

Aus der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
des Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge Berlin sowie
der Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie
des Campus Benjamin Franklin – der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Diagnostik und Therapie komorbider psychischer und
körperlicher Erkrankungen an der Schnittstelle zwischen
psychiatrischer und somatischer Versorgung**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Hannah Maria Burian

aus Berlin

Datum der Promotion: 26.06.2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Vorwort.....	3
1 Zusammenfassung.....	4
2 Abstract.....	6
3 Theoretischer Hintergrund	8
3.1 <i>Komorbide psychische und körperliche Erkrankungen.....</i>	<i>8</i>
3.2 <i>Psychotherapie im Rahmen psychiatrischer und interdisziplinärer Behandlungskonzepte.....</i>	<i>9</i>
3.3 <i>Akzeptanz- und Commitment-Therapie bei psychischer und körperlicher Komorbidität.....</i>	<i>10</i>
3.4 <i>Kulturelle Öffnung – Diagnostik- und Therapieansätze</i>	<i>12</i>
4 Forschungsfragen	14
5 Methodik.....	15
6 Ergebnisse	20
7 Diskussion	24
8 Literaturverzeichnis	30
9 Eidesstattliche Versicherung	44
10 Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen	45
11 Druckexemplare der ausgewählten Publikationen.....	47
12 Lebenslauf	106
13 Publikationsliste.....	107
14 Danksagung.....	109

Vorwort

Meine Motivation zu diesem Dissertationsprojekt, das ich im Rahmen meiner Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin durchführte, zielt auf die Erforschung einer der großen Herausforderungen dieser Fachrichtung: Wie lässt sich die Diversität, Heterogenität und klinische Komorbidität vieler Patient*innen wissenschaftlich und therapeutisch abbilden? Die Allgemeinmedizin arbeitet an einer zentralen Schnittstelle des Gesundheitsversorgungssystems: Im Falle der dargestellten Untersuchungen sind dies Menschen mit komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen, chronische Schmerzpatient*innen mit komorbiden psychischen Erkrankungen oder auch psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Möglichkeit der Mitarbeit in der Arbeitsgruppe, innerhalb welcher die angefügten Publikationen entstanden sind, bot die Gelegenheit, für die allgemeinmedizinische Versorgung relevante Patientengruppen im Rahmen tagesklinischer und hochschulambulanter Therapie zu untersuchen. Erklärtes Forschungsziel ist die Gewinnung von "Real-World-Daten" (real world evidence), also außerhalb von randomisierten klinischen Studien (RCTs) mit hochselektierten Patientenpopulationen, da gerade solchen naturalistischen, weniger selektierten Patient*innen in der Versorgungsforschung eine wichtige Bedeutung zukommt.

1 Zusammenfassung

Hintergrund. Patient*innen mit komorbiden psychischen und körperlichen Störungen stellen in der Gesundheitsversorgung eine große Herausforderung dar. Insbesondere aufgrund der hohen Komplexität und ausgeprägter bio-psycho-sozialer Beeinträchtigungen werden stationäre oder teilstationäre Angebote benötigt. Das Management der unterschiedlichen Bedürfnisse erfordert dabei in der Routineversorgung in Allgemeinkrankenhäusern eher transdiagnostisch wirksame Verfahren, die dann auf die Bedürfnisse der einzelnen Patient*innen angepasst werden können. In Studie 1 untersuchten wir die Wirksamkeit eines tagesklinischen Behandlungsprogrammes für Patient*innen mit komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen auf der Basis der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) im Vergleich zur Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). In Studie 2 wurde die Wirksamkeit der ACT bei Patient*innen mit chronischen Schmerzen und komorbiden psychischen Störungen untersucht, sowie Assoziationen von mit ACT angezielten Prozessen und klinischen Outcomes dargestellt und diskutiert. In Studie 3 wurden Unterschiede in der Präsentation somatischer Symptome bei depressiven Patient*innen mit einem anderen kulturellen und sprachlichen Hintergrund als ein Baustein für eine transkulturelle Transferleistung solcher Behandlungsangebote untersucht.

Methoden. Die Daten wurden in der psychiatrisch-psychosomatischen Tagesklinik sowie der Institutsambulanz des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin (Campus Benjamin Franklin) erhoben. Statistische Analysen wurden unter Verwendung von Generalized Linear Models (Studie 1) sowie von Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests und Effektgrößen (Studie 1 und 2), Korrelations- und multiplen Regressionsanalysen (Studie 2 und 3) und multivariaten Analysen der Kovarianz (Studie 3) durchgeführt.

Ergebnisse. Die Datenanalyse zeigte für beide Patientenkohorten in Studie 1 und 2 statistisch und klinisch relevante Verbesserungen im prä-post Vergleich. In Studie 1 konnte festgestellt werden, dass ein tagesklinisch durchgeführtes ACT-Programm im Hinblick auf eine verbesserte Lebensqualität (gemessen anhand des Short Form-36) sowie depressive und Angstsymptome eine vergleichbare Wirksamkeit wie ein KVT-basiertes Programm aufwies. Studie 2 bestätigte die Wirksamkeit der ACT bei Patient*innen mit chronischen Schmerzen und komorbiden psychischen Störungen, und

belegte die Zusammenhänge von spezifischen ACT-Prozessen und klinischen Outcomes. Studie 3 zeigte bei vietnamesischen Patient*innen mit Depression trotz ähnlicher Ausprägung der psychischen Symptomatik im Vergleich zu deutschen Patient*innen ein signifikant höheres Maß der Präsentation somatischer und schmerzbezogener Symptome.

Fazit. Die Ergebnisse dieser Studien stehen im Einklang mit der bisherigen Forschung. Sie erweitern die bestehende Evidenz um Belege für den erfolgreichen Einsatz transdiagnostischer Therapieansätze bei psychisch und körperlich komorbiden Patient*innen in der psychiatrischen und interdisziplinären Regelversorgung. Zudem tragen unsere Ergebnisse zum besseren Verständnis diagnostischer Besonderheiten für körperliche und psychische Symptompräsentationen vor dem Hintergrund einer zunehmenden Bedeutung von kultureller Diversität bei Patient*innen in der Berliner Versorgungslandschaft bei.

2 Abstract

Background. Patients with comorbid mental and somatic disorders present a major challenge in healthcare. There is a need for specialized inpatient, short-term inpatient and outpatient care, especially in the case of patients with highly complex biopsychosocial impairments. Managing the different needs requires transdiagnostic procedures that can be tailored to the individual patient. Study 1 investigated the effectiveness of a day hospital treatment program based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) compared to Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for patients with comorbid mental and somatic disorders. Study 2 examined the effectiveness of ACT in patients with chronic pain and comorbid mental disorders, as well as the associations between ACT-targeted processes and clinical outcomes. Study 3 explored differences in somatic symptom presentation between patients with different cultural backgrounds suffering from depression.

Methods. Data were collected at the psychiatric-psychotherapeutic day hospital and outpatient department of the Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge and the Charité – Universitätsmedizin Berlin (Campus Benjamin Franklin). Statistical analyses were performed using Generalized Linear Models (study 1), as well as Wilcoxon signed-rank tests and effect sizes (study 1 and 2), correlation and multiple regression analyses (study 2 and 3), and multivariate analysis of covariance (study 3).

Results. Data analysis showed statistically significant improvements from pre- to post-treatment for both patient cohorts in studies 1 and 2. Study 1 found the ACT program to be comparable to CBT in terms of better quality of life (measured by the Short Form 36) and less depressive and anxiety symptoms. Study 2 confirmed the effectiveness of ACT for chronic pain patients with comorbid mental disorders and verified associations between ACT-targeted processes and clinical outcomes. Study 3 showed a significantly higher level of somatic and pain-related symptom presentation among Vietnamese patients as compared to native German patients with similar levels of depression.

Conclusion. The results of these studies are in line with the current literature and provide further evidence on the value of transdiagnostic therapy approaches for patients with comorbid mental and somatic disorders in routine care. In addition, the results also

contribute to a better understanding of the diagnostic particularities of somatic symptom's presentation in patients from diverse cultural backgrounds.

3 Theoretischer Hintergrund

3.1 Komorbide psychische und körperliche Erkrankungen

Die hohe Prävalenz komorbider psychischer und körperlicher Erkrankungen ist eine große Herausforderung in der routinemäßigen allgemeinen Krankenhausversorgung vieler Patient*innen (De Hert et al., 2011; Hassan et al., 2019). So wird die durchschnittliche Prävalenz von gleichzeitig vorhandenen psychischen Störungen bei Patient*innen in nicht psychiatrischen Abteilungen nach verschiedenen Untersuchungen im Bereich zwischen 26 und 39 % angegeben (Chen et al., 2016; Rentsch et al., 2007). Für die ambulante Behandlung konnte gezeigt werden, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Hausarztpraxen ebenfalls vergleichbar hoch ist. Für das deutsche Gesundheitssystem wurden Zahlen von bis zu 30 % berichtet, die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen wird mit 27,7 % angegeben (Jacobi et al., 2014; Linden et al., 2016). Das gleichzeitige Vorhandensein von psychischer und körperlicher Komorbidität ist häufig mit einer verminderten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (QoL) (Grassi et al., 2020), einem schlechterem Ansprechen auf Therapie (S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage, 2015) sowie mit höherer Mortalität assoziiert (Martens et al., 2021).

In ambulanten Settings werden Patient*innen mit komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen in Abhängigkeit von der Komplexität und Schwere der Erkrankungen meist im haus- oder fachärztlichen Bereich versorgt. Anhand von Leitlinien werden darüber hinaus interdisziplinäre gestufte („Stepped Care“) oder interdisziplinäre („Collaborative Care“) Modelle empfohlen, die zu einer verbesserten Versorgung beitragen können (Archer et al., 2012; Bjerregaard et al., 2018; S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage, 2015).

Im Allgemeinkrankenhaus kommen bei Vorliegen von Komorbiditäten häufig medizinische Konsiliardienste anderer Fachabteilungen zum Einsatz. Psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste, die Patient*innen in den nicht-psychiatrischen Abteilungen versorgen, haben hier eine besondere Bedeutung (Chen et al., 2016), gerade auch in Abteilungen, in denen schwer kranke und chronisch kranke Patient*innen behandelt werden (Söllner, 2008). Bei komplexen und schweren Komorbiditäten besteht jedoch ein Bedarf an fachübergreifender, interdisziplinärer Betreuung, die sich auch mit dem

Zusammenspiel der jeweiligen komorbiden Störungen unter Einbezug von angepassten Therapieprogrammen befasst (Fleischhacker et al., 2008; Pudalov et al., 2018). Die übergeordnete Aufgabe für solche interdisziplinär ausgerichteten Therapieeinrichtungen ist es, auch im Rahmen der Routineversorgung für jede/n Patient*in einen individuell passenden Therapieansatz zu finden und strukturiert umzusetzen. Das Spektrum reicht dabei von der Behandlung durch Konsiliar- und Liaisondienste über vollstationäre Therapie bis hin zur Versorgung in tagesklinischen Settings, auf die im Rahmen dieser Dissertationsschrift besonders eingegangen werden soll. Angesichts der Heterogenität dieser Patientenpopulation sind kontrollierte Studien immer noch zu selten (Paterson et al., 2018), was dazu führt, dass die bisherige Evidenzlage für die Wirksamkeit transdiagnostischer interdisziplinärer Dienste und Therapien in allgemeinen Krankenhausumgebungen als insgesamt niedrig einzuschätzen ist (Sunderji et al., 2018).

