
Resilienz als dynamischer Wirkfaktor in Psychosomatik und Psychotherapie: Resilienzsteigerung bei Reizdarmsyndrom durch bauchgerichtete Hypnose.

Projektantrag zur Bewerbung um den Marianne-Ringler-Preis 2014

Abstract (English).

Background. Psychological interventions frequently contain elements of strengthening of resources, and fostering of mental resilience. Although such elements are widely integrated in treatment concepts of psychotherapy and psychosomatics, corresponding changes in resilience are hardly captured or evaluated. This appears remarkable, as resilience is a marker of capacity of self-regulation and –organization with empirically demonstrated relevance for psychological wellbeing and health. It contains potential not only for adequate evaluation of corresponding interventions, but also as a factor that might enrich the general debate on the effectiveness of psychological therapies. In the domain of psychosomatic illness, resilience can lead to better coping and increased wellbeing. Gut-directed group hypnotherapy (GHT) is a standardized intervention for patients with irritable bowel syndrome, which therefore contains elements and suggestions aiming at strengthening resilience. Despite there is solid evidence for the effectiveness and the agents and pathways of action of this therapy, the aspect of strengthening of resilience has hardly been examined by now.

Methods. N= 40 irritable bowel patients of the special ambulance for gastroenterology psychosomatics of the Vienna general Hospital, who will participate in 10 sessions of GHT will be examined at 4 points in time: 3-1 months before beginning of therapy (T1), when starting GHT (T2), after last therapy session (T3), and 3-4 months after end of therapy (follow-up, T4). Captured variables will be: resilience (CDRISC), IBS symptoms (IBS-SSS), quality of life (single visual analogue scales), anxiety and depression (HADS-D), and perceived stress (PSQ). Hypothesis of the study is an increase of resilience in the course of GHT. Planned statistical analysis comprises multivariate analysis of variance (repeated-measures MANOVA), and a regression model clarifying the predictive role of resilience on quality of life in the framework of affective and bodily symptoms.

Abstract (Deutsch).

Theoretischer Hintergrund. Psychotherapeutische Interventionen enthalten häufig Elemente von Ressourcenorientierung und mentaler Resilienzstärkung. Obwohl diese Elemente Bestandteile zahlreicher psychosomatischer und psychotherapeutischer Behandlungskonzepte darstellen, werden korrespondierende Veränderungen der Resilienz bisher kaum als Therapieoutcome erfasst und evaluiert. Dies ist verwunderlich, da Resilienz eine Kenngröße der Selbstregulations- und -organisationsfähigkeit mit nachgewiesenermaßen hoher Relevanz für psychologisches Wohlbefinden und Gesundheit darstellt, welche auch einen Beitrag zur allgemeinen Wirksamkeitsdebatte psychologischer Therapien leisten könnte. Im Bereich psychosomatischer Leiden kann eine erhöhte Resilienz zu veränderter Krankheitsbewältigung und besserer Lebensqualität führen. Die bauchgerichtete Hypnosetherapie (GHT), ein standardisiertes Gruppenbehandlungsverfahren für PatientInnen mit Reizdarmsyndrom, enthält daher resilienzstärkende Elemente und Suggestionen. Trotz mehrfach empirisch abgesicherter Wirksamkeit dieser Therapie, und einer differenzierten Erforschung ihrer Wirkfaktoren wurde der Aspekt der Resilienzstärkung bisher kaum untersucht.

Methode. N= 40 ReizdarmpatientInnen der Spezialambulanz für gastroenterologische Psychosomatik des Wiener AKH, welche an 10 Sitzungen der bauchgerichteten Hypnosetherapie teilnehmen, sollen längsschnittlich an 4 Zeitpunkten untersucht werden: 3-1 Monat vor Beginn der Hypnosetherapie (T1), unmittelbar vor Beginn der Therapie (T2), zur letzten (zehnten) Hypnosetherapie-Einheit (T3), sowie 3-4 Monate nach Ende der Therapie (T4). Erfasst werden die Variablen Resilienz (CDRISC), Ausprägung der Reizdarmsymptomatik (IBS-SSS), Lebensqualität (visuelle Analogskalen), Angst und Depression (HADS-D) und Stresserleben (PSQ). Hypothese ist eine Resilienzsteigerung im Zuge der Therapie. Statistische Auswertung erfolgt durch multivariate Varianzanalyse für wiederholte Messungen (repeated-measures MANOVA). Ein Regressionsmodell soll zudem Aufschluss bringen, inwieweit Resilienz im Wirkgefüge körperlicher Symptomatik und des psychischen Befindens Lebensqualität prädiziert.

Theoretischer Hintergrund des Studienvorhabens

Ressourcenorientiertes Arbeiten und Resilienz

Die therapeutische Stärkung der Wahrnehmung von vorhandenen Ressourcen und persönlichen Stärken hat eine lange Tradition in der Psychotherapie, etwa in der katathym-imaginativen Psychotherapie mit ihren Imaginationsübungen (Leuner, & Wilke, 2005). Es ist jedoch zu beobachten, dass Interventionen und Ansätze von Ressourcenstärkung und –orientierung in den vergangenen Jahren verstärkt Einzug halten in der psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Praxis. Dies gilt auch für den Bereich des manualisierten therapeutischen Vorgehens, etwa im Bereich der stabilisierenden Traumatherapie (Huber, 2012) oder der Behandlung chronischer Schmerzen (Rau, Ehlebracht-König, & Petermann, 2008). Auch und gerade im Bereich der Psychosomatik spielen therapeutische Methoden, welche auf eine Bewusstmachung und Stärkung von positiven Ressourcen

