

Hand in Hand. Die Verbesserung der Ergebnisqualität stationärer psychodynamischer und multimodaler Psychotherapie durch verhaltenstherapeutische Elemente bei alexithymen Patienten

S. Schau¹, G. H. Franke¹, S. Jäger¹, C. Tögel², A. Schütt² & C. Ulrich³

¹ = Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Studiengänge B.Sc. und M.Sc. Rehabilitationspsychologie, Osterburger Str. 25, 39576 Stendal, E-Mail: gabriele.franke@hs-magdeburg.de
² = SALUS Institut für Trendforschung und Therapieevaluation in Mental Health
³ = Klinik für Psychotherapeutische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen des SALUS Fachklinikums für Psychiatrie & Psychotherapie Uchtsprunge

Zusammenfassung

Hintergrund: Nach der Übersichtsarbeit von Rufer und Jenewein (2009) ist das Thema Alexithymie in der deutschen Psychotherapieforschung bislang vernachlässigt worden. Verschiedene internationale empirische Untersuchungen zeigen, aufgrund ihrer Heterogenität, ein uneinheitliches Bild. Annahmen zu besonders geeigneten Therapieformen für Alexithymiepatienten zeichnen sich bislang nicht befriedigend ab, so dass multimodale Therapieansätze empfohlen werden.

Fragestellung: Führen zusätzliche verhaltenstherapeutische Einzel- und/ oder Gruppenangebote in der stationären psychodynamischen und multimodalen Psychotherapie zu einer messbaren Verbesserung der Ergebnisqualität bei alexithymen Psychotherapiepatienten?

Methodik: Die klinische Stichprobe der Psychiatrischen und Psychosomatischen Klinik des Fachklinikums Uchtsprunge umfasst 433 Patienten in stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Diese konnten, aufgrund statistisch signifikanter Unterschiede klinisch relevanter Daten (z. B. Diagnosen, Psychotherapieerfahrung, etc.), zwei Interventionsgruppen (1) reine psychodynamische und multimodale Behandlung (n=261) sowie (2) zusätzliche verhaltenstherapeutische Einzelarbeit und/ oder Gruppenarbeit (n=172) zugeteilt werden. Zu Beginn und Ende der Behandlung wurden die psychodiagnostischen Verfahren TAS-20, SCL-90-R und IIP-C eingesetzt.

Ergebnisse: 25% der Patienten zeigen eine hohe, 42% als durchschnittliche und 33% als unterdurchschnittliche Alexithymieausprägung. Alexithymie geht mit höherer psychischer Belastung sowie spezifischen Mustern der interpersonalen Problematik einher. Die stationäre psychodynamische und multimodale Behandlung führt grundsätzlich zu messbaren Verbesserungen der psychischen und interpersonalen Probleme. Der Einfluss zusätzlicher verhaltenstherapeutischer Behandlungen im Einzel- und/ oder Gruppenansatz bei allen Patienten führt zu kleinen Effekten, die jedoch nur in geringem Maße vom Alexithymiestatus beeinflusst werden.

Diskussion: Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, dass der Therapieerfolg in der stationären psychodynamischen und multimodalen Psychotherapiebehandlung durch den zusätzlichen Einsatz verhaltenstherapeutischer Elemente erhöht werden kann. Der Faktor Alexithymie scheint komplex sowohl mit psychischer Belastung als auch mit interpersonalen Problemen verwoben zu sein, so dass weitere Forschung notwendig ist. Zur Abbildung der Ergebnisqualität hat sich der kontinuierliche Einsatz von TAS-20, SCL-90-R sowie IIP-C in der Patientenbefragung bewährt.

Schlüsselwörter: Ergebnisqualität, stationäre Psychotherapie, TAS-20, SCL-90-R, IIP-C

1 Hintergrund

Die Alexithymie (gr. Kunstwort: α (*a*) „nicht“, $\eta\lambda\acute{\epsilon}\xi\iota\varsigma$ (*he léxis*) „das Lesen“ und $\acute{o}\theta\upsilon\mu\acute{o}\varsigma$ (*ho thymós*) „das Gefühl, die Stimmung“) ist ein psychodynamisches Konstrukt, das erstmalig 1972 von Sifneos in Bezug auf psychosomatische Patienten benannt wurde (Gündel, Ceballos-Baumann & von Rad, 2000).

