

PROJEKTDESCHEIBUNG  
Marianne Ringler Forschungsförderungspreis 2013

**Aspekte der psychischen Struktur bei Chronic  
Pelvic Pain Syndrome (CPPS) – Entwicklung  
eines theoretischen Modells zur  
Therapieplanung**

eingereicht von  
Dr. phil. Björn Riegel (Dipl.-Psych.) und Dr. med. Christian A. Brünahl

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf  
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

***Inhaltsverzeichnis***

Zusammenfassung / Abstract	3
Hintergrund	5
Projektziele und Fragestellung	7
Design und Methodik	9
Ablauf der Datenerhebung	9
Methodik	10
Messinstrumente	11
Vorläufige Ergebnisse der Pilotphase	13
Relevanz der Studie	16
Eigene Vorarbeiten	17
Literaturverzeichnis	18
Kostenplan	22
Zeitplan	23

## **Zusammenfassung**

**Hintergrund:** Das „Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS)“ ist ein Krankheitsbild, das einen hohen Leidensdruck verursacht und eine hohe Prävalenzrate aufweist, ohne jedoch hinsichtlich der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen hinreichend verstanden zu sein. Die Forschung hat sich bisher auf die somatischen Faktoren der Erkrankung konzentriert, wobei psychologische Faktoren eher randständig behandelt wurden. Diese Fokussierung auf somatische Zusammenhänge spiegelt sich auch in den bestehenden Therapieansätzen wieder. Trotz intensiverer Forschungsbemühungen in den letzten beiden Jahrzehnten existieren weder gesichertes ätiologisches Wissen noch erfolgreiche Behandlungsstrategie.

**Ziele:** Eingebettet in die interdisziplinäre Forschungsplattform „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ soll eine anfallende Stichprobe von Patientinnen und Patienten mit CPPS ohne erklärenden somatischen Befund hinsichtlich ihrer psychischen Struktur untersucht werden. Die Patienten sollen sowohl im Rahmen der Spezialsprechstunde „CPPS“ sowie bei niedergelassenen Fachärzten/innen rekrutiert werden. Das Ziel der Untersuchung besteht in der Erstellung eines Profils der psychischen Struktur der Patientenklientel, um spezifische Konfigurationen des Krankheitsbildes zu erfassen und daraus ein theoretisches Modell abzuleiten, das als Grundlage spezifischer Therapieansätze dienen kann.

**Methodik:** Es wird eine anfallende Stichprobe von  $n > 150$  Patientinnen und Patienten mit CPPS erhoben, um in einem explorativen Forschungsdesign Erkenntnisse über die spezifischen Konfigurationen der Persönlichkeit (OPD-SF, GT-II, PSSI) zu erhalten. Ferner wird die Interaktion der Persönlichkeitsstruktur mit Symptommaßen (NIH-CSPI, SF-MPQ), psychischen Erkrankungen und Substanzmissbrauch (u.a. SKID-I) und der Lebensqualität (SF-12) untersucht. Erste Ergebnisse der Pilotphase werden dargestellt und deuten auf spezifische Konstellationen der psychischen Struktur hin. Neben Benchmark-Analysen soll der Einfluss der strukturellen Variablen unter Kontrolle von Symptommaßen auf das subjektive Beschwerdeerleben mittels Regressionsmodellen geprüft werden.

## **Abstract**

**Background:** The Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS) is a syndrome that is causative for severe distress and harm. Prevalence rates are high but etiology and maintenance of CPPS are not well understood. Over the last years research focused on the somatic origin of the syndrome, while psychological factors have been considered rarely. This strong somatic focus is also reflected in the existing therapeutic approaches. Despite intense research efforts over the last two decades, knowledge and treatment options are still lacking.

**Project aims:** Embedded in our interdisciplinary research project "Chronic Pelvic Pain Syndrome", a haphazard sample of CPPS patients without explaining somatic burden is examined in terms of their mental structure. The patients will be recruited in both our CPPS outpatient clinic as well as in private practices. The aim of the study is to create a profile of the mental structure of this sample of patients to capture specific configurations of the disease and to derive a theoretical model that serves as the basis of specific therapeutic approaches that will be developed in upcoming approaches.

**Methods:** A haphazard sample of  $n > 150$  patients with CPPS will be recruited to obtain knowledge about the specific configurations of personality (OPD-SF, GT-II PSSI) using an explorative research design. Furthermore, the interaction of mental structure with symptom scores (NIH-CSPI, SF-MPQ), psychiatric diseases and substance abuse (including SCID-I) and the Heath related Quality of Life (SF-12) will be examined. First results of our pilot testing are presented and indicate specific constellations of mental structure. The influence of the mental structure on patient's subjective health problems will be tested using regression models.

## **Hintergrund**

Das Chronische Unterbauchschmerzsyndrom („Chronic Pelvic Pain Syndrome: CPPS“) stellt sich im klinischen Alltag als multikausales Störungsbild mit hohen Prävalenzraten dar. Bei Frauen ist von einer Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 4% bis 25% auszugehen<sup>1-5</sup>, während bevölkerungsbasierte Studien stark variierende Raten für das Auftreten bei Männern zeigen. So wird für Österreich eine Prävalenzrate von 2% berichtet, während kanadische Daten eine Prävalenz von 18% nahelegen.<sup>6,7</sup> In einer repräsentativen deutschen Stichprobe waren 7,8% der befragten Männer von Beschwerden im Unterbauch betroffen.<sup>8</sup>

Trotz dieser hohen Prävalenzraten herrscht weitgehende Unklarheit über die Ätiologie des CPPS. US-Amerikanische Untersuchungen zeigen, dass jährlich etwa zwei Millionen Männer mit Prostatitis im medizinischen Versorgungssystem vorstellig werden, wobei nur 5-10% der Beschwerden durch eine somatische Ursache erklärbar sind.<sup>9,10</sup> Diese Unsicherheit hinsichtlich der Pathogenese wirkt sich auch auf die Behandlung der Patienten und Patientinnen aus, die aktuell vorrangig medikamentös geschieht, ohne dass dies der Mehrzahl der Betroffenen helfe.

