

# Untergruppen bei Morbus Crohn. Eine empirische Untersuchung zur Einteilung Morbus Crohn-Kranker in Untergruppen anhand psychologischer Merkmale

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Humanbiologie  
des Fachbereichs Humanmedizin  
der Justus-Liebig-Universität Giessen

vorgelegt von      Walter Osborn

aus                      Frankfurt/Main

Giessen      1998

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin  
Abteilung Medizinische Psychologie  
Leiter: Prof. Dr. Beckmann  
des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Giessen

Gutachter: Prof. Dr. Scheer

Gutachterin: Prof. Dr. Dr. P. Netter

Tag der Disputation: 15. Juni 1999

# Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	DAS KRANKHEITSBILD	5
3	DER MC. IM SPIEGEL DER PSYCHOSOMATISCHEN FORSCHUNG	7
3.1	Intensive Studien im klinischen Kontext	7
3.2	Empirische Untersuchungen relevanter psychologischer Variablen	8
3.2.1	Aggression	9
3.2.2	Depression und Angst	10
3.2.3	Lebensqualität	10
3.2.4	Ich-Störungen	11
3.2.5	Ich-Funktionen	12
3.2.6	Befunde zur Objektbeziehung	13
3.2.7	Elterliches Erziehungsverhalten und familiäre Beziehungen	14
3.2.8	Kritische Lebensereignisse	16
3.3	Somatische Parameter in Beziehung zu psychologischen Variablen	17
3.4	Unterschiede zwischen MC.- und Colitis-Kranken	24
3.5	Psychotherapie bei MC, Effekte, Therapiemotivation und Forschungsprobleme	24
3.6	Randständige Themen der MC.-Forschung	26
3.7	Zusammenfassende kritische Anmerkungen zur Methodik der bisherigen Forschung	26
3.8	Untergruppen, heterogene Befunde in der Literatur	28
3.8.1	Einige methodische Schwächen bei der bisherigen Untergruppenbildung	33
3.8.2	Exkurs: Was ist eine gute Untergruppenbildung?	34
3.9	Zusammenfassung: Zur Heterogenität der psychologischen Befunde	35
4	DER THEORETISCHE RAHMEN	39
4.1	Ausblick auf die theoretische Diskussion	40
4.2	Zur Wechselwirkung leiblicher und seelischer Prozesse	40
4.3	Zur Psychogenese psychosomatischer Störungen	42
4.3.1	Pathogene Affekte und Konflikte	42
4.3.2	Bewältigung und Abwehr im Krankheitsprozess	43
4.3.3	Modelle im Rahmen der Ich-Psychologie	45
4.3.3.1	Das Modell von M. Schur und A. Mitscherlich	45
4.3.3.2	Die alexithyme Ich-Störung	46
4.3.3.3	Das Ich und die Objektbeziehungen	47
4.3.3.4	Ich-Stärke und Objektbeziehungen	48
4.4	Vielfalt der Modelle statt universelle Gültigkeit einzelner Erklärungen	49

4.5	Untergruppen auf der Basis früher Abwehrformen	53
4.5.1	Verleugnung (Alexithymie)	54
4.5.2	Innenwendung der Aggression	56
<b>5</b>	<b>ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN DER EIGENEN UNTERSUCHUNG</b>	<b>59</b>
5.1	Beschreibung des Untergruppenmodells	59
5.2	Zur Methode Untergruppenbildung	63
5.3	Spezifische Fragestellungen und Hypothesen	64
5.3.1	Verteilung der Patienten auf die postulierten Subgruppen	64
5.3.2	Basale Persönlichkeitsmerkmale und Aspekte der sozialen Situation	65
5.3.3	Medizinische Parameter	65
5.3.4	Psychische Beschwerden und Lebenszufriedenheit	66
5.3.5	Bewältigung und Abwehr	66
5.3.6	Psychotherapeutische Ansprechbarkeit	68
5.3.7	Aspekte der Objektbeziehung	69
5.3.8	Stabilität der Untergruppenzuordnung im Zeitverlauf	69
<b>6</b>	<b>METHODIK DER UNTERSUCHUNG</b>	<b>71</b>
6.1	Das Untersuchungsdesign	71
6.1.1	Das Untersuchungsdesign der multizentrischen Teilstudie	71
6.1.2	Das Untersuchungsdesign der Projektstudie	72
6.1.3	Multimodales Messen als Kennzeichen der Untersuchung	72
6.2	Forschungsinstrumente	73
6.2.1	Instrumente zur Selbstbeschreibung	73
6.2.1.1	Das State-Trait-Angstinventar (STAI-X2)	73
6.2.1.2	Das Depressionsinventar von BECK (BDI)	74
6.2.1.3	Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (LEZU)	74
6.2.1.4	Der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU)	75
6.2.1.5	Der Standardisierte Aggressionsfragebogen (SAF)	75
6.2.1.6	Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ)	76
6.2.1.7	Die Skala zur Erfassung sozialer Wünschbarkeit (SDS-CM)	77
6.2.1.8	Der Streßverarbeitungsfragebogen (SVF)	78
6.2.1.9	Der Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen)	80
6.2.1.10	Der Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)	81
6.2.1.11	Das Gießen-Test-Selbstbild (GT-S)	81
6.2.2	Instrumente zur Fremdbeurteilung der MC.-Patienten	82
6.2.2.1	Der Psychische und Sozial-Kommunikative Befund (PSKB)	82
6.2.2.2	Helping Alliance aus der Sicht des Therapeuten (HAQ)	83
6.2.2.3	Das Gießen-Test-Fremdbild (GT-F)	83
6.2.2.4	Das Verhalten im Interview (VHI)	84
6.2.3	Der Repertory Grid (GRID)	85
6.3	Prüfung der Interraterübereinstimmung bei den Fremdbeurteilungsinstrumenten	87
6.3.1	Der PSKB	88
6.3.2	Das Gießen-Test-Fremdbild (GTF) und das Verhalten im Interview (VHI)	91
6.4	Medizinische Parameter	93
6.4.1	Der Crohn-Disease-Activity-Index (CDAI)	93
6.4.1.1	Die Bestimmung des CDAI in der multizentrischen Studie	93
6.4.1.2	Die Bestimmung des vereinfachten CDAI in der Projektstichprobe	94
6.4.2	Der Krankheitsverlauf	94
6.4.2.1	Zur Bewertung der Krankheitsverläufe in der multizentrischen Studie	95
6.4.2.2	Anzahl der MC.- bedingten Krankenhausaufenthalte und Darmresektionen	95

6.5	Operationalisierung der gruppenstiftenden Merkmale	95
6.5.1	Zur Operationalisierung des verleugnenden Verhaltens	96
6.5.1.1	Effekte der Grenzwertsetzung auf die Gruppengröße	97
6.5.1.2	Exkurs: „Verleugnung“ und Soziale Erwünschtheit	98
6.5.2	Zur Operationalisierung des autoaggressiven Verhaltens	99
6.6	Stichproben der Untersuchung	100
6.6.1	Grundlagen der Stichprobengewinnung in der multizentrischen Studie	101
6.6.2	Ein - und Ausschlußkriterien	102
6.6.3	Zugangswege zu den Patienten	102
6.6.4	Grundlagen der Stichprobengewinnung in der Projektstudie	103
6.6.5	Ein - und Ausschlußkriterien	103
6.6.6	Zugangswege zu den Patienten	104
6.6.7	Mögliche Gründe für die Ablehnung der Studienteilnahme	105
6.7	Beschreibung der Stichproben	105
6.7.1	Basale Persönlichkeitsmerkmale und Aspekte der sozialen Situation	106
6.7.2	Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote	108
6.7.3	Die Krankheitssituation	109
6.8	Statistische Auswertung und Präsentation der Untersuchungsdaten	113
6.8.1	Die Handhabung von Missing-Werten	113
6.8.2	Statistische Verfahren	113
6.8.3	Der Alphafehler bei der Ergebnissicherung	114
6.8.4	Zur Kreuzvalidierung der Befunde	115
6.8.5	Anmerkungen zur Ergebnispräsentation	115
<b>7</b>	<b>DIE UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE</b>	<b>117</b>
7.1	Verteilung der MC.-Patienten auf die postulierten Untergruppen	117
7.2	Basale Persönlichkeitsmerkmale, Aspekte der sozialen Situation	121
7.3	Die Untergruppen in Beziehung zu medizinischen Parametern	125
7.4	Psychische Beschwerden und Lebenszufriedenheit	129
7.5	Bewältigung und Abwehr	147
7.6	Psychotherapeutische Ansprechbarkeit	157
7.7	Aspekte der Objektbeziehung	165
7.8	Stabilität der Untergruppen im Zeitverlauf	172
<b>8</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>181</b>
8.1	Die Patientenstichprobe und deren Repräsentativität	181
8.2	Die Datenerhebung	183
8.3	Das Design	184
8.4	Die Verteilung der Patienten auf die Subgruppen	185
8.5	Basale Persönlichkeitsmerkmale und Aspekte der sozialen Situation	187
8.6	Die Untergruppen in Beziehung zu medizinischen Parametern	187

8.7	Psychische Beschwerden und Lebenszufriedenheit	190
8.8	Bewältigung und Abwehr	195
8.9	Psychotherapeutische Ansprechbarkeit	199
8.10	Aspekte der Objektbeziehung	205
8.11	Stabilität der Untergruppen im Zeitverlauf	209
8.12	Die Ergebnisse insgesamt	213
8.13	Die Restgruppe	213
8.14	Relevanz der Subgruppen, noch einmal	215
9	ZUSAMMENFASSUNG	219
10	LITERATURVERZEICHNIS	223
11	ANHANG	237
11.1	Untersuchungsbefunde der Gesamtgruppe der MC.-Patienten	237
11.1.1	Befunde der Projektstichprobe	237
11.1.2	Befunde der multizentrischen Stichprobe	238
11.1.3	Befunde der multizentrischen- und der Projektstichprobe im Vergleich	239
11.2	Ergänzende statistische Abgaben zu den Ergebniskapiteln	240
11.2.1	Verteilung der MC.-Patienten auf die Subgruppen	240
11.2.2	Basale Persönlichkeitsmerkmale und Aspekte der sozialen Situation	241
11.2.3	Die Untergruppen in Beziehung zu medizinischen Parametern	242
11.2.4	Psychische Beschwerden und Lebenszufriedenheit	244
11.2.5	Bewältigung und Abwehr	250
11.2.6	Psychotherapeutische Ansprechbarkeit	253
11.2.7	Objektbeziehungen	255
11.3	Forschungsinstrumente	258
11.3.1	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (LEZU)	258
11.3.2	Der Standardisierte Aggressionsfragebogen (SAF)	259
11.3.3	Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ), Angaben des Patienten	260
11.3.4	Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ), Angaben des Therapeuten	261
11.3.5	Fremdrating: Verhalten im Interview (VHI)	262
11.3.6	Wochenberichtsbogen/ Projektstudie	266

## DANKSAGUNG

## LEBENS LAUF

## 1 Einleitung

Der Morbus Crohn (MC.) und die Colitis ulcerosa stellen die zwei Varianten der sog. chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) dar. Im Jahre 1932 beschrieben erstmals CROHN et al. 14 Fälle mit entzündlichen Veränderungen im terminalen Ileum und bezeichneten die beobachtete Erkrankung als ileitis terminalis. In der neueren Literatur hat sich die Bezeichnung Morbus Crohn (MC.) durchgesetzt. In späteren Untersuchungen zeigte es sich, daß die Entzündung nicht auf das terminale Ileum begrenzt ist, sondern das gesamte Verdauungssystem vom Mund bis zum After befallen kann.

Schon sehr bald nach der Erstbeschreibung der Erkrankung wurde über psychosomatische Ursachen der Erkrankung spekuliert und geforscht, um so mehr, als die letztendlichen Ursachen der Erkrankung ungeklärt waren und auch weiterhin unbekannt sind. Die Früchte dieser Arbeit sind in nahezu 100 empirischen oder klinischen Publikationen dokumentiert. Das psychosomatische Interesse für die MC.-Erkrankung ist aber bei weitem nicht so intensiv ausgeprägt, wie es für andere psychosomatische Erkrankungen des gastrointestinalen Systems, wie z.B. die Colitis ulcerosa oder die Ulcuskrankheit der Fall ist. Erst in den letzten Jahren hat das Forschungsinteresse zugenommen.

Die psychosomatische MC.-Forschung hat im Laufe der Zeit einige Veränderungen erfahren. So hat sich die Gewichtung psychischer Faktoren durch die Betonung multifaktorieller Erklärungskonzepte gewandelt. Es ist nicht mehr so sehr die Frage, ob der MC. eine psychosomatische Erkrankung darstellt, eher geht es i.S. einer multifaktoriellen Sichtweise darum, ob psychische Faktoren neben anderen Einflußgrößen genetischer, immunologischer, infektiöser und alimentärer Natur die Krankheit mitbedingen. Zunehmend wird heute gesehen, daß die beobachtbaren psychischen Auffälligkeiten bei einigen MC.-Patienten auch eine Folge der schwerwiegenden körperlichen Erkrankung sein können. Diese Einsicht, die eine Erweiterung des psychosomatischen zu einem somato-psychisch-psycho-somatischen Modell bedeutet, hat die Ätiologieforschung in eine Krise gestürzt. Nimmt man die Beobachtung ernst, daß die Krankheit selbst zu psychischen Beeinträchtigungen führen kann, sind Rückschlüsse auf die prämorbid Struktur aufgrund der Untersuchung an bereits erkrankten Patienten nicht zulässig, jedenfalls nicht in der naiv selbstverständlichen Weise, die für manche frühere Untersuchung kennzeichnend ist.

Die Sensibilisierung für die psychischen Folgen der Krankheit hat in der psychosomatischen Forschung auch zu einer stärkeren Berücksichtigung der längerfristigen und der akuten somatischen Verfassung der Patienten geführt. Während ältere Untersuchungen der somatischen Situation keine oder kaum Beachtung geschenkt haben, gehen neuere Forschungsarbeiten bei der Dokumentation der somatischen Erkrankung sehr viel genauer vor, indem sie die akute Krankheitsaktivität und den vorausgegangenen Krankheitsverlauf detailliert berücksichtigen.

Die Forschung ist nicht nur in bezug auf die Auswirkungen der somatischen Erkrankung sensibler geworden, sondern hat zugleich auch an einer Verbesserung des forschungsmethodischen Vorgehens gearbeitet, was sich in dem Bemühen um größere repräsentative Stichproben und verbesserte Erhebungsmethoden zeigt. Diese Entwicklungen haben zu einem differenzierteren Bild der MC.-Erkrankung aus psychosomatischer Sicht und zu einer gewissen Rücknahme einer generellen Pathologisierung der MC.-Patienten beigetragen, die gerade in frühen klinischen Studien besonders spürbar ist.

Gleichwohl bleiben nicht wenige Fragen offen, nicht wenige Kontroversen ungeklärt. Mitte des Jahres 1989 brachte daher eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ein Forschungsprojekt auf den Weg, das sich die Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen bei der Behandlung von MC.-Patienten im Rahmen einer randomisierten, prospektiven Studie zum Ziel gesetzt hatte. Die Behandlung der MC.-Patienten in dem interdisziplinären Therapieprojekt hat nicht nur

wichtige Ergebnisse über therapeutische Wirksamkeit hervorgebracht, sondern auch neue Fragen aufgeworfen oder bekannte Fragen zugespitzt. Eine Frage, die sich immer wieder gestellt hat, ist die, welche Patienten von einer analytisch orientierten Psychotherapie angesprochen werden können und bei welchen Patienten dies nicht befriedigend gelingt. Diese Frage entspringt der Erfahrung, daß die Patienten, die mit der gleichen somatischen Diagnose versehen in das Therapieprojekt eintraten, in den therapeutischen Gesprächen sehr unterschiedlich erlebt wurden. Diese Heterogenität sprang um so mehr ins Auge, je mehr die Zahl der Patienten anwuchs, die im Laufe der wissenschaftlichen und therapeutischen Arbeit untersucht und behandelt wurden. Angesichts dieser Erfahrung, die in allen Studienzentren diskutiert wurde, erschienen die globalen Ansichten über MC.-Patienten als der Ausdruck eines Uniformitätsmythos, der dringend korrigiert werden sollte.

Es scheint auch, daß die stagnierende Diskussion, z.B. über die Frage, ob psychische Beschwerden wie Angst und Depression eher eine Folge der akuten Erkrankung oder Ausdruck einer psychischen Störung sind, vorangebracht werden kann, wenn die Gesamtgruppe der Patienten differenziert betrachtet wird. Eine solche Betrachtung der Patienten könnte auch für die psychotherapeutische Indikationsentscheidung nützlich sein. Die klinischen Erfahrungen aus dem Therapieforschungsprojekt legen es nahe, daß nicht alle Patienten gleichermaßen durch tiefenpsychologische Verfahren angesprochen werden können. Aus diesen Überlegungen entsprang die Zielsetzung der vorliegenden Studie, nämlich Untergruppen zu identifizieren, die zu einer klinisch relevanten Einteilung der MC.-Patienten führen.

Freilich ist die Idee der Untergruppenbildung nicht neu. In einer Synopsis der psychosomatischen Forschungsliteratur zum MC. stellte FEIEREIS (1990) fest: „Eine spezifische, für den MC. typische Persönlichkeits- oder Familienstruktur läßt sich bisher nicht verifizieren“ (S.807). Einige Forscher haben die Heterogenität der MC.-Patienten bereits zum Anlaß genommen, Untergruppen zu bilden (REINDELL et al. 1981, HÄUSER 1985, v.WIETERSHEIM 1994). Parallel zu der Planung und Realisierung dieser Arbeit sind weitere Untersuchungen entstanden, die sich auf die eine oder andere Weise mit der Frage der Untergruppenbildung befaßt haben oder indirekt dazu beigetragen haben (FEDERSCHMIDT 1993, KÜCHENHOFF 1993, KÜNSEBECK 1993). Auf dem Hintergrund dieser Arbeiten schien es notwendig, die Zielsetzung der geplanten Untersuchung präziser zu definieren. Daß Untergruppen gefunden werden können, scheint einigermaßen belegt, so daß es nicht sehr erkenntnisreich wäre, ein weiteres Mal aufzuzeigen, daß man irgendwelche Untergruppen identifizieren kann.

Die Untergruppenmodelle, die vorliegen, weisen neben offensichtlichen Ähnlichkeiten auch deutliche Unterschiede auf. Solche Unterschiede betreffen die Anzahl der Subgruppen und ebenso die Merkmale oder Merkmalskombinationen, durch die die Untergruppen inhaltlich definiert sind. Unklar ist somit die Frage, welche Untergruppen sinnvollerweise gebildet werden sollen.

Eine Antwort auf diese Frage verlangt ein gut begründetes Vorgehen bei der Untergruppenbildung. Untergruppen werden nämlich nicht im Datenmaterial entdeckt, wie es bei der Anwendung heuristischer Verfahren, wie der Clusteranalyse, der Faktorenanalyse oder der Konfigurationsfrequenzanalyse manchmal scheinen mag. Bei der Untergruppenbildung handelt es sich um eine Konstruktion. Es müssen die Merkmale ausgewählt und gewichtet werden, die in die Untergruppenbildung einfließen; es muß ein Abbruchkriterium definiert werden, das die Anzahl der Subgruppen bestimmt, und es müssen Kriterien gewonnen werden, die über die Relevanz der verschiedenen möglichen Subgruppenkonstruktionen entscheiden. Bei der hier geplanten Untersuchung wird die Gruppenkonstruktion daher deduktiv angegangen. Aufbauend auf einer intensiven Sichtung der einschlägigen Literatur und gestützt auf theoretische Vorüberlegungen, werden Untergruppen definiert, die die vorliegenden Forschungsbefunde möglichst gut integrieren sollen. Die Patienten werden dann anhand expliziter, möglichst gut be-



gründeter Zuordnungsregeln und Merkmale jeweils einer zuvor festgelegten Untergruppe zugewiesen.

In einem weiteren Untersuchungsschritt werden die so definierten Untergruppen als unabhängige Variablen hypothesengeleitet zu wichtigen medizinischen und psychosozialen Merkmalen in Beziehung gesetzt. Das Ausmaß, in dem die Untergruppen zwischen diesen Merkmalen, die die abhängigen Variablen darstellen, wie erwartet differenzieren, bestimmt über ihre Relevanz.

Die Arbeit beginnt nach der Darstellung des Krankheitsbildes mit einer ausführlichen Sichtung der einschlägigen Literatur mit dem Ziel, mögliche Subgruppen herauszukondensieren. In einem weiteren Kapitel wird der theoretische Hintergrund erarbeitet. Dabei gehe ich von einer psychoanalytischen Perspektive aus. Zweifellos hat die Psychoanalyse ihre ausschließliche Rolle als Erklärungsmodell psychosomatischer Erkrankungen eingeübt. Auch der verhaltensmedizinische Ansatz bietet interessante Perspektiven. Die Entscheidung für das psychoanalytische Modell im Rahmen dieser Arbeit ist eine persönliche Setzung und reflektiert z.T. auch die Tatsache, daß die bisherige MC.-Forschung vorwiegend mit psychoanalytischen Konzepten operiert. Anschließend werden - gestützt auf Theorie und Empirie - die Untergruppen definiert und Hypothesen formuliert, die präzisieren, wie die definierten Untergruppen als unabhängige Variablen zwischen wichtigen psychosozialen Merkmalen differenzieren. Das folgende Hauptkapitel ist der Forschungsmethodik gewidmet: dem Design der Studie, den psychologischen Erhebungsinstrumenten, den medizinischen Parametern und der Operationalisierung der gruppenstiftenden Merkmale. Die Rekrutierung der Stichproben wird beschrieben, die Stichprobenkennwerte werden dargestellt und verglichen. Es sei schon hier auf eine, für den Leser möglicherweise verwirrende Besonderheit der vorliegenden Untersuchung hingewiesen. Die Untersuchung basiert auf zwei unabhängig voneinander gewonnenen Stichproben. Diese Stichproben entstammen zwei unterschiedlichen Studien, die zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt wurden. Die beiden Teilstichproben werden im Interesse einer einfachen sprachlichen Kennzeichnung im Text als Projektstichprobe und als multizentrische Stichprobe benannt. Überlegungen zu der statistischen Auswertung schließen das Methodenkapitel ab. Das folgende Hauptkapitel stellt die Ergebnisse der Untersuchung in mehreren inhaltlich gegliederten Unterkapiteln dar. Die Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse bilden den Abschluß der Arbeit. Weiterführende statistische Angaben, die den Rahmen der Darstellung gesprengt hätten, finden sich im Anhang. Dort ist auch ein im Rahmen dieser Arbeit neu konstruiertes Interviewrating beschrieben. Darüber hinaus werden einige Fragebogeninstrumente dargestellt, die bisher nur als Forschungsversion publiziert sind.

## 2 Das Krankheitsbild

Unter den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) werden die Colitis ulcerosa und der MC. zusammengefaßt. Im folgenden wird das Krankheitsbild des MC. beschrieben.

### Symptomatik

Der MC. verläuft zumeist im Wechsel von Krankheitsschüben und Remissionsphasen, während der der Patient keine oder geringere Beschwerden erlebt. Die häufigsten klinischen Symptome der Krankheit im akuten Schub sind Bauchschmerzen, mit z.T. kolikartigem Charakter, häufiger Stuhldrang, bei weicher bis flüssiger Stuhlkonsistenz. Infolge der Entzündung leiden die Patienten unter Fieber und einem allgemeinen Krankheitsgefühl. Ein weiteres Hauptsymptom ist ein oft starker Gewichtsverlust.

Beim MC. treten neben den genannten Hauptsymptomen zahlreiche Symptome auf, die entweder extraintestinale Manifestationen der Erkrankung sind, die durch die beeinträchtigte Darmfunktion hervorgerufen werden oder Folgekrankheiten und Nebenwirkungen der Therapie darstellen (vergl. ADLER 1993, S.56-74). Eine der häufigsten Komplikationen sind Fistelbildungen. Es können Fistelungen zwischen verschiedenen Darmschlingen, dem Darm und inneren Organen und der Haut auftreten. Weitere Komplikationen sind Stenosen, Konglomeratumore und anorektale Abszesse.

Die Symptome sind bei den einzelnen Patienten unterschiedlich ausgeprägt, da das klinische Bild entscheidend von der Lokalisation der Entzündung und dem Ausmaß der Erkrankung geprägt wird. Obwohl der MC. im gesamten Gastrointestinaltrakt auftreten kann, ergeben sich bevorzugte Entzündungsorte. Bei der Erstdiagnose sind in der Hälfte der Fälle das Ileum und das Colon gemeinsam befallen, bei ca. einem Drittel der Patienten beschränkt sich der Befall nur auf das Ileum alleine, ca. 20% der Patienten weisen Entzündungszeichen ausschließlich im Colon auf. Bei einem kleinen Teil der Patienten kann ein Befall des Duodenums, des Magens, und des Ösophagus beobachtet werden.

### Diagnosestellung

Für die Diagnosestellung müssen mehrere Kriterien erfüllt sein (MALCHOW und DAISS 1984, ADLER 1993). Zu den üblichen diagnostischen Verfahren zur Sicherung der Diagnose zählen, neben Coloskopie und Gastroskopie einschließlich der Biopsie, die Röntgendarstellung des Dünndarmes, laborchemische Untersuchungen und die klinische Befunderhebung. Typische endoskopische Befunde, die zur Diagnosesicherung beitragen, sind Aphten, Stenosen, Fisteln und das sog. Pflastersteinrelief. Trotz dieser ausgefeilten Diagnostik ist eine Abgrenzung zur Colitis ulcerosa nicht immer sicher möglich.

### Verlauf

Die Erkrankung verläuft bei den meisten Patienten in Schüben, so daß Phasen gesteigerter Krankheitsaktivität mit Phasen körperlichen Wohlbefindens abwechseln. Bei 20% der Patienten ist eine entzündliche Aktivität ständig vorhanden. „Bei 35% der Patienten ist die Erkrankung nur intermittierend aktiv, bei 45% der Patienten ist sie im Verlauf (5-10 Jahre nach Erstdiagnose) klinisch inaktiv“ (ADLER 1993, S.21). Im Verlauf der Erkrankung breitet sich der MC. über weitere Darmabschnitte aus. Nach 10 jähriger Krankheitsdauer hat sich die Entzündung auf Dün- und Dickdarm ausgebreitet und ist nur noch in 11% auf den Dünndarm und in 17% auf den Dickdarm beschränkt (vergl. STARLINGER 1993). Mit zunehmender Krankheitsdauer steigt die Wahrscheinlichkeit einer operativen Darmentfernung. 10 Jahre nach der Erstdiagnose sind 55% der Patienten mindestens einmal operiert (vergl. BINDER et al. 1985). Mehrere Darmresektionen bei einem Patienten sind keine Seltenheit. Neben den

Darmresektionen erfordern die Fistelungen häufig operative Maßnahmen. Trotz intensiver Verlaufsbeobachtungen an großen Patientengruppen, die zu den vorgenannten Ergebnissen geführt haben, ist der langfristige Krankheitsverlauf im Einzelfall bisher kaum vorhersagbar.

#### Medizinische Therapie

Die medizinische Behandlung des MC. umfaßt medikamentöse und chirurgische Maßnahmen. Die medikamentöse Therapie ist im akuten Schub auf die Unterdrückung der Entzündungsaktivität gerichtet, darüber hinaus hat sie das Ziel, das Auftreten von rezidivierenden Schüben zu verhindern. Für die chirurgische Therapie ergeben sich, neben einigen relativen, mehrere absolute Indikationen (vergl. STARLINGER 1993). Der MC. ist jedoch weder medikamentös noch durch einen chirurgischen Eingriff heilbar. Das Wiederauftreten der Erkrankung früher oder später nach einer Darmresektion ist die Regel.

#### Ursachen der Erkrankung

Die Ätiologie des MC. ist bis heute unbekannt. Diskutiert werden, neben einer genetischen Prädisposition, immunologische und mikrobiologische Faktoren. Darüber hinaus wurden der Einfluß der Ernährung, des Zigarettenrauchens und die Wirkung bestimmter Medikamente als Faktoren untersucht, die die Auslösung der Erkrankung begünstigen. Gegenwärtig scheint ein multifaktorielles Modell am meisten tragfähig, das von einem Zusammenwirken mehrerer Ursachen ausgeht. Inwieweit für die Auslösung des MC. auch psychische Faktoren eine Rolle spielen, wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Eine ausführliche Diskussion somatischer Krankheitsfaktoren ist für die weitere Bearbeitung des Themas nicht relevant. Eine angemessene Darstellung dieser medizinischen Problematik würde zudem die Kompetenz des Autors überfordern. Hier sei zum Abschluß dieser Thematik eine Einschätzung von KÜNSEBECK (1993) angeführt, der die Bedeutung einer psychophysiologischen Perspektive darstellt: „Neuere pathogenetische Konzepte zum MC. haben in zunehmendem Maße psychophysiologische und psychoneuroimmunologische Zusammenhänge betont. In diesem Rahmen werden vor allem die Beeinflussung der motorischen, sekretorischen, absorptiven und biochemischen Funktionen des Darmes durch das zentrale Nervensystem analysiert, wobei die psychische Befindlichkeit über die Mediatoren Cortex und Hypothalamus sowie das autonome Nervensystem auf den Darm einwirkt .... In einer derartigen Modellbetrachtung können sich sowohl intrapsychische als auch interpersonale Belastungen über Vermittlungsglieder des zentralen Nervensystems auf der Organebene auswirken“ (S.159).

#### Epidemiologie

Die entsprechenden Studien zeigen erhebliche Schwankungen bezüglich der angegebenen Inzidenz und Prävalenz. Hinsichtlich Inzidenz und Prävalenz bestehen nämlich regional (Stadt versus Land) und geographisch bedingt deutliche Unterschiede. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen schwankt zwischen 2 bis 10 Fällen pro 100 000 Einwohnern. Die Prävalenz des MC. ist wegen des chronischen Krankheitsverlaufs erheblich höher als die Inzidenz. Die Prävalenz wird mit 34 bis 146 pro 100 000 Einwohnern angegeben.

Die meisten Patienten erkranken im Alter zwischen 15 und 30 Jahren. Zu einem deutlich geringeren Prozentsatz finden sich aber auch Patienten, die schon im Kindesalter erkrankt sind und ebenso Patienten, bei denen der MC. erst im Senium ausbricht. Das Geschlechtsverhältnis schwankt ebenfalls zwischen verschiedenen Untersuchungen. Insgesamt zeichnet sich jedoch ein leichtes Überwiegen der Frauen bei den MC.-Patienten ab.

### **3 Der MC. im Spiegel der psychosomatischen Forschung**

Seit der MC. von CROHN et al. (1932) erstmals als selbständige Krankheitseinheit beschrieben wurde, sind MC.-Patienten immer wieder psychodiagnostisch untersucht und z.T. auch psychotherapeutisch behandelt worden. Dennoch wurde dem MC. zunächst nicht die Aufmerksamkeit zuteil, die anderen hinsichtlich der Belastung für den Patienten vergleichbaren psychosomatischen Krankheiten entgegengebracht wurde. Erst in der vergangenen Dekade ist das psychosomatische Forschungsinteresse für MC. etwas mehr angewachsen.

#### **3.1 Intensive Studien im klinischen Kontext**

Es ist bemerkenswert, daß im Vergleich zu anderen psychosomatischen Erkrankungen bezüglich des MC. nur relativ wenige Ergebnisse vorliegen, die in Untersuchungen gewonnen wurden, bei denen ein längerer therapeutischer Kontakt zu den Patienten bestand. Aus psychoanalytischer Perspektive könnte man hier eine Gegenübertragungsreaktion vermuten, die auf besondere Schwierigkeiten in der therapeutischen Zusammenarbeit mit den MC.-Patienten hinweist. Über längerfristige psychoanalytische oder tiefenpsychologisch orientierte Behandlungen oder Beratungen berichten SPERLING (1960), RIEMER (1960), PARFITT (1967), PAULLEY (1971, 1974), SAVITT (1977), SCHULTHEIS und v.UEXKÜLL (1979), GERICH (1980), FREYBERGER et al. (1980, 1985), WEIß und ZACHER (1986 a,b).

Obwohl die zumeist psychoanalytisch ausgerichteten Autoren in ihren metapsychologischen Konzepten und zusammenfassenden Deutungen teilweise deutlich voneinander abweichen, was auch mit dem theoriegeschichtlichen Hintergrund der Fallbeschreibungen zusammenhängt, wird als gemeinsames Merkmal der klinischen Studien die Auffassung deutlich, daß die MC.-Patienten unter einer mehr oder minder schweren psychischen Störung leiden. Es zeichnen sich immer wieder Züge einer Ich-Störung ab, d.h. einer Störung der Fähigkeit, Spannungen, Affekte und Frustrationen mit seelischen Mitteln zu bewältigen.

Merkmale, die in diesem Sinne herausgestellt werden, sind die Unfähigkeit, sich selbst auszudrücken, Gefühle zu zeigen und emotionale Spannungen längere Zeit psychisch in der Schwebe zu halten. Die Diarrhöen würden als Mittel der Spannungsabfuhr genutzt (SPERLING 1960, RIEMER 1960, SCHULTHEIS und v.UEXKÜLL 1979). Die Patienten erscheinen einerseits leicht erregbar und andererseits überangepaßt und in ihrer aggressiven Selbstbehauptung gehemmt, wobei insbesondere RIEMER (1960) die Innenwendung der Aggression als einen zentralen pathogenetischen Mechanismus hervorhebt. Andererseits weist PAAR (1988) unter Bezugnahme auf RIEMER (1960), FÜRMAIER (1980) und MAI (1989) auf ein situationsinadäquates aggressives Agieren als Charakteristikum der MC.-Patienten hin. Bei der Auslösung der Erkrankung spielten frustrierende, aggressionsinduzierende Beziehungserfahrungen, Verlusterlebnisse und narzißtische Kränkungen eine wichtige Rolle (SAVITT 1977, SCHULTHEIS und v.UEXKÜLL 1979, GERICH 1980, WEIß und ZACHER 1985). Die Verlusterlebnisse würden auf dem Hintergrund einer engen Abhängigkeitsbindung übersteigert erlebt. Dabei zeichnen sich mindestens zwei Bindungsmuster ab: Ptn., deren Objektbeziehungen durch (tendenziellen) Rückzug und Abweisung gekennzeichnet sind und Patienten, die sich an ihr Schlüsselobjekt anklammern.

Aus triebtheoretischer Perspektive verweist die aggressive Gehemmtheit auf Störungen der sog. „analen“ Entwicklungsphase, wo gemäß der psychoanalytischen Entwicklungstheorie im paradigmatischen Kampf um Reinlichkeit und anale Selbstbestimmung nicht nur der Umgang mit aggressiven Affekten wesentlich geprägt, sondern auch die Balance zwischen Selbstkontrolle und Spontaneität eingeübt wird. Solange die psychoanalytische Psychosomatik triebtheoretisch geprägt war, wurde dem analen Konfliktgeschehen eine Schlüsselrolle für die Genese der somatischen Störung zugeschrieben. Der anale Konflikt, an dem der Pt. infolge der kühlen und abweisenden Strenge seiner Erziehungspersonen scheiterte, führe nicht nur zu der zwanghaften Selbstregulation und der aggressiven Hemmung, sondern auch zu einer Überbesetzung des Darmes und der Ausscheidungsfunktion mit konflikthaften psychischen Inhalten, die fortan körperlich ausgetragen würden, wobei verschiedene Überlegungen angestellt wurden, wie es lebensgeschichtlich zu einer Koppelung psychischer und somatischer Prozesse kommen kann. Auf der Basis einer Psychoanalyse mit einem MC-Patienten äußerte SAVITT (1977) beispielsweise die Hypothese, daß ihr Patient mit seinen Diarrhöen die aggressive Wunschphantasie ausdrücke, die gehaßte Mutter aus dem Körper auszustoßen.

Die neuere psychoanalytische Psychosomatik ist aber, wie KÜCHENHOFF (1993) feststellt, sehr viel vorsichtiger geworden bei dem Versuch, autonomen Körperprozessen psychische Bedeutungen zuzuschreiben. Gleichzeitig hat sich auch ein Wandel im theoretischen Verständnis ergeben, indem triebtheoretische Überlegungen durch Ich-psychologische und objektbeziehungstheoretische Gesichtspunkte ergänzt oder abgelöst werden.

Während die vorgenannten Autoren nur jeweils eine kleinere Patientengruppe überblicken, können sich PAULLEY (1971), FREYBERGER et al. (1982) bei ihren Ergebnissen immerhin auf eine breitere klinische Erfahrungsgrundlage stützen. PAULLEY (1971) berichtet über 40 MC.-Patienten, die er über mehrere Jahre medizinisch und psychotherapeutisch betreute. Als Niederschlag dieser Erfahrung beschreibt er die Patienten als ausgesprochen abhängig gebunden, jedoch trete dieses Merkmal bei den MC.-Patienten weniger offen zutage, als es bei Colitis-Patienten der Fall sei. Die Patienten, selbst unfähig, ihren Ärger auszudrücken, zeigten eine extreme Abneigung gegenüber Streitsituationen, wo sie alsbald die Rolle des Friedensstifters übernahmen, dabei aber in der Gefahr stünden, zwischen die Fronten der streitenden Parteien zu geraten. Diese Position zwischen den Fronten, die PAULLEY als „in-between-Situation“ in die Diskussion eingeführt hat, stelle für die MC.-Patienten eine „typische“ Auslösesituation dar. FREYBERGER et al. (1982) berichten von psychotherapeutischen Erfahrungen mit 50 MC.-Ptn. Der Autor hebt als gemeinsames Merkmal die psychische Gestörtheit der Patienten hervor. Er sieht darüber hinaus aber deutliche Unterschiede im Störungsbild, so daß er von einer gemeinsamen Charakterisierung der Ptn. Abstand nimmt und verschiedene Untergruppen beschreibt. Auf den Beitrag von FREYBERGER et al. wird an anderer Stelle ausführlicher Bezug genommen.

### 3.2 Empirische Untersuchungen relevanter psychologischer Variablen

Die vorgenannten Autoren haben sich den MC-Patienten mit einem therapeutischen Selbstverständnis angenähert. Dabei sind methodische Ansprüche, die für eine empirische Untersuchung selbstverständlich sind, mehr oder minder in den Hintergrund getreten. Auch stellt sich die Frage, ob die Patienten, die psychotherapeutisch behandelt wurden, die somit zu psychotherapeutischen Kontakten bereit waren, für die Gesamtgruppe der MC-Patienten repräsentativ sind. Die ungenügende methodische Absicherung und die zweifelhafte Repräsentativität der untersuchten Patientenkollektive schränken die Gültigkeit der dargestellten Ergebnisse nachhaltig ein.

Selbst wenn nicht alle Patienten in das Schema passen, das die skizzierten klinischen Untersuchungen entwerfen, so zeigen sie zumindest, daß in dem Gesamtkollektiv der MC.-Patienten derartige psychische Strukturen vorkommen, die dann vielleicht eine Untergruppe darstellen, deren Umfang genauer zu bestimmen wäre.

Auch wenn das methodische Vorgehen der vorgenannten Autoren kritisiert werden muß, so ist andererseits die intensive, oft langjährige Arbeit mit den MC.-Patienten ein Qualitätsmerkmal, das diese Studien für sich verbuchen können. Empirische Untersuchungen, über die nachfolgend berichtet wird, haben sich sehr selten in dieser intensiven Form mit den MC.-Patienten befaßt. Die im folgenden berichteten Studien werden durch Forschungsinteressen geleitet. Dies drückt sich in dem Bemühen um die Einhaltung methodischer Standards aus.

Entsprechend der Tatsache, daß in den Untersuchungen verschiedene psychometrische Erhebungsinstrumente eingesetzt und Interviews mit sehr verschiedenen Zielsetzungen durchgeführt wurden, werden in der Forschungsliteratur vielfältige (Persönlichkeits-) Merkmale berichtet. Dabei ergibt sich teilweise der Eindruck, daß die Auswahl der untersuchten Merkmale mehr von dem jeweiligen Fragebogeninstrument bestimmt ist als von wohlbegründeten Fragestellungen. Auf der Grundlage der skizzierten klinischen Hypothesen, auf der Basis des psychoanalytischen Modells, und mit Ausblick auf die hier intendierte Untergruppenbildung, sollen im folgenden einige Befunde fokussiert werden.