Alexithymie wird als die Unfähigkeit Gefühle wahrzunehmen und zu beschreiben verstanden. Emotionale Reaktionen können von den Betroffenen nicht erkannt werden, sondern werden als eine physiologische Veränderung, wie z. B. Zittern, Atemnot, etc. mit unbekannter Ursache, beschrieben. Ebenfalls sind eine geringe Phantasieneigung sowie ein external orientierter Denkstil Bestandteile dieses Konstrukts (Gündel et al, 2000). Die Messung der Alexithymieausprägung kann durch verschiedene Selbstbeurteilungsfragebögen erfolgen. Die Toronto Alexithymie-Skala-20 (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994a; Bagby, Parker & Taylor, 1994b), dt. Übersetzung von Kupfer, Brosig und Brähler (2001), kann als ausreichend valides, reliables und international akzeptiertes Verfahren gesehen werden.

Die defizitäre Ausprägung der rezeptiven und expressiven Gefühls- und Gedankenwelt wird als Auslöser von psychischen Erkrankungen, vor allem psychosomatischen Bereich, gesehen. Zudem rufen diese ebenfalls Konflikte im interpersonellen Bezugsrahmen hervor, wie durch eine Studie von Spitzer,

Siebel-Jurges, Barnow, Grabe und Freyberger (2005), mittels des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP- C; Horowitz, Strauß & Kordy, 2000), bestätigt werden konnte.

Neben dem erwähnten Zusammenhang mit psychosomatischen Erkrankungen, konnten weitere Untersuchungen Zusammenhänge zu somatoformen Störungen, Zwangsstörungen, Depression (Bankier, Aigner & Bach, 2001) sowie zu Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen (Taylor, Bagby & Parker, 1997) feststellen. Ebenfalls zeigte sich, dass alexithyme Patienten eine generell höhere psychische Belastung, mittels dem Global Severity Index (GSI) der Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R, Franke, 2002), aufweisen als nicht alexithyme Patienten (Grabe et al., 2008).

Die Frage nach einem erfolgreichen Therapieansatz konnte noch nicht ausreichend geklärt werden. Nach der Übersichtsarbeit von Rufer und Jenewein (2009), ist das Thema Alexithymie in der deutschen Psychotherapieforschung bislang vernachlässigt worden. International betrachtet lässt sich jedoch eine Fülle an empirischen Untersuchungen finden, die aufgrund ihrer Heterogenität ein uneinheitliches Bild zeigen. Zwar ergeben sich für das psychodynamische Setting schlechtere Outcome-Ergebnisse als für das verhaltenstherapeutische Setting, aber aufgrund der schlechten Vergleichbarkeit sind Annahmen zur Therapieresistenz von Alexithymiepatienten oder zu einer besonders geeigneten Therapierichtung als nicht nachgewiesen zu sehen. Die Autoren sehen die schlechteren Ergebnisse der psychodynamisch orientierten Behandlungen in der Symptomatik der Alexithymie selbst. Da es den Betroffenen aufgrund der beschriebenen Probleme nicht möglich ist, an den *Grund des Eisbergs* zu gelangen, um die Ursachen für das eigene Denken und Handeln zu verstehen, stellt eine psychodynamische Behandlung häufig eine Überforderung des Patienten dar.