Sowohl die Beschwerden als auch die vermutete Pathogenese umfassen sowohl verschiedene Organsysteme als auch psychische Variablen und sind in ihrem klinischen Bild vielfältig.<sup>11,12</sup> Dieser Komplexität wird mit einem multifaktoriellen Modell Rechnung getragen, das ein Zusammenspiel aus immunologischen, endokrinologischen, neurologischen und psychologischen Faktoren beachtet.<sup>12</sup>

Während die somatischen Faktoren des CPPS in der Vergangenheit viel Beachtung gefunden haben, sind die beteiligten psychologischen Faktoren an der Entstehung und Aufrechterhaltung des CPPS noch wenig erforscht. In einer eigenen systematischen Übersichtsarbeit zu den bekannten psychosozialen Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des CPPS beim Mann konnten wir zeigen, dass die Studienlage bislang kaum gesicherte Rückschlüsse über beteiligte psychosoziale Faktoren zulässt.<sup>13</sup> Zudem ist die Ursächlichkeit der einzelnen Faktoren unklar: Es ist kaum untersucht, ob die psychopathologischen Einschränkungen auch prä-morbid bereits vorhanden waren. Wir konnten lediglich eine Untersuchung finden, die eine erhöhte Rate bereits vorbestehender Angsterkrankungen in einem CPPS-Patientenkollektiv zeigen konnte.<sup>14</sup> Des Weiteren lassen sich konsistent erhöhte Raten komorbider Störungen (Depression, Angst) finden. Zudem haben Stress und

Partnerschaft ebenso einen Einfluss wie katastrophisierende Gedanken. Substanzmissbrauch wurde dagegen kaum untersucht. Darüber hinaus gibt es bei Frauen Hinweise auf sexuelle Traumatisierungen in der Vorgeschichte.<sup>15-17</sup>

Unser Review offenbart aber auch deutliche methodische Schwächen bestehender Studien.<sup>13</sup> Die Untersuchungen haben insgesamt ein hohes Risiko, durch einen Bias belastet zu sein. Insbesondere die Operationalisierung der psychosozialen Aspekte ist weitgehend mangelhaft. Nur selten wurden psychometrisch hinreichende Instrumente eingesetzt, um das Vorliegen von komorbiden psychischen Erkrankungen oder anderen psychosozialen Faktoren valide zu messen. Es wurden zudem nur wenige Konzepte beachtet, ohne dass psychodynamische Mechanismen einbezogen worden sind.

Des Weiteren ist bei Patienten mit chronischen Schmerzen bekannt, dass ein hoher Prozentsatz der Betroffenen unter komorbiden psychischen Störungen leidet. In einer jüngeren Untersuchung wiesen 63% der Probanden eine Persönlichkeitsstörung auf und die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsorganisation war nahezu ebenso hoch.<sup>18</sup> Vergleichbare Daten zu CPPS - Patientinnen und Patienten liegen derzeit nur begrenzt vor, zumeist jedoch mit unzureichender psychometrischer Güte.

Dieser Mangel an belastbaren Daten über beteiligte Mechanismen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des CPPS wirkt sich auf Defizite in der Behandlung der Patientinnen und Patienten aus. Es existieren kaum Konzepte für psychologische Behandlungsansätze, deren Evidenz belegt ist. Erste Pilotstudien zeigen zumindest Erfolge im Hinblick auf die Symptomschwere und die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen durch eine kombinierte physiotherapeutische Behandlung mit Entspannungsverfahren<sup>19-21</sup> sowie ein kognitiv-behaviorales Programm zur Veränderung negativer Kognitionen.<sup>22,23</sup>

Das hier vorgestellte Projekt verfolgt nun das Ziel, ein Profil der Persönlichkeitsstruktur von Patientinnen und Patienten mit CPPS zu erfassen, das schließlich als theoretische Grundlage für die Entwicklung psychodynamischer Therapieansätze dienen soll. Aktuelle Daten legen eine verminderte Mentalisierungsfähigkeit sowie defizitäre Bindungserfahrungen bei den untersuchten Patientinnen nahe.<sup>24</sup> Demnach lässt sich eine höhere Zahl von Patientinnen und Patienten mit strukturellen Defiziten innerhalb des CPPS-Klientels vermuten, was wiederum Implikation für einen Strukturfördernden Therapienansatz mit sich bringt.

Unser Projekt zielt daher darauf ab, mehr Aufschluss über spezifische Persönlichkeitskonfigurationen von Patientinnen und Patienten mit CPPS zu erhalten, um daraus eine fokussierte Intervention abzuleiten, die dann im nächsten Schritt in Pilotstudien getestet wird. Auf der Basis der so gewonnenen Erkenntnisse soll ein spezifischer psychodynamischer Behandlungsansatz moduliert werden, der nach erfolgreichem Abschluss der Pilotphase im Rahmen einer kontrollierten, randomisierten Studie auf seine Wirksamkeit hin überprüft wird.

Damit schließt unsere Studie auch an die Fragestellungen der Preisträger 2011 (Persönlichkeitsstruktur und Affektwahrnehmung) sowie 2004 (Mentalisierungsfähigkeit<sup>24</sup>) an und kann einen wichtigen Beitrag für das Verständnis und die Behandlung dieser chronischen Schmerzerkrankung leisten.

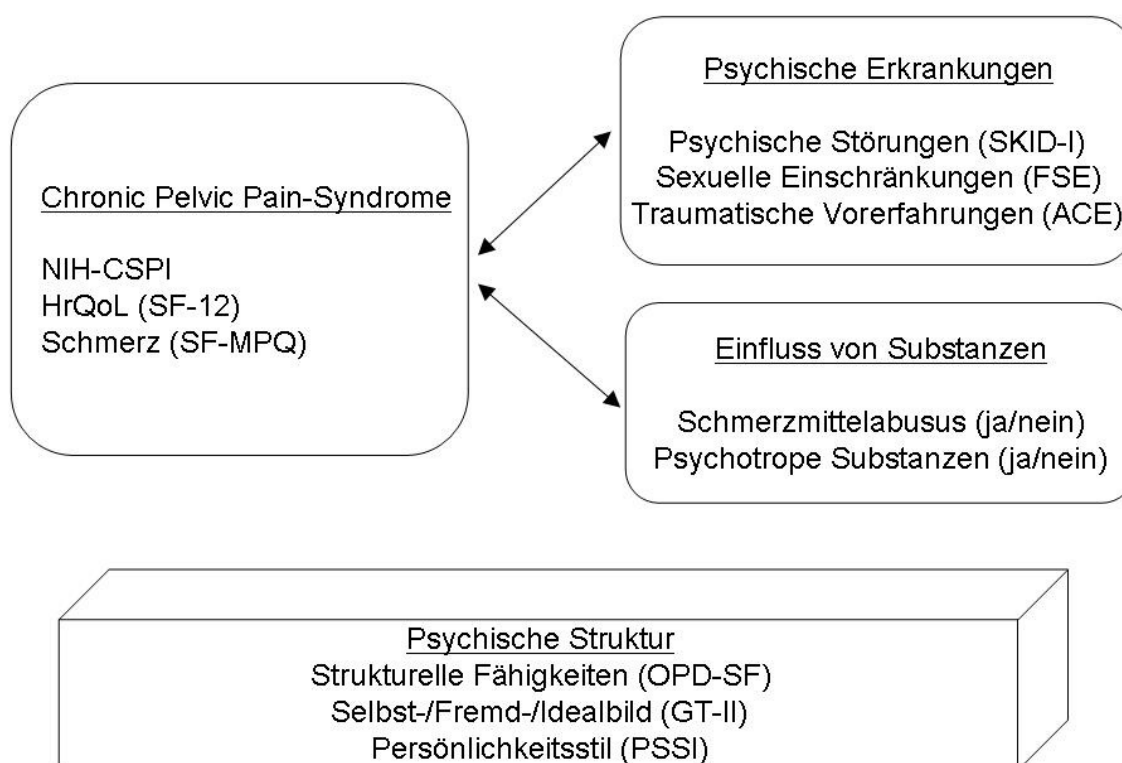
### ***Projektziele und Fragestellung***

