschiedenen Ausprägungen der Alexithymie haben.

Fragestellung 1.1. Soziodemographische Variable: Geschlecht

Die Frage, ob sich Männer und Frauen hinsichtlich der verschiedenen Subskalen der Alexithymie voneinander unterscheiden, wurde aufgrund der Normalverteilung der Daten sowie der Homogenität der Varianzen mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft.

Es zeigten sich signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Subskala DIF der TAS-20, wobei Frauen im Vergleich zu Männern signifikant höhere Alexithymiewerte zeigten, was der Alternativhypothese, dass Männer alexithymer sind, widersprach. Es zeigten sich keine weiteren Mittelwertsunterschiede in den verschiedenen Subskalen und in der Gesamtskala der TAS-20. Die Ergebnisse werden in Tabelle 1 dargestellt. Für die Fragestellung 1.1. wird die $H_{0.1}$ beibehalten. Um das nicht-signifikante Ergebnis zwischen Männern und Frauen in den Subskalen der TAS-20 zu veranschaulichen, wird dieses in Abbildung 8 nochmals graphisch dargestellt.

Tabelle 1. t-Test für unabhängige Stichproben: Unterschied im Geschlecht zwischen den drei Subskalen und der Gesamtskala der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)

TAS-20 Subskalen	Mittelwerte (MW) Standardabweichungen (SD)	t	df	p
DIF	Männer: MW: 19,70; SD: 5,75 Frauen: MW: 22,28; SD: 5,74	-2,399	118	0,009
DDF	Männer: MW: 15,76; SD: 3,92 Frauen: MW: 16,27; SD: 4,41	-0,624	118	0,261
EOT	Männer: MW: 21,17; SD: 4,57 Frauen: MW: 21,04; SD: 4,74	0,152	118	0,440
Gesamtskala	Männer: MW: 56,63; SD: 11,14 Frauen: MW: 59,59; SD: 11,64	-1,379	118	0,085

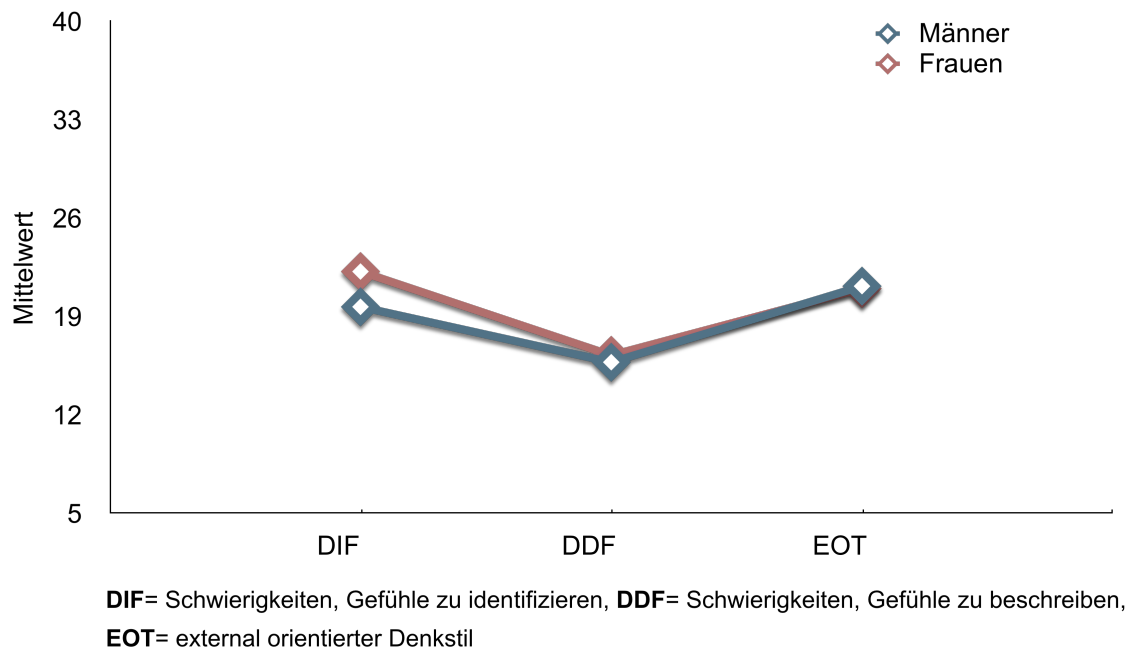


Abbildung 8. Nicht-signifikantes Ergebnis bezüglich Geschlecht in den drei Subskalen der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) (minimaler Wert: 5; maximaler Wert: 40)

Fragestellung 1.2. Soziodemographische Variable: Alter

Die Frage, ob ältere PatientInnen signifikant höhere alexithyme Werte haben als jüngere PatientInnen, wurde aufgrund der Normalverteilung der Daten und der Homogenität der Varianzen mittels t-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Die PatientInnengruppe wurde mittels Median in eine jüngere PatientInnengruppe (≤ 33 Jahre) und eine ältere PatientInnengruppe (> 33 Jahre) aufgeteilt.

In Bezug auf das Alter zeigten sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede in den verschiedenen Subskalen sowie in der Gesamtskala der TAS-20. Die Ergebnisse werden in Tabelle 2 dargestellt. Das nicht-signifikante Ergebnis zwischen jüngeren und älteren PatientInnen in den Subskalen der TAS-20 wird in Abbildung 9 nochmals zur Veranschaulichung graphisch dargestellt. Für die Fragestellung 1.2. wird die $H_{0.2}$ beibehalten.

Tabelle 2. t-Test für unabhängige Stichproben: Unterschied im Alter zwischen den drei Subskalen und der Gesamtskala der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)

TAS-20 Subskalen	Mittelwerte (MW) Standardabweichungen (SD)	t	df	p
DIF	≤33 Jahre: MW: 20,70; SD: 6,06 >33 Jahre: MW: 21,55; SD: 5,59	-0,761	107	0,225
DDF	≤33 Jahre: MW: 15,68; SD: 4,31 >33 Jahre: MW: 16,36; SD: 4,15	-0,838	107	0,202
EOT	≤33 Jahre: MW: 20,63; SD: 4,64 >33 Jahre: MW: 21,64; SD: 4,71	-1,135	107	0,130
Gesamtskala	≤33 Jahre: MW: 57,00; SD: 11,61 >33 Jahre: MW: 59,55; SD: 11,30	-1,160	107	0,125

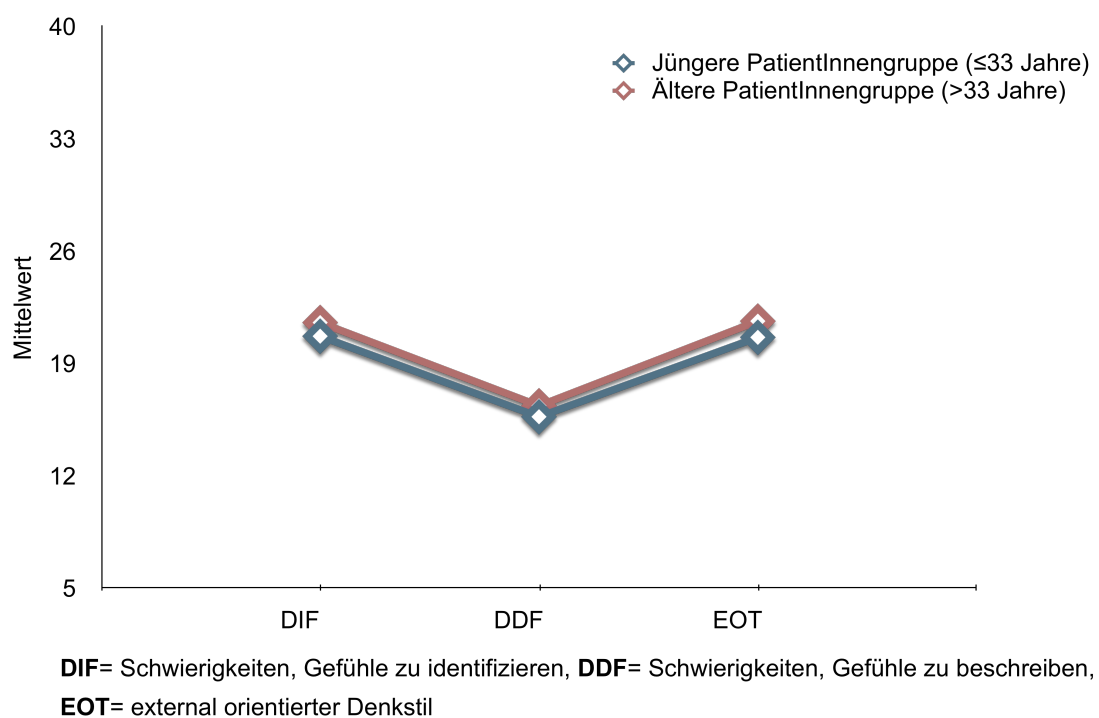


Abbildung 9. Nicht-signifikantes Ergebnis bezüglich Alter in den drei Subskalen der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) (minimaler Wert: 5; maximaler Wert: 40)

Fragestellung 1.3. Soziodemographische Variable: Bildungsstand

Die Frage, ob der Bildungsstand einen Einfluss auf die drei Subskalen sowie auf die Gesamtskala der TAS-20 hat, wurde aufgrund der Normalverteilung der Daten und der Homogenität der Varianzen mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse berechnet.

Anzumerken ist, dass für die Berechnung des Bildungsstandes drei Bildungsgruppen gebildet wurden: Die erste Bildungsgruppe umfasste 45 PatientInnen mit einem *Hauptschulabschluss*, die zweite 23 PatientInnen mit *Lehrabschluss*, und die dritte Gruppe umfasste 31 PatientInnen mit *Matura* oder *Hochschulabschluss*. Die Bildungsstände *anderer Abschluss* sowie *kein Abschluss* wurden aufgrund der geringen Gruppengrößen nicht in die Berechnung mit einbezogen.

Die Ergebnisse zeigten, dass sich der Bildungsstand der PatientInnen in Bezug auf die Subskala DIF und die Gesamtskala der TAS-20 signifikant voneinander unterscheiden. Die beiden Subskalen DDF und EOT zeigten keine signifikanten Gruppenunterschiede in Bezug auf den Bildungsstand der PatientInnen. Die Ergebnisse des Vergleichs der drei Bildungsgruppen hinsichtlich der drei Subskalen und der Gesamtskala der TAS-20 sind in Tabelle 3 dargestellt.

Um die Gruppenunterschiede im Bildungsstand nochmals näher zu beleuchten wurden zusätzlich noch post-hoc-Tests für die Subskala DIF und die Gesamtskala berechnet. Die Ergebnisse der post-hoc-Tests zeigten, dass sich die PatientInnen mit *Hauptschulabschluss* und die PatientInnen mit *Matura* oder *Hochschulabschluss* sowohl in der Subskala DIF als auch in der Gesamtskala der TAS-20 signifikant voneinander unterscheiden. Bei allen anderen Vergleichen zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt. In Abbildung 10 ist das nicht-signifikante Ergebnis in der Gesamtskala der TAS-20 in Bezug auf den Bildungsstand nochmals graphisch dargestellt. Für die Fragestellung 1.3. wird die $H_{0,3}$ beibehalten.

Tabelle 3. Einfaktorielle Varianzanalyse: Unterschied im Bildungsstand zwischen den drei Subskalen und der Gesamtskala der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)

TAS-20 Subskalen	Mittelwerte (MW) Standardabweichungen (SD)	F	df	p
DIF	Hauptschulabschluss: MW: 23,20; SD: 6,43 Lehrabschluss: MW: 21,13; SD: 5,25 Matura oder Hochschulabschluss: MW: 19,97; SD: 5,22	2,986	2	0,027
DDF	Hauptschulabschluss: MW: 16,87; SD: 4,20 Lehrabschluss: MW: 16,61; SD: 4,23 Matura oder Hochschulabschluss: MW: 15,39; SD: 4,07	1,217	2	0,151
EOT	Hauptschulabschluss: MW: 21,40; SD: 4,26 Lehrabschluss: MW: 21,91; SD: 5,10 Matura oder Hochschulabschluss: MW: 19,65; SD: 4,30	2,073	2	0,066
Gesamtskala	Hauptschulabschluss: MW: 61,47; SD: 10,85 Lehrabschluss: MW: 59,65; SD: 12,48 Matura oder Hochschulabschluss: MW: 55,00; SD: 11,21	3,024	2	0,027

Tabelle 4. Post-hoc-Tests Bonferroni (einfaktorielle Varianzanalyse): Unterschied im Bildungsstand in der Subskala DIF und in der Gesamtskala der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)

TAS-20	Gruppe	Gruppe	p
DIF	Hauptschulabschluss	Lehrabschluss	0,252
		Matura / Hochschulabschluss	0,028
	Lehrabschluss	Matura / Hochschulabschluss	0,500
Gesamtskala	Hauptschulabschluss	Lehrabschluss	0,500
		Matura / Hochschulabschluss	0,025
	Lehrabschluss	Matura / Hochschulabschluss	0,201

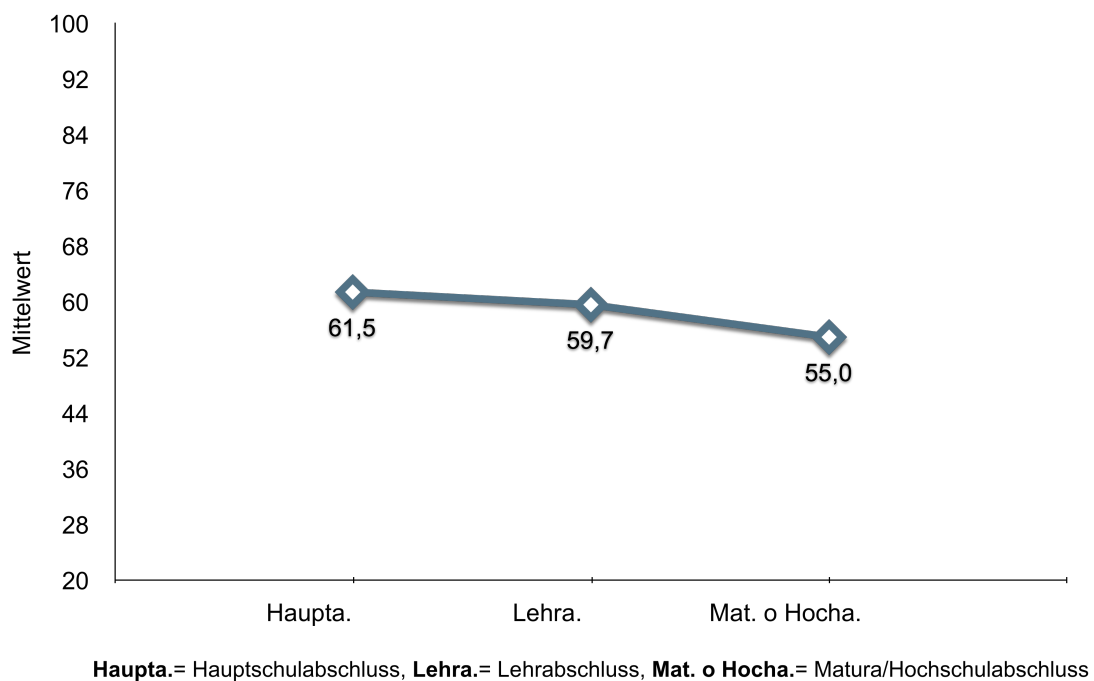


Abbildung 10. Nicht-signifikantes Ergebnis bezüglich Bildungsstand in der Gesamtskala der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) (minimaler Wert: 20; maximaler Wert: 100)

Fragestellung 1.4. Soziodemographische Variable: Partnerschaft

Die Frage, ob sich PatientInnen mit Partnerschaft von denen ohne Partnerschaft hinsichtlich der verschiedenen Skalen der Alexithymie voneinander unterscheiden, wurde aufgrund der Normalverteilung der Daten und der Homogenität der Varianzen mittels t-Test für unabhängige Stichproben berechnet.

Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen PatientInnen mit und ohne Partnerschaft. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt. Für die Fragestellung 1.4. wird die $H_{0,4}$ beibehalten. In Abbildung 11 sind die Ergebnisse der verschiedenen Subskalen der TAS-20 in Bezug auf die soziodemographische Variable Partnerschaft nochmals graphisch dargestellt.

Tabelle 5. t-Test für unabhängige Stichproben: Unterschied bezüglich Partnerschaft bezüglich den drei Subskalen und der Gesamtskala der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)

TAS-20 Subskalen	Mittelwerte (MW) Standardabweichungen (SD)	t	df	p
DIF	Partnerschaft nein: MW: 20,83; SD: 5,91 Partnerschaft ja: MW: 21,95; SD: 5,81	-0,986	116	0,163
DDF	Partnerschaft nein: MW: 15,60; SD: 4,46 Partnerschaft ja: MW: 16,88; SD: 3,72	-1,571	116	0,059
EOT	Partnerschaft nein: MW: 21,21; SD: 4,66 Partnerschaft ja: MW: 20,76; SD: 4,67	0,501	116	0,309
Gesamtskala	Partnerschaft nein: MW: 57,64; SD: 11,68 Partnerschaft ja: MW: 59,59; SD: 11,23	-0,875	116	0,192

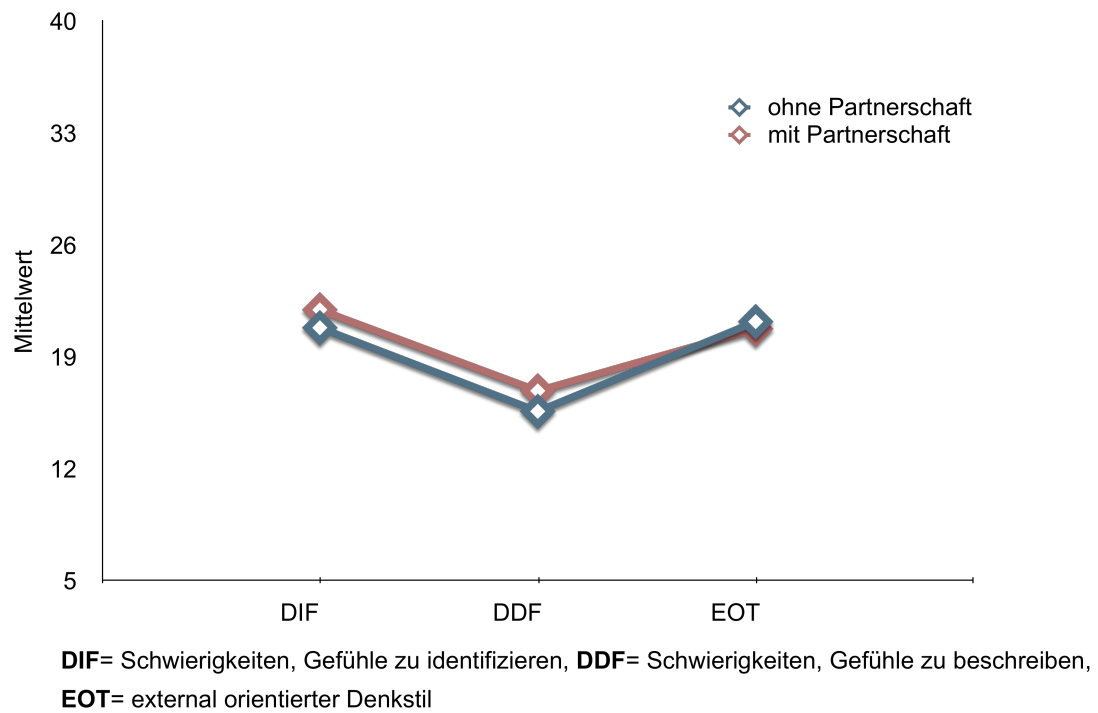


Abbildung 11. Nicht-signifikanter Unterschied bezüglich Partnerschaft in den drei Subskalen der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) (minimaler Wert: 5; maximaler Wert: 40)

4.2.2. Fragestellung 2 – Einfluss von Alexithymie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Aktuelle Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass Alexithymie mit einer niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität einherging (Mattila et al., 2010; Mattila et al., 2009; Salminen et al., 2002).

Die zweite Fragestellung sollte prüfen, ob dies auch auf die gegenwärtige PatientInnenstichprobe zutrifft, das heißt, die Fragestellung sollte Klarheit darüber bringen, ob sich die verschiedenen Ausprägungen der Alexithymie in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant voneinander unterscheiden. Zur Überprüfung des Einflusses von Alexithymie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde ein Dreigruppenvergleich – und zwar der Vergleich der drei Alexithymiegruppen keine Alexithymie, Verdacht auf Alexithymie und Alexithymie – berechnet.

Die Überprüfung der Homogenität der Varianzen mittels dem Levene-Test fiel für die Subskalen der Short-Form (SF-36) körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, psychisches Wohlbefinden und körperliche Gesundheit nicht signifikant aus. Die Varianzen waren somit in diesen Skalen homogen. Es wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse für diese Subskalen berechnet, und es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den Subskalen allgemeine Gesundheitswahrnehmung, psychisches Wohlbefinden und körperliche Gesundheit zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A. In den Subskalen körperliche Funktionsfähigkeit und körperliche Schmerzen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die drei Alexithymiegruppen kA, VA und A (siehe Tabelle 6). Die H_1 wird für die Subskalen allgemeine Gesundheitswahrnehmung, psychisches Wohlbefinden und körperliche Gesundheit angenommen. Für die Subskalen körperliche Funktionsfähigkeit und körperliche Schmerzen wird die H_0 beibehalten.

Zusätzlich wurden für die drei Subskalen allgemeine Gesundheitswahrnehmung, psychisches Wohlbefinden und körperliche Gesundheit noch post-hoc-Tests berechnet, um so den Unterschied der drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in diesen Subskalen der SF-36 näher zu beleuchten (siehe Tabelle 7). Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den Subskalen allgemeine Gesundheitswahrnehmung und körperliche Gesundheit sowie ein hoch signifikanter

Tabelle 6. Einfaktorielle Varianzanalyse: Unterschied in den Subskalen der Short-Form (SF-36) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A

SF-36 Subskalen	F	df	p
Körperliche Funktionsfähigkeit	1,869	2	0,079
Körperliche Schmerzen	0,497	2	0,305
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	5,057	2	0,004
Psychisches Wohlbefinden	7,667	2	<0,001
Körperliche Gesundheit	3,916	2	0,011

Unterschied in der Subskala psychisches Wohlbefinden zwischen den PatientInnengruppen kA und A. In den Subskalen psychisches Wohlbefinden und körperliche Gesundheit zeigten sich darüber hinaus signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen VA und A. In den Subskalen körperliche Funktionsfähigkeit und körperliche Rollenfunktion gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A.

Die Überprüfung der Daten auf die Homogenität der Varianzen (Levene-Test) fiel für die Subskalen körperliche Rollenfunktion, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychische Gesundheit signifikant aus. Die Homogenität der Varianzen war somit für diese Subskalen nicht gegeben, und es musste von der Berechnung einer Varianzanalyse für diese Daten abgesehen werden. Die Berechnung dieser Subskalen der SF-36 erfolgte mittels dem nicht-parametrischen Test Kruskal-Wallis. Eine Alpha-Fehler-Korrektur nach Bonferroni (korrigierter Alpha= 0,025 für 5%) wurde zusätzlich durchgeführt, um die Alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeit zu minimieren. In den Subskalen körperliche Rollenfunktion und Vitalität zeigten sich signifikante Unterschiede und in den Subskalen emotionale Rollenfunktion und psychische Gesundheit hoch signifikante Unterschiede zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A (siehe Tabelle 8). Anzumerken ist jedoch, dass die Subskala Vitalität einen signifikanten Unterschied aufwies, der oberhalb der Alpha-Fehler-Korrektur nach Bonferroni lag und daher nicht als signifikanter Unterschied zu werten war. In der Subskala soziale

Funktionsfähigkeit zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der drei Alexithymiegruppen. Die H_1 wird für die Subskalen körperliche Rollenfunktion, emotionale Rollenfunktion und psychische Gesundheit angenommen. Für die Subskalen Vitalität und soziale Funktionsfähigkeit wird die H_0 beibehalten.

Tabelle 7: Post-hoc-Tests Bonferroni (einfaktorielle Varianzanalyse): Unterschied in den Subskalen allgemeine Gesundheitswahrnehmung, psychisches Wohlbefinden und körperliche Gesundheit der Short-Form (SF-36) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A

SF-36 Subskalen	Mittelwerte (MW) Standardabweichungen (SD)	Gruppe	Gruppe	p
Allgemeine Gesundheits- wahrnehmung	kA: MW: 48,09 SD: 20,89	kA	VA	0,383
	VA: MW: 43,06 SD: 15,64	A	A	0,004
Psychisches Wohlbefinden	A: MW: 36,02 SD: 16,61	VA	A	0,120
	kA: MW: 41,49 SD: 22,23	kA	VA	0,500
Körperliche Gesundheit	VA: MW: 38,71 SD: 15,68	A	A	<0,001
	A: MW: 27,33 SD: 16,37	VA	A	0,010
Körperliche Gesundheit	kA: MW: 55,56 SD: 24,85	kA	VA	0,500
	VA: MW: 54,64 SD: 24,84	A	A	0,025
Körperliche Gesundheit	A: MW: 42,72 SD: 21,58	VA	A	0,046

Tabelle 8. Kruskal-Wallis-Test: Ergebnis in den Subskalen der Short-Form (SF-36) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A

SF-36 Subskalen	Chi-Quadrat	df	p
Körperliche Rollenfunktion	10,51	2	0,003
Vitalität	4,82	2	0,045
Soziale Funktionsfähigkeit	3,82	2	0,074
Emotionale Rollenfunktion	19,89	2	<0,001
Psychische Gesundheit	17,54	2	<0,001

Für diejenigen Subskalen, bei denen sich im Kruskal-Wallis-Test signifikante Unterschiede zwischen den drei Alexithymiegruppen gezeigt haben, erfolgte eine Überprüfung von Rangplatzunterschieden von jeweils zwei der Alexithymiegruppen mittels Mann-Whitney-U-Tests. In den Subskalen körperliche Rollenfunktion ($U=544,50$, $p<0,001$), emotionale Rollenfunktion ($U=512,00$, $p<0,001$) und psychische Gesundheit ($U=465,50$, $p<0,001$) zeigten sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den zwei Alexithymiegruppen kA und A. Es zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den beiden Alexithymiegruppen VA und A für die Subskalen emotionale Rollenfunktion ($U=564,50$, $p<0,001$) und psychische Gesundheit ($U=421,50$, $p=0,002$). Alle anderen Gruppenvergleiche zeigten keine signifikanten statistischen Unterschiede (Vergleich der Alexithymiegruppen kA und VA: körperliche Rollenfunktion: $U=444,00$, $p=0,129$; emotionale Rollenfunktion: $U=474,00$, $p=0,170$ und psychische Gesundheit: $U=414,00$, $p=0,203$; Vergleich der Alexithymiegruppen VA und A: körperliche Rollenfunktion: $U=661,00$, $p=0,052$).

Für die zweite Fragestellung – die die Summenskalen der körperlichen und der psychischen Gesundheit in Bezug auf die drei Alexithymiegruppen untersuchte – werden die $H_{0,5}$ und die $H_{0,6}$ beibehalten, da sich nicht alle drei Alexithymiegruppen signifikant voneinander unterschieden.

In Abbildung 12 sind die Ergebnisse der beiden Summenskalen körperliche und psychische Gesundheit in Bezug auf die drei Alexithymiegruppen kA, VA und A nochmals graphisch dargestellt. Anzumerken ist hier, dass in der SF-36 Werte zwischen 0 und 100 erreicht werden konnten, wobei ein Wert von 100 auf eine sehr

gute und ein Wert von 0 auf eine sehr schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität hinweist. Aus der Graphik wird deutlich ersichtlich, dass die Summenskala der körperlichen Gesundheit bei dem vorliegenden PatientInnenkollektiv höhere Werte aufwies – und damit von den PatientInnen besser eingeschätzt wurde – als die Summenskala der psychischen Gesundheit.