Aufgrund der Komplexität des Alexithymie Konstrukts werden von Rufer und Jenewein (2009) modifizierte, d. h. auf die Bedürfnisse der alexithymen Patienten zugeschnittene, Therapieansätze empfohlen, die sowohl in das verhaltenstherapeutische- als auch das psychodynamische Setting integriert werden könnten. Im Fokus steht dabei die Verbesserung der emotionalen Fähigkeiten der Patienten, um zu lernen, eigene Emotionen besser wahrzunehmen, zu beschreiben und zu differenzieren. Besonders die Verhaltenstherapie könnte, z. B. durch das Training Emotionaler Kompetenzen von Berking (2008, zitiert nach Rufer & Jenewein, 2009, S. 44) ergänzt werden. Auch in psychodynamische Therapien könnten derartige Konzepte integriert werden; wichtig sind jedoch der Bezug auf das Hier und Jetzt. Die Verwendung von Beschwerdetagebüchern oder der Einsatz von z. B. Progressiver Muskelrelaxation begünstigt ebenfalls die Differenzierungsfähigkeit von Gefühlen und den erlebten körperlichen Reaktionen. Den Erfolg dieser integrierten Gruppensettings, um durch Interaktionen die

eigene Gefühls- und Gedankenwelt besser zu verstehen, beschreiben die Autoren jedoch als noch nicht ausreichend untersucht, so dass diese Aussagen eher als hypothetisch zu sehen sind (Rufer & Jenewein, 2009).

Die empirische Überprüfung eines solchen multimodalen Therapieansatzes steht bislang noch aus. Unter dem Gesichtspunkt einer verbesserten Ergebnisqualität für alexithyme Psychotherapiepatienten, mittels eines multimodalen Therapieansatzes, sollten Patienten- und versorgungsrelevante Aspekte überprüft werden.

2 Fragestellung

Führen zusätzliche verhaltenstherapeutische Einzel- und/ oder Gruppenangebote in der stationären psychodynamischen und multimodalen Psychotherapie zu einer messbaren Verbesserung der Ergebnisqualität bei alexithymen Psychotherapiepatienten?

3 Methodik

3.1 Stichprobenbeschreibung

Die klinische Stichprobe der Psychiatrischen und Psychosomatischen Klinik des Fachklinikums Uchtspringe umfasst 433 Patienten mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 56 Tagen und wurde im Zeitraum von Dezember 2004 bis Juli 2008 erhoben. Die Auswertung der Gesamtstichprobe, unter soziodemographischen Aspekten zeigt, dass 68,4% (n=296) der Gesamtstichprobe weiblichen Geschlechts und 31,6% (n=137) männlichen Geschlechts sind. Die untersuchten Patienten weisen zu ca. 67% (n=305) einen niedrigen Bildungsstand auf und sind zu ca. 51% (n=220) berufstätig. Zudem sind die Patienten häufiger Alleinstehend (61%; n=264), wohnen aber häufiger mit anderen Personen im Haushalt zusammen (75%; n=323). Zudem haben über die Hälfte der Patienten Kinder (55%; n=236).

Die klinischen Daten der Patienten zeigen vorwiegend Affektive (51%; n=221), Belastungs- und Somatoforme Störungen (30%; n= 132) als Hauptdiagnosen an. Zu knapp 60% (n=255) leiden sie länger als zwei Jahre unter ihren Beschwerden und weisen zu ca. 70% (n=313) Psychotherapieerfahrung auf. Die Gesamtskala des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS; Schepank, 1995) zeigt eine starke Beeinträchtigung (\bar{x} =7,67, SD=1,78), vorallem im psychischen und sozialkommunikativen Bereich, an. Das Global Assessment of Functioning (GAF; Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) zeigt auffällige Beeinträchtigungen (\bar{x} = 52,9, SD= 7,87), die als mäßig ausgeprägte Störung interpretiert werden kann.

3.2 Die zwei Interventionsgruppen

Die Patienten konnten aufgrund statistisch signifikanter Unterschiede zwei

Interventionsgruppen zugeordnet werden: (1) reine psychodynamische und multimodale Behandlung (n=261) und (2) zusätzliche verhaltenstherapeutische Einzelarbeit und/ oder Gruppenarbeit (n=172). Die Bezeichnung multimodale Behandlung meint in diesem Zusammenhang den Einsatz unterschiedlicher psychodynamischer Schulen sowie die zusätzliche Behandlungsangebote, wie Entspannungsverfahren, supportive Therapie, Beratungsgespräche, etc.

