



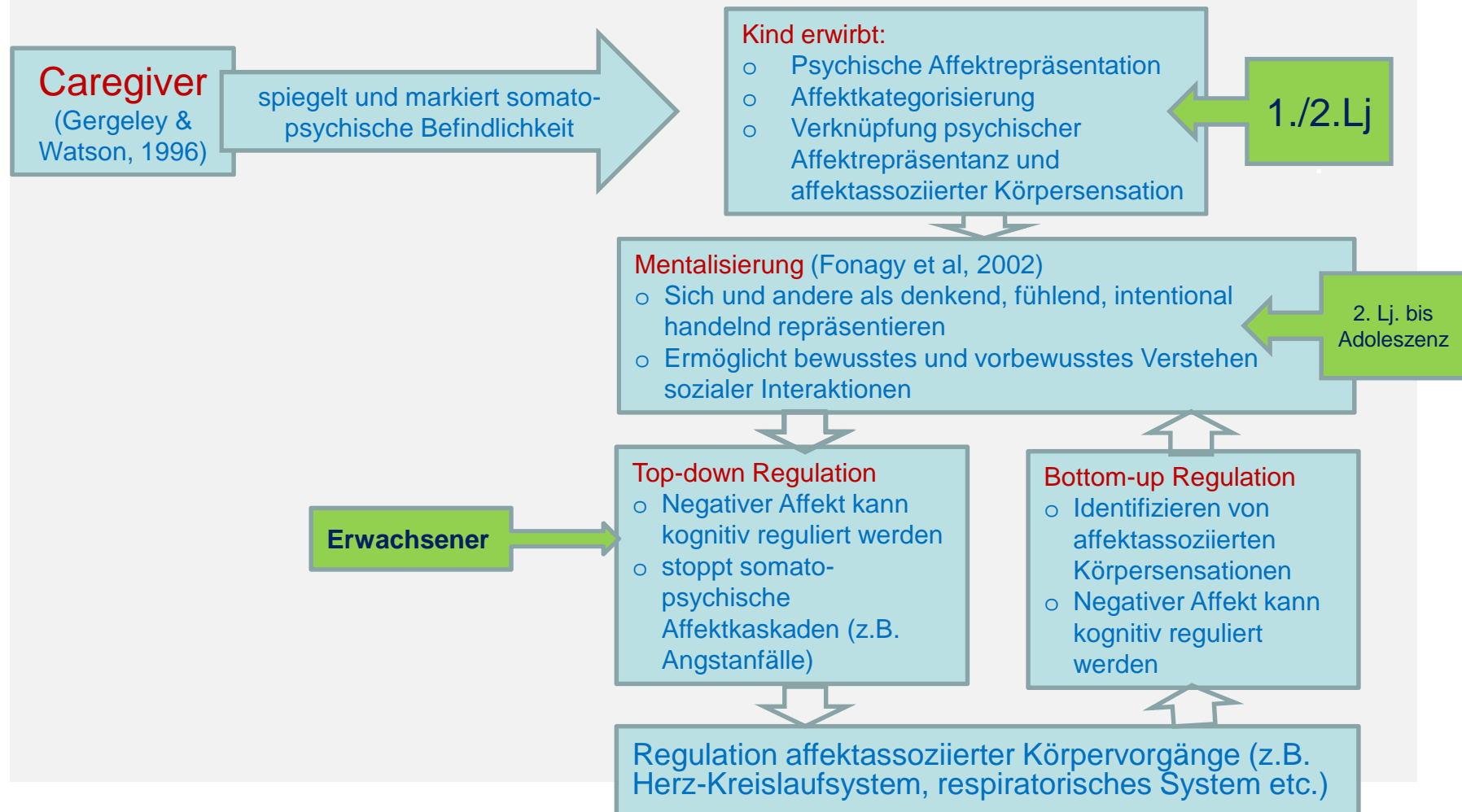
UNIVERSITÄTS**medizin.**

MAINZ

**Die Bedeutung gestörter
Affektverarbeitung für die Entstehung
und Behandlung psychosomatischer
Erkrankungen**

**Priv. Doz. Dr. Claudia Subic-Wrana
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Emotionsregulation und Körperfunktion: Beziehungsorientiertes psychologisches Entwicklungsmodell



Alexithymieforschung

- „ohne Worte für Gefühle“ (Sifneos 1973)
- erstes Modell für Affektverarbeitungsstörungen bei psychosomatischen Erkrankungen
- **Kritik:** (z.B. Subic-Wrana & Lane, 2011)
- kein Bezug zu Modellen regelrechter kognitiv-emotionaler Entwicklung
- Alexithymieforschung heute dominiert durch Toronto Alexithymia Scale (TAS 20, Bagby et al, 1994)
- eingeschränkte Validität der TAS 20: hohe Korrelation mit selbstbeschriebenem negativem Affekt

Emotionswahrnehmung: Theorie

- **Levels of emotional awareness theory (Lane and Schwartz, 1987)**
- **Modell der kognitiv-emotionalen Entwicklung mit struktureller Parallele zu Piaget's Stufen der kognitiv-sensorischen Entwicklung (Psychologie der Intelligenz, 1974)**
- **„Gewahrwerden“ von Affekt-Aktivierung über 5 hierarchisch geordnete Level/Stufen mit zunehmender Differenziertheit und Integration**

Levels of Emotional Awareness Scale: Beispiel

- **„Sie und ihr bester Freund arbeiten auf dem gleichen Gebiet. Jedes Jahr wird für die beste Arbeit ein Preis verliehen. Sie haben beide hart gearbeitet um den Preis zu gewinnen. Der Abend der Preisverleihung ist gekommen. Ihr Freund hat gewonnen.**
- **Wie würden Sie sich fühlen?**
- **Wie würde sich Ihr Freund fühlen?“**

Levels of emotional awareness und bewusste Repräsentation von Gefühlen

- (1) körperliche Sensationen > **implizit**
- (2) Handlungstendenzen > **implizit**

- (3) ein Gefühl > **explizit**
- (4) Gefühlsmischungen > **explizit**
- (5) Unterscheidbarkeit von Gefühlsmischungen bei sich selbst und anderen > **explizit**

(Beispiel nach Lane et al, 1996)

„Mir würde schlecht.“

Körpersensation / LEAS Level 1

„Ich wäre deprimiert, wäre aber froh, dass mein Freund den Preis gewonnen hat. Mein Freund wäre glücklich.“

Mischung von Gefühlen / LEAS Level 4

Fallbeispiel 1: Überwiegen impliziter Emotional Awareness

50 jährige Pat. mit somatoformer Schmerzstörung

- **(1) körperliche Sensationen > implizit**

- **(2) Handlungstendenzen > implizit**

Wird wegen Intensivierung somatoformer Schmerzen stationär behandlungsbedürftig nach Reaktivierung von Kindheitstraumatisierung

- Mutter ließ sex. Missbrauch durch Stiefvater zu
- Findet Kinderpornographie auf PC des Ehemanns

Aktivierung von Handlungstendenzen beim Durcharbeiten der Enttäuschung über die Mutter

- verlässt Klinik unabgesprochen am WE und macht dementer Mutter Vorhaltungen
- Reaktion: Schmerzintensivierung

Fallbeispiel 2: implizite und explizite Emotional Awareness

50 jährige Pat. mit Konversionsschmerz

- (1) körperliche Sensationen > **implizit**

- (3) ein Gefühl zu einer Zeit, keine Toleranz für Gefühlsambivalenz > **explizit**

Wird wegen Gesichtsschmerz stationär behandlungsbedürftig im Rahmen von Familienkonflikt an Weihnachten

- Rivalität zwischen Pat. und Mutter: wer kocht das bessere Weihnachtsessen
- Schmerz setzt im Gespräch ein, sobald der Konflikt berührt wird

Pat. kann ihre Gefühle für wichtige Andere (Mutter, Ehemann) in Worte fassen und erleben

- Klagt, dass sie Liebe zu Ehemann/ Mutter/ Sohn nicht mehr fühlen kann, wenn negative Gedanken und Gefühle sie beherrschen

Patienten in stationärer psychosomatischer Behandlung (3 Behandlungszentren): Veränderungen in der LEAS