### 3.2.1 Aggression

In kasuistischen Beschreibungen wird immer wieder über die Abneigung der MC.-Patienten berichtet, aggressive Konflikte auszutragen. Dieser klinische Eindruck konnte sowohl testpsychologisch als auch im Interview wiederholt bestätigt werden. Tatsächlich scheint es den MC.-Patienten schwer zu fallen, aggressive Gefühle wahrzunehmen und zu äußern. Die Patienten verhalten sich eher gefügig und vermeiden aggressive Auseinandersetzungen (REINHART und SUCCOP 1968, COHN et al. 1970, McMAHON et al. 1973, BURTSCHIEDT 1983, LEIBIG et al. 1985, PROBST et al. 1990). Die Aggressionshemmung ist nicht nur ein Problem der Selbstregulation, sondern auch für die soziale Selbstbehauptung folgenreich. So gesehen stellt sich die Frage, wie es den MC.-Patienten gelingt, eigene Erwartungen durchzusetzen und sich von angetragenen Erwartungen abzugrenzen. REIER-STROBL (1983) ist dieser interessanten Frage im Rahmen einer testpsychologischen Untersuchung mit dem Unsicherheitsfragebogen von ULRICH und ULRICH (1977) nachgegangen. Der Unsicherheitsfragebogen wurde speziell für die Messung selbstbehauptenden Verhaltens in sozialen Situationen konstruiert. Die Ergebnisse mit dem Unsicherheitsfragebogen bestätigen die Hypothese, daß es den untersuchten MC.- und Colitis-Patienten im Vergleich zu Gesunden schwerer fällt, sich gegen angetragene Erwartungen abzugrenzen. KÜNSEBECK (1993) referiert eine umfangreiche Längsschnittstudie an 164 MC.-Patienten, bei der auch das aggressive Verhalten in verschiedenen Bereichen erfaßt wurde. Dabei beschrieben sich die MC.-Patienten hinsichtlich der verbal geäußerten Aggressivität „in Form von Neckereien und spöttischen Bemerkungen, Streitbarkeit oder Fluchen oder .... dem Äußern all dessen, was Widerspruch herausfordert, ... als noch zurückhaltender als die Patienten mit einer reaktiven Depression“ (ebenda, S. 129).

### 3.2.2 Depression und Angst

In den vorgenannten Fallberichten und ebenso als Ergebnis empirischer Untersuchungen wurden MC.-Patienten immer wieder als depressiv belastet und vermehrt ängstlich beschrieben (SHEFFIELD und CARNEY 1976, WHYBROW et al. 1968, FORD et al. 1969, GOLDBERG 1970, HELZER et al. 1984, LEIBIG et al. 1985, KÜNSEBECK 1993, ANDREWS et al. 1987, TARTER et al. 1987). MAI (1989) zählt 24 Studien mit insgesamt 580 Patienten, in denen depressive Persönlichkeitsmerkmale sowie 15 Studien mit insgesamt 260 Patienten, in denen vermehrte Angstgefühle bei MC.-Patienten festgestellt wurden.

Viele der genannten Studien sind methodisch unzulänglich. Methodisch sorgfältige Untersuchungen, die psychiatrische Diagnosekriterien gesicherter Validität und Reliabilität zugrunde legen, haben HELZER et al. (1984) sowie ANDREWS et al. (1987) vorgelegt. ANDREWS et al. (1987) untersuchten 91 MC.- und 71 Colitis-Patienten mittels Fragebogen, der Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) und in einem strukturierten psychiatrischen Interview zur Einschätzung der Ptn. nach den Kriterien des DSM-III. Die Punktprävalenz für depressive Symptome gemäß dem DSM-III (Dysthymia/major depressive disorder), geben die Autoren für die MC.-Patienten mit 27%, für die Colitis-Patienten mit 26 % an, die totale Prävalenz psychischer Störung mit 33% respektive 34%.

HELZER et al. (1984) untersuchten den Zusammenhang von MC. und psychiatrischer Erkrankung. In einer Kontrollgruppenstudie wurden 50 aufeinanderfolgend rekrutierte MC.-Patienten mit 50 chronisch körperlich Kranken verglichen, bei denen keine gastrologischen Störungen vorliegen durften. Die Kontrollgruppe setzte sich zusammen aus Patienten mit Bluthochdruck, Diabetes mellitus und sonstigen kardiovaskulären Erkrankungen. Die Gruppen unterschieden sich nicht in Geschlecht, Alter, Ehestatus und Ausbildung. Die Ptn. wurden mit einem eingeführten psychiatrischen Interview von gesicherter Reliabilität und Validität untersucht und anhand festgelegter Kriterien diagnostiziert. Gemessen wurde hier allerdings nicht die Punkt- sondern die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen. 52% der MC.-Patienten erhielten eine psychiatrische Diagnose im Verhältnis zu 30% in der Vergleichsgruppe. Es waren 36% der MC.-Patienten gegenüber 18% der Patienten der Kontrollgruppe depressiv belastet. Sie unterschieden sich somit signifikant von den Kontrollgruppenpatienten.

Diese Ergebnisse lassen nicht die Aussage zu, daß die MC.-Patienten generell psychisch belastet sind. Eine Punktprävalenz psychiatrischer Störungen, die nicht wesentlich über 30% liegt, kann außerdem nicht als deutlich erhöht interpretiert werden. Wie Untersuchungen von SCHEPANK (1990) zeigen, können in der Allgemeinbevölkerung ähnliche Prävalenzraten psychischer Störungen festgestellt werden. SCHEPANK und Mitarbeiter fanden in einer un-ausgelesenen, repräsentativen Bevölkerungsstichprobe eine Punktprävalenz von 26% psychogen beeinträchtigter Personen.

### 3.2.3 Lebensqualität

Das Konzept der Lebensqualität ging aus der erweiterten Betrachtung medizinischer Behandlungserfolge hervor. Man erkannte, daß eine Bewertung medizinischer Behandlungserfolge neben medizinischen Parametern auch die erreichte Lebensqualität des Patienten berücksichtigen sollte. Lebensqualität kann definiert werden als das Ergebnis objektiver Lebensumstände in verschiedenen Lebensbereichen und ihrer subjektiven Wahrnehmung durch den Patienten. Inzwischen ist das Konzept der Lebensqualität in aller Munde. Untersuchungen zur Lebensqualität der MC.-Patienten wurden allerdings erst in neuerer Zeit unternommen und liegen

daher nur in geringer Zahl vor. Die meisten Lebensqualitätsstudien an Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen befassen sich mit der postoperativen Lebensqualität. SORENSEN et al. (1987) verglichen MC.-Patienten mit Patienten, die eine kurze körperliche Krankheit durchgemacht hatten. Dabei fanden sie keinen Gruppenunterschied bezüglich der Lebenszufriedenheit in den Bereichen Partnerschaft, Freizeit, soziale Aktivitäten und Beruf. Die meisten MC.-Patienten sahen jedoch eine Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität in Zeiten, in denen ein Schub auftrat.

Über eine Pilotstudie zur Lebenszufriedenheit an 48 MC.-Patienten berichten KÜNSEBECK et al. (1990). Verglichen mit der Lebenszufriedenheit vor dem Erkrankungsbeginn berichten über 60% der Patienten eine Lebensqualitätsverschlechterung insbesondere in folgenden Bereichen: Energie, Freizeit, Arbeit, Mobilität, Körperbild. Bezüglich der Partnerschaft, familiärer Beziehungen und der Beziehung zu Freunden geben ca. 1/5 der Patienten eine Verschlechterung, aber auch 10% der Patienten eine Verbesserung der Lebensqualität an.

### 3.2.4 Ich-Störungen

In verschiedenen Untersuchungen ergaben sich übereinstimmende Hinweise auf „emotionale Unreife“, „emotionale Labilität“ und auf Verhaltensweisen, die mit dem Begriff „infantile Persönlichkeit“ umschrieben wurden (BOCKUS 1945, COHN et al. 1970, McMAHON et al. 1973, SCHULTHEIS und v.UEXKÜLL 1979). Das Konzept der emotionalen Labilität ist inhaltlich durch eine Skala des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-A) definiert, der in deutschsprachigen Untersuchungen an MC.-Patienten häufig verwendet wurde<sup>1</sup>. Personen, die als emotional labil charakterisiert werden, schildern sich der Skalenbeschreibung zufolge als „mißgestimmt, stimmungslabil ... depressiv ... leicht verletzt, aufbrausend ... leicht aufgeregt, verärgert, gedankenverloren, ablenkbar (beherrscht) von Sorgen, Schuldgefühlen ...“ (FAHRENBERG et al. 1973, S.52). Das Konzept der emotionalen Labilität enthält damit eine Zusammenfassung verschiedenster Merkmale, von denen einige auf eine herabgesetzte Steuerungsfähigkeit hinweisen, die ein Merkmal der „Ich-Schwäche“ darstellt. Das Konzept der „Emotionalen Unreife“ wird durch eine Skala des MMPI operationalisiert (PEARSON 1954), wobei eine Sichtung der Skala zumindest keinen offensichtlichen Bezug zu Ich-psychologischen Konzepten erkennen läßt.

Das Konzept der „infantilen Persönlichkeit“, von RUESCH (1948) begründet, nimmt viele Beschreibungsaspekte vorweg, die später mit dem Konzept der Alexithymie verbunden wurden, nämlich eine eingeschränkte symbolische Ausdrucksfähigkeit, eine unsichere Identität und ein mangelndes Selbstwertgefühl, so daß die konkrete, schützende Anwesenheit einer Bezugsperson erforderlich ist und ein starres Über-Ich, um nur einige charakteristische Merkmale zu nennen. PAULLEY (1971) verweist anekdotisch auf folgende Beobachtung: „Their immaturity is often signalled by the teddybears and woolly animals adorning the beds of adult females, and photographs of mother and Scouts, side tables of the men“ (ebenda, S.114). Auf einem Ich-psychologischen Hintergrund könnte diese Beobachtung so interpretiert werden, daß es den Ptn. nicht gelingt, eine innere Bindung aufrecht zu erhalten, wenn die Bezugsperson abwesend ist, so daß sie auf „Übergangsobjekte“ zurückgreifen (vergl. WINNICOTT 1974, S.143 ff).

Das Konzept der „infantilen Persönlichkeit“ ist im klinischen Kontext entstanden und wurde darüber hinaus von den Autoren, die das Konzept verwendeten, nicht explizit operationali-

---

<sup>1</sup> In der revidierten Version des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R) kommt die Skala „Emotionale Labilität“ nicht mehr vor. Sie findet dort aber eine ungefähre Entsprechung in der Skala „Emotionalität“.



siert. So gesehen sind die genannten Befunde von eingeschränkter Aussagekraft. Vom Standpunkt einer modernen Ich-Psychologie, die das „Ich“ als ein regulatives Organ auffaßt, das zahlreiche Funktionen beinhaltet und organisierend aufeinander abstimmt, erscheint eine globale Einschätzung der Ich-Stärke zudem auch fragwürdig. Im folgenden richtet sich der Blick daher auf spezifische Ich-Funktionen.

### 3.2.5 Ich-Funktionen

In einer komparativen Studie zwischen Patienten und ihren gesunden Geschwistern konnten McMAHON et al. (1973) anhand eines Interviewratings signifikante Unterschiede hinsichtlich des Gebrauches verschiedener Abwehrmechanismen feststellen. Die MC.-Patienten reagierten im Vergleich zu ihren Geschwistern hoch signifikant häufiger mit Projektion, Reaktionsbildung, Verleugnung und Rückzug. Die Autoren machen aber keine Angaben zur Operationalisierung der eingeschätzten Abwehrmechanismen, auch bleibt die Reliabilität ihrer Urteile ungesichert. Hinweise auf Abwehrprozesse ergeben sich auch aus einer Studie von LEIBIG et al. (1985). In dieser Studie beobachteten die Autoren deutliche Unterschiede zwischen dem testpsychologischen und dem Interviewbefund. Bei der Beschreibung ihres aktuellen Befindens im Interview gaben 70% der Patienten eine „innere Spannung, eine innere Unruhe“ an, von der sie häufig scheinbar grundlos befallen würden. Testpsychologisch schilderten sie sich demgegenüber emotional stabiler als die Normgruppe. Die Autoren interpretieren diese Diskrepanz als Hinweis auf ein „Dissimulationsbedürfnis“ der Patienten. Damit unterstützen sie die Überlegungen von McMAHON et al. (1973), die feststellten: „that short-form paper-and-pencil tests are perhaps not suitable for use with a patient which uses denial to such a significant degree“ (ebenda, S. 100). GRACE (1953) interviewte vier Ptn. jeweils in mehr als 14-stündigen unstrukturierten psychiatrischen Interviews. Dabei zeigte sich i.S. der Ich-Schwäche eine hervorstechende Tendenz, auftretende Schwierigkeiten und Konflikte unmittelbar loswerden zu wollen, respektive die Unfähigkeit, diese Schwierigkeiten im Interesse einer tragfähigen Lösung länger in der Schwebelage zu halten.

Eine Studie, die es verdient, besonders hervorgehoben zu werden, haben HARTKAMP et al. (1993) vorgelegt. Ausgehend von einer kritischen Bewertung bisheriger Studien, bei der die Autoren die unklare Operationalisierung des Konzeptes der Ich-Stärke und seine fehlende konzeptionelle Begründung besonders bemängeln, versuchen sie, ein differenziertes Bild verschiedener Ich-Funktionen bei MC.-Patienten zu gewinnen. Zur Messung der Ich-Funktionen verwendeten sie eine adaptierte Fassung des Bellakschen Ich-Funktions-Ratings (BELLAK et al. 1973). Mit diesem Instrument wurden 19 Funktionsbereiche anhand transkribierter, bezüglich direkter Hinweise auf die Erkrankung bereinigter Interviewtexte von 3 klinisch erfahrenen Ratern eingeschätzt. Die 25 MC.-Patienten der Untersuchungsstichprobe waren sicher diagnostiziert, mußten sich am Beginn der stationären Behandlung befinden und durften momentan keine Kortisonbehandlung bekommen. Als Vergleichsgruppe wurden 25 neurosekranken und 25 suchtkranken Patienten ausgewählt. In Bezug auf die Merkmale Geschlecht, Alter, Schulbildung, Familienstand und berufliche Position wurde eine Parallelisierung der untersuchten Gruppen vorgenommen. Der zentrale Befund beim Vergleich der drei Gruppen ist, daß bei drei der 19 Skalen (Binnenwahrnehmung, Kreativität und Abstraktionsfähigkeit) sich jeweils eine Ähnlichkeit der Verteilung zwischen MC.-Patienten und Suchtpatienten und ein deutlicher Unterschied gegenüber den Neurosekranken findet. Im einzelnen wird die Wahrnehmung des eigenen innerseelischen Befindens der MC.-Patienten als „insgesamt grob, diffus und undifferenziert in dem Sinne gehalten, daß den Probanden lediglich wenige Wahrnehmungskategorien zur inneren Verfügung standen“ (ebenda, S. 77). Bezüglich dem Merk-

mal der Kreativität gelangten die Rater zu der Einschätzung, es könnten zwar „gelegentlich einzelne Traum-, Phantasie oder vergleichbare Phänomene beobachtet werden; der Einfluß, den sie jedoch im Sinne neuer und kreativer Betrachtungsweisen, welche die Anpassungsmöglichkeiten erweitern, zu üben vermöchten, wurde jedoch äußerst gering angesehen“ (ebenda, S. 78). Unter dem Etikett der Abstraktionsfähigkeit beschreiben die Autoren das Denken der MC.-Patienten als konkretistisch. Es sei gekennzeichnet durch das Fehlen von Zwischenschritten oder Abstufungen. In einem weiteren statistischen Differenzierungsschritt ergaben sich bei den MC.-Patienten zwei Untergruppen, über die an anderer Stelle noch berichtet wird.

Über alexithyme Verhaltensmerkmale bei 20 Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (10 MC.-Patienten, 10 Colitis-Patienten) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit 20 neurotischen Patienten berichten TAYLOR et al. (1981). Die Patienten der Kontrollgruppe wurden so ausgewählt, daß sie hinsichtlich relevanter soziologischer Variablen den MC.- und Colitis-Patienten vergleichbar waren. Die Differenzierung zwischen der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe in bezug auf alexithyme Verhaltenscharakteristika erwies sich als methodenabhängig. Indikatoren alexithymen Verhaltens, die die psychosomatischen Patienten in der erwarteten Weise von der neurotischen Kontrollgruppe unterschieden, fanden sich hauptsächlich in bezug auf Phantasiegeschichten. Es waren Phantasiegeschichten, die die Patienten zu den Reizkarten eines projektiven Tests, des TAT, erzählen sollten. PORCELLI et al. (1995) berichten über eine Studie an 112 Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, 89 davon mit Colitis ulcerosa und 23 mit MC. Die Autoren untersuchten die Patienten mit der Toronto Alexithymia Scale und verglichen sie mit einer nach Geschlecht, Alter und Bildungsniveau parallelisierten Kontrollgruppe. Im Ergebnis fanden sich signifikant mehr alexithym klassifizierte Personen in der Gruppe der chronisch darmerkrankten Patienten. Insgesamt betrachtet wurden jedoch nur 35,7% der MC.- und Colitis-Patienten aufgrund der Testbefunde als alexithym beurteilt.

### 3.2.6 Befunde zur Objektbeziehung

Objektbeziehungen können auf verschiedenen Ebenen thematisiert werden. Unter dem Gesichtspunkt der Objektrepräsentanz ergibt sich die Frage, wie die inneren Objektbilder und das Selbstbild in Abhängigkeit von Bedürfnissen und Konflikten wahrgenommen werden. Es ist z.B. bekannt, daß es besonders bei sog. frühen Störungen unter dem Einfluß ambivalenter Gefühle zu Spaltungsvorgängen kommen kann. Dabei werden das Selbstbild und die Objekte verzerrt wahrgenommen, indem idealisierte gute und entwertete böse Selbst- und Fremdbilder voneinander getrennt werden. Eine andere Perspektive befaßt sich mit der Art und Weise der Bindung und Loslösung von wichtigen Bezugspersonen. Studien, die sich mit den Objektbeziehungen der MC.-Patienten auseinandersetzen, thematisieren nahezu ausschließlich die Bindung, die die MC.-Patienten in Beziehung zu signifikanten Beziehungspersonen entfalten.

Bei diesen Untersuchungen ist die methodische Absicherung äußerst desolat. Mit Ausnahme der genannten Untersuchung von HARTKAMP et al. (1993) hat praktisch kein Autor die Operationalisierung dessen, was er/sie unter „exzessiver Abhängigkeit“ oder „symbiotischer Bindung“ oder „Pseudounabhängigkeit“ versteht, in befriedigender Klarheit dargelegt.

WHYBROW et al. (1968) berichten über eine retrospektive Untersuchung an 39 MC.-Patienten auf der Basis von Krankenakten. Verhaltensweisen, die sie als Ausdruck einer passiv abhängigen Persönlichkeit ansehen, finden die Autoren bei 16 der 39 Patienten: „Regressive, demanding behavior towards the nursing staff was the most commonly noted symptom“

(ebenda, S. 215), aber, so die Autoren weiter: „this observation must be treated with caution as any chronic illness tends to highlight such a personality weakness“ (ebenda, S. 219).

Ergebnisse, die in eine ähnliche Richtung weisen, berichten COHN et al. (1970), McMAHON et al. (1973), RHEINHARD und SUCCOP (1968) sowie FÜRMAIER (1979).

Einen Beziehungskonflikt im Spannungsfeld von Bindungsbedürfnis und Autonomie beobachten BIEBL et al. (1984). Sie untersuchten 39 Ptn. mit Colitis ulcerosa und 15 Ptn. mit MC. Im Ergebnis sehen sie die Gruppe der MC.-Patienten durch ein typisches Beziehungsarrangement gekennzeichnet, das sie folgendermaßen charakterisieren: Die Patienten versuchten „durch Leistung zwei unvereinbare Dinge miteinander zu versöhnen: 1. die Neigung, völlig verselbständigt zu leben, 2. .... die intime symbiotische Beziehung aufrecht zu erhalten. Durch die Leistungsbereitschaft, als einziges Dosierungsmittel, -um- in optimaler Distanz zum symbiotischen Partner zu bleiben, ohne die phantasierte Autonomie aufzugeben, kommt es zur Identifikation mit dem aggressiv fordernd erlebten Schlüsselobjekt“ (ebenda, S. 189).

Auch PAULLEY (1971) beschrieb die MC.-Patienten aufgrund seiner klinischen Erfahrung als exzessiv abhängig, er hatte jedoch den Eindruck, daß diese Abhängigkeit bei den MC.-Patienten weniger offen hervortrete, als es bei den Colitis-Kranken der Fall sei. In gleicher Weise fassen FORD et al. (1969) ihre Ergebnisse zusammen: „Dependency conflicts were a frequent finding. ... These patients find it exceptionally difficult to function without someone's support. Even those patients who were not highly dependent on others had distinct conflicts about dependency as indicated by their excessive concern over financial matters or by their smothering care of dependent spouses or children“ (ebenda, S. 312). Allerdings bleibe diese Abhängigkeit eher latent und trete nicht so offen zutage wie bei den Colitis-Patienten: „Although patients with peptic ulcer can not be stereotyped into one personality pattern, our patients with regional enteritis demonstrated to a limited degree the pseudoindependence and compensatory aggressiveness often noted in ulcer patients“ (ebenda, S. 315). Im Hinblick auf diese verdeckte Abhängigkeit spricht FEIEREIS (1986) von der „Pseudounabhängigkeit“ der MC.-Patienten. Auch PETZHOLD und REINDELL (1977) sehen auf der Basis ihrer Beobachtungen keinen Hinweis für eine manifeste symbiotische Bindung, wie sie bei den Colitis-Patienten häufig beobachtet werde. Bei den MC.-Kranken finde die Trennung von dem Elternhaus oft früh und sehr radikal statt. Man finde häufigen Partnerwechsel und eine starke Tendenz zur Individuation und „Pseudounabhängigkeit“.

### 3.2.7 Elterliches Erziehungsverhalten und familiäre Beziehungen

Aus psychoanalytischer Sicht sind das elterliche Erziehungsverhalten und die familiären Interaktionsmuster natürlich von besonderem Interesse, da sie das Lernumfeld darstellen, in dem die psychischen Strukturen entwickelt werden. Eher klinisch-impressionistisch sind die Eindrücke, die FORD et al. (1969) berichten. Auf der Basis ihrer Interviews mit 17 MC.-Patienten fanden sie in 15 von 17 Fällen bei mindestens einem Elternteil ausgeprägt zwanghafte Züge. Die Mütter werden von den Autoren als dominierend und kontrollierend geschildert. Eines oder beide Elternteile werden kühl und wenig zugewandt beschrieben. Dieser Mangel an Zuwendung habe eine starke Rivalität zwischen den Geschwistern begünstigt. Charakteristisch für die Patienten sei ein Gefühl, depriviert und betrogen worden zu sein, soweit es um die Zuwendung durch die Eltern gegangen sei. BIEBL et al. (1984) fokussieren bei ihrer biographischen Analyse, die sich auf Interviews stützt, auf problematische und krisenhafte Erfahrungen in der Beziehung zu den Eltern, die sich bis zu dem 15 Lebensjahr ereignet haben. Als besonders charakteristisch für die Elternbeziehung der MC.-Patienten erscheint ihnen

danach das Erlebnis einer dominierenden Mutter. Den Ausführungen von BIEBL et al. ist nicht zu entnehmen, ob es sich bei dieser Einschätzung um eine Deutung der Autoren, also um ein Fremdbild, oder um eine Wahrnehmung handelt, die die Patienten berichten.

Wie notwendig es ist, die Beobachterperspektive zu klären, geht aus einer interessanten Untersuchung von McMAHON et al. (1973) hervor. Die Autoren verglichen MC.-Patienten mit ihren körperlich gesunden Geschwistern, wobei sowohl die Patienten als auch ihre Geschwister in einem Interview zu der erlebten familiären Situation befragt wurden. Dabei wird eine auffällige Diskrepanz bei der Wahrnehmung der Eltern deutlich, die zu einer kritischen Rezeption entsprechender Schilderungen in Abhängigkeit von der Beobachterperspektive auffordert. McMAHON et al. schreiben dazu: „In interviewing the siblings, a very different picture of the family emerged which seemed more real than the idealized picture of parental understanding, family harmony, and absence of conflict given by the patient.“ (ebenda, S. 95).

REINHART und SUCCOP (1968) berichten über 17 an MC. erkrankte Kinder in einem Alter von 6-16 Jahren, die ihnen konsiliarisch zugewiesen wurden. In die psychiatrische Untersuchung wurden auch die Mütter der Kinder einbezogen. Die Autoren beschreiben diese Mütter als extrem ängstlich und furchtsam in ihrem Verhalten den Kindern gegenüber. Nur wenige dieser Mütter seien in der Lage gewesen, ihre Ängste zu verbalisieren. Meist verleugneten sie diese ebenso wie die möglichen Zusammenhänge zwischen psychischen Faktoren und somatischer Krankheitsmanifestation. In der Regel seien die Mütter dominierend und zwanghaft, ohne den Kindern das Gefühl von Sicherheit und emotionaler Wärme zu vermitteln, das den Kindern auch aggressive Äußerungen ermögliche. Die Mütter hätten versucht, ihre Kinder in infantiler Abhängigkeit zu binden. Die Väter erschienen den Autoren eher passiv und wenig einbezogen in die Sorge um das Kind. Die Beziehung der Väter zu ihren Kindern sei oft distanziert und oberflächlich gewesen. Die Gewinnung der Stichprobe aus psychiatrischen Konsiliarfällen verbietet jedoch eine Verallgemeinerung dieser Befunde.

Im Rahmen einer familiendynamischen Untersuchung, die 55 Familien mit Colitis-, MC.-Ulcus- und Atopisch- kranken Jugendlichen einschloß, arbeitete WIRSCHING (1984) drei Familientypen heraus. Den gebundenen Familientyp, für den die Trias von Bindung, Verschmelzung und Rigidität besonders charakteristisch ist, die gespaltene Familie, mit idealisierter Bindung an einen Elternteil bei gleichzeitiger Entwertung des anderen, die Familie in Auflösung, in der die Kinder einem jähren Wechsel von Bindung und Ausstoßung ausgesetzt sind. Familien mit gastroenterologisch kranken Mitgliedern seien am häufigsten dem gebundenen Typus zuzuordnen. Der Autor betont jedoch, daß auch die anderen Bindungsmuster vorkommen könnten. Den Verhaltensstil der gebundenen Familien beschreibt der Autor im einzelnen wie folgt:

- Der familiäre Zusammenhalt sei besonders ausgeprägt (Bindung);
- Die psychologischen Grenzen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern und zwischen den Generationen seien weitgehend aufgehoben (Fusion);
- Die Familie als Ganzes verhalte sich der Umwelt gegenüber stark abgrenzend (Isolation);
- Die Entwicklungsfähigkeit der Familie insgesamt erscheine eingeschränkt (Rigidität).

JANTSCHEK et al. (1989) kommen auf der Basis einer kontrollierten Untersuchung an Familien mit einem an MC. erkrankten Mitglied indes zu dem Ergebnis, daß eine MC.-spezifische Familienstruktur nicht belegt werden kann. Auf eine vergleichende Interaktionsuntersuchung von WOOD et al. (1989) soll an dieser Stelle nur hingewiesen werden.

### 3.2.8 Kritische Lebensereignisse

Die Hypothese, daß psychische und psychosomatische Erkrankungen Reaktionen auf Belastungen darstellen können, ist geradezu ein Allgemeinplatz der psychosomatischen Forschung und kann als gut belegt gelten, insoweit als gezeigt werden kann, daß die Wahrscheinlichkeit einer somatischen Erkrankung mit der Anzahl und der Schwere der kritischen Lebensereignisse kovariiert (HOLMES und MASUDA 1974). So gesehen ist es selbstverständlich, daß verschiedene Untersucher auch bei den MC.-Kranken nach belastenden Lebensereignissen geforscht haben, die vor Krankheitsausbruch liegen oder vor dem neuerlichen Auftreten eines Schubes in das Leben des Patienten eingebrochen sind (GRACE 1953, FELDMAN et al. 1967, FORD et al. 1969, McKEGNEY et al. 1970, COHN et al. 1970, PAULLEY 1971, HISLOP 1974).

Kritischen Lebensereignissen, denen danach Bedeutung für die Krankheitsauslösung zugeschrieben wird, sind Trennungserfahrungen, Trennungsängste, Überforderungsgefühle, Gefühle, im Streit zwischen den Parteien zu stehen. Die Ergebnisse dieser Forschung sind jedoch z.T. widersprüchlich. Dafür kommen verschiedene Gründe in Betracht: Bei den genannten Untersuchungen handelt es sich zumeist um retrospektive Erhebungen an bereits erkrankten Patienten. Solche retrospektiven Befunde sind jedoch nur bedingt aussagekräftig, insofern als die rückblickende Bewertung von Lebensereignissen immer auch eine Selbstdeutung darstellt, die von unterschiedlichen Motiven und Einstellungen überformt ist. In diesem Sinne ist es denkbar, daß Patienten mit einem psychosomatisch ausgerichteten laienätiologischen Krankheitsmodell ihre vorausgehende Lebenssituation bei Krankheitsausbruch anders bewerten, als es Patienten tun, die einer organischen Laienätiologie anhängen. Die Darmentzündung kann sich über lange Zeit hin schleichend entwickeln, die symptomatische Auffälligkeit der Erkrankung kann dem Patienten daher lange Zeit verborgen bleiben. So können Lebensereignisse für das Auftreten der Erkrankung angeschuldigt werden, wenn die Krankheit bereits, allerdings unbemerkt, begonnen hat.

Inhaltliche Kritikpunkte ergeben sich auch aus psychoanalytischer Sicht. Bereits FORD et al. (1969) haben darauf hingewiesen, daß die auslösenden kritischen Lebensereignisse für die betroffene Person spezifisch sind, d.h. in Relation zu ihrer individuellen, lebensgeschichtlich geprägten Verletzlichkeit gesehen werden müssen. Folgt man dem streßtheoretischen Modell, ist festzuhalten, daß das Belastungspotential eines objektiven Ereignisses u.a. von der sozialen Unterstützung und den verfügbaren Bewältigungsstrategien moderiert wird. Dies sind Aspekte, die in den vorgenannten Studien keine oder zumindest keine systematische Berücksichtigung finden.

Eine longitudinale prospektive Studie mit mehreren Meßzeitpunkten an 51 Patienten mit Colitis ulcerosa und 57 Patienten mit MC. hat v.WIETERSHEIM (1991) durchgeführt. Im „intraindividuellen Vergleich“ zeigte sich lediglich ein Effekt bei den MC.-, nicht aber bei den Colitis-Patienten. Bei den MC.-Patienten bestanden signifikante Zusammenhänge zwischen der Krankheitsaktivität (gemessen mit dem vereinfachten Best-Index) und vorausgehenden Überforderungsgefühlen, erlebten Trennungen sowie dem Gefühl, im Streit zwischen den Parteien zu stehen. Die korrelativen Zusammenhänge waren jedoch nur gering ausgeprägt (zwischen 0.30 und 0.40). Ein gruppenstatistischer Vergleich über die Gesamtgruppe der Patienten, bei dem die Patienten mit einer Zunahme der Krankheitsaktivität gegenübergestellt wurden, bei denen sich keine Zunahme der Krankheitsaktivität ergeben hatte, erbrachte keinen bedeutsamen Gruppenunterschied. Ptn. mit einer somatischen Verschlechterung waren danach in der vorausgehenden Untersuchungszeit nicht mehr belastet als die Ptn., deren Erkrankung sich nicht verschlechtert hatte.

PAAR et al. (1988a) kritisieren die Verwendung des Best-Index zur Messung der Krankheitsaktivität, da dieser Index in bedeutsamem Umfang auch subjektive Einschätzungen der kör-

perlichen Befindlichkeit enthält. Die Autoren verwenden in der von ihnen durchgeführten Untersuchung einen ausschließlich somatisch definierten Aktivitätsindex. Mit diesem Instrument ließ sich in einer retrospektiven Untersuchung bei 70 MC.-Patienten ein signifikanter Zusammenhang zwischen psychosozialen Stress und nachfolgender Krankheitsaktivität sichern (siehe im Überblick auch Tabelle 1).

Die genannten Untersuchungen, die sich mit der Bedeutung kritischer Lebensereignisse als Auslöser der Erkrankung und/oder Auslöser von Rezidiven auseinandersetzen, bereiten das Feld für eine grundlegende Frage, nämlich ob und wie psychische Faktoren mit somatischen Parametern, die die Krankheit kennzeichnen, in Beziehung stehen. Die Beantwortung dieser Frage ist von grundlegender Wichtigkeit, beeinflusst sie doch, mit welchem Anspruch die Psychosomatik bei der Behandlung MC.-Kranker auftreten kann.

### 3.3 Somatische Parameter in Beziehung zu psychologischen Variablen

Hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen psychologischen und somatischen Faktoren ergeben sich verschiedene interessante Fragestellungen, die aber erst in neueren Untersuchungen intensiver aufgegriffen wurden. In älteren Untersuchungen fehlen oft basale Angaben zur Krankheitssituation, so daß mögliche Zusammenhänge nicht eingeschätzt werden können. Eine Fragestellung, die häufiger untersucht wurde, betrifft die Beziehung zwischen dem Ausmaß psychischer Probleme und Symptome und der Schwere der somatischen Erkrankung.

WHYBROW et al. (1968) fanden im Rahmen einer retrospektiven Studie auf der Basis von Krankenakten einen deutlichen Zusammenhang zwischen der akuten Stressbelastung und einer Symptomverschlechterung: „The symptom of ileitis most sensitive to psychological stress was diarrhea“ (ebenda, S. 214). Darüber hinaus schien die Chronizität der Erkrankung und die Häufigkeit einer Schubbehandlung mit Stereoiden mit der Prävalenz depressiver Symptome zu kovariieren. In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse von COHN et al. (1970). Über eine Studie an 17 konsiliarisch zugewiesenen, an MC. erkrankten Kindern, berichten REINHART und SUCCOP (1968). Im Ergebnis, so die Autoren, hätten die körperlichen Beschwerden dem Grad der symbiotischen und ambivalenten Bindung des Kindes an die Familie und dem Ausmaß psychischer Beeinträchtigung entsprochen.

Diese Arbeiten zeigen deutliche somato-psychische-psycho-somatische Zusammenhänge auf, wobei jedoch die methodische Durchführung der Studien und die Art der Stichprobenziehung die Validität und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken. WOOD et al. (1989), die die Transaktionen von Familien mit chronisch kranken Kindern, darunter 18 Patienten mit MC., im Rahmen systematischer Interaktionsbeobachtungen beforchten und dabei viel Wert auf die methodische Absicherung ihrer Interaktionsbefunde legten, fanden korrelative Beziehungen zwischen einzelnen Transaktionsstörungen (Überbehütung, mangelhafte Konfliktlösung, Störungen in der Elternbeziehung, Verschiebung von Problemen auf den Index-Patienten) und somatischen Parametern heraus, die die Ergebnisse von REINHART und SUCCOP (1968) aber nur tendenziell stützen. Bei den MC.-Kranken ergab sich lediglich ein Zusammenhang zwischen der über die Dauer der Erkrankung gemittelten Kortisondosis, die die Autoren als Indikator der Schwere der Erkrankung werten, und der mangelhaften familiären Konfliktregulierung. Demgegenüber fallen bei den Patienten mit Colitis ulcerosa die Zusammenhänge zwischen gestörten Transaktionsmustern und somatischen Parametern prägnanter aus.

Die genannten Arbeiten belegen korrelative Zusammenhänge zwischen somatischen Krankheitsparametern und psychologischen Variablen. Aus der Koinzidenz der beiden Beobachtungsebenen kann jedoch keine kausale Beziehung abgeleitet werden. Hinsichtlich des kausa-

len Zusammenhanges ergeben sich bei einer linearen Betrachtung ohne Rücksicht auf Wechselwirkungen zwei Interpretationsmöglichkeiten: 1) Die psychosozialen Störungen sind Merkmale der prämorbidem Persönlichkeit oder 2) sie sind das Resultat einer Anpassungsreaktion bezogen auf die belastende somatische Erkrankung.

Eine methodisch sorgfältige Studie an 19 Crohn und 21 Colitis-Patienten berichten McKEGNEY et al. (1970). Die Autoren untersuchten die konsekutiv in die Studie aufgenommenen Patienten mittels halbstandardisiertem Interview und Fragebogen, wobei sie auf dieser Grundlage eine Einschätzung der Schwere der psychischen Beeinträchtigung erarbeiteten. Zwischen dem Selbstrating und dem Interviewrating ergab sich eine gute Übereinstimmung. Die Schwere der somatischen Erkrankung ergab sich aus einer kombinierten Einschätzung des bisherigen Krankheitsverlaufes und einer Evaluation akuter Beschwerden. In beiden Krankheitsgruppen fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Schwere der somatischen Erkrankung und dem Ausmaß der psychischen Störung sowie der Dauer der somatischen Erkrankung und der Schwere der psychischen Störung. Daß die Dauer der somatischen Erkrankung und die Schwere der psychischen Störung in Zusammenhang stehen, deutet darauf hin, daß der psychische Befund eher eine Krankheitsfolge als eine Krankheitsursache darstellt.

Vor allem neuere Autoren tendieren zu einem somato-psychischen Deutungsmuster, das die zuvor berichteten psychischen Auffälligkeiten, insbesondere die häufig beobachtete Depressivität, Angst und emotionale Labilität, zwar anerkennt, jedoch primär als Folge der einschneidenden Krankheitssituation verstehen möchte (v. WIETERSHEIM 1991, KÜNSEBECK 1993, KÜNSEBECK 1996, FALLER und KRAUS 1996). FEIEREIS (1986) möchte differenzieren, indem er die prämorbidem Strukturmerkmale von den Krankheitsfolgen unterscheidet. Dazu hat die Lübecker Arbeitsgruppe um Feiereis zwei Studien durchgeführt. LEIBIG et al. (1985) untersuchten 30 Crohn und 30 Colitis-Patienten, die sich gemäß der CDAI-Kurzform in Remission befanden. Die MC.-Patienten beschrieben sich signifikant aggressionsgehemmter und nachgiebiger als die Normgruppe, jedoch konnten Persönlichkeitsmerkmale, wie sie sonst auch in der Literatur beschrieben werden, bei den Patienten in Remission nicht festgestellt werden. Die Autoren schlußfolgern daher, daß Nervosität, Depressivität, Gehemmtheit und emotionale Labilität als krankheitsdependente Phänomene anzusehen sind.

PROBST et al. (1990) berichten über eine Studie an 63 MC.-Patienten und 58 Colitis-Patienten zur Wechselwirkung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren. Bei den MC.-Patienten schienen die festgestellten sozialen Einschränkungen eher durch die akuten Symptome der floriden Darmerkrankung bedingt zu sein, so daß sie von PROBST et al. als Krankheitsfolgen gedeutet werden. In dieser Studie zeigte sich bei den MC.-Patienten eine Korrelation zwischen einzelnen Skalenwerten des FPI und den somatischen Symptomen, insbesondere dem körperlichen Allgemeinbefinden. Die Befunde deuten darauf hin, daß sich mit der Besserung der somatischen Symptome auch die psychischen Symptome zurückbilden. Die Autoren schließen daraus auf eine „krankheitsdependente Genese“ der psychischen Auffälligkeiten. Die Inspektion der mitgeteilten Korrelationskoeffizienten läßt eine so allgemeine Aussage jedoch zweifelhaft erscheinen. Nur eine der berichteten Korrelationen beträgt  $> 0.5$ . Die meisten Korrelationswerte streuen um 0.25, wobei sich die deutlichsten somato-psychischen Zusammenhänge bei den Skalen „Nervosität“ und „Depressivität“ zeigen.

Die genannten Arbeiten geben wichtige Hinweise über die Koinzidenz psychosozialer und somatischer Prozesse. Um kausale Hypothesen abzusichern, sind Verlaufsbeobachtungen notwendig. Prospektive Studien, die vor Erkrankungsausbruch ansetzen, liegen nicht vor und sind praktisch kaum realisierbar. Leichter zu untersuchen ist die Fragestellung, ob psychosoziale Belastungen den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen. Im Kontext dieser längsschnittlichen Betrachtung können Schub- und Remissionsphasen miteinander verglichen und Vorhersagemodelle geprüft werden.

Einen differenzierten Beitrag zur Analyse somato-psychischer Effekte hat die Untersuchung von KÜCHENHOFF (1993) erbracht. Der Autor untersucht verschiedene Krankheitsparameter in ihrem Einfluß auf die Krankheitsbewältigung (Coping), die Persönlichkeit, gemessen mit dem FPI, und auf die dominanten Abwehrprozesse bei der Krankheitsverarbeitung. Hierbei ergibt sich folgendes Bild: Bei einem Vergleich zwischen Schub- und Remissionsphase finden sich signifikante Differenzen wie folgt: Zum Zeitpunkt der Remission schätzen sich die Patienten als emotional stabiler, weniger gehemmt, lebenszufriedener und weniger sozial eingestellt ein. Auf die Abwehr und das Coping hat die akute Krankheitsaktivität indes keinen Einfluß. Kein nennenswerter Effekt findet sich, wenn das Ausmaß der Krankheitsaktivität im vorausgehenden Schub mit psychologischen Parametern in Beziehung gesetzt wird. Mit Ausnahme der subjektiv empfundenen Lebenszufriedenheit sind die psychologischen Parameter der Persönlichkeit, der Abwehr und des Coping vom Ausmaß der Krankheitsaktivität im vorausgehenden Schub unabhängig. Wenn die Dauer des vorausgehenden Schubes als unabhängige Variable fokussiert wird, ergibt sich weder ein Effekt in bezug auf das Coping, die dominante Abwehr, noch auf die Persönlichkeitsvariablen zum Zeitpunkt der Remission.