3.2 Psychotherapie im Rahmen psychiatrischer und interdisziplinärer Behandlungskonzepte

Tageskliniken sind mittlerweile etablierte und für viele Patientengruppen zielgerechte Versorgungsstrukturen, die Therapieangebote im Anschluss an eine vollstationäre Therapie, oder auch als eine Alternative zu dieser bereitstellen (Eikermann, 2010; Hopf & Diebels, 2017). Gründe für die wachsende Akzeptanz dieser Therapieform sind unter anderem die Möglichkeit der besseren Einbettung der Behandlung in den Alltag der jeweiligen Patient*innen und die höhere Kosteneffektivität (Heekeren et al., 2020). Das in den Tageskliniken oft vorherrschende multiprofessionelle und nicht selten auch interdisziplinär ausgerichtete Setting bietet so eine Voraussetzung für die Etablierung und wissenschaftliche Evaluation neuer Therapieansätze auch bei Patient*innen mit komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen.

Der Behandlungsansatz in solchen Therapieeinrichtungen ist zumeist bio-psycho-sozial ausgerichtet, wobei die Psychotherapie eine der tragenden Säulen darstellt. Aufgrund ihrer soliden Evidenzbasis kommt dabei am häufigsten die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Anwendung (David et al., 2018; Hofmann et al., 2012). Neuere Entwicklungen in der Psychotherapieforschung verweisen jedoch immer häufiger auf transdiagnostisch wirksame Prozesse, so dass rein störungsspezifische Ansätze in Hinblick auf die Versorgung in nicht hochspezialisierten universitären Settings mit vorselektierten

Patient*innen durchaus auch kritisch bewertet werden (Blackwell & Heidenreich, 2021; Lorenzo-Luaces et al., 2021). Für die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Behandlungsangebote in einer transdiagnostisch wirksamen Versorgung, erscheinen daher Ansätze, die sich stärker auf Personalisierung als auf die Störungsspezifität konzentrieren, als zielführender (Hayes et al., 2019; Hofmann & Hayes, 2019). Eine dieser neuen Psychotherapieformen ist die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) (Hayes, 2004), die zur sogenannten „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapien gezählt wird und auf folgenden sechs Kernprozessen aufbaut: 1. Akzeptanz und Bereitschaft, 2. Defusion, 3. Selbst-Als-Kontext, 4. Präsenz im Hier und Jetzt, 5. Wertebasiertes Handeln, und 6. Engagiertes Handeln (N Romanczuk-Seiferth et al., 2021). Die ersten vier dieser Kernprozesse (Akzeptanz und Bereitschaft, Defusion, Selbst-Als-Kontext, Präsenz im Hier und Jetzt) können dem übergeordneten Bereich der Achtsamkeit zugeordnet werden (Fletcher & Hayes, 2005). Die spezifische Rolle der Achtsamkeit als wirksamer Prozess in der Therapie psychischer Erkrankungen wurde in den vergangenen Jahren bereits intensiver untersucht (Böge et al., 2020; Brown & Ryan, 2003; Goldberg et al., 2018). Die Evidenzlage der Wirksamkeit der ACT ist für die Behandlung von häufigen psychischen Erkrankungen auch in transdiagnostischer Hinsicht inzwischen als recht gut dokumentiert einzuschätzen (Gloster et al., 2020).

Die Studie 1 der vorliegenden Dissertationsschrift untersucht diesbezüglich die Wirksamkeit einer ACT-basierten Behandlung von Patient*innen mit komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen.

3.3 Akzeptanz- und Commitment-Therapie bei psychischer und körperlicher Komorbidität

Die Argumente, die für die Anwendung der ACT in einem psychisch-körperlich-komorbiden Patientenkollektiv sprechen, sind vielfältig: Körperliche und auch psychische Störungen und Symptome zeigen häufig einen chronischen Verlauf; viele Patient*innen leiden unter dauerhaften Veränderungen ihres Körpers oder ihrer Körperfunktionen. ACT betont die aktive Akzeptanz dessen, was derzeit nicht vollständig geändert bzw. rückgängig gemacht werden kann (unerwünschte Gedanken, Emotionen, Körperempfindungen) und stärkt eine Neuorientierung auf das, was geändert werden kann, nämlich wertorientiertes aktives Verhalten auch angesichts schwerer Symptome

(McCracken & Vowles, 2014). Patient*innen darin zu unterstützen diese Veränderungen zunächst zu akzeptieren kann helfen, den Fokus auf übergeordnete Werte und daraus abgeleitetes Verhalten zu legen. Die Klärung von Werten über die Definition von Behandlungszielen hinaus ist für Patient*innen mit Multimorbidität und hoher Chronizität von großer Bedeutung (Lim et al., 2017). Als einer der sechs Kernprozesse ist die Klärung von Werten ein wesentlicher Bestandteil der ACT, dessen Integration in die KVT ebenfalls vorgeschlagen wurde (Vyskocilova et al., 2015). Achtsamkeit als bewusste, akzeptierende und nicht wertende Haltung gegenüber schwer zu ertragenden Erfahrungen, die oft vermieden werden (Emotionen, Gedanken, aber auch körperlichen Beschwerden), ist ein wesentlicher Bestandteil der sechs ACT-Kernprozesse (Luoma et al., 2017). Es gibt Forschungsergebnisse für Achtsamkeitstraining bei verschiedenen psychischen Störungen, die auf eine verminderte Reaktivität auf unangenehme körperliche und psychische Erfahrungen hinweisen (Goldberg et al., 2018). Viele Studien unterstützen außerdem die Integration von Achtsamkeitsprozessen in das Management von körperlichen Krankheiten. Es sind jedoch bessere und größere, gut konzipierte Studien erforderlich, um diese Evidenzlage weiter zu stärken (Greeson & Chin, 2019).

Die sechs Kernprozesse von ACT bieten zudem ein breites und kontextualisiertes Verständnis von gesundheitsbezogenem Verhalten und damit verbundener psychosozialer Probleme. Ein solcher prozessbasierter Ansatz kann auf den jeweiligen Kontext der Patient*innen zugeschnitten werden und bildet die Grundlage sowohl für eine transdiagnostische Fallkonzeptualisierung als auch einen individuellen Behandlungsplan (Dreßel et al., 2019; Ong et al., 2020). Letzteres macht ACT für die Implementierung in transdiagnostischen Gruppen und auch für die verschiedenen therapeutischen Berufe in multiprofessionellen Teams sehr gut geeignet (Critchley et al., 2016; Moore et al., 2019; Richardson et al., 2018).

Die Wirksamkeit der ACT bei Patient*innen mit chronischen Schmerzerkrankungen (Feliu-Soler et al., 2018) sowohl in der Einzeltherapie (Hughes et al., 2017) als auch als Teil eines interdisziplinären Therapieprogramms in Gruppen (Vowles et al., 2020) kann als gut belegt gelten. Die Mechanismen, die hinter der therapeutischen Veränderung stehen, werden weiterhin intensiv erforscht (Feliu-Soler et al., 2018). Mittlerweile gibt es einige Studien, welche die Zusammenhänge zwischen Therapieprozessen und klinischen Outcomes (Schmerzintensität, Depressionen, schmerzbedingte Angstzustände,

körperliche Gesundheit, geistige Gesundheit) mit Evidenz unterlegt haben (Wampold et al., 2017; Yu et al., 2020). In diesen Studien wurden insbesondere die Zusammenhänge von den Prozessen Schmerzakzeptanz und wertebasiertem/engagiertem Handeln mit klinischen Outcomes mit kleinen bis hin zu großen Effektstärken beschrieben. Gegenüber der guten Evidenz für die Zusammenhänge dieser Prozesse und Outcomes, gibt es für andere ACT-Prozesse, wie die psychologische Flexibilität und Achtsamkeit, bisher weniger wissenschaftliche Evidenz (Ohse et al., 2021).

In der zweiten Studie der vorliegenden Arbeit wird daher die Wirksamkeit einer ACT-basierten Therapie bei Patient*innen mit chronischen Schmerzstörungen und komorbiden psychischen Erkrankungen geprüft, sowie die Zusammenhänge der zugrundeliegenden Prozesse mit den klinischen Outcomes untersucht.

3.4 Kulturelle Öffnung – Diagnostik- und Therapieansätze

Neben der Komplexität durch körperliche und psychische Komorbiditäten ist auch die wachsende soziokulturelle und ethnische Diversität eine der wichtigsten Herausforderungen heutiger Gesundheitssysteme (Kirmayer, 2019). Auch dies trifft für den ambulanten und den stationären Versorgungsbereich in ähnlichem Maße zu. Patient*innen mit eigenen Migrationserfahrungen oder Migrationshintergrund sind mittlerweile ein untrennbarer Bestandteil der medizinischen Versorgungspraxis und sollten in Anbetracht von Sprachbarrieren, erschwertem Zugang zu medizinischen Angeboten und soziokulturell geprägtem Gesundheitsverhalten besonders berücksichtigt werden (Brandenberger et al., 2019). Unterschiede in der Symptompräsentation gerade im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen sind in besonderem Maße zu betrachten, da andere paraklinische Befunde wie Laborwerte oder Bildgebung oft allein nicht diagnostisch leitend sind und so der Arzt-Patient*innen-Interaktion eine umso größere Bedeutung zukommt, um Behandlungsangebote besser auf die Bedürfnisse und Erwartungen der Patient*innen abzustimmen (Kirmayer, 2011, 2019).

Obwohl zum Beispiel depressive Symptome bei Menschen mit Migrationshintergrund mit mindestens gleicher Prävalenz auftreten (Sieberer et al., 2011), besteht eine relative Unterversorgung (Abebe et al., 2017), die durch das Zusammenspiel multipler Faktoren wie geringerer Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten durch mangelnde Passgenauigkeit, Sprachbarrieren, Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung oder

unterschiedlichen Akkulturationsprozessen und Krankheitsmodellen begründet werden kann (Klein & von dem Knesebeck, 2018; Lauber & Rössler, 2007; Nguyen et al., 2020).