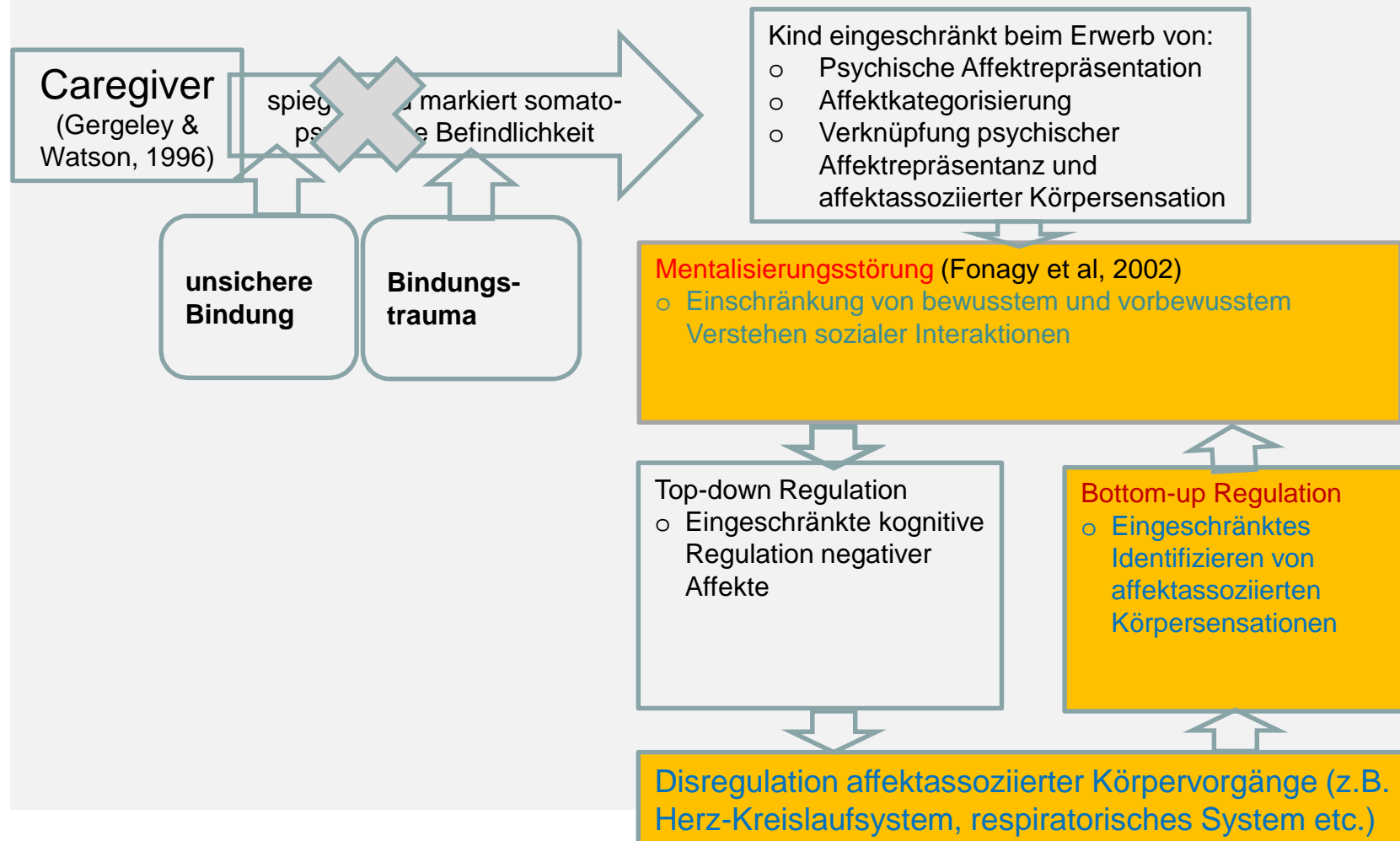
regelrecht entlassene Patienten (n=249)

	DEP n=54	ANX n=20	ADJ n=31	SOM n=68	F 54.0 n=38	ED n=38
<u>LEAS</u>						
Aufnahme	27.29 (4.6)	28.9 (3.9)	29.47 (6.4)	25.86 (6.5)	26.24 (5.6)	31.86 (5.2)
Entlassung	27.66 (7.3)	28.01 (5.2)	29.96 (4.7)	27.7 (7.1)	28.33 (6.5)	32.57 (7.0)
	NS	NS	NS	p<.05	p<.05	NS

Korrelation mit negativem Affekt im Selbstbericht (Fragebogen)

	<u>Aufn. (n=394)</u>		<u>Entl. (n=249)</u>	
	TAS-20	LEAS	TAS-20	LEAS
SCL-90	.36**	.06	.37**	.08
STAI	.34**	.15*	.42**	-.10

Emotionsregulation und Körperfunktion: Levels of Emotional Awareness und Mentalisierungsfähigkeit



scherzend

zerstreut



verlangend

überzeugt

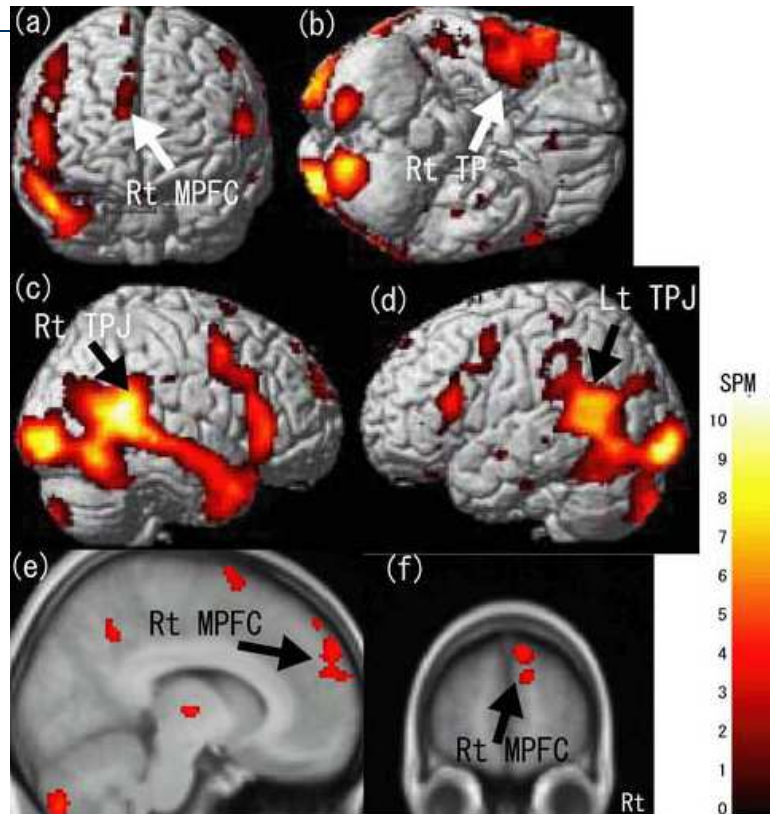
Mentalisierung: Sich und andere als denkend, fühlend und intentional handelnd „konzipieren“

- Baron-Cohen et al (1985): Mentalisierung ist (relativ) unabhängig von der kognitiven Leistungsfähigkeit

- Kinder mit Asperger-Autismus schnitten in einem Mentalisierungstest schlechter ab als gesunde Kinder und als Kinder mit Down-Syndrom

- **Mentalisierungsfähigkeit**
 - Kognitive und affektive Aspekte der „sozialen Intelligenz“
 - Implizit/ vorbewußt und explizit/ bewußt

Moriguchi et al, NeuroImage 2006



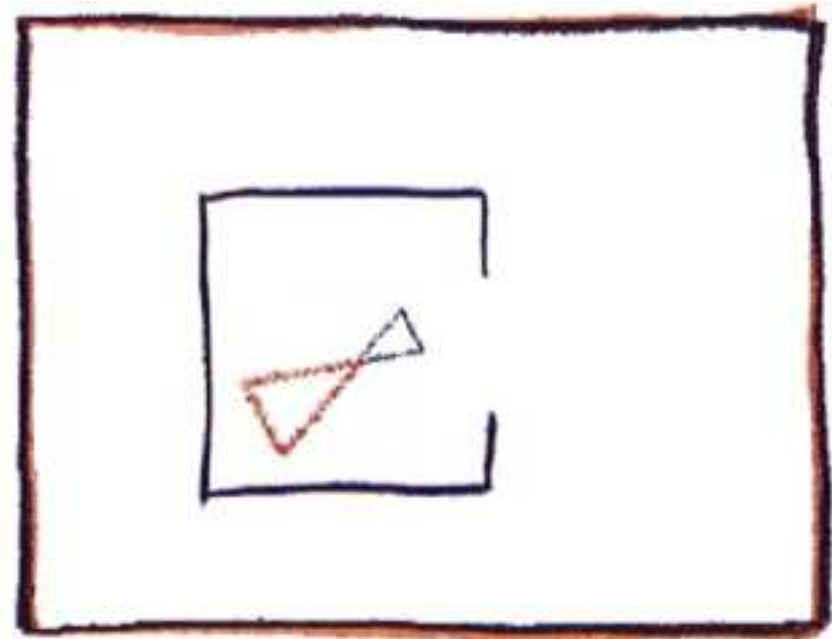
➤ **Hohe Alexithymiewerte sind bei Gesunden mit Einschränkungen der Mentalisierungsfunktion verbunden**