abzielen, eine zunehmend wichtigere Rolle. Sie erleichtern die Akzeptanz, Verarbeitung und Integration belastender Lebensumstände und Veränderungen, und stellen eine wichtige Ergänzung zu klassisch-kathartischen Ansätzen von Therapie dar. Diese Veränderungen spiegeln einen anhaltenden Paradigmenwechsel in der psychologischen Theorie und Praxis wider. Die defizitorientierte Sichtweise der Psychopathologie wird zunehmend durch ressourcenorientierte, individuelle Stärken betonende Ansätze der positiven Psychologie ergänzt und abgelöst (Richardson, 2002). Möglicherweise trägt ein Wandel in Selbstverständnis und Menschenbild auf Seiten der Professionisten in den entsprechenden Berufen und des Zeitgeists per se zu diesen Veränderungen bei; die Relevanz psychologischer Resilienzfaktoren für psychische Gesundheit und Wohlbefinden ist aber auch empirisch sehr gut abgesichert, etwa bei der Traumaverarbeitung (Bonanno, & Mancini, 2012), bei belastenden Lebensereignissen oder chronischen Erkrankungen (Feder, Nestler, & Charney, 2009), aber auch als Prädiktoren von Lebenszufriedenheit und -erfolg. Besondere, empirisch vielfach bestätigte Relevanz für psychisches Wohlbefinden und Gesundheit und die Adaptation in schwierigen Lebenssituationen kommt im Detail folgenden psychologischen Variablen zu: Optimismus (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Forgeard & Seligman, 2012), der Neigung zu positiver Emotionalität (Burns et al., 2008; Southwick, Vythilingam, & Charney, 2005), Humor (Ruch, & Carrell, 1998) Selbstwirksamkeitserwartung (Benight, & Bandura, 2004; Brown, Joscelyne, Dorfman, Marmar, & Bryant, 2012), Soziale Unterstützung (Charuvastra & Cloitre, 2008; Karreman & Vingerhoets, 2012), Sinn- und Wertorientierung (Feder et al., 2009; Ruch et al., 2012), Spiritualität (Johnstone et al., 2012; Waldron-Perrine et al., 2011), sowie kognitive Emotionsregulation (McRae, Jacobs, Ray, John, & Gross, 2012) und kognitive Performanz (Intelligenz und Exekutive Funktionen; Bomyea, Risbrough, & Lang, 2012; Koenen et al., 2009; Neuenschwander, Roethlisberger, Cimeli, & Roebers, 2012).

Als inhaltlicher Kern dieser Variablen (und des Resilienzkonstrukts an sich) kann die Überzeugung, sich Veränderungen anpassen zu können und mit Krisen und Belastungen erfolgreich umzugehen betrachtet werden: „‘Able to adapt to change’ and ‘Tend to bounce back after illness or hardship’. [...] etymologically capturing the essence of resilience “ (Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010, S. 488). Besonderheit der oben genannten Resilienzfaktoren ist, dass zwischen ihnen inhaltliche Überschneidungen und Zusammenhänge bestehen. Dies wird nicht nur bei eingehender Betrachtung auf inhaltlicher Ebene deutlich, sondern zeigt sich auch empirisch. In einer Untersuchung der latenten Struktur und Zusammengehörigkeit von sechs der oben genannten Resilienzvariablen mittels Faktorenanalyse erwiesen sich die Faktoren als eindimensional und hoch korreliert (Peter, Tran, Michalski, & Moser, 2013; unveröffentlichte Diplomarbeit, 2013; eine Journal-Publikation ist in Arbeit). Eine Erfassung von Resilienz (insbesondere des inhaltlichen Kernbereichs,

der coping- und veränderungsbezogenen Selbstwirksamkeit) ermöglicht daher Rückschluss auf eine breitere Klasse psychologischer Variablen, die allesamt zu Schutz und Förderung von psychischem Wohlbefinden und Gesundheit beitragen.

Resilienz als ‚psychologisches Immunsystem‘ und Therapieoutcome

Aufgrund der genannten Zusammenhänge dieser Variablenklasse mit der Bewältigungsfähigkeit in bzw. nach Krisen, bei anhaltend schwierigen Bedingungen, und dem psychischen Wohlbefinden im Allgemeinen erscheint es plausibel, Resilienz als eine Art psychologisches Immunsystem zu betrachten. Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu (2010), Verfasser einer bedeutenden Überblicksarbeit zu dem Thema, ziehen den Vergleich zum medizinischen Immunsystem und fordern eine Weiterentwicklung und verstärkte Anwendung des vergleichsweise unterentwickelten Resilienzkonstrukts. Ein ausdifferenziertes Pendant zum somatischen Immunsystem seitens der Psychologie wäre ein großer und wünschenswerter Fortschritt. Die Analogie bzw. der Vergleich mit dem Immunsystem ist auch insofern treffend, als die Resilienzforschung den Menschen als selbstorganisierendes, umweltoffenes, ja mit seiner Umwelt verwobenes System betrachtet, welches laufend in Anpassungs- und Aktualisierungsprozessen begriffen ist. Diese Prozesse sind per se dynamisch und führen zu ständiger Destabilisierung des Systems.