Für Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund, die in Berlin die größte südost-asiatische Zuwanderungsgruppe darstellen, gibt es mittlerweile sprach- und kultursensible niedrigschwellige Versorgungsangebote durch die Kooperation von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Charité-Universitätsmedizin Berlin, CBF) und dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) (Ta et al., 2015) sowie dem psychosozialen Versorgungssystem. Gemeinsam sind dieser Zusammenarbeit die Bemühungen einer vereinfachten Identifikation von Risikopersonen für psychiatrische Erkrankungen zur möglichst niedrigschwelligen Versorgung mit dem Fokus auf Prävention von schwereren Verläufen in kulturell und sprachlich angepassten Therapie- und Versorgungsprogrammen (Wolf et al., 2020).

In Studie 3 der vorliegenden Arbeit wird exemplarisch am Beispiel von Patient*innen mit Migrationserfahrungen aus Vietnam auf die Besonderheiten der Symptompräsentation im Kontext von Migration eingegangen.

4 Forschungsfragen

Die zentrale Forschungsfrage dieses Dissertationsprojekts lautet (*Frage 1*): *Ist eine multiprofessionelle, interdisziplinäre Akzeptanz- und Commitment-Therapie wirksam in einem tagesklinischen Setting der Regelversorgung bei Patient*innen mit psychischer und körperlicher Komorbidität?* (Burian et al., 2021).

Zudem wurden in zwei weiteren Originalarbeiten mit Ko-Autorenschaft der Verfasserin dieser Dissertationsschrift folgende in diesem Kontext relevante Forschungsfragen untersucht. Die zweite anschließende Forschungsfrage lautet (*Frage 2*): *Profitieren Patient*innen mit chronischem Schmerz und psychischer Komorbidität von einer tagesklinischen Akzeptanz- und Commitment-Therapie, und welches sind die zugrundeliegenden Mechanismen für die Veränderung klinischer Outcomes?* (Ohse et al., 2021).

Im Hinblick auf kulturelle Öffnung war in der dritten Studie die folgende Forschungsfrage zu beantworten (*Frage 3*): *Gibt es Unterschiede in der Symptompräsentation körperlicher und psychischer Symptome zwischen vietnamesischen und deutschen psychiatrischen Patient*innen mit Depression?* (Dreher et al., 2017).

5 Methodik

Für die im Folgenden genannten Studien erfolgte die Datenerhebung im Zeitraum von Januar 2011 bis September 2020. Untersucht wurden Patient*innen in der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des KEH. Die Studien und zum Teil die Rekrutierung der Patient*innen erfolgte in enger Kooperation mit der psychiatrischen Instituts- und Hochschulambulanz an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin am Campus Benjamin Franklin.

In den genannten Studien wurden im Rahmen der Behandlung psychiatrischer Patient*innen verschiedene Fragebögen und Skalen zur Selbstbeurteilung psychischer und komorbider somatischer Symptome eingesetzt (Collegium Internationale Psychiatriae Salarum, 2015; Möller, 2009; Stieglitz, 2011). Diese wurden nicht nur ausgewählt um eine bessere Vergleichbarkeit von Therapieergebnissen zu ermöglichen, sondern auch als Therapie-Monitoring im klinischen Alltag (Demyttenaere & Jaspers, 2020). Einige der häufig verwendeten Selbstbewertungsskalen, die in den folgenden drei Studien eingesetzt wurden, sind: Becks Depression Inventory II (BDI-II) (Beck et al., 1988; Richter et al., 1998), Patient Health Questionnaire (PHQ) (Kroenke et al., 2010; Spitzer et al., 1994) mit den Subskalen für z.B. Depression PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) und der Subskala für das Vorliegen von somatischen Symptomen PHQ-15 (Kroenke et al., 2002), die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Herrmann and Buss 1994; Christoph Herrmann 1997) und Short Form 36 (SF-36) (Bellach, BM., Ellert, U., Radoschewski, 2000; Ware Jr. et al., 1998).

Studie 1: Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care - Development, implementation and outcomes (Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., Ta, T., Hahn, E., & Diefenbacher, A.; 2021)

Bei dieser Untersuchung in Erstautorenschaft der Promovierenden handelt es sich um eine naturalistische vergleichende Studie, die als begleitende Forschungsleistung der Implementierung eines ACT-basierten Therapieprogramms in die psychiatrische Tagesklinik des KEH Berlin folgte. Es wurden zwischen 2011 und 2016 insgesamt 253 Teilnehmer*innen in die Studie eingeschlossen, die die Einschlusskriterien einer psychiatrischen Diagnose der „International Classification of Diseases - 10th edition“

(ICD-10) und zusätzlicher chronischer körperlicher Beschwerden erfüllten. Ausschlusskriterien waren fehlende Daten wegen unzureichend ausgefüllter Fragebögen, eine Aufenthaltsdauer in der Tagesklinik von weniger als 28 Tagen sowie eine erneute stationäre oder tagesklinische Aufnahme der Patient*innen während des Beobachtungszeitraumes.

Von Januar 2011 bis Dezember 2012 erfolgte die tagesklinische Therapie auf der Basis der Kognitiven Verhaltenstherapie (Gruppe KVT) anhand diagnosespezifischer Manuale. Ab Januar 2013 erfolgte die schrittweise Implementierung eines ACT-basierten Therapieprogramms, so dass nach einer „wash-out-Phase“ die Patient*innen von Juli 2013 bis April 2016 der ACT-Gruppe zugeordnet werden konnten. Es wurden primär die gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand des SF-36 sowie das Ausmaß von Depression und Angst als sekundäre Outcomes anhand der Fragebögen BDI-II und HADS zu Beginn und zum Ende der tagesklinischen Therapie untersucht.

Baseline-Unterschiede in soziodemografischen und klinischen Merkmalen der ACT- und KVT-Gruppen wurden mit Chi-Quadrat-Tests analysiert und die Effektgröße Cramer's V (0,10 = klein, 0,30 = mäßig, 0,50 = groß) für kategoriale Variablen bestimmt. Für kontinuierliche Variablen wurden t-Tests (im Fall von Normalverteilung und gleicher Varianz) oder Mann-Whitney-U-Tests (im Fall von nicht normal verteilten Daten) berechnet, sowie die nichtparametrische Effektgröße r ($> 0,10$ = klein, $> 0,30$ = moderat, $> 0,50$ = groß) (Fritz et al., 2012). Die Umrechnung der Effektgröße r in die häufig verwendete Effektstärkenberechnung nach Cohen's d , wird von Cohen wie folgt vorgeschlagen: $r 0,1 = d 0,2$ (klein); $r 0,24 = d 0,5$ (moderat); $r 0,37 = d 0,8$ (groß) (Cohen, 1988). Behandlungseffekte für (mehrheitlich verzerrt verteilte) Ergebnisvariablen wurden mithilfe von „Generalized Linear Models“ (GLMs) (Liang & Zeger, 1986), einschließlich der Betrachtung von Gruppe „group“ (Baseline-Unterschied zwischen den Gruppen; ACT vs. KVT), Zeit „time“ (prä-post-Unterschied (unabhängig von der Gruppe)) und Interaktion von Gruppe und Zeit „group-time“ (Unterschied der Wirksamkeit der Gruppen) untersucht. Zur Berücksichtigung von Unterschieden vor und nach der Behandlung für jeweils die KVT- und ACT-Gruppe separat, wurden zusätzlich zu den GLMs Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests für nicht normalverteilte Variablen und t-Tests für normalverteilte Variablen, sowie die Effektgröße r berechnet.

Insgesamt wurden 68 Signifikanztests durchgeführt, der Schwellenwert der Signifikanz wurde mittels Bonferroni-Korrektur von $p < 0,05$ auf $p < 0,001$ angepasst ($0,05 / 68 = 0,0007$). Alle statistischen Analysen wurden mit R Version 4.0.2. (R Core Team, 2020) durchgeführt. GLMs wurden mit dem „Geeglm“ Paket analysiert (Halekoh et al., 2006).

Studie 2: Process-outcome associations in an interdisciplinary treatment for chronic pain and comorbid mental disorders based on Acceptance and Commitment Therapy (Ohse, L., Burian R., Hahn, E., Burian, H., Ta, T.M.T., Diefenbacher, A., Böge, K., 2021)

In diese Studie in Ko-Autorenschaft der Promovierenden, wurden 109 Patient*innen zwischen Januar 2018 und September 2020 eingeschlossen, die an einem ACT-basierten interdisziplinären Behandlungsprogramm für Menschen mit chronischen Schmerzen und komorbiden psychischen Störungen teilnahmen, welches in der psychiatrischen Tagesklinik des KEH durchgeführt wurde. Einschlusskriterien waren Schmerzen in einem Zeitraum von mehr als sechs Monaten, mindestens eine komorbide psychische Störung, ausreichende deutsche Sprachkenntnisse, und ein Mindestalter von 18 Jahren. Ausschlusskriterien waren akuter Substanzmissbrauch, eine akute primäre psychotische Episode, schwere organische Hirnerkrankungen, Intelligenzminderung, akute Suizidalität und weniger als vier Wochen Behandlungsdauer (Ohse et al., 2021). Die verwendeten Skalen beinhalteten den Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) (Reneman et al., 2010), den Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) (Bond et al., 2011), das Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) (Walach et al., 2006), die Pain Intensity (PI) ermittelt mithilfe des Deutschen Schmerzfragebogens (Nagel et al., 2012), der PHQ mit PHQ-9 (Beard et al., 2016), PHQ-15 (Kroenke et al., 2002) und Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) (Spitzer et al., 2006); sowie die Short Form-12 (SF-12) (Ware et al., 1996) mit den Subskalen „Körperliche Summenskala“ (PCS-12) und „Psychische Summenskala“ (MCS-12).

Unterschiede in den ACT-Prozessen (Schmerzakzeptanz, Achtsamkeit, psychologische Flexibilität) und klinischen Outcomes (Schmerzintensität, somatische Symptome, körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, Depression, Ängstlichkeit) vor und nach der Behandlung wurden mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests und Effektgröße r ($0,10 = \text{klein}$, $> 0,30 = \text{moderat}$, $> 0,50 = \text{groß}$) (Fritz et al., 2012)

analysiert. Veränderungen in Prozessen und Veränderungen in den Outcomes wurden mit „residualized change scores“ (Dalecki & Willits, 1991) untersucht, die den Vorteil aufweisen, dass Korrelationen zwischen ihnen um Variableneigenschaften korrigiert werden, die nicht mit Veränderungen zusammenhängen. Bivariate Zusammenhänge zwischen Änderungswerten wurden mit Korrelationskoeffizienten (nullter Ordnung) nach Pearson oder Spearman untersucht (Ohse et al., 2021).

Da die Analysen 51 Signifikanztests enthielten, wurde der Schwellenwert von p nach Bonferroni-Korrektur ($0,05 / 51 = 0,00098$) von 0,05 auf 0,001 eingestellt. Alle statistischen Analysen wurden mit R Version 4.0.2. (R Core Team, 2020) durchgeführt.

