

Meinen Eltern...

Aus der Klinik für Psychosomatik der Philipps-Universität Marburg

Direktor: Prof. Dr. med. W. Schüffel

**Persönlichkeitsaspekte bei Patienten mit
verschiedenen Krankheitsbildern in der
Psychosomatik**

Über die Spezifitätstheorien im Rahmen einer
Katamneseuntersuchung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten
Medizin

Dem Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität Marburg
vorgelegt

von
Christiane Rakoczy
aus Tübingen

Marburg 2003

Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der Philipps-
Universität Marburg am 4.12.2003 .

Dekan: Prof. Dr. med. B. Maisch

Referent: Prof. Dr. med. W. Schüffel

Korreferent: Prof. Dr. med. Hebebrand

2. Korreferent: Prof. Dr. med. Gieler

INHALTSVERZEICHNIS

1.	PROBLEMDARSTELLUNG	1
2.	STAND DER LITERATUR	4
2.1	PSYCHOSOMATIK	4
	Allgemeine Definition.....	4
2.1.1	TIEFENPSYCHOLOGISCHER ANSATZ	4
2.1.2	WEITERE PSYCHOSOMATISCHE THEORIEN	8
	Der lerntheoretische Ansatz.....	8
	Psychoneuroimmunologie	9
	Die Verhaltensmedizin	10
	Integrative Modelle.....	11
	Selbstpsychologie.....	12
2.1.3	SPEZIFITÄTSTHEORIEN UND IHRE HEUTIGE BEDEUTUNG	13
	Kritik an Spezifitätsmodellen	14
2.1.4	DAS ALEXITHYMIEKONZEPT	17
2.2	DIE "KLASSISCHEN" PSYCHOSOMATISCHEN ERKRANKUNGEN DES GASTROINTESTINALEN BEREICHS	20
	2.2.1 Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni.....	20
	2.2.2 Colitis ulcerosa.....	22
	2.2.3 Morbus Crohn (Ileitis terminalis).....	23
	2.2.4 Anorexia nervosa	25
	2.2.5 Bulimia nervosa.....	27
	2.2.6 Adipositas	29
	2.2.7 Gemeinsamkeiten der gastrointestinalen Krankheitsbilder	30
2.3	DIE "KLASSISCHEN" PSYCHOSOMATISCHEN ERKRANKUNGEN DES HERZ-KREISLAUF-SYSTEMS	31
	2.3.1 Die essentielle Hypertonie	31
	2.3.2 Koronare Herzkrankheit (KHK) und Myokardinfarkt.....	33
	2.3.3 Gemeinsamkeiten der Krankheitsbilder des Herz-Kreislauf-Systems	37
2.4	FUNKTIONELLE SYNDROME	37
	2.4.1 Abgrenzung gegenüber den klassischen psychosomatischen Krankheiten	37
	2.4.2 Epidemiologie.....	38
	2.4.3 Beschwerdebild.....	39
	2.4.4 Ätiologie und Bedeutung der Symptomatik.....	40

2.4.5 Spezifität bei psychovegetativen Störungen	41
2.5 FUNKTIONELLE STÖRUNGEN DES HERZ- KREISLAUF- SYSTEMS	42
Epidemiologie	42
Beschwerdebild	43
Ätiologie und Bedeutung der Symptomatik	44
2.6 FUNKTIONELLE SYNDROME IM GASTROINTESTINALEN BEREICH..	46
Epidemiologie	46
Beschwerdebild	46
Ätiologie und Bedeutung der Symptomatik	47
3. HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	49
4. MATERIAL UND METHODEN.....	55
4.1 Datenerhebung und Stichprobengewinnung	55
4.2 Beschreibung der Stichprobe.....	56
4.3 Beschreibung der eingesetzten Verfahren.....	63
4.3.1 Gießen-Test (GT)	63
4.3.2 Gießener Beschwerdebogen (GBB).....	67
4.4 Auswertungsverfahren.....	69
4.4.1 Multivariate mehrfaktorielle kovariante Varianzanalyse.....	69
5. ERGEBNISSE.....	72
5.1 Beschwerdedruck im Gießener Beschwerdebogen	72
5.2 T-Werte der Stichprobe im Gießen-Test.....	73
5.3 Kovariate	75
5.4 Korrelationsmatrix	78
5.5 Faktoren	80
5.6 Wechselwirkungen	82
6. INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	84
7. DISKUSSION	89
7.1 Anmerkungen zur Studienplanung	93
8. ZUSAMMENFASSUNG	95
9. LITERATURVERZEICHNIS	97
10. ANHANG.....	115

1. Problemdarstellung

Von dem Zusammenhang zwischen psychischen und physischen Funktionen im Körper schien schon immer eine sehr große Faszination auszugehen. Bereits im fünften Jahrhundert v. Chr. beschrieb **Hippokrates** in seinem Konzept vier verschiedene Charaktere, die er jeweils der Funktion eines Körpersaftes zuordnete (**Corpus hippocraticum**).

Kretschmer entwickelte 1931 einen konstitutionsbiologischen Ansatz, welcher Körperbau und Charakter in Verbindung zu setzen versuchte (**Kretschmer, 1931**).

Alexander beabsichtigte in seinem Spezifitätskonzept psychische Haltungen mit Funktionen des Magen-Darm-Traktes, sowie mit verschiedenen entwicklungsgeschichtlichen Konflikten im Leben eines Patienten, in Zusammenhang zu bringen (**Alexander, 1934**).

Als Beispiel der heutigen medizinischen Forschung für eine Zuordnung von Körperfunktionen bzw. Krankheiten zu bestimmten Persönlichkeitsaspekten ist die Beschreibung von Risikopersönlichkeiten, wie die des Typ-A-Verhaltens bei Herzinfarktpatienten zu nennen. Hierunter versteht man das von **Rosenman und Friedman 1966** beschriebene Verhalten, das durch starkes Leistungsdenken und konkurrierenden Erfolgsdruck charakterisiert ist und sehr eng mit Herz-Kreislauf-Funktionen in Zusammenhang zu stehen scheint.

Bei der Differenzierung zwischen "klassischen" psychosomatischen Krankheiten und funktionellen Störungen geht man bei den funktionellen Störungen davon aus, daß sich psychische Störungen subjektiv durch körperliches Leiden ohne organisches Korrelat ausdrücken. Bei Patienten mit klassischen psychosomatischen Erkrankungen hingegen, wird ein allen gemeinsamer Grundkonflikt im Sinne alexithymen Verhaltens zugrunde gelegt, auf den diese jedoch unterschiedlich und organdestruktiv reagieren. Im Gegensatz zu den klassischen Psychosomatosen werden die funktionellen Störungen eher dem neurotischen Formenkreis zugeordnet (**Ahrens, 1997**).

Von den meisten allgemein formulierten Ansätzen wurde in der neueren Vergangenheit zwar teilweise Abstand genommen, sie wurden aber nie vollständig abgelehnt oder gar als widerlegt betrachtet. Die etwas nachlassende Auseinan-

dersetzung mit den Theorien als Ganzes, schlägt sich in den teilweise nicht ganz aktuellen Literaturangaben dieser Dissertation nieder. Einerseits läßt sich dies mit der Problematik der objektiven Überprüfbarkeit dieser Hypothesen begründen, andererseits führt aber die praktische Relevanz und sinnvolle Anwendung der Ansätze dazu, daß ihnen immer wieder besonderes Interesse entgegen gebracht wird. Zwar kann man von einer absoluten Spezifität, wie man sie bei Alexander vorfindet, nicht mehr ausgehen, dennoch sind gewisse Assoziationen zwischen Krankheiten und Persönlichkeitszügen, Verhaltens- oder Charaktereigenschaften nicht von der Hand zu weisen. Viele davon haben sich sogar im Laufe der Zeit auch in zahlreichen Sprichworten eingebürgert.

Ein Zusammenhang läßt jedoch selbstverständlich noch keine Rückschlüsse auf Ursache bzw. Wirkung zu. Einerseits wäre denkbar, daß bestimmte Persönlichkeitsmerkmale eine Person für die Entstehung einer bestimmten Krankheit prädestinieren, andererseits könnten dieses Merkmale aber genauso gut Reaktion und damit Folge einer eventuell chronischen Krankheit sein, also Teil des Krankheitsverhaltens selbst.

In der folgenden Untersuchung wird nun versucht, die durchaus kontroversen Ansichten, die in der aktuellen Literatur vertreten sind, in einen Kontext zu bringen. Im Rahmen der Katamnesestudie soll die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und den jeweiligen Symptomen erörtert werden. Dazu werden die Patienten, die seit 1989 in der Abteilung für Psychosomatik der Klinik für Innere Medizin in Marburg in stationärer Behandlung waren, hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsaspekte untersucht. Dabei wird zum einen die Symptomspezifität, sowie auch die sogenannte Strukturspezifität näher betrachtet. Es wird also einmal nach betroffenem Störungssystem eingeteilt und zum anderen nach Art der Störung, also ob diese funktioneller oder psychosomatischer Art ist.

Selbstverständlich können mit einer Studie in diesem Rahmen die Spezifitätstheorien weder widerlegt noch bestätigt werden. Es könnten jedoch gewisse Tendenzen hinsichtlich des Zusammenhangs bestimmter Persönlichkeitsaspekte und der Krankheitssymptome sichtbar gemacht werden, die sowohl für den klinischen Alltag als auch für die Forschung einen weiteren Erkenntnisge-

winn bedeuten und damit zur Schließung der Lücke zwischen teilweise alter Forschung und heutiger Anwendung beitragen.

2. Stand der Literatur

2.1 Psychosomatik

Allgemeine Definition

Die heutige Auffassung des Begriffs der Psychosomatik entstand aus zunächst zwei verschiedenen Entwicklungslinien. Zum einen beschrieb Freud in der Psychoanalyse grundsätzliche Modelle zur Entstehung von körperlichen Symptomen vor dem Hintergrund seelischer Konflikte. Zum anderen verfolgten psychosomatisch denkende Internisten das Problem der Vielzahl von Kranken mit Funktionsstörungen ohne körperlichen Befund. (**Bräutigam, Christian, v. Rad, 1992**)

Nach **Uexküll** und **Wesiack** weisen psychosomatische Störungen zwei Grundcharakteristika auf: Es liege einerseits eine Störung physiologischer Funktionskreise vor, mit oder ohne Organbeteiligung, die andererseits Züge eines intentional-kommunikativen Verhaltens aufweise, welches in verschlüsselter Form sinnvoll in die individuelle Lebensgeschichte eingebettet sei (**Uexküll & Wesiack, 1996**).

Es ergibt sich folgende gegenwärtige Definition der Psychosomatik:

"Die psychosomatische Medizin ist die Heilkunde und Wissenschaft der gegenseitigen Beziehungen von seelischen und körperlichen Vorgängen, die den Menschen in engem Zusammenhang mit seiner Umwelt begreift. In dieser leib-seelischen Perspektive betrifft sie die Grundlagen der Humanmedizin. Sie vertritt damit eine Zugangsweise zum Kranken, die nicht nur bestimmte Fachgebiete betrifft, sondern in alle vorklinischen und klinischen Bereiche hineinreicht." (**Bräutigam, Christian, v. Rad, 1992; S. 2**)

2.1.1 Tiefenpsychologischer Ansatz

Im tiefenpsychologischen Ansatz wurde die Bedeutung der lebensgeschichtlichen, insbesondere der frühkindlichen Entwicklung für die leibseelische Reifung und Gesundheit berücksichtigt. Dabei wurde der Einfluß seelischer Konflikte auf die Pathogenese erfaßt.

Mit dem Konversionsmodell der Psychoanalyse entwickelte Freud 1894 ein psychosomatisches Modell, das erhebliche Tragweite aufwies. Er schrieb hierzu, daß eine unerträgliche Vorstellung dadurch unschädlich gemacht werde,

daß ihre "Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt" werde. (**Freud, 1894**). Die körperlichen Symptome beinhalteten dabei symbolischen Ausdruckscharakter in verschlüsselter Form.

Während Freud dieses Modell auf die Hysterie beschränkte, weitete Groddeck es auch auf Organkranke aus. Seiner Meinung nach drückten Körpersymptome symbolisch etwas aus, was dem Es als Triebrepräsentanz entspringe. (**Groddeck, 1917**). Damit betonte er als erster die Bedeutung unbewußter Prozesse auf die Entstehung von körperlichen Krankheiten, seine Auslegung war aber gleichzeitig zu spekulativ und mündete in eine uferlose Ausdehnung der Begriffe.

Von Fenichel wurde die Bindung des Konversionsmodells an einen genital-sexuellen Konflikt aufgehoben und als "prägenitale Konversion" auch auf prägenitale Konflikte ausgeweitet (**Fenichel, 1977**).

Darüberhinaus beschrieb Freud parallel zum Konversionskonzept die sogenannte Angst- oder Aktualneurose mit den Symptomen Schwitzen, Schwindel, Durchfall als Äquivalente eines Angstanfalls. Er grenzte sie scharf von der Konversion ab und bezeichnete sie als "das somatische Seitenstück zur Hysterie" (**Freud, 1895; S. 341**), da sie seiner Meinung nach ausschließlich auf einer Störung des aktuellen Sexuallebens beruhte und eine rein somatische Erregung ohne psychische Bedeutung darstellte. Er schrieb:

"... so werden wir nicht erstaunt sein, in den Aktualneurosen die direkten somatischen Folgen der Sexualstörung zu finden." (**Freud, 1966; Bd. XI, S. 402**).

Damit waren für ihn die Symptome ohne jeglichen Ausdruckscharakter und boten daher auch keinen Angriffspunkt für die Psychoanalyse.

"... die Symptome der Aktualneurosen ... haben keinen "Sinn", keine psychische Bedeutung." (**Freud, 1966; Bd. XI, S. 402**)

Alexander versuchte **1950** in seiner Theorie differenzierte psychologische Hypothesen mit physiologischen und pathologischen Körpervorgängen zu verbinden (**Alexander, 1950**). Er war von Cannons Streßkonzept (**Cannon, 1920**) und Freud gleichermaßen beeinflusst und griff die von Freud ausgegrenzte Aktualneurose wieder auf, da diese seiner Ansicht nach bereits Erklärungsansätze der psychosomatischen Symptombildung in sich barg.

Unter den Begriffen "vegetative Neurose" und "Organneurose" gliederte er einige Krankheitsbilder, wie beispielsweise Asthma bronchiale, Ulcus duodeni, funktionelle Syndrome und viele mehr, wieder in die Psychosomatik ein. Er grenzte diese scharf von den Konversionssymptomen ab. Sie entstünden aufgrund eines unbewußten Konflikts im Zuge einer neurotischen Fehlentwicklung. Dadurch werde eine auf Außenobjekte gerichtete Handlung unterlassen, weshalb die emotionale Spannung nicht abgeführt werden könne. Die diese Spannung begleitenden vegetativen Veränderungen persistierten und könnten eventuell Gewebsveränderungen oder irreversible organische Erkrankungen zur Folge haben (**Alexander, 1977**). Die physiologische Reaktion besitze demzufolge auch hier keinerlei Ausdruckscharakter:

"Hier sind die körperlichen Symptome nicht ersatzweise Ausdruck einer verdrängten Emotion, sondern sie sind normale physiologische Begleiterscheinungen der Emotion." (**Alexander, 1943**).

Desweiteren beschäftigte sich Alexander ausgiebig mit der zentralen Frage der emotionalen Spezifität der vegetativen Neurosen. Er versuchte nachzuweisen, daß zwischen emotionalen Zuständen in bestimmten Konfliktsituationen und vegetativen Veränderungen ein engerer Zusammenhang bestehe als zwischen diesen und Persönlichkeitstypologien.

Schur wiederum sah **1955** in der psychosomatischen Symptombildung eine örtliche und zeitliche Regression. Er ging davon aus, daß ein Kind im Laufe der Entwicklung lerne, Angstsituationen nicht mehr mit einem globalen Bewegungsturm zu beantworten, sondern sie im Erleben zu verinnerlichen, d.h. in Empfindungen, Gedanken, Vorstellungen und Sprache zu bearbeiten. Diese Überwindung diffuser somatischer Entladungsphänomene bezeichnete Schur als Desomatisierung. Eine regressive Entwicklung könne also von der Desomatisierung über die Resomatisierung zur psychosomatischen Symptombildung führen. Als notwendige Bedingung einer physiologischen Regression wurde eine "Ich-Schwäche" angesehen, was in diesem Zusammenhang bedeutete, daß schon in den frühesten Phasen des Desomatisierungsprozesses Störungen aufgetreten waren, die Fixierungen an bestimmte Organsysteme zur Folge hatten. Hinsichtlich des zugrundeliegenden Konflikts konnte Schur keine Spezifität feststellen. Sie bestand für ihn lediglich

"in einer Bereitschaft zu bestimmten spezifischen Organreaktionen"
(**Schur, 1955; deutsch in Brede, 1974, S. 386**).

Damit wurde vorstellbar, daß allgemeine Belastungs- oder Angstsituationen unter bestimmten Bedingungen zu einer psychosomatischen Regression und dennoch zu einer spezifischen Organreaktion führen können. Jedoch blieb nach wie vor offen, welche Faktoren die Organwahl beeinflussen, d.h. wovon es abhängt, an welchem Organsystem diese Fixierung stattfindet.

1954 entwickelte **Mitscherlich** das Konzept der zweiphasigen Verdrängung. Er ging von einem dynamischen Wechsel zwischen Neurose und körperlicher Krankheit aus, der auf der Beobachtung beruhte, daß in schweren Krisen einer körperlichen Krankheit, eine Neurose zum Teil verschwinden könne:

"Eine in ihrer Unabwendbarkeit sich chronifizierende Krise wurde in einer ersten Phase der Verdrängung mit neurotischer Symptombildung noch unzureichend zu bewältigen versucht; in einer zweiten Phase erfolgt jetzt die Verschiebung in die Dynamik körperlicher Abwehrvorgänge."(**Mitscherlich, 1954; S. 575**)

Engel und **Schmale** versuchten **1967** verschiedene bereits vorliegende Konzepte zu einem Ansatz zu verknüpfen. Dabei waren sie bemüht, unspezifische und spezifische Bereitschaften des Individuums mit unspezifischen und spezifischen Konflikten zu verknüpfen. Dies ermöglichte eine differenzierte Betrachtung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten.

Sie waren, im Gegensatz zu Alexander, der Überzeugung, daß die Konversion ein "psychologisches Konzept" sei, das nicht nur auf das sensomotorische System beschränkt bleibe. Den Ort der Schädigung auf Konversionsgrundlage hielten sie für symbolisch determiniert. Daraus resultierte die Annahme, daß Patienten mit Erkrankungen des gleichen Systems/Organsystems sich in ihrer Dynamik eher glichen als Patienten mit unterschiedlichen betroffenen Systemen. Eine primär psychogene Auslösung solcher Organstörungen hielten sie jedoch für unwahrscheinlich. Sie gingen von der Existenz von zu Krankheiten prädisponierenden biologischen Faktoren aus, die nicht nur schon von Geburt an vorhanden seien, sondern auch direkt oder indirekt Einfluß auf die Entwicklung des psychischen Apparates nähmen. So entstandene Krankheiten nannten sie "somatopsychisch-psychosomatisch", um den Mechanismus zu verdeutlichen (**Engel und Schmale, 1967**).

In diesem Zusammenhang schien der reale oder phantasierte Objektverlust eine besondere Rolle zu spielen, woraus ein Gefühl der Hilf- und Hoffungslosigkeit resultiere. **Engel** und **Schmale** faßten dies unter dem Komplex des "giving up - given up" zusammen. Die Situation bei Krankheitsausbruch sei durch das Versagen der psychischen Abwehrmechanismen gekennzeichnet, wodurch es auch im Vorfeld zu den häufig beschriebenen affektiven Zuständen von Depression, Verzweiflung und allgemeinem Rückzug komme (**Engel & Schmale, 1967**).

Auch **Porsch** bestätigte **1997** die psychoanalytisch-psychosomatische Hypothese, daß Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen dazu neigen, konfliktreiche Objektbeziehungserfahrungen im erkrankten Körperorgan symbolisch zu verdichten. Dies wurde anhand von 139 Patienten mit chronisch-entzündlichen und funktionellen Darmerkrankungen untersucht. Die symbolische Verdichtung zeigte sich nicht nur für primäre Objektbeziehungen, sondern auch für schwierige Partnerschaftsbeziehungen (**Porsch, 1997**).

2.1.2 Weitere psychosomatische Theorien

Der lerntheoretische Ansatz

Pawlow zeigte, daß physiologische Reaktionen konditionierbar sind. Er wies damit eine Korrelation, wenn auch keine Kausalität, zwischen "Belastung" und körperlicher Funktionsänderung nach. Diese wurde später in der Streßforschung weiter angewandt.

Der bedingte Reflex stellte hierbei die elementarste Form einer individuell erworbenen Funktionsweise dar. Dabei wird ein neutraler Reiz mit einem unbedingten, unkonditionierten Reiz gekoppelt, wodurch eine unbedingte, unkonditionierte Reaktion ausgelöst wird. Nach einiger Zeit der gleichzeitigen Darbietung der beiden Reize tritt die Reaktion auch bei alleiniger Gabe des ursprünglich neutralen Reizes als bedingte oder konditionierte Reaktion auf. Pawlow und seine Schule beschrieben diesen Mechanismus bei fast allen Körperfunktionen wie beispielsweise Herztätigkeit, Gefäßreaktionen, Magen-Darm-Tätigkeit und Stoffwechsel (**Pawlow, 1953**).

Neben der klassischen schien aber auch die operante Konditionierung in der Psychosomatik eine Rolle zu spielen. Dabei wird die Auftretenswahrscheinlich-

keit eines Verhaltensmusters durch positive oder negative Verstärkung bzw. Bestrafung beeinflusst.

Die Bedeutung der Lerntheorien lag jedoch eher bei der Exazerbation bereits vorhandener Krankheiten als in der Krankheitsverursachung, denn sowohl die klassische als auch die operante Konditionierung setzen ja voraus, daß die körperlichen Symptome bereits aufgetreten sind. Es mußte also eine physiologische Prädisposition vorliegen (**Pawlow, 1953**).

In diesem Zusammenhang wurde die Frage der Organwahl also durch individuelle Unterschiede in den Mustern vegetativer Reaktionsbereitschaft auf Belastung beantwortet.

Psychoneuroimmunologie

Die Konditionierbarkeit des Immunsystems und somit dessen Beeinflußbarkeit durch zentralnervös vermittelte Lern- und Erfahrungsprozesse wurde erstmals von **Ader** durch Experimente an Ratten nachgewiesen (**Ader & Cohen, 1975, 1982; Ader et al., 1991**). Er entdeckte beispielsweise, daß ein Süßstoff, der keinen Einfluß auf die Immunfunktion hat, vergleichbare immunsuppressive Wirkungen wie Cyclophosphamid (ein Immunsuppressivum) bei Ratten auslösen kann, wenn den Ratten anfänglich nach Gabe von gesüßtem Wasser Cyclophosphamid injiziert wurde.

Ebenso kann ein Einfluß des Zentralnervensystems auf das Immunsystem bei der Entstehung von Krankheiten sowie bei der Protektion vor Krankheiten, beispielsweise durch körperliche Aktivität, beobachtet werden (**Hennig, 1998**).

Gegenwärtig ist noch unklar, worauf diese Effekte genau zurückzuführen sind, da es sich bei Immunreaktionen nicht um Reflexe im pawlowschen Sinne handelt. Dennoch sind langfristig gesehen wesentliche Beiträge zur psychosomatischen Medizin, vor allem in den Bereichen Infektionskrankheiten, Krebserkrankungen, Allergien und Autoimmunerkrankungen durch Übertragung der tierexperimentellen Ergebnisse auf den Menschen zu erwarten (**Moynihan & Ader, 1996**). Zur genaueren Untersuchung von Entstehung, Verlauf und Therapie sind sowohl psychologische und neuroendokrinologische als auch immunologische Methoden von Bedeutung (**Klosterhalfen & Klosterhalfen, 1996**).

Die Verhaltensmedizin

Die Tatsache, daß die in der traditionellen Psychosomatik postulierten psychogenetischen Wirkmechanismen weder verifiziert noch falsifiziert werden konnten (**Florin, Vögele & Tuschen-Caffier, 1999**), verdeutlichte die Notwendigkeit der Entwicklung neuer Theorien. Auch die Integration der Erkenntnisse anderer natur- oder verhaltenswissenschaftlicher Disziplinen, insbesondere der Psychologie, wurde durch die psychoanalytische Orientierung behindert (**Weiner, 1977**).

Der Begriff der Verhaltensmedizin wurde erstmal 1973 zur Kennzeichnung von Biofeedbackmethoden verwendet (**Birk, 1973**), womit man eine unmittelbare Rückmeldung physiologischer Prozesse zur Selbstkontrolle autonomer Körpervorgänge bezeichnete. Sie kann prinzipiell bei allen psychosomatischen Störungen Anwendung finden.

Heute steht der Begriff Verhaltensmedizin für ein multidisziplinäres Fachgebiet, das unter Beteiligung von Psychologie, Medizin und anderen wissenschaftlichen Disziplinen Krankheits- und Gesundheitsmechanismen beim Menschen erforscht und sich zum Ziel gesetzt hat, die Erkenntnisse dieser Forschung für die Behandlung von Krankheiten und die Förderung der Gesundheit nutzbar zu machen (**Florin, Vögele & Tuschen-Caffier, 1999**).

Es konnte durch viele Studien belegt werden, daß gezielte Einflußnahmen auf das Verhalten oder das Denken von Patienten zu systematischen Veränderungen vegetativer Reaktionen führen können (**Melamed & Siegel, 1975**). So sollte ein völlig neuer Behandlungszugang zu funktionellen Krankheiten geschaffen werden.

Im Vordergrund der Verhaltensmedizin stehen nicht mehr die krankheitsspezifischen Persönlichkeitsstrukturen oder als Wurzeln der Krankheit vermutete frühkindliche Konflikte, sondern man konzentriert sich vielmehr auf die aktuell gestörten psychophysiologischen Funktionsabläufe.

Ein in diesem Zusammenhang wichtiger, in den Neunziger Jahren entwickelter Begriff stellt beispielsweise das chronische Krankheitsverhalten dar. Hierbei soll beleuchtet werden, daß das subjektive Krankheitsgefühl und das daraus resultierende Verhalten in keiner angemessenen Relation zu den Befunden steht (**Muthny & Broda, 1999**). davon nicht leicht abzugrenzen ist die Krankheitsbewältigung im Sinne von Coping, welches als Teil des Krankheitsverhaltens ge-

sehen werden kann. Ebenfalls eng mit dem Krankheitsverhalten verbunden ist der Begriff der Somatisierung. Der ersatzweise oder zusätzliche Ausdruck körperlicher Symptome erscheint hierbei zum einen leichter, weil weniger stigmatisierend und hat zum anderen günstige Konsequenzen im Sinne sozialer Zuwendung und Fürsorge (**Muthny & Broda, 1999**).

Integrative Modelle

Die integrativen Modelle stellen eine eigene Entwicklungslinie der psychosomatischen Theoriebildung dar. Sie wurden von zumeist psychoanalytisch geprägten Internisten etabliert, die versuchten, den tiefenpsychologisch-verstehenden Zugang zum Patienten mit naturwissenschaftlich gegebenen Notwendigkeiten der Medizin zu vereinen. Eine Theorie der psychosomatischen Medizin mußte also vor allem zwei Aufgaben bewältigen. Sie sollte ein Modell der Beziehung zwischen 1. Organismus und Umwelt sowie 2. zwischen biologischen, psychischen und sozialen Vorgängen zur Verfügung stellen können.

Ein so entstandenes Modell war das Integrative Modell von Gesundheit, Krankheit und Kranksein von **Weiner**. Es stellte ein ganzheitliches Konzept dar, in dem Krankheit keine abgeschlossene Entität sein mußte:

"So ... versucht die integrative Sichtweise die zahlreichen Faktoren zu berücksichtigen, die verantwortlich sind für die Prädisposition, die Auslösung, die Aufrechterhaltung und den unterschiedlichen Spontanverlauf von Leiden und Krankheit in ihren Konsequenzen für den Kranken, seine Familie und die Gesellschaft in der er lebt...."(Weiner, 1981)

Auch Gesundheit wurde nicht in absoluten Begriffen - also als Abwesenheit von Krankheit - definiert, sondern eher als erfolgreiche psychobiologische Anpassung an die Umwelt.

Eine wichtige Erkenntnis lag vor allem darin, daß ein Krankheitsgefühl nicht nur aufgrund von Krankheit entstehen könne, sondern auch aus einer Diskrepanz zwischen adaptativen Möglichkeiten eines Menschen und den Anforderungen, denen er ausgesetzt ist. Funktionelle Störungen beispielsweise könnten ein Signal dafür sein, daß das Überleben eines Menschen in seiner spezifischen Umgebung gestört und durch eine Krankheit bedroht ist. Eine Behandlung habe demzufolge keine direkte Heilung, sondern die Verbesserung dieses adaptativen Versagens zum Ziel.

Ein weiteres integratives Modell wurde von **Engel 1977** unter dem Begriff "bio-psycho-soziales Modell" entwickelt. Demzugrunde lag das Konzept der Systemtheorie, demnach die Vorgänge auf verschiedenen Ebenen in einer Hierarchie von Systemen und Suprasystemen zu ordnen seien. Auf jeder dieser verschiedenen Integrationsebenen gelten andere Zeichensysteme, die sich innerhalb des Organismus abspielten (z.B. endokrine, immunologische oder nervale Zeichensysteme). Darüberhinaus gebe es auch auf der psychischen Ebene spezifische und unter sich differenzierte Zeichensysteme.

"Zu ihnen gehören Sensationen und Gefühle, die wir aus unserem Körper und/oder über Sinnesorgane aus der Umgebung empfangen. Mit Hilfe dieser Zeichen baut das Subjekt seine subjektive Umwelt auf..." (**Uexküll & Wesiak, 1990, S. 35**)

Das so entstandene Modell respektierte die Eigenständigkeit der Phänomene auf jeder der verschiedenen Systemebenen. Durch den Rückgriff auf die Zeichenlehre und den dort geläufigen Begriff der "Übersetzung" zeigte es Verbindungen zwischen den Systemebenen auf, die Bedeutungskoppelungen entsprachen. Diese Verbindungen wurden als somato-psychische "Aufwärts-Effekte" bzw. psycho-somatische "Abwärts-Effekte" bezeichnet. Dabei mußte unter anderem zwischen angeborenen und erworbenen Bedeutungskoppelungen unterschieden werden. Durch diese Herangehensweise sollte u.a. verhindert werden, daß komplexe Phänomene der Psychosomatik reduktionistisch von den einfachen physiologischen und biochemischen abgeleitet wurden. Auch der dynamische Aspekt dieses Modells ist hervorzuheben (**v. Uexküll & Wesiak, 1990**).

Selbstpsychologie

Integrative psychosomatische Krankheitsmodelle haben eine Entsprechung in den Erkenntnissen über Selbstobjekt- und Objektbeziehungen, Bindungen, Affektentwicklung und psychobiologischen Regulationen (**Milch, 2000**). Die Affekte wirken von Geburt an als primäre Motivatoren. Sie informieren das Subjekt über den Stand der jeweiligen Interaktion und evaluieren die aktuellen Wahrnehmungen vor dem Hintergrund vergangener und gegenwärtiger Erfahrungen (**Dornes, 1997**).

Aus dem Unterschied zwischen den eigenen Äußerungen und der Spiegelung des Gegenübers in einem anderen Wahrnehmungsmodus entsteht eine Spannung, die eine starke entwicklungsfördernde Potenz enthält und dazu verhilft, daß Spannungen im Psychischen gehalten werden können und nicht somatisiert werden müssen (**Milch, 2001**). Diese frühen Erfahrungen als Basis für die spätere Kommunikation bilden die Voraussetzung für die Fähigkeit, einen stabilen inneren Zustand wiederherzustellen, so daß der innere Zustand reguliert werden kann und nicht in körperlichen Symptomen Ausdruck finden muß. Auch nach **Schore (1994)** und **Taylor (1997)** hat das Bindungsverhalten Einfluß auf verschiedene physiologische Parameter wie kardiovaskuläre, immunologische und endokrine Reaktionen. Die Qualität, in der Affekte, Kognitionen und Bindungserfahrungen in den ersten, prägenden Jahren integriert und psychisch repräsentiert werden, habe einen entscheidenden Einfluß auf die Persönlichkeitsorganisation und ist ausschlaggebend für wesentliche individuelle Persönlichkeitssunterschiede wie beispielsweise die Neigung zur Somatisierung im Erwachsenenalter (**Taylor, 1997**).

2.1.3 Spezifitätstheorien und ihre heutige Bedeutung

In den 30er Jahren konstruierte **Dunbar** verschiedene Persönlichkeits- und Verhaltensprofile, die sie bei den Krankheitskategorien, denen sie sie zuordnete, auch nachweisen konnte. Verglichen mit den psychoanalytischen Konflikten **Alexanders** (s.u.) waren diese jedoch oberflächlicher. Es ging ihr dabei weniger darum, die Ursachen einer Krankheit herauszufinden, als ein Mittel effektiver Intervention zu entwickeln (**Dunbar, 1959**).

1950 führte **Alexander** das Konzept der Konfliktspezifität in die Psychosomatik ein (s. S. 4/5). Demnach sei nicht nur ein bestimmter Persönlichkeitstyp für eine Erkrankung das gemeinsame Charakteristikum, sondern auch eine typische unbewußte Konfliktsituation, die sich bei sehr unterschiedlichen Persönlichkeiten entwickle und dann für das Leben dieser Menschen eine beherrschende Bedeutung gewinne. Unter folgenden drei Aspekten versuchte er, für jede vegetative Neurose ein dynamisches Grundschema zu entwerfen:

1. Ein spezifischer Konflikt prädisponiere den Patienten zu einer bestimmten Krankheit, wenn weitere biologische, genetische und physiologische Faktoren gegeben seien.
2. Bestimmte Lebenssituationen, auf die der Patient aufgrund seines Schlüsselkonfliktes sensibilisiert ist, reaktivieren und verstärken diesen. Die aktuelle Lebenssituation habe also nur auslösenden Einfluß auf die Störung.
3. Starke Emotionen begleiten den aktivierenden Konflikt und werden durch autonome, hormonelle und neuromuskuläre Mechanismen so gelenkt, daß Veränderungen von Körperfunktionen und -struktur entstehen. (**Alexander, 1950**)

Seine Studien gründeten also auf der Annahme, daß psychische Faktoren, die somatische Störungen verursachen, spezifisch seien. Diese psychischen Faktoren ließen sich als bestimmte emotionale Haltungen definieren, die vom Patienten eingenommen werden oder gegen die eigene Person gerichtet seien. Demzufolge seien also auch diese emotionalen Haltungen für unterschiedliche somatische Störungen jeweils spezifisch.

Desweiteren ging Alexander davon aus, daß bewußte seelische Prozesse des Patienten nur eine untergeordnete Rolle in der Verursachung körperlicher Symptome spielten. Verdrängte Strebungen haben seiner Meinung nach jedoch eine chronische Innervation zur Folge, die zu einer chronischen Fehlfunktion innerer Organe führen könne (s.v.).

Zusammenfassend kann man sagen, daß Alexander davon ausging, daß Menschen sowohl typische psychodynamische Persönlichkeitskonstellationen aufwiesen, als auch in für jede Störung typischen Konfliktsituationen erkrankten.

Kritik an Spezifitätsmodellen

Insgesamt mußte bei kritischer Betrachtung des Werkes Alexanders jedoch angemerkt werden, daß er von einigen Voraussetzungen ausging, die in der Psychosomatik bisher noch keine allgemeine Gültigkeit besaßen. Beispielsweise begriff er über die psychoanalytische Theorie hinaus, die drei unbewußten Strebungen Aufnehmen, Zurückhalten und Ausstoßen als elementare biologische Strebungen. Von Küchenhoff wurde dies als mißlungene Reduktion auf Grundmuster bezeichnet.

Desweiteren betonte Alexander zwar die Eigenständigkeit somatischer Prozesse, holte sie aber selbst immer wieder in den Bereich sinnhaften Ausdrucks zurück. Außerdem wurde von ihm ohne ausreichende Belege eine sinnhafte Kontinuität zwischen funktionellen und organisch-destruktiven Prozessen angenommen. Dadurch entstand vorschnell ein abgerundetes Bild (**Küchenhoff, 1994**).

In den 50er Jahren kritisierte der Psychologe **Stern** sowohl die Spezifitätstheorie des Persönlichkeitstypus als auch die des Konflikts. Seiner Meinung nach handelte es sich bei der Entstehung psychosomatischer Beschwerden um globalere Belastungsfaktoren (**Stern, 1958**). Er war der Ansicht, die anlage- und entwicklungsbedingten Voraussetzungen lagen in der von **Balint 1968** formulierten Grundstörung, worunter man einen Defekt der psychischen Struktur, eine zu behebende Mangelsituation verstand oder der Infantilität der Persönlichkeit nach Ruesch (**Ruesch, 1948**), was bedeuten soll, daß pathologische Seeleninhalte vor allem aus der frühen Kindheit nicht erinnert, sondern nur durch Wiederbelebung im Sinne der Wiederholung reproduziert werden. Darin sah er den "gemeinsamen Faktor" der psychosomatischen Erkrankung im Erwachsenenalter. Auslöser von Krankheiten seien also völlig unspezifische Konflikte, wobei bei der Organwahl die Organminderwertigkeit nach **Adler (1907)**, also eine bereits vorbestehende somatische Prädisposition, und der Krankheitsgewinn eine Rolle spielten. **Stern** formulierte auch die sehr bedeutsame These, daß die Krankheit selbst Konflikte erzeuge und die Persönlichkeit beeinflusse. Er ging also auch davon aus, daß Patienten, die unter ähnlichen körperlichen Symptomen litten, ähnliche psychodynamische Konstellationen aufwiesen.

Auch **Ahrens** schrieb **1997** hierzu:

"Was als Persönlichkeitsmerkmal imponiert, kann auch Krankheitsfolge sein, also eine seelische Reaktion auf die akute Belastung oder Gefährdung... ." (**S. 388**)

Baumeyer war der Meinung, daß die Beziehungen zwischen Persönlichkeitsstruktur, Konflikten, Auslösern und Symptomen und damit die intervenierenden Variablen zu komplex seien, als daß eine Punkt-zu-Punkt-Zuordnung als Kriterium gefordert werden könne (**Baumeyer, 1958**).

Küchenhoff formulierte zur Spezifität zwei Hypothesen:

"Die enge Hypothese geht davon aus, daß genau definierte Persönlichkeitspathologien und/oder ebenso klar definierte Konflikte zu bestimmten Krankheiten führen und nicht zu anderen." (**Küchenhoff, 1994; S. 241**)

Diese galt seiner Ansicht nach als widerlegt.

Die weitere Hypothese besagte, daß

"bei bestimmten Krankheiten durchaus bestimmte psychodynamische Merkmale gefunden werden können, sie kommen regelhaft bei ihnen vor, müssen aber nicht unbedingt auf sie beschränkt sein, kommen also nicht nur bei ihnen vor. Spezifisch ist eine dynamische Konstellation; aus dem Zusammentreffen besonderer organischer Dispositionen, von Persönlichkeitsmerkmalen, lebensgeschichtlichen Erfahrungen und aktuellen Belastungssituationen entstehen spezifisch bestimmte Erkrankungen." (**Küchenhoff, 1994; S. 241**)

Man könnte also von einer konstellativen Spezifität sprechen. Problematisch war allerdings die empirische Überprüfbarkeit dieser Hypothese. Die Frage der prämorbidem Persönlichkeit des Kranken blieb weitgehend unbeantwortet. Desweiteren stellte sich das Problem der nosologischen Einheiten, d.h. die Frage, ob bestimmte Krankheiten nur die gemeinsame Endstrecke verschiedener pathophysiologischer oder biochemischer Mechanismen darstellen. Außerdem fehlen exakte qualitative Verfahren, die im psychoanalytischen Gespräch gewonnene Erkenntnisse auch für die Forschung nachvollziehbar machen könnten. Die Persönlichkeit im Sinne von Persönlichkeitsstruktur läßt sich nach Ansicht von Küchenhoff mithilfe von Fragebögen nicht befriedigend erfassen (**Küchenhoff, 1994**).

Hoffmann und **Hochapfel** erschien es dennoch sinnvoll, sich in der Praxis weiterhin der lockeren Form der Spezifitätsannahme zu bedienen, dabei aber immer die grundsätzliche These zu beachten, daß letztlich jeder Konflikt zu jedem Störungsbild führen, sowie jede Persönlichkeitskonstellation mit jedem Störungsbild einhergehen könne (**Hoffmann & Hochapfel, 1991**).

Auch **Ahrens'** Meinung nach begründeten Modellvorstellungen sinnvolle Typologien, deren Angemessenheit für den Einzelfall immer neu zu prüfen sei (**Ahrens, 1997**).

Küchenhoff nannte dies die "pragmatisch-ambivalente" Haltung, welche derzeit unter Klinikern vorzuherrschen scheint (**S. 243**).

Er stellte fest, daß eine konstellative Spezifität kleinteiliger vorgehe:

"Was dabei zunächst und vor allem entsteht sind konstellative Muster, Zusammenhänge, die unterhalb der Ebene von Persönlichkeits-, Konflikt- und Krankheitsspezifität z.B. zeigen, welche die Risikofaktoren der Chronifizierung sind, welche Persönlichkeiten mit welchen Konflikten am schlechtesten umgehen können, welche pathologischen biologischen Antworten auf welche Reize entstehen etc." (**Küchenhoff, 1994, S. 244**)

Paulley schlug vor, den Begriff Spezifität durch "typicality" zu ersetzen. Damit versuchte er deutlich zu machen, daß die spezifischen bzw. typischen Faktoren eines Störungsbildes zwar regelmäßig bei diesem vorkommen können, nicht aber zwangsläufig auf dieses beschränkt sein müssen (**Paulley, 1991**).

Auch **Reitter** und **Tress** ging es darum, das jeweils Typische einer psychosomatischen Störung herauszufinden, etwa die Art und Weise, in der ein Patient mit einer bestimmten Psychosomatose seine Lebenssituation gestaltet und gerade dadurch das (Wieder-) Auftreten seiner Krankheit fördere (**Reitter & Tress, 1991**).

Es bedurfte also der Anwendung übergreifender, integrativer Modelle wie derer von **Weiner** oder **Uexküll** und **Wesiak** (s.S. 9).

2.1.4 Das Alexithymiekonzept

In zur Spezifität gegenläufigen Ansätzen beschäftigten sich **Ruesch (1948)**, **Shands (1975)**, die französische Schule um **Marty & de M'Uzan (1963)**, sowie **Nemiah & Sifneos (1970)** nicht mit den Unterschieden, sondern mit den Gemeinsamkeiten aller psychosomatisch Kranker. Als psychosomatisch krank werden in diesem Zusammenhang - im Gegensatz zu den funktionellen Störungen - alle Patienten bezeichnet, die unter einem, der zu den klassischen psychosomatischen Krankheiten zählenden Krankheitsbild leiden. Dazu gehören Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, essentielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit und Myokardinfarkt, Neurodermitis, rheumatoide Arthritis und Hyperthyreose, sowie neueren Ansichten zufolge auch die Eßstörungen.