Das hier vorgestellte Projekt ist in die Forschungsplattform „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eingebettet. Die Forschungsplattform zeichnet sich durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aus und ermöglicht damit eine im deutschen Sprachraum einzigartige Sprechstunde für Patientinnen und Patienten mit CPPS. Die Sprechstunde umfasst neben einer psychosomatischen Anamnese auch eine regelhafte physiotherapeutische, eine urologische und ggf. eine gynäkologische Abklärung der geschilderten Beschwerden. Bei Bedarf werden weitere Fachdisziplinen konsultiert.

Während die Sprechstunde im Rahmen der Forschungsplattform den Schwerpunkt auf die Abklärung der aktuellen somatischen und psychosomatischen Beschwerden der Patientinnen und Patienten legt, fügt das hier vorgestellte Projekt eine psychodynamische Betrachtungsweise hinzu. Die zugrunde liegende Fragestellung beschäftigt sich mit verschiedenen Aspekten der Persönlichkeit, insbesondere im Hinblick auf die psychische Struktur sowie das Selbst- und Fremdbild der Patientinnen und Patienten. Daraus lassen sich mögliche Einschränkungen in der Selbstwahrnehmung und –steuerung ebenso aufdecken wie Schwierigkeiten in der Gestaltung von Beziehungen. Darüber hinaus sollen verschiedene Variablen zur Beschreibungen komorbid-psychischer Erkrankungen erhoben werden. Auf diesem Wege kann mehr Aufschluss über die Bedeutung struktureller Besonderheiten und

psychischer Erkrankungen für ein umfassenderes Verständnis von Patientinnen und Patienten mit CPPS gewonnen werden.

Die Grundlage unserer Untersuchung bilden theoretische Annahmen über das Zusammenspiel verschiedener psychopathologischer Aspekte, die in Abbildung 1 in einem Modell zusammengefasst sind. Während wir von einer Interaktion der Symptomschwere des CPPS mit bestehenden psychischen Erkrankungen ausgehen, bilden die psychodynamischen Variablen die Basis für das Verständnis der Symptomentstehung und fassen die Schwere der CPPS-Symptomatik ebenso wie die bestehende psychische Ko-Morbidität zusammen. Besonders für den Zusammenhang zwischen Depressivität und Ängstlichkeit mit der Ausprägung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der Symptomschwere (gemessen mit dem Fragebogen des National Institute of Health: NIH-CPSI) existieren erste Belege in der aktuellen Literatur<sup>13</sup>. Bislang wenig untersucht sind dagegen die Zusammenhänge mit grundlegenden psychischen Funktionen, bspw. Affektwarnehmung oder Selbstregulation.



**Abbildung 1: Theoretisches Modell zum Zusammenwirken aktueller somatischer und psychosomatischer Beschwerden auf der Basis einer zugrunde liegenden psychischen Struktur**

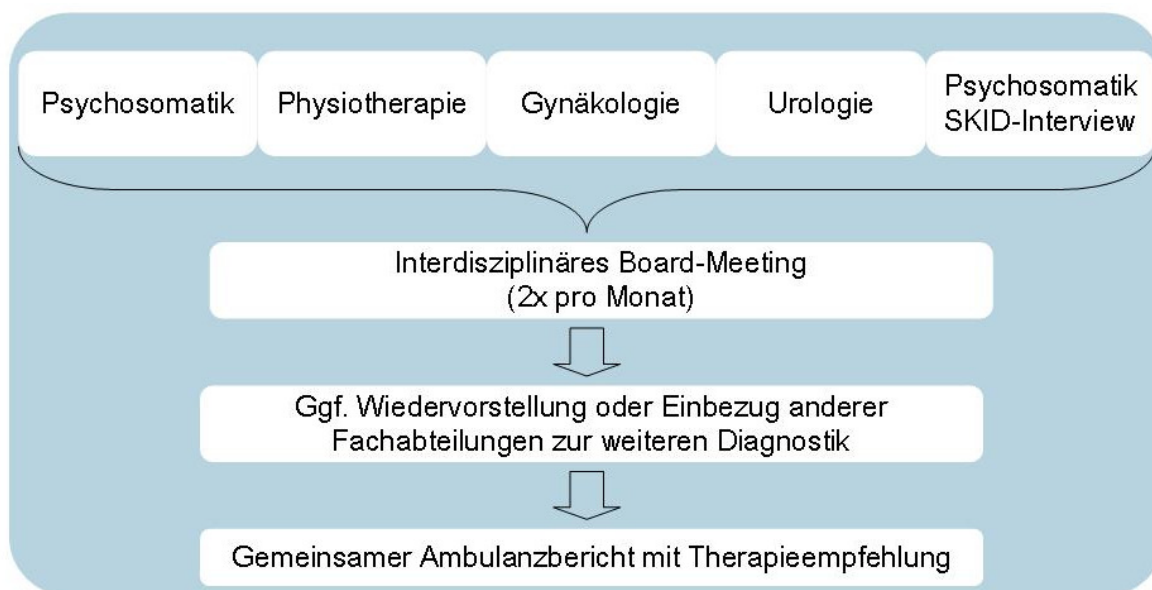


## ***Design und Methodik***

### **Ablauf der Datenerhebung**

Es ist die Erhebung einer anfallenden Stichprobe von Patientinnen und Patienten mit dem Beschwerdebild des CPPS ohne erklärenden somatischen Befund geplant. Die Mehrzahl der Probanden wird durch die Spezialsprechstunde im Rahmen der Forschungsplattform „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ rekrutiert.

Im Rahmen dieser Sprechstunde durchlaufen die Patientinnen und Patienten einen definierten interdisziplinären diagnostischen Algorithmus (vgl. Abb.2). Die Untersuchungen finden im Verlauf eines Tages im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf statt und münden in einer gemeinsamen Fallkonferenz (Board-Meeting) mit einer interdisziplinär abgestimmten Behandlungsempfehlung.