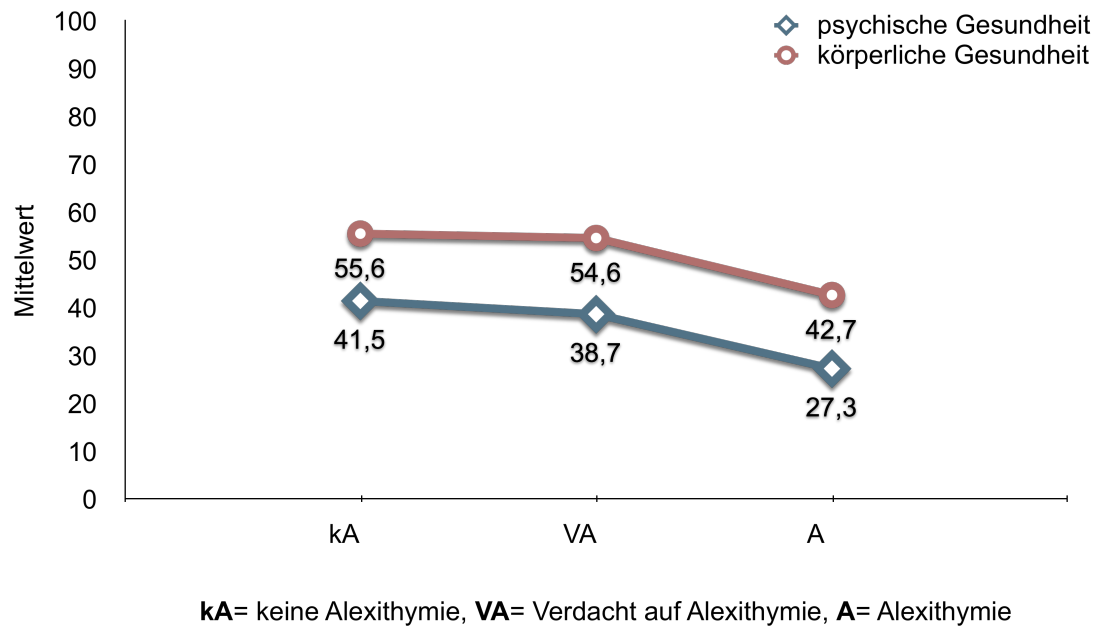


Abbildung 12. Nicht-signifikantes Ergebnis der beiden Summenskalen körperliche und psychische Gesundheit der Short-Form (SF-36) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A (minimaler Wert: 0; maximaler Wert: 100)

4.2.3. Fragestellung 3 – Einfluss von Alexithymie auf psychische und somatische Störungen

Eine Vielzahl an Studien zeigte, dass es einen hohen Zusammenhang zwischen alexithymen Persönlichkeitsmerkmalen und psychischen Erkrankungen wie Depressivität (z.B. Duddu et al., 2003), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) (z.B. Deborde et al., 2012), Angsterkrankungen (z.B. Cox et al., 1995; Galderisi et al., 2008), Zwangserkrankungen (z.B. Kang et al., 2012) sowie Somatisierungsstörungen (De Gucht & Heiser, 2003; Waller & Scheidt, 2004) gibt.

Die dritte Fragestellung sollte überprüfen, ob auch in der vorliegenden Stichprobe PatientInnen mit Alexithymie höhere Werte in den oben angeführten psychischen und somatischen Erkrankungen aufweisen. Bei jeder der angeführten psychischen und somatischen Störung wurde dies mit Hilfe eines Dreigruppenvergleichs – Vergleich der drei PatientInnengruppen ohne Alexithymie, mit Verdacht auf Alexithymie und mit Alexithymie – berechnet. Zeigten sich im Dreigruppenvergleich in Bezug auf die jeweilige Störung signifikante Unterschiede, so wurden zusätzlich noch post-hoc-Tests berechnet.

Fragestellung 3.1. Depressive Störungen

Aktuelle Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass es sich bei Alexithymie und Depression um zwei unterschiedliche Konstrukte handelt, die aber deutliche Parallelen aufweisen (Luminet et al., 2001; Salminen et al., 2006). Eine Untersuchung von Duddu und Kollegen (2003) zeigte, dass Personen mit einer depressiven Störung alexithymer waren als Personen ohne diese Diagnose.

Basierend auf der Annahme, dass es sich bei Alexithymie einerseits um ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal handelt (Stingl et al., 2008) und es andererseits ein von der Depression unabhängiges Konstrukt ist, wurde hier überprüft, ob sich die drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf den Schweregrad der Depression voneinander unterscheiden. Der Schweregrad der Depression wurde in der vorliegenden Untersuchung mittels dem Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II) erfasst.

Die Fragestellung 3.1. wurde aufgrund der Normalverteilung der Daten und der Homogenität der Varianzen mittels einfaktorieller Varianzanalyse berechnet. Es zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf den Schweregrad der Depression ($F=20,668$, $df=2$, $p<0,001$). Zusätzlich wurden post-hoc-Tests berechnet, um so die Unterschiede der drei Alexithymiegruppen in Bezug auf den Schweregrad der Depressivität zu beleuchten (siehe Tabelle 9). In den post-hoc-Tests zeigte sich, dass sich die beiden Alexithymiegruppen kA und A sowie die beiden Alexithymiegruppen VA und A hoch signifikant voneinander unterscheiden. Die beiden Alexithymiegruppen kA und VA hingegen unterschieden sich nicht signifikant ($p=0,500$) voneinander. Da sich nicht alle drei Alexithymiegruppen signifikant voneinander unterscheiden haben, wird die $H_{0.7}$ für die Fragestellung 3.1. beibehalten.

Tabelle 9. Post-hoc-Tests Bonferroni (einfaktorielle Varianzanalyse): Unterschied im Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A

	Alexithymiegruppen	Alexithymiegruppen	p
Summenskala des Beck- Depressions- Inventar-II (BDI-II)	kA	VA	0,500
		A	<0,001
	VA	A	<0,001

Der Unterschied der drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf den Schweregrad der Depressivität wird in Abbildung 13 zur Veranschaulichung nochmals graphisch dargestellt. Anzumerken ist, dass aus der Abbildung 13 ersichtlich wird, dass sowohl die PatientInnengruppe kA als auch die PatientInnengruppe VA Depressivitätswerte aufwiesen, die laut den Autoren des BDI-II als mittelschwere Depression zu bezeichnen sind (BDI-II Werte zwischen 20 und 28). Die PatientInnengruppe A hingegen wies deutlich höhere Werte in der Depressivität auf (Mittelwert der Depressivität liegt bei 39,7) und ist laut der

Klassierung der Autoren des BDI-II der Depressivitätskategorie schwere Depression (BDI-II Werte von 29 bis 63) zuzuordnen.

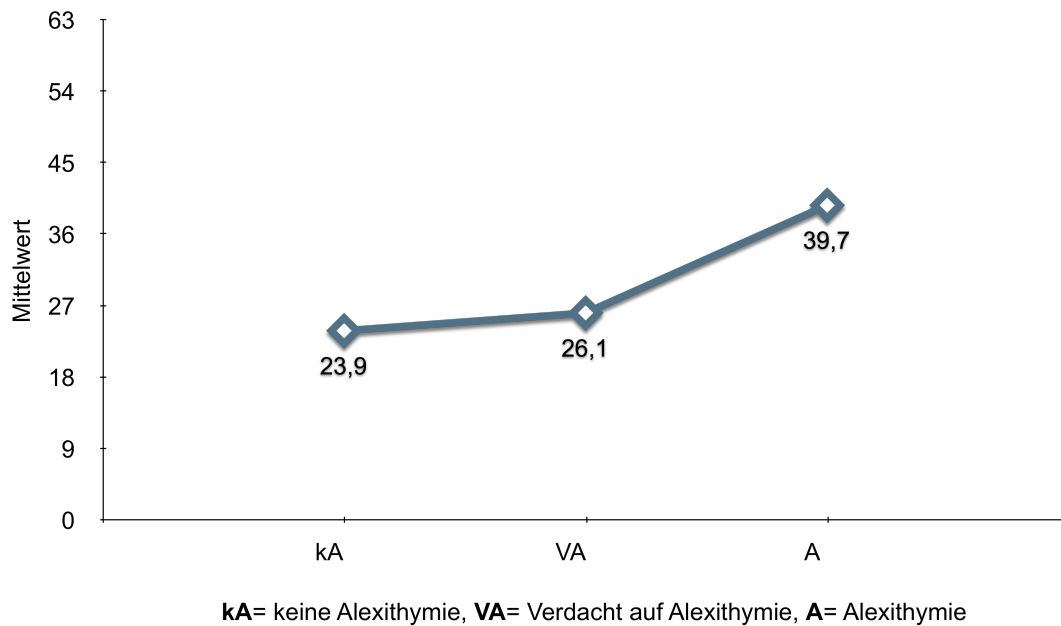


Abbildung 13. Nicht-signifikantes Ergebnis im Schweregrad einer Depression zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A (minimaler Wert: 0; maximaler Wert: 63)

Fragestellung 3.2. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Arbeiten, die den Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer BPS und Alexithymie untersucht haben, fanden, dass der Schweregrad einer BPS bei PatientInnen mit Alexithymie höher war (Evren et al., 2012). Die Fragestellung bezog somit lediglich die PatientInnen mit einer BPS in die Untersuchung mit ein. Es wurde überprüft, ob auch bei der vorliegenden PatientInnengruppe der Grad der Schwere einer BPS mit erhöhten Werten in der Alexithymie einhergeht. Da aktuelle Forschungsergebnisse gezeigt haben, dass Alexithymie und BPS mit höheren Werten in der Depressivität und der Ängstlichkeit einhergehen, sollten diese bei Untersuchungen des Zusammenhangs von Alexithymie und BPS als mögliche Störvariablen miterhoben werden (Skodol et al., 2002; Taylor et. al., 1997).

Aufgrund der Normalverteilung der Daten und der Homogenität der Varianzen wurde für diese Fragestellung eine Kovarianzanalyse durchgeführt. Beide

Störvariablen, also sowohl die Depression als auch die Ängstlichkeit, zeigten einen Einfluss auf die Berechnung des Zusammenhangs vom Schweregrad einer BPS mit Alexithymie. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf den Schweregrad einer BPS nicht signifikant voneinander unterscheiden ($F=0,559$, $df=2$, $p=0,287$). Die Ergebnisse sind in Abbildung 14 nochmals graphisch dargestellt. Für die Fragestellung 3.2. wird die $H_{0,8}$ beibehalten.

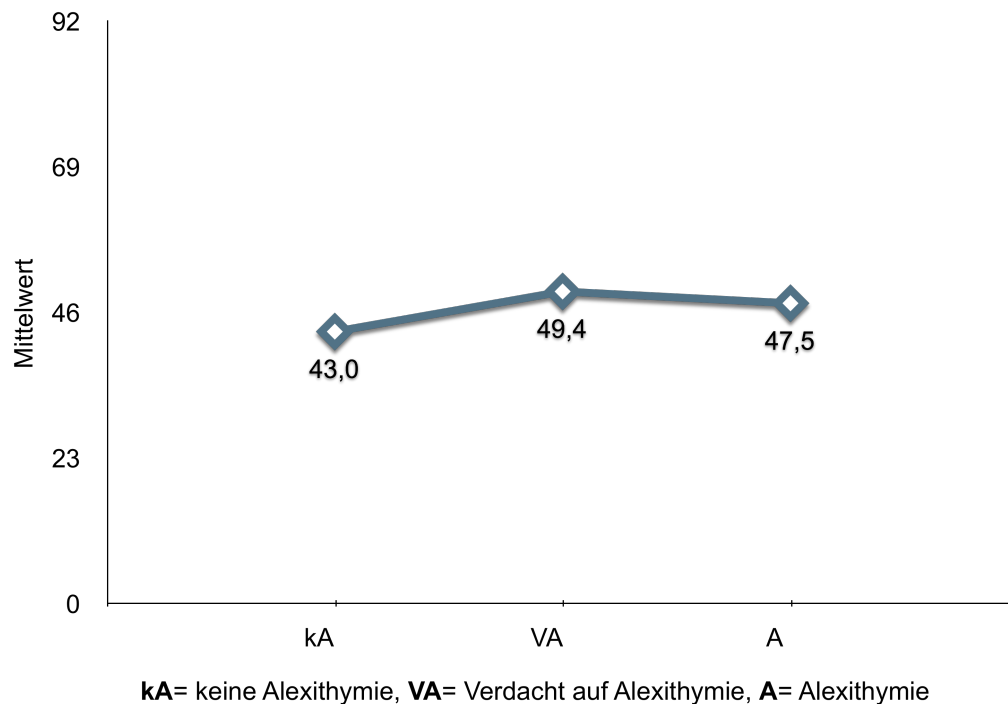


Abbildung 14. Nicht-signifikantes Ergebnis des Schweregrades einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A (minimaler Wert: 0; maximaler Wert: 92)

Fragestellung 3.3. Ängstlichkeit

Aktuelle Forschungsarbeiten zeigten, dass alexithyme Merkmale häufig bei PatientInnen mit Angststörungen auftreten (Cox et al., 1995; Galderisi et al., 2008; Müller & Alpers, 2006) sowie dass Angsterkrankungen neben depressiven Erkrankungen den größten Teil der PatientInnen mit Alexithymie darstellen (Leweke & Bausch, 2009).

Mit der Fragestellung 3.3. sollte überprüft werden, ob alexithyme Merkmale auch bei der vorliegenden PatientInnenstichprobe mit erhöhten Werten in der Ängstlichkeit einhergehen. Anzumerken ist, dass die Subskala Ängstlichkeit mittels dem Verfahren Brief Symptom Inventory (BSI) erfasst wurde, wobei die Werte zwischen 0 (nicht ängstlich) und 24 (sehr ängstlich) liegen können.