Unter dem Begriff "infantile personality" faßte **Ruesch 1948** die typischen Merkmale alexithymen Verhaltens zusammen und brachte diese erstmals mit psychosomatischen Patienten in Zusammenhang.

Diese Merkmale bezogen sich hauptsächlich auf die Sprache. Er beschrieb psychosomatisch Kranke oft als banal, steril und leer in ihren sprachlichen Äu-

ßerungen, ohne Entwicklungsfähigkeit und unfähig zu einer echten Übertragungsbeziehung. Die als "Alexithymie" bezeichnete Persönlichkeitsstruktur war durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet:

1. Eingeschränkte Phantasiefähigkeit , d.h. die Patienten wiesen ein augenblicksbezogenes, sich an konkret-realen Dingen orientierendes Denken auf, das sich nicht oder kaum auf innere Dinge beziehen könne. Marty und de M`Uzan nannten dies "pensée opératoire" (**Marty, de M`Uzan, 1963**). McDougall bezeichnete es als "acting disorder". (**Mc Dougall, 1980**)
2. Unfähigkeit, erlebte Gefühle auszudrücken. Dabei müsse man sich fragen, inwieweit diese Patienten Gefühle überhaupt erleben oder ob sie sie nur nicht benennen könnten.
3. Soziale Überangepaßtheit. Die Objektbeziehungen seien meist auf die Realpräsenz des Partners bezogen, es werde eine eigentümliche Beziehungsleere ausgestrahlt.

Die Genese der körperlichen Symptomatik wurde in diesem Modell so hergeleitet:

Die Patienten, die in ihrer Erlebnisfähigkeit zu stark eingeengt seien, um seelische Konflikte und Widersprüche zu erleben, also psychisch zu repräsentieren, können schwerwiegende emotionale Belastungen überhaupt nicht seelisch verarbeiten. An die Stelle der seelischen Verarbeitung trete die Krankheit als biologische Verarbeitung (**Ahrens, 1997**).

Merkmale alexithymen Verhaltens wurden unter anderem beobachtet bei Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen, insbesondere Colitis ulcerosa, Morbus Crohn und beim peptischen Ulkus (**Porcelli, 1995; Fukunishi, 1997; Frisch, Schwab & Krause, 1995; Hartmann, 1995**), bei Koronarpatienten (**Numata, 1998**), essentieller Hypertonie (**Todarello, 1995**), und bei Eßstörungen (**Bourke, 1992, Cochrane, 1993**). Auch bei heterogenen Gruppen psychosomatisch Kranker fanden sich im Vergleich mit Gesunden, Neurotikern und organisch Kranken als "alexithym" interpretierbare Merkmale (**v. Rad 1979; Taylor 1981; Keltikangas-Jarvinen, 1985**).

Cohen hingegen konnten keine Unterschiede in den Alexithymie-Scores von Patienten in einer psychosomatischen Klinik, einer psychiatrischen Klinik und einer gesunden Kontrollgruppe finden (**Cohen, 1994**).

Im Gießen-Test, einem von Richter und Beckmann 1968 entwickelten (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**), auf psychoanalytischen Konzepten basierenden Persönlichkeitsfragebogen, machte sich alexithymes Verhalten dahingehend bemerkbar, daß sich psychosomatisch Kranke als eher angepaßte und unauffällige Menschen schilderten. Sie beschrieben sich als gefügig, kooperativ und anscheinend nur gering auf gefühlsmäßigen Ausdruck und innere Grübeleien ausgerichtet. Dazu paßte, daß sie häufiger Mittelwertankreuzungen und seltener Extremwertankreuzungen zeigten als eine Gruppe von Psychoneurotikern. Insgesamt präsentierten sie ein relativ sicheres Selbstbild. Sie erweckten den Eindruck, mit ihrer Umwelt in Einklang zu stehen, ohne viel darüber reflektieren zu müssen und ohne viel Aufwand zu betreiben. Widersprüchlich erschien dabei, die Überzeugung vieler psychosomatisch Kranker, weniger Liebe schenken zu können. **Von Rad** interpretierte dies als Andeutung einer tiefen Verunsicherung unter der "Pseudonormalität". Insgesamt stimmte dies mit der vielfach beschriebenen Unfähigkeit, Gefühle zu äußern überein (**v. Rad, 1983**).

In anderen Persönlichkeitstests, dem MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; **Hathaway & Mc Kinley, 1940**), der bestimmte klinisch relevante Persönlichkeitszüge zu erfassen versucht, sowie dem EPI (**Eysenck, 1964**) korrelierte die Alexithymie negativ mit den Werten für Neurotizismus und Extraversion (**Fava, 1980; Lolas, 1981**). Andere hingegen fanden Neurotizismus als einen positiven Prädiktor für Alexithymie (**Parker, 1989; Wise, 1992**). Eine Korrelation zur Depressivität war nicht nachweisbar.

Inwieweit die Alexithymie als Entwicklungsdefizit oder als Abwehrformation, als Struktur oder als Symptom zu sehen ist, bleibt jedoch nach wie vor ungeklärt.

2.2 Die "klassischen" psychosomatischen Erkrankungen des gastrointestinalen Bereichs

2.2.1 Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni

Epidemiologie

Die Prävalenz des Ulcus pepticum liegt in der BRD ungefähr bei 2%, wobei das Magengeschwür in etwa doppelt so häufig vorkommt wie das Duodenalgeschwür. Das Verhältnis Frauen zu Männern beträgt 1:2.

Bis zum 45. Lebensjahr nimmt die Häufigkeit zu, um dann wieder abzusinken (**Schüffel & Uexküll, 1996**).

Nach **Kuntzen** und **Kaess** sollen etwa 10% aller Personen der BRD ein- oder mehrmals an einem Ulcus erkranken (**Kuntzen & Kaess, 1990**)

Beschwerdebild

Es handelt sich um benigne unspezifische Ulzerationen der Schleimhaut in Abschnitten des Verdauungstraktes, die mit Magensäure in Berührung kommen.

Charakteristisch sind krampfartige, streng lokalisierbare Schmerzen im Epigastrium, oft mit Hungergefühl verbunden, die entweder sofort (Ulcus ventriculi) oder bis zu 2 Stunden nach den Mahlzeiten (Ulcus duodeni) auftreten.

Als Komplikationen können vor allem Perforationen, Blutungen und narbige Stenosen vorkommen (**Schüffel & Uexküll, 1996**).

Ursächlich ist hinsichtlich der Pathogenese von einem Zusammenspiel somatischer Faktoren wie u.a. Genetik, gastrointestinale Hormone, protektive Schleimhautfaktoren und Helicobacter pylori sowie psychischen Faktoren auszugehen (**Overbeck & Grabhorn, 2000**).

Ätiologie und psychosomatische Bedeutung

Als häufige psychische Auslösesituationen können erstens Situationen angesehen werden, die einen Geborgenheitsverlust beinhalten und zweitens solche, die einen Zuwachs an Verantwortung bzw. an Reifungsanforderung bedeuten (**Hoffmann und Hochapfel, 1991**).

Schon nach **Alexander** leiden Ulkusranke an einem spezifischen Konflikt zwischen unbewußten infantilen Abhängigkeitswünschen auf der einen Seite, und dem Kampf um Unabhängigkeit und Erfolg auf der anderen Seite. Die oral-

rezeptiven Bestrebungen würden, wie auch von Patienten mit funktionellen abdominalen Beschwerden (FAB), verdrängt, da sie mit dem erwachsenen Ich unvereinbar seien, was über eine Reihe psychophysiologischer Zwischenschritte zu einer dauernden Hypermotilität und Hypersekretion des Magens führe (**Alexander, 1934**).

Tatsächlich fanden sich in der Biographie von Ulkuskranken gehäuft Trennungserlebnisse (**Fydrich, 1988**).

Immer wieder zeigten sich bei Ulkuspatienten folgende Konstellationen:

Ihr Streben nach Unabhängigkeit und Anerkennung in Familie und Beruf verfolgt das Ziel, eine unbewußt unentbehrliche Verwöhnung in einer sozial akzeptierten Form zu sichern.

Hier wurden zwei Persönlichkeitsstrukturen unterschieden:

1. Der aktive Ulkustyp, der seine Abhängigkeit durch Unabhängigkeit abwehrt.
2. Der passive Ulkustyp, der seine rezeptiven Wünsche weniger stark verdrängt und von der Wirklichkeit dann oftmals enttäuscht wird (**Schüffel & Uexküll, 1996**).

In verschiedenen psychologischen Tests wurden bei Patienten mit chronischem Magenulkus höhere Werte für Introversion und Neurotizismus, außerdem mehr Ängstlichkeit, Depression, "independence" sowie "self sufficiency" und Psychotizismus erhoben (**Tennant, 1986**).

Haug verglich **1994** Ulkuskranke mit einer gesunden Kontrollgruppe sowie mit Patienten, die an funktionellen Oberbauchbeschwerden litten. In fast allen Variablen, unter anderem in der für Neurotizismus und in diversen Skalen für Depressivität, waren die Werte der beiden Patientengruppen gegenüber denen der Gesunden signifikant erhöht. Auch die Unterschiede zwischen Ulkuskranken und Patienten mit funktionellen Störungen erreichten im allgemeinen Signifikanz, wobei die Werte der Patienten mit funktionellen Beschwerden höher lagen (**Haug, 1994**).

Bei Patienten mit Duodenalulkus wurden erhöhte Ängstlichkeit, sowie höhere Werte für Introversion und niedrigere Dominanz gegenüber der Normalbevölkerung gefunden (**Lyketsos, 1982; Tennant, 1986**).

Beim Vergleich zwischen Magenulkus- und Duodenalulkuspatienten wiesen diejenigen mit Magenulkus signifikant höhere Werte auf für Neurotizismus, Psy-

chotizismus, Depression und hostility. Nach Kontrolle der Variable Chronizität war Depression nicht mehr signifikant erhöht.

Ulkusranke unterschieden sich im Gießen-Test signifikant von Gesunden durch niedrigere Werte auf der Skala "Kontrolle" und durch eine höhere Extremwertankreuzung (**Franz, 1996**).

Andere Studien, beispielsweise **Borgherini 1992**, konnten keine einheitlichen Ergebnisse hinsichtlich der Persönlichkeitsaspekte Ulkuskranker liefern.

2.2.2 Colitis ulcerosa

Epidemiologie

Die jährliche Erkrankungsziffer in Westeuropa beträgt 2 bis 9 auf 100 000 Einwohner (**Adler, 1993**). Frauen und Männer sind in etwa gleich häufig und vorwiegend im 2. bis 4. Lebensjahrzehnt betroffen (**Jantschek, 2000**).

Beschwerdebild

Bei der Colitis ulcerosa handelt es sich um eine unspezifische, häufig chronisch rezidivierende, entzündliche Erkrankung des Rektums (85%), des Kolons und eventuell auch des Ileums.

Zu den Komplikationen gehören unter anderem toxisches Megakolon, foudroyante Blutungen und Perforationsperitonitis sowie extraintestinale Manifestationen.

Als Auslöser kommen immunologische und vaskuläre Faktoren, genetische Disposition sowie Einflüsse der Ernährung, infektiöse Agenzien bzw. vegetativ-psychische Aspekt in Frage (**Feiereis & Jantschek, 1996**).

Ätiologie und psychosomatische Bedeutung

Auch hier gehen dem Krankheitsausbruch bzw. den Rezidiven auffallend häufig emotionale Belastungen voraus, bei denen es sich meist um eine tatsächliche, eine phantasierte oder eine drohende Unterbrechung einer Schlüsselbeziehung zu anderen Menschen handle. Auch Lebenssituationen, die eine äußere oder innere Leistungsanforderung darstellten, denen sich der Patient nicht gewachsen fühle, könnten auslösende Faktoren sein (**Hofmann und Hochapfel, 1991**).

Levenstein erfaßte **1994**, daß Patienten mit Colitis ulcerosa, die sich in einem akuten Schub befanden, gegenüber subjektiv asymptomatischen Personen mit

derselben Krankheit, über signifikant mehr belastende Lebensereignisse in den letzten zwei Jahren berichteten. Außerdem schienen die Angaben über belastende Ereignisse mit der Schwere der Läsionen in der Rektumschleimhaut zusammenzuhängen.

Die Kolitispatienten selbst stellten sich als sozial angepaßt, gefällig, konfliktvermeidend und kompromißbereit dar. Ein Großteil ihrer Eigenschaften könnte man durchaus unter dem Begriff "Zwanghaftigkeit" zusammenfassen, wie auch die Verhaltenseigenheiten ihres Gefühlsausdruckes (**Levenstein, 1994**).

Colitis-ulcerosa-Patienten schilderten sich als deutlich aggressionsgehemmter, verschlossener und introvertierter als die Normalbevölkerung (**Leibig, 1985**).

Feiereis (1977) und **Wilke (1978)** fanden narzißtische Züge nicht als hervorstechendes Merkmal der Kolitiker wohingegen **Sittaro (1980)** und **Zepf (1981)** die Störung des Selbstwertgefühls von Kolitispatienten und eine narzißtische Beziehung zu einer Schlüsselperson bestätigten. Sie fanden auch eine Korrelation zwischen deren Verlust und dem Ausmaß der Darmsymptomatik.

Im MMPI (s.o.) unterschieden sich Kolitispatienten in erster Linie in der neurotischen Trias, also Hypochondrie, Hysterie und Depressivität, von der Normalbevölkerung. Im Gießen-Test war nur die Depressivität signifikant erhöht. Auch die Werte für Neurotizismus waren signifikant erhöht, sowie diejenigen für Extraversion erniedrigt. (**Gathmann, 1981**).

Schwarz erhob **1993** vor allem für Angst erhöhte Werte bei Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen gegenüber einer gesunden Kontrollgruppe.

Robertson fand **1989** bei Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen signifikant höhere Werte für Introversion und Neurotizismus verglichen mit einer Kontrollgruppe von Diabetikern.

2.2.3 Morbus Crohn (Ileitis terminalis)

Epidemiologie

Die Inzidenz pro 100 000 Einwohner beträgt derzeit in Europa etwa 3,5 bis 5,3 und ist damit während der letzten 25 Jahre stabil geblieben. Inzidenz und Prävalenz entsprechen damit in etwa der der Colitis ulcerosa. Das Geschlechtsverhältnis ist in etwa ausgeglichen, der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr (**Keller, 2000**).

Beschwerdebild

Es handelt sich um eine chronische, unspezifische, granulomatös entzündliche, segmentale Erkrankung, die gewöhnlich das untere Ileum befällt, in 50% jedoch auf das Kolon und in seltenen Fällen auch auf andere Darmabschnitte übergreift.

Im Mittelpunkt der körperlichen Symptome stehen diffuse mitunter auch lokalisierte abdominale Beschwerden. Infolge der uncharakteristischen Schmerzen, die häufig auch mit Übelkeit und Brechreiz verbunden sind, kann die Krankheit lange Zeit unentdeckt bleiben. Auch Stuhlveränderungen und Beimengungen von Blut und Schleim sind sehr häufig. Anale Läsionen und Abszedierungen treten regelmäßig auf. Charakteristisch sind auch hier extraintestinale Manifestationen.

Die Ursachen sind auch hier weitgehend unbekannt. Es werden ebenfalls familiäre, genetische, infektiöse, immunologische sowie psychologische Faktoren diskutiert (**Feiereis & Jantschek, 1996**).

Ätiologie und psychosomatische Bedeutung

Auch hier scheinen enge Zusammenhänge zwischen Konflikt und Krankheitsbeginn bzw. Krankheitsschub zu bestehen. Im Gegensatz zu den Verlustängsten bei der Colitis ulcerosa stünden hier eher Trennungsängste im Vordergrund (**Hofmann und Hochapfel, 1991**). **Paar** wies **1988** in einer prospektiven Studie nach, daß zukünftige Crohn-Patienten gehäuft Deprivationen und Traumata ausgesetzt worden waren.

Hinsichtlich der Strukturmerkmale wurden, verglichen mit der Normalbevölkerung, erhebliche Unterschiede festgestellt (**Zacher & Weis (1985)** sowie **Paar (1987)**). Beschrieben wurden Persönlichkeitszüge wie emotionale Unreife, aggressive Gehemmtheit, Abhängigkeit und Labilität, häufig aber auch ein besonders forsches, betont unabhängiges, die Krankheit dissimulierendes Verhalten, das von psychosomatischer Seite als Pseudounabhängigkeit interpretiert wurde.

Leibig, Wilke & Feiereis erhoben **1985** bei Morbus-Crohn-Patienten in der Remission sogar geringere Werte für Depressivität, Aggression, Dominanzstreben und emotionale Labilität als in der Kontrollgruppe. Dies war einerseits mit der Remissionsphase und andererseits mit dem Dissimulationsbedürfnis der

Patienten zu erklären. **Von Wietersheim** beschrieb **1994** durch Interviewerhebung bei Morbus-Crohn-Patienten 46% aggressive Gehemmtheit, 38% Dissimulationstendenz, 40% Pseudounabhängigkeit und in 30% der Fälle eine besonders enge Bindung an die Mutter.

Probst, v. Wietersheim, Wilke und **Feiereis** gaben **1990** an, daß sich Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa) signifikant nervöser, aggressionsgehemmter, ungeselliger, weniger gelassen, introvertierter und weniger maskulin schilderten als die Kontrollgruppe. Zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden. Die depressive Persönlichkeit wurde bei beiden Krankheiten von vielen Autoren beschrieben.

Von **Robertson** wurden insgesamt 60% der Patienten als introvertiert und neurotisch beschrieben. Auch hier konnten zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (**Robertson, 1989**).

2.2.4 Anorexia nervosa

Unter Anorexia nervosa versteht man ein Krankheitsbild, das als Ausdruck eines seelischen Konfliktes zu einem extremen Gewichtsverlust führt. Dieser wird dabei bewußt auf verschiedene Arten herbeigeführt. Im Vordergrund stehen Nahrungsverweigerung bzw. -selektion, körperliche Überaktivität sowie Laxantien- bzw. Diuretikaabusus. Die Verleugnung ist dabei von zentraler Bedeutung (**Herzog, 2000**).

Epidemiologie

In 95% der Fälle handelt es sich um Frauen (**Hofmann und Hochapfel, 1991**). Die jährliche Erkrankungsziffer beträgt zwischen 0,1 und 0,6 pro 100 000 Einwohner bzw. 50 bis 75 pro 100 000 der Risikopopulation, nämlich Frauen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren (**Köhle, Simons & Jung, 1996**).

In den letzten 15 Jahren ist eine ständige epidemiologische Zunahme zu beobachten (**Hoek, 1993**).

Entgegen der früheren Annahme, die Krankheit beginne ausschließlich in der Pubertät und werde nach dem 25. Lebensjahr selten, wurde ihr Auftreten neuerdings auch über dieses Alter hinaus des öfteren beobachtet (**Köhle, Simons & Jung, 1996**).

Der Verlauf ist sehr unterschiedlich, Langzeitbeobachtungen weisen allerdings auf eine Chronifizierung hin. Ein Krankheitsbeginn vor dem 16. Lebensjahr weist auf eine eher gute Prognose hin, eine Kombination mit Bulimie, Laxantienabusus, präorbider Fettsucht und schlechter sozialer und beruflicher Anpassung sprechen eher für eine schlechte Prognose (**Herzog et al., 1992**).

Beschwerdebild

Grob lassen sich 2 Typen der Anorexiepatientinnen unterscheiden. Erstens der passiv-restriktive Typ, der sein Gewicht ausschließlich durch Hungern reduziert und zweitens der aktive Typ, der zusätzlich zur absichtlichen Reduktion der Nahrungsaufnahme durch Selektion kalorienarmer Speisen, phasenhaftes oder regelmäßiges Erbrechen, Einnahme von Laxantien und/oder Diuretika sowie motorische Überaktivität versucht, an Gewicht zu verlieren (**Halmi, 1982**). Freßanfälle, Horten von Nahrungsmitteln und Essensdiebstähle werden häufig beobachtet (**Böhme-Bloem, 1996**).

Als Folge der Gewichtsabnahme bzw. des Untergewichts bis hin zur Kachexie tritt fast regelmäßig eine Amenorrhoe auf. Außerdem kann es zu weiteren Hormonstörungen kommen, sowie zur chronischen Obstipation, Haut- und Haarproblemen, Lanugobehaarung, zu depressiven Verstimmungen, Kontaktstörungen und vielem mehr.

Ätiologie und psychosomatische Bedeutung

Die Psychodynamik sei vor allem durch folgende 3 Aspekte charakterisiert:

(**Hoffmann und Hochapfel, 1991**)

1. Die Abwehr der weiblichen Identität, sowohl gegen die weibliche Rolle als auch gegen die weibliche Sexualität.
2. Die Abwehr des Essens als Kampf gegen den Wunsch nach Verschmelzung mit der Mutter oder als Möglichkeit der Trennung von der Mutterfigur.
3. Der Kampf um die Autonomie.

Auch hier besteht wieder eine Ambivalenz zwischen Versorgungswunsch und Autonomiebestrebungen. Der Mangel stabiler innerer Strukturen verunmögliche die altersentsprechende Ablösung von den Eltern und führe in der Pubertät zu Gefühlen von Angst, Scham und Selbstverachtung, wofür die Entwicklung der Anorexie eine Lösung darstelle (**Bemporad, 1992**). Indem Wünschen, Begehren, Lieben negiert werden, kann die damit verbundene Abhängigkeit von ande-

ren, die für die Anorexiepatientin unerträglich ist, vermieden werden (**Herzog, 2000**).

Als Kern der Psychopathologie sah vor allem **Bruch (1980)** die "Körperschemastörung", also die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers bzw. des zugrundeliegenden Körperkonzeptes, welche nach **Böhme-Bloem** besser als Körperbildstörung bezeichnet wird (**Böhme-Bloem, 1996**). Die Patientinnen haben das Gefühl, ihren Körper, ihre Bedürfnisse und ihre Impulse nicht selbst kontrollieren und steuern zu können.

Die Patientinnen scheinen meist überdurchschnittlich intelligent durch gute bis ausgezeichnete schulische Leistungen. Neueren Erkenntnissen zufolge werden diese allerdings eher als Ergebnis großer Anstrengung denn als Zeichen außerordentlicher Intelligenz interpretiert. Nach außen erschienen sie oftmals übergefügig und fallen häufig schon vor Krankheitsbeginn durch ein reserviertes und distanziertes Verhalten auf (**Köhle, Simons & Jung, 1996**).

Oft wurden sie als ängstlich, nervös, schüchtern, gehemmt und mit einer Tendenz zu sozialer Isolation beschrieben (**Stonehill und Crisp, 1977**).

Über die spezifische Magersuchtfamilie gibt es unzählige Meinungen. **Garfinkel** fand **1986** gehäuft Depressionen, Alkoholismus und die Anorexie selbst. Ob es sich jedoch um biologische oder um psychologische Faktoren handle, sei unklar. **Kog** wies **1983** eine überprotektive Haltung der Familienmitglieder, eine ausgeprägte Rigidität der Familienorganisation sowie eine Unfähigkeit, Konfliktlösungen zu erarbeiten in "Magersuchtsfamilien" nach.

2.2.5 Bulimia nervosa

Die Bulimie (griech: Stierhunger) ist gekennzeichnet durch Freßattacken mit anschließendem Erbrechen sowie durch eine übersteigerte Angst vor einer Gewichtszunahme.

Epidemiologie

Auch hier scheint die Häufigkeit deutlich zugenommen zu haben (**Hoek, 1993**). Sie liegt in der BRD bei 100 - 200 000 Fällen, die Prävalenz wird von **Fichter (1985)** mit 2 bis 4% bei 20- bis 35jährigen Frauen angegeben, welche besonders gefährdet sind. **Hänsel** fand **1987** bei 12- bis 20jährigen Schülerinnen eine Häufigkeit von 3%.

Im Gegensatz zur Anorexie, der sogenannten "Pubertätsmagersucht", tritt die Bulimie typischerweise bei Mädchen und jungen Frauen auf, die das Elternhaus bereits verlassen haben. Sie existiert oft jahrelang in aller Heimlichkeit, so daß sie auch die "heimliche Schwester" der Anorexie genannt wird (**Böhme-Bloem, 1996**).

Beschwerdebild

Eine Definition in Anlehnung an **Russell** umfaßt folgende 3 Kriterien (**Russell, 1979**):

1. Unbeherrschbarer Drang zu übermäßigem Essen ("Freßattacken").
2. Krankhafte Angst vor dem Dickwerden.
3. Vermeidung der dickmachenden Effekte der Nahrung, d.h. Erbrechen, Anwendung von Laxantien und Diuretika.

Es steht die krankhafte, geradezu phobische Angst vor Gewichtszunahme und die damit verbundenen Folgen wie Konzentrationsstörungen, Arbeitsstörungen und sozialer Rückzug im Vordergrund. Die Patientin möchte die Gier unter allen Umständen verbergen (**Böhme-Bloem, 1996**).

Körperliche Komplikationen stellen in erster Linie die Zerstörung der Zähne durch die Magensäure und Herzfunktionsstörungen durch die Hypokaliämie dar. Der Leidensdruck, durch das Gefühl, aus dem circulus vitiosus zwischen Freßattacken und Erbrechen nicht mehr alleine ausbrechen zu können ist meist sehr groß (**Feiereis, 1996**).

Auch hier ist eine sekundäre Amenorrhoe häufig, die als Ausdruck der inneren Not der Patientin zu sehen ist. Sie handelt im Körpergeschehen etwas aus, das sie auf der seelischen Ebene nicht in symbolisierter Form ausdrücken kann (**Plassmann, 1993**).

Ätiologie und psychosomatische Bedeutung

Als psychischer Befund dominiert meist eine depressive Verstimmung, die sowohl vor Beginn eines Freßanfalls als auch, häufig besonders stark ausgeprägt, danach auftreten können (**Feiereis, 1989**).

Auch autoaggressive Tendenzen, mangelnde Kontrollfähigkeit, Impulsivität und labiles Affektverhalten wurden beschrieben (**Feiereis, 1996; Steiger, 1993**).

Eine Komorbidität mit anderen Suchterkrankungen wird immer wieder berichtet (**Bulik, 1992**). Durch das süchtige Verhalten werden unerwünschte Gefühle

vom Erleben ferngehalten und es wird eine undifferenzierte Entlastung von Spannungen erreicht (**Jäger, 1997**).

Ebenso wie bei Anorektikerinnen ist den Bulimikerinnen eine Körperbildstörung gemeinsam, die sich in der übermäßigen Beschäftigung mit der Figur und dem Gewicht ausdrückt - im Sinne einer fortwährenden Kontrolle aus Angst, etwas könnte die Gier verraten (**Böhme-Bloem, 1996**).

Eine Psychodynamik, die sich grundlegend von der der Anorexie unterscheidet, habe bisher nicht herausgearbeitet werden können. Es scheine sich um die gleiche orale Grundstörung zu handeln, die jedoch stärker durch die Belastungen des Erwachsenseins zum Ausbruch komme (**Hoffmann & Hochapfel, 1991**).

2.2.6 Adipositas

Das beste Maß der Körperfetterfaßung stellt der Body-Mass-Index (BMI) dar. Er wird berechnet aus dem Körpergewicht in kg dividiert durch die Körpergröße in m². Ein BMI von 20-25 kg/m² wird als Normalbereich angesehen, ein BMI von über 25 kg/m² als Adipositas (**Dt. Adipositasgesellschaft, 1995**).

Es gibt fließende Übergänge zur übergewichtigen Bulimie.

Epidemiologie

Mehr als die Hälfte aller über 40jährigen in der BRD sind übergewichtig. Frauen sind dabei stärker betroffen als Männer, insbesondere nach dem 50. Lebensjahr, da Männer in dieser Altersgruppe eine höhere Mortalität aufweisen. Auf die ganze Bevölkerung verteilt werden Prävalenzen zwischen 5 und 20% erhoben (**Stunkard & Pudel, 1996**). Die Tendenz ist steigend (**Wirth, 1997**). Insbesondere bei Frauen sind Adipositas und niedriger sozialer Status miteinander assoziiert (**Sobal, 1989**).

Beschwerdebild

Entgegen einer weit verbreiteten Annahme ist die Fettsucht nur bei 5% der Patienten auf eine endokrine Störung zurückzuführen (**Hoffmann & Hochapfel, 1991**). Sie wird heute als Ergebnis der Interaktion genetischer Prädisposition und Umweltfaktoren verstanden (**Ellrott, 1998**). **Hebebrand** führt **1995** den größten Teil der Varianz des Körpergewichts auf Umweltfaktoren zurück.

Aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für die Entwicklung eines metabolischen Syndromes sowie der direkten Kausalität mit Fettstoffwechselstörungen, arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus und anderen internistischen Erkrankungen stellt die Adipositas eines der wichtigsten Gesundheitsprobleme Deutschlands dar (**Andersen, 1994**).

Ätiologie und psychosomatische Bedeutung

Als auslösende Ursache kommen in erster Linie Objektverluste, wie z.B. Trennung vom Elternhaus oder Tod des (Ehe-) Partners in Frage. Auch Situationen mit längerandauernder Leistungsanforderung oder Gefahren, sowie depressive Verstimmungen oder unbefriedigende Situationen am Arbeitsplatz und/oder in der Ehe/Partnerschaft führten häufig zu vermehrtem Essen. Die verstärkte Kalorienzufuhr diene vor allem der Abwehr von Unlustempfindungen, Ängsten und narzißtischen Kränkungen, daher wohl auch der Name "Kummer-speck" (**Stunkard & Pudel, 1996**).

Psychodynamisch werde das Verhalten im Sinne des Regressionskonzeptes als Fixierung an orale Befriedigung interpretiert (**Ahrens, 1997**). Es finden sich bei Adipösen gehäuft Hinweise für eine Depressivität (**Köpp, 2000**).

Eine einheitlich Persönlichkeitsstruktur lasse sich nicht beschreiben. Man finde auch unter den Adipösen sowohl antriebsarme als auch aktive und lebendige Menschen. Sie scheinen eher kontaktfreudig und extrovertiert, wobei die Kontakte tendentiell oberflächlich und mit infantiler Anspruchshaltung blieben (**Hoffmann & Hochapfel, 1991**).

2.2.7 Gemeinsamkeiten der gastrointestinalen Krankheitsbilder

Der jeweils zugrunde liegende Konflikt der Auslösesituation scheint bei allen diesen Erkrankungen ähnlich zu sein. Dem Geborgenheitsverlust des Ulkuspatienten entsprechen die Unterbrechung einer Schlüsselbeziehung beim Colitis-ulcerosa-Patienten, die Trennungsängste beim Morbus-Crohn-Patienten und die Ambivalenz zwischen Versorgungswunsch und Streben nach Autonomie sowie die orale Grundstörung bei den Patienten mit Eßstörungen. Darüberhinaus ist eine erhöhte Leistungs- bzw. Reifungsanforderung zu beobachten und die damit verbundenen Ängste.

Dies scheint sich folgendermaßen auf die Persönlichkeit der Patienten dieser Krankheitsbilder auszuwirken: in ihren Eigenschaften werden sie als eher sozial angepaßt beschrieben. Sie wirken übergefällig, konfliktmeidend sowie reserviert und distanziert.

In verschiedenen psychologischen Tests schlägt sich dies in erster Linie in erhöhten Werten für Introversion, Neurotizismus, Depressivität und Ängstlichkeit nieder. Aber auch Nervosität und emotionale Labilität spielen eine wichtige Rolle (siehe Kapitel über jeweiliges Krankheitsbild).

2.3 Die "klassischen" psychosomatischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems

2.3.1 Die essentielle Hypertonie

Nach WHO-Empfehlungen ist eine Hypertonie anzunehmen, wenn bei mehrfachen Blutdruckmessungen über längere Zeit die Werte 160 mmHg systolisch und 95 mmHg diastolisch übersteigen. Die Diagnose "essentiell" setzt den Ausschluß nephrogener, endokriner und kardiovaskulärer Ursachen voraus. Etwa 90% aller Hypertonien werden als essentiell klassifiziert.

Epidemiologie

Die Prävalenz liegt in Deutschland bei Erwachsenen zwischen 25 und 64 Jahren bei etwa 25% (**Herrmann et al., 1996**). **Riegger** nennt sogar eine Prävalenz von 30% , wobei Patienten mit grenzwertigen Blutdruckwerten eingeschlossen sind (**Riegger, 1994**). Männer sind dabei etwas häufiger als Frauen betroffen (**Speidel & Fenner, 2000**).

Der Krankheitsbeginn liegt meist im 3. bis 6. Lebensjahrzehnt.

Beschwerdebild

Eine Blutdruckerhöhung kann auch jahrelang bestehen, ohne merkliche Symptome zu verursachen. **Hoffmann** und **Hochapfel (1991)** zufolge berichteten die Patienten häufiger von subjektiven Beschwerden wie Kopfschmerzen, Angina pectoris, verstärktes Herzklopfen, Dyspnoe und andere, die allerdings nur bedingt auf die Hypertonie zurückzuführen seien. Andere hingegen (**Herrmann et al., 1996**) sind der Meinung, Hypertoniker klagten nicht häufiger über Beschwerden als die Durchschnittsbevölkerung.

Eine längerandauernde Hypertonie kann mit organverändernden Komplikationen einhergehen wie Linksherzhypertrophie, Verengung der Netzhautarterien, Nierenschäden, arteriosklerotischen Plaques, Angina pectoris, Myokardinfarkt und Herzinsuffizienz. Außerdem können transitorische ischämische Attacken (TIA), Apoplexie, hypertensive Enzephalopathie oder Aneurysmen die Folge sein (**Herrmann et al., 1996**).

Ätiologie und psychosomatische Bedeutung

Neben genetischen, ernährungsbedingten, Umwelt- und sozialen Faktoren scheinen auch hier psychische Aspekte eine wichtige Rolle zu spielen.

Nach **Hoffmann** und **Hochapfel** beginne eine Hypertonie häufig dann, wenn ein Individuum in einer chronischen Erwartungsspanne lebe (**Hoffmann Hochapfel, 1991**). Es seien meist Zeiten vermehrter Angst, Zeitnot und wachsender Anspannung.

Im Mittelpunkt der Psychodynamik stehe nach **Alexander** der ständige Kampf dieser Patienten gegen emporkommende feindselige Gefühle (**Alexander, 1977**). Im zwischenmenschlichen Umgang zeigten sie sich betont kontrolliert im Sinne einer ausgesprochenen Verhaltensnormalität, die mit Leistungsstreben verknüpft sei.

Dieses Verhalten diene der Abwehr von Abhängigkeitswünschen, der Verhinderung des Zutagetretens aggressiver Triebwünsche und verhindere den Verlust einer Bezugsperson.

Der zentrale Mechanismus einer Umsetzung von unterdrücktem Ärger und Wut in eine erhöhte vegetative (Gefäß-) Spannung ließ sich weitgehend empirisch bestätigen, auch da, wo auf das psychodynamische Verständnis Alexanders verzichtet wurde (**Sommers-Flanagan & Greenberg, 1989**).

Hypertoniker werden in ihrer Persönlichkeit als leistungswillig, pflichtbewußt, gesellschaftlich überangepaßt und mit hohem Anspruchsniveau an sich selbst beschrieben (**Herrmann et al., 1996**).

Sie haben eine unrealistische, zwanghaft perfektionistische Einstellung zur eigenen Leistung (**Bühler & Haltenhof, 1993**). Diese Befunde deckten sich weitgehend mit den Beobachtungen über das sogenannte Typ-A-Verhalten nach **Rosenman & Friedman (1970, 1975)**, auf welches im Rahmen der koronaren Herzkrankheit noch eingegangen werden wird.

Auch **Cottington (1986)**, **Dimsdale (1986)** und **Johnson (1987)** fanden einen Zusammenhang zwischen unterdrücktem Ärger und Blutdruckwerten. **Netter & Neuhäuser-Metternich** beschrieben **1991** bei männlichen Hypertonikern erniedrigte Werte für Aggression neben niedrigen Werten auf der Offenheitsskala, was sie als Zeichen unterdrückter Aggression interpretierten.

Auch **Müller** und **Elbert** berichteten über gestörte Ärgerverarbeitung bei Hypertonikern (**Müller & Elbert, 1994**).

Köhler hingegen konnte so gut wie keine Korrelation zwischen Blutdruckwerten und Persönlichkeitsscores feststellen (**Köhler, 1994**).

Hinsichtlich des Neurotizismus wurden sehr kontroverse Ergebnisse in der Literatur beschrieben. **Schalling & Svensson (1984)** sowie **Cuelho (1989)** berichteten über signifikant oder zumindest tendenziell erhöhte Neurotizismusscores bei Hypertonikern. Andere Autoren wie beispielsweise **Almada (1991)** kamen zu negativen oder sogar gegenteiligen Ergebnissen.

Lyketsos fand bei Hypertonikern verglichen mit einer gesunden Kontrollgruppe signifikant weniger Dominanz und mehr Ängstlichkeit und Depression. Außerdem berichtete er über eine signifikante, negative Korrelation zwischen Dominanz und Blutdruck: je weniger dominant die Hypertoniker waren, desto höher ihr Blutdruck (**Lyketsos, 1982**).

2.3.2 Koronare Herzkrankheit (KHK) und Myokardinfarkt

Unter Koronarinsuffizienz bzw. koronarer Herzkrankheit versteht man die Minderversorgung mit Blut und Sauerstoff des Herzmuskelgewebes. Bei der stillen Ischämie oder der Angina pectoris ist diese Minderversorgung passager, wohingegen es beim Myokardinfarkt zu einer irreversiblen Nekrose der Herzmuskelwand kommt.

Epidemiologie

Die Koronare Herzkrankheit gehört noch heute mit deutlich über 20% zu den häufigsten Todesursachen. Männer sind in etwa vier mal so häufig betroffen wie Frauen (**Statistisches Bundesamt, 1996**).

Kochsiek & Schanzenbächer schätzten die Häufigkeit von KHK bei Männern zwischen 40 und 65 Jahren auf 5 bis 10% (**Kochsiek & Schanzenbächer, 1990**).

Der Myokardinfarkt habe sich in den letzten Jahrzehnten von einer Todesursache der oberen sozialen Schicht zu einer der unteren entwickelt (**Marmot, 1978**). Niedrige soziale Schichten wiesen in den Industrieländern mehr traditionelle kardiovaskuläre Risikofaktoren auf (**Marmot, 1982**), aber auch bei Kontrolle dieser fand sich in den niedrigeren sozialen Schichten eine höhere KHK-Inzidenz bzw. -Mortalität (**Koskenvuo, 1980; Rose & Marmot, 1981; Holme, 1982**). Auch **Helmert** beobachtete eine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität in den unteren sozialen Schichten, die er über Einkommen, Schulbildung sowie beruflichen Status definierte (**Helmert, 1989**).

Siegrist nahm an, KHK trete insbesondere bei Personen in Berufen mit hoher Anforderung und geringen Entscheidungsmöglichkeiten auf (**Siegrist, 1990**). Dies konnte allerdings in anderen Studien nur zum Teil bestätigt werden (**Tuomi, 1994**).

Beschwerdebild

Neben den Symptomen von Dyspnoe und Asthma cardiale stellt die Angina pectoris das zentrale Kardinalsymptom der ischämischen Herzkrankheit dar. Die Schmerzskala reicht von einem leichten Druckgefühl hinter dem Sternum bis zu einem existentiellen Vernichtungsschmerz. Die dadurch ausgelösten Gefühle wie Angst und Unsicherheit können wiederum verstärkend auf die Grunderkrankung wirken (**Schmidt et al, 1996**).

Master und Mitarbeitern fiel bereits **1941** eine breite Palette uncharakteristischer Warnsignale in der Präinfarktphase auf. Es handle sich dabei um Müdigkeit, Leistungsschwäche, Schwindel, Schlafstörungen, Angst und Krankheitsgefühl. Ganz im Gegensatz zu Patienten mit funktionellen Beschwerden verdränge oder bagatellisiere der Koronarpatient seine Mißempfindungen. Bei **Herrmann** gaben Patienten mit gravierendem kardiologischen Organbefund nicht mehr Symptome an als Patienten mit Normalbefund (**Herrmann, 1994**).

Ätiologie und psychosomatische Bedeutung

Dem Konzept der multifaktoriellen Ätiologie entsprechend sind die psychischen Faktoren im Zusammenwirken mit den bekannten körperlichen Risikofaktoren wie Hypercholesterinämie, Hypertonie, Nikotinabusus, Diabetes mellitus und Übergewicht wirksam (**Schmidt et al, 1996**).

In einer Reihe von experimentellen Studien konnte inzwischen der Einfluß psychologischer Faktoren auf die basalen Prozesse der pathologischen Gefäßumwandlung und Blutgerinnung nachgewiesen werden (**Bräutigam, Christian, v. Rad, 1992; Jern, 1991; Suls & Wan, 1993**).

Lyness konstatierte in seiner Metaanalyse Reaktivitätsunterschiede zwischen Typ-A- und Typ-B-Personen sowohl im systolischen als auch im diastolischen Blutdruck (**Lyness, 1993**).

Empirisch konnte belegt werden, daß psychosoziale Konstrukte wie Feindseligkeit, Depressivität, vitale Erschöpfung, sozioemotionaler Rückhalt und belastende psychosoziale Arbeitsbedingungen beispielsweise als Risikofaktoren in der Größenordnung wie Zigarettenrauchen oder Bewegungsarmut angesehen werden können (**Siegrist, 2001**).

Im Mittelpunkt der psychosomatischen Forschung der letzten Jahrzehnte stand eine Persönlichkeitshaltung, die von **Rosenman (1966)** als Persönlichkeitstypus A beschrieben wurde. Typ-A-Menschen zeigten in einer prospektiven Studie nach 8 1/2 Jahren unabhängig von den körperlichen Risikofaktoren etwa 2mal so häufig einen Herzinfarkt wie Typ-B-Menschen.

Das Typ-A-Verhaltensmuster stellt eine Untergruppe der koronargefährdenden Verhaltensweisen, dem sogenannten coronary prone behavior, dar.

Es sei charakterisiert durch einen meist sich selbst auferlegten intensiven und anhaltenden Erfolgsdruck (**Köhler, 1995**).

Typ-A-Personen seien aggressiv, wettbewerbs- und arbeitsorientiert, ungeduldig, stets in Eile, zielstrebig, ehrgeizig, wachsam und auf Macht bedacht (**Rosenman, 1981, Glatzel, 1987**). Der Typ-A-Mensch wolle ebenso viel oder mehr leisten als andere und immer in kürzerer Zeit.

Fava nennt zusätzlich noch Reizbarkeit, Feindseligkeit und Zynismus (**Fava, 1995**).

Dieses Verhalten sei sehr stabil und nur schwer zu verändern (**Jenkins, 1978**). Verschieden Querschnittsstudien haben einen Zusammenhang zwischen dem Typ-A-Verhalten und/oder einigen seiner Komponenten und der KHK belegt. Dies sind beispielsweise **Rüddel, 1985; Mathews, 1988; Goetz, 1992**.