**Abbildung 2: Diagnostischer Algorithmus und Ablauf der Interdisziplinären Spezialsprechstunde**

Der erste Teil besteht aus einem psychosomatischen Erstgespräch, in dem neben den körperlichen Beschwerden auch mögliche psychische Einflussfaktoren erhoben und besprochen werden. Bereits im Vorfeld erhalten alle Patientinnen und Patienten einen Fragebogen per Post zugeschickt, der neben anamnestischen Informationen auch psychometrische Daten erhebt. Nach dem psychosomatischen Erstgespräch wird ein zweiter Fragebogen ausgegeben, der am Ende aller Untersuchungen wieder

eingesammelt wird. Auf diese Weise wird eine Reduktion der Belastung durch das Ausfüllen von Fragebögen für die Patientinnen und Patienten erreicht, gleichzeitig aber auch ein hoher Datenrücklauf sichergestellt.

Im Anschluss an das psychosomatische Erstgespräch findet eine physiotherapeutische Eingangsuntersuchung statt. Des Weiteren werden somatische Differenzialdiagnosen in den Fachabteilungen (Gynäkologie, Urologie) abgeklärt. Zum Abschluss des diagnostischen Algorithmus wird ein standardisiertes psychologisches Interview (SKID) durchgeführt, um ein differenzierteres Bild der aktuellen und früheren psychischen Störungen zu erhalten.

Ein weiterer Teil der Stichprobe soll durch den Aufbau eines Netzwerkes mit niedergelassenen Fachärzten/innen für Gynäkologie und Urologie gewonnen werden. Auf diese Weise können wir den Begrenzungen in der Kapazität unserer Spezialsprechstunde begegnen und eine ausreichend große Stichprobe zur Beantwortung unserer Fragestellung generieren.

Es ist in Abstimmung mit den Fachabteilungen geplant, Anforderungen an eine ambulante Basisdiagnostik zu formulieren, damit der Ausschluss einer somatischen Verursachung der Beschwerden garantiert werden kann.

## ***Methodik***

Nachdem inzwischen die Pilotphase unserer Spezialsprechstunde abgeschlossen ist, konnten bereits Daten 32 Patienten und Patientinnen in die Studie eingeschlossen werden. Darüber hinaus erfüllten weitere 10 Patienten und Patientinnen die Ein- und Ausschlusskriterien nicht. Gründe hierfür waren der Nachweis einer somatischen Pathologie, mangelnde Deutschkenntnisse, fehlende bzw. widerrufenen Einwilligungserklärung oder bestehender Substanzmissbrauch (mit Ausnahme von Medikamenten, Alkohol und Tabak). Die Ausschlussquote beträgt bisher damit ca. 25%.

Um aussagekräftige Ergebnisse unter Berücksichtigung der Anzahl der Prädiktoren zu erhalten, kalkulieren wir mit einer Stichprobengröße von mindestens 130-150 Personen. Abzüglich der bereits eingeschlossenen Patienten und Patientinnen wird somit für die beschriebene Fragestellung der Einschluss weiterer 120 Personen nötig. Unter der Annahme einer Ausschlussquote von 25% entspricht dies einer

akquirierten Anzahl von  $n > 150$  Personen. Die Datenerhebung soll in den 18 Monaten nach dem Förderungsbeginn durch die Marianne Ringler Stiftung stattfinden.

Mit den Daten, die durch die anfallende Stichprobe von  $n > 150$  gewonnen werden, können spezifische psychische Konstellationen und Muster deskriptiv dargestellt und mit den Werten einer gesunden Stichprobe aus der Literatur verglichen werden. Dies Daten zu den gesunden Probanden werden den Publikationen der jeweiligen Messinstrumente entnommen.

Neben diesen Benchmark-Analysen sollen der Einfluss der strukturellen Variablen unter Kontrolle von Symptommaßen auf das subjektive Beschwerdeerleben mittels Regressionsmodellen geprüft werden.

Das Studiendesign wurde durch die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg begutachtet. Das abschließende positive Votum wurde am 08.01.2013 erteilt.

## **Messinstrumente**

Das Vorliegen eines CPPS unter Ausschluss einer somatischen Pathogenese bildet das zentrale Einschlusskriterium und wird durch die Teilnahme an der interdisziplinären Sprechstunde bzw. durch die ambulante Basisdiagnostik bestimmt.

Die CPPS bedingten Beschwerden werden mit folgenden Messinstrumenten definiert:

Die Schwere der Symptomatik wird mit dem **NIH-CPSI** (National Institute of Health - Chronic Prostatitis Symptom Index) in der deutschen Fassung erhoben.<sup>25,26</sup> Es werden ausschließlich Patienten und Patientinnen in die Untersuchung eingeschlossen, die positiv diagnostiziert werden und einen NIH-CPSI-Wert von mindestens 15 der maximalen 43 Punkte aufweisen. Dieser Cut-Off-Wert hat sich als plausibel in der internationalen Forschung zu CPPS erwiesen.<sup>27,28</sup> Der **NIH-CPSI** ist in einem mehrstufigen Prozess durch das „Chronic Prostatitis Collaborative Research Network“ entwickelt worden und beinhaltet drei Dimensionen (Schmerzen, Funktionsfähigkeit des Harntrakts, Lebensqualität) mit insgesamt neun Items. Die Test-Retest-Reliabilität ( $r = 0.83 - 0.93$ ) ist ebenso wie die interne Konsistenz ( $\alpha = 0.86 - 0.91$ ) als hoch zu bewerten. Die externe Validität wurde durch den

Konstruktionsprozess sowie die Überprüfung der diskriminierenden Eigenschaften im Vergleich zu verwandten Erkrankungen sichergestellt.

Die Erfassung der Lebensqualität der Patienten und Patientinnen wird neben dem NHI-CSPI auch mit dem **SF-12** realisiert. Das „12-Item Short-Form Health Survey“ besteht aus 12 Items, die sich auf zwei Skalen (physische und mentale Lebensqualität) verteilen.<sup>29</sup> Die psychometrischen Eigenschaften dieses weitverbreiteten Instruments sind sehr gut.

Das Schmerzerleben wird mit dem Short Form McGill Pain Questionnaire (**SF-MPQ**) erhoben.<sup>30</sup> Es handelt sich um die Kurzform des McGill Pain Questionnaire<sup>31</sup>, bestehend aus 15 Adjektiven, mit denen die sensorische (11 Items) und die emotionale (4 Items) Qualität des Schmerzerlebens auf einer vierstufigen Skala beschrieben werden soll. Ferner erfolgt eine globale Einschätzung der Schwere des Schmerzerlebens mit einer fünfstufigen Skala sowie einer Visuellen Analog-Skala. Die **SF-MPQ** ist ausreichend sensitiv und hinsichtlich seiner psychometrischen Qualität ein verlässliches Instrument.

Die psychische Struktur der Patientinnen und Patienten wird mit verschiedenen Selbstbeurteilungsinstrumenten erfasst.