Durch die Gruppeneinteilung entstanden keine statistisch signifikanten Unterschiede, hinsichtlich der soziodemographischen Patientenmerkmale. Jedoch konnten mittels χ^2 -Test statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, bezogen auf die 1. Diagnose ($\chi^2=42,73$; $p<0,001$), die 2. Diagnose ($\chi^2=16,67$; $p=0,053$), die Dauer der Hauptbeschwerden ($\chi^2=3,75$; $p=0,053$) und die Psychotherapieerfahrung ($\chi^2=9,64$; $p=0,010$), gefunden werden. Generell lässt sich festhalten, dass die Patienten der Interventionsgruppe (2) häufiger unter einer Leitsymptomatischen Persönlichkeitsstörung, nach Cluster C „ängstlich-vermeidend“, leiden und zudem eine längere Krankheitsdauer sowie häufiger Psychotherapieerfahrungen aufweisen. Ebenfalls unterscheidet sich diese Gruppe statistisch signifikant hinsichtlich eines geringeren GAF-Funktionsniveaus ($F=120,67$; $p<0,001$) sowie einem stärkeren Beeinträchtigungs-Schwere-Score im körperlichen Bereich ($F=9,28$; $p=0,002$) von der Interventionsgruppe (1), dennoch zeigt diese Gruppe eine höhere Therapiemotivation ($F=30,27$; $p<0,001$). Im psychischen- ($F=37,94$; $p<0,001$) und im sozialkommunikativen Bereich ($F=42,37$; $p<0,001$) sowie auf der Gesamtskala des BSS ($F=12,41$; $p<0,001$), zeigt die Interventionsgruppe (1) stärkere Belastungen.

3.3 Das Untersuchungsdesign

Zu Beginn (T1) und zum Ende (T2) des stationären Aufenthaltes wurden die psychodiagnostischen Verfahren TAS-20, SCL-90-R und IIP-C erhoben. Insgesamt konnten, nach Missing-Data Ersetzung (3-5%) und Dropout (18%), 352 Patienten in die Analyse einbezogen werden. Zu T1 wurden die Interventionsgruppen auf klinische Ausprägungen und relevante Unterschiede, mittels der Verfahren TAS-20, SCL-90-R und IIP-C, untersucht. Zu T2 soll der Therapieerfolg varianzanalytisch, unter Berücksichtigung der Intervention, geprüft werden.

3.4 Die psychodiagnostischen Verfahren

Bei der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20; Kupfer et al., 2001), der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R; Franke, 2002) sowie dem Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C; Horowitz et al., 2000) handelt es sich um standardisierte Instrumente zur psychologischen Diagnostik. Die Hauptgütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität sind für alle drei Verfahren als befriedigend bis sehr gut zu bezeichnen. Die Auswertung der

Verfahren erfolgte gemäß den Richtlinien der Testhandbücher.

Die **Toronto Alexithymie-Skala-20**, ist die Kurzversion des TAS-26 und erfasst mittels Selbstbeurteilung die Ausprägung der Alexithymie. Der Test besteht aus 20 Items, die auf 5-stufigen Antwortskalen (1=„trifft überhaupt nicht zu“, 2=„trifft selten zu“, 3=„trifft teilweise zu, teilweise auch nicht“, 4=„trifft oft zu“, 5=„trifft immer zu“) beantwortet werden müssen. Die Merkmale der Alexithymie werden über vier Skalen erfasst: (1) Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, (2) Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen, (3) External orientierter Denkstil und (4) Gesamtskala. Der empirisch nachgewiesene Cut-off-Score zeigt auf der Gesamtskala die Alexithymieausprägung an. Demnach bedeutet ein Gesamtwert von ≥ 61 eine hohe, zwischen $51 < 61$ eine durchschnittliche/ grenzwertige und ≤ 51 eine unterdurchschnittliche Ausprägung der Alexithymie. Das Verfahren ergab schlechtere Werte für die interne Konsistenz der deutschen Version ($\alpha=0,67$ bis $\alpha=0,84$), welche jedoch auch in der Originalversion nur als zufrieden stellend beschrieben wird. Insgesamt beschreiben die Autoren das Verfahren jedoch als ein nach den Testgütekriterien abgesichertes Instrument, welches auch für den deutschen Sprachraum repräsentativ normiert wurde.