Es sei nun die Frage, ob diese Extraversion nicht die charakterneurotische Abwehr tiefer liegender oraler Abhängigkeitswünsche sei und ob die Aktivität und Helferhaltung, ähnlich wie bei den Hypertoniekranken, nicht die verschobene

und abgewehrte Form des Wunsches darstelle, selbst "oral" versorgt und verwöhnt zu werden (**Bräutigam, Christian, v. Rad, 1992**).

Typ-B-Menschen reagieren wenig auf Herausforderungen, bleiben ruhig, seien ohne feindselige Verwicklung mit der Umgebung, setzen ihre Arbeit fort, setzen kaum Zeitgrenzen und seien nicht unbedingt auf Anerkennung aus (**Rosenman, 1981, Glatzel, 1987**).

Williams untersuchte die Häufigkeit ischämischer Herzkrankheiten in Abhängigkeit von der mithilfe des MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) gemessenen Feindseligkeit. Diese entspräche in etwa der Aggression. Er fand eine Häufigkeit von nur 1% an ischämischen Herzkrankheiten in der Gruppe geringer Feindseligkeit und von mehr als 12% in der Gruppe mit der stärksten Aggressionshaltung (**Williams, 1983**).

Littman beschrieb bei 20-40% der Patienten mit KHK depressive Symptome. Laut **Herrmann-Lingen** kann Depressivität zumindest nach akutem Myokardinfarkt auch als Risikofaktor für vermehrte somatische Krankheitskomplikationen angesehen werden (**Herrmann-Lingen, 2001**). Hostility (Feindseligkeit) bzw. Aggression, als festen Bestandteil des Typ-A-Verhaltens, erkannte er als spezifischen Prädiktor für KHK, spezifischer als das Typ-A-Verhalten selbst. (**Littman, 1993**)

Glatzel ist der Meinung, daß Depressionen die Manifestation des Typ-A-Verhaltens hemmen (**Glatzel, 1987**).

Friedman & Booth-Kewley fanden **1987** heraus, daß Typ-A-Verhalten alleine das Risiko für koronare Herzkrankheit nicht erhöhe, aber dann, wenn es mit hohen Werten für Depression oder Angst kombiniert sei. Das Risiko für Patienten mit Typ-A-Verhalten ohne Depression und Angst bei internaler Kontrollhaltung sei nicht erhöht. Demnach seien Depression, Angst und Hostility die stärksten Prädiktoren für KHK (**Booth-Kewley, 1987; Houston, 1992, Rosenman, 1993**).

Myrtek fand recht konsistent einen signifikanten Zusammenhang zwischen Emotionaler Labilität bzw. Neurotizismus, Angst und der Symptomebene der Angina pectoris (**Myrtek, 1998**). Laut **Herrmann** fanden sich bei Patienten vor Infarkten gehäuft Gefühle von vitaler Erschöpfung, Hilf- oder Hoffnungslosigkeit. Ob es sich dabei um kausale Risikofaktoren oder eher um eine Reaktion, bei-

spielsweise auf Prodromalsymptome handle, sei noch nicht eindeutig geklärt (**Herrmann, 2000**).

2.3.3 Gemeinsamkeiten der Krankheitsbilder des Herz-Kreislauf-Systems

Sowohl Hypertoniker als auch Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder Myokardinfarkt lassen sich als betont leistungsorientiert beschreiben. Sie sind ausgesprochen ehrgeizig, perfektionistisch ihrer eigenen Leistung gegenüber, stets in Zeitnot und auf Macht bedacht. Sie imponieren durch eine mit Leistungsstreben kombinierte Verhaltensnormalität, die unter anderem das Zutagetreten aggressiver Triebwünsche verhindern soll. Für die Patienten ist ein enormes Konkurrenzbewußtsein charakteristisch.

Das Typ-A-Verhalten von Myokardinfarktpatienten bzw. Patienten mit koronarer Herzkrankheit läßt sich größtenteils auch auf Hypertoniker übertragen.

Die bei Hypertonikern erörterte unterdrückte Aggression hat ihr Äquivalent bei den Infarkt-Patienten in der bereits dargelegten Feindseligkeit und Aggression. Ärger, ob unterdrückt oder nicht, scheint hier eine sehr wichtige Rolle zu spielen. Außerdem sind bei den Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowohl Depression als auch Angst teilweise erhöhte Parameter, deren Einfluß jedoch recht widersprüchlich wiedergegeben wird (siehe Kapitel über jeweiliges Krankheitsbild).

2.4 Funktionelle Syndrome

2.4.1 Abgrenzung gegenüber den klassischen psychosomatischen Krankheiten

Die Diagnose "funktionelles Syndrom" werde hauptsächlich dann gestellt, wenn das organische Korrelat körperlicher Beschwerden fehle. Wünschenswert sei allerdings anstatt dieser Ausschlußdiagnose eine positive Diagnose der funktionellen Störung in Form eines positiven Nachweises der seelischen Entstehung oder Unterhaltung der Symptomatik (**Uexküll & Köhle, 1996**). Die Diagnostik muß dabei über die Zählung von Beschwerden hinausgehen und gegenwärtige Affekte, psychische Konflikte, Aspekte der Struktur sowie biographische Belastungen und soziale und kulturelle Faktoren berücksichtigen, auch im Sinne aufrechterhaltender Bedingungen (**Henningsen et al., 2002**).

Folgende drei Hypothesen lassen sich von dem Begriff ableiten:

1. Das Beschwerdebild soll das Resultat von Funktionsstörungen sein.
2. Diese Funktionsstörungen sollen nicht auf organischen Ursachen beruhen.
3. Sie sollen durch seelische, v.a. emotionale Vorgänge ausgelöst und unterhalten werden.
4. Sie sollten die Funktion eines Bewältigungsversuchs ungelöster Konflikte haben (**Uexküll & Köhle, 1996**).

2.4.2 Epidemiologie

Aufgrund der bereits angedeuteten Definitionsprobleme der Diagnose unterliegen die Angaben starken Schwankungen. Für Praxen und allgemeine Ambulanzen liegen sie zwischen 15 und 35% (**Kruse & Wöller, 1994**). Unter den Patienten des niedergelassenen Internisten machen diejenigen mit funktionellen Syndromen 20-30% aus (**Köhle, 1991**). **Kroenke** zufolge leiden mindestens 20% aller Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen an einer somatoformen Störung (**Kroenke et al., 1994**).

Auch **Uexküll** und **Köhle** bezeichneten die Gruppe der funktionellen Syndrome als sehr groß und "sicher nicht viel kleiner, vielleicht sogar größer als alle anderen Krankheitsgruppen zusammen" (**Uexküll & Köhle 1996, S. 658**).

Den Angaben der Mannheimer Feldstudie nach sind bis zu zwei mal mehr Frauen als Männer betroffen (**Schepank, 1987**).

Der Krankheitsbeginn liege oft in der Adoleszenz, der Krankheitsgipfel im dritten bis vierten Lebensjahrzehnt, wobei aber auch alle anderen Lebensalter betroffen sein können.

Natürlich sind auch Überlagerungen zwischen funktionellen und organischen Beschwerden möglich. Die von **Weiss** und **English** bereits **1949** vorgeschlagene Gruppeneinteilung konnte von neueren Untersuchungen, insbesondere der Mannheimer Studie, im Wesentlichen bestätigt werden. Dabei bildeten sich drei in etwa gleich große Gruppen, die sich erstens aus reinen funktionellen Syndromen, zweitens aus Beschwerden teilweise funktioneller Natur mit organischen Befunden und drittens aus Beschwerden zusammensetzten, für die ausschließlich organische Läsionen verantwortlich waren. **Heaton** geht in Anbetracht der Häufigkeit funktioneller Erkrankungen ebenfalls von einem zusätzlichen Bestehen dieser bei Patienten mit organischen Störungen aus, bei denen

der ursprüngliche Befund abgeheilt ist und weiter Beschwerden beklagt werden (**Heaton et al., 1993**).

Die Spontanheilungsrate ist insgesamt gering, jedoch abhängig vom Zeitpunkt der Erfassung. Ihre Angaben schwanken zwischen 8 und 30% (**Kruse & Wöller, 1994**). Funktionelle Syndrome neigen dazu, zu chronifizieren bzw. in ein anderes funktionelles Syndrom überzugehen (**Köhle, 1991**). Die Lebenserwartung der Patienten scheint aber nicht eingeschränkt zu sein. Von der deutschen Lebensversicherung wurde sie sogar als eher höher geschildert.

2.4.3 Beschwerdebild

Patienten mit funktionellem Syndrom weisen oft sogenannte Randsymptome auf, die bei organischen Krankheiten in der Regel nicht beobachtet werden. Häufig erscheinen die Patienten mit einer Liste über ihre Beschwerden beim Arzt. Charakteristisch ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit der Forderung nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse. Die körperlichen Beschwerden sind sehr unterschiedlich lokalisiert und werden von Patienten auf alle Organsysteme bezogen (**Henningsen & Sack, 2002**). Sie unterliegen häufig einem Symptomwandel.

Die meisten Patienten erleben und interpretieren ihre Beschwerden ausschließlich körperlich, obwohl seelische Beeinträchtigungen wie Gereiztheit, Erschöpfung, Ängstlichkeit oder Niedergeschlagenheit regelmäßig vorhanden seien. Diese werden aber kaum beachtet und auch nur selten spontan berichtet (**Ermann, 1987**). Psychische Symptome wie Angst, Depressionen, Schuldgefühle und ähnliches werden, obwohl sie eine wesentliche Rolle spielen, nur undeutlich oder nebenbei geschildert.

Auch **Ebel & Podoll** sowie **Fink et al.** finden bei Patienten mit somatoformen Störungen anamnestisch häufig Zeichen einer früher oder auch gegenwärtig vorhandenen depressiven Störung, Angststörung oder Persönlichkeitsstörung (**Ebel & Podoll, 1998; Fink et al., 1999**).

Seelische oder soziale Schwierigkeiten werden oft sogar geleugnet.

Die Intensität der Beschwerden scheint eine untergeordnete Rolle zu spielen. Sie stellen vielmehr einen ubiquitären Befund dar, für den die Frage von Bedeutung ist, wann und warum solche Beschwerden mit einem Krankheitserleben gekoppelt werden (**Ermann, 1987**).

Weitere Aspekte zur Differenzierung gegenüber organischer Leiden und damit zur positiven Diagnose sind u.a. die Länge der Anamnese, Schwierigkeiten mit den behandelnden Ärzten, evtl. Tod oder Erkrankung nahestehender Personen in zeitlichem Zusammenhang mit dem Auftreten der Symptomatik, sowie das Vorweisen einer sogenannten "Patientenkarriere" (**Uexküll & Köhle, 1996**).

Die Relevanz einer positiven Diagnose werde anhand der Tatsache deutlich, daß zwischen Erstmanifestation der Symptomatik und korrekter Diagnosestellung durchschnittlich sieben Jahre vergehen (**Köhle, 1991**). Während dieser Zeit komme es zunehmend zu einer iatrogenen Fixierung des Krankheitsbildes und nicht selten zu weiterer Schädigung der Kranken durch Fehlbehandlung, invasive und unnötige Untersuchungen. Nicht zu unterschätzen sind auch die damit verbundenen gesundheitspolitischen Aspekte.

2.4.4 Ätiologie und Bedeutung der Symptomatik

Was den Bedeutungsinhalt funktioneller Syndrome betrifft, so hielt **Ermann**, wie auch Freud und Alexander, psychovegetative Störungen im Gegensatz zur Konversionsneurose nicht für Neuschöpfungen des Ichs mit symbolischem Ausdruckscharakter, sondern für übliche körperliche Begleiterscheinungen von seelischen Spannungen und Erregungen. Diese treten als Folge von ungelösten Konflikten auf. Es handle sich also um einen situativen Bedeutungsinhalt, der sich in konkreten Beziehungen entschlüssle. (**Ermann, 1987**)

Andere hingegen, wie beispielsweise **Fenichel (1931)**, **Deutsch (1924/53)** und **Rangell (1959)** hielten dafür, daß auch funktionelle Störungen als (prägenitale) Konversion zu betrachten seien. Heute ist eine allzu strikte Trennung zwischen Konversion und anderen psychosomatischen Erkrankungsformen mehr oder weniger aufgegeben. Von klinisch größerer Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen psychovegetativen und psychosomatischen Krankheiten.

Nach **Zepf** bestehen zwei Möglichkeiten, wie das funktionelle Syndrom zustande kommen könne. Einmal als Angstkorrelat, das im Gefolge einer Situation auftrete, die an frühkindliche, unbewußte Konflikte appelliere. Andererseits könne eine solche Störung aufgrund eines unbewußten Bedeutungszuwachses entstehen, der im Zuge einer sogenannten Verschiebung hergestellt werde (**Zepf, 1986**).

Nach **Ermann** haben Patienten mit psychovegetativen Störungen eine bestimmte Art der Ich-Störung gemein. Sie ergebe sich aus einer mangelhaften Desomatisierung von Affekten, die meist mit einer erhöhten affektiven Besetzung von Körperfunktionen und Organen verbunden sei (**Ermann, 1987**).

Köhle beschrieb Störungen des Befindens als Folge von und Zeichen für Störungen der Qualität der sozialen Integration (**Köhle, 1991**). Gesunde sind seiner Meinung nach in der Lage, Hilfsbedürftigkeit angemessen auszudrücken und so soziale Unterstützung zu finden. Erkrankende neigen in entsprechenden Situationen dazu, sich in Autarkie und Einsamkeit zurückzuziehen.

Nicht selten liege ein depressiver Grundkonflikt zugrunde (**Rudolf, 1993**).

Bisher behandelten nur relativ wenige Studien die funktionellen Störungen als nosologische Einheit. Eine davon ist beispielsweise die von **Overbeck (1975)**, in der er Patienten mit einer Mischsymptomatik einer Gruppe von Psychoneurotikern und einer Gruppe von psychosomatischen Patienten gegenüberstellte. Außerdem verglich **Ermann 1987** Psychoneurosen mit psychovegetativen Störungen. Er fand heraus, daß sich Patienten mit psychovegetativer Störung im Gießen-Test ausgesprochen "depressiv" schilderten. **Franz** und seine Mitarbeiter stellten **1996** insgesamt im Gießen-Test sowie im Freiburger Persönlichkeitsinventar eine stärkere Abweichung bei neurotisch oder funktionell erkrankten Patienten ohne organischen Befund von Gesunden fest als bei klassischen psychosomatischen Patienten.

2.4.5 Spezifität bei psychovegetativen Störungen

Für die Erlebnisspezifität der Syndromwahl, so **Ermann 1987**, gebe es drei Möglichkeiten. Entweder handle es sich um unzureichend abgewehrte Triebspannungen, die zur körperlichen Mitreaktion im Bereich der Körperfunktionen führten, welche in der entsprechenden Phase der Triebentwicklung libidinös besonders besetzt worden seien. Oder es werden Trieb-Beziehungskonflikte in einer Weise unvollständig abgewehrt, daß durch die drohende Impuls- und Affektüberflutung zunächst Angst entstehe, welche von bestimmten körperlichen Symptomen, meist des Herz-Kreislauf-Bereiches, begleitet werde. Die Spezifität liege hier also in dem Zusammentreffen von Impulsabwehr bzw. Verlusterlebnissen und Angstentstehung. Als dritte Möglichkeit können ungelöste narzißtische Kränkungen Trennungsschmerz, Enttäuschungswut und Kränkungsag-

gressionen hervorrufen, die durch die Charakterabwehr nicht aufgefangen werden können. Affekte führten dann zu Depressionen oder über Wut zu motorischen oder vasomotorischen Mitreaktionen.

Bei der Verknüpfung von Symptomauslösung und Syndromwahl könne es sich nun bei den funktionellen Störungen einerseits um eine durchgängige Spezifität handeln, d.h. beide Konfliktbereiche stimmen überein und es ergebe sich eine geradlinige Verknüpfung zwischen Syndromwahl und Symptomauslösung. Andererseits sei auch eine bei der Mehrzahl der Patienten bestehende begrenzte Spezifität zu beobachten, bei der der charakterprägende, auslösende Konflikt und der somatisierte Impuls bzw. Affekt verschiedenen Erlebnisbereichen angehören. (Ermann, 1987)

2.5 Funktionelle Störungen des Herz- Kreislauf- Systems

Im Laufe der Zeit wurden sehr unterschiedliche Begriffe eingeführt, um diese Symptomatik zu benennen. Sie reichen von "irritable heart" und "soldier's heart" über "neurozirkulatorische Asthenie" und "Herzphobie" bis hin zu "vegetative Dystonie" und "vasomotorische Neurose", um nur einige zu nennen. Klinisch stimmte auch der von Freud als "Angstneurose" beschriebene Symptomenkomplex weitgehend damit überein.

Epidemiologie

Auch hier schwanken die Angaben über die Häufigkeit sehr stark. Sie reichen in neueren Studien von 5 bis 10% in der allgemeinen Bevölkerung (Studt, 2000).

Der Anteil an Patienten mit funktioneller Störung unter allen Patienten, bei denen wegen ungeklärter pektanginöser Beschwerden eine Koronarangiographie gemacht wird, wurde mit 26% angegeben (Werner, 1991).

Schepank (1987) und Dilling (1984) nach sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Schonecke (1987), Nutzinger (1987) und Kisely (1992) und fanden mehr Männer als Frauen.

Es ist eine Erkrankung des jüngeren Lebensalters, ab dem 40. Lebensjahr nimmt die Diagnose kontinuierlich ab.

Beschwerdebild

Die Patienten sind der Meinung, schwer herzkrank zu sein und suchen deshalb internistisch-kardiologische Hilfe. Sie gaben sogar größere Angst vor einem Infarkt an als Postinfarktpatienten (**Schonecke, 1990**), was allerdings auch durch die Verleugnungstendenz von Infarktpatienten mitbedingt sein könnte.

Im Gegensatz zu Koronarkranken, die dazu neigen, ernsthafte Vorboten eines Infarktes zu bagatellisieren, reagieren Herzneurotiker auf unbedeutende Kreislaufdysregulationen mit intensiven Ängsten und übersteigerten hypochondrischen Vorstellungen (**Richter & Beckmann, 1967**).

Sie zweifeln an der Richtigkeit kardiologischer Befunde und sind geneigt, immer wieder erneute Untersuchungen zu verlangen. Durch eventuelle Medikamentenverordnung o.ä. des Arztes werden diese Zweifel unterstützt, aufgrund der offensichtlichen Diskonkordanz zwischen organisch nicht vorhandenem Befund und medizinischer Behandlung.

Auf Beschwerdelisten erreichten sie einen durchschnittlichen Perzentilenrang von 95%. Dieser hohe Wert wird oft auch als allgemeine Klagsamkeit bezeichnet, die z.B. bei Patienten mit organisch bedingten Herz-Kreislauf-Beschwerden viel weniger ausgeprägt sei (**Schonecke & Herrmann, 1996**).

Darüberhinaus berichteten kardiologische Patienten mit normalen Koronararterien signifikant häufiger von phobischen und somatischen Symptomen, Müdigkeit und Depersonalisation als Patienten mit koronarer Herzkrankheit (**Potts & Bass, 1995**). Auch für Depression, Angst, zwanghaftes Verhalten, Ärger und Feindseligkeit wiesen physisch Gesunde mit HFA (heart-focused-anxiety) im Vergleich zu kardiologischen, chirurgischen und "gesunden" Patienten erhöhte Werte auf (**Eifert, 1996; Kisely, 1992**).

Potts und **Bass** beschrieben **1995** bei Patienten mit normalen Koronararterien weit mehr psychologische Erkrankungen als in einer vergleichbaren Gruppe von Koronarpatienten. Die häufigste Diagnose dabei war die Angststörung. Hinsichtlich ihrer Tendenz, Feindseligkeit gegen sich selbst zu richten, unterschieden sich bei Schonecke, Schüffel, Schäfer und Winter Patienten mit funktionellen Herz-Kreislauf-Beschwerden signifikant von einer Kontrollgruppe (**Schonecke, 1972**).

Myrtek fand **1974** bzw. **1980** heraus, daß sich Patienten mit sympathikotoner bzw. vagotoner Reaktionslabilität im Orthostaseversuch von Personen mit nor-

malem Orthostaseversuch im Freiburger Persönlichkeitsinventar unterschieden. Sie waren psychosomatisch gestörter, depressiver, zurückhaltender, mehr reaktiv aggressiv, gehemmter, selbstkritischer, emotional labiler und weniger zuversichtlich.

Ätiologie und Bedeutung der Symptomatik

Für die Disposition zur Herzneurose sei nach übereinstimmender psychoanalytischer Meinung eine bestimmte Form der Mutter-Kind-Beziehung wesentlich. Ein übergroßer Schutz der Mutter verhindere die selbständige Entwicklung von Strategien zur Angstbewältigung, woraus eine Hilflosigkeit bei Abwesenheit der Mutter entstehe. Mit beginnenden Autonomiebestrebungen stoße das Kind auf die Grenzen der Haltung der Mutter und erkenne die Unvereinbarkeit eigener Selbständigkeitswünsche mit dem Angewiesensein auf den Schutz der Mutter. Es werden Aggressionen gegen die Mutter ausgelöst und damit gegen sich selbst.

Diese an sich selbst wahrgenommene Hilflosigkeit ohne die schutzgebende Mutter wurde immer wieder mit der festgestellten Depressivität von Herzneurosepatienten in Zusammenhang gebracht. (**Schonecke & Herrmann, 1996**).

Richter und **Beckmann** differenzierten **1967** zwischen zwei großen Unterformen, die sie mithilfe des MMPI (s.o.) unterschieden. Dabei ließen sich 84% der Herzneurotiker entweder dem Profiltyp A oder B zuordnen, wobei sich diese hauptsächlich in den drei Einstellungsskalen unterschieden, welche sich polar zueinander verhielten. D.h. sie unterschieden sich lediglich im Abwehrverhalten, das zugrundeliegende Problem schien aber dasselbe zu sein, nämlich die bereits erwähnten Trennungsambivalenzen, d.h. Unvereinbarkeit von Trennungsangst und Trennungswunsch, die aggressive Problematik und ein krankheitsdependent chronifiziertes Mißtrauensverhalten. Unterschieden werden also

1. Die phobische Form (Typ A)

Patienten kommen mit Angst, an einem Herzinfarkt zu sterben in die Praxis. Sie sind hilfessuchend, anlehnungsbedürftig, phobisch-hypochondrisch. Die Auslösesituation kann sowohl physisch (Nikotin, Koffein, etc.) als auch psychodynamisch (Trennungs- oder Verlustkrisen) determiniert sein.

2. Die kontraphobische Form (Typ B)

Die gleiche Symptomatik wird vom Patienten eher verdeckt und negiert. Er stellt sie weniger hypochondrisch dar und es besteht oft eine überkompensierende Haltung, die Angsfreiheit vermitteln soll und auf somatische Abklärung drängt. Beim Vergleich des Typ-A-Profiles im MMPI mit den beiden neurotisch-depressiver Patienten stellt Knittel eine erstaunlich hohe positive Korrelation von $r = 0,93$ fest (**Richter & Beckmann, 1967**).

Richter und **Beckmann** interpretierten die Ähnlichkeit dahingehend, daß sie als zentralen Kompensationsmechanismus der tiefen Selbstunsicherheit der Patienten die Entwicklung eines narzißtischen Selbst ansahen. Aus dieser unrealistischen Selbstwahrnehmung resultiere eine belastende Dauerbeanspruchung. Hierbei ist Krankheit eine legitime und legale Form zu regredieren.

Ein ganz anderer Ansatz wurde von **Delius** und **Fahrenberg** verfolgt. Sie gingen davon aus, daß eine Disposition vorliege, die zu veränderten körperlichen Reaktionen führe. Ihrer Meinung nach eröffne sich dem betroffenen Menschen dadurch ein "anomale Wahrnehmungswelt von Allgemeingefühlen und Organempfindungen" (**Delius & Fahrenberg, 1966**)

Als eine Grundbedingung in der Pathogenese sahen sie eine grundlegende Regulationsschwäche, die übergreifend-psychophysisch zu verstehen sei.

Eine mögliche körperliche Disposition sei beispielsweise der Mitralklappenprolaps.

In seinen Untersuchungen hinsichtlich der Symptomspezifität der Reaktionsmuster bei Patienten mit funktionellen Herz-Kreislauf-Störungen fand **Schonecke 1987** heraus, daß die Patienten ausschließlich in den kardiologischen Parametern stärker auf Belastung reagierten als gesunde Kontrollpersonen, in den elektrodermalen und muskulären sogar signifikant weniger.

Dieses Ergebnis stimmte mit der allgemein gültigen Auffassung, das Herz sei Ausdrucksorgan für das Gefühl des Getrenntseins bzw. Verlust an Nähe und Liebe, gut überein. Ein weiterer Aspekt der Organwahl sei allerdings der, daß im Umkreis der Patienten häufig wichtige Personen am Herztod gestorben sind und sie sich mit diesen identifizieren (**Ahrens, 1997**).

2.6 Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich

Unter dem Begriff funktionelle abdominale Beschwerden (FAB) werden verschiedene Störungen zusammengefaßt, die sich in zwei Hauptgruppen einteilen lassen. Zum einen die funktionelle Dyspepsie, deren Symptome sich in erster Linie auf den Oberbauch projizieren (FOB: funktionelle Oberbauchbeschwerden) und zum anderen abdominale Beschwerden, die im Zusammenhang mit Stuhlunregelmäßigkeiten zu beobachten sind, also beispielsweise das Reizdarmsyndrom (FUB: funktionelle Unterbauchbeschwerden). Die Zuordnung ist jedoch oft nicht eindeutig, da die Grenzen innerhalb des Verdauungstraktes fließend sind und die Organe anatomisch in enger Beziehung zueinander stehen.

Epidemiologie

Talley gab für FAB eine Prävalenzrate 16% bis 32% an, wobei die Anzahl der FAB-Patienten innerhalb einer Population selbst ebenfalls großen Schwankungen unterliegen soll (**Talley, 1992**).

Patienten mit funktionellen Abdominalbeschwerden machen 40-60% aller Patienten mit Symptomen im gastrointestinalen Bereich aus (**Adler & Schüffel, 1991**).

Betroffen sind alle Altersgruppen, auch über 80jährige in bis zu 20% (**Jones & Lydeard, 1989**).

Bezüglich der Geschlechterverteilung sind nur schwer Aussagen zu machen, da der Anteil der Frauen, die sich wegen solcher Beschwerden in Behandlung begeben, deutlich höher zu sein scheint als der der Männer (**Everhart & Renault, 1991**).

Beschwerdebild

Auch Patienten mit funktionellen Abdominalbeschwerden (FAB) weisen eine sogenannte Randsymptomatik auf (**Uexküll, 1963**). Neben den gastrointestinalen Beschwerden berichteten sie gehäuft über vegetative Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel, Palpitationen, Schlaflosigkeit und Schwitzen (**Sloth, 1988; Maxton, 1991; Grabhorn&Overbeck, 2000**).

Bei Krankschreibungen beispielsweise waren die Ursache bei Ulkus-Patienten in 60% abdominelle Beschwerden, bei FAB-Patienten in nur 22%, dafür aber umso häufiger andere Beschwerden (**Nyrén, 1986**).

Aber nur eine Minderheit suche wegen ihrer Beschwerden einen Arzt auf. Dennoch imponieren die Patienten durch Klagen über somatische Beschwerden, was empirisch belegt wurde. Sie wirken affektiv verschlossen, ihr Gefühlsleben ist nahezu unerreichbar (**Schüffel, 1996**). Die Wahrscheinlichkeit des Arztbesuches steige mit der Anzahl gleichzeitiger psychischer Störungen (**Drossman & Thompson, 1992**).

Ätiologie und Bedeutung der Symptomatik

Tiefenpsychologisch betrachtet ließen sich bei vielen Patienten mit funktionellen abdominellen Beschwerden abgewehrte oral-rezeptive oder oral-aggressive Konflikte herausarbeiten (**Mirsky, 1960**). Daneben könnten Ausscheidungsfunktionen wie Diarrhoe oder Obstipation in Zusammenhang mit einem unbewußten sadistisch-aggressiven Verhaltensmuster gesehen werden, nach welchem die Defäkation in der analen Entwicklungsphase zunächst mit der Bedeutung des Besitzens und der Leistung, später durch die Erziehung mit den Attributen des Ekelhaften und Abscheulichen verbunden werde (**Wesiack, 1988**).

Alexander deutete die gastrointestinalen Beschwerden und das Verhalten seiner Patienten als Wunsch, oral versorgt zu werden und gleichzeitig den Drang, diesen Wunsch in nachhaltiger Weise abzuwehren (**Alexander, 1994**).

Lipowsky sah 1987 in der Somatisierung eine Tendenz, psychischen Streß in Form von körperlichen Symptomen zu verarbeiten und zu kommunizieren. Die Frage, ob die Erkrankung jedoch als Reaktion auf eine akute Belastung zu verstehen sei, oder ob biographisch überdauernde Ereignisse im Vordergrund stehen, blieb nach wie vor offen.

Eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur von FAB-Patienten scheint es nicht zu geben, jedoch gewisse Auffälligkeiten. Eine prospektive Studie mit 18000 Personen ergab, daß Befragte, die mindestens ein organisch nicht erklärbares gastrointestinales Symptom aufwiesen, signifikant häufiger einmal in ihrem Leben an eine "major depression" erkrankten. Bei zwei Symptomen war das Risiko um das Vierfache erhöht (**Walker, 1992**). Im Vergleich zu Kontrollgruppen wurden

erhöhte Skalenwerte für Angst und Depression gefunden (**Wicki & Angst, 1992**). Sowohl Patienten mit funktionellen Oberbauchbeschwerden (**Grabhorn&Overbeck, 2000**) als auch Patienten mit funktionellen Unterbauchbeschwerden beschreiben sich selbst als ängstlicher, neurotischer und depressiver (**Schmid-Ott, 2000**).

Eine auffällige Tendenz zur selektiven Erinnerung an negative Begriffe in einem psychologischen Erinnerungstest bestätigte die gehäufte Inzidenz von Depressionen (**Gomborone, 1993**).

Bei Patienten mit funktionellen Oberbauchbeschwerden fand sich sowohl klinisch als auch testpsychologisch bei durchschnittlich 60% eine neurotische Symptomatik, was bei Patienten mit funktionellen Unterbauchbeschwerden seltener der Fall zu sein schien. Diese erschienen eher als "übernormal" (**Schüffel, 1971; Klumbies, 1983**). Andere hingegen fanden auch für das Reizdarmsyndrom signifikant erhöhte Neurotizismuswerte bzw. eine Tendenz zu neurotischem Verhalten (**Whitehead & Crowell, 1991**).

Funktionelle Oberbauchpatienten imponieren im Vergleich zu Patienten mit einem peptischen Ulkus mit vermehrter Ängstlichkeit und psychischer Anspannung (**Langeluddecke, 1990**).

Whitehead konstatierte bei einer Stichprobe nicht-klinischer Reizdarm-Patienten eine höhere Anzahl belastender Lebensereignisse im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe (**Whitehead, 1992**).

Auch bei diesem funktionellen Beschwerdebild festigt sich durch das "Überweisungsritual" der Ärzte nachhaltig die Überzeugung im Patienten, eine geheimnisvolle, gefährliche Krankheit zu haben. Das Beschwerdebild chronifiziert.

3. Herleitung der Fragestellung und Hypothesen

Wie bereits erwähnt, durchzieht der Versuch, Persönlichkeitstypen zu unterscheiden und mit ihnen bestimmte Körperfunktionen und sogar Krankheiten zu assoziieren, die gesamte Medizin.

Auch im klinischen Alltag wird immer wieder von "Magentyp", "Herztyp" oder ähnlichem gesprochen, was nach wie vor dazu veranlaßt, das jeweils Charakteristische bzw. Charakterisierende herauszuarbeiten.

Zwar wird heutzutage am Spezifitätskonzept, sowohl im Sinne der Struktur- als auch im Sinne der Symptomspezifität, stark Kritik geübt, dennoch erscheint es nicht nur **Hoffmann** und **Hochapfel** weiterhin sinnvoll, sich in der Praxis einer lockeren Form der Spezifitätsannahme zu bedienen. Ihrer Meinung nach

"kann sich kein erfahrener Kliniker dem Eindruck entziehen, daß die meisten solcher "typischer" Beschreibungen tatsächlich etwas Entscheidendes bei der jeweiligen Störung erfassen" (**S. 154**).

Küchenhoff nennt dies die "pragmatisch-ambivalente" Haltung, welche derzeit die meisten Kliniker einzunehmen scheinen (**Küchenhoff, 1994; S. 243**). Man könne klinisch mit Spezifitätshypothesen oft gut weiterkommen, auch wenn man sie wissenschaftlich als unzureichend erkannt habe. Er behauptet weiterhin, daß wertvolle psychoanalytisch-psychosomatische Teiltheorien, die klinisch im Zusammenhang äußerst fruchtbar seien, oft überbeansprucht und als spezifisch für alle psychosomatischen Erkrankungen ausgegeben würden. Sie würden als *das* Erklärungsmodell angesehen und damit totalisiert und monopolisiert (**Küchenhoff, 1997**).

Dennoch bieten Modellvorstellungen diagnostische und Indikationskriterien an und reduzieren die klinische Komplexität. Laut **Ahrens** bleiben sie sinnvoll und nützlich, um die klinische Arbeit zu strukturieren (**Ahrens, 1997**).

Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, daß diese Dissertation nicht zum Ziel hat, die Struktur- oder die Symptomspezifität zu beweisen bzw. sie zu widerlegen. Es wird lediglich versucht, einzelne Persönlichkeitsaspekte, Merkmale oder Tendenzen zu erkennen. Es soll das jeweils Gemeinsame eines Kollektivs bzw. ein Unterscheidungskriterium gegenüber anderen Kollektiven herausgearbeitet werden.

Dazu werden verschiedene Einteilungen getroffen. Einerseits wird aus allen psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne eine Gruppe gebildet, die sich vor allem durch eine Gemeinsamkeit auszeichnet, und zwar die Alexithymie. Diese Strukturspezifität entstand durch die klinische Beobachtung der Unfähigkeit, eigene Affekte und Gefühlszustände zu beschreiben und zu differenzieren. Sie bleibt aber nicht nur auf den sprachlichen Bereich beschränkt, sondern äußert sich auch in Verhalten und Persönlichkeitsstruktur. Als typisch alexithyme Phänomene sind neben der bereits genannten gestörten Affektwahrnehmung und -modulation ein verarmtes Phantasieleben, faktenzentriertes Denken und ein empathieärmer, imitativer Beziehungsmodus zu nennen. In dieser Weise grenzen sich psychosomatisch Kranke von Neurotikern sowie von Gesunden ab. Es bleibt offen, ob es den Patienten nur nicht möglich ist, ihre Gefühle zu benennen oder ob sie sie gar nicht erst empfinden.

Desweiteren scheinen die als typisch beschriebenen Merkmale dieser Patienten auf einen ihnen gemeinsamen Grundkonflikt zurückzuführen zu sein, auf den sie allerdings individuell und damit unterschiedlich antworten. Es handelt sich um einen Nähe-Distanz-Konflikt, bei dem Nähe und Distanz zwischen Selbst und anderen nicht angemessen reguliert werden können (**Ahrens, 1997**).

Den psychosomatischen Patienten gemeinsam ist eine organische Läsion und ein angenommener seelischer Einfluß auf Krankheitsentstehung, -ausbruch und/oder -verlauf.

Ihnen gegenüber steht die Gruppe aller funktionellen Beschwerden, unabhängig davon, welches Organsystem gestört ist. Von anderen Patienten unterscheiden sie sich in erster Linie durch ihr Beschwerdeverhalten und bilden so eine nosologische Einheit. Patienten mit funktionellen Syndromen weisen eine sogenannte Randsymptomatik auf, d.h. das Beschwerdemuster ist relativ homogen, auch wenn verschiedene Organsysteme betroffen sind. Außerdem spielt die seelische Beeinträchtigung eine sehr große Rolle bei der Entstehung funktioneller Syndrome, was deshalb auch ein Diagnosekriterium ist. Bei **Franz** und Mitarbeitern wichen **1996** neurotisch oder funktionell erkrankte Patienten ohne organischen Befund im Gießen-Test, sowie im Freiburger Persönlichkeitsinventar, stärker von der Normalverteilung bei Gesunden ab, als Patienten mit einer klassischen psychosomatischen Krankheit. Ebenso bei **Haug (1994)**.

Weiterer Untersuchungsgegenstand sind Gemeinsamkeiten aller Patienten mit Erkrankungen des gleichen Organsystems, sowohl psychosomatischer als auch funktioneller Art. D.h. also hier, Patienten mit Störungen des gastrointestinalen Systems werden Patienten mit Störungen des Herz-Kreislauf-Systems gegenübergestellt.

Diese Einteilung ist vor allem dann sehr interessant, wenn man sich die von **Stern** formulierte Hypothese vor Augen hält, welche besagt, daß eine Krankheit selbst Konflikte erzeugt und sowohl die Persönlichkeit als auch das Verhalten beeinflusst (**Stern, 1958**).

Auch **Engel** und **Schmale** gehen davon aus, daß sich Patienten mit Erkrankungen des gleichen Systems/Organsystems in ihrer Dynamik eher gleichen als Patienten mit unterschiedlichen betroffenen Systemen. Sie nehmen in ihrem Modell der "somatopsychisch-psychosomatischen" Krankheitsentstehung die Existenz von zu Krankheiten prädisponierenden biologischen Faktoren an, die direkt oder indirekt Einfluß auf die Entwicklung des psychischen Apparates nehmen (**Engel & Schmale, 1967**).

"Es bedeutet jedoch, daß an irgendeinem Punkt das fragliche somatische System anfängt, auf die psychische Entwicklung einen spezifischen Einfluß auszuüben, ..." (**Engel & Schmale 1967; deutsch in Overbeck, 1978; S. 252**)

Bestätigt wird diese Hypothese auch von **Whitehead** und **Crowell** durch einen Vergleich zwischen Patienten mit Laktosemalabsorptionssyndrom und Patienten mit Irritablem-Darm-Syndrom. Beide weisen in psychologischen Tests ähnliche Werte auf. Der Anteil an Patienten mit zusätzlichen psychiatrischen Störungen war in beiden Gruppen gleich groß und größer als in der Normalbevölkerung. Dieses Ergebnis stimmt mit der Hypothese überein, daß chronische Darmbeschwerden sekundär Einfluß auf die Psyche nehmen. (**Whitehead & Crowell, 1991**).

Die Theorie der sekundären Beeinträchtigung sahen auch **Song** und Mitarbeiter durch die Ergebnisse ihrer Studie bekräftigt, in der sie Morbus-Crohn-Kranke und Patienten mit funktionellen gastrointestinalen Syndromen verglichen haben. Beide Kollektive weisen ähnliche Abweichungen auf (**Song, 1993**).

Desweiteren beobachtete **Porsch** bei Patienten mit funktionellen Darmerkrankungen und bei solchen mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa in vergleichba-

rer Weise die Tendenz, konfliktreiche Objektbeziehungserfahrungen im erkrankten Organ, symbolisch zu verdichten (**Porsch, 1997**).

Operationalisiert werden Persönlichkeit und Verhalten in der vorliegenden Studie durch vier der sechs Standardskalen des Gießentest (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**). Im einzelnen sind dies die Skalen Dominanz, Kontrolle, Durchlässigkeit und Grundstimmung. Die Skalen Soziale Potenz und Soziale Resonanz werden aus den Berechnungen ausgelassen, da sie für die Fragestellung von geringerem Interesse sind. Im Gegensatz zu den restlichen vier Skalen beziehen sie sich sehr stark auf die Wirkung auf die Umgebung und scheinen weniger direkte Information über Aspekte der Persönlichkeit eines Menschen zu geben.

Es lassen sich folgende zwei Fragestellungen aus der Literatur ableiten:

Fragestellung 1:

Unterscheiden sich die Patienten der Stichprobe hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsaspekte, je nach dem, welche Art der Störung (funktionell oder psychosomatisch) vorliegt?

Fragestellung 2:

Unterscheiden sich die Patienten der Stichprobe hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsaspekte, je nach dem, welches System (Magen-Darm-Trakt oder Herz-Kreislaufsystem) von der Störung betroffen ist?

Da sowohl das Geschlecht, als auch das Alter und der Beschwerdedruck, also die Summe und Intensität aller angegebenen Beschwerden, in bedeutendem Umfang mit der Persönlichkeit in Zusammenhang zu stehen scheinen, wurde deren Einfluß in der Untersuchung kontrolliert.

Somit lassen sich folgende Hypothesen formulieren:

Haupthypothese 1:

Funktionell und psychosomatisch Erkrankte unterscheiden sich in den Skalen des Gießentest (Beckmann, Brähler & Richter, 1991) Dominanz, Kontrolle, Durchlässigkeit und Grundstimmung hinsichtlich der Ausprägung.

Nebenhypothese 1:

Die Ausprägung der Skalen ist altersabhängig, es gibt Geschlechtsunterschiede, ferner hängt die Ausprägung mit dem subjektiven Beschwerdedruck zusammen.

Haupthypothese 2:

Herz-Kreislauf-Erkrankte unterscheiden sich von Magen-Darm-Erkrankten in den Skalen des Gießentest (Beckmann, Brähler & Richter, 1991) Dominanz, Kontrolle, Durchlässigkeit und Grundstimmung hinsichtlich der Ausprägung.

Nebenhypothese 2:

Die Ausprägung der Skalen ist altersabhängig, es gibt Geschlechtsunterschiede, ferner hängt die Ausprägung mit dem subjektiven Beschwerdedruck zusammen.

4. Material und Methoden

4.1 Datenerhebung und Stichprobengewinnung

Mit der Datenerhebung für diese Studie wurde im Rahmen einer Nachbefragung zum Therapieerfolg der Abteilung für Psychosomatik der Universitätsklinik Marburg im Juni 1998 begonnen. Die Stichprobe wurde gewonnen, indem an alle Patienten, die seit Bestehen der Abteilung stationär aufgenommen wurden, ein intern entwickelter Fragebogen sowie der Fragebogen zur Lebensqualität der WHO (**Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000**), inklusive frankiertem Rückumschlag, geschickt wurden. Es waren daran zwei Diplomandinnen des Fachbereichs Psychologie und zwei Doktorandinnen des Fachbereichs Humanmedizin beteiligt.

Insgesamt wurden 513 Patienten angeschrieben. Den Fragebögen wurde noch ein Anschreiben hinzugefügt, das die Bitte enthielt, die Bögen möglichst innerhalb von drei Wochen zurückzusenden. Nach Ablauf dieser Frist wurde an alle, die nicht geantwortet hatten und von denen es auch keinen Hinweis auf "unbekannt verzogen" oder ähnliches gab, ein Erinnerungsschreiben verschickt (s. Anhang).