Die Fragestellung 3.3. wurde aufgrund der Normalverteilung der Daten und der Homogenität der Varianzen mittels einfaktorieller Varianzanalyse berechnet. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf die Subskala Ängstlichkeit signifikant voneinander unterscheiden ($F=3,334$, $df=2$, $p=0,019$). Zusätzlich wurden noch post-hoc-Tests berechnet, um den Unterschied der drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in der Subskala Ängstlichkeit näher zu beleuchten (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10. Post-hoc-Tests Bonferroni (einfaktorielle Varianzanalyse): Unterschied in der Subskala Ängstlichkeit des Brief Symptom Inventory (BSI) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A

	Alexithymiegruppen	Alexithymiegruppen	p
Subskala Ängstlichkeit	kA	VA	0,500
		A	0,055
	VA	A	0,047

In den post-hoc-Tests zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($p=0,047$) der beiden Alexithymiegruppen VA und A in Bezug auf die Subskala Ängstlichkeit. Die beiden anderen Gruppenvergleiche – Vergleich der Alexithymiegruppen kA mit VA und Vergleich der beiden Gruppen kA mit A – zeigten keine signifikanten Unterschiede. Da die drei Alexithymiegruppen kA, VA und A sich in Bezug auf die Subskala Ängstlichkeit nicht alle signifikant voneinander unterscheiden haben, wird die $H_{0,9}$ für die Fragestellung 3.3. beibehalten.

In Abbildung 15 wird der Unterschied zwischen den Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf die Subskala Ängstlichkeit nochmals graphisch dargestellt.

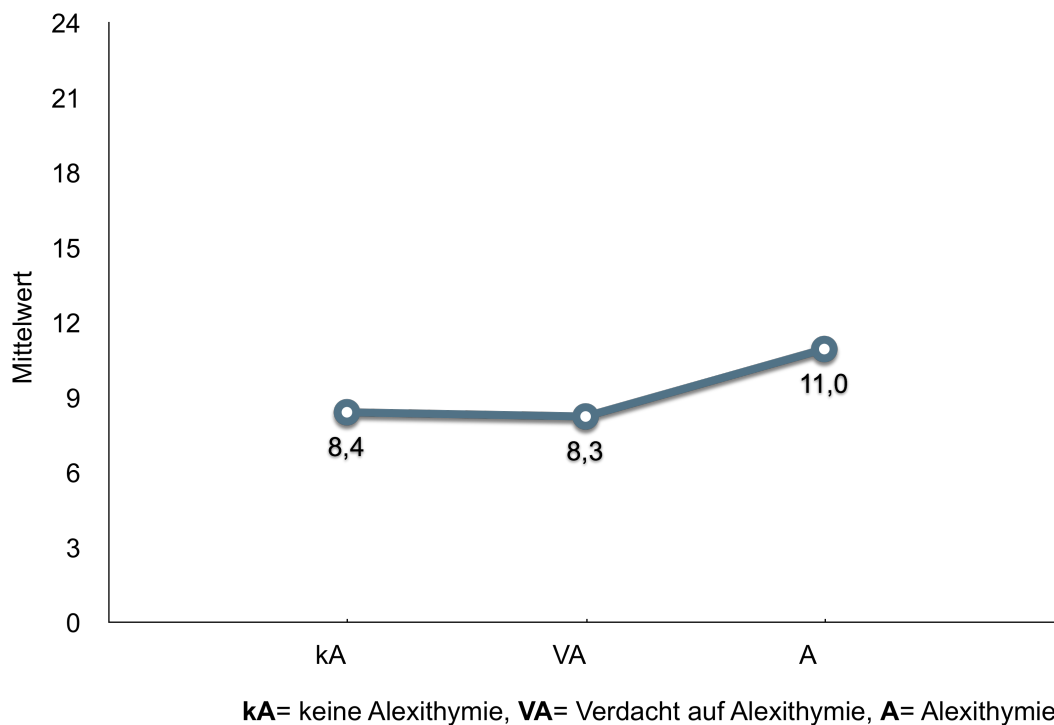


Abbildung 15. Nicht-signifikantes Ergebnis in der Subskala Ängstlichkeit des Brief Symptom Inventory (BSI) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A (minimaler Wert: 0; maximaler Wert: 24)

Fragestellung 3.4. Zwanghaftigkeit

Untersuchungen haben gezeigt, dass Zwangserkrankungen mit signifikant höheren Werten in der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) einhergingen (Bankier et al., 2001; Carpenter & Chung, 2011; Kang et al., 2012; Rufer et al., 2004). Mit der Fragestellung 3.4. sollte überprüft werden, ob alexithyme Merkmale auch bei der vorliegenden PatientInnenstichprobe mit erhöhten Werten in der Zwanghaftigkeit einhergehen. Anzumerken ist, dass die Subskala Zwanghaftigkeit mittels des Verfahrens Brief Symptom Inventory (BSI) erfasst wurde, wobei die Werte zwischen 0 (nicht zwanghaft) und 24 (sehr zwanghaft) liegen können.

Aufgrund der homogenen Varianzen und der Normalverteilung der Daten wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse berechnet. Es zeigte sich, dass sich die drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf die Subskala Zwanghaftigkeit signifikant voneinander unterscheiden ($F=17,458$, $df=2$, $p<0,001$). Zusätzlich

wurden noch post-hoc-Tests berechnet, um den Unterschied der drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in der Subskala Zwanghaftigkeit näher zu beleuchten (siehe Tabelle 11). Die post-hoc-Tests zeigten, dass sich die beiden Alexithymiegruppen kA und A sowie die beiden Alexithymiegruppen VA und A hoch signifikant voneinander unterscheiden ($p < 0,001$). Der Vergleich der beiden Alexithymiegruppen kA und VA hingegen zeigte keinen signifikanten Unterschied. Da die drei Alexithymiegruppen kA, VA und A sich in Bezug auf die Subskala Zwanghaftigkeit nicht alle signifikant voneinander unterscheiden haben, wird die $H_{0,10}$ für die Fragestellung 3.4. beibehalten.

Tabelle 11. Post-hoc-Tests Bonferroni (einfaktorielle Varianzanalyse): Unterschied in der Subskala Zwanghaftigkeit des Brief Symptom Inventory (BSI) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A

	Alexithymiegruppen	Alexithymiegruppen	p
Subskala Zwanghaftigkeit	kA	VA	0,135
		A	<0,001
	VA	A	<0,001

In Abbildung 16 wird der Unterschied zwischen den Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf die Subskala Zwanghaftigkeit nochmals graphisch dargestellt.

Fragestellung 3.5. Somatisierung

In aktuellen Forschungsergebnissen zeigte sich, dass PatientInnen mit einer Somatisierungsstörung signifikant höhere Werte in den Skalen der Alexithymie aufweisen (De Gucht & Heiser, 2003; Duddu et al., 2003; Waller & Scheidt, 2004).

Die Fragestellung 3.5. sollte überprüfen, ob dies bei der vorliegenden PatientInnenstichprobe auch zutrifft beziehungsweise ob Alexithymie mit erhöhten Werten in der BSI-Subskala Somatisierung einhergeht. Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass Somatisierung und Alexithymie Zusammenhänge mit verschiedenen anderen psychischen Störungen wie Depression und Ängstlichkeit (Honkalampi,

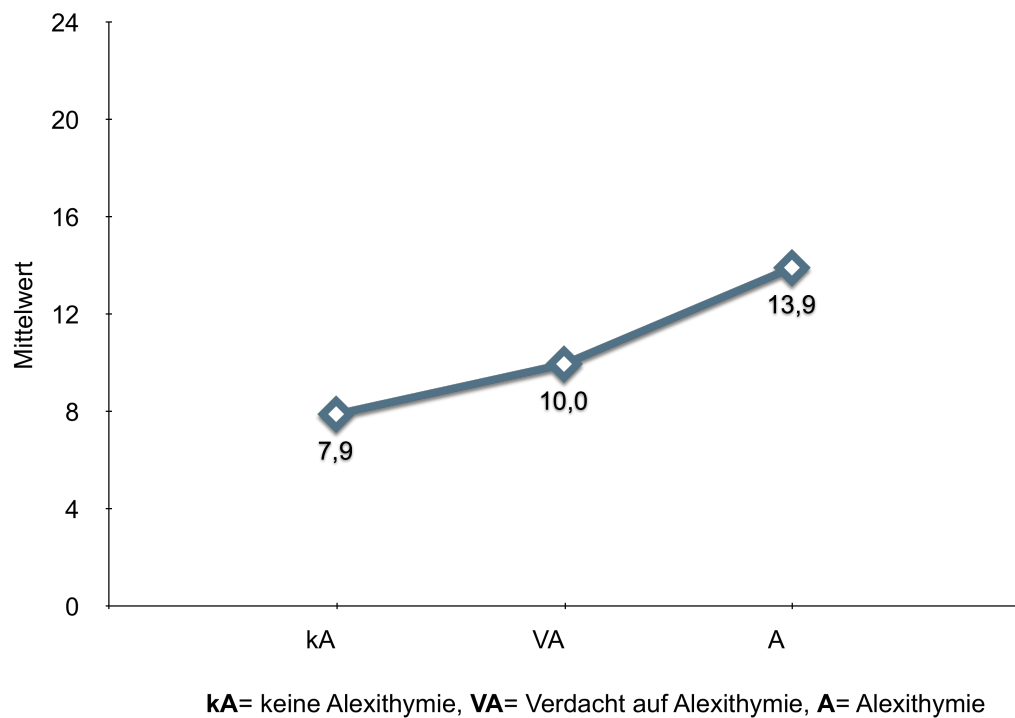


Abbildung 16. Nicht-signifikantes Ergebnis in der Subskala Zwanghaftigkeit des Brief Symptom Inventory (BSI) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A (minimaler Wert: 0; maximaler Wert 24)

Hintikka, Tanskanen et al., 2000; Lieb et al., 2007; Taylor, 2000) sowie Alter und Geschlecht (Mattila et al., 2006) aufweisen. Da sich bereits gezeigt hat, dass bei der vorliegenden PatientInnenstichprobe weder das Geschlecht (siehe Fragestellung 1.1.) noch das Alter (siehe Fragestellung 1.2.) einen Einfluss auf die Ergebnisse hatten, wurden für die Fragestellung 3.5. lediglich die beiden Störvariablen Depression und Ängstlichkeit in den Berechnungen mitberücksichtigt. Anzumerken ist, dass die Subskala Somatisierung ebenfalls mittels dem Verfahren Brief Symptom Inventory (BSI) erfasst wurde, wobei die Werte zwischen 0 (nicht somatisch) und 28 (sehr somatisch) liegen können.

Die Überprüfung des Einflusses der möglichen Störfaktoren auf die Berechnung des Zusammenhangs von Alexithymie auf Somatisierung zeigte, dass lediglich die Variable Ängstlichkeit einen Einfluss auf die Berechnungen nimmt. Die Fragestellung 3.5. wurde daher aufgrund der Normalverteilung der Daten und der

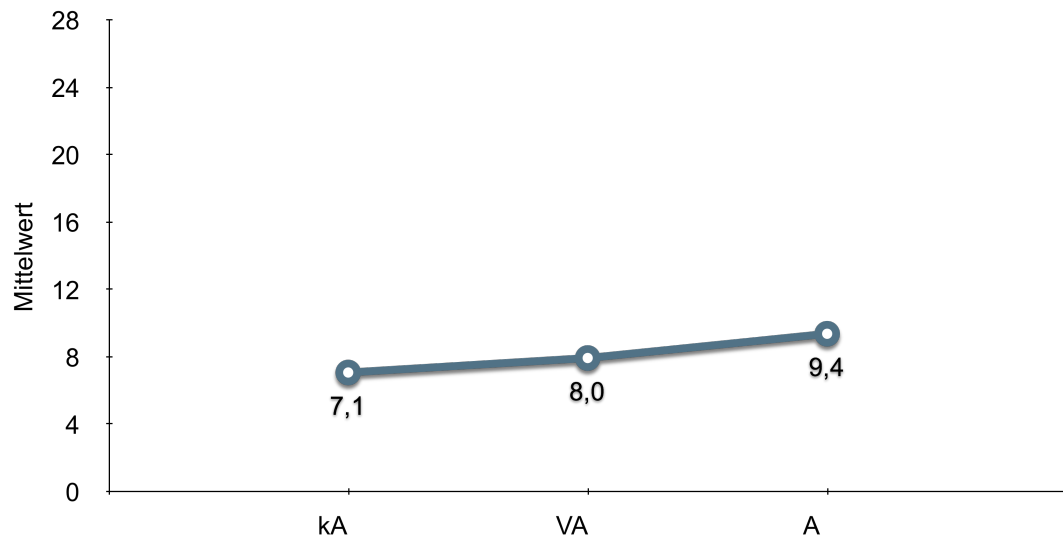
Homogenität der Varianzen mit einer Kovarianzanalyse berechnet. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf die Brief Symptom Inventory (BSI) Subskala Somatisierung ($F=2,650$, $df=2$, $p=0,038$). Zusätzlich wurden noch post-hoc-Tests berechnet, um den Unterschied der drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in der BSI Subskala Somatisierung näher zu beleuchten (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12. Post-hoc-Tests Bonferroni (Kovarianzanalyse): Unterschied in der Subskala Somatisierung des Brief Symptom Inventory (BSI) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A

	Alexithymiegruppen	Alexithymiegruppen	p
Subskala Somatisierung	kA	VA	0,500
		A	0,040
	VA	A	0,273

Die post-hoc-Tests zeigten, dass sich die beiden Alexithymiegruppen kA und A signifikant voneinander unterscheiden. Der Vergleich der anderen Alexithymiegruppen (kA und VA sowie VA und A) hingegen zeigte keinen signifikanten Unterschied. Da sich die drei Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf die Subskala Somatisierung nicht alle signifikant voneinander unterscheiden haben, wird die $H_{0.11}$ für die Fragestellung 3.5. beibehalten.

In Abbildung 17 wird der Unterschied zwischen den Alexithymiegruppen kA, VA und A in Bezug auf die Subskala Somatisierung nochmals graphisch dargestellt.



kA= keine Alexithymie, **VA**= Verdacht auf Alexithymie, **A**= Alexithymie

Abbildung 17. Nicht-signifikantes Ergebnis der Subskala Somatisierung des Brief Symptom Inventory (BSI) zwischen den drei Alexithymiegruppen kA, VA und A (minimaler Wert: 0; maximaler Wert: 28)

4.2.4. Fragestellung 4 – Alexithymie im Extremgruppenvergleich

Nachdem bei der dritten Fragestellung der Zusammenhang von psychischen und somatischen Erkrankungen in den drei Alexithymiegruppen beleuchtet worden ist, wurden nun in der vierten Fragestellung der Zusammenhang derselben Störungen – mit Ausnahme der BPS, in der sich keinerlei Unterschied zwischen den drei Alexithymiegruppen gezeigt hat (siehe Fragestellung 3.2.) – im sogenannten Extremgruppen- beziehungsweise Zweigruppenvergleich durchgeführt. Auch die in der Fragestellung 2 untersuchte gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde in dieser Fragestellung nochmals im Extremgruppenvergleich berechnet. Die mittlere Alexithymiegruppe VA wurde aufgrund ihres Hybridstatus in dieser Fragestellung nicht in die Berechnungen miteinbezogen.