Die deutsche Version der **Symptom-Checkliste von Derogatis** ermöglicht die Erfassung der psychischen Belastung binnen der letzten 7 Tage. Innerhalb des Kontinuums, von leichter Belastung bis hin zu schwerer psychischer Belastung mit klinischer Relevanz, wird auf neun Skalen (1) Somatisierung, (2) Zwanghaftigkeit, (3) Unsicherheit im Sozialkontakt, (4) Depressivität, (5) Ängstlichkeit, (6) Aggressivität/ Feindseligkeit, (7) Phobische Angst, (8) Paranoides Denken und (9) Psychotizismus die Ausprägung der Symptome auf einer 5-stufigen Antwortskala (0=„überhaupt nicht“, 1=„ein wenig“, 2=„ziemlich“, 3=„stark“, 4=„sehr stark“) erfasst. Ebenfalls werden drei globale Kennwerte gebildet die einen Überblick über das Antwortverhalten geben. Der GSI gibt Auskunft die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI über die Intensität der Antworten und der PST gibt über die Anzahl der psychisch belastenden Symptome. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Skalen liegt zwischen $\alpha=0,75$ (Skala Phobische Angst) und $\alpha=0,97$ (GSI). Die Normwerte (T-Werte) liegen nach Alter und Geschlecht getrennt vor. Per Falldefinition gilt ein Proband als psychisch auffällig belastet, wenn der T-GSI einen Wert von ≥ 63 anzeigt und/ oder zwei Skalen einen T-Wert von ≥ 63 aufweisen (Franke, 2002).

Das **Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme** erfasst mit 64 Items subjektiv empfundene Probleme im Umgang mit anderen Menschen. Über acht Verhaltensweisen, die sich im Circumplex-Modell interpersonalen Verhaltens gegenüberstehen, werden Verhaltensmuster im Umgang mit Andern erfasst. Die Itemausprägungen der Skalen (1) PA - zu autokratisch/ dominant, (2) BC - zu streitsüchtig/ konkurrierend, (3) DE - zu abweisend/ kalt, (4) FG - zu introvertiert/

vermeidend, (5) HI - zu selbstunsicher/ unterwürfig, (6) JK - zu ausnutzbar/nachgiebig, (7) LM - zu fürsorglich/ freundlich und (8) NO - zu expressiv/aufdringlich werden mit einer 5-stufigen Antwortskala (0=„nicht“, 1=„wenig“, 2=„mittelmäßig“, 3=„ziemlich“, 4=„sehr“) erfasst. Die Normwerte liegen in Form von Stanine-Werten für beide Geschlechter sowie acht Altersgruppen vor. Nach den Autoren, ist die interne Konsistenz der Rohwertskalen ist nur als befriedigend zu bewerten.

4. Ergebnisse

Insgesamt zeigte sich für den **ersten Messzeitpunkt**, dass ca. 25% (n=108) der Patienten als „alexithym“, 42% (n=181) als „durchschnittlich“ und 33% (n=144) als „unterdurchschnittlich“ eingestuft werden können. Die klinische Bewertung dieser Einteilung zeigt demnach das Vorliegen oder nicht Vorliegen einer Alexithymie an. Der durchschnittliche Bereich verweist aber auf das mögliche Vorhandensein einer alexithymen Störung. Demnach kann für ca. 68% (n=289) der Stichprobe davon ausgegangen werden, dass mehr oder weniger auffällige alexithyme Verhaltensweisen vorliegen. Zwischen den Interventionsgruppen unterscheidet sich diese Alexithymieausprägung statistisch signifikant ($p=0,20$). Diese Verteilung zeigt an, dass die Patienten die zusätzlich Verhaltenstherapeutisch behandelt wurden mehr alexithyme Merkmale zeigen, als die rein psychodynamische Gruppe.