Studie 3: Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients (Dreher, A., Hahn, E., Diefenbacher, A., Nguyen, M. H., Böge, K., Burian, H., Dettling, M., Burian R., & Ta, T. M. T.; 2017)

In dieser Studie in Ko-Autorenschaft der Promovierenden wurden insgesamt 219 Teilnehmer*innen im Zeitraum von Januar 2013 bis Januar 2016 untersucht. Eingeschlossen wurden Patient*innen mit depressiver Episode, Anpassungs- und Angststörungen. Ausschlusskriterien bildeten Suizidalität oder Vordiagnosen einer neurodegenerativen oder Abhängigkeitserkrankung außer Nikotinabhängigkeit, einer bipolaren oder psychotischen Störung, einer psychischen Störung organischer Genese oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Die deutschen Teilnehmer*innen wurden nach Geschlecht, Alter und Schulbildungsstand mit vietnamesischen Patient*innen gematcht (Dreher, 2019).

Mittels der Subskalen des PHQ wurden Depressivität (PHQ-9), die Ausprägung somatischer Symptome (PHQ-15) sowie Ängstlichkeit und psychosoziale Stressoren untersucht. Vergleiche zwischen vietnamesischen und deutschen Patient*innen für zwei kontinuierliche Variablen (Schuljahre und Alter) wurden je mit t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Kategoriale Variablen wie Geschlecht, Beruf, psychiatrische Diagnose und die Schwere der depressiven und somatischen Symptome wurden unter Verwendung einer Chi-Quadrat-Analyse bewertet. Separate multivariate Kovarianz Analysen (MANCOVAs) wurden berechnet, um die Unterschiede zwischen vietnamesischen und deutschen Patient*innen in Bezug auf somatische Symptome,

Stress, Angstzustände und Depression zu untersuchen. Sowohl PHQ-9- und PHQ-15-Summenwerte als auch die individuellen Item-Werte für alle vier PHQ-Subskalen wurden als abhängige Variablen gewertet. Die ethnische Zugehörigkeit wurde währenddessen als unabhängige Variable, unter Berücksichtigung des Einflusses von Geschlecht und Erwerbsstatus, berechnet. Die Auswirkungen von Erwerbsstatus und migrationsbezogenen Daten (wie die Aufenthaltsdauer in Deutschland, Alter bei Immigration und Kenntnis der deutschen Sprache) auf die PHQ-15- und PHQ-9-Gesamtsummen-Mittelwerte wurden unter Verwendung von Regressionsanalysen analysiert (Dreher et al., 2017).

6 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Studien aufeinanderfolgend dargestellt.

Studie 1

In dieser Studie wurden die Behandlungsergebnisse zweier Patient*innengruppen verglichen, die vor (KVT Gruppe) und nach (ACT Gruppe) der Implementierung eines ACT-basierten Therapieprogramms in der psychiatrischen Tagesklinik eines Krankenhauses der Regelversorgung behandelt wurden (Burian et al., 2021). Die Auswertung der soziodemographischen Daten ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich u.a. Geschlecht, Alter, Wohnsituation, Beschäftigungsstatus, ambulant erfolgter Psychotherapie und Einnahme psychiatrischer Medikation. Die psychiatrischen Diagnosen (im Mittel 2,54 in der ACT- und 2,45 in der KVT-Gruppe) waren Depression (ICD-10: F32, F33), somatoforme Störungen (ICD-10: F45) und Angsterkrankungen (ICD-10: F41). Die somatischen Diagnosen umfassten vor allem muskuloskeletale (ICD-10 "M"), neurologische (ICD-10 "G", insbesondere Migräne oder andere Kopfschmerzsyndrome), endokrine und metabolische (ICD-10 "E") und Herz-Kreislaufkrankungen (ICD-10 "I").

Die GLM-Analyse ergab keine signifikanten Unterschiede (p im Bereich von 0,034 bis 0,760) zwischen der ACT- und KVT-Gruppe zu Beginn der Therapie („group“) hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF-36), Depression (BDI-II, HADS) und Angst (HADS). Über beide Gruppen („time“), verbesserten sich die SF-36-Scores über die Zeit von der Aufnahme bis zur Entlassung signifikant in den Subskalen körperliche Funktionsfähigkeit, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität und psychische Gesundheit (jeweils $p < 0,001$). Depressions- und Angstwerte, gemessen mit BDI-II und HADS, verbesserten sich signifikant ($p < 0,001$). Für die primären und sekundären Outcomes betrachtet, gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede (p im Bereich von 0,096 bis 0,970) zwischen der Wirksamkeit der ACT gegenüber der zuvor stattgefundenen Therapie mittels KVT ("group-time“).

Mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test berechnet, zeigten sich Unterschiede für die ACT- und KVT-Gruppen als statistisch signifikant (alle $p < 0,001$) in sechs der acht Subskalen im Falle der ACT Gruppe (körperliche Funktionsfähigkeit $r = 0,35$, Schmerzen

$r = 0,31$, allgemeine Gesundheitswahrnehmung $r = 0,35$, Vitalität $r = 0,61$, soziale Rollenfunktion $r = 0,31$ und psychisches Wohlbefinden $r = 0,57$). Für die KVT Gruppe waren dies vier der acht Subskalen (Schmerzen $r = 0,44$, allgemeine Gesundheitswahrnehmung $r = 0,27$, Vitalität $r = 0,50$ und psychisches Wohlbefinden $r = 0,58$), mit jeweils überwiegend moderaten Effektstärken innerhalb der jeweiligen Gruppen. Die Effektstärken für BDI-II- und HADS-Scores zeigten weitgehend moderate bis große Effekte der Wirkungen für beide Behandlungen (ACT: HADS-A $r = 0,40$, HADS-D $r = 0,38$, BDI-II $r = 0,60$ vs. KVT: HADS-A $r = 0,50$, HADS-D $r = 0,57$, BDI-II $r = 0,60$).

Studie 2

Die vorliegende Untersuchung befasste sich mit der Fragestellung, inwiefern Veränderungen von durch ACT angezielten Prozessen (Schmerzakzeptanz, Achtsamkeit, psychologische Flexibilität) und Veränderungen von klinischen Outcomes (Schmerzintensität, somatische Symptome, körperliche Gesundheit, geistige Gesundheit, Depression, Angst) zusammenhängen.

Das Durchschnittsalter der Patient*innen in Studie 2 betrug 48,9 Jahre (SD = 11,4). Die Behandlung dauerte durchschnittlich 6,4 Wochen (SD = 1,3). Die Mehrheit der Patient*innen war weiblich (66,1 %) und hatte einen höheren Sekundarschulabschluss (56,7 %), war erwerbstätig (53,3 %) und lebte mit einer/m Partner*in zusammen (53,3 %). Der überwiegende Teil der Patient*innen (89,7 %) hatte vor der Aufnahme eine schmerztherapeutische Behandlung erhalten. Die Mehrheit litt seit mehr als fünf Jahren an Schmerzen (63,0 %), Schmerzen an zwei (38,1 %) oder mehr (38,1 %) Stellen des Körpers und hatte einen mittleren (41,2 %) bis hohen (27,8 %) Grad an Schmerzchronizität anhand des Mainzer Pain Staging System (MPSS). Die meisten Patient*innen berichteten über eine regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka oder Analgetika bei Aufnahme (66,1 %) und bei Entlassung (84,4 %). Die durchschnittliche Anzahl diagnostizierter psychischer Störungen betrug 2,7 (SD = 1,0). Die häufigste Einzeldiagnose (86,2 %) war eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychologischen Faktoren (F45.41). Andere häufige psychische Störungen waren Depression (90,8 %), Angststörungen (24,8 %) und Persönlichkeitsstörungen (16,5 %). Der Großteil der Patient*innen (89,0 %) hatte eine chronische Schmerzdiagnose, einschließlich Schmerzen bezogen auf den Rücken (65,1 %), den Kopf (45,0 %), die

Gelenke (37,6 %), das Nervensystem (5,5 %) oder andere schmerzbedingte körperliche Zustände (18,4 %). Die mittlere Anzahl von körperlichen Erkrankungen im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen betrug 2,4 (SD = 1,4) (Ohse et al., 2021).

Die Analyse der Unterschiede in den Skalen der ACT-Prozesse und der Outcomes vor und nach der Behandlung mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test und Effektgröße r ergab statistisch signifikante Werte ($p < 0,001$) mit entweder moderaten Effektgrößen, einschließlich CPAQ ($Z = 4,01$, $r = 0,39$), AAQ-II ($Z = 3,86$, $r = 0,37$), PI ($Z = -4,21$, $r = -0,40$), PHQ-15 ($Z = -3,98$, $r = -0,38$) und GAD-7 ($Z = -4,94$, $r = -0,47$) oder großen Effektgrößen, einschließlich FMI ($Z = 5,46$, $r = 0,53$); MCS-12 ($Z = 5,52$, $r = 0,53$) und PHQ-9 ($Z = -6,43$, $r = -0,62$). Nur PCS-12 war statistisch nicht signifikant und von kleiner Effektgröße, $Z = 2,21$, $p = 0,014$, $r = 0,21$ (Ohse et al., 2021).

Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Änderungswerten von Prozessen und Änderungswerten von Outcomes mithilfe von Korrelationskoeffizienten (nullter Ordnung) nach Pearson oder Spearman zeigte bis auf zwei starke Korrelationen von Δ AAQ-II; mit Δ PHQ-9 ($r = -0,54$) und Δ GAD-7 ($r = -0,50$) ausschließlich moderate Korrelationen. Die meisten Korrelationen (von $|0,33|$ bis $|0,54|$) waren statistisch signifikant ($p < 0,001$), jedoch erreichten zwei Korrelationen zwischen Δ FMI und Δ PHQ-15 und zwischen Δ FMI und Δ GAD-7 nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr das festgelegte Signifikanzniveau, beide $r = -0,30$, $p = 0,002$ (Ohse et al., 2021).

Studie 3

Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Unterschiede in der Symptomausprägung im Vergleich zwischen vietnamesischen und deutschen psychiatrischen Patient*innen unter Berücksichtigung somatischer und depressiver Symptome sowie Angstsymptome und psychosozialer Stressoren. Es erfolgte zudem die Untersuchung des Einflusses einzelner soziodemographischer Variablen auf depressive Symptome und somatische Symptome (Dreher et al., 2017).

Hinsichtlich der soziodemographischen Daten gab es bezogen auf die beiden Patient*innengruppen keine nachweisbaren signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, Alters, Dauer der schulischen Ausbildung und Art der Hauptdiagnose (Depressive Störungen). Signifikante Unterschiede konnten im Hinblick auf den Beschäftigungsstatus (bei Deutschen 72 % in einem Arbeitsverhältnis, bei Vietnamesen

67 % arbeitslos) gefunden werden. 58,1 % der Vietnamesen gaben an, „keine“ oder „wenig“ Kenntnis der deutschen Sprache zu besitzen (Dreher, 2019).