Der Vergleich der beiden Extremgruppen der Alexithymie kA und A in Bezug auf diverse psychische und somatische Erkrankungen sowie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde hier noch zusätzlich beleuchtet, da es für die Gestaltung der Therapie von großer Relevanz ist zu wissen, ob bei einem Patient/einer Patientin alexithyme Merkmale vorliegen oder nicht. Wie bereits in Kapitel 1.6. (*Der Einfluss und die Veränderbarkeit der Alexithymie im Therapieverlauf*) angeführt wurde, ist es laut Grabe und Rufer (2009) wichtig, vorhandene alexithyme Merkmale in die Planung und Durchführung einer Therapie mit einzubeziehen, um so eventuellen negativen Reaktionen wie etwa Frustration, Verzweiflung etc. von beiden Seiten – also sowohl bei den PatientInnen als auch bei den TherapeutInnen – vorzubeugen.

Alle Extremgruppenvergleiche – mit Ausnahme der Summenskala psychische Gesundheit – wurden aufgrund der Normalverteilung der Daten und der Homogenität der Varianzen mittels t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Es zeigten sich folgende Ergebnisse: Die beiden Alexithymiegruppen kA und A unterschieden sich hoch signifikant bei depressiven Störungen sowie bei Zwanghaftigkeit. In Bezug auf die Summenskala körperliche Gesundheit, Ängstlichkeit und Somatisierung unterschieden sich die beiden Alexithymiegruppen signifikant voneinander. Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 dargestellt. Die $H_{1,12}$, $H_{1,14}$, $H_{1,15}$, $H_{1,16}$ und $H_{1,17}$ werden für die Fragestellung 4.2.4. angenommen.

Tabelle 13. t-Test für unabhängige Stichproben: Unterschied in der Summenskala körperliche Gesundheit, depressive Störungen sowie in den Subskalen Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit und Somatisierung in Bezug auf den Extremgruppenvergleich der beiden Alexithymiegruppen kA und A

Körperliche Gesundheit, psychische & somatische Störungen	Mittelwert (MW) Standard- abweichungen (SD)	t	df	p
Summenskala körperliche Gesundheit	kA: MW: 55,56 SD: 24,85 A: MW: 42,72 SD: 21,58	2,489	81	0,008
Depressive Störungen	kA: MW: 23,89 SD: 14,37 A: MW: 39,69 SD: 11,56	-5,720	87	<0,001
Ängstlichkeit	kA: MW: 8,43 SD: 5,59 A: MW: 10,96 SD: 5,74	-2,055	87	0,022
Zwanghaftigkeit	kA: MW: 7,91 SD: 4,53 A: MW: 13,93 SD: 5,41	-5,449	87	<0,001
Somatisierung	kA: MW: 6,23 SD: 5,22 A: MW: 10,52 SD: 6,91	-3,328	84,85	0,001

Die Summenskala psychische Gesundheit wurde aufgrund der Inhomogenität der Varianzen mit einem Mann-Whitney-U-Test berechnet. Das Ergebnis zeigte, dass sich die beiden Alexithymiegruppen kA und A in Bezug auf die Summenskala psychische Gesundheit hoch signifikant voneinander unterscheiden (siehe Tabelle 14). Die $H_{1,13}$ wird für die Fragestellung 4.2. angenommen.

Tabelle 14. Mann-Whitney-U-Test: Unterschied in der Summenskala psychische Gesundheit zwischen den beiden Alexithymiegruppen kA und A

	Mittelwert (MW) Standard- abweichungen (SD)	U	p
Summenskala psychische Gesundheit	kA: MW: 39,41 SD: 22,67 A: MW: 21,55 SD: 11,48	467,500	<0,001

5. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Aktuelle Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Partnerschaft häufig als Störfaktoren bei Untersuchungen der Alexithymie fungieren (z.B. Mattila et al., 2006). Der Einfluss der angeführten soziodemographischen Variablen wurde aus diesem Grund als erstes untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass es bei der vorliegende PatientInnenstichprobe keine signifikanten Unterschiede im Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Partnerschaft in Bezug auf Alexithymie gab. Folgernd wurden die soziodemographischen Variablen in den weiteren Berechnungen auch nicht mehr als Störvariablen miteinbezogen. Anzumerken ist, dass die gefundenen Ergebnisse bezüglich der soziodemographischen Daten weitgehend den Angaben aus der Literatur entsprechen. In Kapitel 1.5. (*Epidemiologie der Alexithymie*) wurde bereits ersichtlich, dass einige Untersuchungen einen signifikanten Einfluss von den untersuchten soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Partnerschaft auf die Alexithymie gefunden haben und andere wiederum nicht.

Der Einfluss der Ausprägung der Alexithymie auf gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie auf psychische und somatische Erkrankungen bildete den Schwerpunkt der vorliegenden Diplomarbeit.

Die Überprüfung des postulierten Einflusses erfolgte zunächst mittels eines Dreigruppenvergleichs, bei dem die PatientInnen mithilfe des von Bagby, Parker et al. (1994) vorgeschlagenen Schwellenwertes in drei Alexithymiegruppen – und zwar die Gruppen *keine Alexithymie* (kA), *Verdacht auf Alexithymie* (VA) und *Alexithymie* (A) – unterteilt wurden.

Im Dreigruppenvergleich zeigten sich sowohl in Bezug auf die psychischen Störungen Depression, Angst- und Zwangsstörungen als auch in Bezug auf die Somatisierung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität, dass sich die drei Alexithymiegruppen zwar signifikant voneinander unterschieden, jedoch die Mittelwertsvergleiche für den Gruppenvergleich der PatientInnen ohne und mit Verdacht auf Alexithymie nicht signifikant ausfielen. Die Überprüfung vom Einfluss

der Alexithymieausprägung auf den Schweregrad einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigte kein signifikantes Ergebnis.

Ein möglicher Grund für die nicht-signifikanten Ergebnisse im Dreigruppenvergleich ist, dass die Hypothesen sehr restriktiv formuliert waren. Auch ist hier anzumerken, dass sich die beiden Alexithymiegruppen kA und VA sich bei den untersuchten psychischen und somatischen Erkrankungen sowie bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nie signifikant voneinander unterschieden und auch aus der Grafik ersichtlich wird, dass die Werte dieser beiden Alexithymiegruppen sehr nah aneinanderlagen.

In den angeführten Forschungsarbeiten (Kapitel 2: *Alexithymie und Krankheit*), die den Einfluss von Alexithymie auf psychische und somatische Erkrankungen sowie auf gesundheitsbezogene Lebensqualität untersuchten, wurden zumeist lediglich die beiden Alexithymieausprägungen kA und A bei den Berechnungen miteinbezogen.

Der Grund für das Weglassen der mittleren Alexithymiegruppe VA ist, wie bereits in Kapitel 1.6. (*Der Einfluss und die Veränderbarkeit der Alexithymie im Therapieverlauf*) ersichtlich wird, dass es für die Planung und Gestaltung von einer Therapie bedeutend ist zu wissen, ob eine Person alexithyme Merkmale aufweist oder nicht. Laut Rufer und Grabe (2009) ist es aufgrund der für die Alexithymie charakteristischen Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren und zu beschreiben, sowie dem extern orientierten Denkstil wichtig, therapeutische Ansätze anzuwenden, bei denen zumindest am Anfang keine verbalen Interventionen bezüglich Gefühlen und Emotionen im Mittelpunkt stehen. Ansonsten besteht laut den Autoren die Gefahr eines Scheiterns oder des vorzeitigen Beendens der Therapie aufgrund einer möglichen Enttäuschung und Frustration von Seiten des Patienten/der Patientin.

Aus diesem Grund bezog sich die vierte Fragestellung als zusätzlicher Schwerpunkt auf Unterschiede zwischen den beiden Alexithymiegruppen kA und A auf die Depression, Angst- und Zwangserkrankungen sowie Somatisierung und gesundheitsbezogene Lebensqualität. Es zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Alexithymiegruppen in Bezug auf den Schweregrad der Depression und Zwanghaftigkeit sowie in Bezug auf die psychische Gesundheit. Einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen kA und A gab es in Bezug auf Ängstlichkeit und Somatisierung sowie in Bezug auf die körperliche Gesundheit.

Diese Unterschiede zwischen den beiden Alexithymiegruppen kA und A in Bezug auf die genannten psychischen und somatischen Erkrankungen sowie in Bezug auf gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigen deutlich, dass das Vorhandensein von Alexithymie einen Einfluss auf diese nimmt und daher auf jeden Fall in Therapie mit einbezogen werden sollte.

6. Diskussion

Die vorliegende Untersuchung brachte einige interessante Ergebnisse, die zum größten Teil mit den Angaben aus der Literatur übereinstimmten.

Ein durchaus nennenswerter Kritikpunkt ist jedoch, dass die Erfassung der Alexithymie lediglich mittels eines Selbstbeurteilungsverfahrens, und zwar der 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20), erfolgte. Einerseits weist das Verfahren zwar auch einige negativ formulierte Items zur Vermeidung von systematischen Antworten auf und wird auch in aktuellen Forschungsarbeiten stets als das Verfahren der Wahl bei Untersuchungen des Alexithymiekonstrukts angewendet, andererseits ist es jedoch fragwürdig, ob ein Verfahren alleine ausreicht, um PatientInnen als alexithym einzustufen zu können. Dieser Aspekt wird zusätzlich noch durch die Tatsache bestärkt, dass laut dem Schwellenwert von Bagby, Parker et al. (1994) 45 Prozent der an der Untersuchung teilnehmenden PatientInnen als alexithym zu bezeichnen waren. In der vorliegenden Arbeit lag die Verteilung der Häufigkeit alexithymer Merkmale somit deutlich über den in der Literatur angegebenen Daten, nach denen Alexithymie bei psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Einrichtungen bei 25 Prozent liegt (Grabe & Rufer, 2009).

Es wäre sicherlich auch noch interessant gewesen, die Alexithymie mittels einer zusätzlichen Fremdbeurteilung (wie z.B. dem Fremdbeurteilungsinventar OAS, *Observer Alexithymia Scale*) durch eine nahestehende Person oder den Therapeuten/die Therapeutin zu erfassen. Ein sogenannter Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung hätte sicherlich noch einige interessante Ergebnisse bezüglich des Zutreffens der Selbsteinschätzung der PatientInnen gezeigt, wobei jedoch anzumerken ist, dass sich dies in dem Rahmen der Studie nur schwer hätte umsetzen lassen.

Ein weiterer Kritikpunkt in Bezug auf die Beurteilung der Alexithymie ist, dass in die vorliegende Untersuchung auch Personen der Kontrollgruppe einbezogen wurden. Die Kontrollgruppe bestand, wie bereits in Kapitel 3.3. *Untersuchungsdurchführung* erwähnt, aus Personen, die sich in der Wartegruppe für einen Platz im Zentrum befanden. Es ist somit nicht auszuschließen, dass sich die Personen der

Kontrollgruppe in ihren Angaben in Bezug auf ihre Symptome „schlechter“ darstellten, um so eventuell schneller eine Therapieplatzzusage zu bekommen. Dieser Kritikpunkt betrifft jedoch nicht lediglich die Alexithymieeinschätzung, sondern auch alle anderen verwendeten Verfahren.

Auch möchte ich hier anmerken, dass einige PatientInnen sich beim Ausfüllen der Fragebogenbatterie mehrfach erkundigten, ob die TherapeutInnen diese sicher nicht einsehen können. Es ist daraus zu schließen, dass die PatientInnen bei einigen Fragen sozial erwünschte Antworten gegeben haben (Ein Beispiel hierfür wäre die Frage „*Wie oft haben Sie sich in der letzten Woche...selbst verletzt durch schneiden, brennen, würgen etc.*“ aus der Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste, die gehäuft mit *gar nicht* beantwortet wurde).

7. Zusammenfassung

Hintergrund

Bereits seit über 40 Jahren wird das Konstrukt der Alexithymie erforscht, und auch heute noch hat es nichts an wissenschaftlicher Aktualität verloren. Anfangs wurde Alexithymie vor allem für die Erklärung der Entstehung psychosomatischer Störungen herangezogen. Es zeigte sich jedoch recht schnell, dass Alexithymie mit diversen klinischen Erkrankungen assoziiert ist sowie dass Alexithymie mit einer niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht. Trotz der Aktualität des Alexithymiekonstrukts gibt es nach wie vor wenige Arbeiten, die den Zusammenhang von Alexithymie mit psychischen und somatischen Erkrankungen in klinischen Stichproben untersuchen. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, den Einfluss von einigen ausgewählten psychischen und somatischen Störungen sowie den Einfluss von gesundheitsbezogener Lebensqualität auf Alexithymie zu untersuchen.

Methode

Die vorliegende Untersuchung bildete den ersten Teil einer Längsschnittuntersuchung zur Evaluierung der Behandlungsqualität am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital in Wien. Die Stichprobe setzte sich aus insgesamt 120 PatientInnen des stationären und des teilstationären Rahmens zusammen. Die zur Untersuchung erstellte Fragebogenbatterie umfasste folgende psychologisch-diagnostischen Verfahren: Short-Form Health Survey (SF-36), Toronto Alexithymia-Scale (TAS-20), Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II), Brief Symptom Inventory (BSI), Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23) sowie die soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Partnerschaft.