Damit wird auch deutlich, weshalb Resilienz als Größe bzw. Outcome zur Messung von Therapieerfolg prädestiniert ist: sie stellt keine statische Wirkgröße dar, sondern erlaubt Rückschluss auf den Grad an dynamischer, autonomer Funktions- und Anpassungsfähigkeit der Psyche und des „Systems Mensch“. Es ist sozusagen eine Kenngröße mit einem dynamischen Mehrwert und längerfristigen multiplikativen Effekten, denn eine Steigerung der Resilienz bedeutet eine Veränderung auf motivationaler, emotionaler und kognitiver Ebene, als Folge derer psychische Energien positiv kanalisiert und verstärkt in konstruktiver Weise dem Individuum selbst zugeführt werden.

Obwohl diese Aspekte bekannt und sehr gut empirisch begründet sind, und ressourcenorientierte, resilienzstärkende Interventionen sich in der Praxis großer Beliebtheit erfreuen, werden sie bislang kaum evaluiert und systematisch erfasst. Obwohl in klinischer Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik viel ressourcenorientiert gearbeitet wird, gibt es kaum Wirksamkeitsforschung, welche die resultierenden Effekte erhebt.

Es erscheint verwunderlich, dass Resilienz im Wissenschaftsbetrieb als Wirkgröße der Wirksamkeit von Therapien keine größere Rolle spielt; ändert sich dies nicht, werden Interventionen von Ressourcenstärkung à la longue unspezifisches Beiwerk von Therapiegeschehen bleiben. Dabei steckt im Resilienzkonstrukt bzw. der Variablenklasse Resilienz nicht nur Potential für den Vergleich

der Wirksamkeit einzelner Therapieformen, sondern auch die Chance einer Bereicherung und Belebung des breiteren Diskurses der Psychotherapie- und Interventionsforschung. Die in vielerlei Hinsicht so bedeutsame Debatte über die Wirksamkeit und die Wirkfaktoren von Psychotherapie, die zur gesellschaftlichen und ökonomischen Legitimation, aber auch dem Ansehen seitens der Nachbardisziplinen wie der Medizin beiträgt, wurde auch von Frau Professor Marianne Ringler selbst geführt und geprägt (Adler, 2000; Ringler, Seligman, Grawe, & Kachele, 2000).

An dieser Stelle müssen auch die Probleme des Resilienzkonstrukts Erwähnung finden: den zahlreichen vorhandenen Forschungsbefunden mangelt es durch verschiedene methodische und konzeptuelle Zugänge weithin an Vergleichbarkeit. Ein von Davydov et al. (2010) propagiertes methodisches Rahmen- und Bezugssystem bleibt weitgehend unspezifisch und unkonkret. Die Stärke des Resilienzkonstrukts liegt in seiner breiten und umfassenden Konzeption; andererseits behindert diese die Integration vorhandener Evidenz und den wissenschaftlichen Fortschritt. Auch vier Jahre nach Erscheinen des wichtigen Davydov-Reviews über Resilienz haben sich keine methodologischen Konventionen zur Erfassung von Resilienz herausgebildet. Trotzdem, oder gerade auch um diese Evolution zu befeuern, ist es wünschenswert und notwendig, dass Resilienz als Mess- und Wirkgröße psychologischer Therapieformen wissenschaftlich Verwendung findet.

Reizdarmsyndrom und bauchgerichtete Hypnose

Die psychologische bzw. psychosomatische Intervention, welche mit vorliegender Studie in Hinblick auf Resilienzsteigerung evaluiert werden soll, ist für diese spezielle Fragestellung insofern prädestiniert, als sie resilienzstärkende Elemente ganz zentral enthält. Es handelt sich dabei um die bauchgerichtete Hypnosetherapie (Gut-focused Hypnotherapy, GHT), welche in den 1980er Jahren in Manchester, England, von Peter Whorwell, einem der führenden Spezialisten des klinischen Managements funktioneller gastrointestinaler Störungen, entwickelt wurde (Whorwell, Prior, & Faragher, 1984). Sie berücksichtigt die wesentlichen psychosomatischen Aspekte des Reizdarmsyndroms (RDS) und stellt ein standardisiertes und ökonomisches Verfahren dar, welches heute an Spezialkliniken weltweit Einsatz findet. Die Berücksichtigung psychischer Faktoren ist längst Teil des Standards im Management funktioneller gastrointestinaler Störungen, und die bauchgerichtete Hypnose wird als Therapieverfahren in aktuellen Guidelines empfohlen (Spiller et al., 2007). Dieser hohe Stellenwert der GHT erklärt sich einerseits durch das Fehlen wirksamer medikamentöser Therapien (Mayer et al., 2008), andererseits durch die wissenschaftlich erwiesene Bedeutung psychologischer und psychosomatischer Faktoren in der Genese und Aufrechterhaltung der funktionellen Störung. Kernaspekt der Pathophysiologie des RDS ist nach aktuellem Kenntnisstand ein verändertes Zusammenwirken viszeraler und zentralnervöser Faktoren, eine

Dysregulation der bidirektionalen Kommunikation zwischen enterischem, autonomen und Zentralnervensystem, der sog. *brain-gut axis*. Eine erhöhte Reaktivität auf psychosoziale Stressoren, und Störungen der viszeralen Homöostase resultieren vermutlich in überhöhten Antworten des autonomen Nervensystems, veränderten Verdauungsgewohnheiten, Hyperalgesie und einer Hypervigilanz gegenüber interozeptiven Signalen (Garland, 2012; Kennedy, Clarke, Quigley, Groeger, Dinan, & Cryan, 2012). Eine wichtige Rolle in der Genese des RDS kommt nach neuesten Erkenntnissen auch der bakteriellen Besiedelung des Darmes zu, welche ebenso durch psychologische Faktoren und Stress, insbesondere in der frühkindlichen Entwicklung, beeinflusst wird (Mayer, Savidge, & Shulman, 2014; DuPont, 2014). Hier die wichtigsten identifizierten psychologischen Faktoren des RDS im Detail:

1. Hypervigilanz gegenüber schmerzspezifischen und mit gastrointestinalen Symptomen assoziierten Stimuli (Posserud, Svedlund, Wallin, & Simrén, 2009; Chapman & Martin, 2011).
2. Somatisierung als Tendenz, emotionale Konflikte auf die körperliche Ebene zu übertragen. Etwa 50 % der RDS-PatientInnen erfüllen die Kriterien einer Somatisierungsstörung (Miller et al., 2001).
3. Katastrophendenken im Sinne kognitiver Verarbeitung, wie sie auch bei PanikpatientInnen auftritt (Hunt, Milonova, & Moshier, 2009).
4. Spezifische automatische Gedanken und kognitive Muster wie Perfektionismus, die Tendenz zur Übererfüllung sozialer Normen und Schuldgefühle bei selbstfürsorglichen Verhaltensweisen (Toner et al., 1998).
5. Das Bestehen einer viszeralen Hypersensitivität, welche sich durch spinale Übererregbarkeit, die in zahlreichen Fällen postinfektiös im Sinne eines Schmerzgedächtnis auftritt, aber auch durch unzureichende zentralnervöse Filterung interozeptiver Signale erklären lässt. Letztere steht vermutlich in engem Zusammenhang mit emotionalen Problemen (Coffin, Bouhassira, Sabate, Barbe, & Jian, 2004; Mayer, & Tillisch, 2008; Moser, 2007).
6. Allgemein erhöhte Schmerz Wahrnehmung durch verminderte Kontrollwahrnehmung und die o.g. kognitiven Faktoren (Azpiroz et al., 2007; Elsenbruch, 2011)

Diese Auflistung verdeutlicht die Sinnhaftigkeit, bei RDS psychologische Therapieformen anzuwenden. Neben anderen erfolgreichen Ansätzen wie der kognitiv-behaviouralen oder der dynamischen Therapie des RDS (Ford et al., 2014) hat sich insbesondere die bauchgerichtete Hypnose als wirksame Therapieform erwiesen. Sie ermöglicht Therapieerfolg auch häufig bei als refraktär eingestuften PatientInnen. Klinisch führt sie zu langfristig stabilen symptomatischen Verbesserungen, sowie besserer psychischer Befindlichkeit und Lebensqualität (Lindfors et al., 2012;

Moser et al., 2013). Die bauchgerichtete Hypnose entfaltet ihre Wirkung komplex auf verschiedenen Ebenen der braingut-Achse. Studien belegen eine Veränderung der zentralnervösen Schmerzverarbeitung (Lowen et al., 2013) sowie einen Rückgang maladaptiver kognitiver Muster (Gonsalkorale, Toner, & Whorwell, 2004). Sie reduziert die Ausschüttung von inflammatorischen Zytokinen wie IL-6 (Mawdsley, Jenkins, Macey, Langmead, & Rampton, 2008) und dämpft die gastrointestinale Entzündungsaktivität (Keefer et al., 2013). Einzelne Studien zeigen physiologische Veränderungen wie eine Verlangsamung der orocecalen Transitzeit oder der Magensäuresekretion (Beaugerie et al., 1991; Whorwell, 2008). Die bei RDS häufig vorhandene viszerale Hypersensitivität kann sich normalisieren (Lea et al., 2003). Ausgehend von der Beobachtung, dass auch PatientInnen, welche durch GHT keine Verbesserungen auf der Ebene der unmittelbaren Reizdarmsymptomatik erzielen können, oftmals eine gesteigerte Lebensqualität aufweisen und hohe Zufriedenheit mit der Behandlung angeben, wurde auch bereits die Hypothese einer Resilienzsteigerung formuliert und untersucht (Lindfors et al., 2013). Lindfors und Kollegen fanden in ihrer Untersuchung keine Resilienzsteigerung; dies mag jedoch auch mit der sehr speziellen Operationalisierung von Resilienz als *sense of coherence* nach Antonovsky in Zusammenhang stehen (Antonovsky, 1987; Eriksson, & Lindström, 2005). In der breiteren Wirksamkeitsliteratur zur Hypnose, d.h. nicht auf das spezielle Protokoll der bauchgerichteten Hypnose bezogen, existiert bereits ein Nachweis eines resilienzsteigernden Effekts (Schoen, & Nowack, 2013). Den resilienzsteigernden Effekt der GHT zu untersuchen, bietet sich jedoch nicht nur wegen der klinisch beobachtbaren Folgen an, sondern auch aufgrund der Konzeption des Interventionsprotokolls an sich, im weiter oben dargelegten Sinne, eine Intervention auch auf der Ebene ihrer intendierten Wirkungen zu evaluieren.

Resilienzsteigernde Aspekte der bauchgerichteten Hypnose

Ein resilienzsteigernder Effekt der bauchgerichteten Hypnose ist aufgrund folgender Elemente des Behandlungsprotokolls erwartbar: Suggestionen zielen direkt auf eine Steigerung von Selbstwirksamkeit und Selbstwert, auf eine Erhöhung der wahrgenommenen Kontrolle über körperliche Prozesse und externe Probleme, sowie auf Angstreduktion. Dazu kommt das Erleben von tiefer Entspannung, das Erleben angenehmer Körpersensationen, und somit auch das Erleben wirksamer Selbstregulation (Gonsalkorale, 2006). Detailliertere Informationen zur Durchführung der bauchgerichteten Hypnose im Abschnitt *Methodik/Intervention*.