Insgesamt erhielten wir 217 Antworten zurück, davon 170 vollständig ausgefüllte Fragebögen, 34 Personen waren unbekannt verzogen, 5 waren inzwischen verstorben und 8 Personen gaben andere oder keine Gründe an, weshalb sie die Bögen nicht mehr ausfüllen wollten oder konnten. Von 296 ehemaligen Patienten wurde keinerlei Antwort erhalten. Betrachtet man die Verstorbenen sowie die Patienten die "unbekannt verzogen" waren als Non-Responder, so ergibt sich eine Rücklaufquote von 33,13%.

Anschließend wurden jeweils die Akten des stationären Aufenthaltes derjenigen 170 Patienten, die die ausgefüllten Bögen zurückgeschickt hatten, herausgesucht und daraus die Daten einer Fragebogenbatterie, sowie die bis zu diesem Zeitpunkt gestellten Diagnosen, mittels EDV erfaßt. Die Fragebogenbatterie für alle Patienten bestand aus dem Gießen-Test (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**), dem Gießener Beschwerdebogen (**Brähler & Scheer, 1983**) und dem Aufnahmebogen, welcher vor allem Daten zu Familien-, Berufs- und sonstiger Lebenssituation enthält. Dem wurden je nach Fragestellung des Patienten noch

weitere Fragebögen (Freiburger Persönlichkeitsinventar (**Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989**), F-Sozu (Fragebogen zur sozialen Unterstützung (**Sommer & Fydrich, 1989**), PTSS-10 (Skala zur Erfassung von Reaktionen nach Belastungen (**Raphael, Lundin & Weisæth, 1989**), SOC (Fragebogen zum Kohärenzsinne (**Antonovsky, 1987**) sowie Grid-Test (Test vor dem Hintergrund der Theorie der persönlichen Konstrukte (**Kelly, 1955**) hinzugefügt).

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich jedoch ausschließlich mit dem Gießen-Test, einem Persönlichkeitsfragebogen und den gestellten Diagnosen, Alter und Geschlecht der Probanden, welche dem Aufnahmebogen entnommen wurden, sowie dem mittels des Gießener Beschwerdebogens erfaßten Beschwerdedruck. Diese Daten erscheinen durch die tiefenpsychologische Grundlage des Gießen-Test sowie durch dessen Bezug zum Verhalten der Umwelt gegenüber und dessen allgemeine Gültigkeit besonders sinnvoll zur Überprüfung der in Kap. 3 hergeleiteten Hypothesen.

Folgende Daten waren vorhanden und konnten verwertet werden:

Tab. 4.1: Für die Auswertung verwertete Daten

Material	Anzahl vollständiger Daten
Aufnahmebogen	134
Gießen-Test	125
Gießener Beschwerdebogen	118

4.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 170 ehemals stationären Patienten. Zur Überprüfung der Hypothesen wurden zwei verschiedene Einteilungen getroffen: Auf der einen Seite nach der Art der vorliegenden Störung, also ob diese als funktionell oder als psychosomatisch klassifiziert werden konnte, und andererseits nach dem von der Störung betroffenen System, also Herz-Kreislauf-System (**HKS**) oder Magen-Darm-Trakt (**MD**),.

Als Kriterien galten die im Literaturteil (Kap. 2.2 und 2.5.1) genannten Unterscheidungen zwischen "funktionell" und "psychosomatisch" sowie die klinische Einteilung zur Differenzierung der Störungssysteme.

Dabei ergaben sich auch jeweils die Kategorien "andere" (s. Tabelle 4.4) und bei mehreren Diagnosen, die verschiedenen Bereichen angehören, "beides". Die Auswertung in Stichprobeneinteilung A beschränkte sich auf die eindeutig zuordenbaren Kategorien, d.h. es wurden nur funktionelle und psychosomatische Beschwerden gewertet. Im zweiten Fall, der Stichprobeneinteilung B, wurden die als "andere" gekennzeichneten Fälle, die also weder das HKS noch den MD betrafen, in die Auswertung miteinbezogen.

Daraus ergaben sich unterschiedlich große Gesamtzahlen. Die Diagnosen von 90 Personen wurden nach der Störungsart eingeteilt und als Stichprobeneinteilung A bezeichnet, die Diagnosen von 107 Personen wurden nach dem Störungssystem eingeteilt und als Stichprobeneinteilung B bezeichnet. Dadurch, daß davon nicht alle sowohl den Gießen-Test als auch den Gießener Beschwerdebogen ausgefüllt hatten, wurde die Stichprobengröße weiter reduziert und es ergaben sich Fallzahlen von 77 (A) und 91 (B).

Das folgende Schaubild veranschaulicht die beiden Stichprobeneinteilungen:

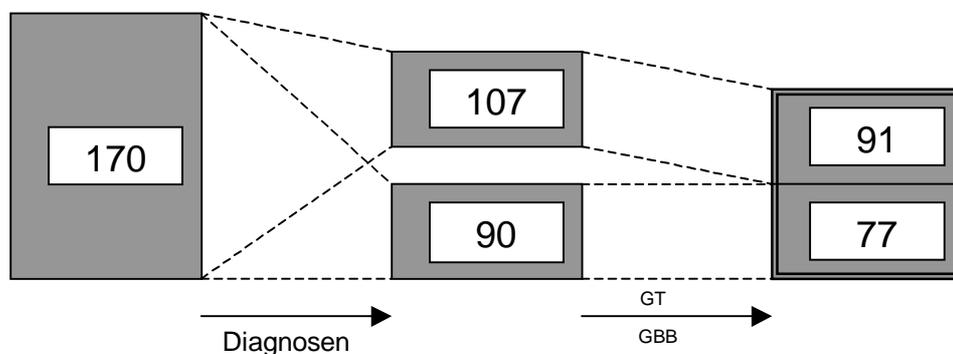


Abb. 1: Stichprobeneinteilung. Stichprobeneinteilung A (nach Störungsart): 77; Stichprobeneinteilung B (nach Störungssystem): 91

Verteilung innerhalb der Stichprobeneinteilungen A und B:

Verteilung nach der Störungsart (A):

Tab. 4.2: Verteilung nach Art der Störung der Stichprobeneinteilung A

Funktionelle Störung	52
Psychosomatische Störung	25
Gesamt	77

Verteilung nach dem Störungssystem (B):

Tab. 4.3: Verteilung nach Störungssystem der Stichprobeneinteilung B

Störung des HKS	27
Störung des MDT	34
Andere	30
Gesamt	91

Die folgende Tabelle gibt Aufschluß über die Diagnosen der jeweiligen Störungsart bzw. des jeweiligen Störungssystems. Genauere Angaben und ICD-9-Schlüssel, sowie deren Häufigkeiten sind dem Anhang zu entnehmen. Dort sind jeweils die erste und zweite Diagnose aller Patienten enthalten, was in den allermeisten Fällen ausreicht, um die Klassifizierung nachzuvollziehen.

Tab. 4.4: Klassifikation der Diagnosen in Stichprobeneinteilung A

A	Diagnose
Funktionelle Störungen	Herzangstneurose, Herzrhythmusstörungen, Funktionelle Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems, des Magen-Darm-Traktes, des Unterleibs, des Bewegungsapparates, somatisierte Depression, Dyspnoe, psychogener Schwindel, Angstneurose
Psychosomatische Störungen	Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adipositas, unspezifische Eßstörung, Asthma bronchiale, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Herzinfarkt, Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, organische Herzrhythmusstörungen, Polyarthritits

Tab. 4.5: Klassifikation der Diagnosen in Stichprobeneinteilung B

B	Diagnosen
Herz-Kreislauf-System	Herzangstneurose, Herzrhythmusstörungen, Synkopen, Funktionelle Herz-Kreislauf-Beschwerden, Hypertonie, Herzinfarkt, Kardiomyopathie, Koronare Herzkrankheit
Magen-Darm-Trakt	Funktionelle abdominale Beschwerden, Funktionelle Beschwerden des Ober- und/oder Unterbauches, Obstipation, Diarrhoe, Anorexia nervosa, Bulimie, Adipositas, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa
Andere	somatisierte Depression, chronische Schmerzzustände, Depression, Zwangsstörung, diverse funktionelle Beschwerden, Asthma bronchiale, selbstschädigendes Verhalten, chronisch entzündlicher ZNS-Prozeß, Diabetes mellitus, Adoleszentenkrise, Z.n. Gewaltverbrechen, inkomplettes Querschnittssyndrom, Frakturen nach suizidaler Absicht, psychogener Schwindel, V.a. Enzephalomyelitis disseminata, Angstneurose

Das folgende Schaubild verdeutlicht die Überschneidung der beiden Stichprobeneinteilungen und dient der Übersicht bei den durchgeführten Rechnungen. Unter der ersten Einteilung (Stichprobeneinteilungen A) wurden 52 Patienten mit funktionellen Störungen und 25 mit psychosomatischen Erkrankungen zusammengefaßt, bei der Stichprobeneinteilung B wurden 27 Patienten mit Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowohl 34 Patienten mit Krankheiten des Magen-Darm-Traktes, als auch 30 Patienten mit Störungen anderer Körpersysteme gegenübergestellt.

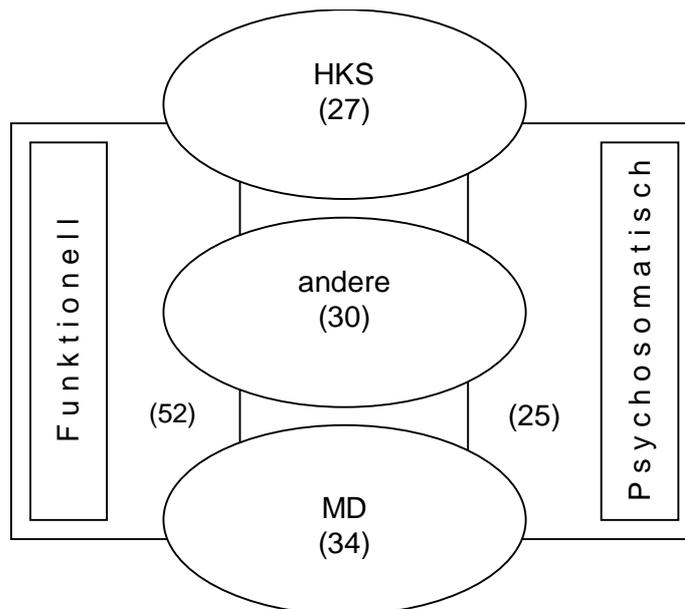


Abb. 2: Übersicht zur Auswertung. HKS: Herz-Kreislauf-System; MD: Magen-Darm-Trakt

Es folgen Tabellen, die die Verteilung verschiedener soziodemographischer Merkmale innerhalb der tatsächlich verwendeten Stichproben darstellen. Für eine Person waren leider bis auf das Geschlecht keine Angaben mehr aufzufinden, deshalb enthält Stichprobeneinteilung B bei der Beschreibung dann nur 90 Personen.

Verteilung des Geschlechts

Sowohl Stichprobeneinteilung A als auch B enthalten insgesamt etwa doppelt so viele Frauen wie Männer.

Tab. 4.6: Geschlechtsverteilung der Stichprobeneinteilung A

A	Weiblich	Männlich
Funktionelle Störung	31	21
Psychosomatische Störung	20	5
Gesamt	51	26

Tab. 4.7: Geschlechtsverteilung der Stichprobeneinteilung B

B	Weiblich	Männlich
HKS	15	12
MDT	29	5
Andere	19	11
Gesamt	63	28

Altersverteilung der Patienten

Der Altersdurchschnitt der Frauen lag deutlich unter dem der Männer. Noch eindeutiger zu erkennen ist der Unterschied bei Betrachtung der Medianwerte. Da das Alter in die Auswertung als Kovariate miteinbezogen wurde, wird die Altersverteilung auch für die Stichprobe insgesamt, nach Geschlechtern getrennt, dargestellt.

Tab. 4.8: Altersverteilung bei Aufnahme der Stichprobeneinteilung A

A	Gesamt (77)	Weiblich (51)	Männlich (26)
Mittelwert	35,05	32,44	40,17
Median	33,89	28,74	44,71
Standardabweichung	12,27	11,50	12,33
Minimum	15,60	15,60	17,15
Maximum	58,00	56,40	58,00

Tab. 4.9: Altersverteilung bei Aufnahme der Stichprobeneinteilung B

B	Gesamt (90)	Weiblich (63)	Männlich (27)
Mittelwert	35,76	34,33	39,11
Median	34,41	30,06	42,66
Standardabweichung	12,18	11,74	12,74
Minimum	15,60	15,60	17,15
Maximum	59,32	59,32	58,00

Tab. 4.10: Altersverteilung bei Aufnahme der gesamten Stichprobe

Gesamt (107)	Weiblich (71)	Männlich (36)
Mittelwert	34,34	40,68
Median	31,21	43,48
Standardabweichung	11,95	14,05
Minimum	15,60	17,15
Maximum	66,17	75,49

Familienstand der Patienten

Der größte Teil der Patienten ist in beiden Stichprobeneinteilungen entweder ledig oder in erster Ehe verheiratet. Patienten in Partnerschaften wurden zu "ledig" gezählt.

Tab. 4.11: Familienstand der Stichprobeneinteilung A

A	ledig	Verheiratet (1. Ehe)	wieder- verhei- ratet	getrennt/ge- schieden	verwitwet	Feh- lend
Weiblich (51)	23	20	2	4		2
Männlich (26)	8	14	2	2		
Gesamt (77)	31	34	4	6		2

Tab. 4.12: Familienstand der Stichprobeneinteilung B

B	ledig	Verheiratet (1. Ehe)	Wiederver- heiratet	getrennt/ge- schieden	verwitwet	Feh- lend
Weiblich (63)	25	23	4	8	1	2
Männlich (27)	11	13	1	2		
Gesamt (90)	36	36	5	10	1	2

Schulbildung der Patienten

Der größte Teil der Patienten beider Stichprobeneinteilungen hat Realschulabschluß, gefolgt von Hauptschulabschluß und Abitur.

Tab. 4.13: Schulbildung der Stichprobeneinteilung A

	Kein Schulabschluß	Hauptschule	Realschule	7.-9. Klasse ohne Abitur	Abitur	Fehlend
Weiblich (51)	2	14	25	3	5	2
Männlich (26)		10	7	1	8	
Gesamt (77)	2	24	32	4	13	2

Tab.4.14: Schulbildung der Stichprobeneinteilung B

B	Kein Schulabschluß	Hauptschule	Realschule	7.-9. Klasse ohne Abitur	Abitur	Fehlend
Weiblich (63)	3	20	29	3	6	2
Männlich (27)		10	8	1	8	
Gesamt (90)	3	30	37	4	14	2

4.3 Beschreibung der eingesetzten Verfahren

4.3.1 Gießen-Test (GT)

Der von **Beckmann** und **Richter** 1968 entwickelte Gießen-Test ist ein auf psychoanalytischen Konzepten basierender Persönlichkeitsfragebogen, der bis heute einigen Revisionen unterlag (1972, 1983, 1991). Als individualdiagnostisches Instrument bezieht er in bedeutendem Umfang soziale Einstellungen und Reaktionen mit ein. Der Schwerpunkt auf psychosoziale Aspekte macht ihn auch als Test für gruppendiagnostische Fragestellungen geeignet.

Der Proband entwirft ein Selbstbild, in dem er seine innere Verfassung und seine Umweltbeziehungen beschreibt. Dieses Selbstbild soll auf Merkmalen basie-

ren, die für die Binnenstruktur und die psychosozialen Beziehungen des Probanden im psychoanalytischen Sinne aufschlußreich sind.

Der GT soll einen Einblick geben, wie sich ein Proband in tiefenpsychologisch relevanten Kategorien in Gruppenbeziehungen darstellt. Dabei wird ihm angeboten, seine intraindividuellen Merkmale so zu beschreiben, wie sie in seine psychosozialen Tendenzen und Erfahrungen eingehen. Auch Abwehrstrategien können dadurch verdeutlicht werden.

Merkmale körperlichen Befindens sowie speziell körperliche Symptome werden dabei außer Betracht gelassen.

Der GT umfaßt in seiner endgültigen Form 40 Items, die den GT-Standardskalen zugeordnet werden können. Ein Item charakterisiert zwei gegensätzliche Eigenschaften, wobei der Proband sich für die für ihn eher zutreffende Eigenschaft entscheiden muß. Er kann dabei in einer jeweils dreistufigen Gewichtung verfahren, bis hin zu der Extremwertankreuzung. Kann er sich nicht entscheiden, so kann er sich durch eine Mittelwertankreuzung einer Zuordnung enthalten.

Bei der Testkonstruktion wurde auf das Ideal stichprobenunabhängiger Testdimensionen verzichtet (s.u.), indem die ersten fünf Skalen über die R-Faktorenanalysen einer repräsentativen Stichprobe von 235 ambulanten Patienten der Psychosomatischen Universitätsklinik Gießen konstruiert wurden. Die sechste Skala wurde aufgrund von Korrelationen der Items mit den Variablen Schulbildung und Höhe des Einkommens gebildet.

Mit den für den Probanden ohne erkennbare Systematik aneinandergereihten Items werden inhaltlich folgende GT-Skalen erfragt: "Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz". Dabei erfassen die Skalen gemäß des Handbuches (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**) folgende Themenbereiche:

Tab. 4.15: Skalen des Gießen-Test

Skala	Bezeichnung	Kurzbeschreibung
Skala 1	Soziale Resonanz	Sie liefert ein Maß für die Wirkung auf die Umgebung. Hauptthema ist die Interaktion mit der Umgebung mit dem Resultat, entweder gut oder schlecht "anzukommen".

Skala	Bezeichnung	Kurzbeschreibung
Skala 2	Dominanz	Es bilden sich zwei komplementäre Extrempole ab, denen aufeinander wechselseitig bezogene psychosoziale Abwehrformen zugeordnet werden können. Auf der einen Seite stehen Aggressivität, Impulsivität, Eigensinn und Herrschaftsansprüche, auf der anderen Aggressionsunfähigkeit, Ungeduld, Anpassungsfähigkeit und Unterordnungstendenz. Unter triebpsychologischem Aspekt finden hier vornehmlich anale Züge sadomasochistischer Prägung ihre Darstellung.
Skala 3	Kontrolle	In dieser Skala mit den Polen "unterkontrolliert" und "zwanghaft" werden die Vorgänge im intrapsychischen Individualbereich erfragt. Dabei geht es um die Beziehung zwischen dem Es und den Kontrollmechanismen der Ich-Überich-Organisation, ohne auf den direkten Umgang bzw. auf die emotionelle Kommunikation mit anderen Menschen einzugehen.
Skala 4	Grundstimmung	Diese Skala markiert die Grundstimmung zwischen den Polen "hypomanisch" und "depressiv". Sie zeigt zugleich die wichtige Beziehung zwischen Stimmungslage und Hauptrichtung der Aggressionsentfaltung, was der psychoanalytischen Interpretation der Depression als Ausdruck einer Innenwendung der Aggression entspricht. Ebenso ist dieses autoaggressive Verhalten häufig mit einer ausgeprägten Selbstunsicherheit gekoppelt. Eine mit der depressiven Disposition verbundene Schwäche im Ich-Selbst-System begünstigt eine hilfeschuchende Abhängigkeitshaltung in Form einer schützenden Außenbeziehung.
Skala 5	Durchlässigkeit	Zwischen den Polen "durchlässig" und "retentiv" stellen sich fundamentale Qualitäten des Kontakterlebens und Kontaktverhaltens dar. Sehr frühe orale und anale Kategorien wie Urvertrauen gegen Urmißtrauen, Autonomie gegen Scham und Zweifel, sowie Nähe gegen Ferne werden angesprochen. Diese fragen nach den entwicklungsgeschichtlich sehr frühen oralen Grundlagen von Kontaktsicherheit bzw. von schizoid autistischer Kontaktstörung.
Skala 6	Soziale Potenz	Die Skala fragt nach der Fähigkeit zu Geselligkeit, Unbefangtheit, Hingabefähigkeit im heterosexuellen Kontakt, sowie Phantasie Reichum und Fähigkeit zur Dauerbindung. "Sozial potent" bezeichnet diejenigen, die dem klassischen Gesundheitsideal auf der genitalen Reifestufe nahekommen.

Durch die zwei zusätzlichen Skalen der Mittel- und der Extremwertankreuzung können außerdem stereotype Antwortmuster erfaßt werden.

Tab.4.16: Zusatzskalen des Gießen-Test: Tendenz zur Mittel- oder Extremwertankreuzung

Tendenz zur Mittelwertankreuzung	Sie kann als "Anzeiger emotionaler Indifferenz gegenüber dem Fragebogen" gedeutet werden. Patienten, die zu Mittelwertankreuzungen tendieren, werden als eher zwanghaft (Skala 3) bezeichnet. Diese Zwanghaftigkeit könnte die Indifferenz bedingen, oder aber eine maßlose Selbstüberschätzung der persönlichen psychischen Stabilität, wodurch dann eigene Hilflosigkeit verleugnet wird.
Tendenz zur Extremwertankreuzung	Patienten, die sich selbst als depressiv darstellen, neigen zur Vermeidung von Mittelwert- und zur Betonung von Extremwertankreuzungen. Diese wird also als Ausdruck eines Mangels an Selbstkontrolle gedeutet. Andererseits können auch offene Angst und ein starkes Gefühl der Hilflosigkeit dazu führen, daß der Patient jedes der Items als besonders bedeutungsvoll erlebt.

Die mittlere Test-Retest-Korrelation der 40 Items betrug $r=0,30$ bei einer repräsentativen Stichprobe von 204 Befragten und Testwiederholung nach sechs Wochen. Die mittlere Test-Retest-Korrelation des Testprofils betrug $r=0,56$ mit einer erheblichen Streuung der Profile um diesen mittleren Wert. Dies spricht gegen das klassische Reliabilitätskonzept, das Stichprobenunabhängigkeit voraussetzt, denn die Test-Retest-Korrelationen der Profile der Befragten streuten erheblich in Abhängigkeit von der Stichprobe. Die Begründung hierfür liegt darin, daß der Gießen-Test sowohl zeitkonstante als auch zeitvariable Merkmale erfaßt, um auch bei Therapiekontrollen sinnvoll angewendet werden zu können. Das Verhältnis von zeitkonstanten zu zeitvariablen Persönlichkeitsmerkmalen schien in erheblicher Weise stichprobenabhängig zu sein (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**).

Desweiteren stellten sich Befragte mit hohen Test-Retest-Korrelationen als gefügiger (Skala 2), hypomanischer (Skala 4) und durchlässiger (Skala 5) dar, als Befragte mit niedrigen Test-Retest-Korrelationen. Dabei ist sicher, daß die Einstellung der Befragten zu einem Fragebogen bei der Beantwortung eine wichti-

ge Rolle spielt. Diese Einstellung überlagerte bei der Standardisierung offensichtlich als gemeinsames Merkmal alle differentiellen Merkmale der Befragten (S. 35 des Handbuches). Eine Beantwortung im Sinne der sozialen Erwünschtheit ist bei Persönlichkeitsfragebögen ebenfalls nie auszuschließen.

Sowohl die durch die Auseinandersetzung mit psychosomatischen Patienten geprägte Entwicklungsgeschichte, als auch die Stichprobenauswahl zur Skalenbildung bedingen, daß ein Höchstmaß differenzierter Aussagemöglichkeiten mit dem GT im Bereich klinisch-psychologischer Anwendungen liegt. Er eignet sich aber auch im "Normbereich" sowohl zur Selbst- wie auch zur Fremdeinschätzung (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**; Kap. 5.3, S.51) und gibt wertvolle diagnostische Aufschlüsse. Nähere Angaben zur Validität sind dem Handbuch Kap. 7 und der dort angegebenen Literatur zu entnehmen.

Testauswertung

Die Auswertung der Fragebögen kann auf der Ebene der Items oder auf der der Skalen erfolgen. Die differenzierteste diagnostische Aussage liefert hierbei die Analyse aller 40 Items, sie setzt jedoch bei der Erkennung von klinisch relevanten Ergebnissen klinisch-psychologische Erfahrungen voraus, da für signifikant abweichende Itemkombinationen interpretative Konzepte zur Verfügung stehen müssen. Isoliert abweichende Ergebnisse besitzen keine diagnostische Bedeutung.

Die Auswertung über die Standardskalen hingegen bedeutet eine Reduktion der gewonnenen Gesamtinformation, bietet jedoch die Möglichkeit, klinische Untersuchungsgruppen vor dem Hintergrund vorhandener theoretischer Interpretationsmodelle, gezielt miteinander zu vergleichen.

4.3.2 Gießener Beschwerdebogen (GGB)

Der Gießener Beschwerdebogen (GGB) von **Brähler & Scheer (1983)** ist ein standardisiertes Instrument zur Erfassung verschiedener Bereiche körperlicher und psychophysiologischer Symptomatik. Er enthält die theoretische Annahme, daß körperliche und/oder seelische Leiden in die Sprache subjektiv geklagter Beschwerden umgesetzt werden.

Mit dem Ausfüllen des Fragebogens wird weder beabsichtigt, eine vollständige Liste aller Beschwerden zu erheben, noch eine Diagnose zu stellen. Es sollen

vielmehr Teile des Selbst bzw. des Selbstbildes durch Wiedergabe in Form von Beschwerden erkennbar werden. Diese sollen als subjektive Interpretation des Zustandes aufgefaßt werden. Zu deren Erfassung ist der GBB ein wichtiges Instrument, gleichgültig ob sie Ausdruck einer manifesten Organerkrankung sind oder als organisches Korrelat auf eine bestimmte Körperregion bezogen werden. Sie werden durch 57 Items erfragt, die in ihrer Beschwerdeintensität in fünf Abstufungen von "nicht vorhanden" bis hin zu "stark" beurteilt werden sollen.

Als Standardisierungsgruppen dienten einerseits eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung der BRD von 1601 Personen und andererseits die ambulante Klientel der Psychosomatischen Klinik der Universität Gießen mit 4076 Personen. Differenziertere Angaben hierzu sind dem Handbuch von **Brähler & Scheer (1983)** zu entnehmen.

Die faktorenanalytisch gewonnene Operationalisierung der Items der Patientstichprobe führte zu folgenden vier Skalen mit je sechs Items (s. Tab. 4.21). Aus der Summe dieser vierundzwanzig Items ergibt sich der Beschwerdedruck als fünfte Skala. Itemanalysen bei einer Reihe anderer Stichproben als der Eichstichprobe ergaben keine Anzeichen für eine Stichprobenabhängigkeit der Skalen.

Da die fünfte Skala als Summe der vier ersten Skalenwerte definiert ist, zeigen sich die höchsten Interkorrelationen zwischen den Korrelationen der ersten vier Skalen mit der fünften Skala. Durch den relativ hohen Varianzanteil des Generalfaktors ist es berechtigt, nur mit der fünften Skala, der Skala "Beschwerdedruck" zu arbeiten.

Tab. 4.17: Skalen des Gießener Beschwerdebogen

Skala	Kurzbeschreibung
Skala 1: Erschöpfung	Schwächegefühl, Schlafbedürfnis, Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Benommenheit, Mattigkeit
Skala 2: Magenbeschwerden	Magenbeschwerden, Erbrechen, Übelkeit, Aufstoßen, Sodbrennen, Magenschmerzen

Skala	Kurzbeschreibung
Skala 3: Gliederschmerzen	Gliederschmerzen, Rückenschmerzen, Nacken- und Kopfschmerzen, Müdigkeit in den Beinen, Druckgefühl im Kopf
Skala 4: Herzbeschwerden	Herzklopfen, Schwindelgefühl, Kloßgefühl im Hals, Stiche in der Brust, Atemnot, Herzbeschwerden
Skala 5: Beschwerdedruck	Summe aller in den oberen vier Skalen verwendeter Items.

Die Reliabilität des GBB wurde durch Betrachtung der Test-Retest-Reliabilität für die Skalen bei ausgewählten Stichproben ermittelt. Die dabei berechneten mittleren Test-Retest-Reliabilitäten der Items waren bei allen Stichproben recht hoch (vgl. S. 59 des Handbuches). Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, daß mit dem GBB einerseits die Körperbeschwerden reliabel erfaßt werden, daß der GBB andererseits aber auch sensitiv für Veränderungen ist (Kap. VI, **Brähler & Scheer, 1983**).

Sowohl hinsichtlich der Erfassung umschriebener Organstörungen als auch hinsichtlich der Empfindlichkeit in bezug auf die Klagebereitschaft psychosomatischer Patienten stellt der Gießener Beschwerdebogen ein valides Instrument dar (**Brähler & Scheer, 1983**, Kap. V. 6, S. 92). Er ist in erster Linie ein guter Indikator für den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand und die Lebenszufriedenheit bezüglich der Gesundheit und ist somit als ein Instrument mit sehr guter Konstruktvalidität anzusehen (**Brähler, Schuhmacher & Brähler 2000**).

4.4 Auswertungsverfahren

4.4.1 Multivariate mehrfaktorielle kovariate Varianzanalyse

Aufgrund der teilweise zu geringen Fallzahlen und der dadurch zu kleinen Gruppen wurde von der ursprünglich geplanten Diskriminanzanalyse zugunsten der multivariaten Varianzanalyse abgesehen. Für die Frage, ob sich die Mittel-

werte der abhängigen Variablen für Gruppen signifikant unterscheiden, wurden die Daten mit Hilfe des Programmes **SPSS für Windows 8.0** analysiert.

Voraussetzungen für die multivariate Varianzanalyse sind:

- Die abhängigen Variablen müssen mindestens intervallskaliert sein.
- Die unabhängigen Variablen können beliebige Skalenniveaus haben, wobei sie p-fach gestuft sein müssen.
- Die Vergleichsgruppen müssen unabhängige Zufallsstichproben sein.
- Die Fehlerkomponenten verhalten sich additiv und sind unabhängig von Treatmenteffekten.
- Die abhängigen Variablen sind normalverteilt.
- Die unter den einzelnen Faktorstufen beobachteten Varianz-Kovarianz-Matrizen sollten homogen sein (bei gleich großen Stichproben praktisch zu vernachlässigen).

In der vorliegenden Studie waren bis auf die Unabhängigkeit der Stichproben alle Voraussetzungen für die Durchführung der multivariaten Varianzanalyse erfüllt.

Außerdem war die Gleichheit der Kovarianzmatrizen mit einem Signifikanzwert von 0,000 (Stichprobeneinteilung A) bzw. 0,002 (Stichprobeneinteilung B) verletzt.

Die Gleichheit der Fehlervarianzen war in beiden Stichprobeneinteilungen gewährleistet.

Laut **Bortz (1993)** ist die Varianzanalyse relativ robust gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen, sodaß das Verfahren hier eingesetzt werden kann.

Es wurde eine multivariate mehrfaktorielle kovariante Varianzanalyse durchgeführt, d.h. die Wirkung mehrerer Faktoren und Kovariaten auf mehrere abhängige Variablen wurde untersucht, da von einer gegenseitigen Beeinflussung der abhängigen Variablen untereinander ausgegangen wurde. Außerdem sollte der Zusammenhang zwischen Faktoren und abhängigen Variablen möglichst von den Streuungen der Kovariaten bereinigt werden. Zusätzlich dazu wurden in diesem Rahmen univariate Analysen jeder einzelnen Variablen durchgeführt.

Störungsart bzw. Störungssystem und Geschlecht stellten hierbei die unabhängigen Variablen (Faktoren) dar. Die Störungsart und das Geschlecht waren zweistufige Faktoren, das Störungssystem wurde dreifach gestuft.

Das Alter sowie der Beschwerdedruck im Gießener Beschwerdebogen wurden als Kovariate miteinbezogen. Es wurde angenommen, daß sie unabhängig von Störungsart oder Störungssystem, mit der Persönlichkeit in Beziehung stehen. Abhängige Variablen waren die vier Gießentest-Skalen Dominanz, Kontrolle, Durchlässigkeit und Grundstimmung. Die Skalen Soziale Potenz und Soziale Resonanz wurden aus in Kapitel 3 genannten Gründen aus den Berechnungen ausgelassen.

Zur Beurteilung der Frage der Signifikanz des Einflusses eines Faktors auf mehrere abhängige Variablen gleichzeitig, wobei deren Wechselwirkung berücksichtigt wird, werden von dem Programm unterschiedliche Prüfgrößen ausgegeben. Vier davon werden von SPSS bei der multivariaten Varianzanalyse standardmäßig berechnet (Pillai-Spur, Wilks-Lambda, Hotelling-Spur, größte charakteristische Wurzel nach Roy). Pillai-Spur ist davon der robusteste Test, was bedeutet, daß die von diesem Maß ausgewiesene Signifikanz auch dann noch verhältnismäßig aussagekräftig ist, wenn die Voraussetzungen für die multivariate Varianzanalyse nicht vollständig erfüllt sind. Aus diesen vier Prüfgrößen wird automatisch ein over-all-Wert für die Signifikanz berechnet. Im Falle einer Signifikanz liegt dieser unter 5%, ist also kleiner als **0,05 (Brosius, 1989)**.

5. Ergebnisse

Wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist, dienten Störungsart oder Störungssystem und Geschlecht als unabhängige Variablen. Ihr Zusammenhang mit den vier Standardskalen des Gießen-Test, den abhängigen Variablen, wurde untersucht. Als abhängige Variablen wurden hier die Skalen Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung und Durchlässigkeit verwendet. Dieser Zusammenhang wurde von den als Störgrößen vermuteten Variablen Alter und Beschwerdedruck im GBB verursachten Streuungen bereinigt, da von einem Zusammenhang dieser mit den abhängigen Variablen ausgegangen wurde. Hierzu wurden das Alter und die Skala Beschwerdedruck des GBB als Kovariate eingesetzt.

Tab. 5.1: Faktoren, Kovariate und abhängige Variablen bei der Auswertung (zu Hypothese 1)

Faktoren	Störungsart, Geschlecht
Kovariate	Alter, Beschwerdedruck
Abhängige Variablen	Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit

Tab. 5.2: Faktoren, Kovariate und abhängige Variablen bei der Auswertung (zu Hypothese 2)

Faktoren	Störungssystem, Geschlecht
Kovariate	Alter, Beschwerdedruck
Abhängige Variablen	Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit

Es wurde jeweils eine multivariate und im Anschluß eine univariate Analyse durchgeführt.

Der vollständige Ausdruck der Statistik ist im Anhang enthalten. Im folgenden werden die als wichtig erachteten Daten in Tabellen zusammengefaßt.

5.1 Beschwerdedruck im Gießener Beschwerdebogen

Die im Gießener Beschwerdebogen ermittelten Werte für den Beschwerdedruck unterschieden sich für Frauen und Männer kaum. Sie werden hier für die gesamte Stichprobe dargestellt.

Tab. 5.3: Verteilung des Beschwerdedrucks in der gesamten Stichprobe

Gesamt (107)	Weiblich (71)	Männlich (36)
Mittelwert	34,13	35,31
Median	35,00	35,00
Standardabweichung	16,73	15,49
Minimum	6	1
Maximum	74	78

Da die Beschwerdehäufigkeit sehr stark alters- und geschlechtsabhängig ist, erfolgte die Standardisierung des Gießener Beschwerdebogens, die dem Handbuch zum Gießener Beschwerdebogen zu entnehmen ist, an der Repräsentativstichprobe getrennt nach Geschlechtern und für die Altersgruppen 18-30, 31-40, 41-50 und 51-60 Jahre. Die Werte werden in Prozenträngen angegeben. Ein Rohwert von 34, wie er von uns für Frauen ermittelt wurde, entspricht demgemäß in der Eichstichprobe einem Prozentrang von 83-92, je nach Altersgruppe. Dies bedeutet, daß 83 bzw. 92 Prozent der Personen der Eichstichprobe einen niedrigeren oder gleich hohen Werte erreichen. Bezogen auf 1047 psychosomatische Patienten entspricht der Rohwert einem Prozentrang von 49-66.

Der Rohwert von 35 für Männer entspricht in den verschiedenen Altersgruppen Prozenträngen von 86-97 in der Eichstichprobe bzw. 61-73 in der Stichprobe psychosomatischer Patienten (**Brähler & Scheer, 1983**)

5.2 T-Werte der Stichprobe im Gießen-Test

Die folgenden Tabellen enthalten die T-Werte der vier verwendeten GT-Standardskalen, deren Standardabweichungen und die jeweilige Fallzahl. Außerdem wurden nach Rundung der T-Werte mithilfe der Tab. 47 des GT-Handbuches (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**) die entsprechenden Rohwerte der Skalen ermittelt. Dadurch waren die Werte anschaulicher mit denen der Standardisierungsstichprobe vergleichbar.

Stichprobeneinteilung A und B unterschieden sich bei Betrachtung der T-Werte bzw. der Mittelwerte nur geringfügig voneinander.

Die Mittelwerte der Standardstichprobe entsprechen definitionsgemäß einem T-Wert von jeweils 50. Stichprobeneinteilung A und B wiesen für die Skala Dominanz mit 47,833 (A) bzw. 47,686 (B) niedrigere T-Werte auf, d.h. die Mittelwerte lagen unter denen der Standardstichprobe. Für die anderen drei Skalen - Kontrolle, Grundstimmung und Durchlässigkeit- waren die T-Werte mit 50,852 (A) bzw. 51,806 (B) (Kontrolle), 65,898 (A) bzw. 66,625 (B) (Grundstimmung) und 55,908 (A) bzw. 56,091 (B) (Durchlässigkeit) größer als 50, d.h. deren Rohwerte lagen über den Normwerten. Die Patienten der hier untersuchten Stichprobe schilderten sich also mit größerer Wahrscheinlichkeit gegenüber der Probanden der Standardstichprobe als dominant, kontrolliert, depressiv und verschlossen.

Stichprobeneinteilung A:

Tab. 5.4: T-Werte der Stichprobeneinteilung A im Gießen-Test

A	T-Wert	Standardabweichung	N	Mittelwert
Dominanz	47,833	10,106	91	25
Kontrolle	50,852	10,614	91	26
Grundstimmung	65,898	17,789	91	31
Durchlässigkeit	55,908	12,192	91	24

Stichprobeneinteilung B:

Tab. 5.5: T-Werte der Stichprobeneinteilung B im Gießen-Test

B	T-Wert	Standardabweichung	N	Mittelwert
Dominanz	47,686	9,811	77	25
Kontrolle	51,806	10,291	77	27
Grundstimmung	66,625	18,508	77	31
Durchlässigkeit	56,091	12,241	77	25

Tab. 5.6: Standardmittelwerte der vier GT-Skalen entsprechend einem T-Wert von 50

Skala	Mittelwert
Dominanz	25,93
Kontrolle	25,84
Grundstimmung	21,98
Durchlässigkeit	21,18

5.3 Kovariate

Kovariate sind erklärende Variable einer Regressionsschätzung für die abhängigen Variablen.

Alter bei stationärer Aufnahme

Das Alter als Kovariate wies in der multivariaten Varianzanalyse sowohl in der nach Störungsart (Stichprobeneinteilung A) als auch in der nach Störungssystem (Stichprobeneinteilung A) eingeteilten Stichprobe einen signifikanten Zusammenhang mit den unabhängigen Variablen auf. Die Signifikanz der Prüfgröße "Pillai-Spur" betrug $p=0,023$ bzw. $p=0,030$. Die Werte sind in den folgenden Tabellen für Stichprobeneinteilung A und B wiedergegeben.

Tab. 5.7: Prüfgröße des multivariaten Tests (Alter, Stichprobeneinteilung A)

Alter	Wert	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Pillai-Spur	0,144	4,68	2,867	0,030

Tab. 5.8: Prüfgröße des multivariaten Tests (Alter, Stichprobeneinteilung B)

Alter	Wert	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Pillai-Spur	0,131	4,80	3,020	0,023

Bei der univariaten Varianzanalyse wies das Alter sowohl in der nach Störungsart (Stichprobeneinteilung A) als auch in der nach Störungssystem (Stichprobeneinteilung B) eingeteilten Stichprobe einen signifikanten Zusammenhang mit

einer bzw. zwei der abhängigen Variablen auf. Wie aus der Tabelle ersichtlich, war dies im ersten Fall die Skala Grundstimmung mit einer Signifikanz von $p=0,010$, sowie im zweiten die Skala Grundstimmung mit einem Wert von $p=0,029$ und die Skala Durchlässigkeit mit $p=0,008$.

Stichprobeneinteilung A:

Tab. 5.9: Zusammenhang zwischen Alter und den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung A (univariate Varianzanalyse)

Kovariate	Abhängige Variable	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Alter	Dominanz	1,77	1,450	0,233
	Kontrolle	1,77	1,264	0,265
	Grundstimmung	1,77	6,914	0,010
	Durchlässigkeit	1,77	3,267	0,075

Stichprobeneinteilung B:

Tab. 5.10: Zusammenhang zwischen Alter und den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung B (univariate Varianzanalyse)

Kovariate	Abhängige Variable	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Alter	Dominanz	1,83	1,008	0,318
	Kontrolle	1,83	0,260	0,612
	Grundstimmung	1,83	4,952	0,029
	Durchlässigkeit	1,83	7,451	0,008

Um die Richtung des Zusammenhangs zu bestimmen, wurden in der Korrelationsmatrix (s. Kap. 5.4 und Anhang) die Korrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet.

Für die Skala Grundstimmung betrug dieser $r=-0,153$. Dies bedeutet, daß der Wert für die Skala Grundstimmung umso höher war, je jünger die Patienten bei der stationären Aufnahme waren.

Für die Skala Durchlässigkeit ergab sich ein signifikanter Zusammenhang mit einem Korrelationskoeffizienten von $r=-0,282$, d.h. auch hier war die Wahrscheinlichkeit hoher Werte umso größer, je jünger die Patienten waren.

Beschwerdedruck

Bei der multivariaten Testung konnten sowohl in Stichprobeneinteilung A als auch in Stichprobeneinteilung B signifikante Zusammenhänge mit den abhängigen Variablen festgestellt werden. Das Prüfmaß "Pillai-Spur" ist den folgenden Tabellen zu entnehmen. Der Signifikanzwert betrug $p=0,000$ bzw. $p=0,010$.

Tab. 5.11: Prüfgröße des multivariaten Tests (Beschwerdedruck, Stichprobeneinteilung A)

Beschwerdedruck	Wert	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Pillai-Spur	0,176	4,68	3,625	0,010

Tab. 5.12: Prüfgrößen des multivariaten Tests (Beschwerdedruck, Stichprobeneinteilung B)

Beschwerdedruck	Wert	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Pillai-Spur	0,248	4,80	6,610	0,000

Bei der univariaten Testung fanden sich zwischen der Skala Beschwerdedruck im GBB als Kovariate und den abhängigen Variablen sowohl in der Stichprobeneinteilung A als auch in der Stichprobeneinteilung B signifikante Zusammenhänge mit den abhängigen Variablen. Im ersten Fall die Skala Grundstimmung mit einem Wert von $p=0,000$ und im zweiten Fall war es die Skala Kontrolle mit einer Signifikanz von $p=0,042$ sowie die Skala Grundstimmung mit $p=0,001$:

Stichprobeneinteilung A:

Tab. 5.13: Zusammenhang zwischen Beschwerdedruck und den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung A

Kovariate	Abhängige Variable	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Beschwerdedruck	Dominanz	1,77	0,550	0,461
	Kontrolle	1,77	0,050	0,823
	Grundstimmung	1,77	12,538	0,001
	Durchlässigkeit	1,77	0,089	0,767

Stichprobeneinteilung B:

Tab. 5.14: Zusammenhang zwischen Beschwerdedruck und den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung B

Kovariate	Abhängige Variable	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Beschwerdedruck	Dominanz	1,83	0,007	0,932
	Kontrolle	1,83	4,265	0,042
	Grundstimmung	1,83	21,635	0,000
	Durchlässigkeit	1,83	0,278	0,600

Aus den positiven Korrelationskoeffizienten von $r=0,285$ für die Skala Grundstimmung und von $r=0,237$ für die Skala Kontrolle läßt sich folgern, daß die Werte für diese beiden Variablen umso eher erhöht waren, je größer der angegebene Beschwerdedruck im Gießener Beschwerdebogen war.