Insgesamt betrachtet, lässt sich im **TAS** allerdings nur auf der Skala Schwierigkeiten Gefühle zu erkennen ($F=3,46$; $p=0,064$) sowie auf der Gesamtskala ($F=2,68$; $p=0,103$) ein Trend zur Unterscheidung erkennen.

Auf fast allen Skalen sowie auf der Globalskala der **SCL-90-R** zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Interventionsgruppen. Einzig auf der Skala Ängstlichkeit der SCL-90-R ($F=2,71$; $p=0,100$) ist ein leichter Trend zu erkennen. Jedoch zeigt sich rein deskriptiv, per Falldefinition, das Vorhandensein eines psychisch auffälligen Falls häufiger für die Interventionsgruppe (2), jedoch nicht statistisch signifikant.

Ähnlich gestalten sich die Ergebnisse für die Skalen des **IIP-C**. Hier zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede einzig auf der Skala HI-„zu selbstunsicher-unterwürfig“ ($F=4,08$; $p=0,044$).

Zum **zweiten Messzeitpunkt** zeigt sich eine Verringerung der alexithymen Merkmale. Diese zeigen auf deskriptiver Ebene keine Unterscheidung mehr im Bezug auf die verschiedenen Interventionsgruppen. In allen weiteren Verfahren zeigen sich ebenfalls verringerte Skalenausprägungen. Unterschiede zwischen den Ausprägungen der **SCL-90-R** und des **IIP-C** finden sich nicht. Trends zu Unterscheidungen der Interventionsgruppen finden sich weiterhin im **TAS**

auf der Gesamtskala ($F=3,40$; $p=0,066$) und auf der Skala „Schwierigkeiten Gefühle zu erkennen“ ($F=2,85$; $p=0,092$), was eine höhere Ausprägung für die Interventionsgruppe (2) bedeutet.

Die varianzanalytische Auswertung, hinsichtlich des Vergleiches zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt, ergab für alle Verfahren eine statistisch hoch signifikante Verringerung (1%o Niveau) der Skalenausprägungen und ist als Ergebnis der allgemeinen stationären psychotherapeutischen Behandlung zu sehen. Die Intervention hat hingegen bei allen Verfahren keinen statistisch signifikanten Einfluss. Der Einsatz verschiedener Interventionen ist nicht an die Reduzierung der Symptomatik gebunden. Ebenfalls sind keine Interaktionen, zwischen der Behandlungsdauer und der Intervention, erkennbar.

5. Diskussion

Es zeigte sich, dass die alexithyme Merkmalsausprägung zum zweiten Messzeitpunkt zurückgeht. Es lässt sich ein leichter Trend zur Unterscheidung der Interventionsgruppen erkennen; die Effekte sind jedoch nicht statistisch signifikant. Es ist weiterhin zu beachten, dass in der Interventionsgruppe mit verhaltenstherapeutischen Elementen mehr mit alexithymen Merkmalen belastete Patienten zu finden waren. Dies rechtfertigt zudem die erstellte Gruppeneinteilung, da diese höhere Alexithymieausprägung in Verbindung mit einer längeren Krankheitsgeschichte, häufigerer Psychotherapieerfahrung, sowie mit der mehr körperlichen Beschwerden (BSS) einhergeht. Diese Ausprägungen sind als Indikation für eine intensivere Behandlungsform zu sehen.