Die psychische Struktur gemäß der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik wird durch den Strukturfragebogen der OPD (**OPD-SF**) quantifiziert. Es handelt sich hierbei um die Einschätzung der psychischen Struktur aus der Patientenperspektive mit 95 Items. Eine erste Untersuchung offenbart eine gute psychometrische Qualität.<sup>32</sup>

Die Einschätzung des Selbstbilds wird mit dem **Gießen-Test II (GT-II)** erhoben. Die Befragten äußern sich über ihre Grundstimmung, ihr Verhalten und ihre Selbstwahrnehmung. Der **GT-II** ist ein etabliertes Messverfahren, das auf der Basis einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe normiert wurde und 40 Items umfasst.<sup>33</sup>

Das Persönlichkeits-Stil- und –Störungs-Inventar (**PSSI**) erfasst die Ausprägung verschiedener Persönlichkeitsstile. Hierbei findet keine Diagnostik im Sinne anderer Klassifikationssysteme statt, sondern eine Einschätzung auf verschiedenen Dimensionen der Persönlichkeit. Mit 140 Items werden 14 Dimensionen (z.B. liebenswürdig vs. histrionisch) abgebildet. Die Konstruktvalidität sowie die Konsistenzkoeffizienten sind zufriedenstellend belegt.<sup>34</sup>

Das Vorliegen psychischer Ko-Morbidität wird sowohl durch ein strukturiertes klinisches Interview als auch durch Selbstauskunftsinstrumente operationalisiert.

Aktuell bestehende psychische Erkrankungen werden durch das Strukturierte klinische Interview für DSM-IV (**SKID-1**) erhoben und validiert. Das SKID ist ein gut untersuchtes Verfahren zur Objektivierung von Diagnosen, das weltweit eingesetzt wird und eine hohe Akzeptanz besitzt.<sup>35</sup>

Ebenfalls in der strukturierten Anamnese werden geschlechtstypische Störungen hinsichtlich sexueller Lust und Funktionsfähigkeit erfasst. Die Fragen zu Sexuellen Einschränkungen (**FSE**) entstammen der klinischen Erfahrung. Mindestens eine sexuelle Einschränkung wird als positives Ereignis gewertet.

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit werden mit der deutschen Version des „Adverse Childhood Experience Questionnaire“ (**ACE**) erfasst. Es handelt sich mit 10 Fragen um ein Instrument zur Erfassung von frühem Missbrauch und Vernachlässigung. Der Fragebogen weist eine gute Konstruktvalidität auf und ist hinreichend verlässlich.<sup>36</sup>

Aufgrund eines hohen Forschungsdefizits hinsichtlich des Missbrauchs von Substanzen erheben wir verschiedene Bereiche. Schmerzmittelabusus wird durch die Selbstangaben der Patientinnen und Patienten definiert. Das Vorliegen eines Substanzmissbrauchs wird durch den „Alcohol Use Identification Test“ (**Audit-C**) erhoben. Es handelt sich um ein kurzes Screening-Instrument, das aus drei Fragen zum Alkoholkonsum besteht. Es konnte gezeigt werden, dass mittels dieser drei Fragen Alkoholmissbrauch hinreichend gut erkannt wird.<sup>37</sup> Darüber hinaus erfassen wir das Ausmaß der Nikotinabhängigkeit mit dem „Fagerström Test for Nicotine Dependence“ (**FTND**).<sup>38</sup> Der Fagerströmtest misst mit zehn Items das Ausmaß der physischen Abhängigkeit und gilt als weltweit akzeptiertes, psychometrisch ausreichendes Instrument.

### ***Vorläufige Ergebnisse der Pilotphase***

Die Spezialsprechstunde wurde im Oktober 2012 etabliert. Das erste Jahr stellte eine Pilotphase dar, in der die interdisziplinäre Abstimmung, die Justierung der Diagnostik und die organisatorischen Abläufe optimiert wurden. Zudem diente uns die Pilotphase dazu, einen ersten Überblick über die Zusammensetzung unserer Patienten Klientel zu bekommen.

Es wurden bisher 32 Patientinnen und Patienten in die Studie eingeschlossen, die ein Durchschnittsalter von 44 Jahren haben. Dabei ist jedoch eine große Spannweite von 20 bis 74 Jahren zu erkennen. Die Hälfte der Probanden ist weiblich. Die Schmerzen bestehen seit durchschnittlich 6,4 Jahren mit einer Spannweite von wenigen Monaten bis zu 40 Jahren. Auf einer Visuellen Analogskala (0 = schmerzfrei; 100 = denkbar schlimmster Schmerz) liegt der Mittelwert des Schmerzerlebens bei 59.

Diese soziodemographischen Beschreibungen offenbaren eine große Heterogenität, so dass bei einem ausreichend großen Stichprobenumfang Subgruppenanalysen vielversprechend sind, um mehr Aufschluss über die Spezifika der Erkrankung zu erhalten.

Hinsichtlich der psychischen Struktur lassen sich ebenfalls erste Ergebnisse nennen. In der Profilansicht (Abb. 3) lassen sich bereits deskriptiv Abweichungen zu einer gesunden Normierungsstichprobe erkennen. Mittels einer Benchmark-Analyse haben wir darüber hinaus eine statistisch signifikante Abweichung des Gesamtwerts unserer Stichprobe im Vergleich mit der Normstichprobe gefunden ( $T = -5.83$ ;  $p = .000$ ). Aufgrund der geringen Stichprobengröße haben wir die Abweichungen der einzelnen strukturellen Dimensionen noch nicht auf statistische Signifikanz getestet. Mit einer größeren Stichprobe kann so jedoch ein besseres Bild über die strukturellen Spezifika von Patientinnen und Patienten mit CPPS gewonnen werden.

Exemplarisch werden zudem noch die Rohwerte für die Skalen des Gießen-Test-II im Vergleich zur Normstichprobe berichtet. Dabei zeigen sich signifikante Unterschiede auf den Skalen „Dominanz“ ( $T = -2.29$ ;  $p = .032$ ), „Grundstimmung“ ( $T = 3.26$ ;  $p = .003$ ) sowie „Soziale Potenz“ ( $T = -2.11$ ;  $p = .046$ ). Die Skala „Dominanz“ beschreibt die Selbsteinschätzung als dominante bzw. als gefügige Person. Im Vergleich zur Normstichprobe weisen unsere Patientinnen und Patienten eine erhöhte Aggressivität und Impulsivität auf. Gemäß den Autoren<sup>33</sup> bilden sich auf der Skala vornehmlich anale Züge sadomasochistischer Prägung ab. Der innere Konfliktdruck wird im Sinne einer interpersonellen Abwehr vorwiegend an unterwürfigen Partnern ab. Patientinnen und Patienten mit psychogenen Störungen werden mit eben jener Ausprägung erwartet. Die Grundstimmung ist erhöht depressiv. Die Patientinnen und Patienten unserer Stichprobe erweisen sich als sozial potenter als die Normstichprobe. Dies wiederum spricht gemäß dem GT-II – Manual für eine gesunde Entwicklung mit Flexibilität in und Interesse an sozialen Kontakten.