5.4 Korrelationsmatrix

Um die Richtung der Zusammenhänge erkennen zu können, wurde eine Korrelationsmatrix erstellt. Dabei wurden die Korrelationskoeffizienten r nach Spearman zwischen den Kovariaten Alter sowie der Skala Beschwerdedruck im GBB und den Skalen des Gießen-Test berechnet. Verwendet wurden hierzu alle vorhandenen Daten, also unabhängig davon, ob ein Proband den Gießen-Test, Gießener Beschwerdebogen und den Aufnahmebogen ausgefüllt hatte oder nur einen Teil davon. Dadurch kamen die unterschiedlich großen Fallzahlen (n) für jede Variable zustande (s. Tab. 5.15-17). Es wurden folgende Korrelationen (r) zwischen den Kovariaten und den abhängigen Variablen festgestellt:

Tab. 5.15: Korrelationmatrix für die Gesamtstichprobe (fettgedruckt: $p \leq 0,05$)

Gesamt	Alter bei Aufnahme			Beschwerdedruck		
	Dominanz	$r=0,064$	$p=0,500$	$n=114$	$r=0,095$	$p=0,309$
Kontrolle	$r=0,121$	$p=0,200$	$n=114$	$r=0,237$	$p=0,010$	$n=117$
Grundstimmung	$r=-0,153$	$p=0,105$	$n=114$	$r=0,285$	$p=0,002$	$n=117$
Durchlässigkeit	$r=-0,282$	$p=0,002$	$n=114$	$r=0,031$	$p=0,744$	$n=117$

Signifikante Korrelationen fanden sich also mit negativem Vorzeichen zwischen dem Alter und der Skala Durchlässigkeit und mit positiven Vorzeichen zwischen der Skala Beschwerdedruck und den Skalen Kontrolle bzw. Grundstimmung. Die Wahrscheinlichkeit für niedrige Werte der Skala Durchlässigkeit war insgesamt also umso höher, je älter ein Patient war, die Werte der Skalen Grundstimmung und Kontrolle waren umso eher erhöht, je höher der Wert der Skala Beschwerdedruck war.

Nach der Einteilung nach dem Geschlecht wurden Unterschiede zwischen Frauen und Männern deutlich. Es folgen die Tabellen der Korrelationen getrennt nach Geschlecht, zunächst die nur für Frauen, danach die nur für Männer:

Tab. 5.16: Korrelationsmatrix für Frauen

Frauen	Alter bei Aufnahme			Beschwerdedruck		
	r	p	n	r	p	n
Dominanz	r=0,176	p=0,130	n=75	r=0,085	p=0,463	n=76
Kontrolle	r=0,096	p=0,414	n=75	r= 0,281	p=0,014	n=76
Grundstimmung	r=-0,150	p=0,199	n=75	r= 0,336	p=0,003	n=76
Durchlässigkeit	r= -0,266	p=0,021	n=75	r=-0,009	p=0,936	n=76

Tab. 5.17: Korrelationsmatrix für Männer

Männer	Alter bei Aufnahme			Beschwerdedruck		
	r	p	n	r	p	n
Dominanz	r=-0,086	p=0,602	n=39	r=0,208	p=0,197	n=40
Kontrolle	r=0,218	p=0,182	n=39	r=0,107	p=0,513	n=40
Grundstimmung	r=-0,198	p=0,228	n=39	r=0,136	p=0,404	n=40
Durchlässigkeit	r=-0,313	p=0,052	n=39	r=0,099	p=0,545	n=40

Bei Frauen fanden sich ähnliche signifikante Zusammenhänge zwischen den Kovariaten und den abhängigen Variablen wie bei der gesamten Stichprobe, bei den Männern hingegen waren keine signifikanten Zusammenhänge zu finden.

5.5 Faktoren

Es wird die Bedeutung der als Faktoren definierten unabhängigen Variablen für die abhängigen Variablen erläutert.

Störungsart (Hypothese 1)

In der multivariaten Testung wies die Störungsart, d.h. ob eine Krankheit als funktionell oder psychosomatisch zu klassifizieren ist, keinen signifikanten Zusammenhang mit den abhängigen Variablen auf. Das Prüfmaß ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tab. 5.18: Prüfgröße des multivariaten Tests (Störungsart)

Störungsart	Wert	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Pillai-Spur	0,019	4,68	0,337	0,852

Auch in der univariaten Varianzanalyse stand die Störungsart mit keiner der abhängigen Variablen in signifikantem Zusammenhang. Dies ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tab. 5.19: Zusammenhang zwischen Störungsart und abhängigen Variablen

Faktor	Abhängige Variable	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Störungsart	Dominanz	1,77	0,606	0,439
	Kontrolle	1,77	1,057	0,307
	Grundstimmung	1,77	0,076	0,784
	Durchlässigkeit	1,77	0,000	0,998

Haupthypothese 1 konnte also nicht bestätigt werden.

Störungssystem (Hypothese 2)

Auch der Zusammenhang zwischen Störungssystem und den abhängigen Variablen war weder in der multivariaten noch in der univariaten Testung signifikant.

Tab. 5.20: Prüfgröße des multivariaten Tests (Störungssystem)

Störungssystem	Wert	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Pillai-Spur	0,085	8,162	0,903	0,516

Tab. 5.21: Zusammenhang zwischen Störungssystem und abhängigen Variablen

Faktor	Abhängige Variable	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Störungssystem	Dominanz	2,83	0,676	0,511
	Kontrolle	2,83	0,062	0,940
	Grundstimmung	2,83	1,314	0,274
	Durchlässigkeit	2,83	1,234	0,296

Haupthypothese 2 konnte ebenfalls nicht bestätigt werden.

Geschlecht

In der multivariaten Varianzanalyse konnte sowohl in Stichprobeneinteilung A als auch in Stichprobeneinteilung B kein signifikanter Einfluß des Geschlechts der Patienten als unabhängige Variable auf die abhängigen Variablen nachgewiesen werden.

Die Prüfmaße sind der folgenden Tabellen zu entnehmen.

Tab. 5.22: Prüfgröße des multivariaten Tests (Geschlecht, Stichprobeneinteilung A)

Geschlecht	Wert	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Pillai-Spur	0,016	4,68	0,271	0,896

Tab. 5.23: Prüfgröße des multivariaten Tests (Geschlecht, Stichprobeneinteilung B)

Geschlecht	Wert	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Pillai-Spur	0,009	4,80	0,188	0,944

In der univariaten Varianzanalyse bestand ebenfalls kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und den abhängigen Variablen.

Stichprobeneinteilung A:

Tab.5.24: Zusammenhang zwischen Geschlecht und abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung A

Faktor	Abhängige Variable	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Geschlecht	Dominanz	1,77	0,690	0,409
	Kontrolle	1,77	0,521	0,473
	Grundstimmung	1,77	0,061	0,805
	Durchlässigkeit	1,77	0,127	0,723

Stichprobeneinteilung B:

Tab. 5.25: Zusammenhang zwischen Geschlecht und abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung B

Faktor	Abhängige Variable	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Geschlecht	Dominanz	1,83	0,031	0,861
	Kontrolle	1,83	0,100	0,752
	Grundstimmung	1,83	0,354	0,554
	Durchlässigkeit	1,83	0,354	0,553

5.6 Wechselwirkungen

Wechselwirkungen zwischen Störungsart und Geschlecht

Die Wechselwirkungen zwischen den beiden Faktoren Störungsart und Geschlecht konnten die Streuung der abhängigen Variablen nicht erklären. Es fanden sich weder in der multivariaten noch in der univariaten Testung signifikante Zusammenhänge. Es folgen die Tabellen zu den Prüfmaßen der multivariaten Varianzanalyse, anschließend die zu den univariaten Tests.

Tab. 5.26: Prüfgröße des multivariaten Tests (Störungsart * Geschlecht)

Störungsart * Geschlecht	Wert	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Pillai-Spur	0,031	4,68	0,541	0,706

Tab. 5.27: Wechselwirkung zwischen Störungsart und Geschlecht in Zusammenhang mit den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung A

Faktoren	Abhängige Variable	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Störungsart * Geschlecht	Dominanz	1,77	1,230	0,271
	Kontrolle	1,77	0,024	0,877
	Grundstimmung	1,77	0,694	0,407
	Durchlässigkeit	1,77	0,123	0,727

Wechselwirkungen zwischen Störungssystem und Geschlecht

Auch die Kombination aus den beiden Faktoren Störungssystem und Geschlecht stand sowohl in der multivariaten als auch in der univariaten Testung in keinem signifikanten Zusammenhang mit den abhängigen Variablen. Die Prüfmaße sind den folgenden Tabellen zu entnehmen.

Tab. 5.28: Prüfgröße des multivariaten Tests (Störungssystem * Geschlecht)

Störungssystem * Geschlecht	Wert	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Pillai-Spur	0,034	8,162	0,350	0,945

Tab. 5.29: Wechselwirkung zwischen Störungssystem und Geschlecht in Zusammenhang mit den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung B

Faktoren	Abhängige Variable	Freiheitsgrade	F-Wert	Signifikanz
Störungssystem * Geschlecht	Dominanz	2,83	0,217	0,805
	Kontrolle	2,83	0,134	0,875
	Grundstimmung	2,83	0,483	0,619
	Durchlässigkeit	2,83	0,579	0,563

6. Interpretation der Ergebnisse

Kovariate

Zwischen dem Alter als Kovariate und den abhängigen Variablen, nämlich den Skalen Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung und Durchlässigkeit des GT, konnten signifikante Zusammenhänge festgestellt werden. In der Stichprobeneinteilung A, der 77 nach der Störungsart eingeteilten Personen war nur der Zusammenhang zwischen Alter und der Skala Grundstimmung mit $p=0,010$ signifikant. In der Stichprobeneinteilung B mit 91 Personen, die nach dem betroffenen Störungssystem eingeteilt waren, waren die Werte der Skalen Grundstimmung ($p=0,029$) und Durchlässigkeit ($p=0,008$) mit umso größerer Wahrscheinlichkeit hoch, je jünger die Patienten waren. D.h. also je jünger jemand war, umso höher war die Wahrscheinlichkeit, daß er/sie sich als depressiv und im einen Fall (Stichprobeneinteilung B) auch retentiv, also verschlossen, beschrieb.

In der Korrelationsmatrix der gesamten Stichprobe war nur der Zusammenhang zwischen Alter und der Skala Durchlässigkeit mit $p=0,002$ signifikant. D.h., auch hier beschrieb sich eine Person mit umso höherer Wahrscheinlichkeit als verschlossen, je jünger er/sie war. Dasselbe galt auch nur für Frauen, nicht jedoch nur für Männer.

Das Handbuch zum Gießen-Test (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**) gibt zwar zwischen Alter und zwei der Items der Skala Durchlässigkeit und einem derjenigen für Grundstimmung einen Zusammenhang an, jedoch in umgekehrter Richtung. Bei der Standardisierung des Gießen-Test waren Grundstimmungs- und Durchlässigkeitswerte also im Gegensatz zu den hier berechneten Werten umso eher erhöht, je älter ein Proband war. Bei der hier vorliegenden Stichprobe fällt bezüglich des Alters allerdings auf, daß sehr viele junge Patienten unter Eßstörungen litten. Im Literaturteil (Kap. 2.3.4 - 2.3.6) wurde bereits auf die Depressivität und auch auf die Verschlossenheit dieser Untergruppe hingewiesen. Passend zu diesem Interpretationsansatz wäre auch die Tatsache, daß von diesen Krankheitsbildern bis auf zwei Fälle ausschließlich Frauen betroffen waren, so daß sich logischerweise die in Abhängigkeit des Alters hohen Werte in der Durchlässigkeitsskala, bei alleiniger Betrachtung der

Frauen wiederfindet. Das hieße also, höhere Werte auf der Skala Durchlässigkeit wären demzufolge charakteristischer für Patienten mit einer Eßstörung als hohe Werte in der Skala Grundstimmung.

In der Stichprobeneinteilung A war der Wert für die Grundstimmung mit umso größerer Wahrscheinlichkeit hoch, je höher der im Gießener Beschwerdebogen angegebene Beschwerdedruck war ($p=0,001$). Für die Stichprobeneinteilung B galt dasselbe ($p=0,000$) und zusätzlich eine positive Korrelation mit dem Wert für die Skala Kontrolle ($p=0,042$). Daraus geht hervor, daß eine Person in beiden Fällen eine umso höhere Wahrscheinlichkeit aufwies, sich als depressiv zu beschreiben, je mehr bzw. je intensivere Beschwerden sie im GBB angab. Zusätzlich dazu war im einen Fall (Stichprobeneinteilung B) auch die Wahrscheinlichkeit, daß sich eine Person als kontrolliert, d.h. zwanghaft, beschrieb umso höher, je höher der im GBB angegebene Beschwerdedruck war.

Auf die gesamte Stichprobe bezogen, war die Korrelation des Wertes für den Beschwerdedruck sowohl mit der Skala Kontrolle ($p=0,010$) als auch die mit der Skala Grundstimmung ($p=0,002$) signifikant. Für Frauen galt dasselbe, für Männer hingegen war keine der Korrelationen signifikant.

Der Zusammenhang zwischen dem angegebenen Beschwerdedruck und der Skala Grundstimmung stimmt mit der bereits im Handbuch des Gießener Beschwerdebogens erwähnten Interkorrelation der beiden Skalen überein (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**). Sowohl in der Eichstichprobe des GBB als auch in der Stichprobe der Patienten der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz erlebten depressive Patienten einen erhöhten körperlichen Beschwerdedruck. Ob dies nun als erhöhte Bereitschaft, Beschwerden zu empfinden bzw. zu äußern infolge der Depression anzusehen ist, oder ob es sich vielmehr bei der depressiven Grundstimmung um eine Reaktion auf die vorhandenen Beschwerden handelt, kann aus der vorhandenen Korrelation nicht abgeleitet werden.

Die Korrelation der Beschwerden mit der Gießen-Test-Skala Kontrolle, die hier berechnet wurde, wird im Handbuch zum GT jedoch als nur unwesentlich bezeichnet.

Diese Interkorrelationen wurden in einer späteren Studie zur Normierung des GBB von **Brähler, Schuhmacher & Brähler 2000** repliziert.

Bei dem Vergleich der T-Werte der Stichproben mit den Normwerten lagen sowohl Stichprobeneinteilung A mit einem T-Wert von 47,833 als auch Stichprobeneinteilung B mit einem T-Wert von 47,686 unter dem durch die Standardisierungsstichprobe ermittelten Normwert für die Skala Dominanz. Sie schilderten sich also eher als dominanter, eigensinniger und ungeduldiger als die Probanden der Standardisierungsstichprobe.

Für die Skalen Kontrolle (Stichprobeneinteilung A: 50,852; Stichprobeneinteilung B: 51,806), Grundstimmung (Stichprobeneinteilung A: 65,898; Stichprobeneinteilung B: 66,625) und Durchlässigkeit (Stichprobeneinteilung A: 55,908; Stichprobeneinteilung B: 56,091) lagen die T-Werte über 50. D.h., die hier untersuchten Patienten schilderten sich selbst als zwanghafter, depressiver und verschlossener gegenüber der Standardisierungsstichprobe.

Gemäß des Handbuches zum Gießen-Test (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**) entspricht dies tendentiell Patienten mit psychogenen Störungen. Die Abweichungen zeigen die selbe Richtung auf wie die einer Stichprobe von 144 unausgelesenen Patienten der Psychosomatischen Universitätsklinik Gießen. Diese schilderten sich ebenfalls als dominanter (T=46), geringfügig zwanghafter (T>50), depressiver (T=65) sowie als verschlossener (T=59) als die Eichstichprobe.

Es ist also davon auszugehen, daß die hier vorliegende Stichprobe als repräsentativ für das anfallende Patientenkollektiv einer Psychosomatischen Abteilung angesehen werden kann.

Hypothese 1

Die Störungsart (Beschwerden sind funktioneller oder psychosomatischer Art) stand, entgegen der Annahme, in keinem signifikanten Zusammenhang mit den abhängigen Variablen, also den vier Gießen-Test-Skalen Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung und Durchlässigkeit. Auch nach Kontrolle der Kovariaten Alter und Beschwerdedruck im GBB konnte die Unterscheidung nach der Störungsart die Streuung der abhängigen Variablen nicht erklären. Ebenso waren bei der Betrachtung der Wechselwirkungen des Faktors Störungsart mit dem Faktor Geschlecht keine signifikanten Zusammenhänge festzustellen.

Haupthypothese 1 konnte also nicht bestätigt werden.

Hypothese 2

Bei der Unterscheidung nach dem Störungssystem, also danach, ob die Beschwerden den Magen-Darm-Trakt, das Herz-Kreislauf-System oder ein anderes System betrafen, war das Ergebnis ebenso eindeutig. Auch hier wiesen die vier Gießen-Test-Skalen als abhängige Variablen keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der Einteilung auf. Ebenfalls konnten weder nach Kontrolle der Kovariaten Alter und im GBB angegebener Beschwerdedruck, noch in Wechselwirkung mit dem Faktor Geschlecht, Varianzen der Persönlichkeitsfaktoren mit dem Faktor Störungssystem in Zusammenhang gebracht werden.

Haupthypothese 2 konnte also ebenfalls nicht bestätigt werden.

Auf die möglichen Erklärungsansätze, warum keine Zusammenhänge gefunden wurden, wird im Rahmen der Diskussion eingegangen.

Sowohl in der Stichprobeneinteilung A als auch in der Stichprobeneinteilung B stand das Geschlecht als unabhängige Variable in keinem Zusammenhang mit den vier verwendeten Standardskalen des Gießen-Test (Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung und Durchlässigkeit). Wie bereits erwähnt, erbrachte auch die Berechnung der Wechselwirkungen mit den anderen Faktoren keine signifikanten Ergebnisse.

Wurde die Stichprobe hingegen als Gesamtes hinsichtlich des Geschlechts unterschieden, so konnte eine sehr interessante Korrelationsmatrix berechnet werden. Wie in Kap. 5.4 bereits dargestellt, wurden für die gesamte Stichprobe hochsignifikante Zusammenhänge zwischen den Kovariaten Alter und Beschwerdedruck im GBB und drei der abhängigen Variablen, nämlich den Skalen Kontrolle, Grundstimmung und Durchlässigkeit berechnet. Wurden diese Berechnungen nun für Frauen und Männer getrennt durchgeführt, so bestanden interessanterweise für Frauen die entsprechenden signifikanten und im Fall der Skala Grundstimmung sogar hochsignifikanten Korrelationen wie für die gesamte Stichprobe, bei den Männern hingegen konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen Kovariaten und abhängigen Variablen berechnet werden. Genaueres bezüglich dieser Korrelationen ist unter den jeweiligen Kovariaten aufgelistet.

Um dieses Phänomen zu erklären, ist in erster Linie die Altersverteilung der Frauen und Männer zu betrachten. Sie ist der Tabelle 4.10 des Kapitels 4.2 zu entnehmen. Darin unterscheiden sich die Mittelwerte (Frauen: 34,34 Jahre; Männer: 40,68 Jahre) und vor allem die Medianwerte (Frauen: 31,21 Jahre; Männer: 43,48 Jahre) sehr stark, wie der t-Test ergibt jedoch nicht signifikant (s. Anhang). Dahingestellt sei hier die Frage, ob dies bedeutet, daß bei Männern Beschwerden in durchschnittlich höherem Lebensalter auftreten oder aber, daß Männer dazu neigen, sich erst nach längerer Krankheitsdauer, professioneller Hilfe zu unterziehen. Da davon ausgegangen wurde, daß das Alter in Zusammenhang mit den Persönlichkeitsvariablen des Gießen-Test steht, könnten die oben erläuterten Unterschiede dennoch eventuell durch den großen Altersunterschied erklärt werden.

Auch der Beschwerdedruck wurde als Störgröße in Bezug auf die vier Gießen-Test-Standardskalen angesehen. Wie der Tabelle 5.3 in Kapitel 5.1 zu entnehmen ist, unterscheiden sich Männer und Frauen in der Menge und Qualität der Angabe von Beschwerden im GBB jedoch kaum (t-Test nicht signifikant). Die Unterschiede bezüglich der Korrelationsmatrix können also nicht durch Unterschiede in der Skala Beschwerdedruck zwischen Frauen und Männern erklärt werden.

Beachtet werden muß auch, daß die Zahl, der in der Berechnung erfaßten Frauen weit größer ist, als die der Männer. Es ist also wahrscheinlich, daß die Frauen dadurch, daß sie in der Gesamtstichprobe zahlenmäßig dominieren, einen varianzstärkeren Faktor darstellten als die Männer.

7. Diskussion

Insgesamt konnte weder zwischen der Störungsart und den Persönlichkeitsvariablen des Gießen-Tests noch zwischen dem Störungssystem und den Skalen im Gießen-Test ein Zusammenhang nachgewiesen werden. Zur Erklärung dieser Tatsache kommen zwei Möglichkeiten in Frage. Einerseits die Annahme, dies könne nun als Widerlegung der im Literaturteil aufgestellten Vermutung hinsichtlich der Spezifität gesehen werden, oder andererseits eine Erklärung durch methodische Mängel der Studie. Endgültig läßt sich das an dieser Stelle nicht klären, jedoch gibt es für beide Theorien stichhaltige Argumente.

Bereits bei der Arbeit mit der aktuellen Literatur fiel auf, daß die Meinungen bezüglich des theoretischen Hintergrundes kontrovers sind.

Was die Unterscheidung der Patienten bezüglich des Manifestationsortes betrifft, so läßt sich nicht leugnen, daß diese seit Alexander eher kritisch betrachtet wurde (s. Kap. 2.1.3). Auf die Frage, ob man sich endgültig von dieser Vorstellung lösen sollte, oder ob sie doch von klinischer Bedeutung ist, kann hier selbstverständlich keine Antwort gefunden werden, dennoch soll zum erneuten Nachdenken darüber angeregt werden. Die hier erzielten Ergebnisse sind so eindeutig, daß man zumindest in der vorliegenden Stichprobe davon ausgehen kann, daß keine Unterschiede bezüglich des Manifestationsortes vorliegen. Ausgeschlossen ist damit aber nicht die immer wieder zitierte klinische Unterscheidung verschiedener Patienten. Diese besteht nicht nur aus Testskalen für Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung und Durchlässigkeit. Hier wurden lediglich vier Dimensionen eines Persönlichkeitsfragebogens erfaßt, nicht jedoch die ganze Persönlichkeitsstruktur, noch das soziale Verhalten der Patienten.

Küchenhoff merkte **1994** dazu an, daß sich Charaktereigenschaften im Sinne von Persönlichkeitsstruktur mithilfe von Fragebögen nicht ausreichend erfassen lassen. Auch wenn es nicht das Ziel dieser Studie war, Charaktereigenschaften oder gar Persönlichkeitsprofile zu erarbeiten, so muß doch eingeräumt werden, daß dies eine Kritik an Persönlichkeitsfragebögen insgesamt ist. Der Gießen-Test scheint hier zwar wegen seiner tiefenpsychologischen Grundlage und sei-

nem Bezug zum Verhalten der Umwelt gegenüber am geeignetsten, seine tatsächliche Aussagekraft im Hinblick auf Persönlichkeitsmerkmale muß dennoch kritisch überdacht werden. Ein standardisiertes oder halbstandardisiertes Interview oder ähnliches mit weniger vorgefertigten Mustern wäre eventuell zur Erfassung der Persönlichkeit geeigneter gewesen, um ein größeres Spektrum zu erfassen, hätte hingegen eine statistische Vergleichbarkeit nicht in diesem Umfang gewährleistet.

Ebenso muß die Frage, inwieweit eine Unterscheidung zwischen den Konstrukten funktionell und psychosomatisch, also die klassischen psychosomatischen Erkrankungen auf der einen und die funktionellen Störungen ohne organisches Korrelat auf der anderen Seite, überhaupt noch Sinn macht, neu überdacht werden. Auch bei dieser Berechnung war das Ergebnis eindeutig negativ, d.h. die Unterscheidung spielte für die Werte der Gießen-Test-Skalen eindeutig keine Rolle. Eine Differenzierung im Gießen-Test, wie sie von **Franz 1996** angegeben wurde, konnte auch hier nicht nachvollzogen werden.

Auch wenn man im Literaturteil zu dem Schluß kam, daß die Einteilung nach wie vor von erheblicher klinischer Relevanz sei und dementsprechend einen großen Beitrag zum Verständnis der Psychosomatik leisten könne, so muß dennoch beachtet werden, daß die Einteilung nicht ganz unproblematisch ist. Bei der praktischen Durchführung stellten die Überschneidungen der beiden gegensätzlichen Formen im klinischen Alltag ein Problem dar. Ebenso wie eine psychosomatische kann auch eine einfache organische Erkrankung von funktionellen Beschwerden überlagert oder dominiert sein. Auch umgekehrt kann ein Patient mit funktionellen Beschwerden doch noch ein organisches Leiden entwickeln, das vielleicht aber bis zur Diagnostizierung noch unter der Annahme eines funktionellen Krankheitsbildes geführt wird.

Zwar gingen **English & Weiss 1949** bereits von einer Überschneidung aus, eine klare Differenzierung zwischen funktionell und psychosomatisch dürfte jedoch in der Realität bedeutend komplizierter sein als dies in der Theorie erwartet wurde. Dadurch kamen mit Sicherheit einige nicht vorhergesehene Ungenauigkeiten der Studie zustande.

Auch grundsätzlich ist die Einteilung der Diagnosen kritisch zu betrachten. Die Diagnosen wurden noch nach dem ICD-9-Code klassifiziert, da der neuere ICD-

10-Code offiziell erst 1996 und in der Marburger Klinik sogar erst zum 01.07.2000 eingeführt wurde bzw. wird. Demnach waren die Diagnosen relativ leicht in funktionell oder psychosomatisch einzuteilen. Gemäß des ICD-10 scheint die aktuellere klinische Forschung im Hinblick auf die Psychosomatik Abstand von psychoanalytischen Krankheits- und Behandlungskonzepten zu nehmen. Der ursprüngliche Neurosenbegriff als nosologisches Konzept mit Hypothesen zur Ätiologie, Persönlichkeitsentwicklung, Symptomatik und Behandlung existiert in diesem diagnostischen Modell nicht mehr. Im ICD-10 sollte durch Orientierung auf die Symptomatik ein interpretatives diagnostisches Vorgehen aus dem diagnostischen Prozeß möglichst ausgeschaltet werden. Das Glossar zum Kapitel der "Psychiatrischen Krankheiten" basiert hauptsächlich auf der Beschreibung von Symptombildern und Syndromen und nicht auf klaren Definitionen. Dennoch waren bei Feldstudien die diagnostischen Übereinstimmungen verschiedener Beurteiler für die depressiven, dissoziativen und psychosomatischen Störungen eher schlecht (**Ahrens, 1997**). Daraus ist abzuleiten, daß eine Kodierung immer auch gleichzeitig einen Kompromiß zwischen Genauigkeit und Übersichtlichkeit darstellt. Es bleibt also anzumerken, daß erstens das ICD-9 nicht mehr dem aktuellen Forschungsstand entspricht, hier aber verwendet werden mußte, da die Diagnosen bereits ab dem Jahr 1989 gestellt wurden, und zweitens, daß jede Kodierung, wie auch hier, zwangsläufig Ungenauigkeiten mit sich bringt und Details unterschlägt. Der diagnostische Prozeß wird auf die Erfassung objektiv beobachtbarer Kriterien reduziert, wobei biographische, strukturelle und dynamische Aspekte nicht berücksichtigt werden können. Im Gegenzug werden jedoch komplizierte Symptomenkomplexe international und interdisziplinär vergleichbar.

Ein weiterer Aspekt ist, daß in dem multifaktoriellen Geschehen der psychosomatischen Krankheitsentstehung, wie im Literaturteil erläutert, das Augenmerk ausschließlich auf einen Teilbereich gerichtet wurde. Biologische, soziale und andere psychologische Bereiche, die in den Integrativen Modellen von großer Bedeutung sind, konnten in Ermangelung der dazu erforderlichen Daten nicht beleuchtet werden. Damit ist ein einzelnes Element aus dem Gesamtkontext herausgerissen und untersucht worden, ohne auf das Zusammenwirken der bisher akzeptierten multiplen Verursachungsmechanismen Rücksicht zu neh-

men. Eine konstellative Spezifität wie beispielsweise **Küchenhoff** (s. Kap. 2.1.3) sie vertrat, war mit der isolierten Betrachtung von vier Gießen-Test-Skalen nicht überprüfbar.

Es wurden also nur vier Merkmale eines allgemein formulierten Persönlichkeitsfragebogens erfaßt. Andere Eigenschaften wie Aggressivität, Ängstlichkeit, Neurotizismus, Psychotizismus und viele andere, auf die in der Literatur eingegangen wird, konnten hier nicht untersucht werden. Die Zusammenhänge zwischen Alexithymie und dem Gießen-Test wurden zwar bereits in Kapitel 2.2 erläutert, ein spezieller Alexithymie-Fragebogen ist dadurch jedoch nicht zu ersetzen. Ebenfalls einleuchtend ist, daß beispielsweise Eigenschaften des sogenannten Typ-A-Verhaltens auf diese Art und Weise nur unzuverlässig erfaßt werden können.

Diese hier angeführten Kritikpunkte führen jedoch wiederum deutlicher vor Augen, was die eigentliche Intention dieser Dissertation ist. Gemeint ist der Versuch, einen Überblick über die wechselseitigen Einflüsse zwischen Persönlichkeitsaspekten und verschiedenen Krankheiten zu erfassen. Um hierbei alle verschiedenen Krankheiten miteinander vergleichen zu können, war es von großer Bedeutung, daß kein spezifischer Fragebogen für etwa Alexithymie oder Typ-A-Verhalten oder sonstige Eigenschaften verwendet wurde, sondern daß ein nicht zu spezieller Persönlichkeitsfragebogen mit allgemeiner Gültigkeit eingesetzt wurde. Dies machte die so verschiedenen Störungsbilder überhaupt miteinander vergleichbar.

Ein weiteres Problem dieser Studie war, wie auch bei jeder Katamnese studie, daß die Daten aus der Vergangenheit verwendet wurden, wobei es sich nicht um eine prospektiv angelegte Studie handelte. Dennoch gehören auch heute noch sowohl der Gießen-Test (**Ahrens, 1997**) als auch der Gießener Beschwerdebogen (**Brähler & Möhring, 1995**) zu den im deutschsprachigen Raum am weitesten verbreiteten Persönlichkeitsfragebögen bzw. Beschwerdelisten. Ihre Reliabilität und Validität (s. Kap. 4.3.1 bzw. 4.3.2) sind insbesondere in Patientenstichproben psychosomatischer Abteilungen gut und können als sehr zufriedenstellend betrachtet werden.

7.1 Anmerkungen zur Studienplanung

Ganz allgemein ist zu der Studie kritisch anzumerken, daß es sich hier um ein relativ spezielles anfallendes Patientenkollektiv handelt. Zum einen wurden nur Patienten angeschrieben, die einen stationären Aufenthalt hinter sich hatten, wobei die ambulanten nicht berücksichtigt wurden. Zum anderen wurden nur diejenigen in die Studie aufgenommen, die die Fragebögen zurückgeschickt hatten, da die Datenerhebung, wie bereits erwähnt, im Rahmen einer Nachbefragung stattfand. Bei einer Verallgemeinerung der Ergebnisse darf dies nicht unberücksichtigt bleiben.

Darüberhinaus wurden einige Patienten aus der Studie ausgeschlossen, da die Datensätze zum Teil unvollständig waren. Die unter der Fragebogenbatterie zusammengefaßten Tests waren teilweise nicht oder nur unvollständig ausgefüllt worden, was, wie bereits erwähnt, dazu führte, daß hier auch nur der Gießen-Test, der Gießener Beschwerdebogen und der Aufnahmebogen Verwendung finden konnten.

Desweiteren ist der Stichprobenumfang als Problem zu nennen. Dadurch, daß die Fallzahl durch die genannten Faktoren immer geringer wurde und durch die ungleiche Verteilung auf die einzelnen Untergruppen, ergaben sich teilweise sehr kleine Gruppen. Beispielsweise fanden sich nur fünf männliche Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen, sowie nur sechs mit Störungen des Magen-Darm-Traktes, von denen alle nötigen Daten vorhanden waren. Insgesamt waren fast doppelt so viele Frauen wie Männer in stationärer Behandlung und damit auch in die Studie einbezogen. Zwar entspricht diese Verteilung, da es sich um eine anfallende Stichprobe handelt, in etwa der Verteilung in der Realität, dennoch tragen diese Umstände dazu bei, daß Bedenken auftauchen, ob die jeweiligen Gruppen zu einer Einheit zusammengefaßt werden können, oder ob dadurch einzelne Krankheiten viel stärker als gewollt ins Gewicht fallen. Wünschenswert wäre eine gleichmäßigere Verteilung der Diagnosen auf alle Untergruppen gewesen, um eine gewisse Konsistenz zu erzielen.

Auch hätte dann gegebenenfalls die eigentlich geplante Diskriminanzanalyse durchgeführt werden können. Von dieser mußte zugunsten der multifaktoriellen Varianzanalyse abgesehen werden, da diese unter den gegebenen Umständen sinnvoller erschien.

Eine gleichzeitige Auswertung von Störungsart und Störungssystem als Faktoren in einer multivariaten mehrfaktoriellen kovariaten Varianzanalyse (und nicht wie hier getrennt voneinander betrachtet) wäre bei ausreichend großer Stichprobe sehr interessant gewesen.

Ein weiteres Problem stellten die Diagnosen selbst und deren Klassifizierung dar. Sie wurden, wie auch die Testergebnisse, aus den Akten entnommen, meist aus einem Arztbrief. Es gilt allerdings zu bedenken, daß diese Diagnosen teilweise schon vor ziemlich langer Zeit gestellt worden waren und aller Wahrscheinlichkeit nach nicht immer aktuell bei der stationären Aufnahme auch überprüft und in den Akten berichtigt wurden. Manchmal war es schwierig, den Diagnosen die passende ICD-Nummer zuzuteilen. Dadurch fiel es teilweise schwer, sie den Gruppen "funktionell versus psychosomatisch" bzw. "HKS versus MD" zuzuordnen. Ebenfalls kamen dadurch, daß sehr viele der Patienten unter mehreren Problemen gleichzeitig litten, Überschneidungen zustande, aufgrund derer sie eventuell nicht eindeutig zugeordnet werden konnten.

Im Zusammenhang der Ungenauigkeit der Diagnosen sollte auch auf die Teilgruppe "andere" der Einteilung nach dem gestörten Organsystem hingewiesen werden. Dort war die häufigste Diagnose "somatisierte Depression" ohne weitere Angaben. Es drängt sich der Verdacht auf, daß nicht alle Patienten eine auf den ganzen Körper bezogene somatisierte Depression hatten, so daß die richtige Zuordnung zu den betroffenen Organsystemen nicht möglich war.

Auf die Tatsache, daß Männer und Frauen zusammen keine konsistenten Muster ergaben, wurde bereits eingegangen. Im Nachhinein könnte man daraus schließen, daß es für weitere Studien auf diesem Gebiet von Vorteil wäre, sie getrennt voneinander zu untersuchen, vorausgesetzt die Stichprobengröße läßt es zu.

Außerdem sollte im Vorhinein bereits Wert auf klar formulierte und gut klassifizierbare Diagnosen gelegt werden. Ebenso auf eine komplette Datenerhebung mit großer Probandenzahl und auf möglichst aktuelle Untersuchungsinstrumente. Ziel könnte eine Diskriminanzanalyse oder die bereits erwähnte Varianzanalyse mit Störungsart und Störungssystem in ein und derselben Auswertung sein.

8. Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertation wurde im Rahmen einer Katamnese studie in der Abteilung für Psychosomatik des Universitätsklinikums Marburg durchgeführt. Die erhobenen Daten dienten dazu, vor dem Hintergrund der diversen Spezifitätstheorien, einen Überblick über die wechselseitigen Einflüsse zwischen Persönlichkeitsaspekten und verschiedenen Krankheiten zu verschaffen. Hauptinteresse waren einerseits der Zusammenhang zwischen Störungsart, also ob eine Störung funktioneller oder psychosomatischer Art ist, und den Persönlichkeitsfaktoren des Patienten, sowie andererseits zwischen diesen und dem Störungssystem, d.h. ob Magen-Darm-Trakt oder Herz-Kreislauf-System von der Störung betroffen sind. Gleichzeitig wurden Geschlecht, Alter bei der stationären Aufnahme und der im Gießener Beschwerdebogen (**Brähler & Scheer, 1983**) angegebene Beschwerdedruck in Zusammenhang mit den Persönlichkeitsvariablen des Gießen-Tests (**Beckmann, Brähler & Richter, 1991**) betrachtet.

Die multivariate mehrfaktorielle kovariante Varianzanalyse ergab für die Faktoren Störungsart, Störungssystem und Geschlecht keine signifikanten Ergebnisse, sie standen also in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Persönlichkeitsaspekten der Patienten. Alter, sowie Beschwerdedruck wiesen mit einigen der abhängigen Variablen signifikante Zusammenhänge auf. Dies waren im Falle des Alters die Skalen Grundstimmung und Durchlässigkeit, d.h. je jünger jemand war, umso höher war die Wahrscheinlichkeit, daß er/sie sich als depressiv bzw. verschlossen beschrieb. Im Falle des Beschwerdedrucks war der Zusammenhang mit den Skalen Kontrolle und Grundstimmung signifikant, d.h. daß eine Person eine umso höhere Wahrscheinlichkeit aufwies, sich als depressiv und zwanghaft zu beschreiben, je höher der von ihr im GBB angegebene Beschwerdedruck war.

Für Frauen und Männer getrennt betrachtet ergaben sich sehr verschiedene Korrelationen in der Korrelationsmatrix.

Die Tatsache, daß zwischen den Faktoren und der Persönlichkeit keine Zusammenhänge gefunden werden konnten, wird sowohl durch theoretische Überlegungen, als auch durch methodische Schwierigkeiten erklärt.

Kritische Überlegungen zum Studiendesign werden angestellt und Vorschläge für weitere Studien erbracht.

