

„Zeitgerechte Maßnahmen bringen verbesserte Lebens- und Arbeitsqualität“

Brigitte Hueber

Modul 7 AEIOU

Executive Summary

Ausgehend von der Tatsache, dass eine Vielzahl von Personen an psychosomatischen Beschwerden leidet und dadurch arbeitsmäßig und sozial aus der Norm fällt, hat INSOP einen Therapieblock (12-15 Einzelsitzungen) zusammengestellt, der gezielt die Beschwerden der leidenden Personen erfasst und deren Zustand zu bessern versucht.

Die bisher durchgeführten statistischen Auswertungen zeigen eine signifikante Verbesserung des subjektiven Wohlfühles der PatientInnen. Somit konnten Krankenstände abgebrochen werden, Arbeitslosigkeit und Notstandshilfen wurden beendet. Arbeitstätige waren wieder voll einsatzfähig und mussten keinen Krankenstand antreten.

1. Ausgangslage:

Berufliche und familiäre Überbelastungen können psychische Folgeerscheinungen auslösen. Aufgrund neuester Untersuchungen weiß man dass 60% bis 80% (Tress et al. 1997) sämtlicher Erkrankungen eine psychische Mitbeteiligung aufweisen.

Stress addiert sich und kann bei lang anhaltender Überforderung zu körperlichen Beschwerden führen. Hält diese Disbalance an, sind chronische körperliche Beschwerden eine Folgeerscheinung.

Im Projekt EQUAL in der Entwicklungspartnerschaft AEIOU wurde die Möglichkeit geschaffen mit einem speziellen Therapieblock die TeilnehmerInnen einer Behandlung zuzuführen.

2. Ziel

Ziel dieses Projektes ist es u.a. Anhaltspunkte zur Abschätzung möglicher Hinweise gesundheitsökonomischer Wirkungen von früher extramuraler Intervention bei psychosomatischen Beschwerden zu finden. Die erkrankten PatientInnen sollen nach Möglichkeit wieder ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden erlangen.

3. Operationalisierung

Als erstes wurden Räumlichkeiten gesucht, Geräte besorgt und Kollegen welche Klinische- und Gesundheitspsychologen sind zur

Mitarbeit aufgefordert. Einzelne Firmen erhielten die Information, dass bei INSOP ein gefördertes Pilotprojekt läuft, zu dem gestresste Mitarbeiter eingeladen werden, ihre Beschwerden kostengünstig und anonym behandeln zu lassen.

Die angekündigte anonyme Behandlung der PatientInnen ist ein wichtiger Grund bei der Annahme der Therapie. Immer noch wird alles was mit „Psych“ in Zusammenhang gebracht wird, von den PatientInnen negativ besetzt, sie fürchten eine Stigmatisierung durch KollegInnen oder Familienmitglieder und fürchten um ihren Arbeitsplatz. Viele PatientInnen kommen über die Information durch Personalchefs, oder durch Folder die bei Ärzten und entsprechenden Institutionen aufliegen zur Therapie. Das Modul AEIOU 4/6 Beratungsstelle „Service Arbeit und Gesundheit“ hat zahlreiche PatientInnen überwiesen ebenso das AMS und einige TeilnehmerInnen kamen aus der Empowermentgruppe „Forschungs- und Beratungsstelle Humane Arbeitswelt“ (AEIOU Modul 2) zur Therapie.

Nun wurde das Statistikkonzept erstellt, welches laufend Verbesserungen erfährt. Subjektive Parameter wie Intensität der Beschwerden, Besserungseindrücke und somatische Beschwerden werden bei jeder PatientIn erfragt. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Dauer der Beschwerden und diagnostische Parameter werden festgehalten. Die Verteilung der Geschlechter wird festgehalten.

4. Methode

4.1.. Stichprobe

Die Entwicklungspartnerschaft AEIOU (Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen) besteht aus 7 Modulen. INSOP hat das Modul 7 „Arbeitsmäßige und soziale Reintegration“. Die ProbandInnen für die Förderung durch die EP AEIOU und des Europäischen Sozialfonds sowie des Bundessozialamtes sollen im arbeitsfähigen Alter sein.

Durch die Altersbegrenzung ist die Stichprobe relativ homogen. Zu den ProbandInnen gehören Arbeitstätige die durch Belastung psychosomatische Beschwerden aufweisen und präventiv oder kurativ diesen Behandlungsblock konsumieren, um einen möglichen Krankenstand zu vermeiden. Weiters sind Arbeitsuchende, Notstandshilfeempfänger und LangzeitkrankenstandspatintInnen mit psychosomatischen Beschwerden TeilnehmerInnen dieses Projektes.