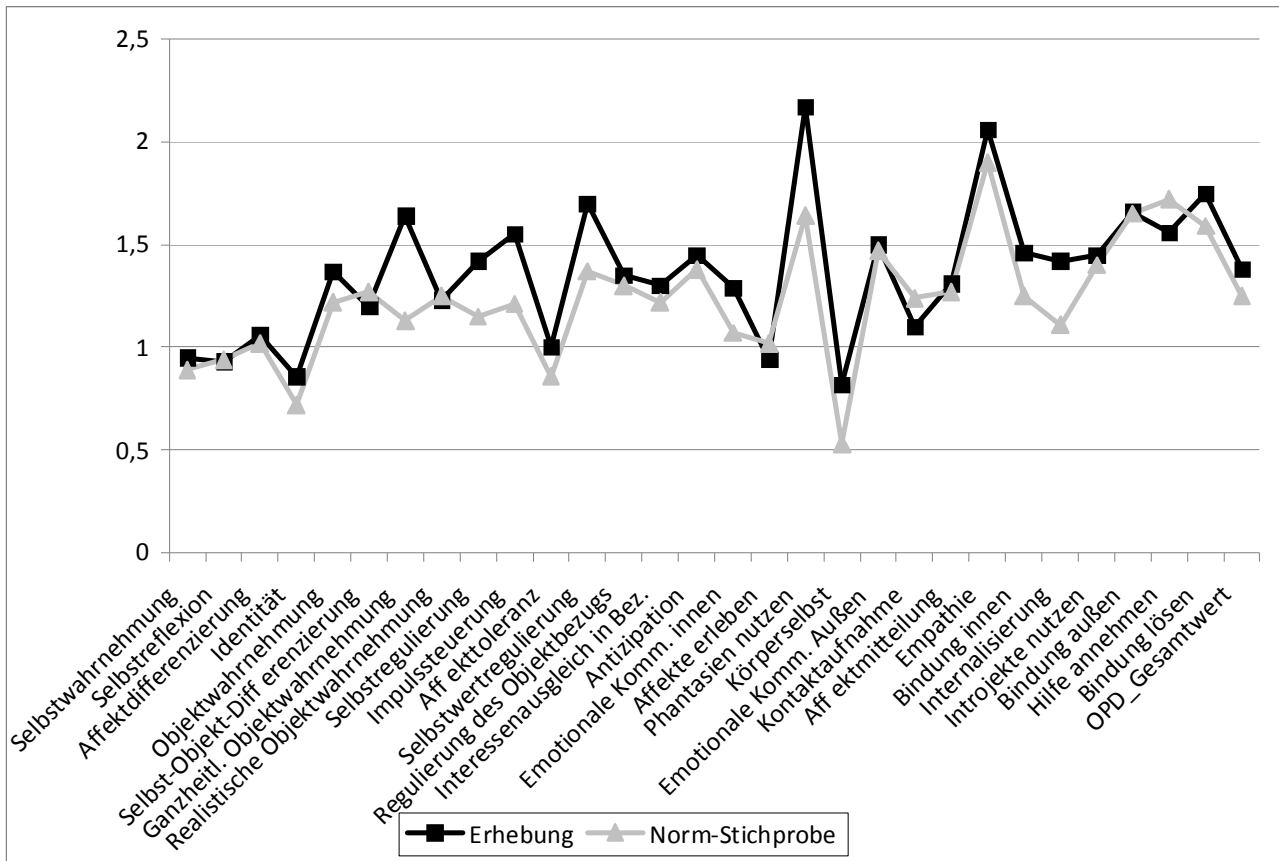


Abbildung 3: OPD-SF – Profil der Patientinnen und Patienten der Spezialsprechstunde im Vergleich mit einer gesunden Kontrollstichprobe aus einer Untersuchung von Ehrenthal et al.<sup>32</sup>

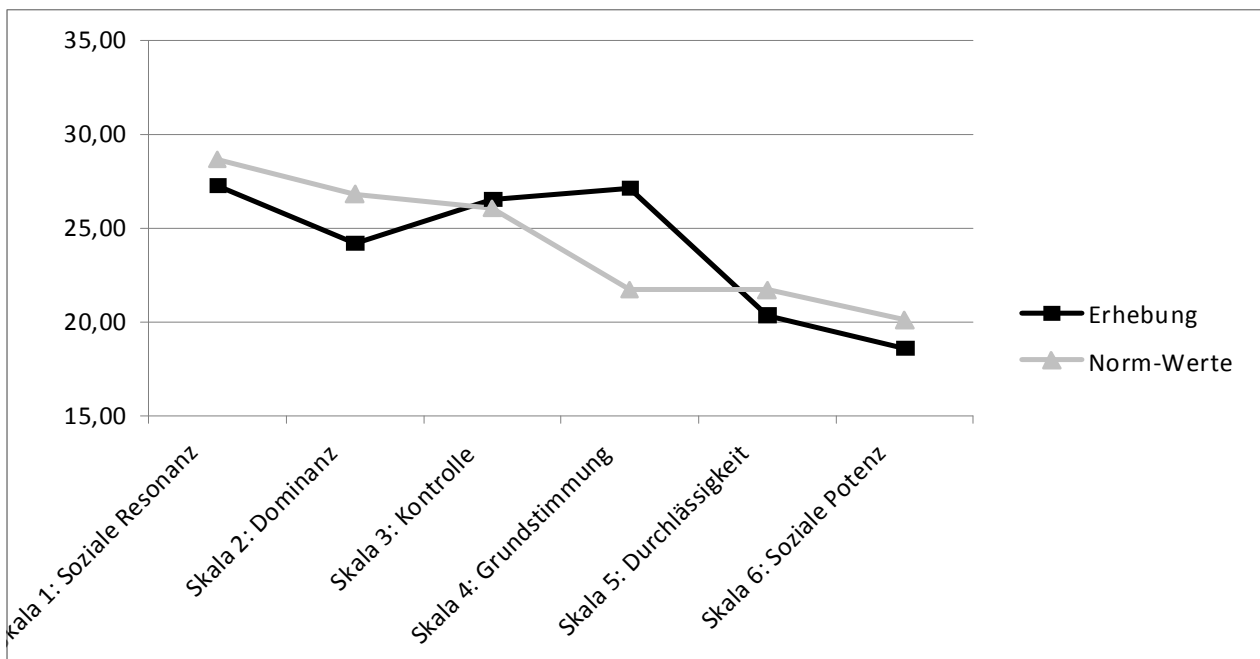


Abbildung 4: GT-II – Profil der Patientinnen und Patienten der Spezialsprechstunde im Gießen-Test-II im Vergleich mit der Normstichprobe von Beckmann et al.<sup>33</sup>

### ***Relevanz der Studie***

Das Chronic Pelvic Pain Syndrome ist ein Krankheitsbild mit hohen Prävalenzraten bei gleichzeitig mangelndem Wissen über die Pathogenese und die Behandlung. Mit der hier vorgestellten Studie können wir Daten über Besonderheiten der psychischen Struktur sowie des Selbstbildes und der Persönlichkeitsstile bei Patientinnen und Patienten gewinnen. Im Sinne der Grundlagenforschung wird auf diese Weise die Frage beantwortet, ob strukturelle Einschränkungen gehäuft als Ursache des CPPS angenommen werden können. Darüber hinaus wird die Interaktion zwischen den psychodynamischen Konstrukten und den Symptommaßen sowie den ko-morbid-psychischen Erkrankungen erhoben.