Mentalisierungsaufgaben aktivieren ein neuronales Netzwerk im medial-präfrontalen Cortex, insbesondere:
anterioren cingulären Cortex
temporoparietalen Übergang
Spitze des Temporallappens
(Übersicht z.B.: Frith 2001)

Frith-Happé- Animations Task (AT)¹

¹Abell et al, 2000; Castelli et al, 2000,2002

Trickfilme von 30-40s zeigen
2 Dreiecke in Bewegung



- zwei unterschiedliche Konditionen
- **Goal directed (GD):** zielgerichtete, koordinierte, in der physischen Welt beobachtbare Handlungen – „Gross führt, Klein folgt“
- **Theory of Mind (ToM):** Erschließen psychischer Zustände („Intentionalität“) nötig, um Handlungsfasen verstehen zu können – „ Klein klingelt bei Gross und versteckt sich anschliessend, um es zu necken. Klein freut sich, dass Gross verwundert ist, als niemand an der Tür zu sehen ist.“



Theory of Mind and Emotional Awareness deficits in Patients with Somatoform Disorders

Subic-Wrana et al (2010). Psychosom Med 72: 401-411

- 30 Patienten mit somatoformen Störungen (Erstdiagnose) beim Aufnahme zur stationären psychosomatischen Behandlung
- 30 psychisch gesunde „statistische Zwillinge“ (**Geschlecht, Alter, Bildungsniveau**) untersucht mit LEAS und AP

	Controls n = 30	Patients n = 30
Age: Mean, SD	38.20 (10.80)	39.67 (10.48)
Sex: % of women	73.3 %	73.3 %
Education		
Low	6 (20.0%)	5 (16.7%)
Middle	12 (40.0%)	15 (50.0%)
High	12 (40.0%)	10 (33.3%)

Somatisierung und Distress

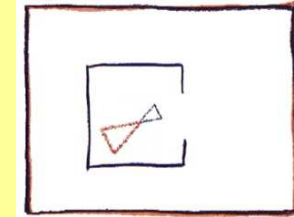
	Patients with somatoform disorders n = 30	Norms SCL 90 (T = 50) for men	Norms SCL 90 (T = 50) for women
SCL 90 R, GSI	1.28 (0.70)	0.20	0.32
SCL 90 R, somatization	1.45 (0.74)	0.25	0.33



Ergebnisse: Patienten mit Somatisierungsstörung haben Defizite im „mind reading“ und in „Emotional Awareness“

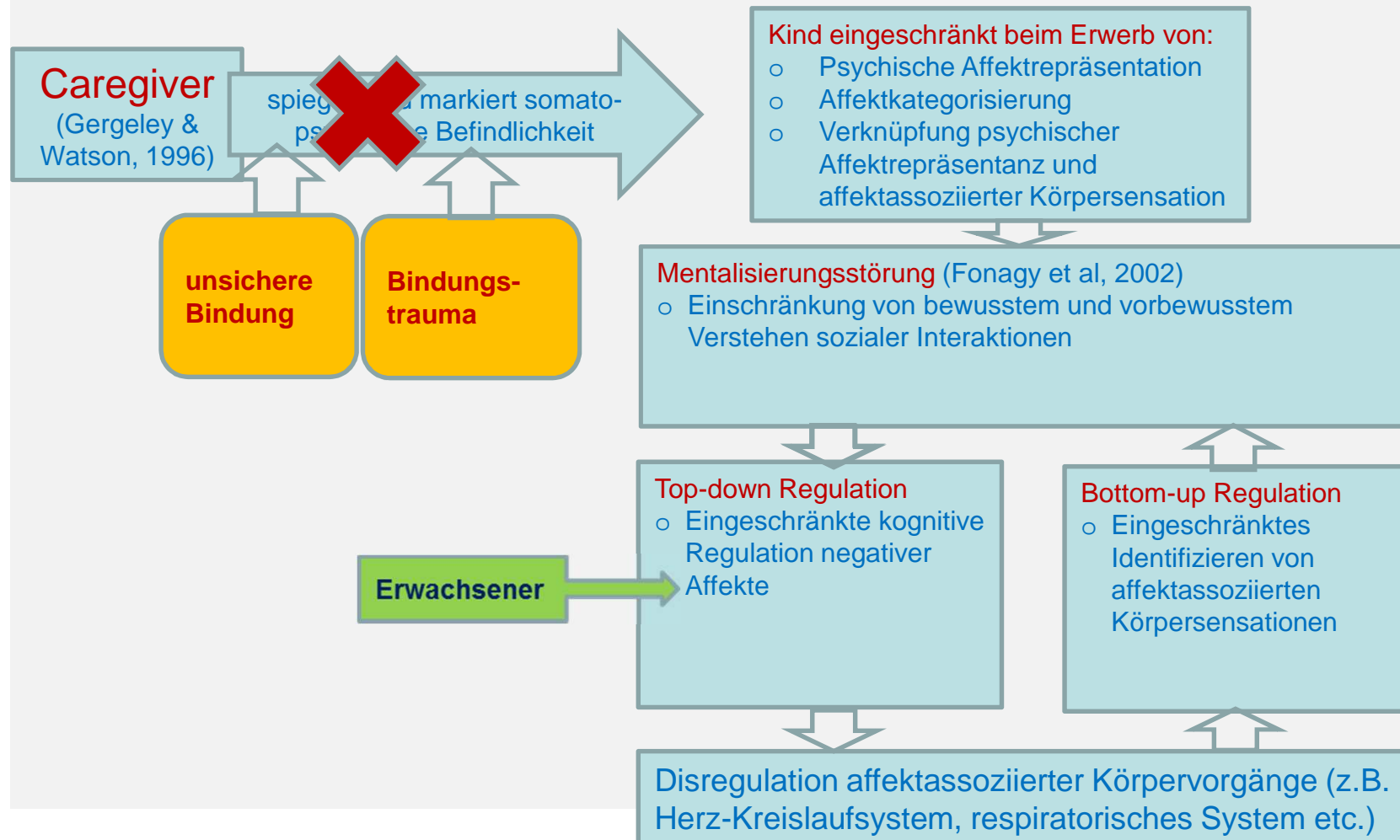
<u>AT:</u> <u>Intentionalität</u>	Patients (n = 30)	Controls (n = 30)	t-test, two-tailed Bonferoni-Korrektur	Cohen's d
ToM	12.57 (2.62)	14.53 (2.70)	p = .018*	d = .740
GD	10.57 (2.11)	10.07 (1.70)	p = .317	d = .261
<u>AT:</u> <u>Angemessenheit</u>				
ToM	7.37 (1.92)	8.50 (1.80)	p = .066*	d = .610
GD	9.43 (1.77)	9.83 (1.66)	p = .371	d = .233
<u>LEAS</u>	1.93 (0.58)	2.50 (0.62)	p = .003*	d = 0.951

Vorläufige Ergebnisse:
 Patienten mit somatoformer Störung
 Aufnahme vs Entlassung im
 Frith-Happé-Animations Task (AT)



	Aufnahme (n = 9) M (SD)	Entlassung (n = 9) M (SD)	t-test, two-tailed	Cohen's d
<u>Appropriateness</u>				
ToM	2.08 (0.43)	2.25 (0.45)	$t_{(8)} = -2.31; p = .05$	d = .39
GD	2.42 (0.28)	2.36 (0.33)	$t_{(8)} = 0.56; p = .59$	d = .20
<u>Appropriateness + Intentionality</u>				
ToM	5.53 (1.50)	6.08 (1.80)	$t_{(8)} = -2.51; p = .04$	d = .33
GD	6.14 (0.76)	5.81 (1.04)	$t_{(8)} = 1.32; p = .22$	d = .36
ToM - GD	-2.44 (5.18)	1.11 (6.13)	$t_{(8)} = -2.82; p = .02$	d = .63

Emotionsregulation und Körperfunktion: Beziehungsorientiertes psychologisches Störungsmodell



Kindheitstraumatisierung und psychische Erkrankung

- **Enge Verbindung zwischen Traumatisierung in den primären Kindheitsbeziehung und psychischer Erkrankung im Erwachsenenalter (z.B. Moskvina et al, 2007; Petry et al, 2005)**
- **Häufig eingesetztes Instrument: Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al, 1998)**
- **Fragestellung: spezifische Beziehungen zwischen Dimensionen der Traumatisierung und psychischer Erkrankung?**

Als ich aufwuchs.....