Als chronische Erkrankung beeinflusst der MC. den gesamten Lebenszyklus des Patienten. Insofern liegt es nahe zu vermuten, daß sich mit zunehmender Dauer der Erkrankung Veränderungen im Erleben, Verhalten und in den sozialen Beziehungen des Patienten ergeben. In der genannten Studie von PROBST et al. (1990) zeigte sich ein - wenn auch geringer - neg. korrelativer Zusammenhang zwischen der Krankheitsdauer und partnerschaftlichen Problemen. Sowohl bei den MC.-Patienten als auch bei den Colitis-Patienten waren bei längerer Krankheitsdauer durchschnittlich weniger Partnerschaftsprobleme zu beobachten. In der schon genannten Studie von McKEGNEY et al. (1970) fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Dauer der Erkrankung und der Schwere der psychischen Beeinträchtigung.

Die Vorerfahrung mit der Krankheit (neuerkrankt vs. chronisch krank) „wirkte sich in der Studie von KÜCHENHOFF (1993) auf das Coping aus, und zwar so, daß das chronische Leiden tendenziell die aktiven Schritte, mit der Krankheit fertig zu werden, während des Schubes bremst. An die Stelle der aktiven Bewältigung tritt Resignation, gepaart mit absinkendem Vertrauen den ärztlichen Maßnahmen gegenüber. Dieser Effekt ist, wie die Sichtung der Mittelwertsdifferenzen zeigt, zwar signifikant, im Betrag jedoch nur gering ausgeprägt. Die Persönlichkeitsdimensionen, die mit dem FPI erhoben wurden, werden von der Krankheitsvorerfahrung nur tendenziell, die Abwehrmechanismen werden von der Krankheitsvorerfahrung gar nicht beeinflusst.

In einer Untersuchung von NORMANN und KORDY (1991) an 76 MC.-Patienten fand sich bezüglich der Krankheitsbewältigung im Schub beim Vergleich von neuerkrankten MC.-Patienten und chronisch kranken MC.-Patienten kein Effekt. Die beiden Gruppen unterschieden sich vielmehr dadurch, daß sich die neuerkrankten Patienten hinsichtlich ihres Copingverhaltens wesentlich homogener beschrieben, während sich das Copingverhalten, das die chronisch Kranken anhand des FKV (Freiburger Bogen zu Krankheitsverarbeitung) berichteten, als vielgestaltiger erwies.

KÜNSEBECK (1993) berichtet von einer Studie an 164 MC.-Patienten, die sowohl im Querschnitt als auch im Längsschnitt untersucht wurden. Die Nachuntersuchung fand zwei Jahre nach der Ersterhebung statt und schloß 110 der ursprünglich 161 Patienten ein. Der Autor differenziert vier clusteranalytisch gewonnene Verlaufstypen der somatischen Erkrankung, die er in Beziehung zu den psychologischen Variablen bringt. Zusammenfassend zeigte sich eine deutliche Veränderung der Befindlichkeit in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf. Bei einer Verbesserung der Körpersymptomatik trat auch eine deutliche Verbesserung depressiver Beschwerden ein. Eine Verschlechterung der körperlichen Situation ging mit der Zunahme der Depressivität im Vergleich zum ersten Untersuchungszeitpunkt einher. Ähnliche Effekte



zeigten sich für die Lebensqualität und andere Befindlichkeitsvariablen. Auch das Selbstwertgefühl scheint bei einem längeren chronischen Krankheitsverlauf beeinträchtigt zu werden. Hier betrafen die Veränderungen vor allem die Variablen „Kontaktangst“ und „mangelndes Selbstbewußtsein“. Insbesondere in der Untergruppe mit dem schwersten Verlauf und der längsten Krankheitsdauer war zwischen dem ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt eine weitere Reduzierung des Selbstwertgefühls zu beobachten.

Den Kliniker interessiert besonders die Frage, inwieweit psychosoziale Faktoren als unabhängige Variablen den Krankheitsverlauf beeinflussen. ANDREWS et al. (1987), die MC.-Patienten zu zwei Zeitpunkten untersuchten, berichten als Ergebnis ihrer Nachuntersuchung über einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verlauf der somatischen Erkrankung und psychischen Auffälligkeiten. Nur 17% der von ihnen untersuchten Patienten, bei denen psychische Auffälligkeiten festgestellt wurden, sind in der Nachuntersuchungsphase bereits in Remission; dagegen sind 53% der Patienten relativ beschwerdefrei, für die neben dem MC. keine psychischen Symptome diagnostiziert wurden.

Eindeutig im Widerspruch zu diesem Ergebnis stehen die Befunde der schon genannten Untersuchung von KÜNSEBECK (1993). Der Autor fand keinen Anhalt dafür, daß sich eine depressive Symptomatik negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Sowohl in der Gruppe der als depressiv eingestuften Patienten als auch bei den nicht als depressiv klassifizierten Patienten mit einem aktiven MC. war der Anteil der Patienten mit einer Verbesserung der Körpersymptomatik nahezu gleich groß.

Dieser Widerspruch läßt sich möglicherweise klären. Im Unterschied zu ANDREWS et al. (1987), KÜCHENHOFF (1993) sowie KORDY und NORMANN (1992) -über deren Untersuchung noch berichtet werden wird- richtet KÜNSEBECK sein Augenmerk auf den „Krankheitsverlauf“ als abhängige Variable. Der „Krankheitsverlauf“ wird dabei als ein komplex zusammengesetztes Merkmal folgendermaßen operationalisiert: Die Zahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte, die Anzahl der Operationen in den vergangenen zwei Jahren und die Krankheitsaktivität werden in der Variablen Krankheitsverlauf zusammengefaßt. Demgegenüber fokussieren die Untersuchungen von ANDREWS et al., KÜCHENHOFF sowie KORDY und NORMANN alleine auf die Zeit, die ein Patient im Schub verbringt, bis er in Remission kommt.

In der Untersuchung von KÜCHENHOFF (1993) zeigte es sich, daß ein starkes subjektives Leiden an den körperlichen Beschwerden, Persönlichkeitszüge i.S. einer starken Leistungsorientierung und Trennungsängste -Merkmale, die der Autor zusammenfassend als Ausdruck einer depressiv-passiven Grundhaltung interpretiert, die zu einem resignierten Coping in Beziehung steht- den Krankheitsschub verlängern. Darüber hinaus legen die Ergebnisse von KÜCHENHOFF (1993) nahe, daß depressive Verarbeitungsformen nicht alleine als krankheitsdependente Schwankungen der Befindlichkeit gesehen werden können, sondern eine klinisch relevante Persönlichkeitsstruktur darstellen, insofern depressive Persönlichkeitszüge und ein depressives Coping über die Zeit hinweg eng miteinander verbunden sind.

Das Ergebnis, daß das krankheitsbezogene Coping den Verlauf eines Schubes beeinflusst, stellt eine gewisse Unterstützung für das psychosomatische Modell dar. Es ist jedoch zu fragen, inwieweit psychische Faktoren in Konkurrenz mit somatischen Variablen als Prädiktoren bestehen können.

In einer prospektiven Studie an 90 akut kranken Patienten bemühten sich KORDY und NORMANN (1992) um die Herausarbeitung von Faktoren, die die Schubdauer beeinflussen. In ihr Vorhersagemodell beziehen sie neben dem krankheitsbezogenen Coping auch somatische Parameter (neuerkrank vs. chronisch krank, Krankheitsschwere, die Lokalisation der Entzündung im Darm) in die Analyse ein. Bei den somatischen Variablen kommt im Ergebnis nur der Entzündungslokalisation im Darm eine größere Vorhersagekraft zu. Demgegenüber erreichen die psychologischen Variablen, insbesondere die Copingstrategien „Aktivität und

Problemorientiertheit, Bagatellisieren und Wunschdenken“, eine deutliche Aufteilung in günstige und ungünstige Verläufe: „Ein wenig durch Bagatellisierung und Wunschdenken, stark durch Aktivität und Problemorientiertheit bzw. Compliance gekennzeichnetes Coping erlaubt die Vorhersage auf ein relativ niedriges Risiko für eine längere Entzündungsdauer“ (ebenda, S. 148).

Die Vielfalt der Einzelergebnisse wirft die Frage auf, wie die Befunde zusammenfassend geordnet werden können. Die wünschenswerte Zusammenfassung der Befunde wird durch die Tatsache erschwert, daß die Untersucher sehr verschiedene Aspekte der Erkrankung (die Anzahl der Stereoidbehandlungen, die Frequenz der Diarrhöen, das körperliche Allgemeinbefinden, die momentane Krankheitsaktivität, die Dauer der Erkrankung, die Anzahl der Darmresektionen, die Anzahl der Fistelspaltungen, den Krankheitsverlauf, usw.) einzeln oder in Kombination aufgegriffen und zu verschiedenen psychologischen Variablen in Beziehung gesetzt haben. Dabei scheinen einzelne Krankheitsparameter in einer signifikanten Beziehung zu psychologischen Variablen zu stehen, andere jedoch nicht. Eine generalisierende Aussage, daß somato-psychische Zusammenhänge bestehen oder nicht, ist daher nicht vertretbar. Es muß genau differenziert werden, welche Variablen in Beziehung zueinander untersucht wurden. Hier sollen zusammenfassend nur einige Befunde benannt werden, die sich in verschiedenen Untersuchungen mehr oder weniger bestätigt haben.

Zumindest ein Befund zeichnet sich mit großer Deutlichkeit ab: Patienten, die sich in einem akuten Schub befinden, berichten über eine negativere Befindlichkeit (höhere Depressivität, geringere Lebenszufriedenheit) als Patienten in Remission. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungen ist es plausibel anzunehmen, daß die Belastung verursacht durch die Exazerbation der somatischen Erkrankung für diesen Effekt verantwortlich ist. Demgegenüber scheinen das Abwehr- und das Copingverhalten sowie das Ausmaß der aggressiven Hemmung nicht durch die momentane Krankheitsaktivität beeinflusst zu werden.

Einige Befunde deuten darauf hin, daß diese Variablen eher durch die wiederholte Auseinandersetzung mit der chronischen Erkrankung verändert werden. Bei einer längeren Krankheitsdauer kommt es zu einer interindividuellen Ausdifferenzierung der Copingstrategien. Im Schub reagieren die Patienten mit längerer Krankheitsdauer eher mit einem depressiv-resignativen Coping und scheinen weniger bereit, sich den Ärzten anzuvertrauen. Vermutlich nehmen mit einer längeren Krankheitsdauer auch die psychischen Beschwerden zu und das Selbstwertgefühl ab, sofern die lange Krankheitsdauer mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf zusammenfällt. Bei diesen Aussagen ist jedoch auch das Zeitfenster zu berücksichtigen, in dem der Krankheitsverlauf beobachtet wurde.

Hinsichtlich der Lebensqualität muß differenziert werden. Die Erkrankung bedingt eine Lebensqualitätsverschlechterung insbesondere in folgenden Bereichen: Energie, Freizeit, Arbeit, Mobilität, Körperbild. Andererseits nehmen mit einer längeren Krankheitsdauer zumindest bei einigen Patienten die Probleme in der Partnerschaft ab.

Mit einiger Sicherheit kann festgehalten werden, daß die Zeit, die ein Patient im Schub verbringt bis die Entzündung abklingt, durch psychische Faktoren beeinflusst wird. Psychisch belastete Patienten, Patienten die durch ein depressives Coping gekennzeichnet sind, kommen später in Remission als solche Patienten, deren Coping stark durch Aktivität und Problemorientiertheit bzw. Compliance gekennzeichnet ist. Es fällt darüber hinaus auf, daß somatische Parameter, die in einer direkten Beziehung zur akuten Krankheitsaktivität stehen (Häufigkeit der Durchfälle, Häufigkeit der Stereoidbehandlungen), ebenfalls durch psychische Faktoren beeinflusst werden. Der prädikative Effekt der psychologischen Variablen, der sich dabei abzeichnet, ist jedoch nur mäßig stark ausgeprägt, ohne daß allerdings somatische Variablen,

wie z.B. die Lokalisation der Entzündung im Darm, eine bessere Vorhersage gestatten würden.

Während die Zeit im Schub und andere Schubparameter offensichtlich durch psychologische Variablen mitbedingt werden, scheint der Krankheitsverlauf, wenn er als ein komplex zusammengesetztes Merkmal operationalisiert wird, nicht eindeutig durch psychische Beschwerden beeinflusst zu werden. Empirische Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und dem Krankheitsverlauf untersucht haben, führen zu uneinheitlichen Ergebnissen. Soweit ein Zusammenhang gefunden wurde, scheint die Relevanz kritischer Lebensereignisse für die Vorhersage von Schüben eher gering ausgeprägt.

Abschließend sei noch bemerkt, daß der kausale Zusammenhang zwischen den psychologischen und den somatischen Variablen vorsichtig interpretiert werden muß. Längsschnittliche Untersuchungen mit zwei Meßzeitpunkten sind letztlich nicht hinreichend, um komplexe Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Faktoren aufzuklären.

Die nachfolgende Tabelle 1 stellt nochmals im Überblick die Ergebnisse der vorgenannten Untersuchungen im Hinblick auf psychosomatische und somato-psychische Zusammenhänge dar. In der Tabelle 1 sind zusätzlich einige Studie enthalten, die den Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und dem Krankheitsverlauf thematisieren und die in der vorausgehenden Literaturdarstellung nicht besprochen wurden.

**Tabelle 1: Ergebnisse zum Zusammenhang psychologischer und somatischer Parameter in verschiedenen Studien**

Autor	Somatische Parameter, die in der Studie erhoben wurden	Psychologische Variablen, die in der Studie erhoben wurden. festgestellte Zusammenhänge zwischen den psychologischen und medizinischen Parametern	Zum Zusammenhang der med. und psychol. Parameter ja / nein	Das Design der Studie
1	Häufigkeit der bisherigen Behandlung mit Stereoiden	Depressivität bei häufiger Schubbehandlung gesteigert	ja	ein Zeitpunkt
1	Ausmaß der Durchfälle	Akuter Streß= vermehrte Durchfälle	ja	ein Zeitpunkt
2	Schwere der somat. Erkrankung (klin. Eindruck)	Ausmaß der symbiotisch ambivalenten Bindung. Somatische Situation schlechter, je enger die .....	ja	ein Zeitpunkt
11	Schwere der somatischen Erkrankung	Psychiatrische Morbidität	fraglich	ein Zeitpunkt
3	Über die Dauer der Erk. gemittelte Cortisondosis	Defizitäre familiäre Konfliktlösung = hohe Cortisondosis	ja	ein Zeitpunkt
4	Zusammengesetztes Kriterium: Schwere der somat. Erkrankung	Zusammengesetztes Kriterium: Ausmaß der psychischen Störung. Schwere der somat. Erk. größer bei schwerer psychischer Störung	ja	ein Zeitpunkt
5	Krankheitsaktivität: Schub vs. Remission	Aggressionshemmung, Nachgiebigkeit	nein	ein Zeitpunkt
5	Krankheitsaktivität: Schub vs. Remission	Depression, Gehemmtheit und emotionale Labilität im Schub erhöht	ja	ein Zeitpunkt
7	Krankheitsaktivität: Schub vs. Remission	Geringere emotionale Stabilität u. Lebenszufriedenheit sowie stärkere Gehemmtheit im Schub	ja	Verlaufsbeobachtung

Fortsetzung von Tabelle 1				
9	Krankheitsaktivität: Schub vs. Remission	Psychische Befindlichkeit im Schub verschlechtert	ja	Verlaufsbeobachtung
9	Krankheitsaktivität: Schub vs. Remission	offen gezeigte Aggressivität, Durchsetzungsfähigkeit, Selbstvertrauen	nein	ein Zeitpunkt
15	Krankheitsaktivität: Schub vs. Remission	Persönlichkeitsmerkmale gemessen mit dem (FPI)	nein	ein Zeitpunkt
14	Krankheitsaktivität: Schub vs. Remission	Depressivität. Vermehrte Depressivität im Schub	ja	Verlaufsbeobachtung
6	Körperliches Allgemeinbefinden	Depressivität u. Nervosität gesteigert bei negativem körperlichem Allgemeinbefinden	ja	ein Zeitpunkt
6	Dauer der Erkrankung	Partnerschaftsprobleme teilweise geringer ausgeprägt bei längerer Dauer	ja	ein Zeitpunkt
4	Dauer der Erkrankung	Ausmaß der psychischen Störung. Bei länger Dauer stärkere psych. Störung	ja	ein Zeitpunkt
10	Dauer der Erkrankung	Zusammengesetztes Kriterium: Grad der psychischen Gestörtheit.	nein	ein Zeitpunkt
7	Neuerkrankte Ptn. vs. chronisch kranke Ptn.	Bei der Bewältigung eines Schubes: resignatives Coping und weniger Vertrauen in ärztliche Maßnahmen bei den chronisch Kranken.	ja	ein Zeitpunkt
8	Neuerkrankte Ptn. vs. chronisch kranke Ptn.	Copingverhalten im Umgang mit der Erkrankung ist bei den chronisch Kranken stärker individuell differenziert	ja	ein Zeitpunkt
8	Zeit im Schub	Coping, bei aktiver Krankheitsbewältigung kommt die Ptn. schneller in Remission	ja	Verlaufsbeobachtung
7	Zeit im Schub	Coping, depressives Coping verlängert die Zeit im Schub	ja	Verlaufsbeobachtung
9	Zusammengesetztes Kriterium: Krankheitsverlauf während der Studienzeit	Depressivität erhöht, bei <i>vorausgehendem</i> ungünstigem Krankheitsverlauf (Zeitfenster für die Verlaufsbeobachtung ca. 1 Jahr)	ja	Zwei Meßzeitpunkte
9	Zusammengesetztes Kriterium: Krankheitsverlauf während der Studienzeit	Depressivität, ein hohes Maß an Depressivität am Beginn der Studie hatte keinen Einfluß auf den <i>nachfolgenden</i> Krankheitsverlauf	nein	Zwei Meßzeitpunkte
11	Krankheitsaktivität	Streß. „major Streß events“/schwacher Zusammenhang zur Krankheitsaktivität	fraglich	prospektive Studie 6 Beobachtungszeitpunkte
12	Krankheitsaktivität/CDAI	kritische Lebensereignisse/ Fragebogenerhebung	nein	prospektive Studie/ 3 Jahre/ 10 Meßzeitpunkte
13	Krankheitsaktivität/ rein somatisch definierter Index	Kritische Lebensereignisse	ja/ als Trend	Ein Zeitp. retrospektive Erhebung der Lebensereignisse
14	Gastrointestinale Symptome	Kritische Lebensereignisse u. Depressivität. sagen Schub nicht vorher.	nein	prospektive Studie, 2 Jahre, monatliche Messung
Die Autoren der Studien: 1. WHYBROW et al. (1968); 2. REINHART und SUCCOP (1968); 3. WOOD et al. (1989); 4. McKEGNEY et al. (1970); 5. LEIBIG et al. (1985); 6. PROBST et al. (1990); 7. KÜCHENHOFF (1993); 8. NORMANN und KORDY (1991); 9. KÜNSEBECK (1993); 10. HELZER et al. (1984); 11. DUFFY et al. (1991); 12. v.WIETERSHEIM (1991); 13. PAAR et al. (1988a); 14. NORTH et al. (1991); 15. FEDERSCHMIDT (1993).				

### 3.4 Unterschiede zwischen MC.- und Colitis-Kranken

Die Probleme der medizinischen differentialdiagnostischen Abgrenzung zwischen MC. und Colitis ulcerosa wurden bereits an anderer Stelle beschrieben. Eine Reihe von Autoren haben sich bemüht, diese Abgrenzung auch auf psychologischem Gebiet zu klären (FORD et al. 1969, McKEGNEY et al. 1970, REINDELL et al. 1981, REIER-STROBL 1983, BIEBL et al. 1984, LEIBIG et al. 1985, AHRENS et al. 1986). Die Ergebnisse, die dabei gewonnen wurden, ergeben ein heterogenes Bild, bei dem sich Unterschiede und Gemeinsamkeiten mischen, je nachdem, welche Untersuchungsvariablen jeweils herausgegriffen werden.

Im Gegensatz zu den empirischen Befunden, die für eine prägnante Abgrenzung beider Krankheitsgruppen keine eindeutige Grundlage liefern, wird von Autoren, die psychotherapeutisch mit den Patienten umgehen, eine Differenzierung für sinnvoll erachtet. So werden Colitis-Patienten in Abgrenzung zu MC.-Patienten i.d.R. als themaproduzierender und deutlich bereiter geschildert, eine therapeutische Beziehung dauerhaft einzugehen (SCHULTHEIS und v.UEXKÜLL 1979, PETZOLD und REIDEL 1977, FREYBERGER et al. 1980). Dazu passend werden die MC.-Patienten in ihrem Beziehungsverhalten eher als pseudounabhängig, demgegenüber die Colitis-Patienten eher als offen abhängig-gebunden eingeschätzt (BIEBL et al. 1984, FEIEREIS 1990). Möglicherweise, so kann man spekulieren, werden in der therapeutischen Kooperation Besonderheiten im Kontaktverhalten deutlich, die in empirischen Untersuchungen, die i.d.R. nicht mehr verlangen als die Teilnahme an einem Interview und die Bearbeitung einiger Fragebögen, verdeckt bleiben. Aus den vorliegenden Befunden kann man immerhin schließen, daß es sinnvoll ist, im Rahmen empirischer Untersuchungen beide Krankheitsgruppen getrennt voneinander zu betrachten.

### 3.5 Psychotherapie bei MC, Effekte, Therapiemotivation und Forschungsprobleme

Während die somatische Therapie auf die gesicherte Wirksamkeit ihrer Behandlungsmethoden verweisen kann, ist die Effektivität psychotherapeutischer Maßnahmen bisher kaum angemessen untersucht worden und wird daher kontrovers diskutiert. So haben es Psychotherapeuten auch oft schwer, ihren Beitrag zur Behandlung der Patienten deutlich zu machen.

Klinische Berichte über günstige psychotherapeutische Effekte bei größeren Gruppen an MC. erkrankten Patienten haben FEIEREIS (1990), PAULLEY (1971, 1974) mitgeteilt. Im Vergleich zu einer rein somatischen Therapie sehen FREYBERGER et al. (1980, 1982) in einer kombinierten internistisch-therapeutischen Behandlung, die den Patienten im akuten Stadium angeboten werden sollte, die Chance einer Verkürzung des Krankheitsschubes, einer Verbesserung der Befindlichkeit und einer leichteren Wiedereingliederung in den Alltag. FREYBERGER et al. (1982) sind jedoch skeptisch, was die psychotherapeutische „Formbarkeit“ der MC.-Patienten und die Therapiemotivation nach dem Abklingen des Schubes anbetrifft.

Drei Studien, mit allerdings sehr kleinen Patientengruppen, haben sich im Rahmen eines Kontrollgruppendesigns systematisch um die Evaluation therapeutischer Maßnahmen bemüht: 1) KÜNSEBECK et al. (1987), die 14 Patienten rein somatisch und anschließend 15 Patienten zusätzlich mit supportiver Psychotherapie behandelten; 2) MILNE et al. (1986), die 40 Patienten im Rahmen eines Streßmanagementtrainings therapierten; 3) SCHWARZ und BLANCHARD (1991), die 11 Patienten in einem mehrdimensionalen verhaltenstherapeutischen Programm aufnahmen und versorgten. KÜNSEBECK et al. (1987) berichten positive Effekte auf den somatischen Verlauf. Die Studie von MILNE et al. (1986) ist hinsichtlich der somati-

schen Effekte nicht interpretierbar. SCHWARZ und BLANCHARD (1991) können keinen somatischen Effekt beim Vergleich mit einer Kontrollgruppe nachweisen. Deutlich positive Effekte i.S. einer Reduktion von Depressivität und Angst beschreiben KÜNSEBECK et al. (1987). MILNE et al. (1986) berichten über eine deutliche Reduzierung von Streßwerten. Bei den Patienten von SCHWARZ und BLANCHARD (1991) finden sich keine psychologischen Effekte beim Vergleich mit der Kontrollgruppe, jedoch geben die Patienten auf direktes Fragen an, daß sie jetzt besser mit ihrer Krankheit umgehen könnten und sich weniger durch Depressivität und Angst belastet fühlten. Randomisierte und kontrollierte Studien mit einem standardisierten Medikationsschema, einem ausreichend langen Katamnesezeitraum und einer klinisch umfassenden Messung der Effektivität psychosomatischer Maßnahmen auf den Krankheitsverlauf sind bisher nicht publiziert. Ein entsprechendes Forschungsprojekt wird zur Zeit zum Abschluß gebracht.

Ein fast weißer Fleck auf der Forschungslandkarte, der bis heute zumindest im Rahmen empirischer Untersuchungen nicht geschlossen wurde, betrifft die Psychotherapiemotivation der MC.-Patienten. In den klinischen Beschreibungen wird oft von einer geringen Psychotherapiemotivation der MC.-Patienten berichtet. FREYBERGER et al. (1982) kommen aufgrund ihrer therapeutischen Erfahrung mit ca. 40 Patienten, die, wie sie einschränkend feststellen, allerdings eine Auswahl darstellen, zu der Feststellung, „daß 83% der MC.-Patienten die Psychotherapie von vornherein ablehnten oder wieder abbrachen“ (ebenda, S. 83). PETZHOLD und REINDELL (1977) berichten, „daß trotz guter Mitarbeit in den Gesprächen während der stationären Behandlung die MC.-Patienten in den seltensten Fällen zu einer ambulanten Therapie bereit waren. Sie vermieden offensichtlich eine längerfristige Abhängigkeit von dem Therapeuten“ (ebenda, S. 122). Dieser eher pessimistischen Einschätzung der Therapiemotivation hat FEIEREIS (1990), der im Rahmen einer stationären Einrichtung seit Jahren eine internistisch-psycho somatische Versorgung von MC.- und Colitis-Patienten betreibt, widersprochen. Seine positivere Einschätzung der Therapiemotivation der MC.-Patienten könnte damit zusammenhängen, daß die MC.-Patienten in einem stationären Behandlungsrahmen, der internistische und psychotherapeutische Aspekte integriert, eher ansprechbar sind. Es bleibt aber festzuhalten, daß bisher keine empirischen Studien vorliegen, die die psychotherapeutische Ansprechbarkeit der MC.-Patienten differenziert untersucht haben.

Einige Studien haben die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen durch die MC.-Patienten dokumentiert. AHRENS et al. (1986) erhoben u.a. das Inanspruchnahmeverhalten von 22 MC.- und 22 Colitis-Patienten. Bei den Colitis-Patienten überwog die Zahl der Fälle, in der eine Konsultation bei einem Psychologen bzw. einem Psychotherapeuten stattgefunden hatte, während bei der Mehrzahl der MC.-Patienten kein solcher Kontakt festgestellt werden konnte. In der Studie von KÜNSEBECK (1993) hatten knapp 10% der befragten Patienten eine ambulante oder stationäre längerfristige Psychotherapie wegen ihres MC. gemacht.

### 3.6 Randständige Themen der MC.-Forschung

In der vorangegangenen Literatursichtung wurden zentrale Themen der empirischen MC.-Forschung dargestellt. Gleichwohl verbleiben einige Untersuchungen, die in diese Darstellung nicht aufgenommen wurden. Dabei handelt es sich um Untersuchungen, die, bezogen auf die Fragestellung, die sie aufgreifen, weitgehend alleine stehen. Auf diese Untersuchungen soll hier zumindest verwiesen werden. Für die Charakterisierung eines Forschungsfeldes sind nicht nur die Themen bedeutsam, um die sich die Untersuchungen hauptsächlich scharen, sondern auch die Themen, die bisher nur am Rande behandelt wurden. Gegenwärtig existiert nur eine Untersuchung, die psychophysiologischen Zusammenhängen bei MC.-Patienten systematisch nachgegangen ist. ZANDER et al. (1982) berichten über eine experimentelle psychophysiologische Untersuchung, bei der die Motilität des Darmes zu belastenden Themen im Interview in Beziehung gesetzt wurde. Auch das Körpererleben hat bisher wenig Beachtung gefunden. Körperbilder von je 20 MC.- und Colitis-Patienten, die graphisch in Form von Selbstbildnissen erfaßt wurden, untersuchten SCHÜTZ et al. (1988).

### 3.7 Zusammenfassende kritische Anmerkungen zur Methodik der bisherigen Forschung

Bei der Darstellung der Untersuchungen wurden bereits einige Kritikpunkte angemerkt, die hier noch einmal kurz zusammengefaßt und ergänzt werden sollen:

1. Oft fehlt eine klare operationale Begriffsdefinition. Dies gilt besonders für Untersuchungen, die sich mit dem Bindungsverhalten der MC.-Patienten befassen. Zentrale Konzepte, wie „Pseudounabhängigkeit“ und „symbiotische Bindung,“ tauchen immer wieder im klinischen Diskurs auf, ohne daß eine genaue Begriffsbestimmung gegeben wird. Auch bei einigen Ich-psychologischen Begriffen wie „Ich-Stärke“, „infantile Persönlichkeit“, die in der Vergangenheit oft gebraucht wurden, fehlt die genaue operationale Definition.
2. Vor allem für ältere Untersuchungen ist es kennzeichnend, daß keine oder nur mangelhafte Angaben über die körperliche Erkrankungssituation mitgeteilt werden. So bleibt i.d.R. offen, ob sich die Patienten der Untersuchungsstichprobe zum Zeitpunkt der Erhebung in einem Schub befanden, ob die Ptn. neuerkrankt, also erstmalig mit der Tatsache einer chronischen Erkrankung konfrontiert waren oder schon mehrere Schübe im Wechsel mit Phasen der Remission erlebt hatten. Daß die somatische Krankheitssituation eine bedeutsame intervenierende Variable darstellt, die die psychologischen Befunde beeinflußt, wird durch verschiedene, vor allem neuere Untersuchungen, wahrscheinlich gemacht.
3. Auch bei den neueren Untersuchungen fehlt nicht selten jede Angabe, wo und wie die Ptn. für die Studie rekrutiert wurden, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang Ptn. die Studienteilnahme verweigert oder als drop-outs die Studie verlassen haben. Bedenkt man die ablehnende Haltung gegenüber Psychotherapie, die in klinischen Beiträgen anklingt, ist es wahrscheinlich, daß ein Teil der Patienten auch einer psychologischen Untersuchung skeptisch gegenübersteht, besonders wenn diese Untersuchung einen größeren zeitlichen Aufwand und/oder eine besondere Selbstenthüllungsbereitschaft erfordert.

4. Bei der Sichtung der Untersuchungsbefunde fällt immer wieder eine Diskrepanz zwischen Selbstbeschreibungsdaten und Befunden auf, die von einem Fremdbeobachter im Interview gewonnen wurden. Diese Diskrepanz verweist auf die Notwendigkeit einer multimodalen Messung. Sie schränkt die Aussagekraft von Untersuchungsergebnissen ein, die sich ausschließlich auf eine Erhebungsform stützen. Um so bedauerlicher ist es, daß bei den Studien, die Interviewdaten erheben, sehr oft eine Absicherung der Reliabilität fehlt.

5. KÜNSEBECK (1996) zählt im Rahmen einer akribischen, methodenkritischen Sichtung der Forschungsliteratur, 36 verschiedene Fragebogeninstrumente auf, wobei in der Zusammenschau oft unklar bleibt, inwieweit die verschiedenen Fragebogeninstrumente, soweit sie semantisch gleichlautende Konzepte erfassen, tatsächlich dasselbe messen.

6. Bei einigen älteren Studien findet die Auswertung der Daten oft nur auf dem Weg einer klinischen Zusammenschau oder bruchstückhaft in Form einer Häufigkeitszählung statt oder bleibt gänzlich im Dunklen. Unzulängliche statistische Methoden sind z.T. darauf zurückzuführen, daß die Untersuchungsstichprobe so klein ist, daß statistische Verfahren nicht mehr sinnvoll angewendet werden können oder daß die Erhebung einer Kontrollgruppe fehlt, so daß notwendige Vergleiche für die tragfähige Beantwortung der Fragestellung nicht durchführbar waren.

7. Diese Methodenkritik, wie sie in zahlreichen neueren Arbeiten schon mehrfach vorgetragen wurde (WIETERSHEIM 1991, KÜNSEBECK 1993, FALLER und KRAUS 1996), zeigt wichtige Mängel auf, zugleich mutet sie aber etwas einseitig an, wenn sie als pauschales Argument gegen jegliche klinische Erfahrung gerichtet wird. Neuere Untersuchungen, die sich durch große unausgelesene Stichproben, durch die sorgfältige Erfassung der medizinischen Befunde, die Verwendung eingeführter Meßmethoden und evtl. eine Beobachtung im Längsschnitt auszeichnen, haben diesen methodischen Gewinn nicht selten durch eine vom klinischen Standpunkt aus oberflächlich anmutende Auseinandersetzung mit den Patienten bezahlt (z.B.: KÜNSEBECK 1993, FEDERSCHMIDT 1993, HÄUSER 1985). GRACE (1953) zweifelte, daß selbst ein kurzes Interview hinreichend sein würde, die Pathologie der MC.-Patienten angemessen zu erfassen. McMAHON et al. (1973) stellten fest: „that short-form paper-and-pencil tests are perhaps not suitable for use with a patient which uses denial to such a significant degree“ (ebenda, S. 100). Es scheint bisweilen ein Zug der Zeit, daß Erfahrungen, die im intensiven Kontakt mit Patienten gewonnen wurden, nicht sehr hoch im Kurs stehen. Und manchmal entsteht sogar der Eindruck, daß sich die methodische Integrität eines Forschers gerade daran zeigt, daß er klinische Erfahrungen mit empirischen Standardargumenten vom Tisch fegt. Die Argumente und Beobachtungen von GRACE oder McMAHON et al. sind jedoch nicht widerlegt und daher ebenso ernst zu nehmen wie die vorgenannten anderen methodenkritischen Einwände.

8. Die meisten Studien bleiben einem Uniformitätsmythos verhaftet, der darin besteht, daß immer wieder Aussagen über die Gesamtgruppe der MC.-Patienten gemacht werden, ohne daß jeweils überprüft wird, inwieweit diese Patientengruppe tatsächlich ein homogenes Kollektiv darstellt. „Whole sample statistics comprising one disease entity must be misleading - be it comparison of arithmetic or other means to control groups, be it correlational studies or discriminative analysis ... If there are psychologically different subsets within disease entities, any of these procedures will necessary camouflage them " (MEYER 1984, S. 29). Diesem Kritikpunkt soll anschließend im Rahmen einer ausführlichen Diskussion über Untergruppen weiter nachgegangen werden.



### 3.8 Untergruppen, heterogene Befunde in der Literatur

Inzwischen haben verschiedene Autoren eine Bilanz der Forschungsergebnisse vorgelegt, u.a. FEIEREIS (1986, 1990) FEIEREIS und JANTSCHKEK (1996), HARTKAMP et al. (1993), KÜNSEBECK (1996). Ein Ergebnis lautet, daß sich eine spezifische, für den MC. typische Persönlichkeits- oder Familienstruktur bisher nicht verifizieren lasse. Diese Aussage klingt, wenn man die bisher referierten Untersuchungen zugrundelegt, zunächst überraschend. Aus den genannten Untersuchungen scheint sich auf den ersten Blick doch ein recht einheitliches Bild herzuleiten. Widersprüchliche Befunde können teilweise auf methodische Gründe zurückgeführt werden. Erst auf den zweiten Blick wird eine Inhomogenität deutlich. Sie zeigt sich dort, wo die Untersucher nicht nur statistische Kennwerte aufführen, die die Gesamtgruppe typisieren, sondern ihre Befunde auch dem Leser ausführlicher und differenzierter mitteilen.

Beispielhaft sei die Studie von HELZER et al. (1984) genannt, über die schon berichtet wurde. Die Autoren fanden im Rahmen einer psychiatrischen Untersuchung eine Lebenszeitprävalenz von 36% depressiver Störungen. Dieser Befund bedeutet andererseits, daß 64% der Patienten keine depressive Störung aufwiesen. Eine lange Liste entsprechender Befunde läßt sich zusammentragen. So gesehen wird die These, daß sich eine spezifische, für den MC. typische, Persönlichkeits- oder Familienstruktur nicht verifizieren lasse, plausibel. Das Fehlen einer MC.-typischen Struktur resultiert nicht aus widersprüchlichen Befunden, die zwischen einzelnen Untersuchungen klaffen, sondern aus der Varianz der psychologischen Merkmale innerhalb der Krankheitseinheit, die einer vereinheitlichenden Typisierung entgegensteht. Diese Aussage aber läßt besonders den Praktiker unberaten zurück, sofern damit jegliche Orientierung fragwürdig erscheint, die er aus Untersuchungen gewinnt, die von der Uniformität der Patienten ausgehen.

Im therapeutischen Umgang mit den Patienten sind Strukturen im Interesse der Handlungsplanung unabdingbar. So nimmt es nicht Wunder, daß FEIEREIS (1990), obwohl er eine spezifische Struktur ausdrücklich verneint, beim Übergang zur Diskussion der therapeutischen Schritte stichwortartig prägnant eine MC.-typische Struktur präsentiert, die er gegen die Struktur der Colitis-Patienten abgrenzt. Eine andere Lösung, die diese paradoxe Doppelstrategie vermeidet, eröffnet sich, wenn man annimmt, daß die heterogenen Befunde unterscheidbaren, relativ homogenen Untergruppen zugeordnet werden können. Die folgende Diskussion versucht, dieses Argument voranzutreiben. Der Nachweis der Heterogenität läßt sich dabei leicht führen. Hier soll darüber hinaus versucht werden, Strukturen zu identifizieren, entlang derer eine sinnvolle Anordnung der Einzelbefunde i.S. von Untergruppen möglich wird.

Heterogene Befunde zeigen sich insbesondere in bezug auf das Symptom der Depressivität (WHYBROW et al. 1968, BIEBL et al. 1984, HELZER et al. 1984, LEIBIG et al. 1985, ANDREWS et al. 1987, NORMANN und KORDY 1991, KÜCHENHOFF 1993). Aus der Studie von HELZER et al. (1984) läßt sich ableiten, daß ca. 1/3 der Patienten unter depressiven Beschwerden leiden. Die Arbeiten von LEIBIG et al. (1985), KÜCHENHOFF (1993) sowie NORMANN und KORDY (1991) verweisen darauf, daß Depressivität einerseits durch die Krankheitsaktivität deutlich beeinflußt wird und andererseits bei einer Teilgruppe der Patienten als ein Persönlichkeitsmerkmal festzustellen ist. Auch während der Remissionsphase gaben in der Untersuchung von LEIBIG et al. (1985) immerhin „ein Drittel“ der Befragten an, häufigere depressive Stimmungslagen zu erleben. Aus der longitudinalen Beobachtung von NORMANN und KORDY (1991) geht eine Teilgruppe von Patienten mit depressiven Co-

pingstilen hervor. Wie KÜCHENHOFF (1993) berichtet, sind die depressiven Copingstile dabei über die Zeit stabil mit depressiven Persönlichkeitsmerkmalen verbunden.

Schwieriger ist es, eine Aussage über Angstsymptome zu treffen. Die Angaben zur Prävalenz von Angstsymptomen hängen offensichtlich stark von den diagnostischen Kriterien ab. In der Studie von HELZER et al. (1984) wird die Lebenszeitprävalenz für angstneurotische Störungen mit 4% anhand einer Vorform des DSM-III, in der Studie von ANDREWS et al. (1987) die Punktprävalenz generalisierter Angststörungen anhand des DSM-III mit ca. 7% angegeben. WHYBROW et al. (1968) berichten über eine nicht näher definierte Angstsymptomatik bei ca. 18% der MC.-Patienten. In der Studie von LEIBIG et al. (1985) gaben 70% der Patienten im Interview eine innere Spannung, eine innere Unruhe an, von der sie häufig scheinbar grundlos befallen würden.