Neben einer differenzierten Charakterisierung der Patientenklientel aus psychologisch-psychodynamischer Sicht dienen die gewonnenen Daten auch dazu, therapeutische Strategien abzustimmen und in einer Serie von Studien der Evidenzprüfung zu unterziehen. Somit kann die vorgestellte Studie als einer der Basis-Bausteine in einer strategischen Forschungsplanung verstanden werden, die in verschiedenen Schritten in einer randomisiert-kontrollierten Überprüfung eines interdisziplinären Therapieansatzes münden wird.



## ***Eigene Vorarbeiten***

### Originalarbeiten:

- 1) Riegel B & Bruenahl CA, Ahyai S, Bingel U, Fisch M, Löwe B (submitted). Are psychosocial factors associated with Chronic Pelvic Pain (CPPS) in men? – A systematic review.
- 2) Bruenahl CA & Riegel B, Höink J, Eichelberg E, Kutup A, Löwe B (submitted). Chronisches Unterbauchschmerzsyndrom (Chronic pelvic pain syndrome, CPPS): Psychologische Faktoren einer nahezu unerforschten Volkskrankheit.

### Veranstaltetes Symposium

Chronisches Unterbauchschmerz-Syndrom – Eine nahezu unerforschte Volkskrankheit. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 05.09.2013. Veranstalter: Löwe, B; Bruenahl, C & Riegel, B.

### Kongressbeitrag

Riegel, B., Bruenahl, C & Löwe, B. Psychosocial Mechanisms contributing to the Etiology and Maintenance of Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS) in men. 1<sup>st</sup> World Congress on Abdominal & Pelvic Pain; Amsterdam 30.5.-01.06.2013

**Literaturverzeichnis**

1. Lippman, S. A. et al. Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. *Fertil. Steril.* 80, 1488–1494 (2003).
2. Grace, V. M. & Zondervan, K. T. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust N Z J Public Health* 28, 369–375 (2004).
3. Zondervan, K. T. et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract* 51, 541–547 (2001).
4. Zondervan, K. T. et al. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol* 106, 1149–1155 (1999).
5. Mathias, S. D., Kuppermann, M., Liberman, R. F., Lipschutz, R. C. & Steege, J. F. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 87, 321–327 (1996).
6. Marszalek, M. et al. Chronic Pelvic Pain and Lower Urinary Tract Symptoms in Both Sexes: Analysis of 2749 Participants of an Urban Health Screening Project. *European Urology* 55, 499–508 (2009).
7. Pitts, M., Ferris, J., Smith, A., Shelley, J. & Richters, J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian men. *J Sex Med* 5, 1223–1229 (2008).
8. Beutel, M. E., Weidner, W. & Brähler, E. [Chronic pelvic pain and its comorbidity]. *Urologe A* 43, 261–267 (2004).
9. Collins, M. M., Stafford, R. S., O’Leary, M. P. & Barry, M. J. How common is prostatitis? A national survey of physician visits. *J. Urol.* 159, 1224–1228 (1998).
10. Nickel, J. C., Nyberg, L. M. & Hennenfent, M. Research guidelines for chronic prostatitis: consensus report from the First National Institutes of Health International Prostatitis Collaborative Network. *Urology* 54, 229–233 (1999).

11. Baranowski, A. P. Chronic pelvic pain. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 23, 593–610 (2009).
12. Pontari, M. A. & Ruggieri, M. R. Mechanisms in Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *The Journal of Urology* 179, S61–S67 (2008).
13. Riegel, B. et al. Are Psychosocial Factors Associated with Chronic Pelvic Pain in Men? A Systematic Review. (submitted).
14. Chung, S.-D. & Lin, H.-C. Association between Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome and Anxiety Disorder: A Population-Based Study. *PLoS ONE* 8, e64630 (2013).
15. Bodden-Heidrich, R., Küppers, V., Beckmann, M. W., Rechenberger, I. & Bender, H. G. Chronic pelvic pain syndrome (CPPS) and chronic vulvar pain syndrome (CVPS): evaluation of psychosomatic aspects. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 20, 145–151 (1999).
16. Postma, R., Bicanic, I., van der Vaart, H. & Laan, E. Pelvic floor muscle problems mediate sexual problems in young adult rape victims. *J Sex Med* 10, 1978–1987 (2013).
17. Mayson, B. E. & Teichman, J. M. H. The relationship between sexual abuse and interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Curr Urol Rep* 10, 441–447 (2009).
18. Fischer-Kern, M. et al. [The psychic structure of chronic pain patients]. *Z Psychosom Med Psychother* 56, 34–46 (2010).
19. Anderson, R. U., Sawyer, T., Wise, D., Morey, A. & Nathanson, B. H. Painful myofascial trigger points and pain sites in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J. Urol.* 182, 2753–2758 (2009).
20. Anderson, R. U., Wise, D., Sawyer, T. & Chan, C. Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men. *J. Urol.* 174, 155–160 (2005).
21. Anderson, R. U., Wise, D., Sawyer, T., Glowe, P. & Orenberg, E. K. 6-day intensive treatment protocol for refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain

- syndrome using myofascial release and paradoxical relaxation training. *J. Urol.* 185, 1294–1299 (2011).
22. Nickel, J. C., Mullins, C. & Tripp, D. A. Development of an evidence-based cognitive behavioral treatment program for men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol* 26, 167–172 (2008).
  23. Tripp, D. A., Nickel, J. C. & Katz, L. A feasibility trial of a cognitive-behavioural symptom management program for chronic pelvic pain for men with refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Can Urol Assoc J* 5, 328–332 (2011).
  24. Leithner-Dziubas, K., Blüml, V., Naderer, A., Tmej, A. & Fischer-Kern, M. [Mentalization and bonding in chronic pelvic pain patients: a pilot study]. *Z Psychosom Med Psychother* 56, 179–190 (2010).
  25. Litwin, M. S. et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J. Urol.* 162, 369–375 (1999).
  26. Schneider, H. et al. Two-year experience with the german-translated version of the NIH-CPSI in patients with CP/CPPS. *Urology* 63, 1027–1030 (2004).
  27. Farmer, M. A. et al. Brain Functional and Anatomical Changes in Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *The Journal of Urology* 186, 117–124 (2011).
  28. Propert, K. J. et al. Responsiveness of the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI). *Qual Life Res* 15, 299–305 (2006).
  29. Ware, J., Jr, Kosinski, M. & Keller, S. D. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 34, 220–233 (1996).
  30. Melzack, R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain* 30, 191–197 (1987).
  31. Melzack, R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1, 277–299 (1975).