Der Ansatz der Behandlung wird in Anlage und Durchführung einer umfassenden Evaluation zugeführt. Dies umfasst die Erarbeitung einer über die üblichen Krankheitssystematik hinausgehende Dokumentation, deren Erstbeschwerden, die Behandlungsdauer, Intensität und die Messung an relevanten Outcome-Parametern. Dazu zählen die Intensität und Dauer des Leidensdruckes und die Besserung der Gesamtsymptomatik. Die Effektivität der Intervention als Wirkungsevaluation wird als Basis für die gesundheitsökonomische Evaluation betrachtet, die ebenfalls angeschlossen wird. Dabei wird die Hypothese untersucht, demzufolge die extramurale Intervention für das Gesamtsystem (das Gesundheitswesen) nur einen Bruchteil der Gesamtkosten ausmacht bei gleichzeitiger Schonung der Lebensumstände des Großteils der Behandelten (kein stationäre Aufnahme sowie Arbeitsausfall samt Erregung einer betrieblichen innerorganisatorischen Aufmerksamkeit).

Der innovative Ansatz besteht auch in der Einbindung einer Intervention (Biofeedback), die sich noch nicht gänzlich als anerkannte Interventionsform etabliert hat, jedoch auch in Krankenanstalten im Rahmen von Aufenthalten einer großen Wirkung zugestanden wird.

Es wird versucht die körperlichen, psychischen und sozialen Zeichen der ProbandInnen zu bearbeiten.

4.2. Messinstrumente

Die aktuellen Behandlungen werden statistisch mittels SPSS erfasst, wobei 16 Diagnosevariationen, die Dauer und Intensität der Beschwerden in 5 Stufen beschrieben werden. Die Stufen werden nach Erfüllung von Kriterien nach DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) gemessen.

Die Biofeedbackmethode besteht in einer kontinuierlichen zeitgleichen optischen Rückmeldung der Messung von Muskelaktivität, Herzrate, periphere Durchblutung, Atemfunktion, Schweißdrüsenaktivität als allgemeines Maß für autonome Erregung, Haut- und Körpertemperatur. PatientInnen können somit positive Änderungen der Körperfunktionen beeinflussen lernen.

Coaching und psychotherapeutische Intervention ist nicht unmittelbar messbar da dies qualitative Daten sind.

In der ersten Sitzung eines Behandlungsblocks wird die Intensität der Beschwerden durch die Diagnosekriterien des DSM-IV festgestellt. Auf diese Art ergeben sich folgende Skalenwerte.

Bei z.B.: **Phobien** und Panikstörungen werden die Anzahl der erfüllten Symptome zur Intensitätsmessung herangezogen.

- 11 – 13 Symptome, die von den PatientInnen wahrgenommen werden, ergeben den Intensitätsskalenwert 5 . (intensivste Leidensstufe)
- 9 - 10 Symptome ergaben Stufe 4 der Intensitätsskala
- 7 – 8 Symptome ergaben Stufe 3 der Intensitätsskala
- 4 – 6 Symptome ergaben Stufe 2 der Intensitätsskala
- 3 - 0 Symptome ergaben den Skalenwert 1 der Intensitätsskala bzw. als gänzlich gebessert

Da viele PatientInnen mehrere Beschwerden aufwiesen (zusätzlich Depression, zwanghafte Symptome, Verspannungen, bis zu 27 Diagnosevariationen), ist hier eine detaillierte Auswertung noch nicht möglich, da die Anzahl der Behandelten für eine seriöse statistische Auswertung noch nicht reicht.

Die Vorgabe des FAPK (Fragebogen zur Abschätzung Psychosomatischen Krankheitsgeschehens , Hogrefe) wird in der ersten Sitzung vorgelegt. Dieser Test wurde in der 15. Sitzung nochmals vorgelegt, um die Veränderung zum Behandlungsbeginn festzustellen. Diese Testung wurde wegen mangelnder Compliance bei den PatientInnen wieder verworfen. Der 16-PF (16 Persönlichkeits- Faktoren Test) wies ebenso zu wenig Compliance bei den PatientInnen auf.