Soweit Bindungsmuster von MC.-Patienten in der Literatur beschrieben werden, finden sich verschiedene Terminologien und Umschreibungen, so daß man alleine mit Blick auf die differierenden Sprachregelungen schließen kann, daß hier verschiedene Formen der Bindung vorliegen. WHYBROW et al. (1968) berichten bei 41% der untersuchten Patienten über Verhaltensweisen, die sie als Ausdruck einer „passiv abhängigen“ Persönlichkeit ansehen. Gleichlautende Beschreibungen finden sich bei McMAHON et al. (1973) sowie COHN et al. (1970). PETZOLD und REINDELL (1977) charakterisieren ähnlich wie FORD et al. (1969) und FEIEREIS (1990) die MC.-Patienten als „pseudounabhängig“. FORD et al. (1969) bemerken, ohne Näheres zu sagen, „they did not show a high incidence of symbiotic relationships“ (ebenda, S. 315). BIEBL et al. (1984) diagnostizieren einen Beziehungskonflikt zwischen der Neigung, völlig verselbständigt zu leben und dem Wunsch, die intime symbiotische Beziehung aufrecht zu erhalten. Versuchsweise kann man aus diesen Typisierungen mindestens zwei dominierende, konträre Bindungsmuster herauslesen, d.h. einerseits Patienten, die ihre Unabhängigkeit forciert zum Ausdruck bringen, zum zweiten Patienten, die sich passiv abhängig an ihr Schlüsselobjekt anlehnen und diese Bindungsmuster auch auf andere signifikante Personen übertragen. In der Charakterisierung von BIEBL et al. (1984) deutet sich möglicherweise eine dritte Subgruppe an, die aufgrund der unklaren Beschreibungen jedoch nicht genauer bestimmt werden kann. Unter normativen Gesichtspunkten stellen der passivgebundene und der forciert-unabhängige Bindungsmodus unreife Bindungsmuster dar, sofern man postuliert, daß ein reifer Umgang mit Bindungen die Möglichkeit beinhaltet, Abgrenzung und Annäherung nach Bedarf zu variieren (vergl. WYNNE 1969, MERTENS 1968, S.92 ff.). Die Aussagen über unterschiedliche Bindungsmuster müssen vage bleiben. Es werden i.d.R. keine Häufigkeitsangaben zu den einzelnen Bindungstypen gemacht. Infolge der fehlenden Operationalisierung können Gemeinsamkeiten und Unterschiede, die anklingen, nicht verlässlich herausgearbeitet werden.

Aus den referierten Befunden gehen zunächst einzelne Variablen hervor, die die Gesamtgruppe der MC.-Patienten differenzieren. Das Konzept der Untergruppen verweist in seinem Anspruch jedoch über einzelne Variablen hinaus auf komplexere Binnenstrukturen, das sind typische Muster, die mehrere Variablen miteinander verknüpfen.

Ein interessanter, hier weiterführender Befund, der sich in verschiedenen Untersuchungen abbildet, ist der, daß das Geschlecht eine wichtige Quelle der Varianzaufklärung zumindest bei einigen Variablen darstellt. HÄUSER (1985) findet in seiner testpsychologischen Untersuchung u.a. signifikante Geschlechts- und Altersunterschiede. In Übereinstimmung mit den aus der Literatur abgeleiteten Hypothesen beschrieben sich lediglich die jüngeren Männer. Im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) zeigten sich folgende Befunde: Die Männer gaben in

Relation zur Normgruppe eine gesteigerte Depressivität, eine geringere Aggressivität und eine stärkere Aggressionshemmung an. Auch ältere Männer beschrieben sich signifikant als depressiver, schilderten sich jedoch, anders als die jungen Ptn., als reizbar mit der Tendenz zu jähem Affekten und aggressiven Äußerungen. Im Spiegel des Gießen-Tests (GT-S) beschrieben die Probanden ihr Selbstbild in folgender Weise: Die Männer charakterisierten sich als depressiv und überkontrolliert. Das Selbstbild der Frauen war fast konträr zur Arbeitshypothese. Sie beschrieben sich dominanter als die Frauen der Eichstichprobe, gaben keine depressive Stimmungslage an und sahen sich eher als durchlässig und unterkontrolliert. Die Befunde von HÄUSER (1985) sind allerdings teilweise etwas überraschend. Auch in anderen Untersuchungen werden Geschlechtseffekte gefunden, jedoch mit entgegengesetztem Vorzeichen. I.d.R. sind es die Frauen, die sich als depressiv belastet beschreiben, wohingegen Männer eher weniger Depressivität berichten.

Im Rahmen einer unveröffentlichten Dissertation berichtet REIN (1975) über eine Untersuchung an 23 MC.- und 20 Colitis-Patienten, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in Remission befanden. In der zusammenfassenden Bewertung seiner Befunde, bei der er zwischen Colitis- und MC.-Patienten nicht unterscheidet, findet er zwei Subgruppen, nämlich emotional labile, selbstunsichere und abhängige Patienten, wie auch unauffällige bzw. überangepaßte Patienten. Die Zugehörigkeit zu diesen Gruppen kovariiert mit dem Geschlecht. In der ersten Gruppe finden sich signifikant mehr Frauen.

Bedeutsame Geschlechtsunterschiede fanden sich auch in der vorbeschriebenen Untersuchung von HARTKAMP et al. (1993). Frauen zeigten danach signifikant höhere (d.h. besser i.S. des Normal-Ich) Werte für die Skalen: Binnenwahrnehmung, Kreativität, Reife der Objektbeziehungen, Objekt Konstanz, narzißtische Gleichgewichtsregulation, Stabilität der Ich-Grenzen und Frustrationstoleranz. Aufgrund dieser Ergebnisse vermuten die Autoren, daß sich die Gruppe zusammensetzt aus einer Untergruppe, die primär durch Ich-Funktionsdefizite charakterisiert ist, und einer Gruppe, bei der eine Persönlichkeitsstörung auf neurotisch konflikthafter Grundlage ohne generelle Ich-Funktionseinschränkung gegeben ist.

Geschlechtsunterschiede in bezug auf das Copingverhalten im Umgang mit der Krankheit finden auch NORMANN und KORDY (1991). Die beobachteten Unterschiede im Copingverhalten entsprechen allerdings nur bei den „chronisch Kranken“ Patienten, die im Unterschied zu den „Neuerkrankten“ schon mehrere Krankheitsschübe erlebt haben, dem Geschlechtsstereotyp. Danach unterdrücken die Männer deutlich mehr als die Frauen Gefühle und wählen Selbstbeherrschung als wichtige Bewältigungsform.

Bei einer Untersuchung mit dem MMPI finden FORD et al. (1969) neben gemeinsamen Merkmalen (Hypochondrie, Depression und Hysterie), die die Gruppe als Ganzes kennzeichneten, einige geschlechtstypische Charakteristika. Männer beschreiben sich danach als kompetitiv und fleißig sowie gleichzeitig unreif („immature“) und abhängig. Spezifische Merkmale für die weiblichen MC.-Patienten sind ein Verlust an Initiative, eine Tendenz zu Grübeleien, sowie ein Gefühl der Wirkungslosigkeit („inefficiency“) bzw. des Kontrollverlustes, d.h. Merkmale, die auf eine depressive Problematik hinweisen.

Angesichts dieser Befunde muß jedoch vor einem naheliegenden, aber unrichtigen Umkehrschluß gewarnt werden. Aus der Tatsache, daß das Geschlechtsmerkmal in der beschriebenen Weise die Intragruppenvarianz aufklärt, kann nicht rückgeschlossen werden, daß -um den Befund von NORMANN und KORDY (1991) nochmals aufzugreifen- alle Männer ihre Gefühle unterdrücken und Selbstbeherrschung als Copingform bevorzugen.

Hinweise auf Untergruppen, die nicht mehr sind als Randbemerkungen, aber auch ausformulierte Untergruppenmodelle, die klinisch fundierte Ordnungsversuche darstellen, finden sich bei WHYBROW et al. (1968), SHEFFIELD und CARNEY (1976), FREYBERGER et al. (1982), BURTSCHIEDT (1983), WEIß und ZACHER (1986 a,b) beschrieben.

Im Rahmen einer Literatursichtung, der sie die Beschreibung eines eigenen Falles anfügen, schreiben WEIß und ZACHER (1986 a, S.75): „Ergänzend sei angemerkt, daß die Patientin ihre emotionale Lebendigkeit bewahrt hatte und den Reichtum ihrer Phantasie auch sonst im Leben aktiv zu nutzen wußte. Sie steht damit in auffallendem Gegensatz zu der in der Literatur oft behaupteten Zwanghaftigkeit und emotionalen Starre der MC.-Kranken“.

Am Rande ihrer Ergebnisdarstellung berichten SHEFFIELD und CARNEY (1976) über zwei Untergruppen: „Our finding -suggest- that like neurotic and psychosomatic patients, Crohn`s disease patients were more introverted than both non-psychosomatic chronic medical patients and the general population. ... However we were struck by the extraverted personalities of several of our psychiatric Crohn`s disease patients ... their case histories showed hysterical, even psychopathic traits“ (ebenda, S. 449).

Über zwei Untergruppen berichtet auch BURTSCHIEDT (1983), der 34 Patienten im Rahmen eines psychoanalytischen Interviews untersuchte, das in einer anschließenden fallbezogenen Supervision ausgewertet wurde. Einer Gruppe selbstunsicherer, offenbar psychisch belasteter Patienten mit einem geringen Selbstwertgefühl, einer Neigung, Probleme „in-sich-hineinzufressen“ und einer inadäquaten Aggressionsverarbeitung, stellt er eine zweite etwa gleich große Gruppe gegenüber, die er als selbstsicher, fähig zu angemessener aggressiver Reaktion, jedoch hinsichtlich der Selbstwahrnehmung als „alexithym“ beschreibt.

Auf der Grundlage ihrer therapeutischen Arbeit mit 40 MC.-Patienten postulieren FREYBERGER et al. (1982) drei Patientenuntergruppen. Einschränkend vermerken sie, daß der Überweisungsmodus vermutlich zu einer Selektion ihrer Patientenstichprobe geführt hat. 83% lehnten einen kontinuierlichen therapeutischen Kontakt ab. Diese Gruppe falle abgesehen von ihrer geringen Therapiemotivation durch „aggressives Agieren“ auf. Nur ein kleiner Teil der Patienten war therapiemotiviert. Diese Patienten (6w., 1m.) ähnelten hinsichtlich ihrer seelischen Struktur den Colitis-Patienten. „Wir erlebten diese Patienten als Menschen mit dem Gefühl, einsam und unverstanden zu sein, zusammen mit dem dringenden Wunsch nach dauerhaften, zuverlässigen, befriedigenden Beziehungen. Diese geradezu suchtähnliche Suche nach Ersatzmüttern mündete dann psychotherapeutisch in die oral-narzißtische Objektbeziehung aus“ (ebenda, S. 81). Dieser Untergruppe stellen die Autoren eine als „alexithym“ gekennzeichnete Subgruppe (7 Männer) gegenüber, die Psychotherapie eindeutig ablehnte. Diese Patienten wurden „seelisch leer“, in ihrer emotionalen Sprachfähigkeit eingeschränkt, kontaktgestört und ohne Konfliktbewußtsein erlebt. Zwischen diesen Extremgruppen bestünden fließende Übergänge. In dieser großen mittleren Gruppe sei eine wohl umschreibbare Gruppe von Patienten enthalten, die sich durch diskrete oder deutlich sadomasochistische Beziehungsmuster auszeichne: „die Partner schienen sich zu quälen, sie konnten aber nicht voneinander lassen, die Partner schienen sich zu erniedrigen, gleichzeitig aber auch zu lebensbedingender Bedeutung hochzustilisieren“ (ebenda, S. 82).

WHYBROW et al. (1968), die sich mit der Frage der psychosomatischen Mitverursachung der MC.-Erkrankung aufgrund ihrer Befunde spekulativ auseinandersetzen, schlagen drei Subgruppen vor: 1) Patienten mit einer lebensgeschichtlich bedingten „multiplen“ (psychisch und somatischen) Vulnerabilität, bei denen psychische (z.B. Objektverlust) und physische Umgebungsfaktoren zum Ausbruch der Erkrankung führen können. Dies seien möglicherweise jene Patienten, bei denen psychoneurotische Beschwerden schon seit Kindheit vorlägen und kritische Lebensereignisse unmittelbar der Erkrankung vorausgingen. 2) Patienten mit einer guten psychologischen Anpassung, bei denen die Erkrankung aus anderen Gründen aufträte und dann sekundär latente psychologische Probleme freilege bzw. verstärke und 3) Patienten, bei

denen keine psychiatrische Morbidität festgestellt werden könne und die trotz der Erkrankung psychologisch gut funktionierten und gesund blieben.

Neben den vorgenannten Gruppierungsverfahren, die „qualitative Taxonomien“ (vergl. STUHR 1996) darstellen, finden sich einige Untersuchungen, die mathematisch-strukturbildende Methoden (insbesondere Clusteranalyse und/oder Faktorenanalyse) mit dem Ziel eingesetzt haben, Untergruppen zu konstruieren.

REINDELL et al. (1981) berichten über eine testpsychologische Untersuchung an 43 MC.- und 60 Colitis-Patienten. Die große Varianz zwischen den Testprofilen der Patienten mit gleicher Diagnose veranlaßte die Autoren zu einer Untergruppenbildung, wobei sie ein nicht näher beschriebenes clusteranalytisches Vorgehen wählten. Die Autoren identifizieren auf diesem Weg vier Untergruppen, wovon zwei deutlich als MC.-Gruppen erkennbar sind. Die eine Gruppe werde von älteren Patienten gebildet, diese sind depressiv und ängstlich. Die andere Gruppe ist sozial angepaßt, offen in der Testbeantwortung und beschreibt, daß sie sich gerne verwöhnen lasse.

In einer exploratorischen Arbeit, die 52 MC.-Patienten einschloß, davon 29 weiblich und 23 männlich, ermittelte v. WIETERSHEIM (1994) clusteranalytisch 7 Untergruppen. Da der Autor die Clusterbildung auf insgesamt 8 Variablen aufbaut, sind die Untergruppen durch komplexe Variablenmuster definiert. Zwischen einzelnen Untergruppen ergeben sich neben Unterschieden auch deutliche Gemeinsamkeiten bei einzelnen Merkmalen. Einzelne Gruppen sind vielfältiger, andere nur geringfügig voneinander unterschieden. Auf die Wiedergabe dieser etwas willkürlichen Untergruppenbildung soll hier verzichtet werden. Betrachtet man die Variablen, die in die Untergruppenbildung eingeflossen sind im einzelnen, lassen sich folgende Gegensatzpaare herauslesen: aggressiv gehemmt versus nicht aggressiv gehemmt, somatisch leicht erkrankt versus schwer erkrankt, psychisch gestört (hohe Depressionswerte, emotional labil i.S. des FPI) versus gering gestört, psychologische Laienätiologie versus Ablehnung seelischer Ursachen, gebunden versus pseudounabhängig.

Eine weitere Untergruppenbildung hat KÜCHENHOFF (1993) auf der Basis eines Interviewratings durchgeführt: Untersucht wurden 118 bzw. 68 MC.-Patienten zu 2 Meßzeitpunkten von drei psychoanalytisch geschulten Ratern. Gemessen wurde, welche Abwehrmechanismen die Probanden zur Regulierung innerseelischer und interpersonaler Probleme verwendeten. Die 26 Abwehrformen wurden zunächst faktorenanalytisch zu drei Skalen verdichtet, wobei nur Items in die Faktorenanalyse eingeschlossen wurden, für die keine extreme Aufgabenschwierigkeit vorlag. Im Ergebnis fanden sich für die MC.-Stichprobe drei interpretierbare Faktoren: „dominante Affektabwehr“, „frühe Abwehr“, und „Aggressionsabwehr“. In einem weiteren Analyseschritt wurden die MC.-Patienten clusteranalytisch so gruppiert, daß 3 Verlaufstypen deutlich wurden: 1) Patienten mit einer dominanten Affektabwehr (Rationalisierung, Isolierung), die im Wechsel von Schub zur Remissionsphase unverändert bestehen blieb; 2) Patienten mit dominanter „projektiv-introjektiver Aggressionsabwehr“ (gekennzeichnet durch Projektion von Verantwortlichkeit und Innenwendung der Aggression), die ebenfalls im Wechsel vom Schub zur Remissionsphase konstant bestehen blieb; 3. Patienten mit einer instabilen Abwehr, wobei die Patienten vor allem im Schub frühe Abwehrmechanismen (Spaltung, projektive Identifikation, Verschiebung) einsetzten, während sie in Remission auf die genannten Formen der Aggressionsabwehr zurückgriffen. Auch hier erweist sich das Geschlecht als eine bedeutsame Variable. Patienten der Untergruppe (1) sind überdurchschnittlich häufig männlichen Geschlechts, außerdem berichten sie im Mittel eine bessere Stimmung als Patienten der Untergruppe (2). Die Untergruppe (3) wird ausschließlich von Frauen gebildet, die jünger sind als die Patienten der Gruppen (1) und (2).

Einen anderen Zugang zur Untergruppenbildung hat FEDERSCHMIDT (1993) gewählt. Der Autor geht von der Tatsache aus, daß die Entzündung in verschiedenen Bereichen des Darmes

lokalisiert sein kann. Dementsprechend unterscheidet er Patienten mit einem Befall des Dünndarmes, einem Befall des Dickdarmes und Patienten mit Dick- und Dünndarmbefall. Zwischen diesen somatisch definierten Untergruppen findet er signifikante Unterschiede in bezug auf Angst, Depressivität und verschiedene Persönlichkeitsvariablen, die er mit dem FPI-R untersucht. Dieser Ansatz zur Untergruppenbildung erscheint jedoch nur dann als sinnvoll, wenn der Entzündungsort als ein unveränderliches Krankheitsmerkmal aufgefaßt werden könnte. Tatsächlich aber kovariiert der Entzündungsort signifikant mit der Krankheitsdauer. Im Verlauf der Erkrankung breitet sich der MC. i.d.R. über weitere Darmabschnitte aus, die zunächst nicht betroffen waren. Nach zehnjähriger Krankheitsdauer hat sich die Entzündung auf Dünn- und Dickdarm ausgedehnt und ist nur noch in 11% auf den Dünndarm und in 17% der Fälle auf den Dickdarm beschränkt (vergl. STARLINGER 1993). In der Untersuchung von FEDERSCHMIDT (1993) findet die Dimension der Krankheitsdauer aber keine Berücksichtigung. Bei den von ihm untersuchten Pt. streut die Krankheitsdauer zwischen 1 und 26 Jahren.

### 3.8.1 Einige methodische Schwächen bei der bisherigen Untergruppenbildung

Mathematisch-strukturbildende Verfahren zur Bildung psychologischer Untergruppen bei MC.-Patienten sind bisher nur von REINDELL et al. (1981), v.WIETERSHEIM (1994) und KÜCHENHOFF (1993) eingesetzt worden. Die Befunde, die dabei gewonnen wurden, helfen, komplexere Strukturen herauszuarbeiten. Andererseits ergeben sich verschiedene offenen Fragen und Kritikpunkte. Clusteranalyse und Faktorenanalyse sind heuristische Verfahren, deren Endprodukt wesentlich von den vorgegeben Variablen, der Gewichtung dieser Variablen, dem Abbruchkriterium und der zugrundeliegenden Stichprobe bestimmt wird. Bei der Cluster- und der Faktorenanalyse handelt es sich zudem nicht um eine einzelne Methode, sondern um eine Gruppe mathematischer Verfahren, so daß auch die Auswahl der spezifischen Rechenprozedur das Endprodukt signifikant beeinflußt (siehe MEYER 1984, SCHNEIDER und SCHEIBLER 1983). Die genannten Autoren haben diese Probleme, die die Subgruppenbildung entscheidend determinieren, nicht oder nur bruchstückhaft reflektiert. So nimmt es nicht Wunder, daß REINDELL et al. (1981) zwei Untergruppen hingegen v.WIETERSHEIM (1994) sieben Untergruppen und KÜCHENHOFF (1993) drei Untergruppen vorfindet. Die Untergruppen, die REINDELL et al. (1981) und v. WIETERSHEIM (1994) postulieren, erscheinen bis zu einem gewissen Grade beliebig, wenn man bedenkt, daß bei einem etwas veränderten Variablenpool eine völlig neue Gruppenbildung entstehen kann. Es stellt sich also die Frage, weshalb gerade die Untergruppen, die die Autoren gefunden haben, relevant oder besser sein sollen als irgend eine andere Untergruppenbildung, die entsteht, wenn eine neue Variablenkombination in die Rechenprozedur eingegeben wird. REINDELL et al. (1981) und v.WIETERSHEIM (1994) bleiben die Antwort auf diese Frage schuldig. KÜCHENHOFF (1993) diskutiert die klinische Relevanz der identifizierten Subgruppen, indem er eine Subgruppe als besondere Risikogruppe identifiziert.

Die Relevanz einer Untergruppenbildung läßt sich nicht formal-methodisch entscheiden, sondern nur aufgrund inhaltlicher Kriterien, worüber in dem nachfolgenden Exkurs zu der Frage: „Was ist eine gute Untergruppenbildung“ kurz reflektiert werden soll.

### 3.8.2 Exkurs: Was ist eine gute Untergruppenbildung?

Die beschriebenen Untersuchungen bestätigen die Aussage, daß sich eine spezifische, für den MC. typische, Persönlichkeits- oder Familienstruktur nicht verifizieren läßt. Es zeichnen sich statt dessen verschiedene mögliche Untergruppen ab. An diese Erkenntnis knüpft sich die Frage nach der Beschaffenheit der Untergruppen, die das heterogene Material sinnvoll strukturieren könnten. Die Beantwortung dieser Frage ist nur zum Teil ein formal-mathematisches Problem. Untergruppen werden nicht allein im Datenmaterial entdeckt. Untergruppen sind Konstruktionen. Es müssen Merkmale ausgewählt und gewichtet werden, die in die Untergruppenbildung einfließen, es muß ein Kriterium bestimmt werden, das die Aufteilung der Patienten in diskrete Gruppen sinnvoll abbricht und so die Anzahl der Partitionierungen bestimmt. Schließlich sind Untergruppen Konstruktionen, weil Kriterien festgelegt werden müssen, die über die Relevanz der Subgruppenkonstruktion entscheiden. Gegenwärtig gibt es keine einheitliche Philosophie, die diesem Konstruktionsprozess verbindlich den Weg weist und die bestimmt, was als eine tragfähige Untergruppenbildung anzusehen ist und was nicht. Daß Untergruppen auf der Basis repräsentativer Stichproben und verlässlicher Erhebungsmethoden empirisch abgesichert sein sollten, ist eine Selbstverständlichkeit, aber eine solche Absicherung ist offensichtlich kein hinreichendes Qualitätsmerkmal. Der Befund, daß sich MC.-kranke Männer von MC.-kranken Frauen in manchen Variablen unterscheiden, scheint gut gesichert, ist aber möglicherweise keine sehr weittragende Erkenntnis. Die Qualität einer Untergruppenbildung ist abhängig von den Zielsetzungen, die mit der Untergruppenbildung verfolgt werden. Unter der Prämisse, daß Untergruppen in einem weiteren Sinne nützlich sein sollten, sollen im folgenden einige mögliche Zielkriterien benannt werden:

#### 1. Zielkriterium: prognostische Relevanz

Eine Untergruppenbildung kann prognostisch relevant sein, wenn das Wissen um die Zugehörigkeit zu einer Untergruppe Vorhersagen über zukünftiges Verhalten ermöglicht. Entsprechende Vorhersagen können z.B. die Art und Weise der Krankheitsverarbeitung im Schub, die langfristige psychosoziale Anpassung an die Erkrankung und ebenso den somatischen Krankheitsverlauf betreffen und so zu einer frühzeitigen Erkennung von Risikopopulationen beitragen. Untergruppen können darüber hinaus als komplexe intervenierende Variablen wirksam sein. So ist es z.B. denkbar, daß der Effekt einer psychotherapeutischen Intervention mit der Untergruppenzugehörigkeit der Patienten kovariiert.

#### 2. Zielkriterium: therapeutische Relevanz

Untergruppen können therapeutisch relevant sein, wenn sie zur Optimierung der therapeutischen Praxis beitragen, indem sie therapeutisch bedeutsame Charakteristika differenzieren und so z.B. die Grundlage für ein besser abgestimmtes Vorgehen schaffen.

#### 3. Zielkriterium: Konstruktvalidität

Hierbei wird von der Vorstellung ausgegangen, daß Untergruppen, die zunächst auf verschiedenen unabhängigen Beobachtungsebenen festgestellt werden, im Rahmen einer Konstruktbildung zusammengefaßt und validiert werden können. Der Konstruktbegriff bedeutet, daß die Vielfalt der Einzelbeobachtungen zu einem sinnvoll zusammenhängenden Ganzen verknüpft wird. Konstrukte sind abgeleitete, nicht unmittelbar beobachtbare, latente, komplexe Merkmalszusammenhänge. Um ein Konstrukt zu validieren, ist es notwendig, die für das Konstrukt erforderlichen Merkmale genau zu identifizieren und aufzuzeigen, daß diese Einzelbeobachtungen in einer Weise variieren und kovariieren, die darauf hindeutet, daß sie eine funktionelle Einheit bilden. Um eine funktionale Einheit wirklich zu belegen, ist es erforderlich, über Demonstrationen charakteristischer Eigenarten hinauszukommen und zu zeigen, „daß solche

Ereignisse gemeinsam auftreten, sich gegenseitig ausschließen, miteinander variieren oder ganz allgemein in einer wechselseitigen Beziehung stehen, so wie sich die Dinge verhalten, wenn sie Ausdruck eines einheitlichen Phänomens sind“ (HORN 1971, S. 331). Dabei entsteht das praktische Problem, das Maß an Übereinstimmung bzw. an Divergenz festzulegen, um die Hypothese der Validität des Konstruktes anzunehmen oder zu verwerfen. Die Konstruktbildung schafft das wissenschaftlich wichtige Bindeglied zwischen dem tendenziell fragmentierenden Vorgehen der empirischen Forschung, die einzelne Phänomene aus dem Gesamtzusammenhang löst und isoliert untersucht, und dem holistischen Denken des Klinikers, der nicht einzelne Variablen, sondern komplexe Zusammenhänge wahrnimmt.

Die vorgenannten Zielkriterien können prinzipiell empirisch überprüft werden und gestatten so einen Vergleich zwischen verschiedenen Modellen. Die Relevanz eines Modells ist keine absolute, sondern eine relative Größe. Ein Untergruppenmodell kann dazu beitragen, den Krankheitsverlauf vorherzusagen und dennoch wenig relevant sein, weil ein anderes Untergruppenmodell besser zur Aufklärung der Kriteriumsvarianz beiträgt.

Neben diesen „harten Zielkriterien“, die außer Diskussion stehen und Vorrang vor anderen Überlegungen haben sollten, lassen sich formale Merkmale anführen, die ihre Bedeutung alleine aus der Tatsache schöpfen, daß sie die Handhabbarkeit der Untergruppierung verbessern und somit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, daß eine relevante Untergruppenbildung tatsächlich nutzbar gemacht wird.

#### 4. Sparsamkeit

Die Untergruppenbildung sollte sparsam in bezug auf die Variablen erfolgen, die notwendig sind, um einen Patienten einer Untergruppe zuzuweisen.

#### 5. Transparenz

Der Zuordnungsvorgang sollte möglichst durch einfach reproduzierbare, klar explizierte Zuordnungsregeln erfolgen. Zumindest aber müssen die Zuordnungsregeln dargelegt werden (z.B. in Form einer Diskriminanzfunktion oder in Form sonstiger Algorithmen). Denn ohne diese Offenlegung ist es nicht möglich, die Befunde der jeweiligen Untersucher zu replizieren oder praktisch nutzbar zu machen.

Die genannten Zielkriterien formulieren einen hohen, möglicherweise utopischen Anspruch, je mehr man versucht, sie alle zugleich einzulösen. Es könnte sich herausstellen, daß eine Untergruppierung in einer Hinsicht besonders relevant ist, während ihr in einer anderen Hinsicht keine Bedeutung zukommt. Das spricht jedoch nicht gegen die Zielkriterien als regulative Ideen respektive als Leitideen, an denen sich die Konstruktion und Evaluation von Untergruppenmodellen orientieren kann, auch wenn die darin enthaltenen Vorgaben niemals vollständig erfüllt werden können.

### 3.9 Zusammenfassung: Zur Heterogenität der psychologischen Befunde

Ätiologie und Pathogenese des MC. sind bisher noch ungeklärt. Bei dieser Sachlage findet ein multifaktorielles Denkmodell die meiste Zustimmung, das neben genetischen, infektiösen und immunologischen Faktoren sowie dem Einfluß der Ernährung auch psychische Faktoren berücksichtigt.

Erfahrungen, die in der therapeutischen Arbeit mit MC.-Patienten gewonnen wurden, weisen auf Belastungen im Vorfeld der Erkrankung, auf Störungen der Ich-Funktionen und der Ob-



jektbeziehungen hin. Die Patienten meiden konflikthafte Auseinandersetzungen, sie sind häufig aggressiv gehemmt, sie wenden die Aggression gegen sich selbst. Einige Autoren berichten aber auch von einem Ausagieren aggressiver Affekte. Es gelinge den Patienten schwer, innere Spannung in der Schwebe zu halten, ihre emotionale Ausdrucksfähigkeit sei beeinträchtigt. Andererseits finden sich auch Patienten, die differenziert und kreativ mit inneren Problemen umgehen. Manche Patienten wirken depressiv belastet und fallen durch ein anklammerndes Bindungsverhalten auf, andere Patienten werden als dissimulierend und pseudonabhängig beschrieben. Bei näherem Eingehen auf die Berichte und besonders bei der Gegenüberstellung der Befunde verschiedener Autoren finden sich immer wieder Hinweise auf Patienten, die manchmal zur Überraschung der Autoren aus dem angenommenen klinischen Schema herausfallen. Schon beim differenzierten Lesen der klinischen Beschreibungen drängen sich unterschiedliche psychosomatische Modellvorstellungen auf, wobei aus den klinischen Berichten jedoch recht übereinstimmend die Auffassung spricht, daß bei den Patienten eine psychische Störung vorliegt. Hier trifft vor allem der Einwand, daß die Patienten, auf deren Untersuchung die Kliniker ihre Aussagen stützen, eine selektierte Stichprobe darstellen.

Inzwischen liegen zahlreiche empirische Untersuchungen vor, die sich um ein methodisches Vorgehen bei der Befunderhebung und die Gewinnung repräsentativer Stichproben bemüht haben. Ich-psychologische Konzepte wurden erst in neuerer Zeit mit sachgerechten Methoden beforscht. Eine methodische Untersuchung der Objektbeziehungen steht noch aus. Im Ergebnis lassen sich z.B. Merkmale der Depression, der Angst und der aggressiven Hemmung usw. durchaus bestätigen. Es läßt sich für die MC.-Patienten aber dennoch keine spezifische Persönlichkeits- und Familienstruktur sichern. Dort wo die Untersuchungsbefunde differenziert aufgeschlüsselt werden, werden die MC.-Patienten nämlich auch hier als eine heterogene Patientengruppe deutlich. So lassen sich depressive Störungen nur etwa bei einem Drittel der Patienten diagnostizieren. Bei Häufigkeitsangaben müssen jedoch die zugrundeliegenden diagnostischen Kriterien und Methoden genau beachtet werden. Angesichts der Heterogenität, die auch in empirischen Studien deutlich wird, sind vorschnelle, verallgemeinernde Aussagen über die Gesamtgruppe der MC.-Patienten unangemessen.

Angesichts dieser Heterogenität bietet es sich an, Untergruppen zu bilden, in der Hoffnung, daß damit eine sachgerechtere Beschreibung der MC.-Patienten gelingt, die auch für den Kliniker, der auf Konzepte und Strukturen angewiesen ist, brauchbar ist.

Interindividuelle Unterschiede ergeben sich praktisch bei allen untersuchten Merkmalen: Depressivität, Angst, Lebenszufriedenheit, Bindungsverhalten, Copingverhalten, Abwehr, Reife der Ich-Funktionen, therapeutische Ansprechbarkeit, Umgang mit aggressiven Affekten, um nur einige hier besonderes interessierende Merkmale zu nennen. Einige Autoren haben mit formal-mathematischen Methoden, insbesondere der Cluster- und der Faktorenanalyse, komplexere Subgruppen herausgearbeitet, wobei jedoch wichtige Schritte bei der Anwendung dieser Methoden bisher unreflektiert bleiben. Dementsprechend stellt sich die Frage, welche Untergruppen sinnvoll und relevant sind. Bisher liegen nur wenige Arbeiten vor, die sich mit dieser Frage auseinandersetzen. KÜCHENHOFF (1993) sowie NORMANN und KORDY (1991) belegen die prognostische Validität ihrer Untergruppen u.a. für den Schubverlauf, FREYBERGER et al. (1982) verbinden mit ihrer Untergruppenbildung Überlegungen zur differentiellen therapeutischen Ansprechbarkeit der MC.-Patienten.

In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, daß das Geschlecht eine differenzierende Variable darstellt, die auf verschiedenen Meßebenen (der psychischen Befindlichkeit, dem Abwehrverhalten, dem Coping, der Therapiemotivation) zur Aufklärung der Varianz beiträgt. In Relation zu den Männern scheinen die Frauen therapiemotivierter, durchlässiger im Kontakt und depressiver. Auch scheint das Geschlecht mit der Reife der Ich-Funktionen korreliert.

Andererseits ist die Frage offen, ob das Geschlecht tatsächlich das beste Kriterium für die Aufspaltung der Patienten in Subgruppen darstellt.

Während die Heterogenität der MC.-Patienten auf den einzelnen Beobachtungsebenen vergleichsweise deutlich wird, ist die vertikale Analyse, bei der die einzelnen Beobachtungsebenen im Sinne der Konstruktbildung wechselseitig zueinander in Beziehung gesetzt werden, vorerst eine Domäne klinischer Beschreibungen und zweier clusteranalytischer Untersuchungen, die im Ergebnis jedoch recht willkürlich erscheinen.

Auf dem Hintergrund der bisherigen Befunde stellen die Fragen, wie die Gesamtgruppe der MC.-Patienten in Untergruppen aufgespalten werden soll, welche Variablen in die Untergruppenbildung aufgenommen werden sollten, wie die verschiedenen Beobachtungsebenen zusammenspielen, welche Relevanz den Untergruppen zukommt, ein Problem dar, das sich erst auf halbem Wege zu einer Lösung befindet, auch wenn bereits Schritte in diese Richtung gemacht wurden.

## 4 Der theoretische Rahmen

Hinsichtlich der theoretischen Konzepte ist die Psychosomatik ein heterogenes Feld. Die frühere Vorherrschaft psychoanalytischer Erklärungen für psychosomatische Phänomene hat sich zu einer Situation gewandelt, in der verschiedene Denkweisen miteinander konkurrieren, ohne daß jetzt schon feststünde, ob ein Sieger aus dieser Konkurrenz hervorgehen wird. Das Lehrbuch der psychosomatischen Medizin von v.UEXKÜLL et al. (1979) erstmalig herausgegeben und mittlerweile in der 5. Auflage erschienen (v.UEXKÜLL et al. 1995), ist ein lebendiges Zeugnis für diesen Wandel, an dessen vorläufigem Ende die Psychoanalyse nur eine theoretische Position unter anderen ist. „Was die Theoriebildung angeht, scheint die psychoanalytische Psychosomatik tatsächlich überrundet worden zu sein von den Vertretern einer integrativen Psychosomatik ... und einer verhaltensorientierten Psychosomatik. Insbesondere letztere hat es leichter, da die in ihren theoretischen Konzepten verwendeten Konstrukte naturgemäß der Beobachtung eher zugänglich sind ...“ (STRAUSS und BURGMEIER-LOHSE 1994, S. 87).

In dieser Arbeit wird der theoretische Rahmen dennoch durch das psychoanalytische Modell bestimmt. Diese Entscheidung verstehe ich als eine persönliche Setzung. Sicherlich lassen sich Argumente nennen, die gegen diesen Standpunkt sprechen. Diese Argumente beinhalten zwangsläufig Vormeinungen, wie Menschenbildannahmen, persönliche Interessenschwerpunkte und klinische Erfahrungen, deren Wahrheitsgehalt empirisch nicht vollständig entschieden werden kann, ohne wiederum grundlegende Annahmen zu machen, so daß sich hier ein unabschließbarer Diskurs auftut, der aber nicht das Thema dieser Arbeit sein kann.

Die psychoanalytische Theorie ist eine klinische Theorie, die die Validität ihrer Konzepte und Begriffe in der Vergangenheit vorwiegend aus der klinischen Erfahrung und Evidenz abgeleitet hat, wobei in den letzten Jahren eine produktive empirische Forschung zunehmend in Gang kommt (siehe KÜCHENHOFF 1994). Die Begrifflichkeit der Psychoanalyse ist oft mehr bildhaft eingängig und von metaphorischer Tiefe, als in einem operationalen Sinne genau. Komplexe Zusammenhänge, die für das psychoanalytische Denken charakteristisch sind, werden eher in Erzählstrukturen dargestellt, denn als eindeutig falsifizierbare Hypothesen expliziert. Die Psychoanalyse ist zudem eher eine Theoriefamilie, die verschiedene, z.T. konkurrierende Erklärungsmodelle unter einem gemeinsamen Dach versammelt, denn ein homogenes in sich abgeschlossenes Konzept.

Empirische Forschung im psychoanalytischen Rahmen muß dieser Struktur zuwiderlaufen, wenn sie die Begriffe und Relationen so aufbereiten will, daß sie empirisch beforscht werden können. Vereinfachungen und Vergrößerungen sind dabei unvermeidlich und werden hoffentlich durch den Erkenntnisgewinn der empirischen Arbeit aufgewogen.

## 4.1 Ausblick auf die theoretische Diskussion

Im folgenden wird das psychoanalytische Modell psychosomatischer Störungen vorgestellt. Ausgehend von theoriegeschichtlich frühen Konzepten werden zunächst neuere Positionen und Erweiterungen der theoretischen Perspektive herausgearbeitet. Darauf aufbauend werden Positionen der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie entwickelt und in Beziehung zueinander dargestellt als die Konzepte, die die gegenwärtige Diskussion am meisten beherrschen. Am Beispiel der Alexithymiediskussion, die den Versuch darstellt, die postulierte Ich-Störung psychosomatischer Patienten allgemeingültig zu erklären, wird das Scheitern universeller psychoanalytischer Erklärungsversuche für psychosomatische Störungen aufgezeigt. Auf diesem Hintergrund wird die Bildung von Untergruppen als Lösung vorgeschlagen. In Anlehnung an MEYER (1984) wird spekuliert, daß für die Erklärung psychosomatischer Störungen anstelle einer universellen Theorie verschiedene in ihrer Geltung begrenzte Theorien sinnvoll sind. Abschließend wird der Versuch unternommen, auf Ich-psychologischer Basis mit Blick auf verschiedene Abwehrformen zwei Patiententypen herauszuarbeiten.

In der folgenden Darstellung sollen grundlegende Gedanken der psychoanalytischen Theorie aufgezeigt werden, wobei in erster Linie Grundannahmen zu Sprache kommen, während auf die detaillierten Ausarbeitungen bestenfalls hingewiesen werden kann.

## 4.2 Zur Wechselwirkung leiblicher und seelischer Prozesse

Die Tatsache, daß psychische Belastungen somatische Beschwerden hervorrufen können, ist unbestritten. Die Frage jedoch, wie die Verknüpfung zwischen mentalen Prozessen und somatischen Abläufen funktioniert, ist bis heute nicht abschließend beantwortet. Die Psychoanalyse hat im Lauf ihrer Forschungsgeschichte verschiedene Antworten erarbeitet, wobei die frühen Konzepte in ihrer Bedeutung zwar relativiert und begrenzt, aber nicht völlig abgelöst wurden. Sehr vereinfachend kann man zwei konkurrierende Ansätze voneinander unterscheiden. Der eine Ansatz ist mit dem Konzept der „Konversion“ verbunden, der zweite Ansatz wird am besten durch das psycho-physiologische Modell von F. ALEXANDER (1971) repräsentiert.

Das Konzept der Konversion wurde in seinen Grundzügen von FREUD (1894) in Zusammenhang mit seinen Untersuchungen hysterischer Ptn. entwickelt. Bei der Konversion wird eine konflikthafte und deshalb unlustbereitende Vorstellung bewältigt, indem die mit ihr verbundene seelische Erregung in ein körperliches Symptom -z.B. eine Lähmung- umgesetzt wird. FREUD argumentierte, daß der Konversionsvorgang nur bei einer ödipalen Konfliktlage und beim Vorliegen eines somatischen Entgegenkommens wirksam werde. Nachfolgende Autoren haben vor allem diese Bedingungen relativiert, so daß nun auch prägenitale Konflikte und akute Traumatisierungen als Grundlage der Konversion in Betracht kommen (vergl. RANGELL 1978). Trotz einer Einschränkung seiner Geltung ist das Konversionskonzept auch weiterhin für die psychosomatische Diskussion aktuell, wie HOFFMANN (1996) darstellt.