Methodik

Psychometrische Instrumente

Zur Erfassung der wichtigsten Kenngröße der Untersuchung, der Resilienz, wird die Connor-Davidson Resilienzskala (CDRISC) eingesetzt. Die Items dieser Skala beziehen sich auf verschiedene Komponenten von Resilienz: Selbstwirksamkeit, Humor, Toleranz von Veränderung, Stressverarbeitung und Umgang mit persönlichen Problemen, Krankheit und Erholung, sowie auf den Umgang mit Rückschlägen, Herausforderungen, Druck, und schmerzhaften Gefühlen im vergangenen Monat. Antwortformat ist eine 4-stufige Skala mit den Endpunkten 0= „trifft gar nicht zu“ bis 4= „trifft fast immer zu“. Die Vorgabe der CDRISC ermöglicht eine relativ breite, dennoch ökonomische Erfassung des Konstrukts Resilienz. Zudem liegen bereits Daten aus verschiedenen Populationen (Normalbevölkerung, psychiatrische und PTBS-Patienten) vor, anhand derer Vergleiche der Resilienzausprägung gezogen werden können. Die vorliegende Studie soll (als Nebenziel) auch dazu beitragen, eine Datenbasis zur Ausprägung von Resilienz bei Reizdarmsyndrom zu schaffen.

Zusätzlich ist durch Selektion bestimmter Items die Berechnung eines reduzierten Scores, der methodisch noch höheren Ansprüchen genügt, möglich. Campbell-Sills und Stein (2007) haben eine psychometrische Analyse der CDRISC durchgeführt und 10 besonders trennscharfe Items ausgewählt, woraus die 10-item CDRISC hervorgegangen ist. In einem methodischen Review von Windle, Bennett, & Noyes (2011) wurde die 10-item CDRISC als eines der derzeit besten Verfahren zur Messung von Resilienz gewertet. Es erwies sich als reliabel, valide und eindimensional, und erfasst die Kerneigenschaft von Resilienz, definiert als die Fähigkeit zur erfolgreichen Bewältigung von Stress. Wie bereits oben erwähnt wurde, ist der Score der CDRISC mit einer breiteren Klassen von Resilienzvariablen korreliert, so dass er als valide Kenngröße der positiven Selbstorganisations- Anpassungs- und Regulationsfähigkeit eines Organismus gelten kann.

Als weitere Variablen sollen die Ausprägung der Symptomatik des Reizdarmsyndroms mit der IBS Symptom Severity Scale in deutscher Übersetzung (IBS-SSS; Francis, Morris, & Whorwell, 1997), körperliches und seelisches Befinden, und Lebensqualität (mittels visueller Einzel-Analogskalen; publiziert in Moser et al., 2013), Angst und Depression mittels der Hospital Anxiety and Depression scale in deutscher Übersetzung (HADS-D; Herrmann-Lingen, Buss, & Snaith, 2011), sowie das psychologische Stresserleben mittels Perceived Stress Questionnaire (PSQ; Fliege, Rose, Arck, Levenstein, & Klapp, 2001) erhoben werden.

PatientInnen

StudienpatientInnen sind erwachsene PatientInnen der Spezialambulanz für gastroenterologische Psychosomatik mit Reizdarmsyndrom, welche freiwillig und aufgrund therapeutischer Indikation an

der bauchgerichteten Hypnose (GHT) teilnehmen. Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme sind Schwangerschaft, schwere psychiatrische Erkrankungen, mangelnde Deutschkenntnisse, Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung oder andere schwere körperliche Erkrankungen.

Intervention

Setting der Intervention: die bauchgerichtete Hypnose wird an der Spezialambulanz für gastroenterologische Psychosomatik der Univ. Klinik für Innere Medizin III, am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien durchgeführt. Das Protokoll umfasst 10 Sitzungen à 45 Minuten in wöchentlicher Frequenz. Die Hypnose wird, auf weichen Matten liegend, in Gruppen von sechs bis acht PatientInnen, nach den Vorgaben des *Manchester-Protokolls* der „Gut-focused Hypnotherapy“ durchgeführt (Gonsalkorale, 2006; Whorwell et al., 1984). Die Hypnose wird durchgeführt von den Hypnotherapeutinnen Prof. Dr. Gabriele Moser und Dr. Maria Michalski, welche beide zusätzlich Gastroenterologinnen und Psychotherapeutinnen sind und in Manchester, wo die GHT entwickelt wurde, ein Training durchlaufen haben.