Um den Einfluss der Persönlichkeit auf die Beschreibung der Beschwerden zu messen wurde ein weiterer Persönlichkeitstest vorgelegt. Es wird zur Zeit der FPI-R (Freiburger Persönlichkeitsinventar) vorgelegt die Staninwerte gelten als Messwert.

4.3. Ablauf

Im Erstgespräch findet mithilfe des Anamnesegesprächs und den in 5.2.genannten Messverfahren eine Klärung der Diagnosen statt.

Die TeilnehmerInnen kommen einmal pro Woche zur Sitzung in das Institut für somatische Psychologie.

Wichtig ist dass eine/ein TherapeutIn alle Sitzungen mit einer TeilnehmerIn durchführt. Dies dient dem raschen Vertrauensaufbau. Die TherapeutIn sieht somit bald was kann die PatientIn schon und worin kann man sie weiter fördern.

Die Einzelsitzungen werden individuell dem PatientInnenbedarf angepasst. Etwa 50% der Zeit einer Einzelsitzung wird mit Biofeedbacktraining verbracht, die restlichen 50% der Zeit einer Einzelsitzung dient der Ressourcenorientierung der ProbandInnen und das Erarbeiten von Lösungsstrategien der jeweiligen Probleme.

Traumatisierte PatientInnen wird das Gefühl vermittelt Kontrolle über ihre inneren und äußeren Prozesse zu entwickeln und zu behalten. Die Traumata werden nicht reaktiviert sondern der psychische Zustand wird einer Stabilisierung zugeführt.

Z.B. Hilfe bei Jobsuche, Mobbing, familiären Problemen, sexuellen Problemen, Selbstwertproblemen etc. In der Folge werden in diesen Fällen Kommunikationstechniken, Konfliktlösungsstrategien Gruppendynamikabläufe, Mobbingberatung vermittelt. Bei beruflichen Themen wird das Coaching oft Schwerpunkt und die PatientInnen werden dahingehend trainiert, dass sie in ihrem Auftreten, im Umgang mit Mobbern, im Bewältigen von Misshandlungen etc beraten werden.

Sehr hilfreich erwies sich die Anwendung des Katathymen Bilderns zur Implementierung von Probehandlungen. Die Fokussierung auf Wunschbilder erzeugt psychophysiologische Realität und damit werden die TeilnehmerInnen mental in der Problembewältigung trainiert. (Man denke nur an die Reaktionen eines Traumes)

Der Verlauf der Biofeedbacksitzungen wurde verglichen und der individuelle Erfolg, der sich in den Entspannungsparametern zeigt festgehalten. Das Erlernen von Entspannung hat sich in vielen Fällen als sinnvolle Voraussetzung zur Therapie gezeigt.

5. Ergebnisse

Insgesamt waren 27 TeilnehmerInnen von 104 TN Arbeitsuchende oder im Langzeitkrankenstand. Nach der Therapie konnten 22 TeilnehmerInnen dahingehend motiviert werden, dass sie wieder in ein Dienstverhältnis eingetreten sind. 5 TeilnehmerInnen konnten nicht mehr in den Arbeitsprozess rückgeführt werden.

5.1 Gesamtgruppe:

Die Auswertung der therapeutischen Intervention in der gesamten Gruppe zeigt signifikante Ergebnisse im Behandlungserfolg.

Diagnoseverteilung der Gesamtstichprobe(5 Gruppen)

Diagnose ICD 10

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Angsterkrankung	64	54,2	54,2	54,2
Muskelverspannung	7	5,9	5,9	60,2
Bluthochdruck	2	1,7	1,7	61,9
Schmerzen	2	1,7	1,7	63,6
Migräne	1	,8	,8	64,4
Allgemeiner Streß	7	5,9	5,9	70,3
Schlafstörung	14	11,9	11,9	82,2
Bruxismus-Zähneknirschen	1	,8	,8	83,1
Konzentrationsstörung	3	2,5	2,5	85,6
affektive Störung	17	14,4	14,4	100,0
Gesamt	118	100,0	100,0	

Behandlungsbeginn

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig schwach bis mittel	2	1,7	1,7	1,7
mittel	12	10,2	10,2	11,9
mittel bis stark	32	27,1	27,1	39,0
starke beschwerden	72	61,0	61,0	100,0
Gesamt	118	100,0	100,0	

Abb.: Beschwerdeintensität zu Behandlungsbeginn in der Gesamtgruppe

Beschwerden zu Therapieende

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig gänzliche besserung	71	60,2	60,2	60,2
wesentliche besserung	30	25,4	25,4	85,6
besserung	12	10,2	10,2	95,8
spärliche besserung	5	4,2	4,2	100,0
Gesamt	118	100,0	100,0	