Das Entscheidende der Konversion ist die Auffassung, daß das körperliche Symptom den psychischen Konflikt symbolisiert bzw. in verdichteter Form zum Ausdruck bringt, so daß das Symptom in Sprache rückübersetzt werden kann. Vor allem gegen eine Generalisierung dieses Konzeptes, die bei GRODDECK (1966) zu einer ungebremsten Sinngebung gegenüber allen körperlichen Erkrankungen ausuferte, hat sich die Kritik erhoben, zumal eine derartige Sinngebung die Eigengesetzlichkeit körperlicher Vorgänge verleugnet.

Zweifel an einer generellen symbolischen Bedeutung psychosomatischer Manifestationen hatte auch ALEXANDER (1971), der das Konzept der Konversion scharf begrenzt wissen wollte, indem er den sog. „Ausdruckskrankheiten“ eine Gruppe von Krankheitsbildern gegenüberstellte (wie z.B. die Colitis ulcerosa und das Ulcus duodeni, usw.), für die er einen anderen psychosomatischen Mechanismus postuliert. Die von ihm so benannte „vegetative Neurose“ entstehe auf der Basis eines unbewußten Konfliktes, wobei ein nach außen gerichteter Handlungsimpuls nicht abgeführt werde. Die innere Aktivierung, die den blockierten Handlungsimpuls begleite, bleibe wie der unbewußte Konflikt chronisch bestehen, wodurch bei einer entsprechenden organischen Verletzlichkeit auf Dauer Gewebsläsionen hervorgerufen werden könnten. Hier sind die körperlichen Symptome nicht Ausdruck einer verdrängten Emotion, sondern sie sind normale physiologische Begleiterscheinungen der Emotion. ALEXANDERS Modell wurde vor allem wegen seiner physiologischen Grundannahmen kritisiert<sup>1</sup>. Entscheidend ist jedoch, wie v.RAD und ZEPF (1990) feststellen, daß ALEXANDER „die relative Autonomie“ physiologischer Prozesse berücksichtigt, ohne daß diese damit aus der individuellen Lerngeschichte entlassen werden. Auf diese Weise wurde Franz Alexander zum Begründer der modernen psychosomatischen Medizin.

Das Modell der Konversion und das alexandersche Modelle repräsentieren basale Perspektiven der psychoanalytischen Psychosomatik. Im einen Fall wird das körperliche Symptom als eine sinnhafte Ersatzbildung unbewußter seelischer Vorgänge angesehen, im anderen Fall ist es das sinnlose Ergebnis einer organischen Fehlsteuerung, die durch unbewußte psychische Faktoren (mit-) ausgelöst wurde.

Die vorgenannten Modelle sind von einer linearen Vorstellung geprägt, insofern psychische Faktoren vor allem als Auslöser und aufrechterhaltende Bedingung der psychosomatischen Erkrankung gesehen werden. In den letzten Jahren hat sich diese einseitige Sichtweise durch die Erfahrung mit schwer chronisch Kranken verändert. Es wurde deutlich, daß körperliche Erkrankungen, vor allem dann, wenn sie einen chronischen Verlauf nehmen, selbst einschneidende Lebensereignisse darstellen (BEUTEL 1988), so daß mit dem Ausbruch der Erkrankung von einer somatisch-psychosomatischen Wechselwirkung ausgegangen werden muß. v.UEXKÜLL und WESIACK (1990) weisen darauf hin, daß bei der Beschreibung von Krankheitsprozessen sowohl ein rein somatisches als auch ein nur psychisches Modell zu kurz greift. Sie argumentieren, daß lebende Systeme nicht nach einer linearen Ursache-Wirkungsverkettung i.S. der Mechanik verstanden werden könnten, sondern in zirkulären Paradigmen beschrieben werden müßten. Demgemäß postulieren sie ein bio-psycho-soziales Modell, in dem physiologische, psychologische und soziale Faktoren miteinander in Wechselwirkung stehen.

Unter dem Einfluß der Krankheitsbelastung können sich alle subjektiven Parameter wandeln, so daß es letztlich unzulässig ist, Persönlichkeits-, Anpassungs-, Konflikt-, und Beziehungsmuster, die i.d.R. nach dem Ausbruch der Erkrankung erfaßt werden, als Zeichen der prämorbid, krankheitsauslösenden Verfassung zu interpretieren. Mit dieser Einsicht ist die psychosomatische Ätiologieforschung vor ein ernstes Problem gestellt. Die Rekonstruktion psychogenetischer Prozesse auf der Basis der Behandlung bereits erkrankter Patienten ist grundsätzlich in Frage gestellt.

---

<sup>1</sup> Ein zentraler Einwand gegen das Alexandersche Modell richtet sich gegen die Annahme, daß jeder Krankheitseinheit ein je spezifischer Konflikt zugrundeliegt, mit dem ein spezifisches physiologisches Aktivierungsmuster korreliert. Die neuere Emotionsforschung widerspricht dieser für das alexandersche Modell zentralen Annahme emotionsspezifischer Aktivierungsmuster. Bestimmte Emotionsgruppen scheinen danach relativ ähnliche Aktivierungsmuster aufzuweisen, wobei die vegetativen Reaktionen individualspezifisch überformt sind .

Die Beachtung der Krankheitsfolgen weist aber auch auf neue Forschungs- und therapeutische Handlungsfelder hin. Es stellt sich die Frage, wie die Ptn. eine körperliche Krankheit erfolgreich verarbeiten und wie sie u.U. dabei unterstützt werden können. Dabei stehen zwei Konzepte in produktiver Konkurrenz: das Konzept des Coping und das Konzept der Abwehr.

### 4.3 Zur Psychogenese psychosomatischer Störungen

Eine Frage, die die Psychoanalyse immer wieder bewegt hat, ist die, warum ein Individuum in einer seelischen Belastungssituation psychosomatisch erkrankt, statt ein psychisches Symptom zu entwickeln. Körperliche Dispositionen, seien sie erworben oder genetisch festgelegt, wurden von psychoanalytischen Autoren zu jeder Zeit gesehen, aber zu keiner Zeit war die Psychoanalyse bereit, die Antwort ganz alleine bei angeborenen oder erworbenen somatischen Dispositionen zu suchen. Immer gab es ein Bestreben, die Frage nach dem Warum einer psychosomatischen Erkrankung auch psychologisch zu beantworten. Diese Haltung hat letztlich dazu geführt, daß die Psychoanalyse kontinuierlich nach den psychischen Besonderheiten psychosomatischer Patienten geforscht hat. Die Denkmodelle, die auf diesem Hintergrund entstanden sind, können hier nicht mit allen Verzweigungen beschrieben werden. Statt dessen soll ausgehend von dem Modell der spezifischen Konflikte von ALEXANDER (1971), das die frühe Forschung am meisten beeinflußt hat, die Entwicklung moderner Konzepte der analytischen Psychosomatik aufgezeigt werden.

#### 4.3.1 Pathogene Affekte und Konflikte

ALEXANDER's Formulierungen über spezifische Konflikte (ALEXANDER 1971) haben zahlreiche Kontroversen ausgelöst, in deren Verlauf seine anderen Aussagen z.T. vergessen wurden (vergl. WEINER 1986). Tatsächlich bestimmen in dem Modell von ALEXANDER 4 Momente die Entstehung und den Verlauf der Erkrankung:

1. Eine charakteristische, zentrale, unbewußte Konfliktsituation im Spannungsfeld von Abhängigkeit und Unabhängigkeit, welche sich in der Kindheit mit den dazugehörigen Abwehrstilen herausgebildet hat,
2. eine Lebenssituation, die dem Krankheitsbeginn unmittelbar vorausgeht und der gegenüber der Pt. aufgrund seines zentralen Konfliktes sensibilisiert ist,
3. starke Emotionen, die den inneren Konflikt begleiten und physiologische Prozesse aktivieren, die chronisch andauern, weil die Emotion nicht handelnd abgeführt und der Konflikt nicht gelöst werden kann,
4. ein hypothetisch angenommener Faktor X als konstitutionelles, somatisches Entgegenkommen bzw. spezifische Organvulnerabilität, das die Grundlage bereitet, auf der die chronische Aktivierung schließlich eine Organläsion hervorruft.

ALEXANDER befaßte sich nur am Rande mit dem MC. Einen spezifischen Konflikt, wie er ihn für andere psychosomatische Erkrankungen formuliert hat, hat er für die MC.-Erkrankung nicht herausgearbeitet. Seine Untersuchungen der Colitis ulcerosa zeigen jedoch die Richtung seiner klinischen Hypothesen bei den gastrointestinalen Störungen. Bei der Colitis und anderen gastrointestinalen Störungen hob er abgewehrte aggressive Impulse hervor. Bei der Colitis nahm er an, daß die oral aggressiven Impulse aus der Frustration oral-abhängiger Wünsche entstanden seien. Diese oral-aggressiven Impulse müßten jedoch aus Angst vor Vergeltung

und Schuldgefühlen abgewehrt werden. An ihre Stelle trete eine Reaktionsbildung, d.h. der Patient versuche, i.S. einer Wiedergutmachung für seine aggressiven Bemächtigungswünsche, anderen etwas zu geben, scheitere jedoch an dieser Leistung und regrediere auf den Modus des Schenkens, in Form der Diarrhöe.

In Auseinandersetzung mit der Theorie ALEXANDER`s haben sich andere Spezifitätsmodelle entwickelt, auf die hier nur hingewiesen werden soll: Das Konzept der Persönlichkeitsspezifität von DUNBAR (1954), das Konzept der Haltungsspezifität von GRACE und GRAHAM (1952). Im Überblick vergl. WEINER (1986).

#### 4.3.2 Bewältigung und Abwehr im Krankheitsprozess

Das Konzept von ALEXANDER fand unter Psychoanalytikern großen Anklang, wobei sich auch Kritik an seinen psychologischen Annahmen entzündete. So kritisierte GRINKER (1973) die „haarspalterischen“ Unterschiede bestimmter Persönlichkeits-/Konflikttypologien, in denen er nichts anderes zu erkennen vermochte, als die immer gleichen Verkettungen von Abhängigkeit, Versagung und Feindseligkeit, die in monotoner Wiederholung bei allen Menschen vorkommen. Andere Autoren, wie STERN (1957/1958) und THOMÄ (1980) bezweifelten, daß spezifische somatische Krankheiten mit spezifischen Konflikten verbunden sind. Sie argumentierten, daß eine gleiche oder ähnliche Belastung verschiedene Erkrankungen auslösen und die gleiche Erkrankung mit verschiedenen Konfliktsituationen in Zusammenhang stehen könne. Zur gleichen Zeit veränderte sich im Zusammenhang mit der Beschäftigung mit den sog. schweren psychischen Störungen der theoretische Blickwinkel. Es zeigte sich, daß bei diesen Störungen neben den vorherrschenden Konflikten auch Defekte auf Seiten der Ich-Instanz wirksam sind.

Das Modell der Konfliktspezifität wurde so im Laufe der Zeit zunehmend abgelöst von einer Betrachtungsweise, die die Verarbeitungsfähigkeit der Ich-Instanz in den Vordergrund stellte. Im Zuge dieses Perspektivwechsels stellte sich die Frage der Spezifität nicht mehr als die Frage nach spezifischen Konflikten und Emotionen bei einer bestimmten Krankheit, sondern „als Frage nach den spezifischen Bedingungen, die hinsichtlich der Ich-Struktur als Voraussetzung für die Entwicklung der psychosomatischen Krankheit bestehen“ (OVERBECK und BIEBL 1990, S.18). Das Besondere wird hier in der somatischen Antwort auf Konflikte, Krisen und Belastungen gesehen und gilt daher gleichermaßen für alle psychosomatischen Störungen.

Bevor dieser Gedanke weiter ausgeführt wird, soll das Konzept des Ich, das hier eine Schlüsselstellung einnimmt, etwas genauer erläutert werden. Im Rahmen der Instanzentheorie definierte FREUD das Ich (vergl. FREUD 1933) als den Organisator der inneren und äußeren Anpassung. Dem Ich wurde die Aufgabe zugeschrieben, die konflikthafter Anforderungen des Es des Über-Ich und der Realität aufzunehmen und zu einem Ausgleich zu bringen.

Die moderne Ich-Psychologie ist nicht ohne den Begriff des „Selbst-“ und der „Objektrepräsentanz“ zu denken. „Historisch wird in der Psychoanalyse vieles unter dem Stichwort „Das Ich“ behandelt, was später auch unter dem Begriff „Das Selbst“ beschrieben wird“ (RUDOLF 1995, S.55). Das Selbst kann als eine Mannigfaltigkeit innerer, affektiv besetzter Bilder der eigenen Person verstanden werden. Die Objektrepräsentanzen repräsentieren die Erfahrungen mit anderen Personen. Dem Ich kommt neben der Integration konflikthafter Anforderungen die Aufgabe zu, die Selbstbilder und die Objekterfahrungen zu einem ganzheitlichen Konzept zu integrieren.

Im Zuge weiterführender Ich-psychologischer Untersuchungen wurde die Komplexität der Aufgaben deutlich, die vom Ich geleistet werden müssen. Daraus folgte eine differenzierte Beschreibung der an der Bewältigung dieser Aufgabe beteiligten Ich-Funktionen, die im folgenden kurz genannt sind (vergl. HARTMANN 1950, RUDOLF 1995, S. 55-61): Die Wahrnehmung innerer und äußerer Gegebenheiten, das Denken, das Urteilen, die Regulation von Impulsen und Affekten, die Steuerung von Regression und Progression, der Einsatz von Abwehr- und Bewältigungsmechanismen und schließlich die schon genannte Integration verschiedener Selbst- und Objektrepräsentanzen im psychischen Binnenraum.

Vom klinischen Standpunkt aus kommt besonders den Abwehr- und Bewältigungsmechanismen eine herausragende Bedeutung zu. Die Abwehr- und Bewältigungsstrategien bestimmen in entscheidender Weise, ob eine Belastungssituation respektive ein Konflikt pathologisch entgleist oder gelungen verarbeitet wird, ob Entwicklung, sprich neues Lernen, stattfindet oder überkommene Handlungs- und Erlebnismuster weiterbestehen. Um dies besser zu verstehen, ist es sinnvoll zwischen zwei regulativen Prinzipien zu unterscheiden. Im Modus der Anpassung zielt das Ich auf eine realitätsgerechte Verarbeitung innerer Bedürfnisse und äußerer Anforderungen, bei gleichzeitiger Optimierung seines Wohlbefindens. Anpassung beinhaltet Umformungen des Selbst und der Umwelt. Veränderungen des Selbst ergeben sich in Form einer Veränderung bestehender Selbst- und Objektrepräsentanzen, als Aneignung neuer Kompetenzen und als Zuwachs an Belastbarkeit (vergl. OSBORN 1988). Anpassung beinhaltet aber ebenso, daß die Umwelt gemäß eigenen Zielen und Bedürfnissen im Rückgriff auf bestehende Handlungskompetenzen umgestaltet wird.

Im defensiven Modus zielt das Ich auf die Sicherung des Wohlbefindens, d.h. die Vermeidung überstarker Angst, narzißtischer Kränkung, usw. Die realitätsgerechte Verarbeitung wird dabei dem Selbstschutzbedürfnis jedoch graduell untergeordnet, wobei die Ich-Funktionen, wie Wahrnehmung, Denken, Urteilen usw., partiell und graduell beeinträchtigt werden. Defensive Strategien werden eingesetzt, wenn in einer Belastungssituation die Sicherung des Wohlbefindens durch Neuanpassung oder Umgestaltung der Situation nicht hinreichend möglich erscheint. Die Abwehrmechanismen nehmen eine Schlüsselstellung ein, indem sie bestimmen, wie das Ich seine anderen Funktionen, sprich seine Kompetenzen, die Wahrnehmung, das Denken, das Urteilen, die Regulation von Impulsen und Affekten, die Steuerung von Regression und Progression, ins Spiel bringt.

Das „Ich“ darf -auch wenn Begriffe wie „Ich“, „Ich-Funktion“, „Ich-Stärke“ eine Verdinglichung geradezu induzieren- nicht als lokalisierbares Organ oder als biologische Maschine mißverstanden werden, sondern muß je nach Perspektive als Konstrukt oder latente Variable für einen komplexen, dynamisch in der Zeit ablaufenden, interaktiven Prozeß gesehen werden, der einerseits i.S. der o.g. Funktionen steuernd wirkt und sich zugleich selbstreflexiv organisiert.

Eine wichtige Größe in der psychoanalytischen Gleichung ist die sog. „Ich-Stärke“. Die Art und Weise der Auseinandersetzung mit einer Belastungssituation -ob defensiv oder adaptiv- ist nämlich nicht alleine von den tatsächlichen situativen Bedingungen abhängig, sondern auch von der verfügbaren Ich-Stärke beeinflusst. In einer allgemeinen Bestimmung kann Ich-Stärke im Sinne von Belastbarkeit übersetzt werden. Die Bestimmung der Ich-Stärke stößt jedoch auf große Schwierigkeiten „weil die Ich-Stärke keine eindeutig feststehende, sondern eine durch zahlreiche Abhängigkeiten bestimmte Größe ist“ (ROSKAMP 1983, S.137).



In schematischer Betrachtungsweise kann davon ausgegangen werden, daß die Ich-Stärke u.a. von gelernten Handlungskompetenzen, im weitesten Sinne, und von den zugänglichen Handlungsalternativen abhängig ist. Ungelöste, lebensgeschichtlich erworbene innere Konflikte und Fixierungen engen den Handlungsspielraum ein, indem sie nur bestimmte Verhaltensalternativen zulassen, während andere mit Angst, Scham, Schuld usw. besetzt und somit aus dem Repertoire möglicher Lösungen ausgeschlossen sind, so daß das Ich über weniger Spielraum zur Anpassung an neue Situationen verfügt.

### 4.3.3 Modelle im Rahmen der Ich-Psychologie

Den verschiedenen psychosomatischen Konzepten, die sich im Ich-psychologischen Rahmen entwickelt haben, ist die, wenn auch nicht immer deutlich ausgesprochene, Auffassung gemeinsam, daß dem Auftreten einer psychosomatischen Störung ein Versagen der Abwehr- und Bewältigungsmöglichkeiten vorausgeht, welches von einer „Ich-Schwäche“ hervorgerufen wird.

#### 4.3.3.1 Das Modell von M. Schur und A. Mitscherlich

Die Vorstellung, daß die somatische Symptombildung aus einer Ich-Schwäche respektive einem darauffolgenden Versagen der Abwehr resultiert, wurde vor allem von SCHUR (1978) und MITSCHERLICH (1961) vorangetrieben.

SCHUR (1978) hat für die Erklärung des psychosomatischen Prozesses ein Ich-psychologisches Entwicklungsmodell der De- und Resomatisierung entwickelt. Er begreift den Entwicklungsprozess vom Säugling zum Kind als einen kontinuierlichen Vorgang der Desomatisierung, der sich auf drei eng verwobenen Entwicklungslinien vollzieht, nämlich als Überwindung diffuser psychosomatischer Entladungsprozesse, mit denen der Säugling auf die Störungen seiner Homöostase global reagiert, als Wechsel von Primär- zum Sekundärprozeß bestimmtem Denken und Handeln und als die Neutralisierung libidinöser und aggressiver Energien, die in den Dienst des Ichs gestellt werden und seine Verarbeitungsfähigkeit bestimmen. Bei der psychosomatischen Erkrankung werde dieser Entwicklungsgang in regressiver Weise umgekehrt. Wenn z.B. eine bestimmte äußere oder innere Gefahr nicht mehr mit frei verfügbaren „neutralisierten Energien“ bewältigt werden könne, so komme es unter dem Druck der dadurch entstehenden Angst zu einer Regression in somatische Reaktionen. Anlaß dieses Prozesses, der entsprechend „Resomatisierung“ genannt wird, ist ein Rückgriff des Ichs auf lebensgeschichtlich frühere Verhaltensmuster. Im Rahmen dieser Regression könne es wieder zu libidinösen und aggressiven Durchbrüchen und primärprozesshaften Vorgängen kommen.

MITSCHERLICH (1961) erklärt die Entstehung der psychosomatischen Erkrankung mit seinem Konzept der „zwei-phasigen Verdrängung“. Demzufolge kommt die Phase des psychosomatischen Krankheitsgeschehens einem Fortschreiten des Krankheitsprozesses gleich, wobei eine vorbestehende, brüchig gewordene, neurotische Konfliktlösung durch eine Somatisierung aufgefangen werde.

„Unsere Erfahrungen haben uns zu der Überzeugung geführt, daß eine chronische psychosomatische Erkrankung im Erwachsenenalter nicht auftreten kann, wenn nicht vorher eine chronifizierte, allerdings häufig kompensierte neurotische Fehlentwicklung bestanden hat. Nicht

unbedingt führt diese neurotische Fehlentwicklung zu psychischen Symptomen, die in der sozialen Umwelt als grob störend auffallen müssen. Die Wirksamkeit dieser neurotischen Persönlichkeitsentwicklung zeigt sich aber in bestimmten Einschränkungen und Reaktionsbildungen der Person, die wir als Charakterzüge beschreiben können. ... Bricht im späteren Leben infolge von Liebesentzug und Demütigung das labile Selbstwertgefühl, die neurotische Krankheitsbewältigung zusammen, reichen die bisherigen Abwehrmechanismen nicht mehr aus, dann tritt ein, was MITSCHERLICH im Prozeß der zweiphasigen Verdrängung beschrieben und was Max Schur die Resomatisierung der Affekte nennt, die konflikthafte Auseinandersetzung mit dem durch die Regression verzerrten Triebgeschehen und mit den frustrierenden Objekten wird wieder resomatiert, das heißt, die mehr oder minder erreichte Trennung des Affektgeschehens von seinem primären somatischen Korrelat geht wieder verloren“ (De BOOR 1964, S.115f.).

Für die Richtigkeit dieser Sichtweise spreche, so OVERBECK und BIEBL (1990): „das Auftreten von psychischen Prodromi vor psychosomatischen Krankheiten ... wie auch die alltägliche klinische Beobachtung, daß es bei Patienten mit psychoneurotischer Symptomatik während einer körperlichen Erkrankung oft zu erheblicher Erleichterung der psychischen Spannung kommt“ (ebenda, S. 14).

#### 4.3.3.2 Die alexithyme Ich-Störung

Das Konzept von MITSCHERLICH und SCHUR bleibt gleichwohl vage, wenn es um das vermeintliche Versagen der psychischen Abwehr geht. Das Konzept der Resomatisierung erweist sich bei genauem Zusehen als eine komplizierte Metapher, die den Wechsel von der psychischen auf die somatische Ebene in abstrakten Begriffen von Trieb, Neutralisierung und Regression nur umschreibt, ohne ihn wirklich transparent zu machen. An dieser Stelle scheint das Konzept der Alexithymie weiteren Aufschluß zu geben, das die neuere psychosomatische Diskussion sehr beschäftigt hat. Es wurde Ende der sechziger Jahre in Boston von NEMIAH und SIFNEOS (1970 a,b) herausgearbeitet. Mit diesem Konzept verfolgten die Autoren eine klare Trennung von psychosomatischen und neurotischen Störungen.

„Die Beobachtung, daß viele psychosomatische Patienten ihre Gefühle kaum oder gar nicht in Worte fassen können, gab ... den Phänomenen ihren Namen: Alexithymie bezeichnet den „thymos“ für den es keine Worte gibt. Oft findet sich eine Art äußerer „Reisebericht“, eine minutiöse Beschreibung der realen Umstände, die Schilderung körperlicher Sensationen oder bestimmter Handlungen, ohne die Erwähnung ihrer gefühlsmäßigen Relevanz“ (v.RAD und ZEPF 1990, S. 84).

In die gleiche Richtung gehen die Untersuchungen der Pariser psychoanalytischen Schule (vergl. MARTY et al. 1979). Unmittelbar verbunden mit der Schwierigkeit, Gefühle zu benennen, sehen die Autoren eine besondere Struktur des Denkens. Als „Pensée opératoire“ beschreiben sie ein steriles, ausschließlich pragmatisches Denken, das am konkreten, aktuellen Ereignis haftet, so daß keine persönlichen erlebten Bedeutungen und Zusammenhänge erkennbar werden. Weiterhin kennzeichnend sehen sie einen Mangel an bewußter und unbewußter Phantasietätigkeit, den sie als „Inhibition fantasmique de base“ bezeichnen.

Das alexithyme Defizit wird als Kern der postulierten Ich-Schwäche psychosomatischer Patienten gesehen. Infolge der Unfähigkeit zu phantasieren und Affekte sprachlich zu verarbeiten, ermangele diesen Patienten die Fähigkeit, Affektspannung innerlich zu binden. Dabei verweisen die Autoren auf die klinische Erfahrung, daß Tagträume und neurotische Symptome wesentlich zur der Bewältigung innerer, sonst nicht auflösbarer, Spannungen beitragen können.

Anstelle der Phantasievorstellung, der sprachlichen Äußerung oder der Symbolisierung trete die direkte leibliche Innervation oder die direkte unvermittelte Affekthandlung, wenn die innere Spannung zu stark anwachse.

Im französischen und deutschen Schrifttum hat das Konzept der Alexithymie eine inhaltliche Erweiterung erfahren. Unter dem Begriff der „projektiven Reduplication“ wird eine Besonderheit in der Objektbeziehung beschrieben. Alexithyme Menschen nehmen andere Personen stereotyp wie Doppelgänger ihres Selbst wahr. Die Andersartigkeit anderer Menschen sei für sie nicht vorstellbar. Diese verzerrte Wahrnehmung, die das Fremde am anderen ausblendet, wird als der Versuch interpretiert, die völlige Übereinstimmung mit dem Schlüsselobjekt, von dem der alexithyme Patient existentiell abhängig sei, bruchlos aufrecht zu erhalten.

Läßt sich hinsichtlich der Phänomenologie des alexithymen Verhaltens in der Literatur immerhin eine gewisse Übereinstimmung feststellen, so ergeben sich gegensätzliche Auffassungen sowohl bei der klinischen Bewertung des Phänomens als auch bei seiner ätiologischen Begründung. Handelt es sich um einen angeborenen Defekt oder um ein Defizit, das seine Wurzeln in der primären Sozialisation des Kindes hat und das somit als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal anzusehen ist? Handelt es sich, wie OVERBECK (1977) argumentiert, um eine unangemessene, aber generative Ich-Leistung im Sinne der Abwehr, die situativ bedingt aktualisiert wird, oder ist das alexithyme Verhalten nicht mehr als der restringierte Code sog. Unterschichtpatienten?

#### 4.3.3.3 Das Ich und die Objektbeziehungen

Eine einseitige Fokussierung auf Ich-Funktionen bei der Erklärung psychosomatischer Erkrankungen birgt leicht die Gefahr, daß die Innenwelt des Patienten auf eine defizitäre Struktur oder eine ungenügend ausgeprägte Kompetenz reduziert wird. Dabei gerät aus dem Blick, daß die Psychoanalyse vor allem auch eine Theorie der menschlichen Beziehungen ist und daß das Funktionieren des Ichs nicht losgelöst von Beziehungserfahrungen gesehen werden kann. Die Reflexion der zwischenmenschlichen Beziehungen ist der Gegenstand der sog. „Objektbeziehungstheorie“.

In der Literatur findet man den Begriff der Objektbeziehung als Mittel zur Beschreibung von unterschiedlichen Phänomenen vor. Zum einen bezeichnet der Begriff der Objektbeziehung die von außen beobachtbaren Interaktionen des Individuums mit einer anderen Person. Zum anderen wird damit der intrapsychische Niederschlag lebensgeschichtlicher Beziehungserfahrungen beschrieben. Die Rede ist hier von „Selbst-“ und „Objektrepräsentanzen“.

#### 4.3.3.4 Ich-Stärke und Objektbeziehungen

Die Ich-Stärke, respektive die Fähigkeit des Ichs, Anforderungen zu bewältigen, steht in Wechselwirkung mit den sozialen Beziehungen, in die das Individuum eingebettet ist und die es sich auf der Grundlage seiner Beziehungserfahrungen schafft. Dies wird bereits bei einer schematischen Betrachtung der Ich-Entwicklung deutlich. Zu Beginn der Entwicklung ist das Ich existentiell auf die „Hilfs-Ich-Funktion“ der Umwelt, insbesondere der Eltern, angewiesen, die in vielfältiger Hinsicht Aufgaben in Stellvertretung übernehmen, die von dem kindlichen Ich noch nicht geleistet werden können. Die Ich-Entwicklung geht unter günstigen Entwicklungsbedingungen mit zunehmender Ich-Autonomie einher, indem das Ich ehemals elterliche Funktionen als Teil der Selbstregulation verinnerlicht.

Die neuere Forschung zum Thema der „sozialen Unterstützung“ macht deutlich, daß die Ich-Autonomie, die erreicht werden kann, immer nur eine relative ist. Das Ich bleibt vor allem in Belastungssituationen auf soziale Unterstützung angewiesen, wenn die Chancen einer Bewältigung der Belastungssituation verbessert werden sollen.

Das soziale Unterstützungsangebot muß aus psychoanalytischer Perspektive jedoch in Relation zu den individuellen Kompetenzen und Ressourcen gesehen werden. Je geringer die Ich-Stärke, desto größer ist der Bedarf nach einer stützenden Umwelt, die vorübergehend Hilfs-Ich-Funktion übernimmt.

Die soziale Dimension der Ich-Stärke wird aus psychoanalytisch-psychosomatischer Sicht durch die Arbeit von ENGEL und SCHMALE besonders verdeutlicht (vergl. ENGEL und SCHMALE 1978). Basierend auf klinischen Erfahrungen, die den Verlust wichtiger Beziehungspersonen als ein potentiell hoch belastendes Lebensereignis ausweisen, haben Engel und Schmale auf die Bedeutung früher Objektbeziehungserfahrungen aufmerksam gemacht. Im Zentrum ihrer Überlegung steht die Beobachtung, daß ein Objektverlust in einen Zustand der Hilf- und Hoffnungslosigkeit münden kann. Kennzeichnend für diesen Zustand ist ein subjektiver Verlust an Handlungskontrolle, ein Verlust an Zuversicht darauf, daß die Situation jemals selbst bewältigt werden kann und/oder daß Hilfe durch Andere erfolgen wird. Das Selbstgefühl ist depressiv herabgemindert. Gezielte Initiativen zur Bewältigung der Situation erfolgen kaum noch. Dauert diese Situation an, komme es schließlich zu einem Versagen der reiferen psychischen Abwehr, wobei der Patient auf frühere, unreifere Bewältigungsformen regrediere.

Besonders disponiert für diese krisenhafte Zuspitzung sind zufolge von Engel und Schmale Individuen, bei denen durch frühe, traumatische (Trennungs-) Erfahrungen eine entsprechende Reaktionsdisposition vorgeprägt ist<sup>1</sup>.

In der neueren psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie erfahren die Hypothesen von ENGEL und SCHMALE mit Bezug auf frühe Entwicklungsstörungen des Selbst und der Objektrepräsentanzen eine Präzisierung und Ausweitung. Der Blick ist hier nicht mehr nur auf traumatische Trennungserfahrungen beschränkt, sondern auch auf Defizite in der primären Mutter-Kind-Beziehung gerichtet, die das Selbst in seiner Vitalität, Kohäsion, Identität, seinem Selbstwerterleben und seiner Autonomie beeinträchtigen. Es sind ganz allgemein ungünstige Interaktionserfahrungen, die als kumulative Traumata wirken.

---

<sup>1</sup> Unterstützung für das Modell von Engel und Schmale ergibt sich u.a. aus der Forschung zur Krankheitsbewältigung. Ein mehrfach bestätigtes Ergebnis dieser Forschung ist, daß eine aktiv-kämpferische im Gegensatz zu einer depressiven Krankheitsverarbeitung mit einem günstigen Krankheitsverlauf kovariiert. Hierzu hat WOLFF (1969) den interessanten Gedanken entwickelt, daß ein aktiv-kämpferisches Coping bei der Krankheitsverarbeitung eine konstruktive Form der aggressiven Auseinandersetzung mit der Krankheit darstellt, wohingegen bei der depressiven Bewältigungsform die aggressive Besetzung der Krankheit unterbleibe.

„Das zu früh verlassene oder zu wenig geförderte oder unvollständig vom Objekt gelöste Selbst erlebt sich leer, unlebendig, unwert, es ersehnt Geborgenheit, Fülle, Sicherheit, Sättigung, Lebendigkeit, Selbstwert durch die Nähe des wichtigen Objektes...“ (RUDOLF 1995, S.125). Dieser Wunsch nach „primärer Liebe“, wie BALINT (1996) diesen Objekthunger genannt hat, beinhaltet weniger eine leidenschaftliche sexuelle Erregung als mehr ein zärtliches Wohlgefühl, eine extreme Einseitigkeit im Verlangen geliebt zu werden, eine angestrebte „allumfassende Harmonie mit der Umwelt“. Ein Bedürfnis, das i.S. der psychoanalytischen Selbstpsychologie (vergl. MILCH und HARTMANN 1996) narzißtisch genannt werden kann.

In der Sprache der Selbstpsychologie ausgedrückt wird der Partner als „Selbst-Objekt“ gebraucht. In der harmonischen Beziehung zu einem Partner oder einer Gruppe von Menschen, die diese Selbst-Objekt-Funktion erfüllt, können die schmerzlichen Defizite im Selbsterleben kompensiert werden. Die Gefahr eines Zusammenbruches droht, wenn das stützende Beziehungsarrangement auseinanderbricht. Der „ohnmächtigen Abhängigkeit“ von der Schlüsselfigur, die daraus folgt, steht eine vernichtende Angst und Aggression angesichts tatsächlich erlebter oder drohender Enttäuschungen gegenüber.

Zwischen diesen Polen konstelliert sich ein chronischer innerer Konflikt, der den gesamten Lebenszyklus beeinflusst. Dieser Konflikt wird nicht bewußt erlebt, sondern in ein individuelles, defensives Beziehungsarrangement eingearbeitet, das vor einer Wiederholung der traumatisierenden Erfahrung schützen und größtmögliche Befriedigung gewähren soll. In dem Spannungsfeld zwischen Objektbindung und Autonomie ergeben sich dabei verschiedene Lösungsvarianten. Im depressiv-abhängigen Modus -der für einen Teil der MC.-Patienten kennzeichnend zu sein scheint- wird das Schlüsselobjekt unter Aufgabe seiner Autonomie vereinnahmt. Distanzierende Momente in der Beziehung, die zu einer vorübergehenden Trennung vom Objekt führen könnten, werden seismographisch registriert und vermieden. Die Patienten versuchen sich mit ihren Partnern in einen Zustand der „primären Ungeschiedenheit“ (vergl. SANDLER und JOFFE 1967) zu bringen. Enttäuschung und Ärger sind damit jedoch nicht gebannt, die willfährige, bisweilen aufopferungsvolle Anpassung an das Objekt beinhaltet stets die Frustrierung eigener Wünsche. Zudem ist alles Entgegenkommen der realen Partner in Relation zu der ungestillten Bedürftigkeit niemals ausreichend. Die Aggression kann jedoch nicht artikuliert werden, weil sie die harmonische Bindung an das Objekt gefährden würde. Die aggressiven Gefühle, Enttäuschungswut und Haß, werden daher autoaggressiv verarbeitet.

#### 4.4 Vielfalt der Modelle statt universelle Gültigkeit einzelner Erklärungen

Überblickt man die dargestellten Konzepte und sucht nach einem Muster, das die verschiedenen Aspekte in einem universellen Erklärungsmodell zusammenführt, so ist dies zwar durchaus denkbar, aber nur um den Preis einer theoretischen Hypertrophie. Gerade das Bestreben der Psychoanalyse, alle Beobachtungen in ein geschlossenes Modell einzufügen, hat zu manchen unübersichtlichen theoretischen Verwicklungen geführt, die einer empirischen Überprüfung schwer zugänglich sind.

Hier soll eine andere Sichtweise vorgeschlagen werden. Ihr Grundgedanke ist, daß einer psychosomatischen Störung verschiedene psychische Strukturen zugrunde liegen können, die auf unterschiedlichen Wegen der psychosomatischen Symptomatik den Weg bereiten. Diese Sichtweise macht es unnötig, weitere Modellannahmen einzuführen, und sie eröffnet einen flexibleren Bezug auf die beobachtbare Vielfalt psychosomatischer Phänomene. An die Stelle einer Theorie mit einem alles umfassenden Erklärungsanspruch tritt die Beschreibung von verschiedenen Patiententypen. Diese Patiententypen unterscheiden sich nicht nur phänomenolo-

gisch, sondern auch hinsichtlich der psychosomatischen Modelle, die für ihr Verständnis angemessen sind. Diese psychosomatischen Modelle sind allerdings in ihrer Geltung begrenzt. (siehe MEYER 1984). So ist es denkbar, daß ein spezifischer Konflikt i.S. von ALEXANDER eine Subgruppe der Patienten einer Krankheitseinheit charakterisiert, während dieser Konflikt für eine andere Subgruppe nicht relevant ist. In eine ähnliche Richtung weisen Überlegungen von KÜCHENHOFF (1994). Die Psychosomatik, so KÜCHENHOFF, „muß sich also von dem Traum einer einheitlichen Lösung des psychosomatischen Grundproblems verabschieden. An seine Stelle tritt - oder ist schon getreten - die Psychosomatik als Wissenschaft von den leiblich-seelischen Konstellationen oder Wechselwirkungen. ... Eine solche konstellative Psychosomatik geht kleinteiliger vor, ohne die Absicherung durch eine einheitliche Theorie. Die Metapher für sie wäre das Puzzle oder Mosaik ...“ (KÜCHENHOFF 1994, S.245).

Bereits im Vorfeld der Forschung tut sich ein Problem auf, das im theoretischen Diskurs der Psychoanalyse wenig präsent ist: Welche Erkrankungen sollen überhaupt den psychosomatischen Störungen zugeordnet werden? Sollen darunter alle körperlichen Störungen verstanden werden, bei denen psychische Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf eine Rolle spielen können? Soll der Begriff auf die sog. klassischen psychosomatischen Erkrankungen begrenzt werden? Sind die sog. funktionellen Beschwerden diesen klassischen Erkrankungen zuzuordnen?

Dabei sind die somatischen Krankheitseinheiten, wie KÜCHENHOFF (1994) feststellt, möglicherweise viel zu grob. „Wahrscheinlich untersuchen wir psychosomatische Krankheiten bislang nicht nur auf der psychologischen Seite mit zu groben Rastern, sondern auch auf der somatischen, wir wissen nicht, ob die von uns untersuchten Krankheiten wirklich nosologische Einheiten sind oder vielmehr nur die gleiche klinische Endstrecke einer Vielzahl pathophysiologischer oder biochemischer Mechanismen. Es könnte also sein, daß wir für uns bekannte Krankheiten, wie die Colitis ulcerosa, somatisch definierte Untergruppen finden werden, von denen die eine oder andere mit den konstellativen psychodynamischen Merkmalen einhergeht, ..... , während andere Untergruppen erbgenetisch oder infektiös bedingt sind“ (ebenda, S. 242).

Das Konzept der Alexithymie nimmt eine gewisse Sonderstellung ein, insofern es sehr viel häufiger als andere psychoanalytische Konzepte Gegenstand der Forschung war und ist, ein Sachverhalt der maßgeblich damit zusammenhängen dürfte, daß es sich um ein Phänomen handelt, das der direkten Beobachtung leichter zugänglich scheint als andere psychoanalytische Konstrukte. Der Nachweis alexithymer Merkmale bei psychosomatischen Patienten mit verschiedenen Störungsbildern wurde in zahlreichen klinischen Studien geführt (siehe v.RAD 1983). Es kann als gesichert gelten, daß alexithyme Merkmale bei psychosomatischen Patienten beobachtet werden können. Dies bedeutet aber nicht, daß Alexithymie ein spezifisches Merkmal psychosomatischer Patienten ist. Hierzu muß die Prävalenz alexithymer Phänomene bei „psychosomatisch Kranken“ und „Normalen“ an unausgelesenen Stichproben untersucht werden. Wie die Studien, die anschließend referiert werden, demonstrieren hat sich die Erwartung, daß Alexithymie ein spezifisches Merkmal psychosomatischer Patienten ist, ebenso zerschlagen wie schon andere Versuche zuvor gescheitert sind, eine spezifische Struktur zu identifizieren, die für psychosomatische Patienten charakteristisch ist. Die im folgenden dargestellten Studien geben einen repräsentativen Überblick darüber, wie das Merkmal der Alexithymie in verschiedenen Untersuchungsgruppen verteilt ist. Über die Studien zur Alexithymie soll hier auch deshalb etwas ausführlicher berichtet werden, weil ich der Auffassung bin, daß Verleugnung, wie ich sie anschließend definieren werde, zumindest auf der Ebene des beobachtbaren Verhaltens, eine recht große Ähnlichkeit mit dem Verhalten sog. alexithymer Pt. aufweist.