9. Literaturverzeichnis

- Ader R, Cohen N: Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom. Med.* 37 (1975) 333-400
- Ader R, Cohen N: Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus. *Science* 214 (1982) 1534-36
- Ader R, Felten DL, Cohen N: *Psychoneuroimmunology*. Academic Press, San Diego 1991
- Adler A: Studie über Minderwertigkeit von Organen (1907). Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1965
- Adler G.: *Morbus Crohn - Colitis ulcerosa*. Springer, Berlin 1993.
- Adler G, Schüffel W: Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich. *Der Internist* (1991) 32: 19-25
- Ahrens S: *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Schattauer, 1997.
- Alexander F: Fundamental concepts of psychosomatic research. *Psychosomatic Medicine*, Bd. 5, 1943: S. 205-10
- Alexander F (1934): *Psychoanalytic Quarterly*, Heft 3, S. 501-39. Dt. von Küchenhoff J: Der Einfluß psychologischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen: Ein Symposium. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* 40, 1994: 205-235.
- Alexander F: *Psychosomatic medicine*, Norton, New York, 1950
- Alexander, F: *Psychosomatische Medizin*; De Gruyter, Berlin-New York 1977
- Almada SJ, Zonderman AB, Shekelle RB, Dyer AR, Daviglius ML, Costa PT, Stammler H (1991): Neuroticism and cynicism and risk of death in middle-aged men: The Western Electric Study. *Psychosomatic Medicine*, 53, 165-75
- Andersen T: Changes and hazards of the mechanistic approach in treatment of obesity. In: Ditschuneit H, Gries FA, Hauner H, Schusdziarra V, Wechsler JG (Ed.): *Obesity in Europe 93. Proceedings of the 5th-European Congress on Obesity* (Libbey: London 1994), 179-184
- Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H (2000): "WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF - Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität." Goettingen: Hogrefe
- Antonovsky A (1987): "Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well." San Francisco, London: Jossey-Bass Publishers.
- Balint M: *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*. Tavistock Publications, London 1968
- Baumeyer F, Hoff H, Ringel E, Cremerius J, Elhardt S, Hose W, Klüwer R, Seitz W, Jores A, Schultz JH, Kühnel G, Schwidder W, Binswanger H: *Stellungnahmen zum Problem der Spezifität der Persönlichkeitstypen und der*

- Konflikte in der psycho-somatischen Medizin. *Psychosom. Med.* 4 168-186 (1958)
- Beckmann D, Brähler E, Richter HE: Der Giessen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Handbuch. 1991 Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Toronto.
- Bemporad JR, Beresin E, Ratey JJ, O'Driscoll G, Linden K, Herzog DB (1992): A psychoanalytic study of eating disorders. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 20, 509-531, 533-541.
- Birk L (1973): *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York Grune&Stratton.
- Böhme-Bloem C (1996): Diagnostische Kriterien und psychodynamische Charakteristika In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.) (1996): *Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen*. Therapieführer. Schattauer, Stuttgart, New York
- Booth-Kewley S, Friedman HS (1987): Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-62.
- Borgherini G, Bernasconi G & Magni G (1992): Personality disorders in peptic ulcer disease: A preliminary report. *J. Pers. Disorders* 6, 241-245.
- Bortz J (1993): *Statistik (4. Auflage)*. Berlin: Springer
- Bourke MP, Taylor GJ, Parker JDA & Bagby RM (1992): Alexithymia in women with anorexia nervosa: A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Brähler E, Möhring P (1995): Der Körper im Beschwerdebild - Erfahrungen mit dem Gießener Beschwerdebogen (GBB). In: Brähler E (Hrsg.): *Körpererleben - ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele*. 2. Auflage. Psycho-sozial - Verlag, Gießen.
- Brähler E, Scheer J: *Der Gießener Beschwerdebogen (GBB)*. Handbuch. 1983 Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien.
- Brähler E, Schuhmacher J, Brähler C: Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Gießener Beschwerdebogens GBB-24. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 50 (2000): 14-21.
- Bräutigam, Christian, v.Rad: *Psychosomatische Medizin*, Thieme Verlag Stuttgart New York, 1992
- Brosius G: *SPSS/PC+. Advanced Statistics und Tables*. Einführung und praktische Beispiele. McGraw-Hill 1989.
- Bruch H: *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Fischer, Frankfurt, 1980.
- Bühler K.-E., H. Haltenhof: Leistungsmotivation bei essentieller Hypertonie. *Münch. med. Wschr.* 135 (1993) 425-428.
- Bulik CM, Sullivan PF, Epstein LH, Mc Kee M, Kaye WH, Dahl RE, Weltzin ThE (1992): Drug use in women with anorexia and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Dis.* 11, 213-225
- Cannon W. B.: *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Appleton, New York, 1920

- Cochrane C.E., Brewerton, T.D., Wilson, D.B., Hodges, E.L.: Alexithymia in the eating-disorders. *The International Journal of Eating Disorders* 14 (1993): 219-22.
- Cohen K, Auld F & Brooker H (1994): Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? *J. Psychosom. Res.* 38, 119-127
- Corpus hippocraticum, zusammengestellt von Gerhard Fichtner; Tübingen, Institut für Geschichte der Medizin, 1985
- Cottingham EM, Matthews KA, Talbott E, Kuller LH (1986): Occupational stress, suppressed anger, and hypertension. *Psychosomatic Medicine* 48, 249-60.
- Cuelho R, Hughes AM, Da Fonseca F, Bond MR (1989): Essential hypertension: The relationship of psychological factors to the severity of hypertension. *Journal of Psychosomatic Research* 33, 187-96.
- Delius L., J. Fahrenberg: *Psychovegetative Syndrome*. Thieme, Stuttgart 1966
- Deutsch F (1924): Zur Bildung des Konversionssymptoms. *Int. Z. Psychoanal.* 10: 380
- Deutsch F (1953): *The psychosomatic concept in psycho-analysis*. Int. Univ. Press, New York
- Deutsche Adipositas Gesellschaft (1995). Richtlinien zur Therapie der Adipositas. *Adipositas* 1995; 5: 6-10
- Dilling, H., S. Weyerer, R. Castell: *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Enke, Stuttgart 1984.
- Dimsdale JE, Pierce Ch, Schoenfeld D, Brown A, Zusman R, Graham R (1986): Suppressed anger and blood pressure: The effects of race, sex, obesity, and age. *Psychosomatic Medicine* 48, 430-6
- Dornes M (1997): *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Fischer, Frankfurt/ Main
- Drossman DA, Thompson WG: The irritable bowel syndrom: review and a multicomponenttreatment approach. *Ann. Intern. Med.* 1992; 116: 1009-1016
- Dunbar, F: *Psychiatry in the medical specialities*; Mc Graw-Hill, New York 1959
- Ebel H, Podoll K. Komorbidität von somatoformen Störungen mit anderen psychischen Störungen. In: *Somatoforme Störungen*. Rudolf G, Henningsen P (Hrsg.). Stuttgart, Schattauer 1998; 25-38
- Eifert GH, Hodson SE, Tracey DR, Janette LS, Gunawardane K: Heart-focused anxiety, illness beliefs, and behavioral impairment: comparing healthy heart-anxious patients with cardiac and surgical inpatients. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 19, No. 4, 1996
- Ellrott T, Pudiel V: *Adipositastherapie*. Stuttgart: Thieme 1998
- Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196 (1977) 129-136

- Engel GL, Schmale AH: Psychosomatic theory of somatic disorder. Conversion, specificity and the disease onset situation. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 15 (1967): 344-365
- Ermann, M.: Die Persönlichkeit bei psychovegetativen Störungen. Springer Verlag, 1987
- Everhart JE, Renault PF (1991): Irritable bowel syndrome in office-based practice in the United States. *Gastroenterology* 100, 998-1005
- Eysenck HJ: Manual of the Eysenck Personality Inventory. London: University of London Press, 1964.
- Fahrenberg J, Hampel R, Selg H (1989): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1 (5., ergänzte Auflage)" Göttingen: Hogrefe
- Fava GA, Baldaro B, Osti RMA (1980): Toward a self-rating scale for alexithymia. *Psychother Psychosom* 34: 34-39.
- Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, Wise TN (1995): Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother. Psychosom.* 63, 1-8
- Feiereis H: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. Marseille, München 1989.
- Feiereis, H.: Psychodynamik des Konfliktes und psychosomatische Therapie bei Colitis ulcerosa. *Schlesw.-Holst. Ärztebl.* 30 (1977) 658-667.
- Feiereis H, (1996): Bulimia nervosa In: Uexküll Th v.: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 616-36
- Feiereis H, Jantschek, G (1996): Morbus Crohn In: Uexküll Th v.: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 853-66
- Feiereis H, Jantschek G (1996): Colitis ulcerosa In: Uexküll Th v.: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996
- Fenichel O (1931): Hysterien und Zwangsneurosen. *Int. Psychoanal. Verlag*, Wien
- Fenichel O.: Neurosenlehre, Walter-Verlag AG Olten, 1977; Bd. II, S. 168-69
- Fichter M.M.: Magersucht und Bulimia. Springer, Berlin 1985.
- Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40: 330-8
- Fliege H, Rose M, Bronner E, Klapp B (2002): Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychother Psych Med* 2002, 52: 47-55
- Florin I, Vögele C & Tuschen-Caffier in Flor H, Birbaumer N, Halweg K: Grundlagen der Verhaltensmedizin, Hogrefe Göttingen, 1999: Kap. 1 S. 1-28
- Franz M, Krafft W, Croissant B: Alexithymie - psychometrisches Phantom oder psychophysiologische Realität? *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 46 (1996) 1-10.

- Freud, S: "Neurologisches Zentralblatt" N° 10, 11 (1894). Gesammelte Werke, Bd. I, S. 63. Frankfurt 1952.
- Freud, S.: Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen (1895). Ges. Werke; Bd. I, S. 341; Frankfurt 1952
- Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1917); Ges. Werke, Bd XI, S. 402; Frankfurt 1966
- Friedman HS, Booth-Kewley S (1987): Personality, type A behaviour and coronary heart disease: the role of emotional expression. J. Personality, Soc. Psychol., 53, 4: 783-92.
- Frisch I, Schwab F, Krause R: Affektives Ausdrucksverhalten gesunder und an Colitis erkrankter männlicher und weiblicher Erwachsener. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24 (3), 230-238, 1995
- Fukunishi S: Can scores on alexithymia distinguish patients with peptic ulcer and erosive gastritis? Psychol. Rep. 1997 Jun; 80 (3 Pt 1): 995-1004.
- Fydrich, T., P. Scheib, G. Sommer: Soziale Unterstützung und Belastungen bei Patienten mit Ulcus duodeni. Psychother. med. Psychol. 38 (1988) 159-166.
- Garfinkel PE, Garner DM, Rodin G: Anorexia nervosa, Bulimie. In: Kisker KP, et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart (Bd. I), 3. Auflage Springer, Berlin /Heidelberg/New York/Tokyo 1986
- Gathmann P, Linzmayer L, Grünberger J: Colitis ulcerosa - eine Studie zur Objektivierung der Persönlichkeitsmerkmale der Kolitispatienten. Wiener Medizinische Wochenschrift. Nr. 17 (1981): 421-5.
- Glatzel, H: Der Herzinfarkt: (II) Persönlichkeitsmuster und Erlebnis. Zschr. Psychosom. Med. 33, 338-352 (1987).
- Goetz, S., R.H. Adler, R. Weber, I. Siegrist: High »need for control« as a psychological risk in women suffering from ischemic stroke: a controlled retrospective exploratory study. Int. J. Psychiat. Med. 22 (1992) 119-129.
- Gomborone, J.E., P.A. Dewsnap, G.W. Libby, M.J.G. Farthing: Selective effective controlling in recognition memory in the irritable bowel syndrome. Gut 34 (1993) 1230-1233.
- Grabhorn R, Overbeck G: Funktionelle Oberbauchbeschwerden (Reizmagen). In: Studt HH, Petzold ER: Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. De Gruyter. Berlin. New York, 2000
- Groddeck, G.: Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden. Hirzel, Leipzig 1917
- Hänsel, D.: Eßstörungen. Die Bedeutung des Problems, Übersicht zu den Erscheinungsbildern. In: Brakhoff, J. (Hrsg.): Eßstörungen. 2. Auflage, Lambertus, Freiburg 1987.
- Halmi KA: The diagnosis and treatment of anorexia nervosa. In: Zales MR: Eating, Sleeping and Sexuality, pp. 43-58. Brunner/ Mazel, New York 1982

- Hartmann S: Alexithymes Sprachverhalten bei Morbus-Crohn-Kranken. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 45 (1995) S. 176-182
- Hathaway SR, Mc Kinley JC: A multiphasic personality schedule (Minnesota). J Psychol 1940; 10: 249-54.
- Haug TT, Svebak S, Wilhelmsen I, Berstad A & Ursin H (1994): Psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia. A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. J. Psychosom. Research 38, 281-91
- Heaton KW, Parker D, Cripps H. Bowel function and irritable bowel symptoms after hysterectomy and cholecystectomy - a population based study. Gut 1993; 34: 1108-11
- Hebebrand J, Remschmidt H: Das Körpergewicht unter genetischen Aspekten. Medizinische Klinik 1995; 90: 403-410
- Helmert U, Hermann B, Joeckel KH, Greiser E, Madans J (1989): Social class and risk factors for coronary heart disease in the Federal Republic of Germany. Results of the baseline survey of the German Cardiovascular Prevention Study (GCP). J. Epidemiol. Community Health 43, 37-42
- Hennig J: Psychoneuroimmunologie. Hogrefe, 1998
- Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt C: Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer, 2002
- Henningsen P, Sack M: Quellentext zur Leitlinie somatoforme Störungen. S 69-89 In: Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt C: Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer, 2002
- Herrmann Ch: Koronare Herzkrankheit, Angina pectoris und Myokardinfarkt. In: Studt HH, Petzold ER: Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. De Gruyter. Berlin. New York, 2000
- Herrmann Ch, Buss U, Breuker A, Gonska BD, Kreuzer H: Beziehungen kardiologischer Befunde und standardisierter psychologischer Skalenwerte zur klinischen Symptomatik bei 3705 ergometrisch untersuchten Patienten. Z Kardiol 83: 264-72 (1994)
- Herrmann JM, Rassek KM, Schäfer N, Schmidt TH, Uexküll Th v. (1996): Essentielle Hypertonie In: Uexküll Th v.: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 743-68
- Herrmann-Lingen Ch: Angst und Depressivität bei Herzpatienten - wie erkennen, wie behandeln?. Herz 26 (2001): 326-34
- Herzog W, Deter HC, Vandereycken W (1992): The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Hoek HW (1993): Review of the epidemiological studies of eating disorders. Int. Rev. Psychiatry 5, 61-74
- Hoffmann und Hochapfel: Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin, 1991

- Hoffmann SO, Liedtke R, Schneider W, Senf W: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Denkschrift zur Lage des Faches an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Schattauer, 1999
- Holme, J., A. Helgeland, J. Hjierman, P. Leren: Socio-economic status as a coronary risk factor: the Oslo Study. *Acta med. scand. (suppl.)* 660 (1982) 147-151.
- Houston BK, Chesney MA, Black GW, Cates DS, Hecker MHL (1992): Behavioral clusters and coronary heart disease risk. *Psychosom. Med.* 54, 447-461
- Jäger B, Wietersheim J v. (1997): Die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung der Bulimia nervosa. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 47 (1997) 322-331
- Jantschek G (2000): Colitis ulcerosa In: Studt HH, Petzold ER: Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. De Gruyter. Berlin. New York, 2000
- Jenkins, C.D.: Behavioral risk factors in coronary artery disease. *Amer. Rev. Med.* 29 (1978), 543-562.
- Jern S, Jern C, Wadenvik H (1991): Polycythaemia of stress in subjects with Type A and Type B behaviour patterns. *J. Psychosom. Res:* 35, 91-98
- Johnson EH, Spielberger Ch D, Worden TJ, Jacobs GA (1987): Emotional and familial determinants of elevated blood pressure in black and white adolescent females. *Journal of Psychosomatic Research* 31, 287-300.
- Jones, R., S. Lydeard: Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. *Brit. med. J.* 298 (1989) 30-33.
- Keller W (2000): Enteritis regionalis Crohn. In: Studt HH, Petzold ER: Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. De Gruyter. Berlin. New York, 2000
- Kelly GA (1955): "The psychology of personal constructs, Vol. 1 and 2." New York: Norton.
- Keltikangas-Jarvinen L: Concept of alexithymia in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1985; 44: 132-138.
- Kisely SR, Creed FH, Cotter L: The course of psychiatric disorder associated with non-specific chest pain. *J. Psychosom. Res.* 36 (1992) 329-335
- Klosterhalfen S, Klosterhalfen W (1996): Psychoimmunologie In: : Uexküll Th v.: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 145-60
- Klumbies, G.: Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin. Hirzel, Leipzig 1983.
- Kochsiek K & Schanzenbächer P (1990): Herzkrankheiten. In: Schettler G & Greten H (Hrsg.) Innere Medizin. Band 1, 8. Auflage, Stuttgart: Thieme, S. 13-158

- Köhle K.: Funktionelle Syndrome in der inneren Medizin. *Der Internist*. 1991; 32; S. 3-11.
- Köhle K, Simons C, Jung C (1996): Anorexia nervosa In: Uexküll Th v.: *Psychosomatische Medizin*, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 599-615
- Köhler Th, Speier U, Richter R: Der Zusammenhang zwischen Blutdruckwerten und Persönlichkeitsscores im FPI-R bei einer nicht-klinischen Stichprobe. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 44 (1994) 84-88.
- Köhler Th: *Psychosomatische Krankheiten*. Kohlhammer, Stuttgart, 1995
- Köpp W (2000): Adipositas In: Studt HH, Petzold ER: *Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*. De Gruyter. Berlin. New York, 2000
- Kog E, Pierloot R, Vandereycken W: Methodical considerations of family research in anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Dis.* 2 (1983) 79-84
- Koskenvuo, M., J. Caprio, A. Kesaniemi, S. Sarna: Differences in mortality from ischemic heart disease by marital status and social class. *J. chron. Dis.* 33 (1980) 95.
- Kretschmer, E: *Körperbau und Charakter*, Berlin 1931
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Linzer M, Hahn SR, deGruy FV, Brody D: Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Family Med* 1994; 3: 774-779
- Kruse J, Wöller W (1994): Allgemeines funktionelles Syndrom. In: Tress W: *Psychosomatische Grundversorgung*. Schattauer, 1994
- Küchenhoff J: Spezifitätsmodelle in der Psychosomatischen Medizin. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* 1994; 40 (3): 236-48
- Küchenhoff J: Psychoanalytische Theoriebildung in der Psychosomatik und ihre Auswirkung auf die therapeutische Kultur. In: Rodewig K: *Der kranke Körper in der Psychotherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1997, S. 22-41
- Kunzten O & Kaess H (1990): Krankheiten des Magens. In: Schettler G & Greten H (Hrsg.) *Innere Medizin*, Band 2, 8. Auflage. Stuttgart, Thieme, S. 377-402
- Langeluddecke P, Goulston K, Tennant C: Psychological factors in dyspepsia of unknown cause: A comparison with peptic ulcer disease. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 34, No. 2, pp. 223-231, 1990.
- Leibig Th, Wilke E, Feiereis H: Zur Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn, eine testpsychologische Untersuchung während der Krankheitsremission. *Zschr. psychosom. Med.* 31, 380-92 (1985)
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Sribano ML, Berto E, Andreoli A & Luzi C (1994): Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: A multidimensional cross-sectional study. *Am. J. Gastroenterol.* 89, 1219-1225
- Lipowsky, Z.J.: Somatization. *Psychother. and Psychosom.* 47 (1987) 160-167.

- Littman AB: Review of Psychosomatic Aspects of Cardiovascular Disease. *Psychother Psychosom* 1993; 60: 148-167
- Lolas F (1981): The quantitation of alexithymia: observations and perspectives. *Proceedings 13th European Conference on Psychosomatic Research, Istanbul 1981.*
- Lyketsos G, Arapakis G, Psaras M, Photiou I, Blackburn IM: Psychological characteristics of hypertensive and ulcer patients. *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 26, No. 2, 255-62 (1982).*
- Lyness SA (1993): Predictors of differences between Type A and B individuals in heart rate and blood pressure reactivity. *Psychol. Bull.* 114, 266-295
- Marmot, M.G., A. Adelstein, N. Robinson, G. Rose: Changing social distributions of heart disease. *Brit. med. J.* 76 (1978) 1109-1112.
- Marmot, M.G.: Socio-economic and cultural factors in ischaemic heart disease. *Advanc. Cardiol.* 29 (1982) 68-75.
- Marty, D., M. de M'Uzan: La pensée opératoire. *Rev. Franc. Psychoanal.* 27 (1963) 345-56 (Suppl.). Dt. in: *Psyche* 32 (1978) 974-84.
- Master AM, Dack J, Jaffe HC: Premontory symptoms of acute coronary occlusion: a study of 260 cases. *Ann. Intern. Med.* 14 (1941) 1155-1165.
- Mathews KA (1988): Coronary heart disease and Type A behaviors: Update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review. *Psychol. Bull.* 104, 373-380
- Maxton DG, Morris J, Whorwell PJ (1991): More accurate diagnosis of irritable bowel syndrome by the use of 'non-colonic' symptomatology. *Gut* 32, 784-786
- Mc Dougall, J.: A child is being eaten. *Contemp. Psychoanal.* 16 (1980) S. 417-459
- Melamed B & Siegel LJ (1975) Reduction of anxiety in children facing hospitalization and by use of filmed modeling. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-21
- Milch W (2001): *Lehrbuch der Selbstpsychologie.* W. Kohlhammer. Stuttgart Berlin Köln. 2001
- Milch W (2000): Kleinkindforschung und psychosomatische Störungen. *Psychotherapeut* 45: 18-24
- Mirsky, H.A.: Körperliche, seelische und soziale Faktoren bei psychosomatischen Störungen. *Psyche* 15 (1960) 24.
- Mitscherlich, A.: Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. *Psyche* 7; 1954; S. 575
- Moynihan JA, Ader R (1996): Psychoneuroimmunology: Animal Models of Disease. *Psychosomatic Medicine* 58, S. 546-58
- Müller MM, Elbert T (1994): Ärgerverarbeitung bei kardiovaskulär Erkrankten. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 44, 240-246

- Muthny FA, Broda M: Krankheitsverhalten. In: Graumann CF: Enzyklopädie der Psychologie, Reihe Klinische Psychologie, Bd. 3, Grundlagen der Verhaltensmedizin, 1999, S. 209-248
- Myrtek, M., P. Walschburger, G. Kruse: Psychophysiologie der orthostatischen Kreiskaufreaktionen. *Z. Kardiol.* 53 (1974) 1034- 50.
- Myrtek, M.: Psychooohysiologische Konstitutionsforschung - Ein Beitrag zur Psychosomatik. Hogrefe, Göttingen 1980.
- Myrtek M (1998): Metaanalysen zur psychophysiologischen Persönlichkeitsforschung. In F. Rösler (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C: Theorie und Forschung; Serie 1: Biologische Psychologie, Band 5: Ergebnisse und Anwendungen der Psychophysiologie (S. 285-344) Göttingen, Hogrefe.
- Nemiah, J.C., P.E. Sifneos: Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorder. In: Hill, O.W.: Modern trends in psychosomatic medicine. Butterworth, London, 1970, S. 26-34
- Netter P, Neuhäuser-Metternich S (1991): Types of aggressiveness and catecholamine response in essential hypertensives and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research* 35, 409-19.
- Numata Y: A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm. *Jpn. Circ. J.* 1998, Jun; 62(6): 409-13.
- Nutzinger, D.O., H.G. Zapotoczky, S. Cayiroglu, G. Gatterer: Panickattacken und Herzphobie. *Wien. Klin. Wochenschrift.* 99 (1987) 545-560.
- Nyrén, O., Adami, H.O., Gustavsson, S., Lööf, L. (1986): Excess sick-listening in nonulcer dyspepsia. *Journal of Clinical Gastroenterology* 8, 339-45.
- Overbeck, G.: Objektivierende und relativierende Beiträge zur pensée opératoire der französischen Psychosomatik. Habilitationsschrift, Universität Gießen, 1975.
- Overbeck, G.; A. Overbeck (Hrsg.): Seelischer Konflikt - körperliches Leiden, Hamburg 1978, S. 246-268
- Overbeck G, Grabhorn R (2000): Ulcus pepticum In: Studt HH, Petzold ER: Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. De Gruyter. Berlin. New York, 2000
- Paar GH: Psychosomatische Aspekte bei Patienten mit Morbus Crohn - Versuch einer Standortbestimmung. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 38: 376-89 (1988)
- Paar GH: Psychosomatischer Hintergrund bei Morbus Crohn? *Psycho* 13. 240-50 (1987).
- Parker JDA, Bagby RM & Taylor GJ (1989): Toronot Alexithymia Scale, EPQ and self-reported measures of somatic complaints. *Personality and Individual Differences*, 10, 599-604.
- Paulley, J.W.: Specificity revisted and updated. *Psychother Psychosom* 1991; 55: 42-46.

- Pawlow, I.: Sämtliche Werke. Akademie Verlag, Berlin 1953
- Plassmann R, Uslar D von: Psychoanalyse, Philosophie, Psychosomatik. Paradigmen von Erkenntnis und Beziehung. Shaker, Aachen, 1993
- Porcelli P: Alexithymia in onflammatory bowel disease. A case-control study. *Psychother Psychosom.* 1995; 64 (1): 49-53
- Porsch U: Die innere Repräsentanz des erkrankten Körperorgans und die symbolische Verdichtung einer konfliktreichen Objektbeziehung. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 47 (1997)
- Potts SG, Bass, CM: Psychological morbidity in patients with chest pain and normal or near-normal coronary arteries: a long-term follow-up study. *Psychological Medicine* 1995; 25; 339-347.
- Probst B, v. Wietersheim J, Wilke E, Feiereis H: Soziale Integration von Morbus-Crohn- und Colitis-Ulcerosa-Patienten. Genaue Quellenangabe noch suchen. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* 1990; 36 (3): 258-75.
- Rad, v. M, Drücke M, Knauss W, Lolas F: Alexithymia: Anxiety and hostility in psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychother. and Psychosom.* 31 (1979) 223-234.
- Rad, v. M.: Alexithymie - Empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg New York 1983.
- Rangell L (1959, dt 1969): Die Konversion. *Psyche* 23: 121
- Raphael B, Lundin T, Weisæth L: "A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster" In: *Acta Psychiatrica Scandinavica; Suppl. No.353, Vol. 88, 1989, deutsche Bearbeitung W. Schüffel, B. Schade, Klinik für Psychosomatik, Klinikum der Philipps-Universität, Baldingerstraße, 35033 Marburg/L.*
- Reitter T, Tress W: Psychosomatische Spezifität - neu beleuchtet im Spiegel der tiefenpsychologischen Epidemiologie. *Zsch. Psychosom. Med.* 37 (1) 1991: 89-100.
- Richter HE, Beckmann D: Zur Psychologie und Therapie der Herzneurose. *Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med.* 1967; 73: 181-194.
- Riegger G (1994): Primäre arterielle Hypertonie. In: Classen M, Diehl V & Kochsiek K (Hrsg.): *Innere Medizin.* 3. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg, S. 1186-1196
- Robertson DAF, Ray J, Diamond I, And J Guy Edwards: Personality Profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut*, 1989, 30, 623-6
- Rose, G., M.G. Marmot: Social class and coronary heart disease. *Brit. Heart J.* 45 (1981) 13-19.
- Rosenman RH, Friedman M, Straus R, Wurm W, Jenkins CD, Messinger HB: Coronary heart disease in the western collaborative group study. *J. Amer. Med. Ass.* 195 (1966) 130.

- Rosenman, R.H., M. Friedman et al.: Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. A follow-up experiment of 4,5 years. *J. chron. Dis.* 23 (1970) 173.
- Rosenman, R.H., M. Friedman: Neurogenic factors in pathogenesis of coronary heart disease. *Med. Clin. N. Amer.* 58 (1975) 259-269.
- Rosenman, R.H.: Einleitende Anmerkungen zur Bedeutung des Typ-A-Verhaltens bei der koronaren Herzkrankheit. In: Dembroski, T.M., M.J. Halhuber (Hrsg.): Psychosozialer »Stress« und koronare Herzkrankheit: 3. Verhalten und koronare Herzkrankheit, S. 31-42. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1981.
- Rosenman RH (1993): Einige Zusammenhänge zwischen Ausmaßen der Feindseligkeit, des Ärgers und der kardiovaskulären Krankheiten. In: Müller MM (Hrsg.): Psychophysiologische Risikofaktoren bei Herz-/Kreislaufkrankungen. Göttingen: Hogrefe, S. 203-242
- Rüddel, H., W. Langosch, T.H. Schmidt, G. Brodner, H. Neus: Ist das Typ-A-Verhalten spezifisch für den Herzinfarkt? In: Langosch, W. (Hrsg.): Psychische Bewältigung der chronischen Herzkrankheit, S. 73-78. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1985.
- Rudolf G: Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Enke 1993
- Ruesch, J.: The infantile personality. *Psychosom. Med.* 10 (1948); 134-44.
- Russell G: Bulimia nervosa: an omnious variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 9: 429-448 (1979)
- Schalling D, Svensson J (1984): Blood pressure and personality. *Personality and Individual Differences* 5, 41-51.
- Schepank,H.: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Untersuchung in Mannheim. Springer, 1987.
- Schore AN (1994): Affect Regulation and the Origin of the Self. Lawrence Erlbaum, Hillsdale
- Schmidt Th et al: Arterielle Verschlusskrankheiten: Koronare Herzkrankheit, Apoplexie und Claudicatio intermittens. In: Uexküll Th v.: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996
- Schmid-Ott G: Funktionelle Unterbauchbeschwerden (Reizkolon). In: Studt HH, Petzold ER: Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. De Gruyter. Berlin. New York, 2000
- Schonecke, O.W., W. Schüffel, N. Schäfer, K. Winter: Assessment of hostility in patients with functional cardiac complaints. *Psychother. and Psychosom.* 20 (1972) 272.
- Schonecke, O.W.: Psychosomatik funktioneller Herz-Kreislaufstörungen. Springer, Berlin-Heidelberg, 1987
- Schonecke OW: Klinik funktioneller Herz-Kreislauf-Störungen. *Fortschr. Med.* 108. Jg. (1990), Nr. 8

- Schonecke OW, Herrmann JM (1996) in: Uexküll Th v.: Funktionelle Herz-Kreislauf-Störungen In: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 670-84
- Schüffel, W., O.W. Schonecke, W. Wolfert: Patienten mit funktionellen Beschwerden im Abdominalbereich - Psychologische Charakteristik und Konsequenzen für Behandlung und Umgang mit diesen Patienten. *Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med.* 77 (1971) 118-119.
- Schüffel W, v. Uexküll Th (1996): Ulcus duodeni In: Uexküll Th v.: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 825-36
- Schüffel W, Loew Th, Enck P, Uexküll Th v. (1996): Funktionelle Störungen im gastrointestinalen Bereich In: Uexküll Th v.: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 701-12
- Schur, M (1955): Comments on the Metapsychology of Somatization. *The psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 10, 1955: S. 119-164; deutsche Übersetzung in: Brede K: Einführung in die Psychosomatische Medizin, Frankfurt 1974, S. 386
- Schwarz SP, Blanchard EB, Berremann CF, Scharff L, Greene BR, Suls JM & Malamood HS (1993): Psychological aspects of irritable bowel syndrome: Comparison with inflammatory bowel disease and non-patient controls. *Beh. Res. Ther.* 31, 297-304
- Shands, H.C.: How are psychosomatic patients different from psychoneurotic patients? *Psychother. and Psychosom.* 28 (1975) 28-35.
- Siegrist J: Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf der koronaren Herzerkrankung. *Herz* 26 (2001): 316-24
- Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D (1990): Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men. *Soc. Sci. Med.* 31, 1127-1134
- Sittaro, N.: Selbstwertgefühl und Verhaltensnormalität bei Patienten mit Colitis ulcerosa. *Med. Diss.*, Hannover 1980.
- Sloth, H., Jorgensen, L.S. (1988): Chronic non-organic upper abdominal pain: Diagnostic safety and prognosis of gastrointestinal and non-intestinal symptoms. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 23, 1275-80.
- Sobal J, Stunkard AJ: Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin* 1989; 2: 260-273
- Sommer G, Fydrich Th. (1989): "Soziale Unterstützung – Diagnostik und Konzepte." Tübingen: DGVT.
- Sommers-Flanagan, J., R.P. Greenberg: Psychosocial variables and hypertension - a new look on an old controversy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 177: 15-24 (1989).
- Song JY, Merskey H, Sullivan S, Noh S: Anxiety and Depression in Patients with Abdominal Bloating. *Can. J. Psychiatry* Vol. 38, September 1993.
- Speidel H, Fenner E: Essentielle Hypertonie. In: Studt HH, Petzold ER: Psychotherapeutische Medizin. *Psychoanalyse - Psychosomatik – Psychothe-*

- rapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. De Gruyter. Berlin. New York, 2000
- Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen Fachserie 12, Reihe 4 - Todesursachen in Deutschland 1995. Metzler-Poeschel, Stuttgart, 1996
- Steiger H, Leung F, Thibaudeau LH, Ghadirian AM (1993): Comorbid features in bulimics before and after therapy: are they explained by axis II diagnosis, secondary effects of bulimia or both? *Compr. Psychiatry* 34, 45-53
- Stern, E.: Zum Problem der Spezifität der Persönlichkeitstypen und der Konflikte in der psychosomatischen Medizin. *Psychosom. Med.* 4 153-168 (1958)
- Stonehill, E., A.H. Crisp: Psychoneurotic characteristics of patients with anorexia nervosa before and after treatment and at a follow-up 4-7 years later. *J. Psychosom. Res.* 21 (1977) 187-193.
- Stunkard AJ, Pudel V (1996): Adipositas In: Uexküll Th v.: *Psychosomatische Medizin*, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 581-98
- Suls J & Wan CK (1993): The relationship between trait hostility and cardiovascular reactivity: A quantitative review and analysis. *Psychophysiology* 30, 615-626
- Talley, N.J., A.L. Weaver, A.R. Zinsmeister, L.J. Melton III: Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Amer. J. Epidemiol.* 136 (1992) 165-177.
- Taylor GJ, Doody K, Newman A: Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Canad. J. Psychiat.* 26 (1981) 470-4.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997): Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge Univ. Press, New York
- Tennant C, Goulston K, Langeluddecke P: Psychological correlates of gastric and duodenal ulcer disease. *Psychological Medicine*, 1986, 16: 365-71.
- Thompson WG: Irritable bowel syndrome: Prevalence, prognosis and consequences. *Canad. med. Ass. J.* 134 (1986) 111-113.
- Todarello O, Taylor GJ, Parker JDA, Fanelli M: Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *J. Psychosom. Res.*, 39: 987-994; 1995.
- Tuomi K (1994): Characteristics of work and life predicting coronary artery disease. Finnish research project on aging workers. *Soc. Sci. Med.* 38, 1509-1519
- Uexküll Th v.: *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*. Rowohlt, Reinbeck 1963 und 1965.
- Uexküll Th v., Wesiack W (1990): Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell In: Uexküll Th v.: *Psychosomatische Medizin*, 4. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1990, S. 5-36

- Uexküll Th v., Wesiack W (1996): Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell In: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 13-50
- Uexküll Th v., Köhle K (1996): Funktionelle Syndrome In: Uexküll Th v.: Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban&Schwarzenberg, 1996, S. 655-69
- v. Wietersheim J: Zur Frage der Spezifität bei Morbus-Crohn-Patienten - Ergebnisse einer Clusteranalyse über Persönlichkeitsmerkmale. Zsch. psychosom. Med. 40, 68-76 (1994).
- Walker, E.A., W.J. Katon, R.P. Jemelka, P.P. Ripbyrne: Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression and anxiety in the epidemiologic catchment area (ECA) study. Amer. J. Med. 92 (Suppl. 1A) (1992) 26-30
- Weiner H (1977): Psychobiology and Human Disease. Elsevier New ,York Amsterdam 1977
- Weiner H (1981): Ein integratives Modell von Gesundheit, Krankheit und Kranksein In: Bräutigam, Christian, v.Rad: Psychosomatische Medizin, Thieme Verlag Stuttgart New York, 1992, S. 70-73
- Weiss, E., O.S. English: Psychosomatic medicine, the clinical application of psychopathology to general medicine, 3rd ed. Saunders, Philadelphia-London, 1949.
- Werner, A., F. Kröger, G. Bergmann, P. Hahn: Funktionelle kardiovaskuläre Syndrome. Der Internist (1991) 32: 12-18
- Wesiack, W.: Störungen der Ausscheidungsfunktionen. In: Loch, W. (Hrsg.): Die Krankheitslehre der Psychoanalyse, S. 338-340. Hirzel Wissenschaftl. Verlagsges., Stuttgart 1988.
- Whitehead, W.E., M.D. Crowell: Psychologic Considerations in the Irritable Bowel Syndrome. Gastroenterology Clinics of North America - Vol. 20, No. 2, June 1991.
- Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM (1992): Effects of stressful life events on bowel symptoms: Subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. Gut 33, 825-830
- Wicki, W., J. Angst: Funktionelle Magen- und Darmbeschwerden bei Erwachsenen: Vorkommen, Verlauf, Persönlichkeit und psychosoziale Faktoren. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 42 (1992) 371-380.
- Wilke, E.: Die Wertigkeit des Katathymen Bilderlebens innerhalb der kombinierten konservativen Behandlung der Colitis ulcerosa. Med. Diss., Lübeck 1978.
- Williams RB: 10th Ann. Science Writers Forum of the Am. Heart Ass., Tucson/Arizona 9.-12. Jan. 1983
- Wirth A: Adipositas. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1997: 175-177
- Wise TN, Mann LS & Shay L (1992). Alexithymia and the five-factor model of personality. Comprehensive Psychiatry, 33, 147-151.

- Zacher A, Weiss H: Konfliktstrukturen und Biographie bei Morbus-Crohn-Kranken. I. Einleitung. Z. Klin. Psychol. Psychopathol. Psychother. 33, 259-69 (1985).
- Zepf, S., H.-W. Künsebeck, N. Sittaro: Körperbeschwerden und narzißtische Objektbeziehung bei Patienten mit Colitis ulcerosa. Z. psychosom. Med. 27 (1981) 59-72.
- Zepf, S.: Klinik der psychosomatischen Erkrankungen. In: Kikser, K.P. et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart (Bd. I), 63- 102, 3. Auflage, Springer 1986.

Tabellenverzeichnis

- Tab. 4.1: Für die Auswertung verwertete Daten
- Tab. 4.2: Verteilung nach Störungssystem der Stichprobeneinteilung A
- Tab. 4.3: Verteilung nach Art der Störung der Stichprobeneinteilung B
- Tab. 4.4: Klassifikation der Diagnosen in Stichprobeneinteilung A
- Tab. 4.5: Klassifikation der Diagnosen in Stichprobeneinteilung B
- Tab. 4.6: Geschlechtsverteilung der Stichprobeneinteilung A
- Tab. 4.7: Geschlechtsverteilung der Stichprobeneinteilung B
- Tab. 4.8: Altersverteilung bei Aufnahme der Stichprobeneinteilung A
- Tab. 4.9: Altersverteilung bei Aufnahme der Stichprobeneinteilung B
- Tab. 4.10: Altersverteilung bei Aufnahme der gesamten Stichprobe
- Tab. 4.11: Familienstand der Stichprobeneinteilung A
- Tab. 4.12: Familienstand der Stichprobeneinteilung B
- Tab. 4.13: Schulbildung der Stichprobeneinteilung A
- Tab. 4.14: Schulbildung der Stichprobeneinteilung B
- Tab. 4.15: Skalen des Gießen-Test
- Tab. 4.16: Zusatzskalen des Gießen-Test: Tendenz zur Mittel- oder Extremwertankreuzung
- Tab. 4.17: Skalen des Gießener Beschwerdebogen
- Tab. 5.1: Faktoren, Kovariate und abhängige Variablen bei der Auswertung (zu Hypothese 1)
- Tab. 5.2: Faktoren, Kovariate und abhängige Variablen bei der Auswertung (zu Hypothese 2)
- Tab. 5.3: Verteilung des Beschwerdedrucks in der gesamten Stichprobe
- Tab. 5.4: T-Werte der Stichprobeneinteilung A im Gießen-Test
- Tab. 5.5: T-Werte der Stichprobeneinteilung B im Gießen-Test
- Tab. 5.6: Standardmittelwerte der vier GT-Skalen entsprechend einem T-Wert von 50
- Tab. 5.7: Prüfgröße des multivariaten Tests (Alter, Stichprobeneinteilung A)
- Tab. 5.8: Prüfgröße des multivariaten Tests (Alter, Stichprobeneinteilung B)
- Tab. 5.9: Zusammenhang zwischen Alter und den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung A (univariate Varianzanalyse)
- Tab. 5.10: Zusammenhang zwischen Alter und den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung B (univariate Varianzanalyse)
- Tab. 5.11: Prüfgrößen des multivariaten Tests (Beschwerdedruck, Stichprobeneinteilung A)
- Tab. 5.12: Prüfgröße des multivariaten Tests (Beschwerdedruck, Stichprobeneinteilung B)
- Tab. 5.13: Zusammenhang zwischen Beschwerdedruck und den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung A
- Tab. 5.14: Zusammenhang zwischen Beschwerdedruck und den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung B
- Tab. 5.15: Korrelationsmatrix für die Gesamtstichprobe (fettgedruckt: $p \leq 0,05$)
- Tab. 5.16: Korrelationsmatrix für Frauen

- Tab. 5.17: Korrelationsmatrix für Männer
- Tab. 5.18: Prüfgröße der multivariaten Tests (Störungsart)
- Tab. 5.19: Zusammenhang zwischen Störungsart und abhängigen Variablen
- Tab. 5.20: Prüfgröße des multivariaten Tests (Störungssystem)
- Tab. 5.21: Zusammenhang zwischen Störungssystem und abhängigen Variablen
- Tab. 5.22: Prüfgröße des multivariaten Tests (Geschlecht, Stichprobeneinteilung A)
- Tab. 5.23: Prüfgröße des multivariaten Tests (Geschlecht, Stichprobeneinteilung B)
- Tab. 5.24: Zusammenhang zwischen Geschlecht und abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung A
- Tab.5.25: Zusammenhang zwischen Geschlecht und abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung B
- Tab. 5.26: Prüfgröße des multivariaten Tests (Störungsart * Geschlecht)
- Tab. 5.27: Wechselwirkung zwischen Störungsart und Geschlecht in Zusammenhang mit den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung A
- Tab. 5.28: Prüfgröße des multivariaten Tests (Störungsart * Geschlecht)
- Tab. 5.29: Wechselwirkung zwischen Störungssystem und Geschlecht in Zusammenhang mit den abhängigen Variablen in Stichprobeneinteilung B

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Stichprobeneinteilung. Stichprobeneinteilung A (nach Störungssystem): 91; Stichprobeneinteilung B (nach Störungsart): 77
- Abb. 2: Übersicht zur Auswertung. HKS: Herz-Kreislauf-System; MD: Magen-Darm-Trakt

10. Anhang

Stichprobenbeschreibung

Stichprobeneinteilung A A -1

Stichprobeneinteilung B A -3

Zusammenfassung von Fällen

Störungsart A -6

Störungssystem A -14

Statistische Auswertung

Stichprobeneinteilung A A -21

Stichprobeneinteilung B A -25

Korrelationen

Gesamtstichprobe A -29

Frauen A -30

Männer A -31

t-Test A -32

Anredeschreiben A -33

Erinnerungsschreiben A -34

Katamnesefragebogen A -35

WHO-Fragebogen A -42

Aufnahmebogen A -45

Gießener Beschwerdebogen A -49

Gießen-Test A -54

Informationen über die Abteilung A -57

A -1

Stichprobenbeschreibung

Stichprobeneinteilung A

Statistiken	Geschlecht	Familienstand	Schulabschluß
Gültig	77	75	75
Fehlend	0	2	2

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	51	66,2	66,2	66,2
Männlich	26	33,8	33,8	100,0
Gesamt	77	100,0	100,0	

Familienstand	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ledig	31	40,3	41,3	41,3
Verh. 1. Ehe	34	44,2	45,3	86,7
Wiederverh.	4	5,2	5,3	92,0
Getrennt	2	2,6	2,7	94,7
Geschieden	4	5,2	5,3	100,0
Fehlend	2	2,6		
Gesamt	77	100,0		

Schulabschluß	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kein	2	2,6	2,7	2,7
Hauptschule	24	31,2	32,0	34,7
Realschule	32	41,6	42,7	77,3
7.-9. Klasse ohne Abi	4	5,2	5,3	82,7
Abitur	13	16,9	17,3	100,0
Fehlend	2	2,6		
Gesamt	77	100,0		

Alter bei Aufnahme		
	Mittelwert	35,0513
	Median	33,8889
	Standardabweichung	12,2686
	Minimum	15,60
	Maximum	58,0
	Gültig	77
	Fehlend	0

Frauen	Geschlecht	Familienstand	Schulabschluß
Gültig	51	49	49
Fehlend	0	2	2

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	51	100,0	100,0	100,0

Familienstand	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ledig	23	45,1	46,9	46,9
verh. 1. Ehe	20	39,2	40,8	87,8
Wiederverh.	2	3,9	4,1	91,8
Getrennt	2	3,9	4,1	95,9
Geschieden	2	3,9	4,1	100,0
Fehlend	2	3,9		
Gesamt	51	100,0		

A - 2

Schulabschluß	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kein	2	3,9	4,1	4,1
Hauptschule	14	27,5	28,6	32,7
Realschule	25	49,0	51,0	83,7
7-9 Kl. ohne Abi	3	5,9	6,1	89,8
Abitur	5	9,8	10,2	100,0
Fehlend	2	3,9		
Gesamt	51	100,0		

Alter bei Aufnahme		
	Mittelwert	32,4434
	Median	28,7361
	Standardabweichung	11,4972
	Minimum	15,60
	Maximum	56,40
	Gültig	51
	Fehlend	0

Statistiken	Geschlecht	Familienstand	Schulabschluß
Gültig	26	26	26
Fehlend	0	0	0

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Männlich	26	100,0	100,0	100,0

Familienstand	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ledig	8	30,8	30,8	30,8
Verh. 1. Ehe	14	53,8	53,8	84,6
Wiederverh.	2	7,7	7,7	92,3
Geschieden	2	7,7	7,7	100,0
Gesamt	26	100,0	100,0	

Schulabschluß	Häufigkeit
Kein	0
Hauptschule	10
Realschule	7
7-9 Kl. ohne Abi	1
Abitur	8
Fehlend	0
Gesamt	26

Alter bei Aufnahme		
	Mittelwert	40,1669
	Median	44,7139
	Standardabweichung	12,3334
	Minimum	17,15
	Maximum	58,00
	Gültig	26
	Fehlend	0

Stichprobeneinteilung B

Statistiken	Geschlecht	Familienstand	Schulabschluß
Gültig	90	88	88
Fehlend	0	2	2

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	63	70,0	70,0	70,0
Männlich	27	30,0	30,0	100,0
Gesamt	90	100,0	100,0	