Mit dieser Studie konnte teilweise ähnliche Ergebnisse wie von Spitzer et al (2005) und Grabe et al (2008) aufgezeigt werden. Dies bedeutet, dass Alexitimie mit bestimmten Mustern interpersoneller Probleme und erhöhter psychischer Belastung einher geht. Der Zusammenhang zu interpersonalen Problemen kann dahingehend interpretiert werden, dass Alexithymie eine Art symbiotische Beziehung zu nahestehen Personen eingehen und demnach wenig selbstbestimmt handeln.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die alexithyme Merkmalsausprägung, die psychische Belastung sowie Probleme im interpersonellen Bereich der Gesamtstichprobe, sich durch eine stationäre psychotherapeutische Behandlung statistisch signifikant verbessern. Die zwei Behandlungskonzepte scheinen allerdings für das Outcome nicht relevant zu sein. Es hat den Anschein, als habe die Tatsache, dass überhaupt eine Therapie durchgeführt wurde, zu einer Verbesserung der Symptomatik beigetragen hat. Dennoch ist der Faktor, dass sich die Patienten dabei für durchschnittlich acht Wochen nicht in ihrem alltäglichen Kontext befunden haben, in diese Interpretation mit einzubeziehen. Die Patienten haben sich so in einem geschützten Rahmen befunden und waren

alltäglichen Problemen, die z. B. im beruflichen-, familiären Kontext auftreten, nicht ausgesetzt.

Zwar zeigten sich im Bezug auf die Intervention keine relevanten Unterschiede im Outcome, dennoch ist darauf hinzuweisen, dass die Interventionsgruppe mit zusätzlich verhaltenstherapeutischer Behandlung jedoch im Durchschnitt eine vier Tage kürzere Behandlungsdauer, bei annähernd gleichem Therapieerfolg, aufwies.

In Bezug auf die Ergebnisse ist anzumerken, dass es sich bei der Einteilung der Interventionsgruppen um eine künstliche Zuweisung handelte, die aufgrund von statistisch signifikanten Unterscheidungen bezüglich der Symptom- und Belastungsschwere, als vertretbar eingestuft wurde. Um sichere Aussagen treffen zu können, müsste in diesem Zusammenhang eine kontrollierte Studie im experimentellen Design durchgeführt werden, die sich jedoch im klinischen Setting nur schwer umsetzen lässt.

Ebenfalls kritisch zu sehen, ist wie auch in der aktuellen Literatur beschrieben (Rufer & Jenewein, 2009), die generelle Verwendbarkeit der der TAS Ergebnisse, da alexithymen Patienten die Ausprägung dieser Merkmale nicht bewusst sind. Die Verwendung eines strukturierten Interviews (Grabe et al.2009) erscheint in Zukunft zu bevorzugen und in Kombination mit psychischen Belastung und den interpersonelle Probleme zu erheben.

Literatur

- Bagby, R. M., Parker, J. D. & Taylor, G. J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 38, 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J.D. (1994b). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research* 38, 33–40.
- Bankier, B., Aigner, M. & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder. *Psychosomatics*, 42, 235-245.
- Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis. Manual - Deutsche Version* (2. vollständig überarbeitete und neu normierte Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Grabe H.J., Löbel, S., Dittrich, D., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Quilty, L.C., Spitzer, C., Banow, S., Mathier, F., Jenewein, J., Freyberger, H.J., Rufer, M. (2009) The German Version of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: factor structure, reliability, and concurrent validity in a psychiatric patient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 50:424-430
- Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Groger, R., Franke, G.H., Barnow, S., Freyberger, H. J. & Spitzer, C. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 189-194.

- Gundel, H., Ceballos-Baumann, A. O. & von Rad, M. (2000). Aktuelle Perspektiven der Alexithymie. *Nervenarzt*, *71*, 151-163.
- Horowitz, L., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *IIP- C Manual. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme- Deutsche Version* (2. überarbeitete und neu normierte Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Kupfer J., Brosig B. & Brähler E. (2001). *TAS-26 Toronto Alexithymie-Skala-26- Deutsche Version*. (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Rufer, M. & Jenewein, J. (2009). Alexithymie und Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*, *8(1)*, 34-46.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (2003). Diagnostische Kriterien (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe
- Schepank, H. (1995). Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Göttingen: Beltz Test.
- Spitzer, C., Siebel-Jurges, U., Barnow, S., Grabe, H. J. & Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy Psychosomatics*, *74(4)*, 240-246.
- 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.