Seit das Konzept in die Diskussion eingebracht wurde, haben sich zahlreiche Autoren um die Entwicklung und Validierung geeigneter Meßmethoden bemüht, wobei klinische Interviews, Fragebögen und projektive Testinstrumente zur Diagnose der Alexithymie verwendet wurden. Gemessen an der Verwendungshäufigkeit ist die „Toronto Alexithymia Scale“ (TAS), ein 26 Items umfassendes Instrument zur Selbsteinschätzung, das von TAYLOR et al. (1985) entwickelt wurde, das populärste Forschungsinstrument. Die psychometrischen Eigenschaften der Skala wurden in verschiedenen Studien untersucht (TAYLOR et al. 1992, KAUFMAN et al. 1991). Eine Untersuchung von HORTON et al. (1992) läßt jedoch auch Zweifel an der Validität des TAS aufkommen. Es war nämlich nicht möglich, eine anhand klinischer Kriterien als alexithym eingeschätzte Gruppe mit dem TAS richtig zu identifizieren. Eine faktorenanalytische Untersuchung des TAS von MANN et al. (1992) erbrachte nach Varimaxrotation drei Faktoren: Die Unfähigkeit, Gefühle zu identifizieren und mitzuteilen und einen Mangel an Phantasie.

In einer Untersuchung von HORTON et al. (1992) an einer unausgewählten Stichprobe von 246 Jugendlichen der Normalbevölkerung im Alter von 14 bis 17 Jahren, die mit der TAS erhoben wurden, wurden 23,5% der Pbn. als deutlich alexithym eingestuft. Werden auch jene Pbn. hinzugerechnet, die bezüglich der Normen des TAS als sog. alexithyme Grenzfälle gelten, dann können knapp 40% der Pbn. als eindeutig alexithym beurteilt werden. Dieser Befund stimmt mit Ergebnissen früherer Studien überein, die zeigten, daß ca. 1/5 sog. „normaler“ Erwachsener als alexithym einzustufen sind, wenn sie mit der TAS untersucht werden.

Der Frage nach der Prävalenz alexithymer Merkmale bei Ulcus-Patienten sind OVERBECK (1975) sowie ECKENSBERGER et al. (1990) nachgegangen. In der Untersuchung von ECKENSBERGER et al. wurden 79 Ulcus-Patienten u.a. mit dem Gießen-Test-Selbstbild, einem Fragebogen zur Laienätiologie und einem Fragebogen zu vorherrschenden körperlichen Beschwerden untersucht. Auf der Basis der Gießen-Test-Daten identifizierten die Autoren mittels R-Faktorenanalyse zunächst 5 relevante Selbstbilddimensionen. Bei einer daraufhin durchgeführten Q-Faktorenanalyse wurden die Patienten sechs Untergruppen zugewiesen. Hierbei fanden sich in Übereinstimmung mit klinischen Beobachtungen sehr verschiedene psychische Strukturen. Nur bei einer Untergruppe konnten die Autoren aufgrund der Testbefunde eine Struktur feststellen, die mit derjenigen übereinstimmt, die für alexithyme Patienten als charakteristisch erachtet wird.

Eine Spekulation bezüglich der Ursachen des alexithymer Verhaltens geht dahin, daß Alexithymie Folge einer depressiven Ich-Verarmung ist. WISE et al. (1990) gingen dieser Frage anhand einer Stichprobe psychiatrisch erkrankter Patienten nach, wobei sie zur Messung der Alexithymie die TAS verwendeten. Sie kommen aufgrund ihrer Ergebnisse zu dem Schluß, daß Alexithymie -bei dieser Patientengruppe- nicht in Zusammenhang zu einer depressiven Stimmungslage steht. Untersuchungen, insbesondere an Hämodialyse-Patienten, von FUKUNISHI et al. (1992) weisen darauf hin, daß alexithyme Verhaltensmerkmale auch als Reaktion auf traumatische seelische Belastungen auftreten können. Die reduzierte Expressivität ist hierbei das Ergebnis einer verleugnenden Abwehr.

WISE et al. (1991) untersuchten mittels Fragebogen den Zusammenhang zwischen Alexithymie, gemessen mit dem TAS, und der Verwendung „primitiver Abwehrmechanismen“ an einer Stichprobe von 56 Patienten mit psychischem Beschwerdeangebot. Die Abwehrmechanismen wurden mit einem Fragebogen erfaßt, „This instrument has been demonstrated to accurately reflect an individual's conscious (Hervorhebung von mir) approach of dealing with conflicts (ebenda, S. 142). Die Daten ergeben hypothesenkonform einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Vorherrschen alexithymer Merkmale und der Verwendung unreifer

fer Abwehrformen. Der alexithyme Befund erwies sich auch hier als unabhängig von depressiven Beschwerden

Daß Alexithymie nicht nur für die Selbstregulation, sondern auch für die soziale Interaktion von Bedeutung ist, legt eine Studie von PARKER et al. (1993) nahe. Zuzufolge dieser Untersuchung, bei der es um die Erkennung von Emotionen anhand des Gesichtsausdruckes ging, sind alexithyme Patienten, die anhand des TAS identifiziert wurden, nicht nur bei der Verarbeitung eigener Emotionen eingeschränkt, sondern auch bezüglich der emotionalen Fremdwahrnehmung.

Bei den vorgenannten Forschungsarbeiten, die vorwiegend im angelsächsischen Raum erarbeitet wurden, werden zwei Tendenzen sichtbar: Alexithymie wird als ein Persönlichkeitsmerkmal konstituiert und die Messung des Merkmals wird weitgehend auf Fragebogendaten gestützt. Der ursprüngliche Beobachtungskontext, nämlich die dyadisch-analytische Interviewsituation, gerät aus dem Blickfeld. Dazu passend werden die Hypothesen, die die Objektbeziehungen der alexithymen Patienten betreffen, in keiner Untersuchung aufgegriffen.

Auch aus methodischen Gründen besonders hervorzuheben ist die Forschungsarbeit von v.RAD (1983). Während die vorgenannten Autoren primär auf Fragebogeninstrumente zurückgreifen, bemüht sich v.RAD um eine multimethodale Erfassung des alexithymen Phänomens.

Die Untersuchungsstichprobe umfaßt 80 Ptn, davon 40 Patienten mit einem dominierenden seelischen und 40 Patienten mit einem vorwiegend somatischen Beschwerdeangebot. Im Ergebnis berichtet der Autor über signifikante Unterschiede zwischen psychosomatischen und psychoneurotischen Patienten. Signifikante Unterschiede finden sich in der erwarteten Richtung bei der Gegenüberstellung des Selbst- und Idealbildes, das mit dem Giessen-Test erhoben wurde und bezüglich verschiedener Parameter des Rorschach-Tests, die als Indikator der Vorstellungsfähigkeit und Phantasie verstanden werden. Bei der inhaltsanalytischen Untersuchung verschiedener Variablen anhand unterschiedlich gewonnener Sprachproben kommt das „psychosomatische Phänomen“ überraschend deutlich (sowohl auf der Wortebene als auch in dyadischen Variablen) zur Ausprägung. Den spezifischen Hypothesen entsprechend finden sich bei psychosomatischen Patienten im Unterschied zu Neurotikern: „eine geringere Wortproduktion im TAT und besonders in der „Geschichte“, ein seltener Gebrauch des Wortes „ich“ und ein vermehrter Gebrauch des Wortes „man“, mehr Hilfsverben, weniger Adjektive und mehr grammatikalisch unvollständige Sätze. Sie benützen im Interview weniger längere Redesequenzen, veranlassen den Therapeuten zu häufigeren Interventionen. Im Gegensatz zu den Interviewern benützen sie im TAT, besonders in der „Geschichte“ und auch im Interview, weniger affektgeladene Worte“ (v.RAD 1983, S. 95).

In einer weiteren Untersuchung an 353 Ptn. variierte der Autor die Erhebungsbedingungen für die Gewinnung der Sprachproben und bemühte sich so um eine Klärung möglicher situativer Einflüsse. Die Befunde aus der Interviewsituation konnten diesmal nicht repliziert werden, vielmehr schien das alexithyme Verhalten, soweit es sich auf die manifeste Äußerung von ängstlichen und aggressiven Gefühlen bezog, hinsichtlich seiner Ausprägung in hohem Maße von der Untersuchungssituation bestimmt zu sein, von der es abhing, ob es überhaupt auftrat.



„Ausgerüstet mit der Instruktion, *irgend etwas* (Interessantes oder Aufregendes) einem Mikrophon sowie einem stummen Untersucher zu erzählen - einem Untersucher der möglichst anonym bleibt und den man „wie einen Gegenstand“ behandeln kann - können psychosomatische Patienten genauso wie neurotisch Kranke Angst und Aggressivität äußern. Erst in der explizit dyadischen Situation des Gesprächs mit einem lebendigen Gegenüber, das einhakt und nach Gefühlen fragt, das selbst emotional präsent ist ... erst in einer solchen dyadisch-interaktionellen Situation wird alexithymes Verhalten ausgeprägt deutlich, und es finden sich die beschriebenen Unterschiede zwischen vielen psychosomatischen und neurotischen Patienten“ (v.RAD 1983, S.125).

Die Ergebnisse widersprechen zudem der Annahme, daß alexithymes Verhalten -in seiner sprachlichen Ausformung von Angst und Aggressivität- auf präzise beschreibbare Gruppen beschränkt ist. Es scheint zumindest bei neurotisch und psychosomatisch Kranken immer ein Mehr oder Weniger aufzutreten.

In einer Studie an 47 Colitis-Kranken und einer parallelisierten Kontrollgruppe untersuchten ZEPF et al. (1981) die Hypothese, daß die Unterbrechung der narzißtischen Objektbeziehung mit dem Ausmaß der geäußerten Körperbeschwerden zusammenhängt. Ausgangspunkt bildet die Annahme, daß die Colitis-Patienten in der Beziehung zu ihrem aktuellen Schlüsselobjekt einen Zustand der Ungeschiedenheit anstreben. Ein Mißlingen dieses Beziehungsarrangements stelle eine gravierende Belastung dar, die auf dem Hintergrund einer alexithymen Ich-Schwäche mit einer vermehrten Somatisierung beantwortet werde. Die Autoren verwenden die Distanz zwischen dem Selbstbild und dem Fremdbild der Schlüsselperson als Indikator für die erlebte innere Distanz vom Schlüsselobjekt. Je diskrepanter Selbst- und Fremdbild wahrgenommen werden, desto mehr sei die narzißtische Bindung bedroht. Die Autoren können belegen, daß von den Colitis-Patienten um so mehr leibliche Beschwerden geklagt werden, je unähnlicher das Schlüsselobjekt wahrgenommen wird. Bei der Kontrollgruppe ergibt sich kein entsprechender Zusammenhang. Im Vergleich zur Kontrollgruppe geben die Colitis-Patienten zudem eine signifikant größere Diskrepanz zum Schlüsselobjekt an.

#### 4.5 Untergruppen auf der Basis früher Abwehrformen

Die berichteten Untersuchungen zeigen, daß Alexithymie kein spezifisches Merkmal psychosomatisch erkrankter Patienten ist, aber bei einem Teil dieser Patienten beobachtet werden kann. Insofern wiederholt die Geschichte des Konzeptes der Alexithymie ein Schicksal, das auch anderen psychoanalytischen Spezifitätskonzepten beschieden war. Dennoch ist es nicht angezeigt, die Konzepte resigniert über Bord zu werfen, ihr Geltungsbereich muß, wie schon gesagt, neu überdacht werden. An dieser Stelle soll die theoretische Diskussion dementsprechend noch einmal aufgegriffen und überlegt werden, inwieweit die bisher referierte Theorie Anknüpfungspunkte für eine Untergruppenbildung auf Ich-psychologischer Basis ergibt. Im Hinblick auf diese Untergruppenbildung gehe ich von folgenden Prämissen aus:

- 1) Die Untergruppenbildung soll bei den Abwehr- und Bewältigungsstrategien ansetzen, denen in Ich-psychologischer Perspektive eine Schlüsselstellung zukommt.
- 2) Die psychoanalytische Erfahrung macht es möglich, die in Frage kommenden Abwehrmechanismen etwas genauer einzugrenzen. Bei den psychosomatischen Patienten treten vor allem unreife Abwehrmechanismen auf den Plan. Solche unreifen Mechanismen sind: Verleugnung, Phantasie (schizoides Sich Zurückziehen, Verleugnung durch Phantasien), Projektion, Hypochondrie, passiv-aggressives Verhalten (Masochismus, Wendung gegen die eigene Person), Ausagieren (RUDOLF 1995, VAILLANT 1980, S.106).

3) Die Abwehrmechanismen sollen für die Gruppe der MC.-Patienten relevant sein. Auf dem Hintergrund der Sichtung der empirischen Befunde und der klinischen Beschreibungen im vorangegangenen Kapitel kristallisieren sich zwei „frühe Abwehrformen“ besonders heraus, nämlich „Verleugnung“ und „Autoaggression“.

Im folgenden werden die Abwehrmechanismen der „Verleugnung“ und der „Autoaggression“ genauer untersucht.

#### 4.5.1 Verleugnung (Alexithymie)

Im allgemeinen wird „Verleugnung“ bei Erwachsenen - in Anlehnung an FREUD (1980) - als unreifer, pathologischer Abwehrmechanismus betrachtet. MOSES (1988) macht jedoch an zahlreichen Beispielen deutlich, daß „Verleugnung“ ein Abwehrmechanismus ist, der keineswegs regelhaft mit einer defizitären Ich-Struktur verbunden ist. Auch die schon genannten Untersuchungen von FUKUNISHI et al. (1992) zeigen, daß unter einer extremen situativen Belastung, einer schweren körperlichen Erkrankung, Verleugnung auch von einem reifen Ich als Selbstschutzmaßnahme eingesetzt werden kann. Soweit Verleugnung als Reizschutz in traumatischen Situationen verwendet wird, werden Aspekte der äußeren Realität vorübergehend und gezielt ausgeblendet.

Bei der Verleugnung psychosomatischer Patienten scheint es sich demgegenüber um eine „unreife, frühe“ Abwehrform zu handeln, die die Wahrnehmung der inneren und der äußeren Realität beeinträchtigt, ohne daß ein gemäß dem alltäglichen Verständnis massiver externer Streßreiz dazu Anlaß gibt. Das verleugnende Verhalten scheint darüber hinaus i.S. einer charakterneurotischen Abwehr mehr einem umfassenden, chronischen Verhaltensstil zu entsprechen, denn einem fokussierten zeitlich begrenzten Bewältigungsversuch.

„Verleugnung“ kann, darauf hat WEISMAN (1972) mit seinem Konzept des „middle knowledge“ hingewiesen, in unterschiedlicher Intensität ausgeprägt sein. Sie reicht von der totalen Ausblendung negativer Affekte, alltäglicher Belastungen und Konflikte bis zu dem, was WEISMAN als einen Zustand umrissen hat, der zwischen Wissen und Nichtwissen, zwischen Anerkennen und Bestreiten oszilliert. Obwohl die Überlegungen von WEISMAN von der Situation körperlich kranker Patienten ausgehen, sind seine Beobachtungen auch auf das verleugnende Verhalten psychosomatischer Patienten anwendbar. Verleugnung ist auch hier vermutlich keine konstante Größe, sondern variiert intraindividuell und interindividuell auf einem Kontinuum.

NEMIAH (1975) hat sich gegen eine Ausweitung des Begriffes der „Verleugnung“ auf innere Vorgänge gewandt, denn dadurch werde unter der Verwendung eines Ersatzbegriffes ein Vorgang neu etikettiert, der bereits als Verdrängung gefaßt worden sei. Er räumt jedoch ein, daß diese Überdehnung des Begriffes einer richtigen, „unbewußten“ Wahrnehmung entspringe, daß es sich bei dem von den psychosomatischen Patienten gezeigten Abwehrverhalten um ein qualitativ anderes Phänomen handle, das sich nicht mit dem Begriff der Verdrängung fassen lasse. NEMIAH argumentiert, daß es sich bei diesem Verhalten nicht um eine generative Ich-Leistung i.S. der Abwehr handelt, sondern um einen tatsächlich psychischen Defekt i.S. der Alexithymie.

In der Tat lassen sich auf der phänomenalen Ebene viele Ähnlichkeiten zu dem sog. alexithymen Verhalten aufzeigen. Der Mangel an Phantasie, das Haften am faktischen Ereignis unter Ausschluß der erlebten Bedeutungen, können als Produkt einer Verleugnung verstanden werden. Somit stellt sich die Frage, ob hier nicht dieselben Phänomene unter verschiedenen Begriffen gefaßt werden. Eine differenzierte Diskussion dieser Frage muß anderen Arbeiten vorbehalten bleiben. Nach meiner Auffassung ist ein Unterscheidungsversuch, der an Verhaltens-

unterschieden ansetzt, nicht möglich oder er führt zu einer spitzfindigen Differenzierung. Ich vermute aber, auf der Basis der zuvor referierten Untersuchungsbefunde, daß das manifeste Verhalten im einen Fall ein tatsächliches Defizit reflektiert, während es im anderen Fall das Ergebnis einer generativen Ich-Leistung i.S. der Abwehr ist<sup>1</sup>.

Die Verleugnung kann an verschiedenen Aspekten der inneren und äußeren Realität ansetzen. Die Selbstbeschreibung ist gekennzeichnet durch einen geringen emotionalen Bezug zu sich selbst (mangelnde Selbstempathie), ein Haften an sachlichen Ereignissen und körperlichen Beschwerden. Mit anderen frühen Abwehrformen, der primitiven Idealisierung und der Spaltung hat sie eine Verzerrung der Selbst- und Objektwahrnehmung gemeinsam. Negative Anteile des Selbst und der Objekte, die bei ihrer Integration zu Konflikten führen würden, werden voneinander getrennt. „Durch dieses Splitting kommt es zu keiner stabilen ganzheitlichen unbewußten Objektrepräsentanz, zu keiner Synthese zwischen negativen und positiven Aspekten des Objektes“ (v.RAD 1983, S.28). Aus der Sicht des teilnehmenden Beobachters vereinfacht sich daher die komplexe Lebenswelt, die er aus der Zusammenarbeit mit neurotischen Patienten kennt, zu einem holzschnittartig vergrößerten Bild.

Hier klingt bereits der interaktionelle Aspekt an, der in der Literatur immer wieder aufgezeigt wird. Das verleugnende Verhalten ruft auf Seiten des Interviewers mehr oder weniger spezifische Gegenübertragungsreaktionen hervor. Infolge der unbelebten Selbstdarstellung empfindet sich der teilnehmende Beobachter u.U. gelangweilt und desinteressiert, er bekommt kein lebendiges Bild. Der Therapeut oder Interviewer fühlt sich in seinem Beziehungsangebot eingeschränkt, tendenziell manipuliert. Soweit er sein empathisches Beziehungsangebot aufrechterhalten kann, findet dieses wenig Resonanz (VOGLER 1984, KELLNER 1994).

Das verleugnende Verhalten stellt nicht nur eine besondere Herausforderung in der Interaktion mit diesen Patienten dar, sondern setzt offenbar auch der therapeutischen Zusammenarbeit Grenzen. So scheint eine fruchtbare analytisch-psychotherapeutische Zusammenarbeit mit diesen Patienten vergleichsweise schwer zu realisieren. Die explorierende, einführende Haltung des analytisch arbeitenden Therapeuten läuft dem verleugnenden Selbstschutzverhalten des Patienten unvermeidlich entgegen und provoziert, wie die Ergebnisse von v.RAD (1983) eindrücklich zeigen, gerade die Abwehr, die der Therapeut mit dem Ziel der Klärung aufheben möchte. So nimmt es nicht Wunder, daß verschiedene Autoren skeptisch sind, was den Einsatz psychoanalytischer Methoden bei alexithymen Patienten anbetrifft und deshalb teilweise andere Strategien favorisieren (SHANDS 1977, KRYSTAL 1979, FREYBERGER et al. 1980, 1985, 1986, FRANZ et al. 1990).

Hinweise auf eine verleugnende Abwehr bei MC.-Patienten geben verschiedene Autoren (FREYBERGER et al. 1982, GRACE 1953, McMAHON et al. 1973). LEIBIG et al. (1985) beobachteten deutliche Unterschiede zwischen dem testpsychologischen und dem Interviewbefund. Die Autoren interpretieren diese Diskrepanz als Hinweis auf ein „Dissimulationsbedürfnis“. Verhaltensweisen, die im Sinne der Alexithymie bzw. der Verleugnung interpretiert werden können, finden sich darüber hinaus in den Untersuchungen von HARTKAMP et al. (1993), TAYLOR et al. (1981) und PORCELLI et al. (1995).

---

<sup>1</sup> Im Hinblick auf die referierten Forschungsarbeiten von v.RAD (1983), die die Situationsabhängigkeit des „alexithymen“ Sprachverhaltens demonstrieren, neige ich zudem eher zu der Auffassung, daß das beobachtbare alexithyme Verhalten aus einer Abwehrleistung resultiert. HAVILAND et al. (1988) fanden bei der Beobachtung von alkoholkranken Patienten, daß das alexithyme Verhalten über die Zeit variierte. McDOUGAL (1982) vertritt aufgrund ihrer klinischen Beobachtungen die Auffassung, daß Alexithymie ein Abwehrverhalten darstellt, das sich aufgrund früher Traumatisierungen in der Mutter-Kind-Beziehung entwickelt. TAYLOR (1987), der sich in zahlreichen Untersuchungen mit dem Phänomen der Alexithymie befaßt hat, sieht Alexithymie ebenfalls als Ergebnis einer primitiven Abwehr, spekuliert jedoch, daß diese Abwehr die Folge eines angeborenen Defektes sein könne, der die adaptiven Möglichkeiten des Ich beschränke.

Eine ausführliche, methodenkritische Zusammenstellung von Verhaltensmerkmalen, die von verschiedenen Autoren als Indikatoren für die Diagnose einer verleugnenden Abwehr herangezogen werden, hat BEUTEL (1988) vorgenommen, wobei sich der Autor mit Verleugnungsprozessen befaßt, wie sie im Umgang mit schweren, lebensbedrohlichen körperlichen Erkrankungen hervortreten. Aus dieser Aufstellung geht hervor, daß bisher keine Operationalisierung existiert, die auf einen allgemeinen Konsens trifft, wenngleich aus inhaltlichen Gründen der Fremddeskription gegenüber Selbstbeschreibungsverfahren deutlich der Vorzug gegeben wird.

#### 4.5.2 Innenwendung der Aggression

In Zusammenhang mit psychosomatischen Störungen wird immer wieder die inadäquate Bewältigung aggressiver Konflikte thematisiert (BASTIAANS 1969), wobei sich empirische Forschungsarbeiten besonders auf die Ärgerverarbeitung bei kardiovaskulären Problemen konzentrieren (vergl. HARBURG et al. 1991). Die Beobachtung, daß psychosomatische Patienten unter einer inadäquaten Aggressionsverarbeitung leiden, ist unter psychoanalytisch orientierten Autoren so geläufig, daß z.B. RIEMER (1960), der bei MC.-Patienten einen aggressiven Grundkonflikt ausmacht, eine genauere Bestimmung des Konfliktthemas fordert, da die Feststellung einer mißglückten Aggressionsverarbeitung ein Allgemeinplatz sei.

Die große Bedeutung der Aggression besonders in der frühen psychosomatischen Literatur ist sicherlich auf dem Hintergrund des alexanderschen Modells zu sehen, das die emotional bedingten Störungen vegetativer Funktionen grob in zwei Hauptgruppen einteilt, nämlich einerseits in körperliche Bereitstellungsreaktionen für Kampf oder Flucht und andererseits in Bereitstellungsreaktionen, die mit dem Wunsch nach Rückzug von nach außen gerichteten Aktivitäten und dem Wunsch nach passiver, oral-narzißtischer Versorgung einhergehen.

BASTIAANS (1969), der sich in verschiedenen Beiträgen um ein Entwicklungsmodell der Aggression bemüht, stellt fest, daß es den meisten psychosomatischen Patienten schon eine Entlastung bringe, wenn man ihnen den Ausdruck ihrer aggressiven Empfindungen ermögliche (vergl. auch WOLFF 1969, BONANNO und SINGER 1990).

Auf dem Hintergrund eines Modells, das die Entwicklung der Aggressionsverarbeitung von unreifen frühen zu reiferen späteren Formen nachzeichnet, nennt BASTIAANS (1972) Projektion, Ausagieren und Wendung der Aggression gegen die eigene Person als unreife Abwehrmechanismen bei der Aggressionsbewältigung. Aus der klinischen Erfahrung ist gut bekannt, daß diese Abwehrformen bei einem Patienten im Wechsel auftreten können, indem die Projektion aggressiver Affekte in eine Selbstanklage umschlägt oder einem destruktiven Agieren Platz macht. Bei einigen psychosomatischen Patienten scheint die Wendung der Aggression gegen das eigene Selbst die führende Verarbeitungsform zu sein, da das Ausagieren der Aggression in höherem Maße mit interpersonellen Konflikten verbunden ist, die diese psychosomatischen Patienten zu vermeiden bemüht sind.

EHLERS (1983), die sich um eine Operationalisierung verschiedener Abwehrformen im Rahmen eines Ratingverfahrens bemüht, definiert den Mechanismus der Innenwendung der Aggression wie folgt: „Es handelt sich bei diesem Mechanismus um selbstquälerische Anklagen, Minderwertigkeitsgefühle, Zurückstellung eigener Ansprüche hinter die Ansprüche anderer Personen, Benachteiligung und Schädigung der eigenen Person“ (ebenda, S. 57). Zur Veranschaulichung fügt sie dieser Definition eine Therapeuteschilderung an, die typische Merkmale autoaggressiven Verhaltens in einer allerdings sehr zugespitzten Form zur Darstellung bringt: „Die Patientin will nicht zugeben, daß sie ihre Eltern haßt. Sie kann nicht aggressiv sein, sondern redet davon, was sie selber für ein Dreck sei, und daß sie eigentlich nichts

könne. Sie würde sich selbst nie etwas schenken und sich auch von anderen nichts schenken lassen. Eigentlich möchte sie die Eltern umbringen, aber statt dessen zerstört sie sich selbst“ (ebenda, S. 58). Der Abwehrmechanismus bereitet dem Verständnis einige Probleme. Es ist zunächst nicht leicht einsehbar, wieso der Patient in dieser Form mit sich verfährt und wie diese Abwehrstrategie eine Entlastung bringt, um derentwillen sie definitionsgemäß verwendet wird. Hier kommen verschiedene Gründe in Betracht:

1) Der Patient fühlt sich -auf dem Hintergrund einer narzißtischen Verletzlichkeit- in existentieller Abhängigkeit an sein Schlüsselobjekt gebunden. Aggressionen können daher nicht direkt artikuliert werden, weil sie die harmonische Bindung an das Objekt gefährden würden, jedenfalls ist das die Befürchtung des Patienten.

2. Ein weiterer Grund, der bisher noch nicht zur Sprache gekommen ist, ist in der oft beobachteten Gewissensstrenge psychosomatischer Patienten zu sehen, die eine offene Äußerung aggressiver Affekte verbietet (vergl. GARMA 1957).

3. In eine ähnliche Richtung weisen auch die sozialpsychologischen Überlegungen, die MITSCHERLICH (1966) und BREDE (1972) vorgetragen haben. Nicht selten, so die Autoren, finde man bei psychosomatischen Patienten „eine äußerste bis zur Selbstdestruktion gehende Anpassungsanstrengung“. Während der neurotisch Kranke infolge seiner Gestörtheit die ihm angetragenen sozialen Erwartungen teilweise verfehlt und diese Abweichung von der sozialen Norm z.T. hinnehme, bemühe sich der psychosomatisch Kranke um eine reibungslose Anpassung an die sozialen Erwartungen. Die körperliche Symptomatik eröffne ihm den Ausweg in eine gesellschaftlich zugelassene und unverdächtige Krankenrolle, wodurch er das Konfliktpotential seiner Störung einerseits zum Ausdruck bringen könne und zugleich das darin gelegene kritische Potential entschärfe.

Den drei Erklärungsmöglichkeiten ist bei aller Verschiedenheit eines gemeinsam, nämlich ein besonderes Bemühen der Patienten um Anpassung, sei es an soziale Normen, ein strenges verinnerlichtes Gewissen oder an eine Person, der der Patient in existentieller Abhängigkeit verbunden ist.

Autoaggression ist damit nicht nur ein Vorgang der Selbstregulation, sondern auch eine Strategie in der Beziehungsgestaltung, die sich auch in der sozialen Interaktion zeigt. Die Ptn. zeigen sich gefügig, wenig fähig und/oder bereit, sich für ihre Erwartungen einzusetzen und sich gegen andere zu behaupten (REIER-STROBL 1983, KÜNSEBECK 1993).

Diese Überlegungen klären jedoch nur z.T. wie es zu den Angriffen auf das Selbst kommt, wo eine bloße Unterdrückung oder Hemmung der Aggression im Sinne der Konfliktvermeidung und der Anpassung bereits hinreichend wäre. Hier führen psychoanalytische Beobachtungen weiter, die aufzeigen, daß das Selbst bzw. Aspekte des Selbst, wozu auch der Körper bzw. Körperteile zu zählen sind, zur Projektionsfläche für gehaßte, böse oder zumindest ambivalent besetzte Objektrepräsentanzen werden können<sup>1</sup>, besonders dann, wenn die Trennung zwischen dem Körper-Selbst und dem Körper des primären Objektes unvollständig bleibt (vergl. MITSCHERLICH 1978).

Bereits Freud hat den Mechanismus der Autoaggression entdeckt und für die Erklärung der Depression herangezogen, indem er postulierte, daß der Patient, der nach einem Objektverlust in eine Depression falle, eigentlich unter den Vorwürfen leide, die er seinem Partner mache. Diese Vorwürfe träfen jedoch das Selbst, weil sich der Depressive, um den Verlust erträglich zu machen, zuvor mit dem Partner identifiziert habe. Auch in der modernen Theorie der Depression spielt die Innenwendung der Aggression eine wichtige Rolle: „Die entscheidenden

---

<sup>1</sup> Hier wird der Unterschied zur bloßen Hemmung der aggressiven Impulse deutlich. Bei der Innenwendung der Aggression ist nicht nur der direkte Affektausdruck beeinträchtigt, sondern der Affekt ist vom eigentlichen Objekt auf das Selbst verschoben.

Punkte dieses Depressionsverständnisses heißen demnach: Frustration - reaktive Wut - Wendung der Aggression gegen das Selbst“ (HOFFMANN und HOCHAPFEL 1987, S. 118).

Als Gründe für diese Verarbeitungsweise führen die Autoren Schuldgefühle und Konfliktangst auf dem Hintergrund einer besonderen narzißtischen Objektabhängigkeit an. Neben der Konfliktangst kann auch die Enttäuschungswut über eigenes vermeintliches Versagen Angriffe gegen das eigene Selbst bewirken.

Der Mechanismus der Autoaggression erscheint zusammenfassend durch drei Aspekte gekennzeichnet: Eine Tendenz zur Überanpassung im sozialen Verhalten, Angriffe auf das eigene Selbst, die eine destruktive Form annehmen können, und eine Tendenz zu depressiven Verstimmungen, die eine Folge der autoaggressiven Selbstanklage sind.

Über autoaggressive Verarbeitungsformen bei MC.-Patienten berichten aufgrund klinischer Erfahrungen RIEMER (1960), SPERLING (1960), SAVITT (1977), PAULLEY (1971, 1974) und FREYBERGER et al. (1982). Empirische Untersuchungen, die direkt oder indirekt auf autoaggressive Abwehrstrategien hinweisen, haben REIER-STROBL (1983), KÜCHENHOFF (1993), KÜNSEBECK (1993) vorgelegt. Insbesondere KÜCHENHOFF konnte bei einer Analyse der Abwehrstrategien eine Subgruppe von MC.-Patienten herausarbeiten, die durch eine dominante projektiv-introjektive Aggressionsabwehr gekennzeichnet ist.

## **5 Ziele und Fragestellungen der eigenen Untersuchung**

Es kann als gesichert gelten, daß MC.-Patienten in psychologischer Hinsicht eine heterogene Patientengruppe darstellen. Die im Literaturteil dieser Arbeit referierten Untersuchungen zeigen, daß die heterogenen Befunde durch eine Untergruppenbildung geordnet werden können. Inzwischen liegen einige Untergruppenmodelle vor. Die Relevanz dieser Modelle ist jedoch erst ansatzweise untersucht, so daß die Frage, weshalb man die MC.-Patienten gerade in dieser Weise gruppieren sollte, nicht abschließend beantwortet werden kann.

Allgemeine Zielsetzung dieser Arbeit ist es, Ergebnisse zu sichern, die bei der Beantwortung dieser Frage weiterführen. Dazu werden die Befunde, die auf Subgruppen hinweisen, unter Zuhilfenahme der dargestellten theoretischen Gedanken in einem hypothetischen Untergruppenmodell zusammengefaßt. Aufbauend auf dem so konstruierten Untergruppenmodell sollen verschiedene Zusammenhänge untersucht werden, die über die Relevanz des hypothetischen Untergruppenmodells Aufschluß geben. Die Fragestellungen, die dementsprechend untersucht werden, lauten:

1. Wie verteilen sich die MC.-Patienten auf die postulierten Untergruppen?
2. Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen in bezug auf Aspekte ihrer sozialen Lebenssituation und hinsichtlich basaler Persönlichkeitsmerkmale?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Untergruppenzugehörigkeit und relevanten Krankheitsparametern?
4. Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich ihrer psychischen Beschwerdesituation?
5. Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich ihres Coping- und Abwehrverhaltens?
6. Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich ihrer therapeutischen Ansprechbarkeit?
7. Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen in ihrem Beziehungserleben und -verhalten?
8. Ist die Zuordnung zu den postulierten Untergruppen über die Zeit stabil, so daß von einem Persönlichkeitsmerkmal gesprochen werden kann?

### **5.1 Beschreibung des Untergruppenmodells**

Wie lassen sich die Befunde, die in der Literatur berichtet werden, zusammenfassen? Einige Konturen können aus der Menge gleichlautender Befunde recht sicher herausgelesen werden. Einige Ergebnisse sind methodisch gut abgesichert, andere nur aus der klinischen Erfahrung gewonnen. Einige Ergebnisse sind widersprüchlich und nur durch eine Untersuchung belegt oder infolge einer mangelhaften Operationalisierung soweit unklar, daß ihr Stellenwert im Kontext anderer Befunde nicht sicher beurteilt werden kann. Komplexe Variablenmuster zeichnen sich bisher vor allem in nicht repräsentativen klinischen Beschreibungen ab. Der Versuch einer Zusammenfassung der Befunde zu einem Untergruppenmodell muß daher Fakten mit konstruktiven Spekulationen vermischen.

Die Grundlage für diese Hypothesen wurden im theoretischen Teil der Arbeit vorbereitet. Das Abwehrverhalten wurde dabei besonders herausgestellt. Es wurden zwei Formen der Abwehr (verleugnender Modus, autoaggressiver Modus) einander kontrastierend gegenübergestellt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Selbstregulation, die psychische Beschwerdesituation, das

Interaktionsverhalten und die Art und Weise der Selbstdarstellung diskutiert. Diese, auf der Basis des dominierenden Abwehrverhaltens gebildeten Typen, stellen das theoretische Gerüst dar, wo die Befunde, die in der Literatur berichtet werden, bezüglich der Untergruppenbildung noch nicht für sich selbst sprechen können.

Die Untergruppenbildung, die anschließend vorgeschlagen werden wird, basiert auf der Entscheidung, bei der Subgruppierung der Patienten von deren Anpassungs- und Abwehrstrategien auszugehen. Diese Vorentscheidung ist grundlegend. Daher sollen die Gründe, die diese Festlegung rechtfertigen, kurz zusammengefaßt werden:

1. Im Sinne einer modernen psychoanalytischen Sichtweise psychosomatischer Störungen kommt den Anpassungs- und Abwehrstrategien eine Schlüsselfunktion zu. Abwehr und Bewältigungsstrategien markieren eine Nahtstelle im Gefüge zwischen der Person und ihrer Umwelt. Sie verweisen auf innere Konflikte, die Ich-Stärke und die Objektbeziehungen. Dies sind Faktoren, die im Zusammenspiel darüber entscheiden, welche Bewältigungsressourcen der Person zur Verfügung stehen, d.h. wann und wie die Person ihre Abwehr ins Spiel bringt. Die Abwehr und Bewältigungsmechanismen bestimmen wie die Bewältigung einer Belastungssituation angegangen wird, wie sich die Person im Kontakt präsentiert, welche Beschwerden sie entwickelt. Es wird spekuliert, daß psychosomatische Prozesse einsetzen, wenn in Belastungssituationen die psychische Abwehr versagt.

2. Sowohl theoretisch als auch aus der referierten Literatur kann hergeleitet werden, daß die Anpassungs- und Abwehrstrategien psychotherapeutisch relevante Einstellungen und Verhaltensweisen mitbeeinflussen. Aus den Arbeiten von FREYBERGER et al. (1980, 1982, 1985, 1986) geht hervor, daß die Subgruppe der sog. „alexithymen“ Patienten ein psychotherapeutisches Angebot ablehnt.

3. Aus der Arbeit von KÜCHENHOFF (1993) sowie KORDY und NORMANN (1992) kann geschlossen werden, daß die Art und Weise des krankheitsbezogenen Copings den Verlauf eines Schubes beeinflusst. KÜCHENHOFF und MANZ (1993) konnten zeigen, daß das Copingverhalten durch die dominierende Abwehr beeinflusst wird.

4. Ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Patienten und bevorzugten Abwehr- und Bewältigungsformen wird durch mehrere Untersuchungen nahegelegt (HARTKAMP et al. 1993, KÜCHENHOFF 1993, FREYBERGER et al. 1982, 1985, HÄUSER 1985).

Die Präferenz bestimmter Abwehr- und Bewältigungsformen bei den Geschlechtern scheint auch vor dem Hintergrund psychoanalytisch-entwicklungspsychologischer Vorstellungen plausibel (vergl. BLOS 1978, S. 194-216).

5. Aus der psychoanalytischen Theorie läßt sich ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Abwehr- und Bewältigungsverhalten und dem präsentierten Beschwerdebild herleiten. Autoaggressive Selbstanklagen spielen gemäß psychoanalytischer Beobachtungen für die Genese depressiver Beschwerden eine wichtige auslösende und aufrechterhaltende Rolle (vergl. HOFFMANN und HOCHAPFEL 1987). Es ist plausibel anzunehmen, daß Patienten, die Konflikte und Probleme lösen, indem sie bagatellisieren, verleugnen und Affekte ausblenden, nur in geringem Maße negative Stimmungen und Affekte berichten.

Nachdem feststeht, wo die Untergruppenbildung ansetzen soll, soll im folgenden dargestellt werden, welche Subgruppen in diesem Rahmen voneinander differenziert werden können. Da die klinischen und empirischen Untersuchungen, auf die ich meine Thesen aufbaue, bereits im Literaturteil der Arbeit ausführlich besprochen wurden, begnüge ich mich hier an den entsprechenden Stellen mit einem Hinweis auf die jeweiligen Untersuchungen.



Bei der Durchsicht der Literatur, mit Blick auf das Gemeinsame statt auf das Trennende, lassen sich zwei Subgruppen recht verlässlich herauslesen:

Eine erste Gruppe wird durch Patienten gebildet, deren Coping durch „Selbstbeherrschung und die Unterdrückung von Gefühlen“ gekennzeichnet ist (NORMANN und KORDY 1991, KÜCHENHOFF 1993). Es handelt sich um Patienten, die Affekte durch Isolierung und Rationalisierung abwehren, deren Binnenwahrnehmungsfähigkeit gering zu sein scheint, die Phantasie und Kreativität als Mittel der Konfliktverarbeitung nur selten oder gar nicht gebrauchen (HARTKAMP et al. 1993). Die Patienten erscheinen psychisch „unauffällig“ (REIN 1975), sie stellen sich unbeschwert dar, wobei die testpsychologisch angegebenen Befindlichkeitswerte i.S. des Wohlbefindens, besser sein können als die Werte einer „normalen“ Referenzgruppe (LEIBIG et al. 1985). Im klinischen Interview werden diese Patienten als verleugnend erlebt, so daß von einigen Autoren die Aussagekraft testpsychologischer Erhebungsmethoden in Frage gestellt wird (GRACE 1953, McMAHON et al. 1973). Im Schub kann es zu einer Verschlechterung der Befindlichkeit kommen. Es drängt sich der Eindruck auf, daß depressive Beschwerden hier primär krankheitsdependent sind (KÜCHENHOFF 1993, KÜNSEBECK 1993, LEIBIG et al. 1985). Die Patienten sind eher schwer für eine psychotherapeutische Behandlung zu motivieren (FREYBERGER et al. 1980, 1982, 1985, 1986). In der Gegenübertragung im therapeutischen Gespräch lösen sie ein Gefühl der Leere und Langeweile aus (FREYBERGER et al. 1982, 1985). Für diese Patienten scheint es charakteristisch zu sein, daß sie ihre Aggressionen eher nach außen richten (BURTSCHIEDT 1993) und teilweise durch ein aggressives Agieren auffallen (SHEFFIELD und CARNEY 1976, FREYBERGER et al. 1982, 1985, Häuser 1985, PAAR 1988). Männer sind in dieser Subgruppe häufiger zu finden als Frauen (HARTKAMP et al. 1993, KÜCHENHOFF 1993, NORMANN und KORDY 1991). Mit wechselnden Begriffen werden die Patienten dieser Subgruppe als „alexithym“ (TAYLOR et al. 1981, BURTSCHIEDT 1983, PORCELLI et al. 1995) „pseudonormal“ (LEIBIG et al. 1985) oder „verleugnend“ charakterisiert (GRACE 1953, McMAHON et al. 1973). Bezogen auf die vorausgegangenen theoretischen Überlegungen lassen sich die Patienten dieser Untergruppe am ehesten dem dort beschriebenen „verleugnenden Abwehrmodus“ zuordnen.