Abb.: Beschwerdeintensität zu Therapieende der Gesamtgruppe

Test bei gepaarten Stichproben

	Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
				Untere	Obere			
Paaren Behandlungsbeginn Beschwerden zu Therapieende	2,8898	,9677	8,909E-02	2,7134	3,0663	32,439	117	,000

Abb.: Mittelwertsvergleich: Symptomminderung zu Therapieende ist hochsignifikant.
Geschlecht

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig weiblich	68	57,6	57,6	57,6
männlich	50	42,4	42,4	100,0
Gesamt	118	100,0	100,0	

Abb.: Aufteilung der Geschlechter
Krankenstand

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keinen Krankenstand angenommen	82	69,5	70,7	70,7
Krankenstand wegen der Beschwerden konsumiert	34	28,8	29,3	100,0
Gesamt	116	98,3	100,0	
Fehlend System	2	1,7		
Gesamt	118	100,0		

Arbeitslos

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig berufstätig	85	72,0	72,6	72,6
arbeitslos gemeldet	20	16,9	17,1	89,7
Langzeitarbeitslos (über 1 Jahr)	12	10,2	10,3	100,0
Gesamt	117	99,2	100,0	
Fehlend System	1	,8		
Gesamt	118	100,0		

Abb.: Arbeitslosigkeit der TeilnehmerInnen zu Therapiebeginn

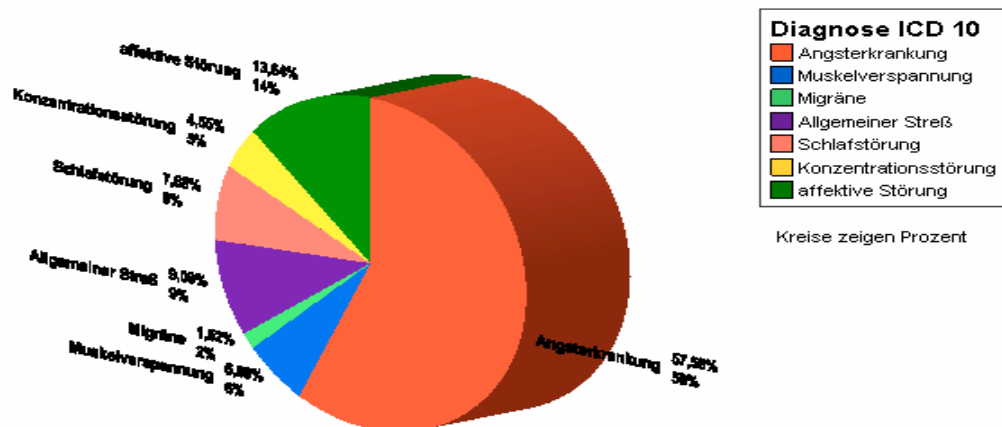
5.2. Diagnoseverteilung der weiblichen Stichprobe:

Diagnose ICD 10

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Angsterkrankung	38	57,6	57,6	57,6
Muskelverspannung	4	6,1	6,1	63,6
Migräne	1	1,5	1,5	65,2
Allgemeiner Streß	6	9,1	9,1	74,2
Schlafstörung	5	7,6	7,6	81,8
Konzentrationsstörung	3	4,5	4,5	86,4
affektive Störung	9	13,6	13,6	100,0
Gesamt	66	100,0	100,0	

Die Diagnosehäufigkeit bei Frauen lag mit 58,8% Angsterkrankungen und 7,4% mit Schlafstörung an erster Stelle. Es folgten Stress, Konzentrationsstörungen, Muskelverspannungen und Migräne.

Diagnoseverteilung bei Frauen



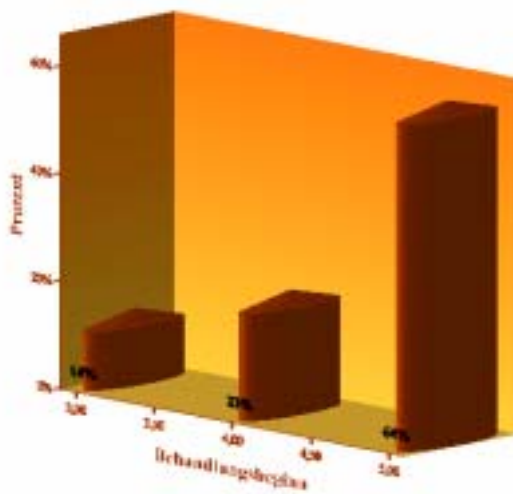
Die weiblichen TeilnehmerInnen waren mit 57,6% wesentlich stärker vertreten gegenüber den männlichen Probanden mit 42,4%. Die Männer reagieren auf

„Psych“ als Stigmatisierung sensibler. Möglicherweise nehmen sie Beschwerden psychosomatischer Art erst später wahr.