1. hatte ich nicht genug zu essen
2. wußte ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte
3. bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“ „faul“ oder „hässlich“
4. waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“ um für die Familie zu sorgen

1: überhaupt nicht

5: sehr häufig

31 Items

Dimensionen von Kindheitstraumatisierung als Prädiktoren der Hauptdiagnose bei Patienten in einer psychosomatischen Universitätsambulanz

	F32, F33, F34 (N=310) Depression	F45 (N=280) Somatoforme Störung	F40.0, F41.0 (N=114) Agoraphobie/ Panikstörung	F60, F61 (N=27) Persönlichkeits- störung	F43.1 (N=20) PTSD
Emotionaler Missbrauch	137 (44.2) 1.90 (1.33-2.71)	77 (27.5) 0.78 (0.53-1.15)	32 (28.1) 0.55 (0.32-0.97)	19 (70.4) 3.83 (1.37-10.71)	11 (55.0) 1.01 (0.29-3.52)
Körperliche Misshandlung	75 (24.2) 0.80 (0.55-1.16)	65 (23.2) 1.68 (1.14-2.47)	23 (20.2) 1.25 (0.71-2.22)	7 (25.9) 0.86 (0.31-2.43)	8 (40.0) 1.87 (0.59-5.94)
Sexuelle Gewalt/ Missbrauch	55 (17.7) 0.82 (0.54-1.23)	34 (12.1) 0.86 (0.55-1.34)	15 (13.2) 0.89 (0.47-1.69)	9 (33.3) 1.83 (0.69-4.87)	9 (45.0) 3.67 (1.26-10.68)
Emotionale Vernachl.	109 (35.2) 0.69 (0.48-0.99)	81 (28.9) 0.86 (0.60-1.24)	37 (32.5) 1.47 (0.87-2.50)	12 (44.4) 1.11 (0.42-2.93)	10 (50.0) 1.55 (0.47-5.09)
Körperliche Vernachl.	166 (53.5) 0.99 (0.73-1.36)	133 (47.5) 0.91 (0.67-1.24)	51 (44.7) 0.85 (0.54-1.35)	12 (44.4) 0.51 (0.20-1.31)	10 (50.0) 0.54 (0.18-1.61)

Regression mit Diagnose als abhängiger Variable, kontrolliert für Alter, Geschlecht, Partnerschaft, Distress

Subic-Wrana et al (2011). Psychother Psych Med 61: 54 –61

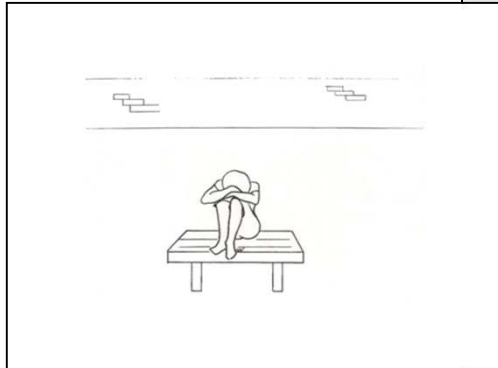
Zusammenhang zwischen „klinisch relevantem“ Missbrauch und Beschwerden

	LSAS	GSI	GBB Beschwerdedruck
	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)
Emotionaler Missbrauch			
< 10 (N=838-908)	26.65 (24.8)	0.76 (0.6)	29.88 (17.5)
>= 10 (N=412-429)	43.85 (30.2)	1.22 (0.7)	38.47 (17.5)
	d=0.62	d=0.71	d=0.49
Körperliche Misshandlung			
< 8 (N=1012-1068)	30.00 (26.6)	0.84 (0.6)	31.11 (15.6)
>= 8 (N=253-271)	41.43 (31.0)	1.17 (0.7)	48.92 (18.2)
	d=0.40	d=0.51	d=1.05
Sexuelle Gewalt/ Missbrauch			
< 8 (N=1071-1148)	30.15 (26.7)	0.84 (0.6)	31.44 (17.7)
>= 8 (N=179-191)	45.31 (31.0)	1.31 (0.8)¹¹⁾	40.32 (18.1)
	d=0.52	d=0.66	d=0.50

Erinnerung an Bindungstraumatisierung und Destabilisierung von Bindungsverhalten

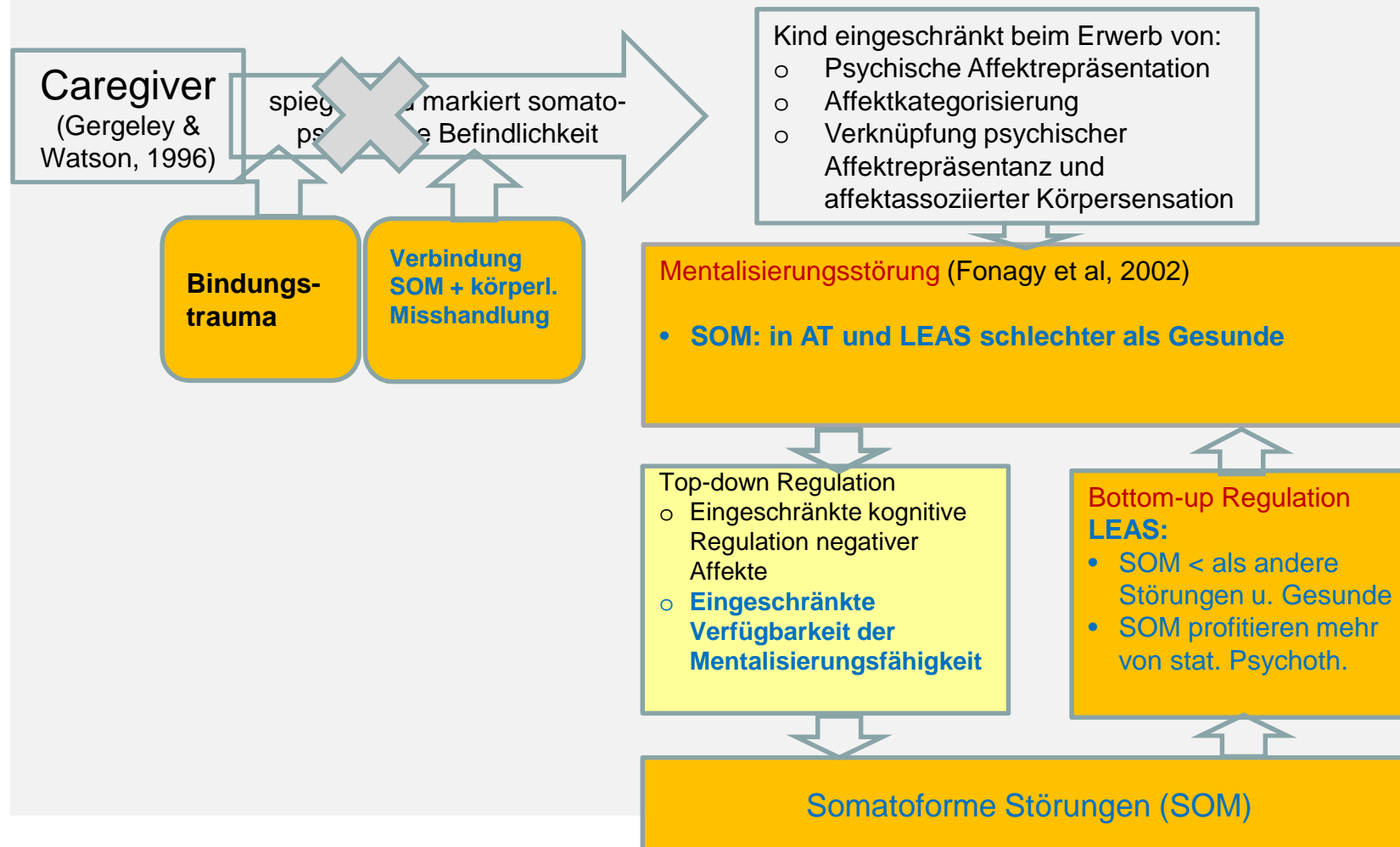
Z Psychosom Med Psychother 57/2011, 325-342

- Retrospektiv: Patienten in psychosomatischer Akutbehandlung haben im CTQ hohe Trauma-Scores
- Aktuell: Über 50 % der Patienten im psychosomatischer Akutbehandlung weisen bei Aufnahme Zeichen akuter Destabilisierung („ungelöster Bindungsstatus“) durch die Bindungstraumatisierung auf
- Patienten mit gelöstem und ungelöstem Bindungsstatus unterscheiden sich nicht in den CTQ-Scores, aber im **kognitiv-emotionalen Entwicklungsstand (LEAS)**



	U = ungelöster Bindungsstatus n = 24	R = gelöster Bindungsstatus n = 21	T-Test, zweiseitig
	Mean (Sd)	Mean (Sd)	
LEAS¹-Gesamtwert	27.8 (4.6)	31.3 (5.3)	T(43) = 2.447; p = 0.019
SCL 90 R² GSI = Gesamtwert	1.4 (0.8)	1.3 (0.5)	T(43) = -0,612; p = 0.544
BDI³-Gesamtwert	24.9 (9.9)	25.5 (10.1)	T(42) = 0.196; p = 0.845
STAI⁴-Gesamtwert	58.1 (10.2)	56.8 (10.1)	T(43) = -0.418; p = 0.678