Die einzelne Berechnung der internen Konsistenz zeigte für alle Skalen und beide Patientengruppen ein mindestens zufriedenstellendes und meist gutes Ergebnis: PHQ-15 (Vietnamesen: $\alpha = 0.86$, Deutsche: $\alpha = 0.81$), PHQ-9 (Vietnamesen: $\alpha = 0.86$, Deutsche: $\alpha = 0.81$), Skala Angstsymptome (Vietnamesen: $\alpha = 0.80$, Deutsche: $\alpha = 0.75$), Skala psychosozialer Stress (Vietnamesen: $\alpha = 0.74$, Deutsche: $\alpha = 0.70$). Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der PHQ-9-Summenscores und der Depressions-Schweregrade in den beiden Gruppen, wobei vietnamesische Teilnehmer*innen signifikant häufiger „Konzentrationsstörungen“ ($F(1,212) = 6.92, p = 0.009$), bzw. „Veränderungen der Psychomotorik“ ($F(1,212) = 20.72, p < 0.001$) angaben. Der Mittelwert der Gesamtsumme des PHQ-15 ($F(1,212) = 15.25, p < 0.001$) und der Schweregrad der somatischen Symptome ergab signifikant höhere Werte verglichen mit den deutschen Patient*innen, wobei vor allem „Schmerzen in Gelenken/Extremitäten“, „Kopfschmerzen“, „Brustschmerz“, „Kurzatmigkeit“, „Schwindel“ und „Ohnmachtsanfälle“ signifikant häufiger von Vietnames*innen angegeben wurden (Dreher et al., 2017).

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen zeigten sich hingegen in den Gesamtscores bezüglich Angstsymptomen und psychosozialen Stressoren, wobei die Symptome „Nervosität und ängstliche Anspannung“ ($F(1,212) = 14.18, p < 0.001$), „Sorgen über Gewicht/ Aussehen“ ($F(1,207) = 7.59, p = 0.006$), „partnerschaftliche Schwierigkeiten“ ($F(1,207) = 11.55, p = 0.001$), „sexuelle Inappetenz“ ($F(1,207) = 9.71, p = 0.002$) und „Gedanken an schreckliche Dinge, die in der Vergangenheit passiert sind“ ($F(1,207) = 4.93, p = 0.027$) bei deutschen Patient*innen signifikant häufiger waren (Dreher, 2019).

Bezogen auf die soziodemographischen Variablen (Aufenthaltsdauer in Deutschland, Alter bei Immigration, Berufsstatus), wurde bei den vietnamesischen Patient*innen keine Korrelation mit PHQ-9- und PHQ-15-Gesamtscores gefunden, jedoch eine signifikante Korrelation zwischen Sprachkenntnissen und vermehrt berichteter somatischer Symptomatik. In den Regressionsanalysen konnte gezeigt werden, dass die Angabe von keinen oder nur geringen Kenntnissen der deutschen Sprache mit einer verstärkten Wahrnehmung von somatischen Symptomen assoziiert war ($F(1,103) = 9.24, p < 0.003$) (Dreher et al., 2017).

7 Diskussion

Die drei dargestellten Studien untersuchten mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen die zentralen Fragestellungen des Promotionsthemas in Hinblick auf die Versorgung von Patient*innen mit psychischer und körperlicher Komorbidität bzw. von kultur- und migrationsabhängiger Symptompräsentation. Die Ergebnisse dieser Studien werden im Folgenden im Hinblick auf die zuvor formulierten drei Forschungsfragen dieser Dissertation diskutiert:

*1. Ist eine multiprofessionelle, interdisziplinäre Akzeptanz- und Commitment-Therapie wirksam in einem tagesklinischen Setting der Regelversorgung bei Patient*innen mit psychischer und körperlicher Komorbidität?*

In Studie 1 konnte klar gezeigt werden, dass die Patient*innen mit psychischer und körperlicher Komorbidität von der tagesklinischen Therapie profitieren konnten, sowohl mittels KVT vor als auch nach der Implementierung einer Akzeptanz- und Commitment-basierten Therapie. Dies zeigte sich in der gebesserten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gemessen mit dem SF-36) sowie der geringeren Ausprägung von Depressions- und Angstsymptomatik (gemessen mit BDI-II und HADS) zum Entlassungszeitpunkt.

Der konzeptionelle Ansatz des Wechsels von einer bestehenden KVT-basierten Behandlung zu einer ACT-basierten Behandlung bei Patient*innen mit psychischer und körperlicher Komorbidität zielte darauf ab, die klinischen Zielsymptome effektiver mittels eines transdiagnostischen Ansatzes zu verbessern. Unsere Daten zeigten dabei, dass sowohl der transdiagnostische Ansatz der ACT und der eher kognitive Ansatz einer KVT in dieser Patient*innengruppe zwei wirksame klinische Ansätze mit vergleichbaren Outcomes darstellen. Dies steht im Einklang mit der wissenschaftlichen Literatur zur Wirksamkeit der ACT (Gloster et al., 2020). In diesem kürzlich veröffentlichten systematischen Review, das 20 Metaanalysen einschloss, wird die Wirksamkeit von ACT über eine große Spanne von klinischen Anwendungsbereichen bestätigt: sowohl für umschriebene psychiatrische Diagnosen, für transdiagnostische Settings, und auch für den Vergleich gegenüber inaktiven und aktiven Kontrollgruppen, zumeist anhand einer Vergleichsgruppe gut etablierter psychotherapeutischer Interventionen wie der KVT.

Insgesamt wurden die meisten Studien, in denen ACT mit anderen psychotherapeutischen Ansätzen verglichen wurde, in ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen durchgeführt. Samaan et al. konnten darüber hinaus eine gegenüber der KVT vergleichbare Wirksamkeit von ACT in einer Studie an stationär psychiatrischen Patient*innen mit Depressionen und gemischten psychischen Störungen in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptome und einer Verbesserung der Lebenszufriedenheit aufzeigen (Samaan et al., 2020).

Angesichts der Häufigkeit, Symptombelastung und der Gesundheitskosten komorbider psychischer und körperlicher Erkrankungen (Jansen et al., 2018; McDaid & Park, 2015) sind unsere Studienergebnisse, welche die Wirksamkeit von multiprofessionellen KVT- und ACT-Ansätzen für diese Patient*innenpopulation auch in der Regelversorgung unterstützen, ermutigend. Sie können dazu beitragen eine weitere Implementierung dieser Art von Behandlungsprogrammen für Patient*innen mit Komorbiditäten in Krankenhäusern der Routineversorgung anzuregen.

Eine wesentliche Stärke der aktuellen Studie ist die Übertragbarkeit auf andere klinische Kontexte aufgrund des naturalistischen Designs. Die Untersuchung mittels der Studie 1 von KVT und ACT als multiprofessionelle Ansätze im tagesklinischen Setting leistete somit auch einen Beitrag zu einer zu schließenden Literaturlücke. Weitere Stärken waren die Einbeziehung von Selbstbewertungsskalen sowohl für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36) als auch für klinisch-psychologische Symptome (HADS, BDI-II) sowie die detaillierte Beschreibung unseres Implementierungsprozesses.

*2. Profitieren Patient*innen mit chronischem Schmerz und psychischer Komorbidität von einer tagesklinischen Akzeptanz- und Commitment-Therapie, und welches sind die zugrundeliegenden Mechanismen für die Veränderung klinischer Outcomes?*

Studie 2 zielte dagegen auf die Untersuchung der Wirksamkeit der ACT bei chronischen Schmerzpatient*innen mit psychischer Komorbidität ab. Auch die Ergebnisse dieser Studie können die Forschungsfrage 2 positiv beantworten und belegen die Wirksamkeit der ACT, hier im Kontext chronischer Schmerzpatient*innen mit komorbiden psychischen Störungen. Das wechselseitige Verhältnis von psychischen Störungen, die das Risiko erhöhen, eine chronische Schmerzstörung zu entwickeln und umgekehrt das erhöhte Risiko der Entwicklung einer psychischen Störung im Verlauf einer chronischen

Schmerzerkrankung, stellen große Herausforderungen bei der Diagnostik und Therapie dieser Patientenpopulation dar, wobei die Komorbiditäten insgesamt einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausüben (Velly & Mohit, 2018). Folglich ist die Behandlung chronischer Schmerzerkrankungen vorzugsweise interdisziplinär zu leisten und umfasst typischerweise auch psychotherapeutische Interventionen (Lewis et al., 2019). Dies wurde im interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz der untersuchten tagesklinischen Therapie berücksichtigt.

Eine Besonderheit des Therapieprogramms der vorliegenden Studie ist es, dass einige der Therapiebausteine, z.B. die sogenannten ACT-Matrix-Gruppen und das Achtsamkeitstraining, durch speziell geschultes Pflegepersonal und Sozialarbeiter*innen durchgeführt wurden. Diesbezüglich gibt es bisher nur einzelne jedoch vielversprechende Studien zur Umsetzung hauptsächlich prozessbasierter Therapieverfahren (zu denen ACT gezählt werden kann) durch nicht-ärztliches Personal, die sämtlich die weitere Notwendigkeit der Forschung für diesen Bereich hervorheben (Hönicke, 2011; Montgomery et al., 2011; Moore et al., 2019; Rovner & Skinta, 2018).

Auf der Ebene der Therapieoutcomes und der zugrundeliegenden Prozesse konnte gezeigt werden, dass sich die Symptomausprägung, gemessen mithilfe von Selbstbeurteilungsskalen, signifikant mit mehrheitlich moderaten Effektgrößen verbesserte. Entgegen einer metaanalytisch aufgezeigten Evidenz (Vowles et al., 2020), verbesserten sich die klinischen Outcomes hinsichtlich der körperlichen Beschwerden, die in dieser Studie mithilfe des SF-12 erfasst wurden, in der vorliegenden Untersuchung nicht. Die weiteren Ergebnisse zeigten sich übereinstimmend mit der gängigen Literatur (Vowles et al., 2020), Abweichungen gab es hinsichtlich der erwarteten Effektstärken. Gründe für diese Abweichungen von der Literatur könnten durch die zum Teil stark variierenden Studiensettings erklärt werden; bezogen zum Beispiel auf unterschiedliche Therapiedauer, Therapieplan oder auf die Tatsache, dass die genannten Studien in einem anderen Land durchgeführt wurden.

In der Zusammenschau bestätigt Studie 2 die bisherige Evidenzlage für die Zusammenhänge zwischen Prozessen, die mit der ACT adressiert werden, und Outcomes, die in anderen Studien untersucht wurden: Konkret konnte für den Prozess Schmerzakzeptanz die Evidenzbasis ebenso bestätigt werden (Yu et al., 2020) wie für

die Prozesse Achtsamkeit und psychologische Flexibilität (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011).