Bei den Frauen kamen 86,7% mit starken Beschwerden (Stufe 5) zur Behandlung.

Bei Männern lagen die starken Beschwerden zu Beginn bei 90,0%, also höher.

Abb: Beschwerden zu Beginn der Behandlung bei Frauen



Die intensivste Beschwerdenklasse 5 war mit 63,2% vertreten, starken Leidensdruck empfanden 23,5% und mittlere Beschwerden hatten 13,2%. Geringe Beschwerden, also Anfangsstadien waren nicht vertreten.

Behandlungsbeginn

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig mittel	9	13,6	13,6	13,6
mittel bis stark	15	22,7	22,7	36,4
starke beschwerden	42	63,6	63,6	100,0
Gesamt	66	100,0	100,0	

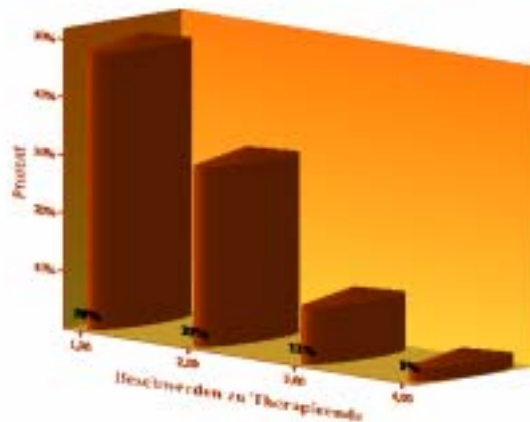
Zu Therapieende fühlten sich 51,5% völlig geheilt und 32,4% wesentlich gebessert.

Das ergibt 83,3 % erfolgreiche Therapien. Zählt man die Gebesserten hinzu, ergibt dieses 95,5% verbesserte Lebensqualität bei den weiblichen ProbandInnen.

Beschwerden zu Therapieende

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig gänzliche besserung	35	51,5	51,5	51,5
wesentliche besserung	22	32,4	32,4	83,8
besserung	8	11,8	11,8	95,6
spärliche besserung	3	4,4	4,4	100,0
Gesamt	68	100,0	100,0	

Abb: Beschwerden zu Ende der Behandlung bei Frauen



Zu Therapieende war die Intensitätsgruppe 5 nicht mehr vertreten und 50% fühlten sich völlig geheilt.

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

	N	Korrelation	Signifikanz
Paaren Behandlungsbeginn & Beschwerden zu Therapieende	66	,259	,036

Test bei gepaarten Stichproben

	Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	5% Konfidenzintervall der Differenz				
				Untere	Obere			
Paaren Behandlungsbeginn Beschwerden zu Therapieende	2,7879	,9690	,1193	2,5497	3,0261	23,374	65	,000

Abb.: Mittelwertsvergleich Frauen

Bei den Frauen war die gesundheitliche Verbesserung nach der Behandlung hochsignifikant.

Alter

Die Altersgruppe der Frauen die sich einer Therapie unterzogen war mit 63,2% zwischen 25 und 45 Jahren. Die über 45 -jährigen waren bei den Frauen mit 26,5% ähnlich wie in der Gruppe der Männer mit 26,3%.

Alter d. ProbandIn

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig bis 25	7	10,3	10,3	10,3
25-45	43	63,2	63,2	73,5
>45	18	26,5	26,5	100,0
Gesamt	68	100,0	100,0	

Ausbildung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Lehre, Berufsbildende Schule	16	23,5	23,5	23,5
Matura + Berufsausb. abgeschlossenes Studium	37	54,4	54,4	77,9
4,00	1	1,5	1,5	98,5
Gesamt	68	100,0	100,0	100,0

In der Ausbildung der TeilnehmerInnen ergaben sich große Unterschiede bei den Geschlechtern. Während die Frauen mit 54,4% MaturantInnen waren, war diese Gruppe bei den Männern nur mit 25,4% vertreten. Abgeschlossenes Studium wiesen 20,6% der Frauen auf, 27,1% hingegen die Männer. Inwieweit dies die Beschwerden beeinflusst wurde nicht untersucht.