Zusammenfassung: Empirische Beiträge zum Zusammenhang zwischen Störungen der Affektregulation und psychosomatischer Erkrankung



Schlussfolgerungen für die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Krankheitsbildern

**Stationäre multimodale
psychotherapeutische Behandlung
verbessert die „emotional
awareness“ und die
Mentalisierungsfunktion durch
gruppenbezogene und
symbolisierungsfördernde
Therapieformen**

(LEAS: Subic-Wrana et al, 2005; 2011
AT: Subic-Wrana et al, in Vorbereitung)



Stationäre störungsbezogene Psychotherapie der Somatisierungsstörung: Fallbeispiel

Frau B., 65 Jahre, allein lebend

- Seit 7 Jahren extreme Schlafstörungen, kann „ruhen“ ohne Tiefschlaf und nimmt ca. alle 4 Tage ein stark sedierendes Medikament, um einige Stunden schlafen zu können > **Beginn Ehekrise (2.Ehe)**
- Ca. 15 Jahre vor Aufnahme: Vorhofflimmern und 2malige Ablationen > **alleine nach Scheidung „eigentlich ohne Grund“**
- 5 bzw. 3 J. vor Aufnahme: Ablation wg. Rhythmusstörungen; zeitgleich Blutdruckkrisen (bis RR 180/200, Puls bis 210) bei arterieller Hypertonie > **Zuspitzung der Ehekrise**
- Seitdem: Herzrasen, Blutdruckentgleisungen, die panikartige Ängste auslösen
- Erlebt sich seit der Kindheit häufig „wie hinter einer Glaswand“ > **setzt mit Beginn des sex. Missbrauchs durch Großvater ein (9. Lj.)**

Frau B.: Behandlungsepisode

- Abfolge analytische Einzeltherapie – Gestaltungstherapie – analytische Einzeltherapie
- Analytische Einzeltherapie: P. berichtet eine Jahre zurückliegende Episode aus der 2. Ehe: Sie wollte sich „zärtlich auf den Schoß ihres Mannes setzen“, da habe der gesagt: „Du denkst immer nur an das eine“. Durch die Unterstellung einer sexuellen Absicht habe sie sich extrem zurückgewiesen gefühlt.
- Gestaltungstherapie: Sie bemalt in heftigen Bewegungen mehrere Blätter mit orangener Farbe
- Analytische Einzeltherapie: P. berichtet, sie habe eine orange „**Wutlava**“ aufs Papier gebracht. Es stellt sich heraus, dass der Beginn der zur Trennung führenden **Ehekrise damit begonnen hat, dass der Mann nicht verstehen konnte, warum sie seine sexuelle Auslegung der zärtlichen Annäherung gekränkt hatte. Seitdem habe sie nicht mehr schlafen können, sondern habe nachts neben ihm wach im Bett gesessen.** Kurz darauf seien Blutdruckkrisen – meist nachts - aufgetreten. Die Frage, warum sie neben dem Ehemann ausgeharrt hätte, anstatt ein eigenes Schlafzimmer zu beziehen, macht die P. ratlos.

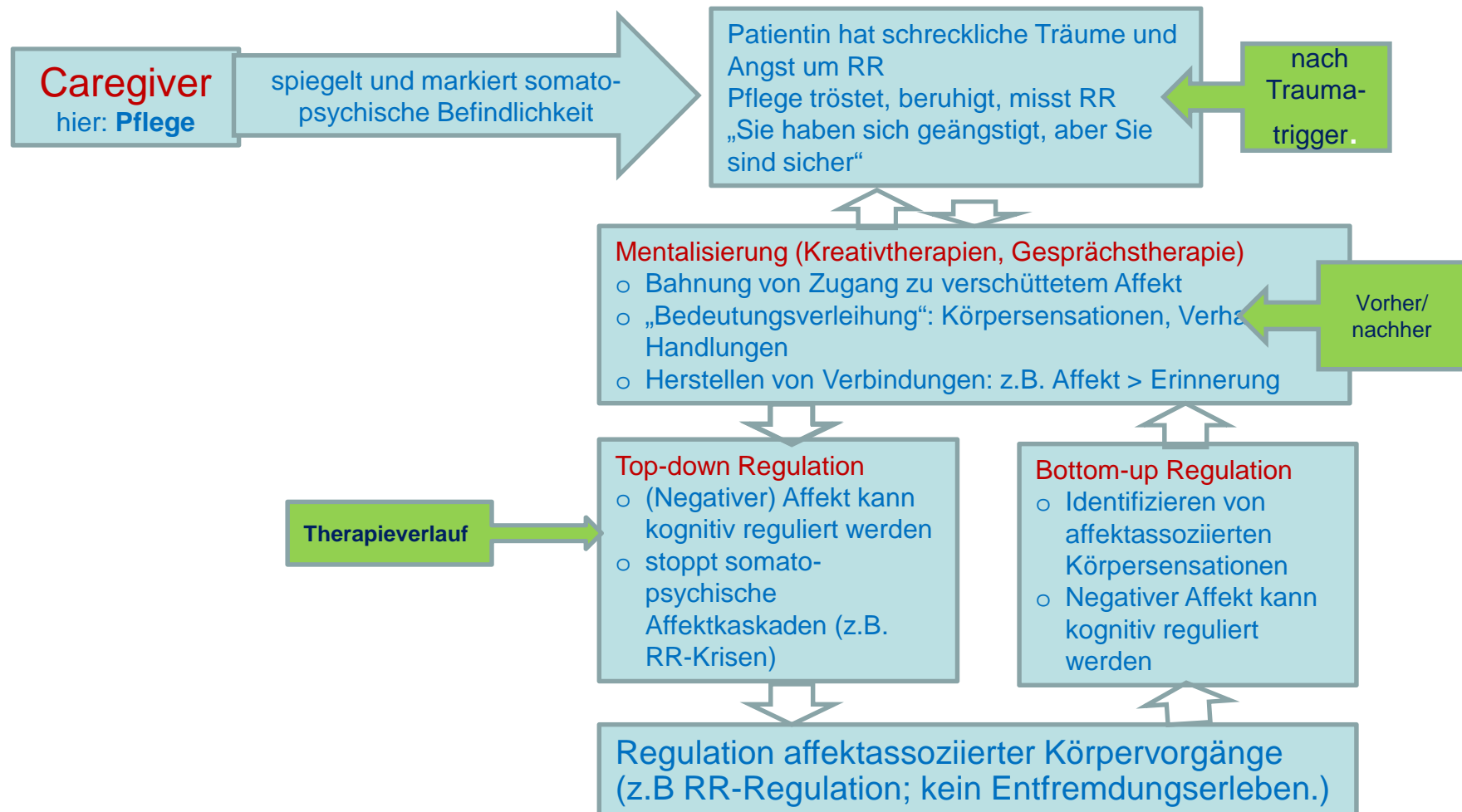
Frau B.: **Behandlungsepisode**

- **Abfolge: Situation auf Station – analytische Einzeltherapie**
- **Nachmittag/Geschehen auf der Station: Eine P. will Küchengeräte mit Essigreiniger auskochen, die P. sagt ihr, sie solle das lassen, von dem Geruch werde ihr schlecht. Die andere P. übergeht diesen Einwand, die P. bleibt im Stationsraum sitzen, bis sie sich wegen der Essigdämpfe übergeben muss.**
- **In der Nacht ruft sie die Schwester wegen „schrecklichen Träumen“, sie ist in Sorge um ihren Blutdruck, der durch die Träume in die Höhe getrieben sein könnte. Messung RR 90/60**

Frau B.: Behandlungsepisode

- Analytische Einzeltherapie am nächsten Tag: Die P. hat in den „Träumen“ die **Vergewaltigung durch den Großvater erinnert**, beschreibt ihr Körpererleben in der Nacht als schlapp, schwach wehrlos. Den Essiggeruch assoziiert sie mit dem Geruch ihrer mit Blut und Sperma durchtränkten Kleidung. **Das Nicht-gehen-können (kann den Gruppenraum / das eheliche Schlafzimmer nicht verlassen) wird verstanden als Handlungs“erinnerung“ an das Bezwungen-Werden durch den Großvater.** Die P. wird darin bestärkt, dass sie jetzt in einer anderen Situation ist und gehen kann, wenn sie etwas nicht will – was sie in der Folge in verschiedenen Situationen auf der Station ausprobiert.
- **Seitdem: Aufhebung der Derealisationserlebens („wie hinter Glaswand“); keine RR-Krisen.**

Emotionsregulation und Körperfunktion: Behandlungsepisode Frau B.





... und jetzt gibt's Kaffee !!