Von dieser ersten Untergruppe läßt sich deutlich eine zweite Subgruppe abgrenzen, die hinsichtlich des Umganges mit Affekten, Konflikten und Belastungen den Gegenpol zu der ersten Gruppe bildet. Die Patienten scheinen durch eine inadäquate Aggressionsverarbeitung gekennzeichnet. Die aggressiven Affekte werden projektiv ausgelagert oder gegen das eigene Selbst gerichtet (KÜCHENHOFF 1993). Die Patienten werden als Menschen wahrgenommen, die Streitsituationen aus dem Wege gehen, eher unfähig sind, ihren Ärger offen auszudrücken (PAULLEY 1971), denen es eher schwer fällt, sich selbst zu behaupten (REIER-STROBL 1983, KÜNSEBECK 1993), die dazu tendieren, ihre Probleme „in sich hineinzufressen“ (BURTSCHIEDT 1983). Die Patienten erscheinen, im Vergleich zu der vorgenannten Subgruppe, differenziert in ihrer Selbstwahrnehmung, emotional lebendig, kreativ und phantasiebegabt (WEIß und ZACHER 1986b, HARTKAMP et al. 1993). Die Patienten werden als psychisch belastet beschrieben, wobei depressive Symptome für diese Patientengruppe besonders kennzeichnend zu sein scheinen (WHYBROW et al. 1968, REINDELL et al. 1981, BURTSCHIEDT 1983, HELZER et al. 1984, ANDREWS et al. 1987, NORMANN und KORDY 1991, KÜCHENHOFF 1993). Die depressiven Beschwerden scheinen nicht bloß eine Folge der Exazerbation der Erkrankung zu sein, sondern auch in Phasen der Remission zu bestehen (KÜCHENHOFF 1993, LEIBIG et al. 1985). Von einigen der vorgenannten Autoren werden auch Angstsymptome bei dieser Patientengruppe beschrieben. Die Patienten erscheinen vergleichsweise therapiemotiviert (FREYBERGER et al. 1982). In dieser Subgruppe scheinen vergleichsweise mehr Frauen als Männer enthalten zu sein (HARTKAMP et al. 1993, NOR-

MANN und KORDY 1991, KÜCHENHOFF 1993). Die Patienten werden bisweilen als „colitistypisch“ etikettiert (REINDELL et al. 1981, FREYBERGER et al. 1982, FEDERSCHMIDT 1993). Bezogen auf die vorausgegangenen theoretischen Überlegungen lassen sich die Patienten dieser Untergruppe am ehesten dem dort beschriebenen „autoaggressiven Abwehrmodus“ zuordnen.

In den meisten Beiträgen, die einen Hinweis auf Subgruppen liefern, wird darüber hinaus eine Tendenz deutlich, mindestens eine weitere, dritte Subgruppe anzunehmen. (WHYBROW et al. 1968, REINDELL et al. 1981, FREYBERGER et al. 1982, 1985, HÄUSER 1985, KÜCHENHOFF 1993, FEDERSCHMIDT 1993, v. WIETERSHEIM 1994). Die Identität dieser Subgruppe läßt sich jedoch nur schwer bestimmen. Aus der Literatur läßt sich unter dem Gesichtspunkt von Bewältigung und Abwehr keine charakteristisch dominierende Abwehrform für diese Gruppe herauskristallisieren. Möglicherweise ist gerade diese Schwierigkeit, das Abwehr- und Bewältigungsverhalten eindeutig zu typisieren, ein wichtiger Hinweis. Dieser Hinweis könnte so verstanden werden, daß es sich hier um Patienten handelt, deren Abwehr- und Bewältigungsverhalten flexibler und vielschichtiger ist als das entsprechende Verhalten der Patienten der vorgenannten Untergruppen, so daß es entsprechend schwerer gelingt, diese Patienten anhand hervorstechender Abwehr- und Bewältigungsstrategien zu identifizieren.

Solange Untersuchungen nicht vorliegen, die hier weiterführen können, sollte es möglich sein, auf eigene klinische Erfahrungen zurückzugreifen. Auf der Basis dieser klinischen Erfahrungen läßt sich folgendes Bild zeichnen: Abwehr und Anpassungsmechanismen, die bei den zuvor genannten Patienten beschrieben wurden, finden sich auch bei dieser dritten Subgruppe, ohne daß sie das Verhalten jedoch so deutlich dominieren, wie es bei den zuvor beschriebenen Patienten der Fall zu sein scheint. Die MC.-Kranken dieser Untergruppe erscheinen verhältnismäßig introspektionsfähig und zu direkten aggressiven Auseinandersetzungen relativ gut in der Lage. Die Patienten berichten in Remission wenige oder keine psychischen Beschwerden, sie beschreiben sich jedoch im Schub deutlich belastet (LEIBIG et al. 1985, KÜCHENHOFF 1993, KÜNSEBECK 1993). Es entsteht weniger der Eindruck, daß sie Probleme und Belastungen ausgesprochen stark verleugnen. Die Patienten können zu psychotherapeutischen Gesprächen motiviert werden, ohne daß sich daraus ein längerfristiger Kontakt ergibt (FREYBERGER et al. 1982). Bezogen auf die vorausgegangenen theoretischen Überlegungen, lassen sich die Patienten dieser Untergruppe keinem Abwehrmodus eindeutig zuordnen.

Bei der vorgestellten hypothetischen Untergruppenbildung wurde bewußt auf eine Typisierung der Objektbeziehungen verzichtet. Dies bedeutet nicht, daß keine Beziehungsmuster erkennbar wären. Es scheint allerdings, daß bei einem Abwehrmuster verschiedene Bindungsformen vorkommen können. Daß der Aspekt der Objektbeziehungen ausgeklammert wurde bringt die Überlegung zum Ausdruck, daß die Objektbeziehungen eine wichtige Beobachtungsdimension darstellen, die nicht vorschnell der Perspektive auf Abwehr und Bewältigungsmechanismen subsumiert werden sollte.

Im Hinblick auf das Forschungsmodell einer konstellativen Psychosomatik (KÜCHENHOFF 1994), die kleinschrittig vorgeht (siehe: Vielfalt der Modelle statt universelle Gültigkeit einzelner Erklärungen), sollten die Objektbeziehungen als eine eigene Beobachtungsdimension betrachtet und analysiert werden. Im Schnittpunkt der Ich-psychologischen und objektbeziehungs-psychologischen Perspektive werden sich vermutlich verschiedene Konstellationen ergeben, die zu einer Differenzierung der hier vorgeschlagenen Untergruppenbildung führen. Dies zu analysieren, würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Hier soll die Untergruppenbildung bei der beschriebenen Dreiteilung abgebrochen werden. Das postulierte Untergruppenmodell umfaßt somit drei Subgruppen, die im Interesse einer einfachen sprachlichen Handhabung wie folgt benannt werden sollen:

- 1. „verleugnende“ Patienten
- 2. „autoaggressiv-depressive“ Patienten
- 3. „flexible Patienten“

## 5.2 Zur Methode Untergruppenbildung

Im folgenden wird das Rationale bei der Zuordnung der Patienten zu den Untergruppen beschrieben. Abschließend werden spezifische Hypothesen formuliert, die auf die o.g. Fragestellungen in differenzierter Weise Bezug nehmen.

Die Zuweisung der Patienten zu den Untergruppen kann mit verschiedenen Methoden erreicht werden (vergl. STUHR 1996). Zu dem am meisten gebrauchten Verfahren zählt in den vorliegenden Arbeiten die Clusteranalyse, wobei auch faktorenanalytische Prozeduren vorkommen. Cluster- und Faktorenanalyse sind strukturbildende Verfahren, die sich anbieten, wenn die vorliegenden Ergebnisse für eine Modellbildung noch nicht ausreichen. Da hier bereits ein hypothetisches Untergruppenmodell erarbeitet wurde, das evaluiert werden soll, wird ein anderes Zuordnungsverfahren notwendig. Die Gruppenzuweisung erfolgt durch eine kriteriengeleitete Fallselektion. Die Patienten werden dazu bezüglich relevanter Merkmale gemessen und anschließend anhand festgesetzter Grenzwerte je einer Teilgruppe zugeordnet. Ein unmittelbarer Vorteil dieser Vorgehensweise ist die Einfachheit und Transparenz der Klassifikationsprozedur (siehe Seite 34). Die Operationalisierung der relevanten Klassifikationsmerkmale wird an anderer Stelle beschrieben (siehe Seite 95). Hier soll lediglich die Klassifikationsstrategie dargestellt werden.

Die Patienten werden zunächst auf zwei Dimensionen gemessen. Die erste Untersuchungsdimension erfaßt das Ausmaß autoaggressiven Verhaltens, die zweite Untersuchungsdimension mißt das Ausmaß verleugnender Verhaltenstendenzen. Jede Skala wird durch einen Trennwert dichotom aufgespalten, so daß je zwei Teilgruppen entstehen, nämlich „eher stark verleugnende“ und „eher wenig verleugnende“ Patienten sowie „eher besonders autoaggressive“ und „eher wenig autoaggressive“ Patienten. Die vorgenannten Subgruppen ergeben sich, wie in Tabelle 2 dargestellt, aus der Kombination der dichotomisierten Skalen.

**Tabelle 2: Das Klassifikationsschema zur Verteilung der Patienten auf die Subgruppen**

	gering verleugnend	stark verleugnend
gering autoaggressiv	flexible Ptn.	verleugnende Ptn.
hoch autoaggressiv	autoaggressiv-depressive Ptn.	Restgruppe

Werden alle möglichen Kombinationen ausgeführt, ergibt sich eine vierte, hier als „Restgruppe“ bezeichnete Untergruppe, die Patienten einschließt, die zugleich verleugnend und autoaggressiv eingeschätzt wurden.

### 5.3 Spezifische Fragestellungen und Hypothesen

Die grundlegende Fragestellung der Untersuchung lautet: Welche Unterschiede bestehen zwischen den postulierten Subgruppen, also zwischen den MC.-Patienten der autoaggressiv-depressiven, der verleugnenden und der flexiblen Subgruppe? Diese allgemeine Frage umfaßt, wie schon dargestellt, mehrere spezifische Fragestellungen. Zu diesen spezifischen Fragen werden im folgenden Hypothesen formuliert. Die Formulierung der Hypothesen stützt sich auf die empirischen Befunde der referierten Literatur und die theoretische Vorarbeit. Obwohl sich auf dieser Grundlage einige Konturen der Untergruppen recht deutlich abzeichnen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten greifbar werden, ist das Wissen über die Beschaffenheit der Untergruppen dennoch fragmentarisch, so daß nicht zu allen Fragen Hypothesen begründet werden können. Die vorliegende Arbeit verbindet somit hypothesentestende und exploratorische Untersuchungselemente. Bezüglich der sog „Restgruppe“, für die erwartet wird, daß sie keine oder nur sehr wenige Patienten einschließt, werden keine Unterschiedshypothesen formuliert.

#### 5.3.1 Verteilung der Patienten auf die postulierten Subgruppen

**Frage 1:** Wie verteilen sich die MC.-Patienten der Gesamtgruppe auf die postulierten Untergruppen? Diese Frage wird exploratorisch untersucht. **Hypothese:** Bezüglich der Verteilung der Patienten auf die „Restgruppe“ wird erwartet, daß sich in der Restgruppe keine bzw. nur sehr wenige Patienten (<5%) finden werden. **Begründung der Hypothese:** Der autoaggressive Modus beinhaltet eine negative Sicht des Selbst. Der verleugnende Modus ist durch die Betonung der positiven, funktionierenden Anteile gekennzeichnet. Problematische, belastende und konflikthafte Aspekte des Selbst werden tendenziell ausgeblendet. So gesehen handelt es sich bei dem autoaggressiven und dem verleugnenden Abwehr- und Bewältigungsverhalten um zwei gegensätzliche Verhaltensstile.

**Frage 1.1:** Beeinflussen die unterschiedlichen Bedingungen bei der Rekrutierung der beiden Teilstichproben die Verteilung der Patienten auf die Subgruppen? Diese Frage wird exploratorisch untersucht.

**Frage 1.2:** Bestehen systematische Selektionseffekte, die die Gruppengröße beeinflussen, bzw. sind die Patienten, die die Teilnahme an der Studie abgelehnt haben, besonders häufig einer Subgruppe zuzuordnen? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die Anzahl der Drop-out-Fälle in der Subgruppe der verleugnenden Patienten vergleichsweise am größten ist. **Begründung der Hypothese:** Die verleugnenden Patienten stehen einer psychologischen Untersuchung am meisten skeptisch gegenüber, da eine intensive psychologische Untersuchung, wie sie den Patienten bei der Rekrutierung in Aussicht gestellt wurde, zumindest tendenziell ihre verleugnende Abwehr hinterfragt und bedroht.

### 5.3.2 Basale Persönlichkeitsmerkmale und Aspekte der sozialen Situation

**Frage 2:** Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich der Geschlechtsverteilung? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß sich verhältnismäßig mehr Frauen in der autoaggressiv-depressiven und verhältnismäßig mehr Männer in der verleugnenden Gruppe befinden. Bezüglich der flexiblen Subgruppe werden keine Vorhersagen getroffen. **Begründung der Hypothese:** Vergl. u.a. HARTKAMP et al. (1993), NORMANN und KORDY (1991).

**Frage 2.1-2.3:** Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich der Merkmale: 2.1) Lebensalter, 2.2) Bildungsniveau, 2.3) partnerschaftliche Lebenssituation? **Hypothese:** Es besteht kein Unterschied zwischen den postulierten Subgruppen.

### 5.3.3 Medizinische Parameter

**Frage (3-3.2):** Besteht ein Zusammenhang zwischen der Untergruppenzugehörigkeit und relevanten Krankheitsparametern, nämlich: 3) der Dauer der Erkrankung, 3.1) der Frequenz bisheriger Krankenhausaufenthalte, 3.2) der Anzahl bisheriger Darmresektionen?

**Hypothese zu Frage 3:** Hinsichtlich der Krankheitsdauer wird kein Unterschied zwischen den Subgruppen erwartet. **Begründung der Hypothese:** Weder aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse noch aufgrund theoretischer Überlegungen läßt sich ein entsprechender Unterschied als wahrscheinlich annehmen.

Zu den **Fragen 3.1 und 3.2** besteht keine Erwartung. **Begründung:** Die vorliegenden Forschungsergebnisse sind widersprüchlich.

**Frage 3.3:** Tragen die Untergruppen zur Vorhersage der Krankheitsverläufe bei? **Hypothese:** Hinsichtlich des Krankheitsverlaufes, wie er in der multizentrischen Studie über 2 Jahre beobachtet wurde, besteht kein Unterschied zwischen den Subgruppen. **Begründung der Hypothese:** Die bisher vorliegenden Untersuchungen widersprechen der Annahme, daß der langfristige Krankheitsverlauf, wie er sich aus der Kombination verschiedener somatischer Parameter schließen läßt, von psychologischen Faktoren beeinflusst wird (siehe Tabelle 1: Ergebnisse zum Zusammenhang psychologischer und somatischer Parameter in verschiedenen Studien).

### 5.3.4 Psychische Beschwerden und Lebenszufriedenheit

**Frage 4-4.2:** Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich 4) Depression, 4.1) Ängstlichkeit und 4.2) Lebenszufriedenheit? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß sich die Patienten der autoaggressiv-depressiven Gruppe im Vergleich zu den Patienten der verleugnenden und der flexiblen Gruppe am meisten depressiv und ängstlich und am wenigsten lebenszufrieden beschreiben. Es wird erwartet, daß die verleugnenden Patienten vergleichsweise am wenigsten Depressivität, Angst und die höchste Lebenszufriedenheit angeben. **Begründung der Hypothese:** Aus der theoretischen Diskussion geht hervor, daß der autoaggressive Verarbeitungsmodus ein entscheidender pathogenetischer Faktor für die Entwicklung der Depression ist (siehe Seite 57). Aus den dargestellten Forschungsbefunden kann abgeleitet werden, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten ganz allgemein stärker psychisch belastet sind als die Patienten der anderen Subgruppen (REINDELL et al. 1981, BURTSCHIEDT 1983, HELZER et al. 1984, ANDREWS et al. 1987). Das verleugnende Verhalten der verleugnenden Untergruppe wirkt sich besonders auf die Selbstbeschreibung der psychischen Beschwerden aus. Dies hat zur Folge, daß die Patienten in ihrer Selbstdarstellung vergleichsweise gering belastet erscheinen (LEIBIG et al. 1985).

**Frage 4.3:** Wie verändert sich die Beschwerdesituation der Patienten in Abhängigkeit von dem Krankheitszustand? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß sich die Patienten aller Subgruppen im Schub depressiver, ängstlicher und weniger lebenszufrieden beschreiben. **Begründung der Hypothese:** Zur Begründung der Hypothese siehe Tabelle 1: Ergebnisse zum Zusammenhang psychologischer und somatischer Parameter in verschiedenen Studien.

**Frage 4.4:** Besteht eine Wechselwirkung zwischen der Untergruppenzugehörigkeit und der psychischen Belastung durch den Schub? Die Frage wird exploratorisch untersucht.

**Frage 4.5:** Wie ist die Beschwerdesituation der Patienten der postulierten Untergruppen zu bewerten, wenn sie mit klinisch auffälligen und klinisch unbelasteten Gruppen verglichen werden? Die Frage wird exploratorisch untersucht.

**Frage 4.6:** Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich symptomatischer Beschwerden, die im klinischen Interview erhoben werden? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten auch bei der Fremdeinschätzung am meisten belastet wahrgenommen werden. Sonstige Vergleiche zwischen den Subgruppen werden exploratorisch untersucht. **Begründung der Hypothese:** Wie bei den Fragen 4.-4.2.

### 5.3.5 Bewältigung und Abwehr

**Frage 5:** Wie unterscheiden sich die Patienten der postulierten Untergruppen in ihrem Copingverhalten? Hinsichtlich des Copingverhaltens sollen folgende Bewältigungsformen hypothesengeleitet untersucht werden: a) Emotionale Betroffenheit und Aufgeben, b) Bagatellisierung und Schuldabwehr, c) Selbstaufbau und Spannungsreduktion (siehe dazu Tabelle 5, Seite 79). **Hypothese:** Die Patienten der autoaggressiv-depressiven Subgruppe zeigen eine vergleichsweise hohe Ausprägung bei der Copingstrategie (a) und eine vergleichsweise geringe Ausprägung bei den Copingstrategien (b) und (c). Bei den Patienten der verleugnenden Subgruppe findet sich die entgegengesetzte Ausprägung. Es wird daher erwartet, daß sich bei der Gegenüberstellung der autoaggressiv-depressiven und der verleugnenden Patienten zwei diametral entgegengesetzte Bewältigungsmuster feststellen lassen. Es wird weiterhin erwartet, daß die Subgruppe der flexiblen Patienten zwischen den Polen rangiert, die durch die autoaggressiv-depressive und die verleugnende Gruppe gebildet werden. **Begründung der Hypo-**

**these:** Das verleugnende Verhalten manifestiert sich in der besonderen Akzentuierung der Copingstrategien (b) und (c). Während die Copingstrategie (a) (emotionale Betroffenheit und Rückzug) im Widerspruch zu dem verleugnenden Verhalten steht (siehe Seite 54). Die autoaggressiv-depressiven Patienten sind emotional durchlässiger. Zugleich widerspricht das bagatellisierende Verhalten ihrer sozialen Anpassungsstrategie, die durch eine sensible Ausrichtung auf die Erwartungen des Gegenübers gekennzeichnet ist. Der autoaggressive Verhaltensmodus und die daraus folgende negative, depressive Sicht des Selbst (siehe Seite 57) läßt nicht zu, daß sich die Patienten i.S. des Selbstaufbaues positiv verstärken. Indem die negativen Aspekte des Selbst akzentuiert werden, schwinden zugleich auch die Ressourcen für eine aktive Bewältigung, so daß Copingreaktionen wie Rückzug und Aufgeben eher zum Tragen kommen. Die flexiblen Patienten unterscheiden sich von den autoaggressiv-depressiven und den verleugnenden Patienten dadurch, daß sie weniger deutlich auf eine bestimmte Copingstrategie fixiert sind (siehe Seite 62), was sich darin ausdrückt, daß die jeweilige Copingstrategie weniger deutlich in der Selbstbeschreibung hervorsticht.

Die Copingstrategien: „Aggression“ und „gedankliche Weiterbeschäftigung“ sowie „Situationskontrolle und Suche nach sozialer Unterstützung“ (siehe Tabelle 5, Seite 79) werden in bezug auf die postulierten Subgruppen exploratorisch ausgewertet.

**Frage 5.1 und 5.2:** Wie grenzen sich die Patienten der postulierten Untergruppen in sozialen Konfliktsituationen von Erwartungen ab, die andere Menschen an sie richten und wie gelingt es ihnen, eigene Erwartungen einzufordern? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß es den autoaggressiv-depressiven Patienten vergleichsweise besonders schwer fällt, eigene Erwartungen vorzubringen und angetragene Fremderwartungen abzuweisen. Unterschiede zwischen der verleugnenden und der flexiblen Subgruppe werden exploratorisch untersucht. **Begründung der Hypothese:** Das selbstbehauptende Verhalten setzt bis zu einem gewissen Grade immer das harmonische Einvernehmen mit anderen aufs Spiel. Selbstbehauptendes Verhalten kann zu Konflikten führen. Die autoaggressiv-depressiven Patienten sind aus verschiedenen Gründen in besonderem Maße um eine harmonische, konfliktfreie soziale Anpassung bemüht (siehe Seite 57). In dem Dilemma zwischen Anpassung und Selbstbehauptung verzichten sie daher eher auf die Durchsetzung ihrer eigenen Vorstellungen, als das bei den Patienten der anderen Subgruppen der Fall ist.

**Frage 5.3:** Wie ist die Introspektionsfähigkeit der Patienten der postulierten Untergruppen im Interview ausgeprägt? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß sich die Patienten der autoaggressiv-depressiven und der flexiblen Subgruppe signifikant introspektiver verhalten als die Patienten der verleugnenden Gruppe. Sonst werden keine Unterschiede erwartet. **Begründung der Hypothese:** Das Verhalten der verleugnenden Gruppe impliziert, daß Emotionen nur in eingeschränktem Maße zugelassen und Konflikte und Probleme heruntergespielt oder negiert werden. Anregungen zum Nachdenken über die eigenen Lebenssituation werden nicht aufgegriffen, weil sie der verleugnenden Abwehr zuwiderlaufen (siehe Seite 54).

### 5.3.6 Psychotherapeutische Ansprechbarkeit

**Frage 6:** Inwieweit beziehen die Patienten der postulierten Untergruppen psychologische Faktoren in die Erklärung ihrer Erkrankung ein und wie unterscheiden sie sich bei der Gewichtung dieser psychologischen Faktoren? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die verleugnenden Patienten psychologischen Faktoren eine geringere Bedeutung zuschreiben als die Patienten der übrigen Subgruppen. Es wird erwartet, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten psychologischen Faktoren vergleichsweise die größte Bedeutung zumessen. **Begründung der Hypothese:** Ein laienätiologisches Modell, das psychologischen Faktoren eine wichtige Bedeutung zumißt, ist mit dem verleugnenden Bewältigungsstil nicht vereinbar. Die Prämisse, daß die körperliche Krankheit psychisch mitbedingt ist, steht im Widerspruch zu dem Selbstkonzept, daß man keine psychischen Probleme zu bewältigen habe. Die Patienten der autoaggressiv-depressiven Subgruppe stehen einer psychologischen Sichtweise nicht grundsätzlich abwehrend gegenüber. Es wurde bereits vorhergesagt (siehe Frage 4), daß die autoaggressiv-depressiven Ptn. mehr als die Patienten der anderen Subgruppen mit psychischen, insbesondere depressiven Beschwerden konfrontiert sind. Dementsprechend wird ihnen die Relevanz psychologischer Faktoren durch die Lebenserfahrung eher nahegelegt. Die flexiblen Patienten wehren eine psychologische Sichtweise nicht grundsätzlich ab. Da sie aber nur geringe psychische Beschwerden empfinden, spielen psychologische Faktoren bei der Erklärung der körperlichen Erkrankung eine weniger wichtige Rolle als bei den autoaggressiv-depressiven Patienten.

**Frage 6.1:** Welche Einstellung lassen die Patienten der postulierten Untergruppen gegenüber einem psychotherapeutischen Angebot erkennen und welche Unterschiede zeigen sich diesbezüglich zwischen den Subgruppen? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die verleugnenden Patienten gegenüber einem psychotherapeutischen Hilfsangebot skeptischer eingestellt sind als die Patienten der anderen Subgruppen. Unterschiede zwischen der flexiblen und der autoaggressiv-depressiven Subgruppe werden exploratorisch untersucht. **Begründung der Hypothese:** Die Einstellung, daß Psychotherapie ein hilfreiches Angebot zur Bewältigung der MC.-Erkrankung ist, setzt voraus, daß psychologische Probleme überhaupt wahrgenommen bzw. zugestanden werden. Bei den verleugnenden Patienten ist dies, wie bereits im Hinblick auf die Laienätiologie festgestellt wurde, nicht oder nur in geringem Maße der Fall.

**Vorbemerkung zu den Fragen 6.2-6.2.2:** Die therapeutische Zusammenarbeit wird hier sowohl aus der Perspektive des Therapeuten als auch aus der des Patienten zu zwei Zeitpunkten beurteilt. Es werden zwei Beobachtungsebenen unterschieden: die sog. Erfolgsmzufriedenheit und die sog. Beziehungsmzufriedenheit. Dementsprechend ergeben sich folgende spezifische Fragestellungen:

**Frage 6.2:** Wie zufrieden sind die Therapeuten mit dem Erfolg der Behandlung bei den postulierten Subgruppen?

**Frage 6.2.1:** Wie zufrieden sind die Therapeuten mit der Beziehung, die sie zu ihren Patienten herstellen konnten? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die Therapeuten die Beziehung und den Erfolg ihrer Arbeit mit den flexiblen und den autoaggressiv-depressiven Patienten günstiger beurteilen als den Erfolg der Zusammenarbeit und die Beziehung zu den verleugnenden Patienten. Unterschiede zwischen den flexiblen und den autoaggressiv-depressiven Patienten werden exploratorisch untersucht. **Begründung der Hypothese:** Auch wenn supportive Elemente eine wichtige Rolle in der Behandlung spielen, zielt das analytisch orientierte Psychotherapiemodell auf die Klärung und emotional vertiefte Bearbeitung seelischer Probleme und Konflikte. Das analytische Behandlungsmodell steht im Widerspruch zu dem Bewältigungsstil der verleugnenden Patienten (siehe Seite 54). Für den Therapeuten ergibt sich ein paradoxer Auf-



trag, nämlich, einen Patienten zu behandeln, der keine behandlungsbedürftigen Probleme bei sich wahrnimmt.

**Frage 6.2.2:** Wie schätzen die Patienten der postulierten Untergruppen den Erfolg der therapeutischen Zusammenarbeit und die Beziehung zu ihrem Therapeuten ein? Welche Unterschiede ergeben sich diesbezüglich zwischen den Subgruppen? Diese Fragestellung wird exploratorisch untersucht.

### 5.3.7 Aspekte der Objektbeziehung

**Frage 7:** Nimmt der Interviewer Unterschiede im Kontaktverhalten der Patienten der postulierten Untergruppen wahr?

**Frage 7.1:** Beschreiben die Patienten der postulierten Untergruppen ihr Kontaktverhalten auf unterschiedliche Weise?

**Frage 7.2:** Unterscheiden sich die Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung?

**Frage 7.3:** Wie bewerten die Patienten der postulierten Untergruppen die Beziehung zu ihren Elternobjekten und ihrem Partner?

Die genannten Fragen werden exploratorisch untersucht.

### 5.3.8 Stabilität der Untergruppenzuordnung im Zeitverlauf

**Frage 8:** Wie stabil ist die Zuordnung der Patienten zu den postulierten Untergruppen im Verlauf der Zeit, sofern die Subgruppierung auf der Basis einer neuerlichen Untersuchung nach einem und nach zwei Jahren wiederholt wird? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die Subgruppenzuordnung stabil ist, d.h. nach einem und nach zwei Jahren in identischer Weise repliziert werden kann. **Begründung der Hypothese:** Die Abwehr- und Bewältigungsmechanismen, auf denen die Subgruppen basieren, werden als Persönlichkeitsstrukturen verstanden, die in kritischen Entwicklungsphasen während der Kindheit und Adoleszenz geformt werden. Wenn entgegen dieser Erwartung Veränderungen im Zeitverlauf empirisch gefunden werden, soll der **Frage 8.1** nachgegangen werden: Wodurch sind diese Veränderungen bedingt? Diese Frage wird exploratorisch untersucht.

## 6 Methodik der Untersuchung

### 6.1 Das Untersuchungsdesign

Wie schon im Vorwort beschrieben, basiert die Untersuchung auf zwei Teilstudien. Einer umfangreichen Erhebung im Rahmen eines multizentrischen, kooperativen Forschungsprojektes zur Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen bei MC.-Patienten. Auf der Grundlage dieser hier so benannten „**multizentrischen Studie**“ konnten medizinische Daten in einer Ausführlichkeit gewonnen werden, wie es nur durch die Kooperation verschiedener Fachdisziplinen und durch eine multizentrische Zusammenarbeit möglich ist. Auch die längsschnittliche Erhebung der Patienten über mehrere Beobachtungszeitpunkte war im gegebenen Umfang nur durch die Bündelung der Arbeitskraft möglich.

Neben der multizentrischen Erhebung wurde von dem Autor dieser Arbeit eine weitere Erhebung an einem neuen Patientenkollektiv durchgeführt. Diese Untersuchung wird hier mit dem Etikett „**Projektstudie**“ oder „**Projekterhebung**“ belegt. Die Projekterhebung wurde im Hinblick auf spezifische Fragestellungen in Angriff genommen, die mit den Instrumenten der multizentrischen Studie nicht beantwortbar sind.

#### 6.1.1 Das Untersuchungsdesign der multizentrischen Teilstudie

Die Studie wurde als longitudinale Untersuchung mit mehreren Meßzeitpunkten geplant und durchgeführt. Der Beobachtungszeitraum nach Eintritt in die Studie betrug protokollgemäß für jeden Patienten zwei Jahre. Im ersten Studienjahr erfolgte die psychotherapeutische Intervention, das darauffolgende Jahr war als Katamneseperiode projektiert. Im Verlauf der zwei Jahre wurden in festgelegten Intervallen folgende Untersuchungen durchgeführt:

**Medizinische Untersuchung** (MED1 und MED2): Eine ausführliche gastroenterologische Untersuchung unter Einschluß einer Oesophago-duodeno-gastroskopie und einer Röntgenuntersuchung des Darmes. Des Weiteren wurden verschiedene Laborparameter und der klinische Befund erhoben. Diese umfangreiche medizinische Untersuchung wurde bei Aufnahme in die Studie (t=0) und zum Abschluß der Studienzeit (t=24) vorgenommen.

**Kontrolluntersuchung** (KONT1 - KONT7): Erfasst wurden hier der aktuelle klinische Befund, unter Einschluß verschiedener Laborparameter, sowie Veränderungen der bisherigen Medikation. Die Kontrolluntersuchungen erfolgten im Abstand von drei Monaten.

**Akutuntersuchungen:** Geriet der Pt. zwischenzeitlich in einen Schub, wurden zusätzlich sog. Akutuntersuchungen in wöchentlichem Abstand bis zum Abklingen des Schubes durchgeführt und einschließlich der verordneten Medikation dokumentiert.

**Begleitende Psychologische Untersuchung** (PSY1 - PSY5): Erhoben wurden verschiedene psychologische und psychosoziale Daten anhand diverser Fragebögen. Eine neuerliche Erhebung erfolgte jeweils nach 6 Monaten.

**Interview** (INT1 - INT3): Ein ausführliches halbstandardisiertes Interview das bei der Aufnahme in die Studie (t=0) zu einer biographischen Anamnese erweitert wurde. Nach 12 Monaten (t=12), d.h. zum Abschluß der Behandlungsphase, und nach 24 Monaten (t=24), d.h. zum Ende der Studie, wurde das Interview wiederholt.

**Tabelle 3: Der Untersuchungsplan in der multizentrischen Studie zu den verschiedenen Meßzeitpunkten**

Meßzeitpunkte t=0 (Aufnahme in die Studie) bis t=24 (Studienabschluß nach 24 Monaten)								
t = 0 Monate	t = 3 Monate	t = 6 Monate	t=9 Monate	t = 12 Monate	t = 15 Monate	t = 18 Monate	t = 21 Monate	t = 24 Monate
MED1	KONT1	KONT2	KONT3	KONT4	KONT5	KONT6	KONT7	MED2
PSY1		PSY2		PSY3		PSY4		PSY5
INT1				INT2				INT3
----- > Akutuntersuchungen bei Bedarf bis zum Abklingen des Schubes								
Psychotherapiephase 12 Monate					Katamnesephase 12 Monate			

### 6.1.2 Das Untersuchungsdesign der Projektstudie

Die Projektstudie stellt eine Querschnittuntersuchung dar. Die Patienten wurden nur zu einem einzigen Zeitpunkt erhoben. Daten zum Krankheitsverlauf wurden in der Projektuntersuchung lediglich retrospektiv, d.h. anhand der Erinnerung der Patienten sowie durch die Auswertung der Krankenakten gewonnen. Die gesamte Untersuchung fand i.d.R. auf drei Termine verteilt statt, die möglichst aufeinanderfolgend wöchentlich vereinbart wurden. Diese Aufteilung der Untersuchung auf drei Sitzungen geschah u.a. in der Absicht, die Patienten nicht zu überlasten. Zum ersten Untersuchungstermin erfolgte die Erhebung basaler sozialer Daten, der Krankengeschichte und die Durchführung eines halbstrukturierten Interviews. Im Anschluß an den ersten Gesprächstermin wurden den Patienten einige Fragebögen mit der Bitte ausgehändigt, diese zum zweiten Termin bearbeitet wieder mitzubringen. Beim zweiten Untersuchungstermin wurde das Interview fortgeführt und an der Erhebung des Repertory Grid gearbeitet. Der dritte Untersuchungstermin diente der Kontrolle und der Vervollständigung lückenhafter Daten.

### 6.1.3 Multimodales Messen als Kennzeichen der Untersuchung

In beiden Studien werden in bezug auf die anvisierten Patientenmerkmale verschiedene Untersuchungsperspektiven und Methoden verwendet. Fragebogeninstrumenten, die von der Selbstwahrnehmung des Patienten ausgehen, stehen Fremdbilder gegenüber, die den Patienten aus der Perspektive eines Beobachters zeigen. Durch diese multimodale Erhebungsstrategie werden methodenbedingte Effekte nicht vermieden, aber ansatzweise transparent gemacht. Der relativierenden Gegenüberstellung der Methoden kommt gerade im klinischen Forschungsfeld eine besondere Bedeutung zu, wo die Wahrnehmungen des Klinikers, der im direkten Kontakt mit einer ausgelesenen Patientengruppe Erfahrungen sammelt, und die Wahrnehmungen des Forschers, der eine repräsentative Stichprobe oft nur im Spiegel seiner Frage-

bögen kennenlernt, häufig weit auseinanderfallen. Auch bei der Durchsicht der Forschungsliteratur zum MC. werden Diskrepanzen zwischen der klinischen Beobachtung und Befunden, die anhand von Fragebögen gewonnen wurden, immer wieder deutlich (vergl. GRACE 1953, McMAHON et al. 1973, LEIBIG et al. 1985), so daß einem kritischen Umgang mit den Untersuchungsmethoden i.S. einer multimethodalen Messung besondere Bedeutung zukommt.

## 6.2 Forschungsinstrumente

### 6.2.1 Instrumente zur Selbstbeschreibung

#### 6.2.1.1 Das State-Trait-Angstinventar (STAI-X2)

Angst als Persönlichkeitsmerkmal wird mit dem State-Trait-Angstinventar (STAI) von SPIELBERGER (1970) gemessen. Bei dem STAI handelt es sich um die deutsche Adaption (LAUX et al. 1981) des von SPIELBERGER et al. (1970) entwickelten „State-Trait Anxiety Inventory.“ Der Testkonstruktion liegt ein dualistisches Angstmodell zugrunde. SPIELBERGER unterscheidet situationsabhängige „Zustandsangst“, als vorübergehenden emotionalen Zustand, von situationsinvarianter „Eigenschaftsangst“ als Persönlichkeitsmerkmal. Die Eigenschaftsangst disponiere dazu, Situationen als bedrohlich zu bewerten und mit erhöhter Zustandsangst zu reagieren. Die erhöhte Ängstlichkeit führt jedoch nur dann zu einer verstärkten Angstreaktion, „wenn es sich um eine **ich-involvierende** Situation handelt, d.h. wenn es sich um Situationen handelt, in denen der Selbstwert der betreffenden Person in Frage gestellt oder beeinträchtigt wird“ (LAUX et al. 1981, S. 8).

Das entsprechende Testinstrument, das hier nur zur Messung der Zustandsangst verwendet wird, wurde als vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung konstruiert. Die Skala umfaßt 20 Items, die auf einer vier-stufigen Skala mit den Polen „fast nie“ bis „fast immer“ eingeschätzt werden müssen. Der minimale Skalenwert beträgt 20, der maximale 80 Punkte. Die Validität dieses im deutschsprachigen Raum sehr häufig eingesetzten Instrumentes wurde in Bezug zu anderen Testinstrumenten, zu verschiedenen Populationen und experimentell umfassend geprüft. Die Test-Retest-Reliabilität für eine Wiederholungssituation nach 2 Monaten beträgt 0,77 für die männlichen und 0.90 für die weiblichen Probanden.

### 6.2.1.2 Das Depressionsinventar von BECK (BDI)

Depressivität wird mit dem Depressionsinventar von BECK et al. (1961) gemessen. Das BDI ist ein vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung und mißt die Schwere verschiedener depressionstypischer Symptome. Eine Übertragung des englischsprachigen Originals ins Deutsche haben HAUTZINGER et al. (1994) vorgelegt. Das Instrument enthält zu den 21 depressionstypischen Symptomen je vier Aussagen, die jeweils eine Intensivierung des fraglichen Symptoms darstellen. Der minimale Skalenwert beträgt 0, der maximale Skalenwert 63 Punkte. Die psychometrischen Eigenschaften des BDI wurden mehrfach überprüft. Danach erweist sich das BDI, das häufig verwendet wird, als reliables und valides Testinstrument, das gut zwischen depressiven und nicht depressiven Personen trennt.

### 6.2.1.3 Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (LEZU)

Zur Erfassung der Lebenszufriedenheit wird ein 27 Fragen umfassender Fragebogen verwendet, der ausgehend von Fragebögen von BULLINGER (1989) sowie MUTHNY und KOCH (1990) im Rahmen des multizentrischen Forschungsprojektes von BALCK et al. 1993 neu konstruiert wurde. Anhand des Fragebogens wird der Proband gebeten, einzuschätzen, wie „zufrieden er während der letzten zwei Wochen“ in verschiedenen Bereichen seines Lebens war. Diese Bereiche können folgenden Kategorien zugeordnet werden: Zufriedenheit mit der Gesundheit, dem Alltagsleben, der eigenen Person, den Beziehungen in der Familie, den Beziehungen zu Freunden und Bekannten und der medizinischen Behandlung. Die Einschätzung kann in 5 Abstufungen differenziert werden und spannt sich zwischen der Einschätzung, daß der Proband „sehr zufrieden“ respektive „sehr unzufrieden“ ist. Die Werte für die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit werden zu einem Summenwert zusammengefaßt und variieren von 0 bis 100, wobei 100 eine maximale Lebenszufriedenheit anzeigt. Vier zusätzliche Fragen gehen speziell auf die Beeinträchtigung der Lebenszufriedenheit durch den aktuellen Krankheitszustand ein. Diese Fragen werden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht in die Auswertung einbezogen<sup>1</sup>. Der Testautor berichtet auf der Basis einer Untersuchung an 150 Patienten verschiedener psychosomatischer Kliniken und 54 nephrologischen Ptn. über eine gute bis sehr gute interne Konsistenz der Summenskala. „Eine Faktorenanalyse ... nach dem Hauptkomponentenmodell mit anschließender Rotation nach dem Varimax-Kriterium ... ergab eine sechs Faktoren-Lösung mit einer aufgeklärten Varianz von insgesamt 69.6%. Da der erste Faktor 36% der Varianz aufklärt, wird Eindimensionalität angenommen“ (BALCK et al. 1993, S. 90). Weitere Untersuchungen zu den psychometrischen Eigenschaften des Instrumentes liegen zur Zeit noch nicht vor.