Arbeitslos

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig berufstätig	52	76,5	76,5	76,5
arbeitslos gemeldet	8	11,8	11,8	88,2
Langzeitarbeitslos (über 1 Jahr)	8	11,8	11,8	100,0
Gesamt	68	100,0	100,0	

Abb.: Berufstätigkeit bei den Frauen

11,8% der Frauen waren Arbeitsuchende, davon 11,8% langzeitarbeitslos, bei den Männern waren 24,0% Arbeitsuchende, 8% waren langzeitarbeitslos. D.h. Arbeitsuchende bei den psychosomatisch erkrankten TeilnehmerInnen ist unter den Geschlechtern ungleich verteilt, lediglich die Langzeitarbeitslosigkeit liegt bei den Frauen um 2% höher.

Krankenstand

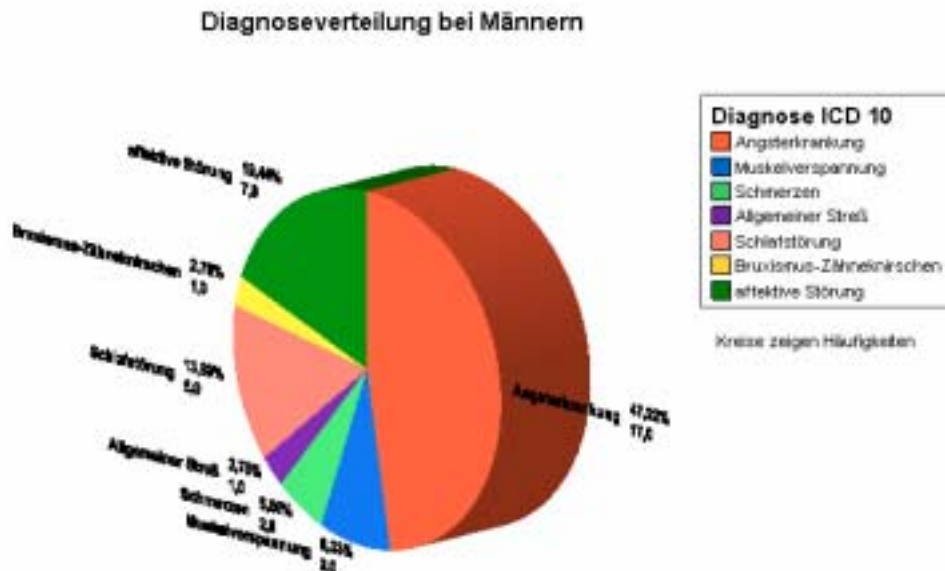
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keinen Krankenstand angenommen	48	70,6	70,6	70,6
	Krankenstand wegen der Beschwerden konsumiert	20	29,4	29,4	100,0
	Gesamt	68	100,0	100,0	

Abb.: Krankenstand in Anspruch genommen (Frauen)

70,6% der behandelten Frauen haben keinen Krankenstand in Anspruch genommen. Angst um den Arbeitsplatz war eine häufige Ursache. 29,4% waren wegen psychosomatischer Beschwerden zwischenzeitlich immer wieder im Krankenstand.

5.3. Diagnoseverteilung bei Männern

Die Beschwerden der Teilnehmer zeigten bei den männlichen Probanden folgende Verteilung zu Behandlungsbeginn:



Diagnose ICD 10

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Angsterkrankung	24	48,0	48,0	48,0
	Muskelerkspannung	3	6,0	6,0	54,0
	Bluthochdruck	2	4,0	4,0	58,0
	Schmerzen	2	4,0	4,0	62,0
	Allgemeiner Streß	1	2,0	2,0	64,0
	Schlafstörung	9	18,0	18,0	82,0
	Bruxismus-Zähneknirschen	1	2,0	2,0	84,0
	affektive Störung	8	16,0	16,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

Behandlungsbeginn

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	schwach bis mittel	2	4,0	4,0	4,0
	mittel	3	6,0	6,0	10,0
	mittel bis stark	16	32,0	32,0	42,0
	starke beschwerden	29	58,0	58,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