Ergebnisse

Insgesamt zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied in der Schwere einer depressiven Erkrankung, in der psychischen Gesundheit sowie bei Zwanghaftigkeit zwischen den beiden Alexithymiegruppen *keine Alexithymie* (kA) und *Alexithymie*

(A). In Bezug auf die körperliche Gesundheit sowie auf Angst- und Somatisierungsstörungen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Alexithymieausprägungen kA und A. Der Schweregrad einer vorhandenen Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigte keine signifikanten Unterschiede in den Alexithymieausprägungen. Die Ergebnisse zeigten, dass es bei der vorliegenden PatientInnenstichprobe keine signifikanten Unterschiede im Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Partnerschaft in Bezug auf Alexithymie gab.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung konnte belegen, dass es bei diversen psychischen und somatischen Erkrankungen sowie bei gesundheitsbezogener Lebensqualität zu signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Alexithymiegruppen kA und A kam. Die Arbeit zeigt somit, dass das Vorhandensein von alexithymen Persönlichkeitsmerkmalen mit erhöhten Werten in der Depressivität, Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit und Somatisierung sowie mit einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht. Fazit für die Praxis ist, dass vorhandene alexithyme Merkmale in die Planung und Durchführung von Therapie jedenfalls miteinbezogen werden sollten.

8. Abbildungsverzeichnis:

ABBILDUNG 1. PROZENTUELLE VERTEILUNG DES GESCHLECHTS IN DER PATIENTINNENGRUPPE-----	64
ABBILDUNG 2. PROZENTUELLE VERTEILUNG DES ALTERS IN DER PATIENTINNEN- GRUPPE -----	65
ABBILDUNG 3. PROZENTUELLE VERTEILUNG DES BILDUNGSSTANDES IN DER PATIENTINNENGRUPPE-----	66
ABBILDUNG 4. PROZENTUELLE VERTEILUNG DES FAMILIENSTANDES/PARTNERSCHAFT IN DER PATIENTINNENGRUPPE -----	66
ABBILDUNG 5. PROZENTUELLE VERTEILUNG DER PATIENTINNEN AUF DIE PSYCHO- THERAPIESTATION UND DIE TAGESKLINIK DES ZENTRUMS FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK-----	67
ABBILDUNG 6. PROZENTUELLE VERTEILUNG DER AUSPRÄGUNGEN DER ALEXITHYMIE IN DER PATIENTINNENGRUPPE -----	68
ABBILDUNG 7. PROZENTUELLE VERTEILUNG DER ICD-10-DIAGNOSEN IN DER PATIENTINNENGRUPPE-----	69
ABBILDUNG 8. NICHT-SIGNIFIKANTES ERGEBNIS BEZÜGLICH GESCHLECHT IN DEN DREI SUBSKALEN DER 20-ITEM-TORONTO-ALEXITHYMIE-SKALA (TAS-20)-----	72
ABBILDUNG 9. NICHT-SIGNIFIKANTES ERGEBNIS BEZÜGLICH ALTER IN DEN DREI SUBSKALEN DER 20-ITEM-TORONTO-ALEXITHYMIE-SKALA (TAS-20)-----	73
ABBILDUNG 10. NICHT-SIGNIFIKANTES ERGEBNIS BEZÜGLICH BILDUNGSSTAND IN DER GESAMTSKALA DER 20-ITEM-TORONTO-ALEXITHYMIE-SKALA (TAS-20) -----	76
ABBILDUNG 11. NICHT-SIGNIFIKANTER UNTERSCHIED BEZÜGLICH PARTNERSCHAFT IN DEN DREI SUBSKALEN DER 20-ITEM-TORONTO-ALEXITHYMIE-SKALA (TAS-20) --	78
ABBILDUNG 12. NICHT-SIGNIFIKANTES ERGEBNIS DER BEIDEN SUMMENSKALEN KÖRPERLICHE UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT DER SHORT-FORM (SF-36) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A-----	83
ABBILDUNG 13. NICHT-SIGNIFIKANTES ERGEBNIS IM SCHWEREGRAD EINER DEPRESSION ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A-----	86
ABBILDUNG 14. NICHT-SIGNIFIKANTES ERGEBNIS DES SCHWEREGRADDES EINER BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG (BPS) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A -----	87
ABBILDUNG 15. NICHT-SIGNIFIKANTES ERGEBNIS IN DER SUBSKALA ÄNGSTLICHKEIT DES BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A-----	89

<i>ABBILDUNG 16.</i> NICHT-SIGNIFIKANTES ERGEBNIS IN DER SUBSKALA ZWANGHAFTIGKEIT DES BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A-----	91
<i>ABBILDUNG 17.</i> NICHT-SIGNIFIKANTES ERGEBNIS DER SUBSKALA SOMATISIERUNG DES BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A -----	93

9. Tabellenverzeichnis

<i>TABELLE 1.</i> T-TEST FÜR UNABHÄNGIGE STICHPROBEN: UNTERSCHIED IM GESCHLECHT ZWISCHEN DEN DREI SUBSKALEN UND DER GESAMTSKALA DER 20-ITEM-TORONTO- ALEXITHYMIE-SKALA (TAS-20)-----	71
<i>TABELLE 2.</i> T-TEST FÜR UNABHÄNGIGE STICHPROBEN: UNTERSCHIED IM ALTER ZWISCHEN DEN DREI SUBSKALEN UND DER GESAMTSKALA DER 20-ITEM-TORONTO- ALEXITHYMIE-SKALA (TAS-20)-----	73
<i>TABELLE 3.</i> EINFAKTORIELLE VARIANZANALYSE: UNTERSCHIED IM BILDUNGSSTAND ZWISCHEN DEN DREI SUBSKALEN UND DER GESAMTSKALA DER 20-ITEM-TORONTO- ALEXITHYMIE-SKALA (TAS-20)-----	75
<i>TABELLE 4.</i> POST-HOC-TESTS BONFERRONI (EINFAKTORIELLE VARIANZANALYSE): UNTERSCHIED IM BILDUNGSSTAND IN DER SUBSKALA DIF UND IN DER GESAMTSKALA DER 20-ITEM-TORONTO-ALEXITHYMIE-SKALA (TAS-20) -----	76
<i>TABELLE 5.</i> T-TEST FÜR UNABHÄNGIGE STICHPROBEN: UNTERSCHIED BEZÜGLICH PARTNERSCHAFT BEZÜGLICH DEN DREI SUBSKALEN UND DER GESAMTSKALA DER 20-ITEM-TORONTO-ALEXITHYMIE-SKALA (TAS-20)-----	77
<i>TABELLE 6.</i> EINFAKTORIELLE VARIANZANALYSE: UNTERSCHIED IN DEN SUBSKALEN DER SHORT-FORM (SF-36) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A -----	80
<i>TABELLE 7.</i> POST-HOC-TESTS BONFERRONI (EINFAKTORIELLE VARIANZANALYSE): UNTERSCHIED IN DEN SUBSKALEN ALLGEMEINE GESUNDHEITSWAHRNEHMUNG, PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN UND KÖRPERLICHE GESUNDHEIT DER SHORT- FORM (SF-36) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A-----	81
<i>TABELLE 8.</i> KRUSKAL-WALLIS-TEST: ERGEBNIS IN DEN SUBSKALEN DER SHORT-FORM (SF-36) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A -----	82
<i>TABELLE 9.</i> POST-HOC-TESTS BONFERRONI (EINFAKTORIELLE VARIANZANALYSE): UNTERSCHIED IM BECK-DEPRESSIONS-INVENTAR-II (BDI-II) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A -----	85
<i>TABELLE 10.</i> POST-HOC-TESTS BONFERRONI (EINFAKTORIELLE VARIANZANALYSE): UNTERSCHIED IN DER SUBSKALA ÄNGSTLICHKEIT DES BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A ----	88
<i>TABELLE 11.</i> POST-HOC-TESTS BONFERRONI (EINFAKTORIELLE VARIANZANALYSE): UNTERSCHIED IN DER SUBSKALA ZWANGHAFTIGKEIT DES BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A ----	90

<i>TABELLE 12.</i> POST-HOC-TESTS BONFERRONI (KOVARIANZANALYSE): UNTERSCHIED IN DER SUBSKALA SOMATISIERUNG DES BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI) ZWISCHEN DEN DREI ALEXITHYMIEGRUPPEN KA, VA UND A -----	92
<i>TABELLE 13.</i> T-TEST FÜR UNABHÄNGIGE STICHPROBEN: UNTERSCHIED IN DER SUMMENSKALA KÖRPERLICHE GESUNDHEIT, DEPRESSIVE STÖRUNGEN SOWIE IN DEN SUBSKALEN ÄNGSTLICHKEIT, ZWANGHAFTIGKEIT UND SOMATISIERUNG IN BEZUG AUF DEN EXTREMGRUPPENVERGLEICH DER BEIDEN ALEXITHYMIEGRUPPEN KA UND A-----	95
<i>TABELLE 14.</i> MANN-WHITNEY-U-TEST: UNTERSCHIED IN DER SUMMENSKALA PSYCHISCHE GESUNDHEIT ZWISCHEN DEN BEIDEN ALEXITHYMIEGRUPPEN KA UND A -----	96

10. Abkürzungsverzeichnis:

A=	Alexithymie
BDI-II=	Beck-Depressions-Inventar II
BSI=	Brief Symptom Inventory
BSL-23=	Kurzversion der Borderline Symptom Liste
BPS =	Borderline Persönlichkeitsstörung
df=	degrees of freedom (Freiheitsgrade)
DIF=	Unfähigkeit, Gefühle zu identifizieren (difficultys in identifying feelings)
DDF=	Unfähigkeit, Gefühle zu beschreiben (difficulty in describing feelings)
EOT=	extern orientiertes Denken (externally orientated thinking)
et al.=	lateinisch: et alia; deutsch: und andere
ICD-10=	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
kA=	keine Alexithymie
MW=	Mittelwert
n=	Teilpopulation
p=	Wahrscheinlichkeit
SD=	Standardabweichung
SF-36=	Short-Form-Health-Survey
TAS-20=	20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala
VA=	Verdacht auf Alexithymie
WHO=	World Health Organization

11. Literaturverzeichnis

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: W. W. Norton.

Apfel, R. J. & Sifneos, P. E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180–190.

Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P. et al. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308–316.

Bach, M. & Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia: A prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 43–48.

Bach, M., Bach, D., Bohmer, F. & Nutzinger, D. O. (1994). Alexithymia and somatization: Relationship to DSM-III-R diagnoses. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (6), 529–538.

Bach, M., Bach, D. & de Zwaan, M. (1996). Independence of alexithymia and somatization. A factor analytic study. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 37, 451–458.

Bach, M., Bach, D., de Zwaan, M., Serim, M. & Böhmer, F. (1996). Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 46 (1), 23–28.

Bach, M., de Zwaan, M., Ackard, D., Nutzinger, D. O. & Mitchell, J. E. (1994). Alexithymia – relationship to personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 239–243.

Bagby, R. M., Parker, J. D. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23–32.

Bagby, R. M. & Taylor, G. J. (1997a). Affect dysregulation and alexithymia. In G. J. Taylor, R. M. Bagby & J. D. A. Parker (Eds.), *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness* (pp. 26–45). Cambridge: Cambridge University Press.

Bagby, R. M. & Taylor, G. J. (1997b). Measurement and validation of the alexithymia construct. In G. J. Taylor, R. M. Bagby & J. D. A. Parker (Eds.), *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. (pp. 46–66). Cambridge: Cambridge University Press.

Bagby, R. M., Taylor, G. J. & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 33–40.

Bankier, B., Aigner, M. & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder. Comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42, 235–240.

Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 585–595.

Berthoz, S., Artiges, E., Van de Moortele, P. F., Poline, J. B., Rouquette, S., Consoli, S. M. et al. (2002). Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: An fMRI study of men with alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 961–967.

Bogutyn, T., Kokoszka, A., Palczynski, J. & Holas, P. (1999). Defense mechanism in alexithymia. *Psychological Reports*, 84, 183–187.

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L. et al. (2009). The short version of the borderline symptom list (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42 (1), 32–39.

Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflage). Heidelberg: Springer.

Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D. & Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240–243.

Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit: Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 47, 76–91.

Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 190–197.

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

Bullinger, M., Makkensen, S. & Kirchberger, I. (1994). *Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern*. München: Institut für medizinische Psychologie, Universität München.

Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – Eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 11–21). Göttingen: Hogrefe.

Burba, B., Oswald, R., Grigaliunien, V., Neverauskiene, S., Jankuviene, O. & Chue, P. (2006). A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 468–471.

Carpenter, L. & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 367–388.

Corcos, M. & Speranza, M. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris: Dunod.

Cox, B. J., Swinson, R. P., Shulman, I. D. & Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 195–198.

De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A. et al. (2005). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 350–358.

Deborde, A. S., Miljkovitch, R., Roy, C., Dugré-Le Bigre, C., Pham-Scottez, A., Speranza, M. et al. (2012). Alexithymia as a mediator between attachment and the development of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 26 (5), 676–688.

De Gucht, V. & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation. A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425–434.

Derogatis, L. & Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory: BSI*. Göttingen: Beltz Test.

Devine, H., Stewart, S. H. & Watt, M. C. (1999). Relations between anxiety and sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 145–158.

Duddu, V., Isaac, M. K. & Chaturvedi, S. K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54 (5), 435–438.

Evren, C., Cinar, O. & Evren, B. (2012). Relationship of alexithymia and dissociation with severity of borderline personality features in male substance-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 854–859.

Fava, G. A., Mangelli, L. & Ruini, C. (2001). Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 171–175.

Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W. W. Norton & Company.

Franz, M., Popp, K., Schäfer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J. et al. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 54–62.

Franz, M. & Schäfer, R. (2009). Affekt ohne Gefühle: Entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Aspekte der Alexithymie. In H. J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation* (S. 47–68). Bern: Huber.

Franz, M., Schneider, C., Schäfer, R., Schmitz, N. & Zweyer, K. (2001). Factorial structure and psychometric properties of the German version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) of psychosomatic patients. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51 (2), 48–55.

Franz, M., Sitte, W., Popp, K., Schneider, C. & Schäfer, R. (2006). Ist die bei Alexithymen beeinträchtigte Erkennung affektiver Mimik auch im EEG nachweisbar? 56. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische

Medizin, 15.-18. März, Magdeburg. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56 (87).

Freedman, M. B. & Sweet, B. S. (1954). Some specific features of group psychotherapy and their implications for selection of patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 355–368.