*3. Gibt es Unterschiede in der Symptompräsentation körperlicher und psychischer Symptome zwischen vietnamesischen und deutschen psychiatrischen Patient*innen mit Depression?*

In Studie 3 konnte entsprechend der Forschungsfrage gezeigt werden, dass zwischen deutschen Patient*innen und Patient*innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund keine signifikanten Unterschiede in der Gesamtsumme depressiver und Angstsymptome bzw. deren Schweregrad (gemessen mit Hilfe des PHQ-9 und der „Angst“-Subskala des PHQ) feststellbar waren. Dahingegen wurden von vietnamesischen Patient*innen signifikant höhere Summenwerte und ein höherer Schweregrad bezogen auf den PHQ-15 berichtet, was auf eine höhere wahrgenommene Belastung durch körperliche Beschwerden hindeutet.

In unserer Studie zeigten vietnamesische Patient*innen signifikant höhere Werte von somatischen Symptomen im Vergleich zu deutschen Patient*innen im PHQ-15. In der wissenschaftlichen Literatur wurde bisher diskutiert, dass diese relative „Überrepräsentation“ körperlicher Symptome auf eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz dieser Art von Symptompräsentation im Vergleich zur eher weniger sozial erwünschten Äußerung emotionaler oder psychischer Zustände in der kulturellen Herkunftsregion zurückgeführt werden könnte (Hahn et al., 2016; Zhou, Min, et al., 2015; Zhou, Peng, et al., 2015).

Ebenfalls zeigte sich mit der Zunahme der berichteten körperlichen Symptome keine einhergehende Abnahme psychischer Symptome, was ebenfalls in früheren Studien bei Patient*innen mit Migrationshintergrund bereits berichtet wurde (Dere et al., 2013; Diefenbacher & Heim, 1994; Hahn et al., 2016). Der in früheren Arbeiten diskutierten Annahme einer westlichen „Psychologisierung“ gegenüber einer asiatischen „Somatisierung“ als zwei gegensätzlich wahrgenommenen Polen einer Symptompräsentation muss in diesem Sinne widersprochen werden (Dreher, 2019; Dreher et al., 2017; Hahn et al., 2016).

Limitationen

Als eine methodische Haupteinschränkung der Studien 1 und 2 muss jeweils das naturalistische Design genannt werden. In Studie 1 wurden beide Behandlungsgruppen (KVT und ACT) sequentiell untersucht, wobei ein anderes paralleles Studiendesign in einer Tagesklinik der Regelversorgung nicht umsetzbar gewesen wäre (Burian et al., 2021). Für Studie 1 und 2 hatte das naturalistische Design außerdem zur Folge, dass der Einsatz weiterer individueller Therapiekomponenten wie Medikation oder die Verordnung von Physiotherapie auf der Basis klinischer Erfahrung erfolgten (Ohse et al., 2021), und mögliche Störfaktoren nicht ausgeschaltet werden konnten, da die Studien als Teil einer klinischen Versorgungsroutine durchgeführt wurden. Letzteres war auch dafür verantwortlich, dass eine gewisse Zahl an Patient*innen aufgrund fehlender Fragebögen und Daten von der Analyse ausgeschlossen werden musste (Sacristán, 2015). Auch ein randomisierter Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen war durch die Gegebenheiten einer Regelversorgung in einem Allgemeinkrankenhaus unter den Umständen nicht realisierbar. Dieser wäre jedoch notwendig gewesen um die Frage zu beantworten, ob die beobachteten Veränderungen tatsächlich auf der jeweiligen Intervention beruhen oder über die Zeit auch ohne spezifische Therapie aufgetreten wären.

Aufgrund der begrenzten Personalressourcen fehlte auch eine qualitative Untersuchung der Zufriedenheit von Patient*innen und Therapeut*innen in Bezug auf das Therapieprogramm sowie der Einbezug von Follow-Up-Daten. Diesbezüglich wären weitere Untersuchungen zu planen. Weitere Untersuchungen potenzieller Mediatoren / Moderatoren sowie Prädiktoren für das Ansprechen / Nicht-Ansprechen auf eine ACT-basierte Behandlung sind ebenfalls Aufgabe künftiger Studien mit diesen Patient*innenpopulationen.

Als Limitation der Studie 3 muss genannt werden, dass es sich bei der untersuchten Patientengruppe um vietnamesische Migrant*innen handelte, die selbstständig als eine Inanspruchnahmepopulation therapeutische Hilfe aufsuchten und so möglicherweise nicht generell als Repräsentant*innen des gesamten Patient*innenkollektivs gelten können, was auch durch Daten gestärkt wird, dass männliche Teilnehmer in Bezug auf die Normalverteilung vietnamesischer Migrant*innen in Deutschland unterrepräsentiert waren (Dreher et al., 2017).

Zusammenfassung

In den vorliegenden Studien dieses Dissertationsprojektes konnten relevante Therapieoptionen und diagnostische Besonderheiten anhand dreier unterschiedlicher Patient*innenpopulationen in Krankenhaus-Settings der Regelversorgung untersucht werden.

Die ersten beiden Studien konnten zeigen, dass ein ACT-basiertes Therapieprogramm eine wirksame transdiagnostische Behandlungsoption für eine häufig hilfeschende Patient*innengruppe mit psychischen und körperlichen Erkrankungen (in der zweiten Studie speziell mit chronischen Schmerzerkrankungen) sein kann. In der ersten Studie konnten hier für ACT vergleichbare Effekte mit dem „Goldstandard“ KVT nachgewiesen werden. Es ist zu wünschen, dass die Ergebnisse der aktuellen Studien dazu beitragen werden, die weitere Umsetzung dieser Art von transdiagnostisch wirksamen Behandlungsprogrammen in der Routineversorgung zu etablieren. Unsere Forschungsarbeit konnte hier zudem der bisherigen Literatur neue weiter zu untersuchende Aspekte hinzufügen, da einige der ACT-orientierten Therapien von speziell geschultem Pflegepersonal und Sozialarbeiter*innen statt von ärztlichem oder psychologischem Personal durchgeführt wurden.

Die Ergebnisse der dritten Studie geben darüber hinaus Einblicke in das Verständnis der Symptompräsentation körperlicher und psychischer Symptome bei Patient*innen mit Migrationshintergrund am Beispiel vietnamesischer Patient*innen. Daraus abgeleitete Einsichten ermöglichen es Kliniker*innen, Interventionen effizienter anzuwenden um zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung für diese klinisch sehr relevanten Patient*innengruppen beizutragen.

8 Literaturverzeichnis

- Abebe, D. S., Lien, L., & Elstad, J. I. (2017). Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(6), 679–687. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1381-1>
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, *10*, CD006525. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
- Beard, C., Hsu, K. J., Rifkin, L. S., Busch, A. B., & Björgvinsson, T. (2016). Validation of the PHQ-9 in a psychiatric sample. *Journal of Affective Disorders*, *193*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.075>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Bellach, BM., Ellert, U., Radoschewski, M. (2000). Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey Erste Ergebnisse und neue Fragen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, *43*(3), 210–216.
- Bjerregaard, F., Zech, J., Frank, F., Hüll, M., Stieglitz, R.-D., & Hölzel, L. (2018). Implementation of the GermanIMPACT collaborative care program: A qualitative study on the perspective of care managers and supervisors. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, *134*, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.04.001>
- Blackwell, S. E., & Heidenreich, T. (2021). Cognitive Behavior Therapy at the Crossroads. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1–22. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00104-y>
- Böge, K., Karadza, A., Fuchs, L. M., Ehlen, F., Ta, T. M. T., Thomas, N., Bajbouj, M., & Hahn, E. (2020). Mindfulness-Based Interventions for In-Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders—A Qualitative Approach. *Frontiers in Psychiatry*, *11*.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00600>

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4). <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>

Brandenberger, J., Tylleskär, T., Sontag, K., Peterhans, B., & Ritz, N. (2019). A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health*, 19(1), 755. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7049-x>

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. In *Journal of Personality and Social Psychology* (Vol. 84, Issue 4, pp. 822–848). American Psychological Association Inc. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>

Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., Ta, T. M. T., Hahn, E., & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care – Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 143. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110374>

Chen, K. Y., Evans, R., & Larkins, S. (2016). Why are hospital doctors not referring to Consultation-Liaison Psychiatry? - a systemic review. *BMC Psychiatry*, 16(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1100-6>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. L. Erlbaum Associates.

Collegium Internationale Psychiatriae Salarum. (2015). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Hogrefe Verlag GmbH + Company. <https://books.google.de/books?id=77mpoAEACAAJ>

Critchley, D. J., Holmes, M. G., Wileman, V., McCracken, L., & Godfrey, E. (2016). “A light bulb moment!” Physiotherapists’ experiences of delivering Physiotherapy

- informed by Acceptance and Commitment Therapy (PACT). *Physiotherapy*, 102, e230–e231. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.10.285>
- Dalecki, M., & Willits, F. K. (1991). Examining change using regression analysis: Three approaches compared. *Sociological Spectrum*, 11(2). <https://doi.org/10.1080/02732173.1991.9981960>
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D. A. N., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, H. J., Ndeti, D. M., Newcomer, J. W., Uwakwe, R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
- Demyttenaere, K., & Jaspers, L. (2020). Trends in (not) using scales in major depression: A categorization and clinical orientation. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e91–e91. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.87>
- Dere, J., Sun, J., Zhao, Y., Persson, T., Zhu, X., Yao, S., Bagby, R. M., & Ryder, A. (2013). Beyond “somatization” and “psychologization”: symptom-level variation in depressed Han Chinese and Euro-Canadian outpatients . In *Frontiers in Psychology* (Vol. 4, p. 377). <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2013.00377>
- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage, Pub. L. No. Version 5 (2015). <https://doi.org/https://doi.org/10.6101/AZQ/000364>
- Diefenbacher, A., & Heim, G. (1994). Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 56(6). https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/1994/11000/Somatic_symptoms_in_Turkish_and_German_depressed.11.aspx
- Dreher, A. (2019). *Vergleichende Untersuchung von Symptompräsentation und*

Akkulturationsprozessen bei ambulant-psychiatrischen vietnamesischen Patienten
[Charité-Universitätsmedizin Berlin].

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17169/refubium-25855>

Dreher, A., Hahn, E., Diefenbacher, A., Nguyen, M. H., Böge, K., Burian, H., Dettling, M., Burian, R., & Ta, T. M. T. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, *102*, 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.010>

Dreßel, S., Burian, R., & Diefenbacher, A. (2019). Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei chronischen Schmerzen. *Neuro Aktuell*, *7*, 34–40.