Beschwerdeintensität zu Behandlungsbeginn

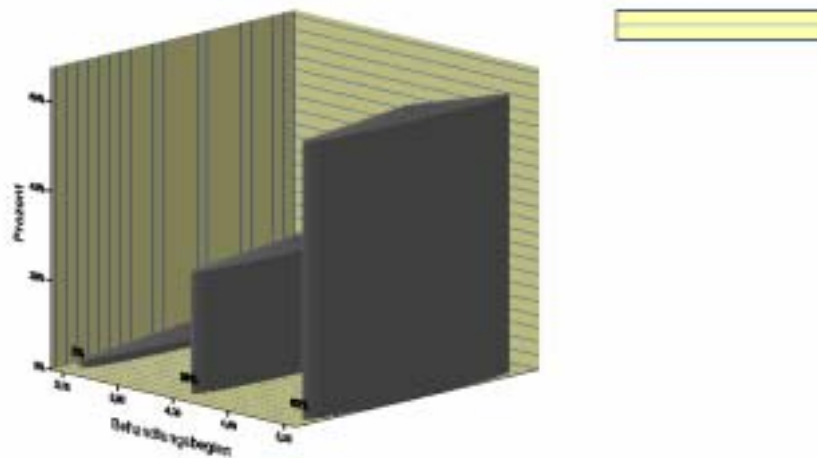


Abb.: Beschwerdeintensität zu Beginn der Behandlung bei männlichen Probanden

Beschwerden zu Therapieende

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig gänzliche besserung	36	72,0	72,0	72,0
wesentliche besserung	8	16,0	16,0	88,0
besserung	4	8,0	8,0	96,0
spärliche besserung	2	4,0	4,0	100,0
Gesamt	50	100,0	100,0	

Beschwerdeintensität zu Therapieende

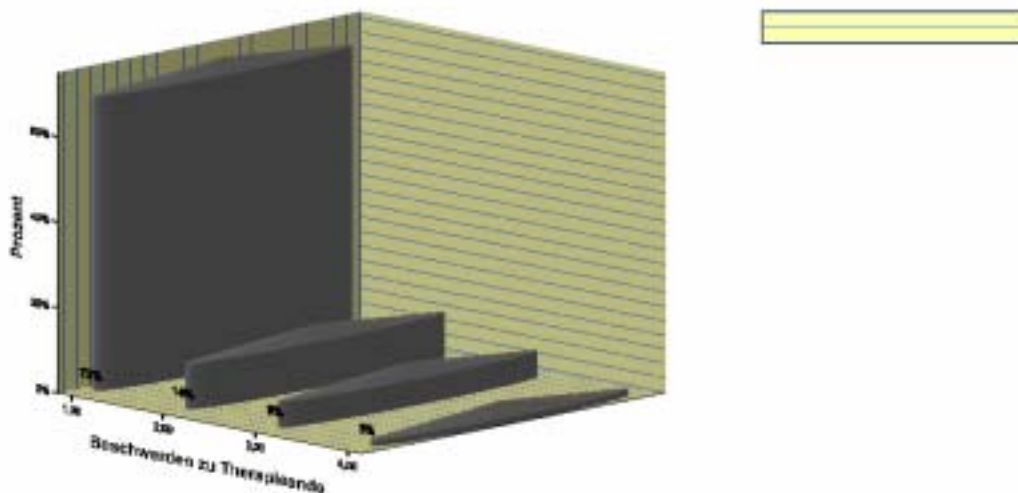


Abb.: Beschwerdeintensität zu Behandlungsende bei männlichen Probanden

Die subjektiv erlebte Besserung zu Behandlungsende wurde von den Männern stärker wahrgenommen als von den Frauen: Bei den Männern fühlten sich 72,2% gänzlich beschwerdefrei, wesentlich gebessert 13,9%. 97,2% beendeten die Therapie mit verbesserter Lebensqualität.

In der statistischen Auswertung war die gesundheitliche Verbesserung der männlichen Teilnehmer signifikant. Die Gruppe 5 war ebenso wie bei den Frauen nicht mehr vorhanden.

Test bei gepaarten Stichproben

	Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	5% Konfidenzintervall der Differenz				
				Untere	Obere			
Paaren Behandlungsbeginn Beschwerden zu Therapieende	3,0000	,9689	,1370	2,7246	3,2754	21,894	49	,000

Abb.: Mittelwertsvergleich Männer
Alter der männlichen Teilnehmer

Die Gruppe von Männern die zwischen 25 und 45 Jahre alt sind war mit 70% höher als bei den Frauen die in dieser Altersklasse 63,2% aufwies.