32. Ehrental, J. et al. Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 62, 25–32 (2012).
33. Beckmann, D., Brähler, H. & Richter, H. E. Gießen-Test - II. (Hans Huber, 2012).
34. Kuhl, J. & Kazen, M. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI). (Hogrefe, 1997).
35. Wittchen, H., Zaudig, M. & Fydrich T. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID), Achse 1. [Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), Axis 1 Disorders]. (Hogrefe, 1997).
36. Wingenfeld, K. et al. Reliable, valide und ökonomische Erfassung früherer Traumatisierung: Erste psychometrische Charakterisierung der deutschen Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 61, e10–e14 (2010).
37. Bush, K. et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine* 158, 1789 (1998).
38. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerstrom, K.-O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 86, 1119–1127 (1991).

## **Kostenplan**

Das Preisgeld in Höhe von 3000,- soll für den Aufbau des Netzwerkes ambulanter Behandler sowie zur Unterstützung der Datenerhebung bei den dadurch rekrutierten Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

Die Forschungsplattform „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ wird durch die PRANA-Stiftung im Stifterverband für die deutsche Wissenschaft finanziert. Die Durchführung der Sprechstunde wird vorwiegend durch den Einsatz von Eigenmitteln des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf realisiert.

Die finanzielle Förderung durch den Marianne-Ringler-Preis stellt damit eine Möglichkeit dar, die Forschungsaktivitäten mit Hinblick auf die beschriebene Fragestellung zu erweitern und ein größeres Patientenkollektiv zu erreichen. Folgende Kosten werden dabei veranschlagt:

(1) 6 Monate Wissenschaftliche Hilfskraft á 20h / Monat:

6 x 20h x 13,20€ € 1584,-

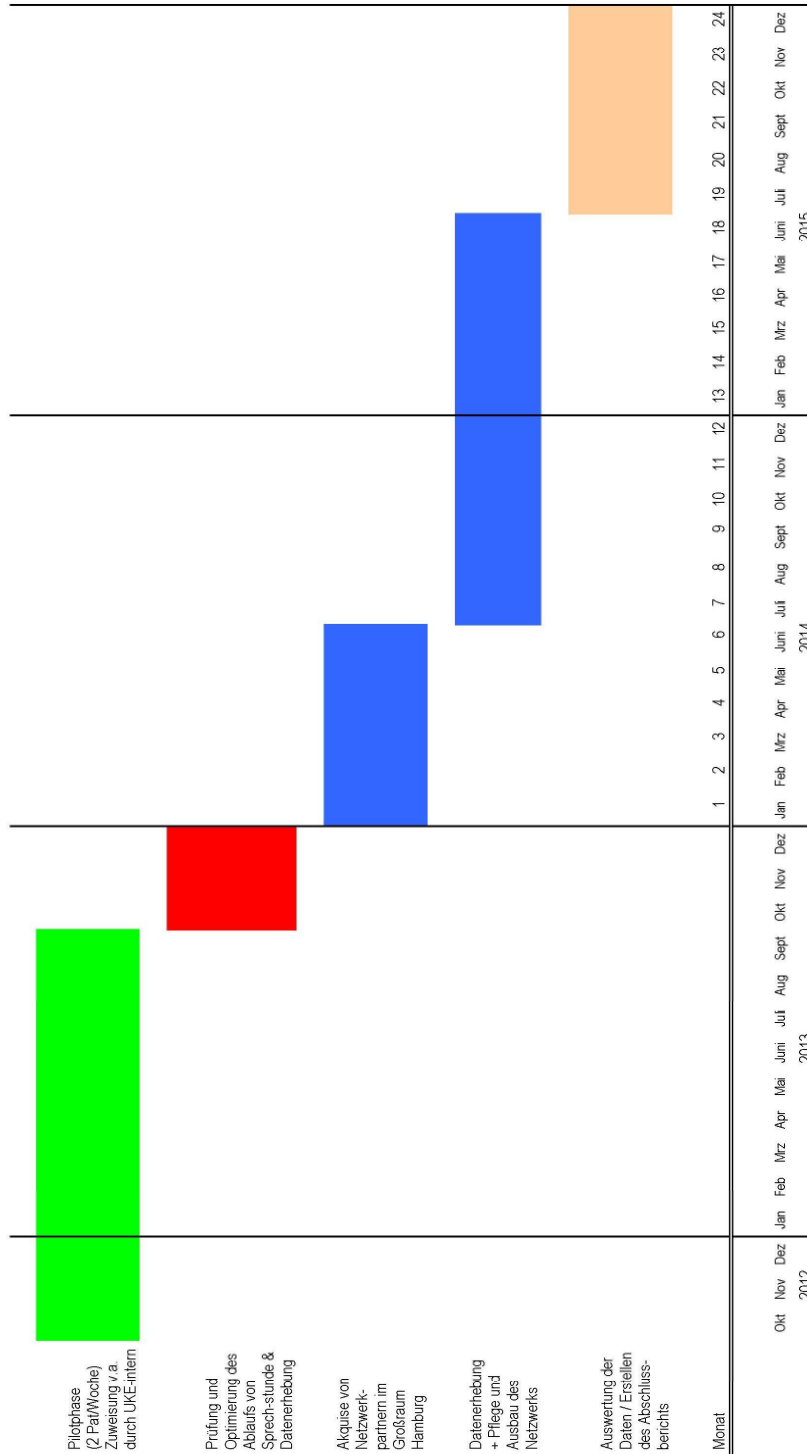
(2) 12 Monate Wissenschaftliche Hilfskraft á 9h / Monat:

12 x 9h x 13,20€ € 1425,60

**Gesamtsumme: € 3009,60**

Wir gehen davon aus, dass die Akquise der zukünftigen Netzwerkpartner mehr Zeit in Anspruch nimmt und daher in den ersten 6 Monaten mehr Hilfskraft-Stunden zur Unterstützung benötigt werden. Die Pflege des Netzwerks sowie die Begleitung der Datenerhebung in den dann folgenden 12 Monaten nimmt ein geringeres Zeitkontingent in Anspruch.

**Zeitplan**



**Abbildung 5: Zeitlicher Verlauf des Projekte bis September 2013 und Zeitplan bis 2015 inklusive der beschriebenen 18 monatigen Förderdauer**