Familienstand	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ledig	36	40,0	40,9	40,9
Verh. 1. Ehe	36	40,0	40,9	81,8
Wiederverh.	5	5,6	5,7	87,5
Getrennt	2	2,2	2,3	89,8
Geschieden	8	8,9	9,1	98,9
Verwitwet	1	1,1	1,1	100,0
Gesamt	88	97,8	100,0	
Fehlend	2	2,2		
Gesamt	90	100,0		

Schulabschluß	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kein	3	3,3	3,4	3,4
Hauptschule	30	33,3	34,1	37,5
Realschule	37	41,1	42,0	79,5
7-9 Kl. ohne Abi	4	4,4	4,5	84,1
Abitur	14	15,6	15,9	100,0
Fehlend	2	2,2		
Gesamt	90	100,0		

Alter bei Aufnahme		
	Mittelwert	35,7628
	Median	34,4125
	Standardabweichung	12,1800
	Minimum	15,60
	Maximum	59,32
	Gültig	90
	Fehlend	0

Frauen	Geschlecht	Familienstand	Schulabschluß
Gültig	63	61	61
Fehlend	0	2	2

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	63	100,0	100,0	100,0

A -4

Familienstand	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ledig	25	39,7	41,0	41,0
verh. 1. Ehe	23	36,5	37,7	78,7
Wiederverh.	4	6,3	6,6	85,2
Getrennt	2	3,2	3,3	88,5
Geschieden	6	9,5	9,8	98,4
Verwitwet	1	1,6	1,6	100,0
Gesamt	61	96,8	100,0	
Fehlend	2	3,2		
Gesamt	63	100,0		

Schulabschluß	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kein	3	4,8	4,9	4,9
Hauptschule	20	31,7	32,8	37,7
Realschule	29	46,0	47,5	85,2
7-9 Kl. ohne Abi	3	4,8	4,9	90,2
Abitur	6	9,5	9,8	100,0
Gesamt	61	96,8	100,0	
Fehlend	2	3,2		
Gesamt	63	100,0		

Alter bei Aufnahme		
	Mittelwert	34,3299
	Median	30,0639
	Standardabweichung	11,7449
	Minimum	15,60
	Maximum	59,32
	Gültig	63
	Fehlend	0

Männer	Geschlecht	Familienstand	Schulabschluß
Gültig	27	27	27
Fehlend	0	0	0

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Männlich	27	100,0	100,0	100,0

Familienstand	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ledig	11	40,7	40,7	40,7
verh. 1. Ehe	13	48,1	48,1	88,9
Wiederverh.	1	3,7	3,7	92,6
Geschieden	2	7,4	7,4	100,0
Gesamt	27	100,0	100,0	

Schulabschluß	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Hauptschule	10	37,0	37,0	37,0
Realschule	8	29,6	29,6	66,7
7-9 Kl. ohne Abi	1	3,7	3,7	70,4
Abitur	8	29,6	29,6	100,0
Gesamt	27	100,0	100,0	

Alter bei Aufnahme		
	Mittelwert	39,1063
	Median	42,6556
	Standardabweichung	12,7394
	Minimum	17,15
	Maximum	58,00
	Gültig	27
	Fehlend	0

Zusammenfassung von Fällen

Störungsart

Funktionelle Störungen

	Geschlecht	Alter bei Aufnahme	Diagnose 1	ICD 9 Schlüssel Diagnose 1	Diagnose 2	ICD 9 Schlüssel Diagnose 2
1	männlich	47,24	Herzangstneurose	306,20		
2	männlich	39,41	Multiple psychosomat. Beschwerden	306,90	Herzangstneurose	306,20
3	weiblich	29,12	Chronische Unterleibsschmerzen	306,40		
4	männlich	23,73	Funktionelle Störungen psych. Ursprungs des Herz- u. Kreislaufsystems	306,20	Funktionelle Störung psych. Ursprungs der Atmungsorgane	306,10
5	männlich	41,46	Herzangstneurose	306,20	chron. Pankreatitis	577,10
6	weiblich	25,11	Funktionelle Unterbauchbeschwerden	306,40	Somatisierte Depression	306,90
7	männlich	29,39	Psychogener Schwindel	306,80		
8	weiblich	37,86	Funktionelle Herz- Kreislauf-Beschwerden	306,20	Psychogener Schwindel	306,80
9	,	,	Funktionelle abdominale Beschwerden mit chron. Obstipation	306,40		
10	weiblich	27,76	Funktionelle Störungen des Herz- u. Kreislaufsystems psychischen Ursprungs	306,20	Funkt. Störungen der Atmungsorgane psychischen Ursprungs	306,10
11	weiblich	41,64	Angstneurose	300,00		
12	,	,	Funktionelle Oberbauchbeschwerden	306,40		
13	weiblich	34,22	Multiple somatoforme Störungen im Rahmen einer somatisierten Depression, vorwiegend im gastrointestinalen Bereich	306,90	Herzneurose	306,20
14	weiblich	76,58	Herzangstneurotische Beschwerden	306,20		
15	weiblich	28,74	Gastrointestinale Beschwerden mit Angstsymptomatik	306,40	Somatoforme Störung mit Sehbeeinträchtigung, Schwindel	306,70
16	weiblich	47,74	Multiple somatoforme Störungen im Rahmen einer somatisierten Depression	306,90	Hysterische Neurose	300,10
17		49,72	Somatisierungsstörung mit chronischen Schmerzen im Kopf- Hals- Nacken-Bereich	307,80		

A -7

18	weiblich	18,00	Adoleszenzkrise mit psychosomatischer Verarbeitung	309,10		
19	weiblich	23,99	Funktionelle Herzbeschwerden	306,20		
20	weiblich	34,24	Psychogener Schwindel	306,90	Anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	311,00
21	männlich	32,45	Neurot. Entwicklung mit depressiv. und konversionsneurot. Zügen	300,40		
22		36,65	Somatisierte Depression mit Abhängigkeitssymptomatik	306,90	Partielle Sphinkterinsuffizienz	569,40
23	männlich	36,89	Funktionelle Störungen des Herz- Kreislauf- Systems	306,20		
24	männlich	75,49	Chronifizierte somatoforme Funktionsstörung des Magens	306,40		
25	weiblich	54,84	Chronische Schmerzzustände bei somatisierter Depression	307,80	Zustand nach Polypektomie	
26	weiblich	44,45	Funktionelle Herzkreislaufbeschwerden vor dem Hintergrund einer depressiv- hysterischen Persönlichkeitsentwicklung	306,20		
27	weiblich	34,69	Zustand nach 4- fachem Abort	637,00	Depressive Entwicklung mit Somatisierungstendenz	306,90
28	weiblich	29,15	Zwangsstörung (Waschzwang, Kontrollzwang)	42,10	Multiple Somatisierungstendenz	45,30
29	weiblich	52,59	Chronifiziertes Schmerzsyndrom mit somatisierter Depression	307,80	Analgetikaabusus, Z.n. Entzug	304,90
30	weiblich	42,14	Schmerzsyndrom mit somatisierter Depression	307,80	leichtes Wirbelkanalsyndrom C6	
31	weiblich	29,96	Somatisierte Depression	306,90	Probleme in der Paarbeziehung	308,40
32	weiblich	22,73	Herzangstneurose	306,20		
33	weiblich	27,79	Herzangstneurose	306,20	Zustand nach Netzhautablösung 11/1991	361,90
34	männlich	21,66	Funktionelle abdominelle Beschwerden mit rezidivierenden Diarrhoen bei	306,40	narzißtischer Neurose	300,00
35	weiblich	21,94	Funktionelle Unterbauchbeschwerden		somatisierte Depression	306,90
36	männlich	20,08	Narzißtische Neurose mit männlicher Identitätsstörung und Somatisierungerscheinungen	300,00		
37	weiblich	28,59	Herzangstneurose	306,20		
38	männlich	52,58	Somatisierte Depression	306,90	Funktionelle Dysphonie	300,10

A -8

39	weiblich	56,36	Synkopen psychischer Genese	780,20	Kleiner MKP	
40	männlich	45,83	Funktionelle Dysphonie bei somatisierter Depression und narzißtischer Krise	300,10	Somatisierte Depression	306,90
41	männlich	52,16	Somatisierte Depression	306,90	Funktionelle Beschwerden des Bewegungsapparates	306,00
42	männlich	27,21	Somatisierte Depression	306,90	Schweißausbruch mit Schwindelgefühl und Zittern in den Händen	306,90
43	weiblich	56,40	Erschöpfungsdepression mit Somatisierungstendenz	306,90		
44	weiblich	26,25	Somatisierte Depression	306,90	Phtisis dolorosa links bei Zustand nach Röteln	11,90
45	weiblich	38,50	Somatisierte Depression	306,90		
46	männlich	39,27	Funktionelles Beschwerdebild (Urogenitalregion, Abdominalregion, Herz- Kreislaufsystem) bei somatisierter Depression	306,90		
47	weiblich	27,08	Funktionelle Abdominalbeschwerden im Rahmen einer somatisierten Depression bei Ablösungsproblematik	306,40		
48	männlich	57,19	Chronifizierte Herzneurose	306,20	Multilokuläres funktionelles Schmerzsyndrom	307,80
49	weiblich	36,16	Funktionelles Schmerzsyndrom mit vorwiegend lumboischialgieformen Schmerzen	307,80	Hypocholesterinämie	272,50
50	männlich	58,00	Herzneurose, Typ P/ funktionelle Herzrhythmusstörungen	306,20	depressive Neurose	300,40
51	männlich	48,41	Spannungskopfschmerz vor dem Hintergrund einer somatisierten Depression	307,80	Migräne	
52	männlich	46,74	Herzneurose	306,20	depressive Neurose	300,40
53	weiblich	22,08	Funktionelle Beschwerden d. Herz- Kreislauf-Systems	306,20	Hyperventilation	306,10
54	weiblich	33,89	Funktionelle Unterbauchbeschwerden und psychogene Dysmenorrhoe	306,50	Prämenstruelle Spannungssyndrome	625,40
55	männlich	45,43	Somatisierte Depression mit multiplen funktionellen Störungen, vorwiegend aus dem gastrointestinalen und herzneurotischen Formenkreis	306,20		306,40

56	weiblich	44,14	Depressive Neurose mit funktionellen Herzbeschwerden bei einer Patientin mit einer angeborenen Deformität der linken Hand	300,40		306,20
57	weiblich	41,71	Funktionelle Herz-Kreislauf-Beschwerden	306,20		
58	weiblich	50,39	Herzangstneurose	306,20		
59	männlich	51,25	Herzneurose	306,20	Myogelosen der BWS	728,80
60	weiblich	47,89	Somatisierte Schmerzstörung	307,80	Sexuelle Beziehungsstörungen	
61	männlich	46,13	Herzangstneurose bei somatisierter Depression	306,20	Struma diffusa Grad II	
62	weiblich	44,26	Somatisierte Depression (Allergische Reaktion , Verdacht auf psychogene Lähmungen)	306,90		
63	weiblich	53,62	Somatisierte Depression		Morbus Parkinson	
64	männlich	45,13	Herzangstneurose	306,20	Funktionelle intestinale Beschwerden	306,40
65			Funktionelle Beschwerden	306,90	Depressive angstneurot. Entwicklung	300,40
66	weiblich	21,81	Somatoforme autonome Funktionsstörung d. oberen Gastrointestinaltrakts	306,40		
67	männlich		Funktionelles Schmerzsyndrom vor dem Hintergrund einer somatisierten Depression	307,80		
Gesamt	62	63	67	65	67	33

Psychosomatische Störungen

	Geschlecht	Alter bei Aufnahme	Diagnose 1	ICD 9 Schlüssel Diagnose 1	Diagnose 2	ICD 9 Schlüssel Diagnose 2
1	weiblich	43,99	Herzrhythmusstörungen	427,90	Migräne	346,90
2	weiblich	50,15	Unspezifische Eßstörung	307,50	Chronische Ösophagitis	530,10
3	weiblich	19,85	Bulimie bei schwerer Adoleszenzkrise	307,50		
4	weiblich	15,80	Zustand nach Teilresektion einer Doppelnieren und plastischer Ureteren-Operation		Bulimie	783,60
5	weiblich	28,71	Eßstörung mit Depressivität bei vorwiegend hysterischer Struktur mit oralen Anteilen	307,50		

A -10

6	weiblich	15,60	Anorexia nervosa	307,10		
7	männlich	20,33	Eßstörung bei Adoleszenzkrise	307,50		
8	weiblich	25,02	Juvenile chronische Polyarthrits	714,30	Partnerschaftsproblematik (in Form einer verzögerten Adoleszenzkrise)	308,40
9	weiblich	27,20	Eßsucht und Adipositas per magna	278,00	Asthma bronchiale seit dem 4. Lebensjahr	493,90
10	weiblich	23,74	Bulimarexie	783,60	Sekundäre Amenorrhoe	626,00
11	männlich	50,30	Beginnende dilatative Cardiomyopathie	325,40	Labile arterielle Hypertonie	401,90
12	weiblich	21,86	Anorexia nervosa	307,10		
13	weiblich	21,96	Morbus Crohn mi Befall des terminalen Ileums sowie diskontinuierlich des Colons	555,20		
14	weiblich	21,94	Morbus Crohn, bekannt seit 1982, letzter Schub ca. 1/90	555,90	Zustand nach Ileozökalresektion 1982	
15	männlich	17,15	Anorexia nervosa	307,10		
16	weiblich	29,02	Zustand nach Respirationstherapie bis 09.11.1988		Allergisches Asthma bronchiale seit dem 12. Lebensjahr	493,90
17	weiblich	16,66	Anorexia nervosa	307,10		
18			Bulimie bei Adoleszenzkrise	783,60		
19	Männlich	44,30	Verzögerte Trauer bei Z. n. Herzinfarkt	309,10		412,00
20			Adoleszenzkrise	309,10		
21	weiblich	23,81	Colitis ulcerosa		Schwere Adoleszenzkrise	309,10
22	weiblich	17,06	Depressive Reaktion mit anorektischer Komponente	307,10		
23	weiblich	35,26	Soziale Konfliktsituation		Adipositas per magna	
24	weiblich	20,64	Bulimie	783,60		
25	weiblich	23,81	Depressive Entwicklung	300,40	Colitis ulcerosa	556,00
26	männlich	50,75	Hypertonie	401,90	akute depressive Reaktion bei depressiv-zwanghafter Entwicklung	
27	weiblich	36,19	Anorektische Reaktion auf die Geburt des 2. Kindes bei hysterisch-depressiver Persönlichkeit			
28	weiblich	26,13	Anorexia nervosa	50,00		
29	weiblich	24,92	Bulimia nervosa	783,60	Depressive Entwicklung	311,00
30	weiblich	27,79	Angstneurose	300,00	Adipositas	278,00
Gesamt	28	28	30	25	30	13

Beides

	Geschlecht	Alter bei Aufnahme	Diagnose 1	ICD 9 Schlüssel Diagnose 1	Diagnose 2	ICD 9 Schlüssel Diagnose 2
1	weiblich		Psychalgie	307,80	Atypische Anorexia nervosa	307,50
2	weiblich	38,74	Asthma bronchiale	493,90	Depressive Neurose	300,40
3	weiblich	31,10	Herzangstneurose	306,20	Funktionelle Beschwerden des Magen-Darmtraktes mit situationsabhängigen Diarrhöen	306,40
4	weiblich	28,65	Somatisierung und depressive Entwicklung vor dem Hintergrund einer Autonomie-Abhängigkeitsproblematik	306,90	Arterielle Hypertonie mit Fundus hypertonicus Stadium 2	401,90
5	männlich	50,83	Abdominalschmerzen	789,00	Essentielle Hypertonie	401,90
6			Z.n. Hervorderwandinfarkt		Herzangstneurot. Überlagerung	306,20
7	weiblich	66,17	Somatisierte Depression mit somatoformen Störungen hauptsächlich im Gastrointestinalbereich	306,40	Psychogenes Ekzem	
8	weiblich	59,32	Asthma bronchiale	493,90	Hyperventilationstetanie	306,10
9	männlich		Dyspnoe u. respirat. Abnormitäten	786,00	Tinnitus aurium	388,30
10	weiblich	30,06	Erschöpfungsdepression mit Somatisierungstendenz	306,90	Adipositas	278,00
11			Anorexia nervosa	307,10	Beginnende Herzneurose	306,20
12	weiblich	31,48	Somatisierte Depression mit Betonung des Herz- Kreislauf-Systems	306,20	Asthma bronchiale	493,90
13	weiblich	50,41	Ängstlich- depressive Entwicklung mit herzneurotischer Symptomatik	306,20	Ausschluß einer koronaren Herzerkrankung	
14	männlich		Narzistische Persönlichkeitstörung mit Somatisierung (Hypertoie, Übergewicht)			
15	weiblich	47,46	Chronifizierte neurotische Depression mit deutlicher Somatisierungstendenz	300,40	Zustand nach rezidivierender und spezifischer Ileitis, Morbus Crohn	555,90
16	männlich	46,60	Colitis ulcerosa	556,00	Neurotische Depression	300,40
17	weiblich	50,94	Somatisierte Depression mit multiplen funktionellen Beschwerden	306,90	Adipositas	278,00

A -12

18	weiblich	41,24	Adipositas per magna	278,00	Neurotische Depression bei frühgestörter Persönlichkeit	300,40
19	männlich	65,40	Somatisierte Depression mit Carcinophobie	306,90	Colon Irritabile	564,10
20	männlich	42,66	Funktionelle Herzbeschwerden	306,20	Arterielle Hypertonie	401,90
21	weiblich	47,67	Depressive Entwicklung mit Somatisierung :therapieresistentes Cervikobrachiales Syndrom	306,90	Arterielle Hypertonie	401,90
22	männlich	41,78	Herzneurose Typ A	306,20	Arterielle Hypertonie	401,90
23	weiblich	36,68	Colitis ulcerosa	556,00	Hysterisch depressive Neurose	
Gesamt	21	18	23	20	23	19

Andere

	Geschlecht	Alter bei Aufnahme	Diagnose 1	ICD 9 Schlüssel Diagnose 1	Diagnose 2	ICD 9 Schlüssel Diagnose 2
1	männlich	29,52	Selbstschädigendes Verhalten	300,90	Depressive Neurose	
2	weiblich	34,58	Chronisch entzündlicher ZNS-Prozeß	323,90	Somatisierte Depression mit multiplen somatoformen Störungen vorwiegend im Urogenitalbereich	306,90
3	weiblich	31,21	Diabetes mellitus seit dem 16 Lebensjahr		Länger andauernde depressive Reaktion	309,10
4	männlich	21,68	Analekzem		Somatisierte Depression bei narzißtischer Persönlichkeitsstruktur	306,90
5	männlich	19,22	Adoleszentenkrise	309,10		
6			Zustand nach Gewaltverbrechen mit Schädelhirntrauma, multiplen Prellmarken, Rippenfraktur rechts, 5. Rippe, Monokelhämatom links, Pankreaskontusion mit Pankreatitis. Jetzt: Geruchs- und Geschmacksstörung		Akute Belastungsreaktion	308,40
	weiblich	45,12	inkomplettes Querschnittssyndrom nach Fraktur des 1. LWK 1985 (cod. Fraktur des Lendenwirbels mit Rückenmarksschädigung)	806,40	hysterisch- depressive Neurose mit ausgeprägten frühen Störungsanteilen (Borderline-Persönlichkeit, Suchtproblematik)	300,40
7						

A -13

8	männlich	27,10	LWK 4 Berstungsfraktur, LWK 2 Kompressionsfraktur nach Fenstersturz in suizidaler Absicht bei		Depressiver Neurose	300,40
9	weiblich	39,04	V. a. Encephalomyelitis disseminata			
Gesamt	8	8	9	4	9	6
N	119	117	129	114	129	71

Störungssystem

HKS

	Geschlecht	Alter bei Aufnahme	Diagnose 1	ICD 9 Schlüssel Diagnose 1	Diagnose 2	ICD 9 Schlüssel Diagnose 2
1	männlich	47,24	Herzangstneurose	306,20		
2	männlich	39,41	Multiple psychosomat. Beschwerden	306,90	Herzangstneurose	306,20
3	männlich	41,46	Herzangstneurose	306,20	chron. Pankreatitis	577,10
4	weiblich	37,86	Funktionelle Herz- Kreislauf-Beschwerden	306,20	Psychogener Schwindel	306,80
5	weiblich	23,99	Funktionelle Herzbeschwerden	306,20		
6	männlich	36,89	Funktionelle Störungen des Herz- Kreislauf- Systems	306,20		
7	weiblich	44,45	Funktionelle Herz-Kreislauf-Beschwerden vor dem Hintergrund einer depressiv-hysterischen Persönlichkeitsentwicklung	306,20		
8	weiblich	22,73	Herzangstneurose	306,20		
9	weiblich	27,79	Herzangstneurose	306,20	Zustand nach Netzhautablösung 11/1991	361,90
10	weiblich	28,59	Herzangstneurose	306,20		
11	weiblich	56,36	Synkopen psychischer Genese	780,20	Kleiner MKP	
12	männlich	57,19	Chronifizierte Herzneurose	306,20	Multilokuläres funktionelles Schmerzsyndrom	307,80
13	männlich	58,00	Herzneurose, Typ P/ funktionelle Herzrhythmusstörungen	306,20	Depressive Neurose	300,40
14	männlich	46,74	Herzneurose	306,20	Depressive Neurose	300,40
15	weiblich	22,08	Funktionelle Beschwerden d. Herz- Kreislaufsystems	306,20	Hyperventilation	306,10
16	weiblich	44,14	Depressive Neurose mit funktionellen Herzbeschwerden bei einer Patientin mit einer angeborenen Deformität der linken Hand	300,40		306,20
17	weiblich	41,71	Funktionelle Herz-Kreislauf-Beschwerden	306,20		
18	weiblich	50,39	Herzangstneurose	306,20		
19	männlich	51,25	Herzneurose	306,20	Myogelosen der BWS	728,80
20	weiblich	43,99	Herzrhythmusstörungen	427,90	Migräne	346,90

A-15

21	männlich	50,30	Beginnende dilatative Cardiomyopathie	325,40	Labile arterielle Hypertonie	401,90
22	männlich	44,30	Verzögerte Trauer bei Z. n. Herzinfarkt	309,1		412,00
23	männlich	50,75	Hypertonie	401,9	Akute depressive Reaktion bei depressiv-zwanghafter Entwicklung	
24	weiblich	28,65	Somatisierung und depressive Entwicklung vor dem Hintergrund einer Autonomie- Abhängigkeitsproblematik	306,90	Arterielle Hypertonie mit Fundus hypertonicus Stadium 2	401,90
25	weiblich	50,41	Ängstlich- depressive Entwicklung mit herzneurotischer Symptomatik	306,20	Ausschluß einer koronaren Herzerkrankung	
26	männlich	42,66	Funktionelle Herzbeschwerden	306,20	Arterielle Hypertonie	401,90
27	weiblich	47,67	depressive Entwicklung mit Somatisierung :therapieresistentes Cerviko- brachiales Syndrom	306,90	Arterielle Hypertonie	401,90
Gesamt	27	27	27	27	27	16

MDT

	Geschlecht	Alter bei Aufnahme	Diagnose 1	ICD 9 Schlüssel Diagnose 1	Diagnose 2	ICD 9 Schlüssel Diagnose 2
1	weiblich	29,12	Chronische Unterleibsschmerzen	306,40		
2	weiblich	25,11	Funktionelle Unterbauchbeschwerden	306,40	Somatisierte Depression	306,90
3	weiblich	28,74	Gastrointestinale Beschwerden mit Angstsymptomatik	306,40	Somatoforme Störung mit Sehbeeinträchtigung, Schwindel	306,70
4	männlich	21,66	Funktionelle abdominale Beschwerden mit rezidivierenden Diarrhoen bei	306,40	Narzißtischer Neurose	300,00
5	weiblich	27,08	Funktionelle Abdominalbeschwerden im Rahmen einer somatisierten Depression bei Ablösungsproblematik	306,40		

A-16

6	weiblich	33,89	Funktionelle Unterbauchbeschwerden und psychogene Dysmenorrhoe	306,50	Prämenstruelle Spannungssyndrome	625,40
7	weiblich	21,81	Somatoforme autonome Funktionsstörung d. oberen Gastrointestinaltrakts	306,40		
8	weiblich	50,15	Unspezifische Eßstörung	307,50	Chronische Ösophagitis	530,10
9	weiblich	19,85	Bulimie bei schwerer Adoleszenzkrise	307,50		
10	weiblich	15,80	Zustand nach Teilresektion einer Doppelnieren und plastischer Ureteren-Operation		Bulimie	783,60
11	weiblich	28,71	Eßstörung mit Depressivität bei vorwiegend hysterischer Struktur mit oralen Anteilen	307,50		
12	weiblich	15,60	Anorexia nervosa	307,1		
13	männlich	20,33	Eßstörung bei Adoleszenzkrise	307,5		
14	weiblich	25,02	Juvenile chronische Polyarthritits	714,30	Partnerschaftsproblematik (in Form einer verzögerten Adoleszenzkrise)	308,40
15	weiblich	27,20	Eßsucht und Adipositas per magna	278,00	Asthma bronchiale seit dem 4. Lebensjahr	493,90
16	weiblich	23,74	Bulimarexie	783,60	Sekundäre Amenorrhoe	626,00
17	weiblich	21,86	Anorexia nervosa	307,10		
18	weiblich	21,96	Morbus Crohn mi Befall des terminalen Ileums sowie diskontinuierlich des Colons	555,20		
19	weiblich	21,94	Morbus Crohn, bekannt seit 1982, letzter Schub ca. 1/90	555,90	Zustand nach Ileozökalresektion 1982	
20	männlich	17,15	Anorexia nervosa	307,10		
21	weiblich	16,66	Anorexia nervosa	307,10		
22	weiblich	23,81	Colitis ulcerosa		Schwere Adoleszenzkrise	309,10
23	weiblich	20,64	Bulimie	783,60		
24	weiblich	36,19	Anorektische Reaktion auf die Geburt des 2. Kindes bei hysterisch-depressiver Persönlichkeit			
25	weiblich	26,13	Anorexia nervosa	50,00		,
26	weiblich	24,92	Bulimia nervosa	783,60	depressive Entwicklung	311,00
27	weiblich	27,79	Angstneurose	300,00	Adipositas	278,00
28	weiblich	,	Psychalgie	307,80	Atypische Anorexia nervosa	307,50
29	weiblich	30,06	Erschöpfungsdepression mit Somatisierungstendenz	306,90	Adipositas	278,00

A-17

30	weiblich	47,46	Chronifizierte neurotische Depression mit deutlicher Somatisierungstendenz	300,40	Zustand nach rezidivierender und spezifischer Ileitis, Morbus Crohn	555,90
31	männlich	46,60	Colitis ulcerosa	556,00	Neurotische Depression	300,40
32	weiblich	50,94	Somatisierte Depression mit multiplen funktionellen Beschwerden	306,90	mäßige Adipositas	278,00
33	weiblich	41,24	Adipositas per magna	278,00	Neurotische Depression bei frühgestörter Persönlichkeit	300,40
34	weiblich	36,68	Colitis ulcerosa	556,00	Hysterisch depressive Neurose	
Gesamt	34	33	34	31	34	18

Beides

	Geschlecht	Alter bei Aufnahme	Diagnose 1	ICD 9 Schlüssel Diagnose 1	Diagnose 2	ICD 9 Schlüssel Diagnose 2
1	männlich	23,73	Funktionelle Störungen psych. Ursprungs des Herz- u. Kreislaufsystems	306,20	Funktionelle Störung psych. Ursprungs der Atmungsorgane	306,10
2	weiblich	34,22	Multiple somatoforme Störungen im Rahmen einer somatisierten Depression vorwiegend im gastrointestinalen Bereich	306,90	Herzneurose	306,20
3	männlich	39,27	Funktionelles Beschwerdebild (Urogenitalregion, Abdominalregion, Herz-Kreislaufsystem) bei somatisierter Depression	306,90		
4	männlich	45,43	Somatisierte Depression mit multiplen funktionellen Störungen, vorwiegend aus dem gastrointestinalen und herzneurotischen Formenkreis	306,20		306,40
5	männlich	45,13	Herzangstneurose	306,20	Funktionelle intestinale Beschwerden	306,40
6	weiblich	31,10	Herzangstneurose	306,20	Funktionelle Beschwerden des Magen-Darmtraktes mit situationsabhängigen Diarrhöen	306,40

A-18

7	männlich	50,83	Abdominalschmerzen	789,00	Essentielle Hypertonie	401,90
8	weiblich	31,48	Somatisierte Depression mit Betonung des Herz- Kreislauf-Systems	306,20	Asthma bronchiale	493,90
9	Männlich	65,40	Somatisierte Depression mit Carcinophobie	306,90	Colon Irritabile	564,10
10	Männlich	41,78	Herzneurose Typ A	306,20	arterielle Hypertonie	401,90
Gesamt	10	10	10	10	10	9

Andere

	Geschlecht	Alter bei Aufnahme	Diagnose 1	ICD 9 Schlüssel Diagnose 1	Diagnose 2	ICD 9 Schlüssel Diagnose 2
1	männlich	29,39	Psychogener Schwindel	306,80		
2	weiblich	41,64	Angstneurose	300,00		
3	weiblich	47,74	Multiple somatoforme Störungen im Rahmen einer somatisierten Depression	306,90	Hysterische Neurose	300,10
4	weiblich	18,00	Adoleszenzkrise mit psychosomatischer Verarbeitung	309,10		
5	weiblich	34,24	Psychogener Schwindel	306,90	Anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	311,00
6	männlich	32,45	Neurot. Entwicklung mit depressiv. und konversionsneurot. Zügen	300,40		
7	weiblich	54,84	Chronische Schmerzzustände bei somatisierter Depression	307,80	Zustand nach Polypektomie	
8	weiblich	34,69	Zustand nach 4- fachem Abort	637,00	Depressive Entwicklung mit Somatisierungstendenz	306,90
9	weiblich	29,15	Zwangsstörung (Waschzwang, Kontrollzwang)	42,10	Multiple Somatisierungstendenz	45,30
10	weiblich	52,59	Chronifiziertes Schmerzsyndrom mit somatisierter Depression	307,80	Analgetikaabusus, Z.n. Entzug	304,90
11	weiblich	42,14	Schmerzsyndrom mit somatisierter Depression	307,80	Leichtes Wirbelkanalsyndrom C6	
12	weiblich	29,96	Somatisierte Depression	306,90	Probleme in der Paarbeziehung	308,40

13	männlich	20,08	Narzißtische Neurose mit männlicher Identitätsstörung und Somatisierungserscheinung	300,00		
14	männlich	52,58	Somatisierte Depression	306,90	Funktionelle Dysphonie	300,10
15	männlich	45,83	Funktionelle Dysphonie bei somatisierter Depression und narzißtischer Krise	300,10	Somatisierte Depression	306,90
16	männlich	52,16	Somatisierte Depression	306,90	Funktionelle Beschwerden des Bewegungsapparates	306,00
17	männlich	27,21	Somatisierte Depression	306,90	Schweißausbruch mit Schwindelgefühl und Zittern in den Händen	306,90
18	weiblich	56,40	Erschöpfungsdepression mit Somatisierungstendenz	306,90		
19	männlich	48,41	Spannungskopfschmerz vor dem Hintergrund einer somatisierten Depression	307,80	Migräne	
20	weiblich	47,89	Somatisierte Schmerzstörung	307,80	Sexuelle Beziehungsstörungen	
21	weiblich	44,26	Somatisierte Depression (Allergische Reaktion , Verdacht auf psychogene Lähmungen)	306,9		
22			Funktionelle Beschwerden	306,90	Depressive angstneurot. Entwicklung	300,40
23	männlich		Funktionelles Schmerzsyndrom vor dem Hintergrund einer somatisierten Depression	307,80		
24	weiblich	29,02	Zustand nach Respirationstherapie bis 09.11.1988		Allergisches Asthma bronchiale seit dem 12. Lebensjahr	493,90
25	weiblich	59,32	Asthma bronchiale	493,90	Hyperventilationstetanie	306,10
26	männlich	29,52	Selbstschädigendes Verhalten	300,90	Depressive Neurose	
27	weiblich	34,58	Chronisch entzündlicher ZNS-Prozeß	323,90	Somatisierte Depression mit multiplen somatoformen Störungen vorwiegend im Urogenitalbereich	306,90
28	weiblich	31,21	Diabetis mellitus seit dem 16 Lebensjahr		Länger andauernde depressive Reaktion	309,10
29	männlich	19,22	Adoleszentenkrise	309,10		

A-20

30	weiblich	45,12	Inkomplettes Querschnittssyndrom nach Fraktur des 1. LWK 1985 (cod. Fraktur des Lendenwirbels mit Rückenmarksschädigung)	806,40	Hysterisch- depressive Neurose mit ausgeprägten frühen Störungsanteilen (Borderline-Persönlichkeit, Suchtproblematik)	300,40
31	männlich	27,10	LWK 4 Berstungsfraktur, LWK 2 Kompressionsfraktur nach Fenstersturz in suizidaler Absicht bei		Depressiver Neurose	300,40
32	weiblich	39,04	V. a. Encephalomyelitis disseminata			
Gesamt	31	30	32	27	32	17
N	102	100	103	95	103	60

Statistische Auswertung der Stichprobeneinteilung A

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N
Geschlecht	Weiblich	51
	Männlich	26
Störungsart	Funktionell	52
	Psychosomatisch	25

Deskriptive Statistik

	Geschlecht	Störungsart	Mittelwert	Standardabweichung	N
T-Wert Dominanz	Weiblich	Funktionell	47,5667	8,8105	31
		Psychosomatisch	47,8316	13,2252	20
		Gesamt	47,6706	10,6328	51
	Männlich	Funktionell	48,7439	7,6585	21
		Psychosomatisch	43,4105	9,6934	5
		Gesamt	47,7182	8,1578	26
	Gesamt	Funktionell	48,0421	8,3068	52
		Psychosomatisch	46,9474	12,5453	25
		Gesamt	47,6867	9,8118	77
T-Wert Kontrolle	Weiblich	Funktionell	53,6630	10,4085	31
		Psychosomatisch	49,1942	11,9627	20
		Gesamt	51,9105	11,1462	51
	Männlich	Funktionell	52,4951	8,7041	21
		Psychosomatisch	47,8512	7,6474	5
		Gesamt	51,6020	8,5703	26
	Gesamt	Funktionell	53,1914	9,6836	52
		Psychosomatisch	48,9256	11,1059	25
		Gesamt	51,8064	10,2917	77
T-Wert Grundstimmung	Weiblich	Funktionell	69,1676	26,5525	31
		Psychosomatisch	64,4526	9,8519	20
		Gesamt	67,3186	21,5710	51
	Männlich	Funktionell	65,1564	10,3089	21
		Psychosomatisch	65,7299	11,9383	5
		Gesamt	65,2667	10,3863	26
	Gesamt	Funktionell	67,5477	21,4558	52
		Psychosomatisch	64,7080	10,0431	25
		Gesamt	66,6257	18,5085	77
T-Wert Durchlässigkeit	Weiblich	Funktionell	55,8318	13,4013	31
		Psychosomatisch	57,5223	9,5800	20
		Gesamt	56,4947	11,9720	51
	Männlich	Funktionell	54,7721	14,1628	21
		Psychosomatisch	57,5223	6,2516	5
		Gesamt	55,3010	12,9593	26
	Gesamt	Funktionell	55,4038	13,5861	52
		Psychosomatisch	57,5223	8,8978	25
		Gesamt	56,0916	12,2418	77

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzmatrizen

Box-M-Test	74,755
F	1,962
Df1	30
Df2	863
Signifikanz	0,002

Multivariate Tests

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
Konstanter Term	Pillai-Spur	,807	71,039	4,000	68,000	0,000	,807
	Wilks-Lambda	,193	71,039	4,000	68,000	0,000	,807
	Hotelling-Spur	4,179	71,039	4,000	68,000	0,000	,807
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	4,179	71,039	4,000	68,000	0,000	,807
Alter	Pillai-Spur	,144	2,867	4,000	68,000	,030	,144
	Wilks-Lambda	,856	2,867	4,000	68,000	,030	,144
	Hotelling-Spur	,169	2,867	4,000	68,000	,030	,144
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,169	2,867	4,000	68,000	,030	,144
GBB-BD	Pillai-Spur	,176	3,625	4,000	68,000	,010	,176
	Wilks-Lambda	,824	3,625	4,000	68,000	,010	,176
	Hotelling-Spur	,213	3,625	4,000	68,000	,010	,176
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,213	3,625	4,000	68,000	,010	,176
Geschlecht	Pillai-Spur	,016	,271	4,000	68,000	,896	,016
	Wilks-Lambda	,984	,271	4,000	68,000	,896	,016
	Hotelling-Spur	,016	,271	4,000	68,000	,896	,016
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,016	,271	4,000	68,000	,896	,016
Störungsart	Pillai-Spur	,019	,337	4,000	68,000	,852	,019
	Wilks-Lambda	,981	,337	4,000	68,000	,852	,019
	Hotelling-Spur	,020	,337	4,000	68,000	,852	,019
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,020	,337	4,000	68,000	,852	,019
Störungsart * Geschlecht	Pillai-Spur	,031	,541	4,000	68,000	,706	,031
	Wilks-Lambda	,969	,541	4,000	68,000	,706	,031
	Hotelling-Spur	,032	,541	4,000	68,000	,706	,031
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,032	,541	4,000	68,000	,706	,031

Fehler	T-Wert Dominanz	7025,973	71	98,957			
	T-Wert Kontrolle	7566,343	71	106,568			
	T-Wert Grundstimmung	20730,730	71	291,982			
	T-Wert Durchlässigkeit	10753,387	71	151,456			
Gesamt	T-Wert Dominanz	182416,021	77				
	T-Wert Kontrolle	214710,143	77				
	T-Wert Grundstimmung	367837,068	77				
	T-Wert Durchlässigkeit	253652,350	77				
Korrigierte Gesamtvariation	T-Wert Dominanz	7316,588	76				
	T-Wert Kontrolle	8049,801	76				
	T-Wert Grundstimmung	26034,830	76				
	T-Wert Durchlässigkeit	11389,515	76				

Statistische Auswertung der Stichprobeneinteilung B

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N
Geschlecht	Weiblich	63
	Männlich	28
Störungssystem	HKS	27
	MD	34
	andere	30

Deskriptive Statistik

	Geschlecht	Störungssystem	Mittelwert	Standardabweichung	N
T-Wert Dominanz	Weiblich	HKS	49,7263	10,4114	15
		MD	48,1147	12,6876	29
		Andere	46,6017	8,7100	19
		Gesamt	48,0421	10,9784	63
	Männlich	HKS	48,0421	8,7496	12
		MD	49,3053	3,8244	5
		Andere	45,7455	8,7034	11
		Gesamt	47,3654	7,9512	28
	Gesamt	HKS	48,9778	9,5647	27
		MD	48,2898	11,7704	34
		Andere	46,2877	8,5665	30
		Gesamt	47,8339	10,1065	91
T-Wert Kontrolle	Weiblich	HKS	51,1570	11,9662	15
		MD	49,4756	11,8241	29
		Andere	53,0492	11,0419	19
		Gesamt	50,9537	11,5433	63
	Männlich	HKS	52,0523	9,3996	12
		MD	46,1983	8,3926	5
		Andere	51,0819	7,0535	11
		Gesamt	50,6257	8,3352	28
	Gesamt	HKS	51,5549	10,7092	27
		MD	48,9937	11,3381	34
		Andere	52,3278	9,6831	30
		Gesamt	50,8528	10,6141	91
T-Wert Grundstimmung	Weiblich	HKS	65,3650	8,9610	15
		MD	68,4734	27,6633	29
		Andere	63,4825	12,9351	19
		Gesamt	66,2281	20,4244	63
	Männlich	HKS	63,7226	9,8269	12
		MD	68,6496	12,2684	5
		Andere	65,1327	9,2001	11
		Gesamt	65,1564	9,8063	28
	Gesamt	HKS	64,6350	9,2079	27
		MD	68,4994	25,8372	34
		Andere	64,0876	11,5625	30
		Gesamt	65,8984	17,7896	91

T-Wert Durchlässigkeit	Weiblich	HKS	51,2240	12,4571	15
		MD	56,3175	9,6569	29
		Andere	58,1227	14,4672	19
		Gesamt	55,6492	12,0309	63
	Männlich	HKS	53,8384	11,1794	12
		MD	57,1658	4,9463	5
		Andere	59,0779	16,6090	11
		Gesamt	56,4910	12,7534	28
	Gesamt	HKS	52,3860	11,7553	27
		MD	56,4423	9,0656	34
		Andere	58,4730	15,0084	30
		Gesamt	55,9082	12,1926	91

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzmatrizen

Box-M-Test	115,600
F	1,864
Df1	50
Df2	2058
Signifikanz	,000

Multivariate Tests

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta- Quadrat
Intercept	Pillai-Spur	,773	68,290	4,000	80,000	,000	,773
	Wilks-Lambda	,227	68,290	4,000	80,000	,000	,773
	Hotelling-Spur	3,415	68,290	4,000	80,000	,000	,773
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	3,415	68,290	4,000	80,000	,000	,773
Alter	Pillai-Spur	,131	3,020	4,000	80,000	,023	,131
	Wilks-Lambda	,869	3,020	4,000	80,000	,023	,131
	Hotelling-Spur	,151	3,020	4,000	80,000	,023	,131
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,151	3,020	4,000	80,000	,023	,131
GBB-BD	Pillai-Spur	,248	6,610	4,000	80,000	,000	,248
	Wilks-Lambda	,752	6,610	4,000	80,000	,000	,248
	Hotelling-Spur	,330	6,610	4,000	80,000	,000	,248
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,330	6,610	4,000	80,000	,000	,248
Geschlecht	Pillai-Spur	,009	,188	4,000	80,000	,944	,009
	Wilks-Lambda	,991	,188	4,000	80,000	,944	,009
	Hotelling-Spur	,009	,188	4,000	80,000	,944	,009
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,009	,188	4,000	80,000	,944	,009

A -27

Störungs system	Pillai-Spur	,085	,903	8,000	162,000	,516	,043
	Wilks-Lambda	,915	,905	8,000	160,000	,514	,043
	Hotelling-Spur	,092	,908	8,000	158,000	,512	,044
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,084	1,696	4,000	81,000	,159	,077
Störungs system * Geschlecht	Pillai-Spur	,034	,350	8,000	162,000	,945	,017
	Wilks-Lambda	,966	,346	8,000	160,000	,946	,017
	Hotelling-Spur	,035	,342	8,000	158,000	,948	,017
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,024	,491	4,000	81,000	,743	,024

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

	F	Df1	Df2	Signifikanz
T-Wert Dominanz	1,767	5	85	,128
T-Wert Kontrolle	,875	5	85	,502
T-Wert Grundstimmung	,767	5	85	,576
T-Wert Durchlässigkeit	1,748	5	85	,132