Die psychosomatisch erkrankten „Älteren“ über 45-jährigen waren bei den Frauen nur 26,5%, bei den Männern waren es 26,5%.

Alter d. ProbandIn

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 25	2	4,0	4,0	4,0
	25-45	35	70,0	70,0	74,0
	>45	13	26,0	26,0	100,0
Gesamt		50	100,0	100,0	

Ausbildung der männlichen Teilnehmer
Ausbildung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Lehre, Berufsbildende Schule	14	28,0	28,0	28,0
	Matura + Berufsausb. abgeschlossenes Studium	18	36,0	36,0	64,0
		18	36,0	36,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

Arbeitslos

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	berufstätig	33	66,0	67,3	67,3
	arbeitslos gemeldet	12	24,0	24,5	91,8
	Langzeitarbeitslos (über 1 Jahr)	4	8,0	8,2	100,0
	Gesamt	49	98,0	100,0	
Fehlend	System	1	2,0		
Gesamt		50	100,0		

Arbeit suchende Männer waren 24% zählt man die Langzeitarbeitslosen dazu macht dies 32% aus.

Krankenstand

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keinen Krankenstand angenommen	34	68,0	70,8	70,8
	Krankenstand wegen der Beschwerden konsumiert	14	28,0	29,2	100,0
	Gesamt	48	96,0	100,0	
Fehlend	System	2	4,0		
Gesamt		50	100,0		

Die Inanspruchnahme von Krankenstand ist unter den Geschlechtern fast gleichverteilt.

Zur Veranschaulichung einige Fallvignetten:

Fallbeispiele:

Weiblich, 24 Jahre seit 8 Jahren litt die Frau an Panikattacken, konnte das Haus nicht mehr alleine verlassen, glitt vom Langzeitkrankenstand in die Notstandshilfe und musste für jeden Weg den sie durchzuführen hatte, auf ihren Lebensgefährten zurückgreifen. (Dies wirkte sich auf seine Arbeitstätigkeit nachteilig aus.) Nach einem Therapieblock, in diesem Fall 20 Einzelsitzungen, mit Biofeedback wegen der Panikattacken, Tiefengespräche begann sie wieder alleine U-Bahn zu fahren, fing eine Ausbildung als Sozialhelferin an und machte den Führerschein.

Männlich,

männl. 23 Jahre Panikattacken nach einem Schock (Zeuge von Kaprun) seit einem Jahr. Studienabbruch, da er das Haus nicht mehr alleine verlassen konnte. Nach 10 Sitzungen erlebte er keine Anfälle mehr, nach der 15. Sitzung war er stabilisiert, fuhr wieder allein im Auto,

nahm Studium wieder auf.

Von 28 TeilnehmerInnen die teilweise im Langzeitkrankenstand waren oder arbeitslos gemeldet waren, konnten 23 wieder in einen Arbeitsprozess integriert werden.

6. Erfahrungen und Erkenntnisse

Die Tatsache, dass Männer erst mit massiven Beschwerden Hilfe aufsuchen lässt die Vermutung zu, dass Männer möglicherweise mehr an Alexithymie leiden. (Schwierigkeit bei der Beschreibung und Identifikation von Gefühlen) Dafür spricht, dass Männer bei genauer Diagnostik mehr depressive Elemente aufwiesen als Frauen (Michael Rad, Harald Gündel, 2002).

Conclusio:

Die gekoppelte Behandlung (Biofeedback, Psychotherapeutische Intervention und Coaching) an Einzelpersonen in Einzelsitzungen durch einen konstanten Therapeuten zeigt signifikante Besserung zu Behandlungsende. Die ambulante Behandlung ermöglicht den KlientInnen den Arbeitsplatz zu halten. Diese ambulante Behandlungsart durch Klinische Psychologen ist eine Möglichkeit durch rechtzeitige Intervention die Kosten für ArbeitgeberInnen ArbeitnehmerInnen und Sozialversicherungen zu senken.

Literatur:

HenningSaß, Hans Ulrich Wittchen Michael Zaudig, 1996, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV, Hogrefe, Verlag für Psychologie Göttingen

Michael Rad, Harald Gündel, 2002 Alexithymie-eine Wiederkehr des Verdrängten ThiemePPP 11/2002 447-448.

Tress et al, 1997, Curriculum Psychosomatischer Grundversorgung-Basisdiagnostik u. Basisversorgung bei Patienten mit psychischer und psychosomatischer Störung einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung, Bundesärztekammer