Ablauf der Behandlung: in der ersten Einheit werden als erster Schritt Vorwissen und subjektive Krankheitstheorien der PatientInnen erfragt und diskutiert. Persönliche Vorstellungen und Bilder von der Krankheit werden hier erfasst, um sie später in hypnotischen Suggestionen zu berücksichtigen. In der Folge werden einige grundlegende Informationen bezüglich der Anatomie des Gastrointestinaltraktes sowie der Mechanismen des RDS gegeben. Auf diese Weise eröffnen sich den PatientInnen Wege der Veränderbarkeit ihrer Störung. Es wird insbesondere auf die viszerale Hypersensitivität hingewiesen. Diese hat oftmals einen hohen Erklärungswert für die PatientInnen, da viele der ihnen bekannten Symptome damit in Zusammenhang stehen. Zugleich wird vermittelt, dass bei RDS häufig die Verarbeitung von Schmerzstimuli gestört ist, und dass durch die Hypnose eine erhöhte Schmerzkontrolle möglich ist. Eine edukative Einführung in die Hypnose mit ihren Möglichkeiten und Grenzen wird gegeben. Nach Abschluss der edukativen Vorphase findet eine erste Hypnosesitzung statt, welche in erster Linie dem Vertrautwerden mit tiefer Entspannung und dem hypnotischen Zustand dient. Dieser wird durch liegende Körperhaltung, Entspannungsmusik, Sprechmodus der/des Therapeuten/In und entsprechende Suggestionen evoziert. In den folgenden Sitzungen werden verschiedene Suggestionen zur Ausübung von Kontrolle über die Verdauungsfunktionen gegeben. Zum Beispiel wird das Bild verwendet, der Bauch sei ein Fluss und die Strömungen ganz nach den Bedürfnissen regulierbar. Ein schnellfließender Strom kann zu einem sanft mäandrierenden Gewässer werden oder umgekehrt. Hier wird nach Möglichkeit auf individuelle Bilder und Vorstellungen der PatientInnen eingegangen. Verschiedene, wiederholte Suggestionen sollen die subjektive Kontrolle über körperliche Zustände wiederherstellen. Erfahrungen körperlichen

Wohlbefindens sollen durch verschiedene Instruktionen und Suggestionen ermöglicht werden. Ein Zugang über den taktilen Sinneskanal ist das Handauflegen auf den Bauch, begleitet von der Suggestion von Wohlgefühl und Wärmeempfinden als Methode der Schmerzkontrolle. Die verschiedenen weiterhin gegebenen Suggestionen zielen ab auf ein Wiedererlangen von Kontrolle über allgemeine Lebensprobleme, ein Entkatastrophisieren krankheitsbezogener Vorstellungen, den Aufbau von Vertrauen in eigene Problemlösekompetenz, den Abbau von Angst und Stress, das Erlernen von Entspannungs- und Eigenregulationfähigkeit, sowie das Etablieren von positivem Selbstwert und von positiver Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Gonsalkorale, 2006; Whorwell, 1984).

Studiendesign und Hypothesen

Im Zuge der Studie sollen an $n = 40$ Patienten der Spezialambulanz für gastroenterologische Psychosomatik, welche an der bauchgerichteten Hypnoseherapie teilnehmen, zu 4 Zeitpunkten Daten erhoben werden. Hierfür sind 4 Erhebungszeitpunkte geplant: 3-1 Monat vor Beginn der Hypnoseherapie (T1), unmittelbar vor Beginn der Therapie (T2), zur letzten (zehnten) Hypnoseherapie-Einheit (T3), sowie 3-4 Monate nach Ende der Therapie (T4). Hypothese der Untersuchung ist eine Resilienzsteigerung im Zuge der Therapie.

H1: Nach bauchgerichteter Hypnoseherapie liegt eine höhere Ausprägung von Resilienz vor als vor der Therapie.

H0: keine Änderung der Resilienz im Zuge bauchgerichteter Hypnoseherapie.

Nebenziel der Studie ist die Schaffung einer Datengrundlage für die Ausprägung von Resilienz bei Menschen mit Reizdarmsyndrom und das Ziehen von deskriptiven Vergleichen mit anderen Populationen.

Abschätzung der Stichprobengröße

Da Resilienz bisher kaum als Therapieoutcome erfasst wurde, und derzeit auch keine Daten zur zeitlichen Stabilität von Resilienz vorliegen ist eine Abschätzung erwartbarer Effektstärken schwierig. Eine eigene, unpublizierte längsschnittliche Untersuchung der Arbeitsgruppe für gastroenterologische Psychosomatik mit nur 14 Patienten ergab eine signifikante Erhöhung der Resilienz durch bauchgerichtete Hypnose mit einer Effektstärke von *Cohens d* = 0.36. Ausgehend von einem Alpha-Fehlerniveau von 5 %, einer Power von .80 ergibt sich für die geplante Auswertung, einer multivariaten Varianzanalyse für wiederholte Messungen (in diesem Fall 4 Messungen) ein fordernder Stichprobenumfang von mindestens $n = 18$ (berechnet mit der Statistiksoftware G*Power 3.1 von Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009). Zwar wurde bei o.g. unpublizierter Untersuchung ein

sehr aufwändiges Messverfahren (Erfassung und faktoranalytische Zusammenführung mehrerer Resilienzvariablen) angewendet, so dass mit der Methodik der vorliegenden Studie etwas geringere Effekte erwartet werden müssen; mit der Konzeption eines Stichprobenumfangs von n= 40 Patienten dürfen signifikante Effekte aber glaubhaft erwartet werden.

Anonymisierung und Datenanalyse

Zum Schutz der PatientInnen werden Daten aus Fragebögen und Patientenakten im Zuge der computerisierten Datenverarbeitung mit Codes versehen und anonymisiert (indirekt personenbezogen) weiterverarbeitet. Die statistische Auswertung soll mit SPSS (Version 20) durchgeführt werden. Der längsschnittliche Vergleich soll mittels multivariater Varianzanalyse für wiederholte Messungen (repeated-measures MANOVA) durchgeführt werden. Überdies soll die Berechnung eines Regressionsmodells Aufschluss erlauben, inwieweit Resilienz im Wirkgefüge körperlicher Symptomatik und des psychischen Befindens Lebensqualität prädiziert.