Test der Zwischensubjekteffekte

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta Quadrat
Korrigiertes Modell	T-Wert Dominanz	258,162	7	36,880	,343	,932	,028
	T-Wert Kontrolle	824,489	7	117,784	1,050	,404	,081
	T-Wert Grundstimmung	6748,474	7	964,068	3,682	,002	,237
	T-Wert Durchlässigkeit	1653,051	7	236,150	1,672	,127	,124
	Intercept						
Intercept	T-Wert Dominanz	9951,295	1	9951,295	92,445	,000	,527
	T-Wert Kontrolle	9633,167	1	9633,167	85,837	,000	,508
	T-Wert Grundstimmung	19210,512	1	19210,512	73,363	,000	,469
	T-Wert Durchlässigkeit	23075,614	1	23075,614	163,332	,000	,663
	Alter	T-Wert Dominanz	108,514	1	108,514	1,008	,318
T-Wert Kontrolle		29,148	1	29,148	,260	,612	,003
T-Wert Grundstimmung		1296,746	1	1296,746	4,952	,029	,056
T-Wert Durchlässigkeit		1052,620	1	1052,620	7,451	,008	,082
GBB-BD		T-Wert Dominanz	,800	1	,800	,007	,932
	T-Wert Kontrolle	478,611	1	478,611	4,265	,042	,049
	T-Wert Grundstimmung	5665,209	1	5665,209	21,635	,000	,207
	T-Wert Durchlässigkeit	39,258	1	39,258	,278	,600	,003

Geschlecht	T-Wert Dominanz	3,341	1	3,341	,031	,861	,000
	T-Wert Kontrolle	11,266	1	11,266	,100	,752	,001
	T-Wert Grundstimmung	92,595	1	92,595	,354	,554	,004
	T-Wert Durchlässigkeit	50,037	1	50,037	,354	,553	,004
Störungssystem	T-Wert Dominanz	145,606	2	72,803	,676	,511	,016
	T-Wert Kontrolle	14,005	2	7,003	,062	,940	,002
	T-Wert Grundstimmung	688,239	2	344,119	1,314	,274	,031
	T-Wert Durchlässigkeit	348,786	2	174,393	1,234	,296	,029
Störungssystem * Geschlecht	T-Wert Dominanz	46,689	2	23,345	,217	,805	,005
	T-Wert Kontrolle	30,038	2	15,019	,134	,875	,003
	T-Wert Grundstimmung	253,050	2	126,525	,483	,619	,012
	T-Wert Durchlässigkeit	163,620	2	81,810	,579	,563	,014
Fehler	T-Wert Dominanz	8934,569	83	107,645			
	T-Wert Kontrolle	9314,790	83	112,226			
	T-Wert Grundstimmung	21733,946	83	261,855			
	T-Wert Durchlässigkeit	11726,251	83	141,280			
Gesamt	T-Wert Dominanz	217408,126	91				
	T-Wert Kontrolle	245465,788	91				
	T-Wert Grundstimmung	423658,601	91				
	T-Wert Durchlässigkeit	297820,539	91				
Korrigierte Gesamtvariation	T-Wert Dominanz	9192,731	90				
	T-Wert Kontrolle	10139,278	90				
	T-Wert Grundstimmung	28482,420	90				
	T-Wert Durchlässigkeit	13379,302	90				

Korrelationen der Gesamtstichprobe

Spearman-Rho		Alter	GBB-BD	T-Wert Soziale Resonanz	T-Wert Dominanz	T-Wert Kontrolle	T-Wert Grundstimmung	T-Wert Durchlässigkeit	T-Wert Soziale Potenz
Alter	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig)	1,000	,171	,019	,064	,121	-,153	-,282**	-,072
	N	,134	,060	,840	,500	,200	,105	,002	,445
GBB-BD	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig)	,171	1,000	,102	,095	,237**	,285**	,031	-,035
	N	,060	,125	,273	,309	,010	,002	,744	,711
T-Wert Soziale Resonanz	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig)	,122	,102	1,000	-,056	,132	-,274**	-,350**	-,332**
	N	,019	,840	,273	,545	,156	,003	,000	,000
T-Wert Dominanz	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig)	,114	,117	,118	,118	,118	,166	,037	,040
	N	,064	,095	-,056	1,000	,364**	,072	,691	,669
T-Wert Kontrolle	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig)	,114	,117	,118	,118	,118	,118	,118	,118
	N	,200	,010	,156	,000	,000	,220**	,161	,131
T-Wert Grundstimmung	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig)	,114	,117	,118	,118	,118	,118	,118	,158
	N	-,153	,285**	-,274**	,166	,220**	1,000	,276**	,165
T-Wert Durchlässigkeit	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig)	,114	,117	,118	,118	,118	,118	,118	,074
	N	,105	,002	,003	,072	,017	,118	,002	,118
T-Wert Soziale Potenz	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig)	,114	,117	,118	,118	,118	,118	,118	,118
	N	-,282**	,031	-,350**	,037	,161	,276**	1,000	,583**
T-Wert Soziale Potenz	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig)	,114	,117	,118	,118	,118	,118	,118	,000
	N	-,072	-,035	-,332**	,040	,131	,165	,583**	1,000
		,445	,711	,000	,669	,158	,074	,000	,118
		,114	,117	,118	,118	,118	,118	,118	,118

***: Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig)

Korrelationen der Frauen

Spearman-Rho		Alter	GBB-BD	T-Wert Soziale Resonanz	T-Wert Dominanz	T-Wert Kontrolle	T-Wert Grundstimmung	T-Wert Durchlässigkeit	T-Wert Soziale Potenz
	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig) N								
Alter		1,000 ,89	,193 ,084 81	-0,35 ,764 75	,176 ,130 75	,096 ,414 75	-,150 ,199 75	-,266** ,021 75	,072 ,540 75
GBB-BD		,193 ,084 81	1,000 ,064 ,585 76	,064 ,585 76	,085 ,463 76	,281** ,014 76	,336** ,003 76	-,009 ,936 76	-,061 ,601 76
T-Wert Soziale Resonanz		-0,35 ,764 75	,064 ,585 76	1,000 ,041 ,724 76	-0,41 ,724 76	,135 ,243 76	-,177 ,125 76	-,325** ,004 76	-,268** ,019 76
T-Wert Dominanz		,176 ,130 75	,085 ,463 76	-0,41 ,724 76	1,000 ,041 76	,440** ,000 76	,187 ,106 76	,054 ,654 76	,041 ,727 76
T-Wert Kontrolle		,096 ,414 75	,281** ,014 76	,064 ,585 76	-0,41 ,724 76	,135 ,243 76	-,177 ,125 76	-,325** ,004 76	-,268** ,019 76
T-Wert Grundstimmung		-,150 ,199 75	,336** ,003 76	-,177 ,125 76	,187 ,106 76	,327** ,001 76	1,000 ,001 76	,260** ,023 76	,093 ,422 76
T-Wert Durchlässigkeit		-,266** ,021 75	-,009 ,936 76	-,325** ,004 76	,054 ,654 76	,237** ,001 76	1,000 ,023 76	1,000 ,000 76	,603** ,000 76
T-Wert Soziale Potenz		,072 ,540 75	-,061 ,601 76	-,268** ,019 76	,041 ,727 76	,301** ,008 76	,093 ,422 76	,603** ,000 76	1,000 ,000 76

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig).

Korrelationen der Männer

Spearman-Rho		Alter	GBB-BD	T-Wert Soziale Resonanz	T-Wert Dominanz	T-Wert Kontrolle	T-Wert Grundstimmung	T-Wert Durchlässigkeit	T-Wert Soziale Potenz
Alter	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig) N	1,000 ,43	,043 ,791 41	,186 ,258 39	-,086 ,602 39	,218 ,182 39	-,198 ,228 39	-,313 ,052 39	-,327* ,042 39
GBB-BD	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig) N	,043 ,791 41	1,000 ,141 ,387 40	,141 ,387 40	,208 ,197 40	,107 ,513 40	,136 ,404 40	,099 ,545 40	-,001 ,994 40
T-Wert Soziale Resonanz	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig) N	,186 ,258 39	,141 ,387 40	1,000 ,152 ,343 41	-,093 ,564 41	,152 ,343 41	-,533** ,000 41	-,414** ,007 41	-,524** ,000 41
T-Wert Dominanz	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig) N	-,086 ,602 39	,043 ,791 41	-,093 ,564 41	1,000 ,157 ,328 41	,218 ,182 39	,136 ,404 40	,099 ,545 40	-,072 ,653 41
T-Wert Kontrolle	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig) N	,218 ,182 39	,043 ,791 41	,152 ,343 41	-,093 ,564 41	,157 ,328 41	-,109 ,499 41	-,045 ,779 41	-,240 ,130 41
T-Wert Grundstimmung	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig) N	-,198 ,228 39	,136 ,404 40	-,533** ,000 41	,153 ,339 41	-,109 ,499 41	1,000 ,1000 41	,274 ,082 41	,272 ,085 41
T-Wert Durchlässigkeit	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig) N	-,313 ,052 39	,043 ,791 41	-,414** ,007 41	,083 ,607 41	-,045 ,779 41	,274 ,082 41	1,000 ,1000 41	,494** ,001 41
T-Wert Soziale Potenz	Korrelationskoeff. Sig. (2-seitig) N	-,327* ,042 39	-,001 ,994 40	-,524** ,000 41	,072 ,653 41	-,240 ,130 41	,272 ,085 41	,494** ,001 41	1,000 ,1000 41

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig).

t-Test**Gruppenstatistiken**

Geschlecht		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Alter	Weiblich	89	36,2653	13,4767	1,4285
	Männlich	43	40,5970	13,7292	2,0937
GGB-BD	Weiblich	82	34,37	16,99	1,88
	Männlich	42	35,45	14,70	2,27

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-eitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Alter	Varianzen gleich	,009	,926	-1,720	130	,088	-4,3317	2,5181	-9,3135	,6502
	Var. nicht gleich			-1,709	81,751	,091	-4,3317	2,5346	-9,3740	,7107
GGB-BD	Varianzen gleich	2,041	,156	-,352	122	,725	-1,09	3,08	-7,19	5,02
	Var. nicht gleich			-,369	94,015	,713	-1,09	2,94	-6,93	4,76

**FACHBEREICH HUMANMEDIZIN****ZENTRUM FÜR INNERE MEDIZIN**
Abteilung Psychosomatik

Leiter: Prof. Dr. med. W. Schüffel

ZIM, Abteilung Psychosomatik, Baldingerstraße, 35033 Marburg

Hausanschrift: Baldingerstraße, 35043 Marburg

Postanschrift: 35033 Marburg

Telefon (06421) 284012

Telefax (06421) 286724

Datum: - - - - -

Sehr geehrte

Sie waren vor einiger Zeit zum stationären Aufenthalt in unserem Hause.

Um die Arbeit in der Abteilung Psychosomatik zu verbessern, möchten wir Sie rückblickend um Ihre Meinung bitten. Indem Sie uns beiliegenden Fragebogen ausfüllen, helfen Sie uns, Anhaltspunkte zu gewinnen, wo wir weitermachen können wie bisher oder in welcher Weise wir die Arbeit in unserer Abteilung verbessern sollten.

Bitte nehmen Sie sich eine Viertelstunde Zeit, füllen so spontan wie möglich den beiliegenden Fragebogen aus und senden ihn bis zum an uns zurück.

Machen Sie ruhig auch Anmerkungen, Ergänzungen und üben Sie Kritik, wo Sie es nötig finden.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes.

Vielleicht ergibt sich auf diese Weise auch eine Möglichkeit, noch einmal miteinander in Kontakt zu kommen. Für telefonische Rückfragen stehe ich (S. Nittel) Ihnen Mo und Do von 11.30 bis 12.00 Uhr unter der Nummer 06421 – 28 40 10 zur Verfügung.

Im voraus herzlichen Dank für Ihre Mühe!
Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. W. Schüffel

S. Nittel, Dipl.-Psych.



FACHBEREICH HUMANMEDIZIN

ZENTRUM FÜR INNERE MEDIZIN
Abteilung Psychosomatik

ZIM, Abteilung Psychosomatik, Baldingerstraße, 35033 Marburg

Leiter: Prof. Dr. med. W. Schüffel

Hausanschrift: Baldingerstraße, 35043 Marburg

Postanschrift: 35033 Marburg

Telefon (06421) 28 4012

Telefax (06421) 28 6724

Email: schueffe@mail.uni-marburg.de

Datum: 01.09.1998

Sehr geehrte

Vor einiger Zeit haben wir Ihnen einen Fragebogen zugeschickt. Dieser hilft uns, Anhaltspunkte zu gewinnen, wo wir weitermachen können wie bisher oder in welcher Weise wir die Arbeit in unserer Abteilung verbessern sollten.

Dies geht aber nur mit Ihrer Hilfe.

Deshalb bitten wir Sie nochmals, sich eine Viertelstunde Zeit zu nehmen, den Fragebogen so spontan wie möglich auszufüllen und bis zum.....an uns zurückzusenden.

Im voraus herzlichen Dank für Ihre Mühe!
Mit freundlichen Grüßen

S. Nittel, Dipl.- Psych.

**Fragebogen
zu Ihrem Befinden und Ihrer Situation
nach dem stationären Aufenthalt
in der Abteilung Psychosomatik
des Klinikums der Philipps-Universität
Marburg**



Datum

Codenummer

Bitte füllen Sie den Bogen alleine aus und geben Sie die Antwort, die Ihnen spontan als die passende erscheint. Es gibt hierbei keine falschen oder richtigen Antworten. Beantworten Sie bitte möglichst alle Fragen. Die Zahlen, die in Klammern hinter oder unter den Antwortmöglichkeiten stehen, dienen der Auswertung und haben für Sie keine Bedeutung.

1. Geschlecht weiblich (1) männlich (2)

2. Alter: Jahre

3. Aktuelle Familiensituation (Mehrfachankreuzung möglich)

Ich lebe allein..... (1)

Ich lebe zusammen mit Partner/in..... (2)

Ich lebe zusammen mit Partner/in und Kindern..... (3)

Ich lebe zusammen mit Kindern ohne Partner/in (4)

Ich lebe zusammen mit anderen z.B. Freunden (Wohngemeinschaft)..... (5)

Ich lebe zusammen mit Eltern..... (6)

Ich lebe in einer anderen Wohnsituation (7)

Welche? (z.B. Wohnheim, Frauenhaus):.....

4. Anzahl der Kinder? 5. Alter des jüngsten Kindes?

6. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?

7. Wie viele Wochen sind seit Ihrem Aufenthalt bei uns vergangen? Wochen

Für diejenigen, die öfter bei uns waren:

Wie viele Wochen sind seit Ihrem letzten Aufenthalt bei uns vergangen? Wochen

Fragebogen zu Ihrem Befinden und Ihrer Situation nach dem stationären Aufenthalt in der Abteilung Psychosomatik des Klinikums der Philipps-Universität, Marburg 2

Wie war Ihr Befinden vor dem ersten Aufenthalt in der Abteilung Psychosomatik?

		<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8.	allgemeine Leistungsfähigkeit	<input type="radio"/>					
9.	körperliche Verfassung	<input type="radio"/>					
10.	seelische Verfassung	<input type="radio"/>					

Wie war Ihr Befinden direkt nach dem (letzten) Aufenthalt in der Abteilung Psychosomatik?

		<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11.	allgemeine Leistungsfähigkeit	<input type="radio"/>					
12.	körperliche Verfassung	<input type="radio"/>					
13.	seelische Verfassung	<input type="radio"/>					

Wie ist Ihr momentanes Befinden?

		<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14.	allgemeine Leistungsfähigkeit	<input type="radio"/>					
15.	körperliche Verfassung	<input type="radio"/>					
16.	seelische Verfassung	<input type="radio"/>					

Wie hat sich Ihr Befinden nach dem letzten Aufenthalt in der Abteilung Psychosomatik verändert, bzw. ist es gleichgeblieben?

		<i>verbessert</i>	<i>gleichgeblieben</i>	<i>verschlechtert</i>
		(1)	(2)	(3)
17.	Allgemeine Leistungsfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Körperliche Verfassung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Seelische Verfassung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fragebogen zu Ihrem Befinden und Ihrer Situation nach dem stationären Aufenthalt 3
in der Abteilung Psychosomatik des Klinikums der Philipps-Universität, Marburg**

20. Aktuelle berufliche Situation (Mehrfachankreuzung möglich)

Ich bin momentan

- Ich bin *erwerbstätig* (1) Wie lange schon? Monate
 Ich bin *arbeitslos*..... (2) Wie lange schon? Monate
 Ich bin *Rentner/in* (3) Wie lange schon? Monate
 Ich beziehe *Sozialhilfe*..... (4) Wie lange schon? Monate
 Ich bin in *Ausbildung* (Studium, Lehre). (5) Wie lange schon? Monate
 Ich bin *Hausfrau/Hausmann*..... (6) Wie lange schon? Monate
 anderes (Bafög etc.)..... (7) Wie lange schon? Monate

21. Ich bin momentan krank geschrieben Wie lange schon? Monate

22. Welche Erkrankung?.....

Während des stationären Aufenthaltes hat mir geholfen...

		<i>sehr viel</i>	<i>viel</i>	<i>etwas</i>	<i>wenig</i>	<i>sehr wenig</i>
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Gespräch mit Mitpatient/in	<input type="radio"/>				
24.	Gespräch mit Pflegepersonal	<input type="radio"/>				
25.	Gruppentherapie	<input type="radio"/>				
26.	Einzeltherapie	<input type="radio"/>				
27.	Körpertherapie	<input type="radio"/>				
28.	Chefarztvisite	<input type="radio"/>				
29.	Gespräch mit Arzt/Ärztin	<input type="radio"/>				
30.	Entspannungstherapie	<input type="radio"/>				
31.	Gestaltungs- bzw. Maltherapie (erst seit ca. Jan. 1997)	<input type="radio"/>				

32. Haben Sie nach der stationären Therapie eine ambulante Psychotherapie begonnen?

- ja (1) nein (2) Ich habe meine ambulante Therapie fortgesetzt. (3)

Fragebogen zu Ihrem Befinden und Ihrer Situation nach dem stationären Aufenthalt in der Abteilung Psychosomatik des Klinikums der Philipps-Universität, Marburg 4

33. Wenn ja, welche? Einzeltherapie (1) Gruppentherapie (2)

34. Wenn nein, warum nicht?

35. Sind Sie zur Zeit noch in psychotherapeutischer Behandlung?

- ja (1)
- ja, aber mit Unterbrechung (2)
(z.B. Wechsel des Therapeuten)
- nein, Therapie ist abgeschlossen (3)
- nein, Therapie brachte mir nichts (4)
- nein, andere Gründe (5) welche?

Wie viele Wochen waren Sie krank geschrieben?		gar nicht	1 - 2 Wochen	3 - 5 Wochen	6 - 8 Wochen	9 und mehr Wochen
		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	In den 12 Monaten vor dem Aufenthalt bei uns	<input type="radio"/>				
37.	In den 12 Monaten nach dem Aufenthalt bei uns	<input type="radio"/>				
38.	In den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>				

Was hat Sie zu Ihrem ersten Aufenthalt bei uns veranlaßt? (Mehrfachnennung möglich)		stark	mittel	kaum
		(1)	(2)	(3)
39.	körperliche Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.	psychische Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41.	Partnerprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.	familiäre Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43.	Probleme am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.	Sonstige (z.B. Empfehlung vom Hausarzt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fragebogen zu Ihrem Befinden und Ihrer Situation nach dem stationären Aufenthalt 5
in der Abteilung Psychosomatik des Klinikums der Philipps-Universität, Marburg**

**Gibt es Veränderungen seit Ihrer
Entlassung nach dem letzten stationären Aufenthalt?**

		<i>Positive Veränderungen</i>	<i>Negative Veränderungen</i>	<i>Veränderungen haben mit der Therapie zu tun</i>		<i>Keine Veränderungen</i>
				Ja	Nein	
(Mehrfachnennung möglich)		(1)	(2)	(3)	(4)	(3)
45.	In der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.	In der Partnerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47.	Am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	Im Freundes- und Bekanntenkreis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	Im Bereich Hobbies und Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50.	In der ökonomischen Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51.	Im Vertrauensverhältnis zu Ihnen wichtigen Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	Trennungserlebnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53.	Im Verhältnis zum Hausarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.	Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. Was war für Sie persönlich das wichtigste Ereignis/Erlebnis seit Ihrem letzten Aufenthalt bei uns?

.....

.....

.....

.....

.....

56. Wie können Sie Ihrer Meinung nach mit anfallenden Problemen seit dem stationären Aufenthalt bei uns umgehen?

<i>viel besser</i>	<i>etwas besser</i>	<i>gleich geblieben</i>	<i>etwas schlechter</i>	<i>schlechter</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragebogen zu Ihrem Befinden und Ihrer Situation nach dem stationären Aufenthalt in der Abteilung Psychosomatik des Klinikums der Philipps-Universität, Marburg 6

Hatten Sie unmittelbar nach der Entlassung Probleme, sich zu Hause zurecht zu finden?

		<i>trifft stark zu</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft weniger zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>
(Mehrfachnennung möglich)		(1)	(2)	(3)	(4)
57.	Mir kam alles fremd vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58.	Mir fehlten die Mitpatienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.	Mir fehlte die Versorgung durch Arzt u. Pflegepersonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.	Mir fehlten die Therapiesitzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61.	Mir fehlte der geregelte Tagesablauf in der Klinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. Waren Sie durch die Therapie auf die genannten Probleme vorbereitet?

<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<input type="radio"/>				

63. Was hätte Ihnen in der stationären Therapie noch mehr helfen können?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Fragebogen zu Ihrem Befinden und Ihrer Situation nach dem stationären Aufenthalt
in der Abteilung Psychosomatik des Klinikums der Philipps-Universität, Marburg**

Wem können Sie unsere therapeutische Einrichtung empfehlen?

Menschen mit		<i>sehr geeig- net</i>	<i>geeignet</i>	<i>eher nicht geeignet</i>	<i>gar nicht geeignet</i>
		(1)	(2)	(3)	(4)
64.	Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65.	unklaren Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66.	Eßstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67.	Magen- und Darmerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68.	Herzbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69.	Depression und Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70.	Hauterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71.	Muskel- u. Gelenkerkrankungen z.B. Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72.	Partnerverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73.	Erschöpfungsdepression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74.	sozialen Problemen z.B. Arbeitslosig- keit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.	Asthma u. anderen chronischen Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ihre Vorschläge:				
76.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mühe!
Gerne stehen wir Ihnen auch für Fragen oder Anre-
gungen unter o.g. Telefonnummer zur Verfügung.**

WHOQOL – BREF



Deutsche Version

Datum

Codenummer.....

Noch eine Bitte...

In diesem zusätzlichen Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen zwei Wochen. So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?	1	2	3	4	5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen.

Wenn Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen überwiegend die Unterstützung erhalten haben, die sie brauchen, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an.

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?	1	2	3	4	5

Wenn Sie während der letzten zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen, überhaupt nicht erhalten haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an.

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1(G1)	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
2(G4)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Außerst
3 (F1.4)	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Außerst
7 (F5.3)	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, im welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
10 (F2.1)	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5



		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
15 (F9.1)	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
16 (F3.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
26 (F8.1)	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1	2	3	4	5

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen? Ja Nein

Wie lange hat es gedauert, den Fragebogen auszufüllen? _____ Minuten

Haben Sie irgend welche Anmerkungen zu diesem Fragebogen?

.....



Aufnahme-Nr./Jahr:

.....

A U F N A H M E B O G E N

1. Geburtsdatum:.....Geschlecht männl. () weibl. ()

Name:.....Vorname:.....

evtl. Geburtsname:..... Familienstand:

Straße, Haus-Nr.:..... ledig:..... ()
..... verh. in 1. Ehe:..... ()

..... wiederverheiratet:..... ()
..... getrennt lebend:..... ()

PLZ, Wohnort:..... geschieden:..... ()
..... verwitwet:..... ()

..... Telefon:...../.....

2. Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie?.....

3. Beruf und Arbeitgeber:.....

Falls Sie zur Zeit nicht berufstätig sind, welchen Beruf haben

Sie vorher ausgeübt ?.....

4. Falls nicht selbst versichert,
Name des Versicherten:

..... geb. am:.....

5. Krankenkasse, Bezirksstelle:

6. Hausarzt Name:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, (Praxis) Ort:

überweisender Arzt

Name:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, (Praxis) Ort:.....

7. Konfession: römisch-katholisch.....()
 evangelisch.....()
 anderes.....()

8. Bei wem sind Sie bis zu Ihrem 6. Lebensjahr vorwiegend aufgewachsen?
 (Bitte nur eine Antwort geben)

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| Bei Vater und Mutter.....() | Bei Mutter und Stiefvater.....() |
| Nur bei der Mutter.....() | Bei Vater und Stiefmutter.....() |
| Nur beim Vater.....() | In einem Heim.....() |
| Bei Großeltern(teil).....() | Bei sonstigen,nämlich..... |
| In einer anderen Familie.....() | |

9. Waren Sie bis zu Ihrem 6. Lebensjahr einmal länger als drei Monate in
 einem Heim oder Krankenhaus ?

- ja.....()
 nein.....()
 und zwar.....
 weiß ich nicht.....()

10. Können Sie bitte anhand dieser Liste sagen, welchen Schulabschluß Sie ge-
 macht haben? (Bitte nur den höchsten Schulabschluß ankreuzen).

- Vor Haupt- oder Volksschulabschluß abgebrochen.....()
 Volksschulabschluß/Hauptschulabschluß.....()
 Mittlere Reife/Fachschulreife oder gleichwertiger Abschluß.....()
 7., 8. oder 9. Klasse ohne Abitur/Fachabitur.....()
 Abitur oder Fachabitur.....()

11. Was für eine Berufsausbildung haben Sie (Mehrfachnennungen möglich)?

- Keine Berufsausbildung bzw.z.Zt.noch in Ausbildung befindlich.....()
 Bis zu zweijährige Anlernzeit.....()
 Abgeschlossene Lehre.....()
 Abgeschlossene Beamten-/Inspektorenanwärterzeit.....()
 Abschluß einer ein- oder zweijährigen Fachschule/Lehranstalt.....()
 Abschluß an einer Fachhochschule.....()
 Abschluß an einer Universität oder Hochschule.....()

- 17. Geburtsdatum Ihres Vaters:.....
 Falls verstorben, Todesdatum Ihres Vaters:.....
- 18. Welchen Beruf übte Ihr Vater zuletzt aus?.....
- 19. Geburtsdatum Ihrer Mutter:.....
 Falls verstorben, Todesdatum Ihrer Mutter:.....
- 20. Welchen Beruf übte Ihre Mutter zuletzt aus?.....
- 21. Nennen Sie bitte alle Geschwister und sich selbst in der Reihenfolge der Geburt, angefangen mit dem ältesten:

Name:.....	Geb. datum:.....

Sind Sie Zwilling? Ja () Nein ()

22. Angaben über Ihre Wohnverhältnisse:

Wo wohnen Sie?

Eigenes Haus/Eigentumswohnung.....	()
Mietwohnung.....	()
Mietzimmer/zur Untermiete.....	()
Zimmer/Wohnung bei Eltern/Verwandten...	()
Lager.....	()
Obdachlosensiedlung.....	()
Alten- bzw. Pflegeheim etc.	()
Jugend-/Erziehungsheim etc.	()
Sonstiges.....	()

Datum:.....

Geschlecht: männlich
 weiblich

Name, Vorname: A-49

Alter: Jahre

.....

Schulabschluß:
 Volks- oder Hauptschule
 Mittlere Reife
 Abitur
 Hochschulstudium

Auf den folgenden Seiten ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte.

Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der "nicht" - Spalte.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:

	nicht	kaum	einigermaßen	erheblich	stark
1. Schwächegefühl					
2. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern					
3. Druck- oder Völlegefühl im Leib					
4. Neigung zum Weinen					
5. Juckreiz					
6. Ohnmachtsanfälle					
7. Übermäßiges Schlafbedürfnis					
8. Geschlechtliche Untererregbarkeit					
9. Gelenk- oder Gliederschmerzen					
10. Schwindelgefühl					
11. Kreuz- oder Rückenschmerzen					
12. Starkes Schwitzen					
13. Nacken- oder Schulterschmerzen					
14. Gehstörungen					
15. Erbrechen					

	nicht	kaum	einiger- maßen	erheblich	stark
16. Sehstörungen					
17. Anfälle					
18. Übelkeit					
19. Gewichtszunahme					
20. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
21. Drang zum Wasserlassen					
22. Hautveränderungen					
23. Aufstoßen					
24. Überempfindlichkeit gegen Kälte					
25. Sodbrennen oder saures Aufstoßen					
26. Verkrampfung im Arm beim Schreiben					
27. Kopfschmerzen					
28. Überempfindlichkeit gegen Wärme					
29. Rasche Erschöpfbarkeit					
30. Schlafstörungen					
31. Geschlechtliche Über- erregbarkeit					
32. Müdigkeit					
33. Gleichgewichts- störungen					
34. Schluckbeschwerden					
35. Hustenreiz					
36. Gefühl der Benommenheit					

	nicht	kaum	einiger- maßen	erheblich	stark
37. Taubheitsgefühl (Einschlafen, Absterben, Brennen oder Kribbeln in den Händen und Füßen)					
38. Verstopfung					
39. Appetitlosigkeit					
40. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen					
41. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
42. Mattigkeit					
43. Durchfälle					
44. Lähmungen					
45. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
46. Zittern					
47. Halsschmerzen					
48. Leichtes Erröten					
49. Kalte Füße					
50. Heißhunger					
51. Magenschmerzen					
52. Anfallsweise Atemnot					
53. Unterleibschmerzen					
54. Gewichtsabnahme					
55. Druckgefühl im Kopf					
56. Anfallsweise Herzbe- schwerden					
57. Sprachstörung					

A-52

Wenn Sie an krisenhaften oder anfallsartigen Beschwerden leiden, welche der nachfolgend aufgeführten Beschreibungen treffen am ehesten für Ihren Zustand zu?

Machen Sie bitte ein Kreuz in die entsprechende Spalte wie bei den bisherigen Fragen!

Falls Sie nicht an krisenhaften oder anfallsartigen Beschwerden leiden, kreuzen Sie bitte jeweils die "nicht"-Spalte an.

Während des krisenhaften oder anfallsartigen Zustandes leide ich an folgenden Beschwerden:

	nicht	kaum	einigermaßen	erheblich	stark
58. Innere Unruhe					
59. Herzklopfen					
60. Hämmerndes Herzjagen					
61. Unruhige Atmung					
62. Angst, das Herz könne stehen bleiben					
63. Angst, ohnmächtig zu werden					
64. Todesangst					
65. Gesichtsröte					
66. Gesichtsblass					
67. Muskelzittern					
68. Krämpfe					
69. Zähneknirschen					
70. Zungenbiß					
71. Ziehende Schmerzen in der Herzgegend					
Sind Sie während eines Anfalles einmal bewußtlos gewesen?					
	sicher nein	möglich	wahrscheinlich	ziemlich sicher	sicher ja
Wenn ja, wie lange?					
.....Minuten/Stunden					

Sind Ihrer Meinung nach Ihre Beschwerden eher körperlich oder eher seelisch oder auch körperlich und seelisch bedingt ? Kreuzen Sie bitte an, was Ihrer eigenen Meinung nach zutrifft.

	nicht	etwas	zum Teil	überwiegend	allein
körperlich					
seelisch					

Falls Sie unter Beschwerden leiden, die in der Liste nicht vorkommen, bitten wir Sie, diese nachfolgend zu notieren:

	nicht	kaum	einigermaßen	erheblich	stark

Bitte lesen Sie jetzt den ganzen Fragebogen noch einmal durch und prüfen Sie, ob jede Zeile ein Kreuz erhalten hat.

GT-S

Name _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Sie glauben, daß Ihr Verhalten **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

A-55

1 Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2 Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3 Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4 Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5 Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6 Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7 Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8 Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9 Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10 Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11 Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12 Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13 Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14 Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15 Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16 Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17 Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18 Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenu.
19 Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20 Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21 Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22 Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

23 Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24 Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25 Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
26 Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27 Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszu- sehen.
28 Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusam- menzuarbeiten.
29 Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30 Ich glaube, ich kann einem Partner außer- ordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31 Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32 Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33 Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Le- benskampf durchzusetzen.
34 Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35 Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36 Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
37 Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38 Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu an- deren eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39 Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40 Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

**Die Abteilung für Psychosomatik
des Zentrums für Innere Medizin
des Klinikums der Philipps-Universität Marburg**

Die Abteilung für Psychosomatik des Zentrums für Innere Medizin der Philipps-Universität Marburg besteht seit 1976. Sie ist mit acht stationären Planbetten, die auf zwei internistische Stationen verteilt sind, einer poliklinischen Ambulanz und ihrem Konsiliar-/Liaisondienst in die Innere Medizin integriert. Gleichzeitig kooperiert sie eng mit allen weiteren Fachabteilungen des Klinikums. Über die Ambulanz besteht die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Allgemeinärzten und Fachkollegen aller Disziplinen.

Aufnahmeindikation:

Die Indikation zur stationären Therapie besteht grundsätzlich für die Patienten, deren Erkrankung ambulant nicht ausreichend behandelbar ist und bei denen weder die rein fachärztlich-somatische noch eine rein psychotherapeutische Diagnostik und Therapie dem Krankheitsbild gerecht werden kann.

Es handelt sich um Patienten, die ansonsten kaum eine adäquate Hilfe bekommen, da sie ein sehr differenziertes Therapiespektrum sowohl beziehungsmaßiger wie körperlicher Maßnahmen benötigen. Die kontinuierliche Entwicklungsarbeit hat es darüberhinaus ermöglicht, aus dem integrierten Ansatz heraus ein differenziertes Therapieangebot im Bereich der Traumatologie zu entwickeln.

Aufnahmemodus:

Unter dem Leidensdruck der körperlichen Beschwerden erfolgt die Beziehungsaufnahme mit dem Patienten im Rahmen eines ärztlichen Konsils am Krankenbett oder in der Ambulanzsprechstunde nach Überweisung durch den Niedergelassenen. In dieser wichtigen Phase gilt es, dem oft abwehrenden Patienten zu vermitteln, daß Verständnis für seine Lage besteht, ihn für die *gemeinsame Arbeit* an einer Ursachenklärung möglicher psychosomatischer Zusammenhänge zu motivieren und ihn für ein Krankheitsverständnis zu gewinnen, das vom Wirken unbewußter Prozesse und Konflikte ausgeht. Das Ziel ist, Interesse für die Bearbeitung des unbewußten Konfliktes zu wecken und gleichzeitig Einblick in die *eigenen Ressourcen* zu erhalten. Ist eine stationäre Therapie indiziert und die Beziehungsaufnahme gelungen, erfolgt die Aufnahme über die übliche „Verordnung von Krankenhausbehandlung“, die die Kostenübernahme impliziert.

Indikationen:

Indikationen sind grundsätzlich drei Krankheitsgruppen (s.u.), die größten Leidensdruck verursachen und u.U. existenzbedrohend sein können. Zumeist weisen sie einen chronischen Verlauf auf, manche von ihnen sind auch iatrogen fixiert und haben häufig zu wiederholten medizinischen Eingriffen (Endoskopien, Laparoskopien; Medikamentenverordnungen, multiple Bauchoperationen etc.) geführt. Die Krankheitsgruppen sind:

- Krankheiten mit *organpathologischem Korrelat* wie Herzinfarkt, Kardiomyopathie, Hochdruck; Geschwüre des Magens, des Zwölffingerdarms, des Darmes (Colitis ulcerosa,

Morbus Crohn); Pankreatitis; Atemwegserkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale; hormonelle und Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes mellitus, Hyper-, Hypothyreose); Krankheiten der Harnwege und der Sexualorgane einschließlich Potenzstörungen; chronische Schmerzzustände; Krankheiten der Haut (z. B. Neurodermitis, Psoriasis, Ekzeme, Nesselsucht). Ein besonderes Gewicht haben autoaggressive Krankheiten. Hierzu zählen Selbstverletzungen (z.B. durch Medikamente, Messerschnitte, Schlucken von Nadeln, Zuführen von fiebererzeugenden Mitteln etc.) sowie induzierte Fremdverletzungen (sog. Operationssucht) und Krankheiten des Mund- und Kieferbereiches sowie der Zähne.

- Krankheiten *ohne organpathologisches* Korrelat wie Herzangstneurose, Migräne, chronische Hyperventilation, Tinnitus, Schwindel, funktionelle Ober- u. Unterbauchbeschwerden einschl. Diarrhöen/Obstipation, Eßstörungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas), konversionsbedingte Gangstörungen etc.

- Krankheiten und Streßreaktionen nach traumatischen Einwirkungen. Diese werden überwiegend unter der Bezeichnung „*Posttraumatische Streßreaktion*“ akuten oder chronischen Charakters (PTSD) zusammengefaßt. Verursacher sind Situationen, die im Leben eines Menschen üblicherweise - und glücklicherweise - nicht auftreten (z.B. Schwerstverletzungen im Straßenverkehr, aufwendige u. eingreifende operative Eingriffe, Katastrophenopfer, Opfer von Mißhandlungen, Mißbrauch, Vergewaltigung, Folter und andere schwerste traumatische Belastungen).

Kontraindikationen:

Diese sind gegeben in den Fällen florider Psychosen, schwerer Abhängigkeitszustände, Apoplex.

Ziel:

Unser Ziel ist, gemeinsam mit dem Patienten unter Zusammenschau aller Befunde die psycho-somatischen Faktoren zu gewichten und psychosomatische Ursachen von somatopsychischen Folgen zu unterscheiden. Hieraus entwickelt sich eine Auffassung über den Krankheitsverlauf von ärztlicher Seite und von Patientenseite, die zum Ende der stationären Behandlung zu einer optimalen Empfehlung für die integrierende ambulante Weiterbehandlung führt. Während des stationären Behandlungsverlaufes werden Ängste und hieraus resultierende Widerstände gegenüber einem erweiterten Krankheitsverständnis abgebaut, so daß es gelingt, Patienten zu einer mehrdimensionalen *Weiterbehandlung* zu motivieren. Hierdurch wird die Gefahr einer Chronifizierung mit Abhängigkeitsentwicklung und irreversibler Beeinträchtigung vermindert.

Im Rahmen dieser mehrdimensionalen Behandlung kommt i.d.R. der langfristigen hausärztlichen Behandlung nach den Gesichtspunkten einer psychosomatischen Grundversorgung die Hauptbedeutung zu. Komplementär hierzu empfiehlt sich in der Mehrzahl der Fälle eine psychotherapeutische Weiterbehandlung.

Je nach individueller Situation werden diese Maßnahmen durch weitere therapeutisch-rehabilitative Maßnahmen in Abstimmung mit Patient und Hausarzt gestützt. Grundsätzlich gilt die Leitvorstellung, daß der Patient in seiner *Eigenverantwortlichkeit* angesprochen ist.

Behandlungsangebote:

Sie richten sich nach der körperlich befindensmäßigen, der sozialen und der psychischen Situation des Betroffenen. Dem einzelnen wird ein Wochenprogramm angeboten (siehe Wochenplan), das die Diagnostik- u. Behandlungsmöglichkeiten eines Klinikums der Maximalversorgung kritisch sichtet. Das psychotherapeutische Vorgehen ist tiefenpsychologisch fundiert und wird in *systemischer* Weise auf die verschiedenen psychotherapeutischen Techniken bezogen: auf die Untersuchung am Krankenbett wie auf die klinischen Visiten, auf Gruppen- u. Einzelpsychotherapie, Körpertherapie, Autogenes Training, Familientherapie, Paartherapie (siehe Wochenplan). Es schließt sich nach der stationären Behandlung gewöhnlich die langfristige, oben beschriebene Behandlung unter Mitwirkung des Hausarztes an.

Regelmäßige Ambulanzzeit:

Dienstags 08.00 - 11.30 Uhr nach vorheriger Anmeldung unter Tel.: 06421/286-4012

Die Mitarbeiter:

Abteilungsleiter: **Prof. Dr.med. Wolfram Schüffel**

Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Oberärztin: **Dr.med., Dr.med. dent. Annegret Neraal**

Fachärztin für Kinderheilkunde, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin (DPV)

Fachärztin: **Dr.med. Beate Kolb-Niemann**

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie

Diplompsychologin Barbara Schade, NLP-Therapeutin

Diplompsychologe Tilmann Schunk

Medizinische Dokumentationsassistentin **Monika Marstaller, Diplom-Pädagogin**

Gabriele Simmons, Sekretärin

Öffnungszeiten Sekretariat: 08.00 - 12.00 Uhr

Telefon: 06421/2864012

Tele-Fax: 06421/2866724

Email: schueffe@mail.uni-marburg.de

Assoziiert:

Herr Viktor Krufft, Physiotherapeut,
Bewegungstherapie, Physiotherapie

THERAPEUTISCHER WOCHENPLAN

der
Abteilung Psychosomatik

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
9.15 - 10.00	Gruppentherapie *				
10.15 - 11.00	Körpertherapie	Körpertherapie	CHEFVISITE *	Körpertherapie	Körpertherapie
11.15 - 12.00	-----	-----	Körpertherapie	-----	11.10 * Klinische Visite
13.00 - 13.30	Autogenes Training *				
14.00 - 14.45	Klinische Visite *	-----	-----	-----	-----
15.00 - 15.30	Schwimmen	-----	Schwimmen	Schwimmen	-----

T - Turnsaal
* - Raum 0/4214

Termine für Einzelgespräche nach Absprache mit den Therapeuten

Akademische Lehrer

Meine akademischen Lehrer waren die Damen und Herren in Marburg:

Prof. Dr. Arnold, Prof. Dr. Baum, Dr. Bolm, PD Dr. Christiansen, Prof. Dr. Cetin, Prof. Dr. Czubayko, Prof. Dr. Engel, Prof. Dr. Feuser, Dr. Grau, Prof. Dr. Griss, Prof. Dr. Happle, Dr. Hellinger, PD Dr. Hesse, Prof. Dr. Hofmann, Prof. Dr. Kern, Prof. Dr. Koolmann, Prof. Dr. Krieg, Prof. Dr. Lang, Prof. Dr. Maisch, Prof. Dr. Moll, Dr. Dr. Mueller, Prof. Dr. Oertel, Prof. Dr. Dr. Remschmidt, Prof. Dr. Schachtschabel, Prof. Dr. Schulz, Prof. Dr. Schüffel, Prof. Dr. Seifart, Prof. Dr. Voigt, Prof. Dr. Werner

Danksagung

Bei Herrn Prof. Dr. W. Schüffel möchte ich mich für die Überlassung des Themas dieser Dissertation und für die fachliche Unterstützung bedanken.

Der Diplompsychologin Barbara Schade und dem Diplompsychologen Tilmann Schunk gilt mein besonderer Dank für die nette, zuverlässige und fachliche Beratung und Betreuung. Sie waren jeder Zeit erreichbar und mir eine große Hilfe.

Auch meiner Schwester Katrin danke ich recht herzlich für das Gegenlesen und Korrigieren der Arbeit.

Mein ganz besonderer Dank gilt Timm Friedrichs.