Eikelmann, B. (2010). Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, *81*(3), 355–365. <https://doi.org/10.1007/s00115-009-2898-7>

Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A narrative review. In *Journal of Pain Research* (Vol. 11, pp. 2145–2159). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/JPR.S144631>

Fleischhacker, W. W., Cetkovich-Bakmas, M., De Hert, M., Hennekens, C. H., Lambert, M., Leucht, S., Maj, M., McIntyre, R. S., Naber, D., Newcomer, J. W., Olfson, M., Ösby, U., Sartorius, N., & Lieberman, J. A. (2008). Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: Clinical, policy, and research challenges. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(4), 514–519. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0401>

Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, *23*(4), 315–336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>

Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, *141*(1), 2–18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical

- status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. In *Journal of Contextual Behavioral Science* (Vol. 18, pp. 181–192). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 59, pp. 52–60). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Grassi, L., Caruso, R., Da Ronch, C., Härter, M., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Wegscheider, K., Ausín, B., Canuto, A., Muñoz, M., Crawford, M. J., Hershkovitz, Y., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., Wittchen, H. U., Andreas, S., Belvederi Murri, M., Zerbinati, L., & Nanni, M. G. (2020). Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: Results from the MentDis_ICF65+ study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01310-6>
- Greeson, J. M., & Chin, G. R. (2019). Mindfulness and physical disease: a concise review. In *Current Opinion in Psychology* (Vol. 28, pp. 204–210). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.014>
- Hahn, E., Burian, R., Dreher, A., Schomerus, G., Dettling, M., Diefenbacher, A., von Poser, A., & Tam Ta, T. M. (2016). Beurteilung depressiver und somatischer Symptome mittels des PHQ-9 und PHQ-15 bei ambulanten vietnamesischen und deutschen Patientinnen. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 64(1), 25–36. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000257>
- Halekoh, U., Højsgaard, S., & Yan, J. (2006). The R package geepack for generalized estimating equations. *Journal of Statistical Software*, 15(2), 1–11. <https://doi.org/10.18637/jss.v015.i02>
- Hassan, S., Byravan, S., & Al-Zubaidi, H. (2019). Improving physical healthcare provided to psychiatric inpatients at an acute mental health trust. *BMJ Open Quality*, 8(3), e000537. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000537>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and

- the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., & Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40–53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>
- Heekeren, K., Antoniadis, S., Habermeyer, B., Obermann, C., Kirschner, M., Seifritz, E., Rössler, W., & Kawohl, W. (2020). Psychiatric Acute Day Hospital as an Alternative to Inpatient Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 471. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00471>
- Herrmann, C., & Buss, U. (1994). Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HAD-Skala). Ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica*, 40(2), 143.
- Herrmann, Christoph. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17–41. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00216-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00216-4)
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. In *Cognitive Therapy and Research* (Vol. 36, Issue 5). <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hönicke, M. (2011). Akzeptanz und commitment-therapie als herausfordernder ansatz für ergotherapeuten im schmerzmanagement. *Ergotherapie Und Rehabilitation*, 50(7), 28–30. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2011-51020110704>
- Hopf, H., & Diebels, E. (2017). Merkmale und Praxis psychiatrischer Tageskliniken in Deutschland TT - Characteristics and Practice in German Psychiatric Day-Clinics.

Psychiatr Prax, 44(04), 228–233.

Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552–568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>

Jansen, L., Van Schijndel, M., Van Waarde, J., & Van Busschbach, J. (2018). Health-economic outcomes in hospital patients with medical-psychiatric comorbidity: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 13(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194029>

Kirmayer, L. J. (2011). Multicultural Medicine and the Politics of Recognition. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 36(4), 410–423. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhr024>

Kirmayer, L. J. (2019). The Politics of Diversity: Pluralism, Multiculturalism and Mental Health. *Transcultural Psychiatry*, 56(6), 1119–1138. <https://doi.org/10.1177/1363461519888608>

Klein, J., & von dem Knesebeck, O. (2018). Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0876-z>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2).

https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2002/03000/The_PHQ_15__Validity_of_a_New_Measure_for.8.aspx

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Lauber, C., & Rössler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 157–178. <https://doi.org/10.1080/09540260701278903>
- Lewis, G. N., Bean, D., & Mowat, R. (2019). How Have Chronic Pain Management Programs Progressed? A Mapping Review. In *Pain Practice* (Vol. 19, Issue 7, pp. 767–784). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/papr.12805>
- Liang, K. Y., & Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, 73(1), 13–22. <https://doi.org/10.1093/biomet/73.1.13>
- Lim, C. Y., Berry, A. B. L., Hirsch, T., Hartzler, A. L., Wagner, E. H., Ludman, E. J., & Ralston, J. D. (2017). Understanding What Is Most Important to Individuals with Multiple Chronic Conditions: A Qualitative Study of Patients' Perspectives. *Journal of General Internal Medicine*, 32(12), 1278–1284. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4154-3>
- Linden, M., Muschalla, B., Kessler, U., Schwantes, U., & Gensichen, J. (2016). Behandlungsoptionen und Behandlungsreserven in der hausärztlichen Langzeitbetreuung psychisch Kranker. *Zeitschrift Für Allgemeinmedizin*, 92, 121–127.
- Lorenzo-Luaces, L., Peipert, A., De Jesús Romero, R., Rutter, L. A., & Rodriguez-Quintana, N. (2021). Personalized Medicine and Cognitive Behavioral Therapies for Depression: Small Effects, Big Problems, and Bigger Data. In *International Journal of Cognitive Therapy* (Vol. 14, Issue 1). <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00094-3>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). Learning ACT. In *An Acceptance & Commitment Therapy Skills-training Manual for Therapists*. New Harbinger

Publications.

http://books.google.com.au/books?id=PiB8rZROo88C&pg=PP12&dq=intitle:learnin+g+act+inauthor:luoma&hl=&cd=1&source=gbs_api

Martens, N., Destoop, M., & Dom, G. (2021). Organization of Community Mental Health Services for Persons with a Severe Mental Illness and Comorbid Somatic Conditions: A Systematic Review on Somatic Outcomes and Health Related Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 462. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020462>

McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.004>

McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178–187. <https://doi.org/10.1037/a0035623>

McDaid, D., & Park, A. La. (2015). Counting all the costs: The economic impact of comorbidity. In *Key Issues in Mental Health* (Vol. 179). <https://doi.org/10.1159/000365941>

Möller, P. D. H.-J. (2009). Standardised rating scales in Psychiatry: Methodological basis, their possibilities and limitations and descriptions of important rating scales. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 10(1), 6–26. <https://doi.org/10.1080/15622970802264606>

Montgomery, K. L., Kim, J. S., & Franklin, C. (2011). Acceptance and commitment therapy for psychological and physiological illnesses: A systematic review for social workers. In *Health and Social Work* (Vol. 36, Issue 3, pp. 169–181). National Association of Social Workers. <https://doi.org/10.1093/hsw/36.3.169>

Moore, C., Hill, J. F., Feinstein, C., Pike, C., & Delaney, K. R. (2019). Implementation of acceptance commitment therapy on a mood disorder unit: A quality improvement project. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(11), 22–27. <https://doi.org/10.3928/02793695-20190627-01>

- Nagel, B., Pflingsten, M., Lindena, G., & Nilges, P. (2012). *Deutscher Schmerzfragebogen – Handbuch*. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Nguyen, M. H., Lanca, J. C., Hahn, E., von Poser, A., Heyken, E., Wingenfeld, K., Burian, R., Diefenbacher, A., & Ta, T. M. T. (2020). Migration-related emotional distress among Vietnamese psychiatric patients in Germany: An interdisciplinary, mixed methods study. *Transcultural Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/1363461520920329>
- Ohse, L., Burian, R., Hahn, E., Burian, H., Tam Ta, T. M., Diefenbacher, A., & Böge, K. (2021). Process-outcome associations in an interdisciplinary treatment for chronic pain and comorbid mental disorders based on Acceptance and Commitment Therapy. *Pain Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab102>
- Ong, C. W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). Beyond Acceptance and Commitment Therapy: Process-Based Therapy. *Psychological Record*, 70(4), 637–648. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00397-z>
- Paterson, C., Karatzias, T., Dickson, A., Harper, S., Dougall, N., & Hutton, P. (2018). Psychological therapy for inpatients receiving acute mental health care: A systematic review and meta-analysis of controlled trials. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 453–472. <https://doi.org/10.1111/bjc.12182>
- Pudalov, L. R., Swogger, M. T., & Wittink, M. (2018). Towards integrated medical and mental healthcare in the inpatient setting: what is the role of psychology? *International Review of Psychiatry*, 30(6), 210–223. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1552125>
- R Core Team. (2020). R: A language and environment for statistical computing. In *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.
- Reneman, M. F., Dijkstra, A., Geertzen, J. H. B., & Dijkstra, P. U. (2010). Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaires: A systematic review. In *European Journal of Pain* (Vol. 14, Issue 5). <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.08.003>

- Rentsch, D., Dumont, P., Borgacci, S., Carballeira, Y., deTonnac, N., Archinard, M., & Andreoli, A. (2007). Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. *General Hospital Psychiatry, 29*(1). <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2006.08.008>
- Richardson, T., Bell, L., Bolderston, H., & Clarke, S. (2018). Development and Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Delivered by Psychologists and Non-Psychologists in an NHS Community Adult Mental Health Service: A Preliminary Analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 46*(1), 121–127. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000285>
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology, 31*, 160–168. <https://doi.org/10.1159/000066239>
- Romanczuk-Seiferth, N., Burian, R., Diefenbacher, A., Ackermann, K., Annen, B., Assaloni, H., Benoy, C., Böge, K., Brancato, C., & Brümmerhoff, A. (2021). *ACT in Klinik und Tagesklinik: Arbeiten mit der Akzeptanz- und Commitment-Therapie in multiprofessionellen Teams* (Nina Romanczuk-Seiferth, R. Burian, & A. Diefenbacher (eds.)). Kohlhammer Verlag. <https://books.google.de/books?id=OkUUEAAAQBAJ>
- Rovner, G., & Skinta, M. D. (2018). Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry. In *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry* (pp. 36–49). ELSEVIER.
- Sacristán, J. A. (2015). Clinical research and medical care: Towards effective and complete integration. In *BMC Medical Research Methodology*. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-15-4>
- Samaan, M., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Pontow, I. M., Pakenham, K., & Fydrich, T. (2020). A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1802080>
- Sieberer, M., Maksimović, S., Ersöz, B., Machleidt, W., Ziegenbein, M., & Calliess, I. T. (2011). Depressive symptoms in first-and second-generation migrants: A cross-sectional study of a multi-ethnic working population. *International Journal of Social*

Psychiatry, 58(6), 605–613. <https://doi.org/10.1177/0020764011418418>

Söllner, W. (2008). 6.2 Psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste. In G. Rudolf & P. Henningsen (Eds.), *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik* (6., neu be, pp. 414–416). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-0034-6108>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10). <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy III, F. V., Hahn, S. R., Brody, D., & Johnson, J. G. (1994). Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 272(22), 1749–1756. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520220043029>

Stieglitz, R.-D. (2011). Brauchen wir psychiatrische Ratingskalen im klinischen Alltag? *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 5(04), 189.