MBT = mentalization based treatment

- Manualisierte Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung, entwickelt in der Arbeitsgruppe um Peter Fonagy & Anthony Bateman (aktueller Leitfaden: 2007, 2008)
- Empirischer Nachweis der Wirksamkeit ist erbracht (Bateman & Fonagy 1999: Am J Psychiat 156:1563-1569; 2001: Am J Psychiat 158: 36-42)
- Fonagy: Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit als „common ground“ allen psychotherapeutischen Handelns

Mentalisierung: Störungsmodell

- Einschränkung der Mentalisierungsfunktion
- Fehlende Markierung: „Caregiver“ gibt (negativen) Affekt ungefiltert an das Kind zurück > Hyperarousal
- **Fehlende Spiegelung: Kind bleibt in einem (negativen) Affekt/Erregungszustand allein**

- Beschädigung der Mentalisierungsfunktion
- Beziehungstraumatisierung: jeder „wichtige Andere“ wird zur potentiellen Gefahrenquelle
- **Angst sabotiert die Mentalisierungsfähigkeit („Angst macht dumm“; Hochfahren der Abwehr)**

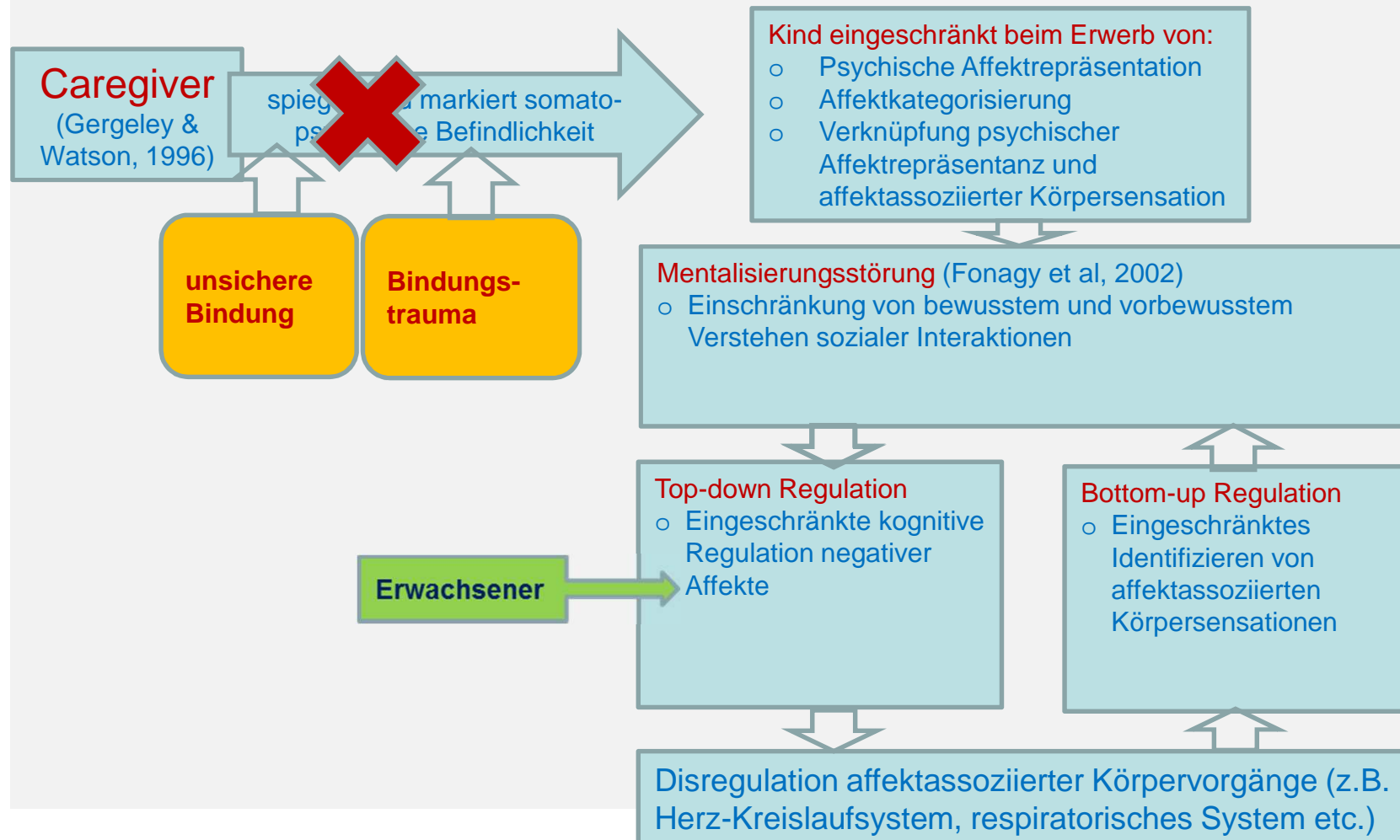
MBT - Behandlungstechnik

- Psychotherapeut potentiell ein „signifikanter Anderer“ (Elternübertragung leicht aktivierbar) > Affektregulation
- Interventionsspektrum:
 - Supportiv und empathisch
 - **Klarifikation, Konfrontation und Elaboration**
 - **Basales Mentalisieren = besonders: Affektklärung**
 - Interpretatives Mentalisieren
 - Mentalisierung der Übertragung

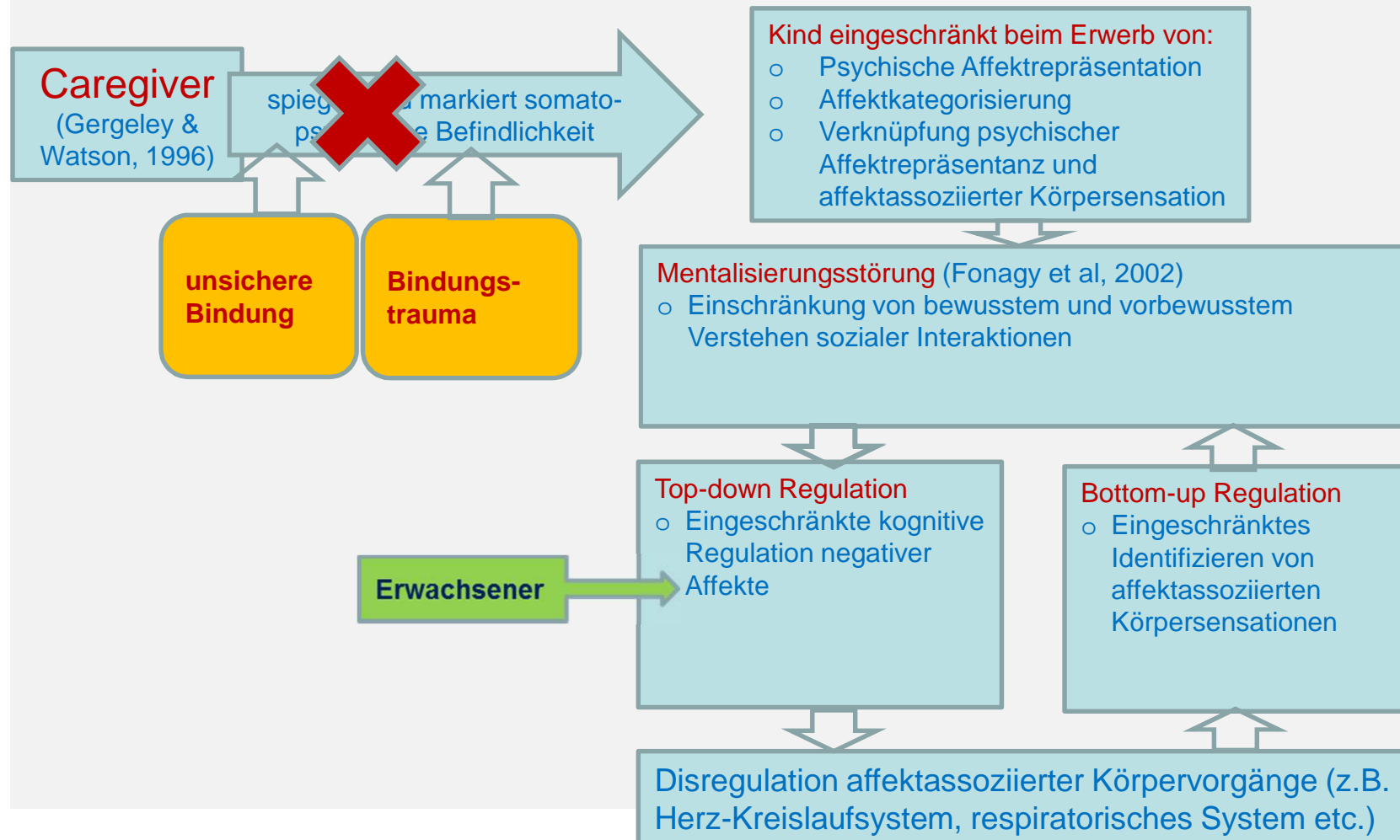
Ausblick

Psychotherapie- forschung	<ul style="list-style-type: none">• LEAS als Prädiktor von Symptomreduktion bei Kurzzeittherapie der Panikstörung (Publikation in Vorbereitung)
Epidemiologie	<ul style="list-style-type: none">• Kurzversion der LEAS zum Einsatz in großen Untersuchungsgruppen (Publikation bevölkerungsrepräsentativer Daten mit N = 2500 in Vorbereitung)
Grundlagen	<ul style="list-style-type: none">• Experimentelle Untersuchung: Störbarkeit kognitiver Funktionen bindungstraumatisierter Patienten in psychosomatischer Akutbehandlung (Datenerhebung ab Feb. 2012)• In Zusammenarbeit mit Prof. Kaina, Institut für Toxikologie: DNA-Bruchbestimmung bei bindungstraumatisierten Patienten im Vergleich mit nicht traumatisierten, psychisch gesunden Kontrollpersonen (in Vorbereitung)