Freyberger, H. J. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337–342.

Fukunishi, I., Kikuchi, M., Wogan, J. & Takubo, M. (1997). Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (3), 166–170.

Galderisi, S., Mancuso, F., Mucci, A., Garramone, S., Zamboli, R. & Maj, M. (2008). Alexithymia and cognitive dysfunctions in patients with panic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 182–188.

Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Gröger, R., Franke, G. H. et al. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 189–194.

Grabe, H. J. & Rufer, M. (Hrsg.). (2009a). *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie*. Bern: Huber.

Grabe, H. J. & Rufer, M. (2009b). Neurobiologie und Genetik der Alexithymie. In H. J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation* (S. 69–81). Bern: Huber.

Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Müller, A., Buhtz, F., Hochrein, A. et al. (2006). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder – Results from a family study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75 (5), 312–318.

Grabe, H. J. & Scheidt, C. E. (2009). Einführung: Das Alexithymiekonstrukt und seine psychometrische Erfassung. In H. J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation* (S. 19–39). Bern: Huber.

Gündel, H., Ceballos-Baumann, A. O. & Rad, M. (2000). Aktuelle Perspektiven der Alexithymie. *Nervenarzt*, 71, 151–163.

Gunzelmann, T., Kupfer, J. & Brähler, E. (2002). Alexithymia in the elderly general population. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 74–80.

Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). *BDI-II. Beck Depressions-Inventar* (2. Auflage). Frankfurt: Pearson.

Hintikka, J., Honkalampi K., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2001). Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs? A study in a general population. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (3), 234–239.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K. & Viinamäki, H. (2007). Long-term alexithymic features indicate poor recovery from depression and psychopathology. A six-year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 312–314.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Results from a 6-month follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 303–308.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99–104.

Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S. M., Hintikka, J., Haatainen, K., Rissanen, T. et al. (2010). Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 269–273.

Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Tanskanen, A., Hintikka, J., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2001). Why do alexithymic features appear to be stable? A 12-month follow-up study of a general population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 247–253.

Honkalampi, K., Saarinen, P., Hintikka, J., Virtanen, V. & Viinamäki, H. (1999). Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 270–275.

Ira, M. & Lesser, M. D. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43 (6), 531–543.

Jørgensen, M. M., Zachariae, R., Skytthe, A. & Kyvik, K. (2007). Genetic and environmental factors in alexithymia: A population-based study of 8,785 Danish twin pairs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 369–375.

Joukamaa, M., Saarijärvi, S., Muuriaisniemi, M. L. & Salokangas, R. K. (1996). Alexithymia in a normal elderly population. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 144–147.

Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B. & Rapaport, M. B. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1411–1417.

Kang, J. I., Namkoong, K., Yoo, S. W., Jhung, K., Kim, S. J. (2012). Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 141, 286–293.

Karlsson, H., Naatanen, P. & Stenman, H. (2008). Cortical activation in alexithymia as a response to emotional stimuli. *British Journal of Psychiatry*, 192, 32–38.

Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Julkunen, J., Wilson, T. W. & Salonen, J. T. (1993). Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 330–335.

Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Laksy, K., Jokelainen, J., Jarvelin, M. R. et al. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 471–476.

Kosturek, A., Gregory, R. T., Sousou, A. J. & Trief, P. (1998). Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosomatics*, 39, 399–404.

Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17–31.

Krystal, H. & Krystal, J. H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. England: Analytic Press.

Laireiter, A. R. (1989). *Alexithymie. Zur theoretischen und methodologischen Kritik eines Arbeitsmodells zur psychoanalytisch-psychosomatischen Medizin und Ansätze einer alternativen theoretischen Grundlegung im Rahmen der wissenschaftlichen Psychologie*. Salzburg: Universität Salzburg.

Lane, R. D. & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133–143.

Leweke, F. & Bausch, S. (2009). Alexithymie und Krankheit – Zusammenhänge mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen. In H. J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation* (S. 127–147). Bern: Huber.

Leweke, F., Bausch, S., Leichsenring, F., Walter, B. & Stingl, M. (2009). Alexithymia as a predictor of outcome of psychodynamically oriented inpatient treatment. *Psychotherapy Research*, 19, 323–331.

Lieb, R., Meinlschmidt, G. & Araya, R. (2007). Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders. *Psychosomatic Medicine*, 69 (9), 860–863.

Linehan, M. M., Heard, H. L. & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50 (12), 971–974.

Loas, G., Speranza, M., Pham-Scottez, A., Perez-Diaz, F. & Corcos, M. (2012). Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 147–152.

Luminet, O., Bagby, R. M. & Taylor, G. J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 254–260.

Lumley, M. A., Mader, C., Gramzow, J. & Papineau, K. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58, 211–216.

Mahler, J., Barnow, S., Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Grabe, H. J. (2009). Intrafamiliäre Transmission alexithymer Affektregulierung. *Psychodynamische Psychotherapie*, 8, 3–11.

Marchesi, C., Brusamonti, E. & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 43–49.

Marchesi, C., Fonto, S., Balista, C., Cimmino, C. & Maggini, C. (2005). Relationship between alexithymia and panic disorder: A longitudinal study to answer an open question. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 56–60.

Martínez-Sánchez, F., Ato-García, M. & Ortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia – state or trait? *Spanish Journal of Psychology*, 6 (1), 51–59.

Marty, P. & DeBray, R. (1989). Current concepts of character disturbance. In S. Cheren (Ed.), *Psychosomatic medicine: Theory, physiology, and practice: 1* (pp. 159–184). Madison, CT: International Universities Press.

Marty, P. & de M'Uzan, M. (1963). La „pensée opératoire“. *Revue Française de Psychoanalyse*, 27, 1345–1356.

Mattila, A. K., Kronholm, E., Antti, J., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L. et al. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70, 716–722.

Mattila, A. K., Saarni, S. I., Alanen, E., Salminen, J. K., Kronholm, E., Jula, A. et al. (2010). Health-related quality-of-life in nonalexithymic and alexithymic subjects from general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 279–283.

Mattila, A. K., Saarni, S. I., Salminen, J. K., Huhtala, H., Sintonen, H. & Joukamaa, M. (2009). Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics*, 50, 59–68.

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.

McDougall, J. (1982). Alexithymia, psychosomatics and psychosis. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 379–388.

Mikolajczak, M. & Luminet, O. (2006). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait to emotion regulation? *Personality and Individual Differences*, 40, 1399–1408.

Modestin, J., Furrer, R. & Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult non-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 707–709.

Möller, H. J., Laux, G. & Deister, A. (2001). *Psychiatrie und Psychotherapie* (2., unveränderte Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Müller, J. & Alpers, G. W. (2006). Two facets of being bothered by bodily sensations: Anxiety sensitivity and alexithymia in psychosomatic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 489–495.

Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 199–206.

Nemiah, J. C. & Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, 2, 26–34.

Núñez, D. G., Rufer, M., Leenen, K., Majohr, K. L., Grabe, H. & Jenewein, J. (2010). Lebensqualität und alexithyme Merkmale bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung. *Schmerz*, 24 (1), 62–68.

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E. & Joyce, A. S. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role might the therapist play? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 206–213.

Parker, J. D., Bagby, R. M. & Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and depression: Distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32 (5), 387–394.

Parker, J. D., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S. & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7 (4), 221–232.

Parker, J. D., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 434–441.

Parker, J. D., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto-alexithymia scale-III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269–275.

Parker, J. D., Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Acklin, M. W. (1993). Alexithymia in panic disorder and simple phobia: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1105–1107.

Pasini, A., Delle Chiaie, R., Seripa, S. & Ciani, N. (1992). Alexithymia is related to sex, age and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 477 normal subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 42–46.

Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., Scholler, G., Danzer, G. et al. (2000). „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“, ein Teil der „allgemeinen“ Lebensqualität?. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 206–221). Göttingen: Hogrefe.

Ruesch, J. (1948). The infantile personality: The core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134–144.

Rufer, M. & Grabe, H. J. (2009). Alexithymie und Psychotherapie – Forschungsstand und Konsequenzen für die Praxis. In H. J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation* (S. 183–200). Bern: Huber.

Rufer, M., Hand, I., Braatz, A., Alsleben, H., Fricke, S. & Peter, H. (2004). A prospective study of alexithymia in obsessive-compulsive patients treated with multimodal cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 101–106.

Rufer, M., Ziegler, A., Alsleben, H., Fricke, S., Ortmann, J., Bruckner, E. et al. (2006). A prospective long-term follow-up study of alexithymia in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47 (5), 394–398.

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., Saarijärvi, S., Äärelä, E. & Tamminen, T. (1994). Alexithymia – state or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 681–685.

Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, 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.

Salminen, J. K., Saarijärvi, S. & Toikka, T. (2002). Alexithymia and health-related quality of life. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 323–324.

Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Toikka, T., Kauhanen, J. & Äärelä, E. (2006). Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 275–278.

Shands, H. C. (1958). An approach to the measurement of suitability for psychotherapy. *Psychiatric Quarterly*, 32, 500–521.

Sifneos, P. E. (1967). Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medicina Psychosomatica*, 21, 133–136.

Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.

Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R. & Frankel, F. H. (1977). The phenomenon of „alexithymia“. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40, 47–57.

Simson, U., Martin, K., Schafer, R., Franz, M. & Janssen, P. (2006). Veränderung der Wahrnehmung von Emotionen im Verlauf stationärer psychotherapeutischer Behandlung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 376–382.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936–950.

Speranza, M., Loas, G., Wallier, J. & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365–371.

Stingl, M., Bausch, S., Walter, B., Kagerer, S., Leichsenring, F. & Leweke, F. (2008). Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 173–175.

Stordal, E., Bjartveit Kruger, M., Dahl, N. H., Kruger, O., Mykletun A. & Dahl, A. A. (2001). Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 210–216.

Subic-Wrana, C., Bruder, S., Thomas, W., Gaus, E., Merkle, W. & Köhle, K. (2002). Verteilung des Persönlichkeitsmerkmals Alexithymie bei Patienten in stationärer psychosomatischer Behandlung – gemessen mit TAS-20 und LEAS. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52 (11), 454–460.

Subic-Wrana, C., Bruder, S., Thomas, W., Lane, R. D. & Köhle, K. (2005). Emotional awareness deficits in inpatients of a psychosomatic ward: A comparison of two different measures of alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 67, 483–489.

Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134–142.

Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (1997). Measurement and validation of the alexithymia construct. In G. J. Taylor, R. M. Bagby & J. D. A. Parker (Eds.), *Disorders of affect regulation alexithymia in medical and psychiatric illness* (pp. 46–66). Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68–77.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker J. D. A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153–164.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M. & Acklin, M. W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 417–424.

Taylor, G. J., Ryan, D. & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44 (4), 191–199.

Von Rad, M. & Grabe, H. J. (2009). Die historische Entwicklung des Alexithymie-Konzepts – eine Kontroverse. In H. J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation* (S. 41–46). Bern: Huber.

Waller, E. & Scheidt, C. E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 239–247.

Waller, E. & Scheidt, C. E. (2009). Alexithymie und Somatisierung. In H. J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation* (S. 149–168). Bern: Huber.

Webb, D. & McMurran, M. (2008). Emotional intelligence, alexithymia and borderline personality disorder traits in young adults. *Personality and Mental Health*, 2, 265–273.

Weltgesundheitsorganisation (1948). [online]. URL: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/200906250000/0.810.1.pdf> [01.05.2013].

Widiger, T. A. & Frances, A. J. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. In A. Tasman, R. E. Hales & A. J. Frances (Eds.), *Review of Psychiatry*, Vol. 8 (pp. 8–24). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wise, T. N., Mann, L. S. & Hill, B. (1990). Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54 (1), 26–31.

Wise, T. N., Mann, L. S. & Randell, P. (1995). The stability of alexithymia in depressed patients. *Psychopathology*, 28, 173–176.

Wolff, S., Stiglmayr, C., Bretz, H. J., Lammers, C. H. & Auckenthaler, A. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 46 (3), 347–360.

Zeitlin, S. B. & McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 658–660.

Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik. [online]. URL: www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?suchstring=911 [Stand: 01.04.2013].

Zlotnick, C., Mattia, J. I. & Zimmerman, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (1), 177–188.

12. Anhang

Fragebogen:

Nr.	FB.	P2	TAK
-----	-----	----	-----

INSTRUKTION – Bitte sorgfältig durchlesen:

VIELEN DANK, dass Sie sich bereit erklärt haben, an der folgenden Studie zur Evaluierung der Behandlung am Zentrum für spezielle psychiatrische Therapie und Psychosomatik teilzunehmen!

Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung der Fragen **bewusst Zeit** und **lesen Sie sich die Antworten und Fragen genau durch**.

Bei dieser Befragung gibt es **keine richtigen oder falschen Antworten**. Wichtig ist, dass Sie die für Sie zutreffendste Antwortmöglichkeit ankreuzen. Lesen Sie darum alles genau durch und beantworten Sie die Fragen langsam der Reihe nach.

Beantworten Sie bitte alle Fragen auf allen Seiten. Für die wissenschaftliche Auswertung ist es erforderlich, dass keine Frage versehentlich ausgelassen wird.

Wir sichern Ihnen zu, dass die in dieser Evaluationsstudie erhobenen Daten lediglich für Forschungszwecke **anonymisiert** verwendet und **streng vertraulich behandelt** werden

Jede Frage hat mehrere Antwortmöglichkeiten. Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffendste Antwortmöglichkeit an (s. Beispiel)!

Beispiel:

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	teils/teils	trifft etwas zu	trifft sehr zu
Ich fühle mich müde.	☐	☒	☐	☐	☐

Nach Beendigung des Fragebogens bitten wir Sie, nochmals zu kontrollieren, ob Sie alle Seiten ausgefüllt haben.

**WIR BEDANKEN UNS NOCH EINMAL GANZ HERZLICH FÜR IHRE
TEILNAHME!**

INSTRUKTION: Im folgenden bitten wir Sie, Angaben zu Ihrer derzeitigen Lebenssituation zu machen. Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie zutreffende Angabe an beziehungsweise machen Sie entsprechende Angaben auf der dafür vorgesehenen Linie.