Ethikkommissionsvotum

Es besteht ein positives, für ein Jahr gültiges Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien vom 1. August 2014 mit der Nummer 1502/2014. Das oben dargelegte Studienvorhaben kann im Rahmen der Genehmigungen durch dieses Votum realisiert werden und wird auch von der Leitung der Arbeitsgruppe für gastroenterologische Psychosomatik (Prof. Gabriele Moser) genehmigt und begrüßt.

Literatur

- Adler, E. (2000). *Was heilt in der Psychotherapie?: Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und methodenspezifische Denkweisen* (Vol. 5). M. Hochgerner, & E. Wildberger (Eds.). facultas. wuv/maudrich.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Azpiroz, F., Bouin, M., Camilleri, M., Mayer, E. A., Poitras, P., Serra, J., & Spiller, R. C. (2007). Mechanisms of hypersensitivity in IBS and functional disorders. *Neurogastroenterology and Motility*, *19*, 62-88. doi: 10.1111/j.13652982.2006.00875.x
- Beaugerie, L., Burger, A. J., Cadranet, J. F., Lamy, P., Gendre, J. P., & Le Quintrec, Y. (1991). Modulation of oro-caecal transit time by hypnosis. *Gut*, *32*(4), 393–394. doi:10.1136/gut.32.4.393

-
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(10), 1129–1148. doi: 10.1016/j.brat.2003.08.008
- Bomyea, J., Risbrough, V., & Lang, A. J. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical Psychology Review*, *32*(7), 630–641. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.008
- Bonanno, G.A., & Mancini, A.D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(1), 74–83. doi: 10.1037/a0017829
- Burns, A. B., Brown, J. S., Sachs-Ericsson, N., Plant, E. A., Curtis, J. T., Fredrickson, B. L., & Joiner, T. E. (2008). Upward spirals of positive emotion and coping: Replication, extension, and initial exploration of neurochemical substrates. *Personality and Individual Differences*, *44*(2), 360–370. doi: 10.1016/j.paid.2007.08.015
- Brown, A. D., Joscelyne, A., Dorfman, M. L., Marmar, C. R., & Bryant, R. A. (2012). The impact of perceived self-efficacy on memory for aversive experiences. *Memory*, *20*(4)374–383. doi: 10.1080/09658211.2012.667110
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(6), 1019–1028. doi: 10.1002/jts.20271
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 879–889. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Chapman, S., & Martin, M. (2011). Attention to pain words in irritable bowel syndrome: Increased orienting and speeded engagement. *British Journal of Health Psychology*, *16*, 47–60. doi: 10.1348/135910710x505887
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, *59*, 301.
- Coffin, B., Bouhassira, D., Sabate, J. M., Barbe, L., & Jian, R. (2004). Alteration of the spinal modulation of nociceptive processing in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*, *53*(10), 1465–1470. doi: 10.1136/gut.2003.031310
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depression and Anxiety*, *18*, 76–82.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, *30*(5), 479–495. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.003
- Elsenbruch, S. (2011). Abdominal pain in Irritable Bowel Syndrome: A review of putative psychological, neural and neuro-immune mechanisms. *Brain Behavior and Immunity*, *25*(3), 386–394. doi: 10.1016/j.bbi.2010.11.010

-
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and community health, 59*(6), 460-466.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-1160.
- Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(6), 446–457. doi: 10.1038/nrn2649
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S., & Klapp, B. F. (2001). Validierung des " Perceived Stress Questionnaire"(PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica, 47*(3), 142-152.
- Ford, A. C., Quigley, E. M., Lacy, B. E., Lembo, A. J., Saito, Y. A., Schiller, L. R., ... & Moayyedi, P. (2014). Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *The American journal of gastroenterology*.
- Forgeard, M. J. C., & Seligman, M. E. P. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques Psychologiques, 18*(2), 107–120. doi: 10.1016/j.prps.2012.02.002
- Francis, C.Y., Morris, J., & Whorwell PJ. (1997). The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 11*, 395–402. doi: 10.1046/j.1365-2036.1997.142318000.x
- Gonsalkorale, W. M. (2006). Gut-directed hypnotherapy: The Manchester approach for treatment of irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 54*(1), 27-50. doi: 10.1080/00207140500323030
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (2011). *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D) Manual* (3., aktualisierte und neu normierte Auflage). Bern: Hans Huber.
- Huber, M. (2012). *Wege der Traumabehandlung: Trauma und Traumabehandlung*. Junfermann Verlag GmbH.
- Hunt, M.G., Milonova, M., & Moshier, S. (2009). Catastrophizing the consequences of gastrointestinal symptoms in irritable bowel syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(2), 160–173.
- Johnstone, B., Yoon, D. P., Cohen, D., Schopp, L. H., McCormack, G., Campbell, J., & Smith, M. (2012). Relationships among spirituality, religious practices, personality factors, and health for five different faith traditions. *Journal of religion and health, 51*(4), 1017– 1041. doi: 10.1007/s10943-012-9615-8
- Karreman, A., & Vingerhoets, A. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences, 53*(7), 821– 826. doi: 10.1016/j.paid.2012.06.014
- Keefer, L., Taft, T. H., Kiebles, J. L., Martinovich, Z., Barrett, T. A., & Palsson, O. S. (2013). Gut-directed hypnotherapy significantly augments clinical remission in quiescent ulcerative colitis. *Alimentary pharmacology & therapeutics, 38*(7), 761-771.