Emotionsregulation und Körperfunktion: Beziehungsorientiertes psychologisches Störungsmodell



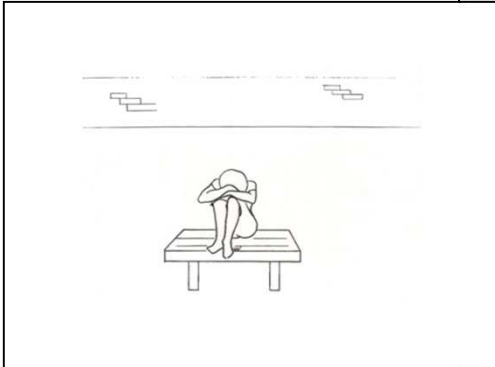
Emotionsregulation und Körperfunktion: Beziehungsorientiertes psychologisches Störungsmodell



Erinnerung an Bindungstraumatisierung und Destabilisierung von Bindungsverhalten

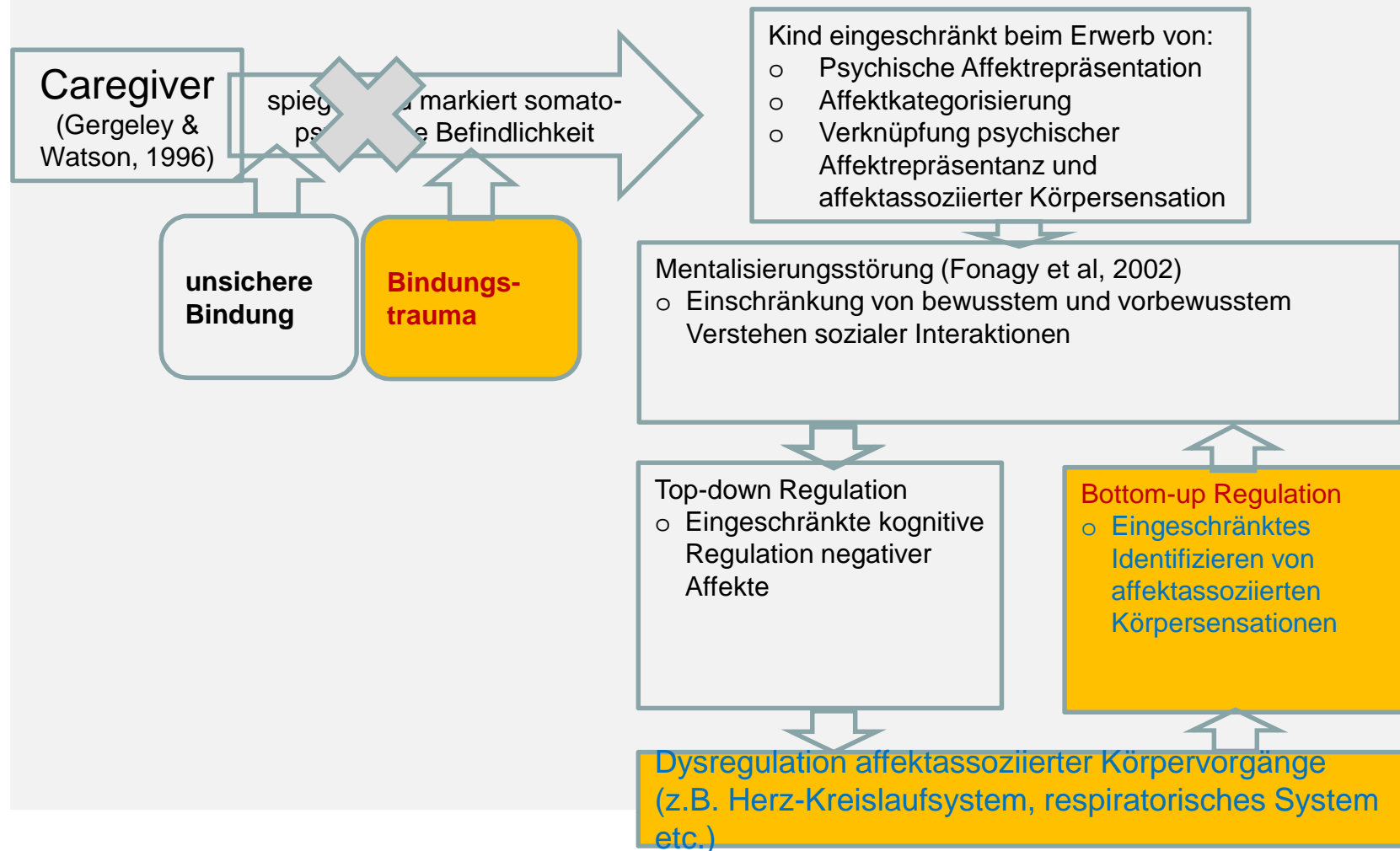
Z Psychosom Med Psychother 57/2011, 325-342

- Retrospektiv: Patienten in psychosomatischer Akutbehandlung haben im CTQ hohe Trauma-Scores
- Aktuell: Über 50 % der Patienten im psychosomatischer Akutbehandlung weisen bei Aufnahme Zeichen akuter Destabilisierung („ungelöster Bindungsstatus“) durch die Bindungstraumatisierung auf
- Patienten mit gelöstem und ungelöstem Bindungsstatus unterscheiden sich nicht in den CTQ-Scores, aber im **kognitiv-emotionalen Entwicklungsstand (LEAS)**