Sunderji, N., Ion, A., Huynh, D., Benassi, P., Ghavam-Rassoul, A., & Carvalhal, A. (2018). Advancing Integrated Care through Psychiatric Workforce Development: A Systematic Review of Educational Interventions to Train Psychiatrists in Integrated Care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(8), 513–525. <https://doi.org/10.1177/0706743718772520>

Ta, T. M. T., Neuhaus, A. H., Burian, R., Schomerus, G., von Poser, A., Diefenbacher, A., Röttger-Rössler, B., Dettling, M., & Hahn, E. (2015). Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland TT - Mental Health Care Utilization of First Generation Vietnamese Migrants in Germany. *Psychiatr Prax*, 42(05), 267–273.

Velly, A. M., & Mohit, S. (2018). Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. In *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* (Vol. 87, pp. 159–167). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.05.012>

Vowles, K. E., Pielech, M., Edwards, K. A., McEntee, M. L., & Bailey, R. W. (2020). A Comparative Meta-Analysis of Unidisciplinary Psychology and Interdisciplinary Treatment Outcomes Following Acceptance and Commitment Therapy for Adults

- with Chronic Pain. In *Journal of Pain* (Vol. 21, Issues 5–6). <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.10.004>
- Vyskocilova, J., Prasko, J., Ociskova, M., Sedlackova, Z., & Mozny, P. (2015). Values and values work in cognitive behavioral therapy. In *Activitas Nervosa Superior Rediviva* (Vol. 57, Issues 1–2, pp. 40–48). Slovak Academy of Sciences. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1660>
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness-the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3). <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Ware Jr., J. E., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Lepelge, A., Prieto, L., & Sullivan, M. (1998). The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol*, 51, 1159–1165. <https://doi.org/S0895435698001073> [pii]
- Wolf, S., Hahn, E., Wingenfeld, K., Nguyen, M. H., von Poser, A., Nguyen, T. H., Hanewald, B., Böge, K., Bajbouj, M., Dettling, M., Nguyen, V. T., & Ta, T. M. T. (2020). Mental Health Determinants Among a Psychiatric Outpatient Sample of Vietnamese Migrants in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580103>
- Yu, L., Scott, W., & McCracken, L. M. (2020). Change in fatigue in acceptance and commitment therapy-based treatment for chronic pain and its association with enhanced psychological flexibility. *European Journal of Pain (United Kingdom)*,

24(1). <https://doi.org/10.1002/ejp.1480>

Zhou, X., Min, S., Sun, J., Kim, S. J., Ahn, J., Peng, Y., Noh, S., & Ryder, A. G. (2015). Extending a structural model of somatization to South Koreans: Cultural values, somatization tendency, and the presentation of depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 176, 151–154. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.040>

Zhou, X., Peng, Y., Zhu, X., Yao, S., Dere, J., Chentsova-Dutton, Y. E., & Ryder, A. G. (2015). From culture to symptom: Testing a structural model of “Chinese somatization.” *Transcultural Psychiatry*, 53(1), 3–23. <https://doi.org/10.1177/1363461515589708>

9 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Hannah Maria Burian, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Diagnostik und Therapie komorbider psychischer und körperlicher Erkrankungen an der Schnittstelle zwischen psychiatrischer und somatischer Versorgung“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§ 156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

10 Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen

Hannah Maria Burian hatte folgenden Anteil an den erfolgten Publikationen:

Publikation 1: Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., Ta, T. M. T., Hahn, E., & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care - Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 143, 110374. Advance online publication.

Beitrag im Einzelnen:

Gemeinsam mit Prof. Dr. Diefenbacher und Dr. Ronald Burian erarbeitete die Promovierende die Konzeption des Studiendesigns. Darüber hinaus war die Promovierende an der Erstellung der Datenbank beteiligt. Die Datenerfassung und das Data-Screening sowie die Pflege der Datenbanken erfolgten durch die Promovierende. Das Schreiben des kompletten Manuskriptentwurfs inklusive Abstracts, Einleitungs-, Methoden-, Ergebnis- und Diskussionsteil wurde von der Promovierenden übernommen. Sie war an der Entwicklung und Gestaltung sämtlicher Tabellen maßgeblich beteiligt, aus ihrer direkten statistischen Auswertung stammt die Tabelle 2. Die Gestaltung der Tabellen 3 bis 5 stammt ebenfalls von der Promovierenden. Die Koordination der internen Revision durch die Ko-Autor*innen erfolgte durch die Promovierende. Der Prozess des Einreichens der Publikation wurde von der Promovierenden durchgeführt. Auch die Revision des Manuskripts im Rahmen des externen Reviewprozesses, sowie die finale Layoutgestaltung wurde von der Promovierenden durchgeführt und koordiniert.

Publikation 2: Ohse, L., Burian, R., Hahn, E., Burian, H., Tam Ta, T. M., Diefenbacher, A., & Böge, K. (2021). Process-outcome associations in an interdisciplinary treatment for chronic pain and comorbid mental disorders based on Acceptance and Commitment Therapy. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, pnab102. Advance online publication.

Beitrag im Einzelnen:

Gemeinsam mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe entwickelte die Promovierende die Konzeption des Studiendesigns inklusive der verwendeten Methoden und Skalen. Die Erstellung und das Verfassen des Ethikantrags wurden von der Promovierenden

durchgeführt. Es erfolgte die Mitwirkung an der Bearbeitung des Manuskripts, hauptsächlich im Einleitungs- sowie Diskussionsteil. Des Weiteren unterstützte die Promovierende den Erstautoren beim internen Review-Prozess, beim Einreichen der Publikation sowie bei der Revision im Rahmen des externen Review-Prozesses.

Publikation 3: Dreher, A., Hahn, E., Diefenbacher, A., Nguyen, M. H., Böge, K., Burian, H., Dettling, M., Burian R., & Ta, T. M. T. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 102, 71-77.

Beitrag im Einzelnen:

Die Promovierende unterstützte die Erstautorin beim Verfassen der Publikation, hauptsächlich im Einleitungs- und Diskussionsteil. Außerdem war die Promovierende an der internen Revision des Manuskripts beteiligt, hauptsächlich bezogen auf Einleitungs- und Diskussionsteil.

Unterschrift, Datum und Stempel des erstbetreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

11 Druckexemplare der ausgewählten Publikationen

Diese Dissertation umfasst folgende Originalartikel:

Publikation 1: Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., Ta, T. M. T., Hahn, E., & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care - Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*; 143: 110374. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110374> Epub 2021 Jan 30. PMID: 33571859.

Publikation 2: Ohse, L., Burian, R., Hahn, E., Burian, H., Tam Ta, T. M., Diefenbacher, A., & Böge, K. (2021). Process-outcome associations in an interdisciplinary treatment for chronic pain and comorbid mental disorders based on Acceptance and Commitment Therapy. *Pain medicine*, *pnab102*, <https://doi.org/10.1093/pm/pnab102>.

Publikation 3: Dreher, A., Hahn, E., Diefenbacher, A., Nguyen, M. H., Böge, K., Burian, H., Dettling, M., Burian R., & Ta, T. M. T. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 102, 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.010>

12 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

13 Publikationsliste

Zeitschriften

Dreher, A., Hahn, E., Diefenbacher, A., Nguyen, M. H., Böge, K., Burian, H., Dettling, M., Burian R., & Ta, T. M. T. (2017). Cultural differences in symptom representation for depression and somatization measured by the PHQ between Vietnamese and German psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 102, 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.010>

Impact Factor: 2.860

Nguyen, M. H., Hahn, E., Wingenfeld, K., Graef-Calliess, I. T., von Poser, A., Stopsack, M., Burian, H., Dreher, A., Wolf, S., Dettling, M., & Burian, R. (2017). Acculturation and severity of depression among first-generation Vietnamese outpatients in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 708-716. <https://doi.org/10.1177/0020764017735140>

Impact Factor: 1.439

Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., Ta, T. M. T., Hahn, E., & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care - Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 143, 110374. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110374>

Impact Factor: 2.860

Ohse, L., Burian, R., Hahn, E., Burian, H., Tam Ta, T. M., Diefenbacher, A., & Böge, K. (2021). Process-outcome associations in an interdisciplinary treatment for chronic pain and comorbid mental disorders based on Acceptance and Commitment Therapy. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, pnab102. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab102>

Impact Factor: 2.513

Kongressbeitrag

Burian, H., Böge, K., Burian, R., Diefenbacher, A. (2018). Do elderly pain patients with comorbid psychiatric disorders regain quality of life in a multimodal ACT-based group treatment? Journal of Psychosomatic Research, 109, 92-93.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.030>

Impact Factor: 2.860

14 Danksagung

An erster Stelle möchte ich meinen beiden Betreuern dieser Dissertation, Prof. Dr. Albert Diefenbacher und Dr. Eric Hahn danken, die mir nicht nur fachlich kompetent, sondern auch motivierend und stets lösungsorientiert in den Zeiten des Publikationsprozesses einschließlich der Revisionen zur Seite gestanden haben.

Ich bedanke mich bei der Arbeitsgruppe des KEH und der Charité am CBF, in der die Publikationen dieses Dissertationsprojektes entstanden sind, allen voran bei Ludwig Ohse, der viel Mühe, Ausdauer und eine Menge Geduld darin gezeigt hat, sein Wissen mit mir zu teilen; sowie Kerem Böge, der die Arbeit in den Anfangszeiten stetig vorangebracht hat. Ein weiterer Dank gilt Annette Burns, die ihre Weihnachtsfeiertage geopfert hat um mein englisches Manuskript in Erstautorenschaft einem „proof reading“ zu unterziehen und eine große Unterstützung im Einreich- und Revisionsprozess war. Außerdem geht mein Dank an Oliver Fischer, der sich die Mühe gemacht hat, mir die Feinheiten der Formatierung näherzubringen.

Auch den Studienpatient*innen und den Kolleg*innen der jeweiligen Abteilungen gilt mein Dank.

Der größte Dank geht an meinen Vater, Dr. Ronald Burian, der den Weg von der Idee zur Umsetzung einer Promotion überhaupt erst für mich zugänglich gemacht hat und für mich zu Tag- und Nachtzeiten, an Wochenenden oder im Urlaub ein offenes Ohr hatte und meinen Lebensweg unterstützend begleitet.

Weiterhin danke ich meiner Familie und meinen Freunden, die mich im Prozess begleitet haben, und ohne deren Unterstützung und Motivation diese Promotion nicht möglich gewesen wäre, allen voran meinem Lebenspartner und Vater meiner Kinder, Marcel Hofmann, und meiner Mutter, Antje Burian, die immer für mich da sind.