Geschlecht:

m	w
---	---

Alter:Jahre

1. Höchste abgeschlossene Schulausbildung

Hauptschulabschluss	☐
Lehrabschluss	☐
Matura/Fachmatura	☐
Hochschulabschluss	☐

Andere abgeschlossene Schulausbildung: _____

2. Familie/LebenspartnerIn

	Ja	Nein
Haben Sie eine/n Lebenspartner/in?	☐	☐
Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Ihrer Familie?	☐	☐
Wenn JA, wie oft? _____/Woche oder _____/Monat		
Werden Sie von Ihrer Familie/ LebenspartnerIn unterstützt?	☐	☐
Haben Sie Kinder, die Sie versorgen müssen?	☐	☐
Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Freunden/ Bekannten?	☐	☐
Wenn JA, wie oft? _____/Woche oder _____/Monat		

Bitte gehen Sie zur nächsten Seite!

Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36)

INSTRUKTION: Sie finden nachstehend Fragen die es ermöglichen, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am ehesten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an

Ausgezeichnet	☐
Sehr gut	☐
Gut	☐
Weniger gut	☐
Schlecht	☐

2. Im Vergleich zum vergangen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? *Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Derzeit viel besser als vor einem Jahr	☐
Derzeit etwas besser als vor einem Jahr	☐
Etwa so wie vor einem Jahr	☐
Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr	☐
Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr	☐

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? *Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!*

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	☐	☐	☐
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	☐	☐	☐
Einkaufstaschen heben oder tragen	☐	☐	☐
Mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐
Einen Treppenabsatz steigen	☐	☐	☐
Sich beugen, knien, bücken	☐	☐	☐
Mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Sich baden oder anziehen	☐	☐	☐

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

Schwierigkeiten	Ja	Nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	☐	☐
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	☐	☐

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?) *Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!*

Schwierigkeiten	Ja	Nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	☐	☐

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt? *Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Überhaupt nicht	☐
Etwas	☐
Mäßig	☐
Ziemlich	☐
Sehr	☐

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen? *Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Ich hatte keine Schmerzen	☐
Sehr leicht	☐
Leicht	☐
Mäßig	☐
Stark	☐
Sehr stark	☐

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? *Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Überhaupt nicht	☐
Ein bisschen	☐
Mäßig	☐
Ziemlich	☐
Sehr	☐

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangen 4 Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht. *Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!*

Wie oft waren Sie in den <u>vergangenen 4 Wochen</u> –	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
Voller Schwung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sehr nervös?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
So niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Glücklich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Müde?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Wie oft haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten, usw.) beeinträchtigt? *Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

Immer	☐
Meistens	☐
Manchmal	☐
Selten	☐
Nie	☐

11. Inwiefern trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu? *Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!*

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin genau so gesund wie alle anderen, die ich kenne	☐	☐	☐	☐	☐

Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	☐	☐	☐	☐	☐

Toronto-Alexithymia-Scale (TAS-20)

INSTRUKTION: Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden zwanzig Aussagen auf Sie zutreffen.

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

Beck-Depressions-Inventar (BDI-II)

INSTRUKTION: Sie finden nachstehen 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Bitte achten Sie darauf, dass Sie in jeder Gruppe nur eine Aussage ankreuzen.

1. Traurigkeit 0 Ich bin nicht traurig 1 Ich bin oft traurig 2 Ich bin ständig traurig 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte	12. Interessensverlust 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Dingen zum größten Teil verloren 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren
2. Pessimismus 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird	13. Entschlussunfähigkeit 0 Ich bin so entschlossen wie immer 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen 2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen 3 Ich habe Mühe überhaupt Entscheidungen zu treffen
3. Versagensgefühle 0 Ich fühle mich nicht als Versager 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein	14. Wertlosigkeit 0 Ich fühle mich nicht wertlos 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst 2 Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert 3 Ich fühle mich völlig wertlos
4. Verlust von Freude 0 Ich kann die Dinge genau so gut genießen wie früher 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen	15. Energieverlust 0 Ich habe so viel Energie wie immer 1 Ich habe weniger Energie als sonst 2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe 3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun
5. Schuldgefühle 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen 2 Ich habe die meiste Zeit	16. Veränderungen der Schlafgewohnheiten 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst 2a Ich schlafe viel mehr als sonst 2b Ich schlafe viel weniger als sonst

Schuldgefühle 3 Ich habe ständig Schuldgefühle	3a Ich schlafe fast den ganzen Tag 3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann nicht mehr einschlafen
6. Bestrafungsgefühle 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft 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	17. Reizbarkeit 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst 1 Ich bin reizbarer als sonst 2 Ich bin viel reizbarer als sonst 3 Ich fühle mich dauernd gereizt
7. Selbstablehnung 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren 2 Ich bin von mir enttäuscht 3 Ich lehne mich völlig ab	18. Veränderungen des Appetits 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert 1a Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst 2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst 2b Mein Appetit ist viel größer als sonst 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit 3b Ich habe ständig Heißhunger
8. Selbstvorwürfe 0 Ich kritisiere oder tadele mich nicht mehr als sonst 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme was passiert ist	19. Konzentrationsschwierigkeiten 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer 1 Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst 2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren
9. Selbstmordgedanken 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 dazu hätte	20. Ermüdung oder Erschöpfung 0 Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst 1 Ich werde schneller müder oder erschöpfter als sonst 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann
10. Weinen 0 Ich weine nicht öfter als früher 1 Ich weine jetzt mehr als früher 2 Ich weine beim geringsten Anlass 3 Ich möchte gerne weinen, aber ich kann nicht	21. Verlust an sexuellem Interesse 0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität 3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren
11. Unruhe 0 Ich bin nicht unruhiger als sonst 1 Ich bin unruhiger als sonst 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwer fällt, stillzusitzen 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss	

Brief Symptom Inventory (BSI)

INSTRUKTION: Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die manchmal auftreten. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem in den letzten 7 Tagen belastet hat.

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Nervosität oder innerem Zittern	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	☐	☐	☐	☐	☐
4. dem Gefühl, dass Andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	☐	☐	☐	☐	☐
5. Gedächtnisschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
7. Herz- oder Brustschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	☐	☐	☐	☐	☐
9. Gedanken sich das Leben zu nehmen	☐	☐	☐	☐	☐
10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	☐	☐	☐	☐	☐
11. schlechtem Appetit	☐	☐	☐	☐	☐
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	☐	☐	☐	☐	☐
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos sind	☐	☐	☐	☐	☐
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	☐	☐	☐	☐	☐
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	☐	☐	☐	☐	☐
16. Einsamkeitsgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
17. Schwermut	☐	☐	☐	☐	☐
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	☐	☐	☐	☐	☐
19. Furchtsamkeit	☐	☐	☐	☐	☐
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	☐	☐	☐	☐	☐
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	☐	☐	☐	☐	☐
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber Anderen	☐	☐	☐	☐	☐
23. Übelkeit oder Magenverstimmung	☐	☐	☐	☐	☐
24. dem Gefühl, dass Andere Sie beobachten oder über Sie reden	☐	☐	☐	☐	☐
25. Einschlafschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
26. dem Zwang, wieder und wieder	☐	☐	☐	☐	☐

nachzukontrollieren, was Sie tun					
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	☐	☐	☐	☐	☐
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn, Zug	☐	☐	☐	☐	☐
29. Schwierigkeiten beim Atmen	☐	☐	☐	☐	☐
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	☐	☐	☐	☐	☐
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	☐	☐	☐	☐	☐
32. Leere im Kopf	☐	☐	☐	☐	☐
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	☐	☐	☐	☐	☐
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	☐	☐	☐	☐	☐
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
36. Konzentrationsschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	☐	☐	☐	☐	☐
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	☐	☐	☐	☐	☐
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	☐	☐	☐	☐	☐
42. starker Befangenheit im Umgang mit Anderen	☐	☐	☐	☐	☐
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	☐	☐	☐	☐	☐
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	☐	☐	☐	☐	☐
45. Schreck- oder Panikanfällen	☐	☐	☐	☐	☐
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	☐	☐	☐	☐	☐
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	☐	☐	☐	☐	☐
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch Andere	☐	☐	☐	☐	☐
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	☐	☐	☐	☐	☐
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
51. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	☐	☐	☐	☐	☐
52. Schuldgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	☐	☐	☐	☐	☐

Borderline Symptom Liste (BSL-23)

INSTRUKTION: In der unten stehenden Tabelle finden Sie Probleme und Beschwerden, die ihr Befinden möglicherweise beschreiben. Bitte gehen Sie jede Beschreibung durch und entscheiden Sie, **wie stark und ausgeprägt** Sie unter den genannten Zuständen **in der letzten Woche** gelitten haben. Falls sie derzeit keine Gefühle wahrnehmen, bitten wir Sie, die Aussagen so anzukreuzen, wie Sie denken, wie Sie sich fühlen.

WÄHREND DER LETZTEN WOCHEN.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. konnte ich mich schlecht konzentrieren	☐	☐	☐	☐	☐
2. erlebte ich mich als hilflos	☐	☐	☐	☐	☐
3. war ich geistig abwesend und erinnerte mich nicht, was ich genau tat	☐	☐	☐	☐	☐
4. litt ich unter Ekelgefühl	☐	☐	☐	☐	☐
5. dachte ich an Selbstverletzungen	☐	☐	☐	☐	☐
6. traute ich anderen Menschen nicht	☐	☐	☐	☐	☐
7. glaubte ich keine Lebensberechtigung zu haben	☐	☐	☐	☐	☐
8. fühlte ich mich einsam	☐	☐	☐	☐	☐
9. stand ich innerlich unter Hochspannung	☐	☐	☐	☐	☐
10. tauchten in mir Szenen auf, die mich stark ängstigten	☐	☐	☐	☐	☐
11. hasste ich mich selbst	☐	☐	☐	☐	☐
12. hatte ich das Bedürfnis mich selbst zu bestrafen	☐	☐	☐	☐	☐
13. litt ich unter Schamgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
14. wechselten meine Stimmungen in kurzen Abständen zwischen Angst, Ärger und Depression	☐	☐	☐	☐	☐
15. litt ich unter der Wahrnehmung von Stimmen oder Geräuschen von innen und/oder von außen	☐	☐	☐	☐	☐
16. erlebte ich Kritik als vernichtend	☐	☐	☐	☐	☐
17. war ich leicht verletzbar	☐	☐	☐	☐	☐
18. übte die Vorstellung vom Tod eine gewisse Faszination auf mich aus	☐	☐	☐	☐	☐
19. kam mir alles sinnlos vor	☐	☐	☐	☐	☐
20. hatte ich Angst, die Kontrolle zu verlieren	☐	☐	☐	☐	☐
21. fand ich mich widerlich	☐	☐	☐	☐	☐
22. war ich wie weit entfernt von mir selbst	☐	☐	☐	☐	☐

23. hielt ich mich für wertlos	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

INSTRUKTION: Bitte schätzen Sie Ihre Befindlichkeit während der letzten Woche auf einer Skala von 0 – 100 % **insgesamt** ein. **0 % bedeutet:** ich war völlig auf dem **Nullpunkt**; **100 % bedeutet:** ich fühlte mich **ausgezeichnet**. Bitte markieren sie durch ankreuzen die Prozentzahl, die am ehesten ihr subjektives Befinden über die letzte Woche hinweg widerspiegelt.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

(ganz schlecht) ←-----→ (ausgezeichnet)

INSTRUKTION: Bitte geben Sie bei den einzelnen Fragen an, ob und wenn ja, **wie häufig**, sie die einzelnen Verhaltensweisen **in der letzten Woche** durchgeführt haben.

WÄHREND DER LETZTEN WOCHEN....

	gar nicht	ein Mal	zwei Mal	Täglich	mehrmals täglich
1. verletzte ich mich durch schneiden, brennen, würgen etc. selbst	☐	☐	☐	☐	☐
2. äußerte ich mich gegenüber anderen, dass ich mich umbringen würde	☐	☐	☐	☐	☐
3. machte ich einen Suizidversuch	☐	☐	☐	☐	☐
4. hatte ich Fressanfälle	☐	☐	☐	☐	☐
5. hatte ich Brechanfälle	☐	☐	☐	☐	☐
6. zeigte ich Hochrisikoverhalten, indem ich zu schnell Auto fuhr, auf Hochhäusern herum lief etc.	☐	☐	☐	☐	☐
7. war ich betrunken	☐	☐	☐	☐	☐
8. konsumierte ich Drogen	☐	☐	☐	☐	☐
9. konsumierte ich Medikamente, die nicht verschrieben waren oder über die verschriebene Dosis hinaus	☐	☐	☐	☐	☐
10. hatte ich unkontrollierte Wutausbrüche oder wurde gegenüber anderen handgreiflich	☐	☐	☐	☐	☐
11. hatte ich sexuelle Kontakte, die ich hinterher bereute	☐	☐	☐	☐	☐

Lebenslauf

Name: Carole Sallermann
Email: carole_sallermann@live.com
Geburtsdatum: 27.05.1986
Nationalität: Luxemburg

Ausbildung:

Seit 10/2008	Universität Wien Diplomstudium: Psychologie Absolvierung des 2.Abschnitts
10/2005 – 07/2008	Leopold-Franzens-Universität Innsbruck Diplomstudium: Psychologie Absolvierung des 1.Abschnitts
09/1998 – 06/2005	Athénée de Luxembourg Schulabschluss: Allgemeine Hochschulreife
09/1992 – 07/1998	Grundschule Garnich

Berufserfahrung

05/2011 – aktuell	Schreibarbeiten in Form von Gutachtenerstellung gemäß § 39 Abs. 1 SMG fürs Gericht unter Anleitung von Frau Dr. Stella-Kaiser
02/2012 – 11/2012	Praktikum an der Psychotherapiestation und der Tagesklinik des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik der 1. Psychiatrischen Abteilung

09/2011 – 02/2012	Praktikum bei der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychotherapie (Ökids)
01/2011 – 04/2011	Praktikum beim Verein P.A.S.S. [im Rahmen des Pflichtpraktikums der Uni Wien : 240 Stunden]
08/2005 – 08/2010	Servicemitarbeiterin im Gastronomiebereich
2002 – 2008	sonstige berufliche Tätigkeiten

Sonstiges

Sprachen: Deutsch, Französisch, Englisch, Italienisch, Luxemburgisch