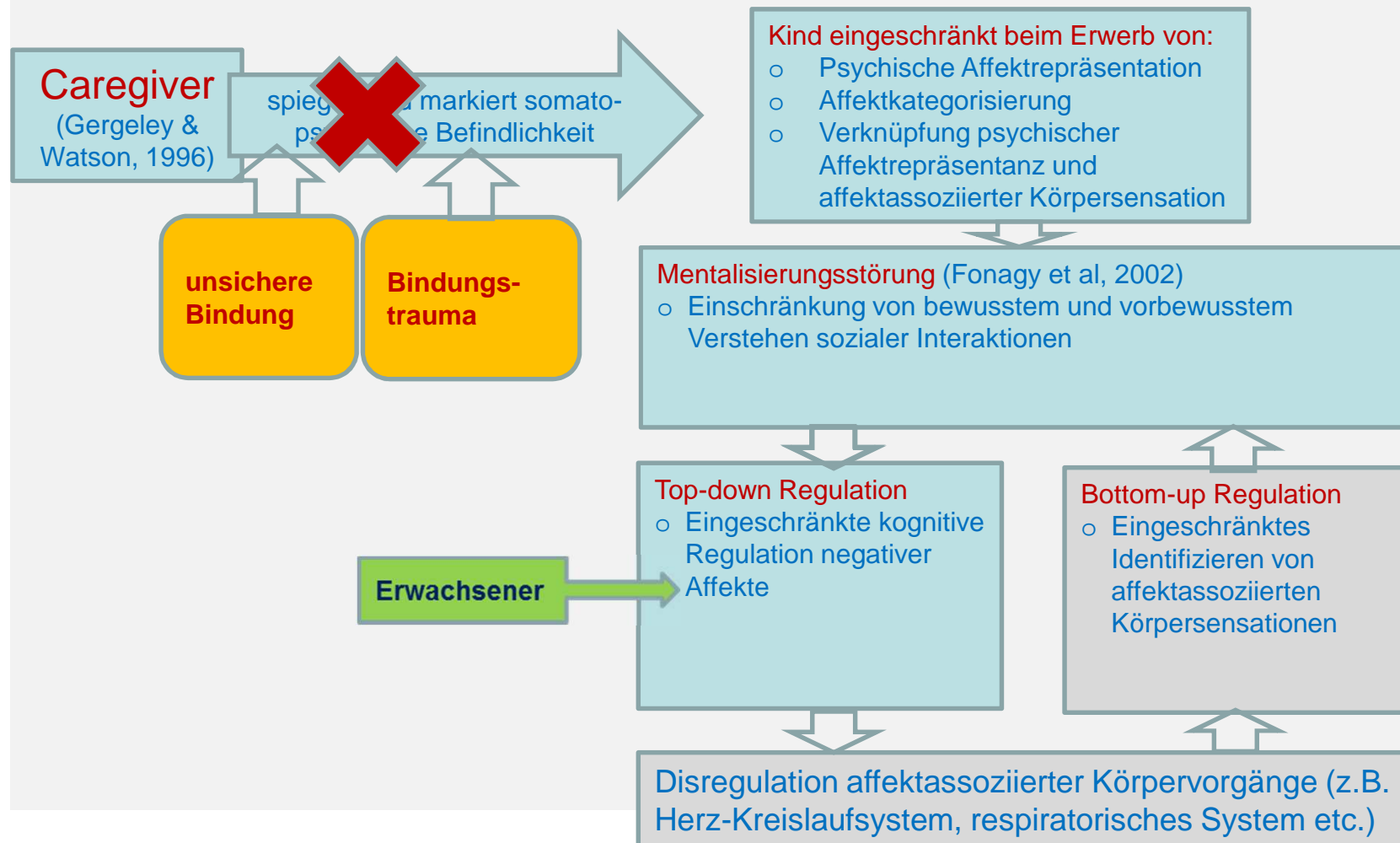


	U = ungelöster Bindungsstatus n = 24	R = gelöster Bindungsstatus n = 21	T-Test, zweiseitig
	Mean (Sd)	Mean (Sd)	
LEAS¹-Gesamtwert	27.8 (4.6)	31.3 (5.3)	T(43) = 2.447; p = 0.019
SCL 90 R² GSI = Gesamtwert	1.4 (0.8)	1.3 (0.5)	T(43) = -0,612; p = 0.544
BDI³-Gesamtwert	24.9 (9.9)	25.5 (10.1)	T(42) = 0.196; p = 0.845
STAI⁴-Gesamtwert	58.1 (10.2)	56.8 (10.1)	T(43) = -0.418; p = 0.678

Emotionsregulation und Körperfunktion: Levels of Emotional Awareness und Bindungstrauma



Emotionsregulation und Körperfunktion: Beziehungsorientiertes psychologisches Störungsmodell



scherzend

zerstreut



verlangend

überzeugt

LEAS

- **Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS, Lane et al, 1990; deutsch: Subic-Wrana et al, 2001)**
- **20 emotionsauslösende Vignetten (Aufteilung in 2 Halbformen möglich)**
- **Deutsche Version: erstmals eingesetzt an studentischer Stichprobe (n = 338 Medizinstudenten: Mittelwert $x=30,37$ / $sd=5,96$)**
- **hohe Interraterreliabilität: ($r=0,84$ ($p\leq 0.001$))**
- **hohe interne Konsistenz der Halbformen (A: $r=0,81$; B: $r=0.76$)**
- **keine Korrelation zwischen LEAS und negativem Affekt (STAI)**

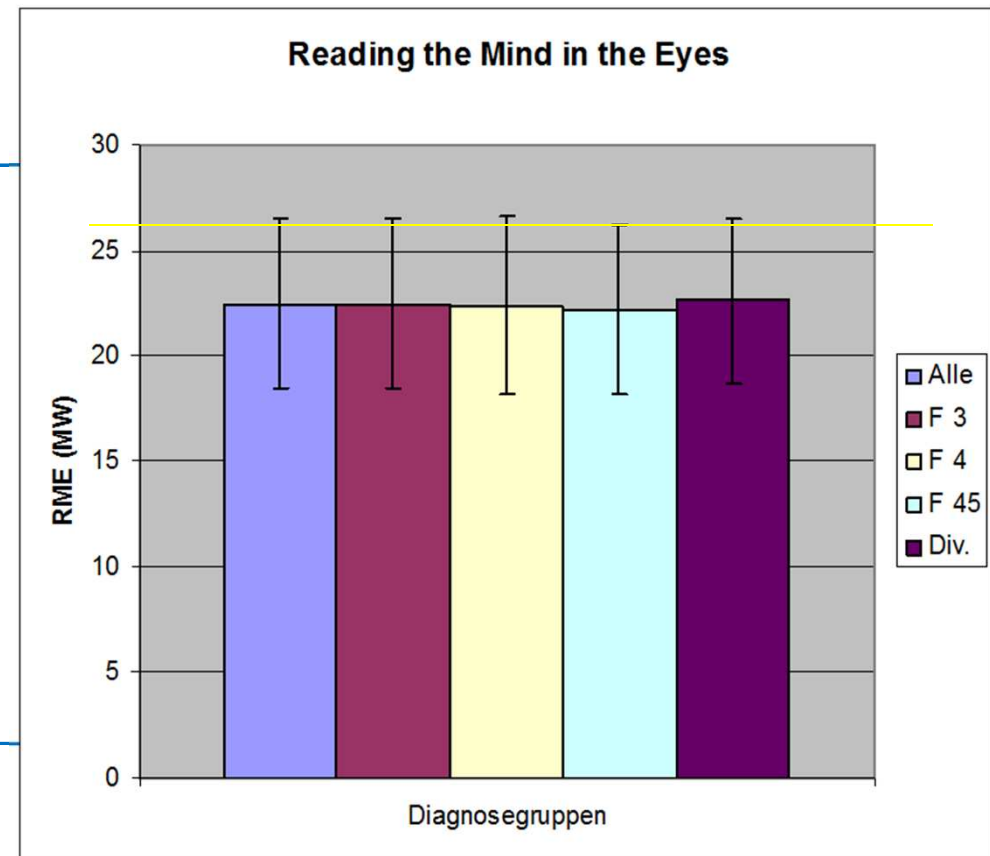
Emotional Awareness und Emotions-Wörter im AT

	patients n = 30	controls n = 30	t-test, two-tailed	Cohen's d
LEAS	1.93 (0.58)	2.50 (0.62)	$t_{(58)} = 3.68; p = .001 / .003^*$	d = 0.951
Emotion words in the AT, scored by LEAS criteria:				
ToM-Animations	.78 (.63)	1.20 (.77)	$t_{(58)} = 2.35; p = .022 / .066^*$	d = 0.607
GD-Animations	.41 (.42)	.52 (.50)	$t_{(58)} = 0.93; p = .355$	d = 0.240
(ToM -GD)Animat.	.37 (.57)	.68 (.80)	$t_{(58)} = 1.74; p = .087$	d = 0.450



Reading the Mind in the Eyes-Test: Patienten (n = 201) in psychosomatischer Akutbehandlung konnten durchschnittlich nur 22,5 (sd: 4) von 36 Aufgaben lösen und sind damit vergleichbar mit Patienten mit Borderline-Störungen und Asperger Syndrom

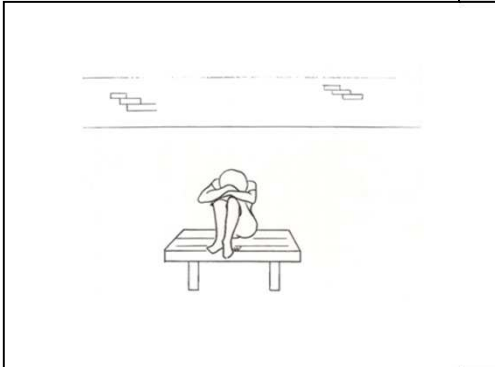
Subic-Wrana et al (2010). Psychotherapeut 55: 306-311



Erinnerung an Bindungstraumatisierung und Destabilisierung von Bindungsverhalten

Z Psychosom Med Psychother 57/2011, 325-342

- Retrospektiv: Patienten in psychosomatischer Akutbehandlung haben im CTQ hohe Trauma-Scores
- Aktuell: Über 50 % der Patienten in psychosomatischer Akutbehandlung weisen bei Aufnahme Zeichen akuter Destabilisierung („ungelöster Bindungsstatus“) durch Bindungstraumatisierung auf
- Patienten mit gelöstem und ungelöstem Bindungsstatus unterscheiden sich nicht in den CTQ-Scores, aber im **kognitiv-emotionalen Entwicklungsstand (LEAS)**



	U = ungelöster Bindungsstatus n = 24	R = gelöster Bindungsstatus n = 21	T-Test, zweiseitig
	Mean (Sd)	Mean (Sd)	
LEAS¹-Gesamtwert	27.8 (4.6)	31.3 (5.3)	T(43) = 2.447; p = 0.019
SCL 90 R² GSI = Gesamtwert	1.4 (0.8)	1.3 (0.5)	T(43) = -0,612; p = 0.544
BDI³-Gesamtwert	24.9 (9.9)	25.5 (10.1)	T(42) = 0.196; p = 0.845
STAI⁴-Gesamtwert	58.1 (10.2)	56.8 (10.1)	T(43) = -0.418; p = 0.678