-
- Kennedy, P. J., Clarke, G., Quigley, E. M. M., Groeger, J. A., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2012). Gut memories: Towards a cognitive neurobiology of irritable bowel syndrome. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(1), 310–340. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.07.001
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Roberts, A. L., Martin, L. T., Kubzansky, L., Harrington, H., . . . Caspi, A. (2009). Childhood IQ and Adult Mental Disorders: A Test of the Cognitive Reserve Hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 50–57. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08030343
- Lea, R., Houghton, L. A., Calvert, E. L., Larder, S., Gonsalkorale, W. M., Whelan, V., . . . Whorwell, P. J. (2003). Gut-focused hypnotherapy normalizes disordered rectal sensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 17(5), 635–642. doi: 10.1046/j.0269-2813.2003.01486.x
- Leuner, H., & Wilke, E. (2005). *Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP)*. Thieme.
- Lindfors, P., Unge, P., Nyhlin, H., Ljotsson, B., Bjornsson, E. S., Abrahamsson, H., & Simren, M. (2012). Long-term effects of hypnotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 47(4), 414–421. doi:10.3109/00365521.2012.658858
- Lindfors, P., Ljotsson, B., Bjornsson, E., Abrahamsson, H., & Simren, M. (2013). Patient satisfaction after gut-directed hypnotherapy in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology and Motility*, 25(2), 169–186. doi: 10.1111/nmo.12022
- Mawdsley, J. E., Jenkins, D. G., Macey, M. G., Langmead, L., & Rampton, D. S. (2008). The effect of hypnosis on systemic and rectal mucosal measures of inflammation in ulcerative colitis. *The American journal of gastroenterology*, 103(6), 1460-1469.
- Mayer, E. A., Bradesi, S., Chang, L., Spiegel, B. M., Bueller, J. A., & Naliboff, B. D. (2008). Functional GI disorders: from animal models to drug development. *Gut*, 57(3), 384-404.
- Mayer, E. A., Savidge, T., & Shulman, R. J. (2014). Brain–gut microbiome interactions and functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 146(6), 1500-1512.
- Moser, G. (Hrsg.) (2007). *Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie*. Wien: Springer.
- Moser, G., Trägner, S., Gajowniczek, E. E., Mikulits, A., Michalski, M., Kazemi-Shirazi, L., ... Miehsler, W. (2013). Long-Term Success of GUT-Directed Group Hypnosis for Patients With Refractory Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *The American journal of gastroenterology*, 108(4), 602–609.
- Neuenschwander, R., Roethlisberger, M., Cimeli, P., & Roebbers, C. M. (2012). How do different aspects of self-regulation predict successful adaptation to school? *Journal of Experimental Child Psychology*, 113(3), 353–371. doi: 10.1016/j.jecp.2012.07.004
- Peter, J. (2013). Resilienzfaktoren bei Reizdarmsyndrom und bauchgerichteter Hypnose. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

-
- Peter, J., Tran, U.S., Michalski, M., & Moser, G. (2013). Irritable Bowel Syndrome and psychological comorbidity – long-term success of Gut-directed Group Hypnosis [Abstract]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(1), 84. doi:10.1159/000354142
- Posserud, I., Svedlund, J., Wallin, J., & Simren, M. (2009). Hypervigilance in irritable bowesyndrome compared with organic gastrointestinal disease. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*(5), 399–405. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.09.020
- Rau, D. P. J., Ehlebracht-König, I., & Petermann, F. (2008). Einfluss einer Motivationsintervention auf die Bewältigung chronischer Schmerzen. *Der Schmerz*, *22*(5), 575-585.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(3), 307–321. doi: 10.1002/jclp.10020
- Ringler, M., Seligman, M., Grawe, K., & Kachele, H. (2000). Autoren-und Quellenverzeichnis (in chronologischer Reihenfolge). *Was heilt in der Psychotherapie?: Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und methodenspezifische Denkweisen*, *5*, 425.
- Ruch, W., & Carrell, A. (1998). Trait cheerfulness and the sense of humour. *Personality and Individual Differences*, *24*(4), 551–558. doi: 10.1016/s0191-8869(97)00221-3
- Ruch, W., Proyer, R. T., Harzer, C., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2010). Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) Adaptation and Validation of the German Version and the Development of a Peer-Rating Form. *Journal of Individual Differences*, *31*(3), 138–149. doi: 10.1027/1614-0001/a000022
- Schoen, M., & Nowack, K. (2013). Reconditioning the stress response with hypnosis CD reduces the inflammatory cytokine IL-6 and influences resilience: A pilot study. *Complementary therapies in clinical practice*, *19*(2), 83-88.
- Spiller, R., Aziz, Q., Creed, F., Emmanuel, A., Houghton, L., Hungin, P., . . . Whorwell, P. (2007). Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*, *56*(12), 1770–1798. doi: 10.1136/gut.2007.119446
- Toner, B. B., Stuckless, N., Ali, A., Downie, F., Emmott, S., & Akman, D. (1998). The development of a cognitive scale for functional bowel disorders. *Psychosomatic Medicine*, *60*(4), 492–497.
- Waldron-Perrine, B., Rapport, L. J., Hanks, R. A., Lumley, M., Meachen, S.-J., & Hubbarth, P. (2011). Religion and Spirituality in Rehabilitation Outcomes Among Individuals With Traumatic Brain Injury. *Rehabilitation Psychology*, *56*(2), 107. doi: 10.1037/a0023552
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, *9*(8), 1–18. doi: 10.1186/1477-7525-9-8

Whorwell, P. J. (2008). Hypnotherapy for irritable bowel syndrome: The response of colonic and noncolonic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(6), 621–623. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.02.022

Whorwell, P. J., Prior, A., & Faragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *The Lancet*, 324(8414), 1232– 1234.