---

<sup>1</sup> Der Fragebogen ist im Anhang zu dieser Arbeit dargestellt.

#### 6.2.1.4 Der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU)

Soziale Unterstützung wird mit der Kurzform SOZU K-22 des Fragebogens zur sozialen Unterstützung F-SOZU von FYDRICH und SOMMER (1987) erhoben. SOMMER und FYDRICH (1991) definieren soziale Unterstützung als das Ergebnis von sozialen Interaktionen und deren Bewertung durch die Person. In diese Bewertung fließen sowohl Merkmale des sozialen Netzwerkes, der sozialen Interaktion als auch der beteiligten Personen ein. Soziale Unterstützung kann auf verschiedene Weise geleistet werden, dementsprechend unterscheiden die Autoren u.a. emotionale Unterstützung, praktische Unterstützung und soziale Integration. Diese Dimensionen bilden die Grundlage der Skalenkonstruktion.

Der SOZU ist ein vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung. Probanden geben zu den 22, als Selbstaussagen formulierten Items, ihre Zustimmung auf einer 5-stufigen Rating-Skala an. Zur Auswertung wird ein durch die Anzahl der Items gewichteter Skalensummenmittelwert gebildet. Die Kurzform des F-SOZU besitzt eine gute interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität. Die Reliabilität (interne Konsistenz) liegt in verschiedenen Untersuchungen zwischen 0,87 und 0,91. Im Sinne der Konstruktvalidität korreliert die Unterstützungsskala negativ mit Psychopathologie und sozialer Unsicherheit und positiv mit sozialer Kompetenz und Lebenszufriedenheit.

#### 6.2.1.5 Der Standardisierte Aggressionsfragebogen (SAF)

Der Umgang mit aggressiven Affekten wird mit dem standardisierten Aggressionsfragebogen SAF von KOCH und SCHÖFER (1974) gemessen. Der SAF stellt ein ökonomisches Instrument zur Messung aggressiver Reaktionsformen dar. Bei der Konstruktion der Skalen finden psychoanalytische Vorstellungen über verschiedene Formen des Umganges mit Aggressionen differenziert Berücksichtigung. Der SAF umfaßt im Original 5 Subskalen. Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit wird nur die Skala „Innenwendung der Aggression“ verwendet<sup>1</sup>. Die Skala „Innenwendung der Aggression“ besteht aus 12 Items, die auf die „bewußte bzw. unbewußte“ Schädigung, Kritik und Herabsetzung der eigenen Person bzw. ihres Wertes abzielen. Der SAF ist ein vollstandardisiertes Instrument zur Selbstbeurteilung. Die Patienten geben auf einer 5-stufigen Skala an, inwieweit die als Selbstaussagen formulierten Items für ihr Verhalten und Erleben zutreffend sind. Der minimale Skalenwert beträgt 12, der maximale Skalenwert 60 Punkte. Es wird ein Skalensummenwert gebildet. Die Skala ist so konstruiert, daß hohe Werte eine hohe „Autoaggression“ anzeigen.

Der Testautor gibt die interne Konsistenz der Skala mit 0,90 an. Im Sinne der Konstruktvalidierung wurde die Skala zu anderen Fragebogenskalen in Beziehung gesetzt. Gemäß der psychodynamischen Hypothese, wonach die Innenwendung der Aggression ein wichtiger Faktor für die Genese der Depression darstellt, korreliert die Skala mit 0.64 mit der Depressionsskala des FPI. In einer klinischen Studie differenzierte die Skala gut zwischen Asthmatikern und Neurodermitikern sowie der Normalpopulation.

Bedauerlicherweise ist die Konstruktion der Skala von dem Testautor im Stadium der Forschungsversion abgebrochen worden, als die Untersuchung mit dem SAF bereits im Gange war. Aus diesem Grunde fehlen Angaben zur Test-Retest-Reliabilität der Skala, und es liegen wichtige statistische Kennwerte nur unvollständig vor. Die Normierung der Skala ist ebenso unvollständig, insofern Angaben zur Normstichprobe nur lückenhaft mitgeteilt werden.

---

<sup>1</sup> Da es sich um ein Forschungsinstrument handelt, das nicht ohne weiteres verfügbar ist, wird die Skala Innenwendung der Aggression im Anhang zu dieser Arbeit dargestellt.

Da der SAF eine Schlüsselrolle bei der Konstruktion der Subgruppen einnimmt, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie zur Überprüfung der Testnormen eine eigene Stichprobe erhoben. Das Idealziel, eine repräsentative Stichprobe zu erheben, konnte dabei aus praktischen Gründen nur näherungsweise realisiert werden. Die Normierungsstichprobe umfaßt 64 Medizinstudenten, die an einem psychosomatischen Pflichtkurs teilnahmen und in diesem Rahmen um die Bearbeitung des SAF gebeten wurden. 59 Probanden wurden in verschiedenen Kursen der Volkshochschule rekrutiert. Die Ergebnisse dieser Erhebung sind in der nachfolgenden Tabelle 4 zusammen mit den Normwerten dargestellt, die der Testautor für die Skala angibt.

**Tabelle 4: Normwerte des Testautors und Normwerte aus einer eigenen Untersuchung**

Normierungsstichprobe im Rahmen der Studie				
Männer	Mw = 27,5	sd = 8,3	Md = 26	N = 64
Frauen	Mw = 27,4	sd = 6,9	Md = 27	N = 55
Gesamt	Mw = 27,5	sd = 7,7	Md = 26	N = 119
Normierungsstichprobe des Testautors				
Kontrollgruppe	Mw = 27,8	sd = ?	Md = ?	N = 158
Gesamtgruppe unter Einschluß psychosomatischer Patienten	Mw = 29,3	sd = 9,6	Md = ?	N = 558
Anmerkung: Mw= Mittelwert, sd= Standardabweichung, Md= Median, N= Fallzahl, ?= unklare oder fehlende Angaben.				

Die Stabilität des SAF respektive die Test-Retest-Reliabilität kann auf der Basis der Längsschnitterhebung in der multizentrischen Studie ermittelt werden. Der SAF wurde im Verlauf der zweijährigen Untersuchungszeit 5 mal, d.h. jeweils in einem Abstand von einem halben Jahr, neuerlich erhoben, so daß bei einem Zeitintervall von einem halben Jahr vier Messungen korrelativ zueinander in Beziehung gesetzt werden können. Die mittlere Stabilität, für die Meßwiederholung nach einem halben Jahr, beträgt 0,83.

### 6.2.1.6 Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) ist ein kurzgefaßter Fragebogen zur Bewertung der therapeutischen Zusammenarbeit. Den HAQ stellte LUBORSKY (1984) im Anhang seines englischsprachigen Therapiemanuals vor. In der deutschen Übersetzung des Lehrbuches (LUBORSKY 1988) ist der HAQ nicht enthalten. Eine Übertragung ins Deutsche haben BASSLER et al. (1995) vorgelegt und dabei gleichzeitig eine Neuskalierung des Instrumentes vorgenommen<sup>1</sup>. Auf der Basis einer Stichprobe von 239 Patienten, die sich einer stationären Psychotherapie unterzogen, identifizierten die Autoren zwei Subskalen, die sie als „Beziehungszufriedenheit“ und als „Erfolgswzufriedenheit“ charakterisieren. Die Subskala „Beziehungszufriedenheit“ beschreibt die „affektive Qualität der Beziehung zum Therapeuten. ...., die andere die patientenseitige Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg“ (BASSLER et al.

<sup>1</sup> Der Fragebogen ist im Anhang zu dieser Arbeit wiedergegeben.

1995, S.27). Die einzelnen Items sind als Aussage formuliert. Der Proband gibt auf einer 6-stufigen Skala an, inwieweit er die Aussage für zutreffend erachtet. Zusätzlich wird der Proband um eine globale Erfolgsbeurteilung gebeten. Hohe Skalenwerte bedeuten eine hohe Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit. Für beide Skalen wird ein Skalensummenmittelwert errechnet.

Die Autoren geben für beide Skalen eine interne Konsistenz von  $>0,8$  an. In der Untersuchung von BASSLER et al. (1995) erlauben beide Skalen eine deutliche Unterscheidung zwischen erfolgreichen und weniger erfolgreichen Patienten am Ende der Therapie. Speziell die Skala „Erfolgszufriedenheit“ korrelierte vergleichsweise hoch mit einem unabhängigen Erfolgskriterium und kann insofern als Indikator für den allgemeinen Therapieerfolg gelten.

#### 6.2.1.7 Die Skala zur Erfassung sozialer Wünschbarkeit (SDS-CM)

Mit der Skala zur „sozialen Wünschbarkeit“ (SDS-CM) soll die Neigung gemessen werden, sich selbst in Übereinstimmung mit kulturell gültigen Verhaltensnormen darzustellen und/oder sich selbst sozial erwünschte Verhaltensweisen zu attribuieren. Die Skala wurde von CROWNE und MARLOWE (1960) konstruiert und von LÜCK und TIMAEUS (1969) für die Verwendung im deutschen Sprachraum adaptiert. Die Items benennen Verhaltens- und Denkweisen, die im idealtypischen Sinne Normverletzungen darstellen, die im Alltag jedoch immer wieder vorkommen. Der Test basiert auf der Hypothese, daß Pbn., die ihre Selbstdarstellung wenig an der „sozialen Wünschbarkeit“ ausrichten, diese Normabweichungen eher zugestehen werden. Der Test, der als vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeschreibung konstruiert ist, umfaßt 23 Items, die mit „richtig“ oder „falsch“ beantwortet werden können. Niedrige Skalenwerte zeigen an, daß die Selbstbeschreibung eher im Sinne sozialer Wünschbarkeit verzerrt ist. Hohe Werte verweisen demgegenüber auf eine größere Offenheit, normabweichende Verhaltensweisen zuzugeben. Der Range der Skala beträgt 0-23 Punkte. Die Reliabilität (Testhalbierung) wird mit .63 bis .77 angegeben. Die Korrelation mit anderen Skalen zur Messung der sozialen Wünschbarkeit liegt bei .35 bis .43. Inhaltlich ist die Skala der Offenheitsskala des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) sehr ähnlich.



### 6.2.1.8 Der Streßverarbeitungsfragebogen (SVF)

Das Copingverhalten der Ptn. im Umgang mit Belastungssituationen wird mit dem Streßverarbeitungsfragebogen (SVF) von JANKE et al. (1985) erhoben. Die Subskalen wurden theoretisch konzipiert und nicht faktoriell entwickelt. Zu den theoretischen Leitlinien der Autoren gehört die Annahme, daß es sich bei Streßverarbeitungsstrategien um habituelle Persönlichkeitsmerkmale handelt, die über die Zeit hinweg stabil bleiben. Eine weitere Annahme ist, daß Streßverarbeitungsmaßnahmen weitgehend unabhängig von der Art der Belastungssituation auftreten. Als Fragebogenmethode geht der SVF davon aus, daß die Streßverarbeitungsstrategien einer Person soweit bewußt sind, daß sie direkt abgefragt werden können. Die Copingstrategien, die durch die 19 Subskalen repräsentiert werden, sind folgende: Bagatellisierung, Herunterspielen durch den Vergleich mit anderen, Schuldabwehr, Ablenkung von der Situation, Ersatzbefriedigung, Suche nach Selbstbestätigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, positive Selbstinstruktion, Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, Vermeidungstendenz, Fluchttendenz, soziale Abkapselung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung und Pharmakaeinnahme.

Die Subskalen werden durch je 6 Selbstaussagen repräsentiert. Der Proband wird darauf hingewiesen, daß der Fragebogen eine Reihe von möglichen Reaktionen enthält, die man zeigen kann, wenn man „durch irgend etwas oder irgend jemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden“ ist. Die 5-stufige Skala, auf der der Proband abträgt, wie wahrscheinlich er die genannte Copingreaktion einsetzen wird, spannt sich zwischen den Polen 0=gar nicht bis 4=sehr wahrscheinlich.

Die psychometrischen Überprüfungen zeigten eine gute interne Konsistenz (Cronbach`s Alpha .66 - .92) und Reliabilität (Test-Retest-Reliabilität .86) des Verfahrens. Die Vorhersagevalidität des Verfahrens wird kontrovers diskutiert. „Trotzdem kann festgestellt werden, daß sich für eine Reihe von SVF-Subtests über Situationen und verschiedene Stichproben stabile Korrelationen in der erwarteten Richtung mit den erlebten Belastungsreaktionen in realen Belastungssituationen nachweisen lassen“ (JANKE et al. 1985, S. 27). KRÖNER-HERWIG und WEICH (1990) kommen aufgrund einer eigenen Untersuchung zur Validität des SVF zu dem Ergebnis, daß keine überzufällige Anzahl positiver Korrelationskoeffizienten zwischen habituellen und aktuellen Copingmodi gefunden werden konnten. Der Zusammenhang von habituellem und aktuellem Coping wurde durch situative Determinanten stark modifiziert. Die Ergebnisse werfen Zweifel an der Vorhersagevalidität des SVF auf. In analoger Weise äußern sich RÜGER et al. (1990): „Der Vorhersagewert des SVF für das individuelle Bewältigungsverhalten in konkreten Situationen ist aufgrund der Konzipierung des Fragebogens als Persönlichkeitstest (trait) eher als gering zu vermuten, da in zahlreichen empirischen Studien eine Situationsabhängigkeit des Bewältigungsverhaltens gezeigt werden konnte“ (ebenda, S. 134).

#### **Exkurs:** Faktoren zur Zusammenfassung der Subskalen

Im Interesse einer übersichtlichen Ergebnisstruktur erschien es im Rahmen dieser Forschungsarbeit nicht sinnvoll, die 19 Copingskalen unabhängig voneinander auszuwerten. Einen Vorschlag zur Zusammenfassung der Copingstrategien haben JANKE et al. (1985) auf faktorenanalytischer Basis gemacht. Die faktorenanalytische Struktur, die sie erarbeiten, erweist sich jedoch, wie die Autoren demonstrieren, als deutlich stichprobenabhängig. Auf diesem Hintergrund wurde für die MC.-Patienten der Projektstichprobe eine Reanalyse der Faktoren vorgenommen. Die Copingstrategien der MC.-Patienten wurden nach der Hauptkomponentenmethode aggregiert und nach dem Varimax-Kriterium rotiert. Das Abbruchkriterium für die Faktorenextraktion wurde anhand des Eigenwertverlaufes gesetzt.

Bei der faktorenanalytischen Zusammenfassung von 58 MC.-Patienten konnten die Faktoren des Testautors nur teilweise wiedergewonnen werden. Tabelle 5 zeigt Übereinstimmungen und Abweichungen zwischen den Faktoren (FA1 bis FA5) von JANKE et al. (1985) und den revidierten Faktoren (FA-r1 bis FA-r5). Aus der Spalte unter den Faktoren kann die Ladung der Copingskalen auf den Faktoren abgelesen werden.

**Tabelle 5: Faktorenanalytisch gewonnene Skalen des SVF. Skalen des Testautors und auf der Grundlage der Projektstichprobe neu konstruierte Copingskalen in Vergleich**

Copingskalen	Faktoren von JANKE et al. (1985)			Faktorenanalyse N= 58 MC.-Patienten/ Projektstichprobe				
	Ladungen der einzelnen Copingstrategien auf den Faktoren							
	FA1	FA2	FA3	FA-r1	FA-r2	FA-r3	FA-r4	FA-r5
1. Gedankliche Weiterbeschäftigung	*							0.70
2. Resignation	*			0.87				
3. Selbstmitleid	*			0.80				
4. Selbstbeschuldigung	*			0.81				
5. Flucht	*			0.84				
6. Soziale Abkapselung	*			0.77				
7. Aggression	*							0.71
8. Situationskontrollversuche		*					0.71	
9. Reaktionskontrollversuche		*			0.61			
10. Positive Selbstinstruktion		*			0.55			
11. Bagatellisierung			*			0.66		
12. Schuldabwehr			*			0.86		
13. Herunterspielen durch Vergleiche	#				0.50			
14. Ablenkung	#				0.80			
15. Suche nach Selbstbestätigung	#				0.67			
16. Vermeidung	#			0.67				
17. Suche nach soz. Unterstützung	#						0.84	
18. Ersatzbefriedigung	#			@				
19. Pharmakaeinnahme	#			@				

**Anmerkungen:**

- \* Zeigt an welchem Faktor die jeweilige Subskala sensu JANKE et al. (1985) zugeordnet ist.
- # Die markierten Copingstrategien verteilen sich bei JANKE et al. (1985) auf 3 zusätzliche, in der Tabelle nicht aufgeführte Skalen, die je zwei bzw. eine Copingstrategie erfassen.
- @ Die Skalen Ersatzbefriedigung und Pharmakaeinnahme zeigten bei der Projektstichprobe extreme Itemschwierigkeiten und wurden daher nicht in die Faktorenanalyse aufgenommen.

Im Ergebnis können die Faktoren (FA1/FA-r1) „emotionale Betroffenheit und Aufgaben“ sowie der Faktor (FA3/ FA-r3) „Bagatellisierung und Schuldabwehr“, die JANKE et al. (1985) herausarbeiten, identisch bzw. recht ähnlich auch bei den MC.-Patienten gefunden werden. Dies gilt nicht für den Faktor (FA2): „Aktive Kontrollversuche von Belastungssituationen und -reaktionen“. Bei der Reanalyse laden neben den 2 Skalen „Reaktionskontrolle“ und „Positive Selbstinstruktion“ drei weitere Copingskalen relativ rein auf dem zweiten Faktor, wobei die Ladungen jedoch eher gering ausgeprägt sind. Aus inhaltlichen Gründen erscheint eine Zusammenfassung dennoch sinnvoll. Die Copingstrategien, die den zweiten Faktor (FA-r2) somit kennzeichnen, sind anders als bei JANKE et al. (1985) nicht auf die handelnde Bewältigung der Situation, sondern primär auf die Regulierung der inneren Befindlichkeit ausgerichtet. Im Zentrum stehen kognitive Strategien, die darauf zielen, negative Affekte ab- und positive aufzubauen und die bedrohlichen, unlustbetonten Momente der Situation zu minimieren. Die Skala sei zusammenfassend als „Selbstaufbau und Spannungsreduktion“ umschrieben. Darüber hinaus ergeben sich zwei weitere Faktoren, die je zwei Copingstrategien umfassen, nämlich (FA-r5): „Aggression“ und „gedankliche Weiterbeschäftigung“, sowie (FA-r4) „Situationskontrolle“ und „Suche nach sozialer Unterstützung“.

#### 6.2.1.9 Der Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen)

Der Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen) wird zur Messung selbstbehauptenden Verhaltens eingesetzt. Der U-Fragebogen wurde von ULRICH und ULRICH (1977) konstruiert, um die Indikation und Effektivität eines Selbstsicherheitstrainings besser abschätzen zu können. Die Autoren gehen von der Vorstellung aus, daß Selbstsicherheit als ein mehrdimensionaler Prozeß aufzufassen ist, bei dem die affektive Reaktionsbereitschaft, die kognitive Situationsbewertung und interpersonale Verhaltenskompetenzen eine wichtige Rolle spielen.

Der U-Fragebogen, der sich im klinischen Kontext als ein valides Meßinstrument bewährt hat, ist auch für die Forschungsanwendung gut geeignet. Der Fragebogen umfaßt vier faktorenanalytisch gewonnene Subskalen. In dieser Arbeit werden lediglich die Skalen „Fordernkönnen“ und „Nicht-nein-sagen können“ verwendet. Die Skalen thematisieren zwei basale Aspekte der Selbstbehauptung, nämlich ob es dem Probanden gelingt, eigene Erwartungen vorzubringen und wirksam zu vertreten, respektive ob es ihm gelingt, angetragene Erwartungen, die nicht den eigenen Vorstellungen entsprechen, zurückzuweisen. Der U-Fragebogen ist ein vollstandardisiertes Instrument zur Selbstbeurteilung. Die Items sind als Selbstaussagen formuliert, zu denen die Probanden ihre Zustimmung auf einer 5-stufigen Skala abgestuft angeben sollen. Es wird ein Skalensummenmittelwert berechnet. Die Skala „Nicht-nein-sagen können“ wird gegenüber dem Originaltest so umgepolt, daß ein hoher Wert eine hohe Sicherheit bei der Selbstbehauptung anzeigt. Entsprechend wird die Skala hier neu benannt, sie heißt: „Nein-sagen können“.

Die interne Konsistenz der Skalen bei verschiedenen Untersuchungsstichproben beträgt  $>.90$ . Die Test-Retest-Reliabilität variiert zwischen  $.79$  und  $.85$ . Die Testautoren haben verschiedene Untersuchungen zur externen Validierung des Fragebogens durchgeführt. Es konnte ein, wenn auch nur mäßiger, Zusammenhang zu einzelnen Merkmalen selbstsicheren Handelns, die durch eine direkte Verhaltensbeobachtung erfaßt wurden, belegt werden.

### 6.2.1.10 Der Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)

Zur Messung der Psychotherapiemotivation wird der „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ (FMP), den SCHNEIDER et al. (1989) entwickelt haben, verwendet. Die Testautoren erläutern, daß Therapiemotivation ein Konstrukt darstellt, das unterschiedliche Komponenten umfaßt. Der Fragebogen besteht aus vier itemanalytisch konstruierten Subskalen: 1) Krankheitserleben (Leidensdruck und Krankheitsgewinn), 2) Laienätiologie, 3) Allgemeine Behandlungserwartungen, 4) Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie. Im Rahmen dieser Arbeit werden lediglich die hier besonders interessierenden Dimensionen „Laienätiologie“ und „Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie“ erhoben. Bei den Items der Skalen handelt es sich um Feststellungen, die von dem Probanden mit Hilfe einer 5-stufigen Ratingskala bewertet werden müssen. Die Ratingskala spannt sich zwischen den Polen „stimmt uneingeschränkt“ und „stimmt überhaupt nicht“ auf. Bei der Auswertung wird ein Skalensummenmittelwert gebildet. Die Polung der Skala wird so vorgenommen, daß hohe Werte auf eine positive Einstellung zur Psychotherapie und auf eine starke Gewichtung psychologischer Faktoren bei der Erklärung der Erkrankung hinweisen. Auf der Grundlage einer Validitätsstudie, bei der als Außenkriterium ein Expertenrating verwendet wurde, hat sich die Kriteriumsvalidität der Subskalen als befriedigend erwiesen. Die Test-Retest-Reliabilität der Subskalen kann als gut beurteilt werden.

### 6.2.1.11 Das Gießen-Test-Selbstbild (GT-S)

Das Gießen-Test-Selbstbild (GT-S) ist ein vielfach verwendetes, ökonomisches Fragebogeninstrument zur Selbstbeschreibung. Die Testautoren (BECKMANN, RICHTER 1972, BECKMANN et al. 1991) wollten mit dem Gießen-Test ein Instrument schaffen, das einem psychoanalytisch orientierten Untersucher Einblick in die psychosozialen Beziehungen und die Binnenstruktur des Probanden gibt. Besonders bestimmend bei der Testkonstruktion war der Gedanke, die Person nicht als einen isolierten Merkmalsträger zu betrachten, sondern in psychoanalytisch relevanten Kategorien zu erfassen, wie sie sich in ihren Sozialbeziehungen verhält und erlebt.

In Rahmen dieser Untersuchung wird von den 6 faktorenanalytisch gebildeten Skalen des GT-S lediglich die hier besonders interessierende Skala „Durchlässigkeit versus Retentivität“ aufgegriffen, die auch bei der Fremdeinschätzung erhoben wird. In dieser Skala stellen sich, wie BECKMANN und RICHTER (1972) feststellen, „fundamentale Qualitäten des Kontakterlebens und Kontaktverhaltens dar: Und zwar sind sehr frühe orale und anale Kategorien des Kontakterlebens angesprochen. Nämlich um Erikson's Termini zu benutzen, die Kategorie Urvertrauen gegen Urmißtrauen, sowie die Kategorie Autonomie gegen Scham und Zweifel“ (ebenda, S. 50). Die Skala umfaßt sechs bipolar formulierte Items. Der Proband soll auf einer 7-stufigen Ratingskala angeben, wie sehr er zum einen oder anderen Pol tendiert.

Für den Gesamttest und für die Skalen wurde in verschiedenen Untersuchungen die Reliabilitäten bestimmt. Die Angaben zur Test-Retest-Reliabilität schwanken dabei zwischen .65 und .86. Die Items wurden unter psychoanalytischen Gesichtspunkten konstruiert und erhalten von daher ihre inhaltliche Validität. Die empirische Gültigkeit des GT-S wurde in zahlreichen Untersuchungen belegt.

## 6.2.2 Instrumente zur Fremdbeurteilung der MC.-Patienten

### 6.2.2.1 Der Psychische und Sozial-Kommunikative Befund (PSKB)

Der Psychische und Sozial-Kommunikative Befund (PSKB), von RUDOLF (1981, 1985), bzw. RUDOLF und PORSCH (1986) vorgelegt, ist eine Schätzskaala zur Erfassung des Krankheits- und Persönlichkeitsbefundes von neurotischen und psychosomatischen Patienten im Anschluß an ein klinisches Interview. Anhand ausführlicher, mehr oder weniger beobachtungsnah formulierter Kategorienbeschreibungen und einer allgemeinen Kodieranweisung, die die Anleitung zur Schweregradeinschätzung enthält, wird der Urteiler um seine Einschätzung gebeten. Der Urteiler kann bei seiner Einschätzung zwischen fünf Abstufungen wählen: schwer ausgeprägt (=3), mittelschwer ausgeprägt (=2), leicht ausgeprägt (=1), fraglich vorhanden (=8)<sup>1</sup>, nicht vorhanden (=0). Darüber hinaus steht eine zusätzliche Kategorie zur Verfügung, die der Urteiler markieren soll, wenn das Item aufgrund fehlender Information (=9) nicht beurteilbar ist.

Mit der Konstruktion des PSKB beansprucht der Autor, eine Lücke gegenüber den bisherigen klinischen Ratinginstrumenten zu schließen. Herkömmliche Befundsysteme psychiatrischer Provenienz seien zu wenig auf Neurosen zugeschnitten. Verfügbare Skalen aus dem psychoanalytischen Bereich erwiesen sich als sehr theoriebezogen und entsprechend kompliziert in der Handhabung, oder sie dienten speziell wissenschaftlichen Zwecken, so daß sie für praxisnahe Fragestellungen nicht benutzt werden könnten. „Wir haben deshalb ein eigenes Befundsystem entworfen, welches dazu dienen soll, das Erleben und Verhalten von neurotischen und psychosomatischen Patienten unter psychodynamischen Gesichtspunkten abzubilden“ (RUDOLF 1981, S.135). Da die psychoanalytische Theorie prinzipiell verschiedene Perspektiven und theoretische Konzepte anbietet, die nicht alle Verwendung finden können, wird die Auswahl und Gestaltung der Beobachtungskategorien, die in die Konstruktion des PSKB einfließen, von drei Grundannahmen geleitet: 1) Neurotische und psychosomatische Patienten sind im wesentlichen durch Störungen ihres zwischenmenschlichen Verhaltens charakterisiert. 2) Neben der Art und Weise der Beziehungsgestaltung sind die Symptomatik, die Triebregulation und die psychische Struktur wichtige Aspekte einer neurosenpsychologischen Beschreibung. 3) Darüber hinaus „haben wir uns von der SCHULTZ-HENCKschen Forderung, eine Neurosenlehre vom Bewußtsein her zu entwerfen, leiten lassen. Schon 1931 meinte er, daß sich die Psychoanalyse nach einer vorläufigen Phase der theoretischen spekulativen Verarbeitung ihrer Befunde nun wieder möglichst eng an die klinische Realität halten solle“ (RUDOLF 1981, S. 136). Ausdrücklich wird der Rater darauf hingewiesen, nur solche Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten zu registrieren, die tatsächlich benannt werden, nicht solche, die aufgrund klinischer Annahmen hypothetisch erschlossen werden. Der PSKB umfaßt 91 Urteilkategorien. In dieser Untersuchung wird jedoch nur ein Teil dieser Urteilkategorien verwendet (siehe Seite 88).

Untersuchungen von RUDOLF (1981) zur Interraterübereinstimmung zeigen, daß mit dem PSKB im Prinzip eine reliable Einschätzung von Patientenmerkmalen erfolgen kann. Bei einer wiederholten Einschätzung mehrerer Patienten durch maximal 13 Rater variierte das gewichtete Kappa zwischen .39 und .64 (vergl. KELLER et al. 1993). Über die Prüfung der Interraterübereinstimmung im Rahmen dieser Studie wird an anderer Stelle berichtet (siehe Seite 87).

---

<sup>1</sup> Die Kategorie „fraglich vorhanden“ wird abweichend von der Codierung im Original in den Wert 0,5 umkodiert.

Im Rahmen dieser Arbeit werden nur einige besonders interessierende Items des PSKB in die Auswertung einbezogen. Es wird u.a. eine Skala „symptomatischer Beschwerdedruck“ konstruiert. Diese Skala setzt sich aus Beschwerden zusammen, die im klinischen Kontext häufig als Leitsymptome psychischer Erkrankungen vorkommen: Allgemeine Angst, Angstanfälle, Phobien, Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, Depression, Suizidalität, Suchtzüge und ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl. Aufgrund der klinischen Erfahrung mit den MC.-Patienten werden noch zwei weitere Symptome in die Skalenbildung einbezogen, nämlich: innere Unruhe und ein gesteigerter und /oder geminderter Antrieb. Der Skalenwert ergibt sich aus der Summierung der Einzelbewertungen und der anschließenden Mittelwertbildung. Die Skala „symptomatischer Beschwerdedruck“ stellt keine empirisch gefundene Struktur dar, sondern eine klinisch begründete Zusammenfassung psychopathologisch relevanter Symptome. Der PSKB bildet zudem die Grundlage für die Erfassung des verleugnenden Verhaltens. Die Operationalisierung der Skala „Verleugnung“ anhand ausgewählter Items des PSKB wird an anderer Stelle beschrieben (siehe: Operationalisierung der gruppenstiftenden Merkmale, Seite 96).

#### 6.2.2.2 Helping Alliance aus der Sicht des Therapeuten (HAQ)

Korrespondierend zu der Einschätzung der Helping Alliance (HAQ) durch den Patienten, wird der Therapeut um eine Einschätzung der Zusammenarbeit gebeten. Die Schätzskala wurde von LUBORSKY et al. (1983) veröffentlicht und ist bezüglich der erfragten Inhalte mit dem Selbstratinginstrument identisch. Eine vorläufige Übersetzung ins Deutsche wurde als Forschungsversion von M. BASSLER<sup>1</sup> angefertigt und dem multizentrischen Forschungsprojekt freundlicherweise zur Verwendung überlassen<sup>2</sup>. Die Items sind als Aussagen formuliert. Der Therapeut gibt auf einer sechsstufigen Ratingskala an, inwieweit er den Aussagen zustimmt. Die Items werden hier in Analogie zu der Selbstratingversion zwei Subskalen zugeordnet, die die „Beziehungszufriedenheit“ bzw. die „Erfolgswilligkeit“ aus Sicht des Therapeuten messen sollen. Die Übereinstimmung mit der Selbstbeurteilungsform erlaubt einen direkten Vergleich zwischen dem Eindruck des Therapeuten und der Einschätzung des Patienten. Die psychometrischen Eigenschaften der Fremdratingversion wurden bisher nicht untersucht.

#### 6.2.2.3 Das Gießen-Test-Fremdbild (GT-F)

Der Gießen-Test kann als Verfahren zur Selbst- und Fremdbeschreibung gleichermaßen verwendet werden. Für die Fremdeinschätzung haben die Testautoren eine Umformulierung der Items des GT-S von der ersten in die dritte Person vorgenommen. Das Gießen-Test-Fremdbild (GT-F) wurde bisher vorwiegend in der Paardiagnostik und vereinzelt zur Beschreibung von Gruppenbeziehungen eingesetzt (siehe SCHEER 1979, BRÄHLER und BRÄHLER 1992), es ist jedoch keineswegs auf diese Einsatzmöglichkeit beschränkt. Im Rahmen der Projektstudie wird die Gießen-Test-Skala „Durchlässigkeit“ zur Beurteilung des Pbn. aus der Perspektive des Untersuchers verwendet. Die Rater sollen einschätzen, wie offen und durchlässig sie den Patienten im Kontakt mit anderen Menschen und dem Interviewer erleben. Die Urteiler sollen

---

<sup>1</sup> Dr. M. Bassler; Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

<sup>2</sup> Das Ratinginstrument ist im Anhang dieser Arbeit wiedergegeben.

sich dabei ausdrücklich von ihrer spontanen, subjektiv gefärbten Gegenübertragung leiten lassen. Untersuchungen, die sich mit dem Problem der Reliabilität der Fremdbeurteilung mit dem Gießen-Test befassen, sind mir nicht bekannt.

#### 6.2.2.4 Das Verhalten im Interview (VHI)

Das Verhalten im Interview (VHI) wird mit einem vom Autor der vorliegenden Studie neu konstruierten Ratinginstrument gemessen. Ausschlaggebend für diese Neukonstruktion war die Auseinandersetzung mit den Begrenzungen des PSKB, die im Rahmen der multizentrischen Studie deutlich hervortraten. Vor allem auf der Seite der Therapeuten ergab sich der Eindruck, daß wesentliche Merkmale der MC.-Patienten, die den therapeutischen Kontakt bestimmen, auf der Basis des PSKB nur unzureichend erfaßt werden können. Die Konstruktion des VHI war daher von der Absicht geleitet, spezifische klinische Beobachtungen in der Interaktion mit den MC.-Patienten in ein kurzes Rating umzusetzen, das den PSKB-Befund ergänzen sollte. Das vorliegende Rating spiegelt über seine verschiedenen Vorformen die Diskussion innerhalb des multizentrischen Projektes, insbesondere die Reflexion in der Gießener Arbeitsgruppe. Anhand einer Vorform des Ratings wurden 17 MC.-Patienten von zwei Therapeuten eingeschätzt. Bei jeder Einschätzung wurden die Therapeuten darum gebeten, anzugeben, wie sicher sie sich ihres Urteils sind. Items, die nicht sicher beurteilt werden konnten, wurden ausgeschlossen oder neu formuliert. Zusätzlich wurden die Therapeuten um eine Bewertung der Relevanz der Items für die klinische Beschreibung der MC.-Patienten gebeten. Eine auf dieser Grundlage überarbeitete Ratingform wurde anhand von 6 Erstinterviews erprobt, woraus sich weitere Modifikationen einzelner Items ergaben.

Der so gewonnene Itempool umfaßt 14 Items. Diese Items sind im Anhang (siehe Seite 262 ff) dargestellt. In einer exploratorischen Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode mit anschließender Varimaxrotation wurde anschließend die Dimensionalität des Ratings untersucht. Dabei ergab sich eine zwei-Faktorenlösung mit 67% Varianzaufklärung. Der erste Faktor klärt 54,4% der Gesamtvarianz auf, wobei 10 von 14 Items am höchsten auf diesem Faktor laden, so daß von der Eindimensionalität des Ratings ausgegangen werden kann. Zur Maximierung der internen Konsistenz und der Trennschärfe wurde weiterhin eine Itemanalyse durchgeführt. Die so gewonnene endgültige Skala umfaßt nur mehr 9 Items. Inhaltlich betrachtet beschreibt die Skala verschiedene Aspekte der Binnenwahrnehmung, nämlich die prinzipielle Bereitschaft, sich einer psychologischen Betrachtungsweise zu öffnen, dabei spontan über die eigene Lebenssituation zu sprechen und auftretende innere Diskrepanzen und interpersonale Konflikte zu tolerieren und sie in ihrer kognitiv-emotionalen Bedeutung zu reflektieren. Schließlich thematisiert die Skala die Fähigkeit und Bereitschaft, flexibel auf Anregungen und Sichtweisen des Interviewers einzugehen. Die Skala wird deshalb als „Introspektionsfähigkeit“ bezeichnet.

Die Items stellen bipolare Verhaltensbeschreibungen dar, die jeweils eine extreme Ausprägung des Merkmals in die eine oder die andere Richtung thematisieren. Die Ratingskala, auf der abgetragen werden soll wie sehr der Proband in seinem Verhalten in die eine oder andere Richtung tendiert, spannt sich in 6 Abstufungen zwischen den Extrempolen auf. Da keine neutrale Mitte existiert, muß der Rater entscheiden, welche Seite im Verhalten des Pb. stärker dominiert. Wenn keine Zuordnung infolge fehlender Information möglich erscheint, soll die Kategorie „nicht beurteilbar“ gewählt werden.

Die interne Konsistenz der Skala variiert zwischen 0.856 (Cronbach Alpha) und 0.927 (Spearman Brown).

### 6.2.3 Der Repertory Grid (GRID)

Zu den wichtigsten Postulaten der Personal Construct Theory von KELLY (1963), auf der der Repertory Grid (GRID) fußt, gehört die Annahme, daß jeder Mensch im Umgang mit seiner Realität ein eigenes Konstruktsystem entwickelt, mit dessen Hilfe er seine Wahrnehmungen sinnvoll ordnet und sein Handeln organisiert. Das Konstruktsystem besteht, so die weitere Annahme, aus Einzelkonstrukten, die in einer Konstrukthierarchie organisiert sind. Mit diesen Annahmen steht der Ansatz der Konstruktpsychologie modernen kognitiven Theorien ebenso nahe wie psychoanalytischen Konzepten, die das Erleben und Verhalten in Beziehung zu Selbst- und Objektrepräsentanzen beschreiben.

Der GRID kann als das Verfahren gelten, das KELLY explizit zur Erfassung individueller Konstruktsysteme entwickelt hat. Der GRID dient sowohl der inhaltlichen Offenlegung wichtiger individueller Konstrukte als auch der Analyse der Beziehung der Elemente, die im Netzwerk der Konstrukte geortet werden. Bei dem GRID handelt es sich um eine Erhebungsmethode, die weder mit den üblichen Selbstbeschreibungsinstrumenten noch mit den Fremdratingmethoden gleichgesetzt werden kann. Der GRID läßt sich in aller Kürze als ein Verfahren beschreiben, bei dem eine Reihe von Elementen (hier sind es bedeutsame Personen im Leben des Probanden) mit Hilfe von Eigenschaftskonstrukten beurteilt werden, die zuvor vom Probanden mit Unterstützung des Interviewers selbst herausgearbeitet wurden. Sind diese Eigenschaftskonstrukte einmal gefunden, werden sie wie die Items eines Fragebogens dazu benutzt, die Personen zu beurteilen.

Im gegebenen Fall wurden dem Probanden sieben Personenelemente als Standardelemente vorgegeben:

- Ich-Selbst: wie ich mich selbst sehe;
- meine Mutter: wie ich meine Mutter sehe;
- meinen Vater: wie ich meinen Vater sehe;
- meinen Partner: wie ich meinen Partner sehe (falls gegenwärtig keine Partnerschaft besteht, soll eine frühere Partnerbeziehung gewählt werden, wenn bisher keine Partnerschaft bestanden hat, bleibt das Element leer);
- Ich-Ideal: wie ich gerne sein möchte;
- meinen Wunschpartner: so wie ich mir einen idealen Partner, d.h. einen Menschen vorstelle, mit dem ich gerne zusammen sein möchte;
- eine negative Person: eine Person, mit der ich mich nicht verstehe;
- Der Proband soll darüber hinaus überlegen, welche Menschen in seinem jetzigen Leben wichtig sind. Er wird gefragt, ob es Freunde, Arbeitskollegen oder Geschwister gibt, die in seinem Leben einen besonderen Stellenwert haben. Es kann sich um Personen handeln, denen er sich auf positive Weise verbunden fühlt, aber auch um solche, mit denen er durch Streit oder Konflikte verbunden ist.

Personen, die der Proband daraufhin benennt, werden als zusätzliche Elemente den genannten Standardelementen hinzugefügt. Die absolute Zahl der Elemente wurde auf 14 begrenzt. Anschließend wird der Proband gebeten, Eigenschaften zu benennen, die die Personenelemente kennzeichnen. Die Hervorbringung der Eigenschaftskonstrukte erfolgt mit der „Methode des Triadenvergleiches“. Zur praktischen Durchführung des Triadenvergleiches siehe SCHEER (1993).

Im letzten Schritt der Erhebung wird der Proband aufgefordert, anhand der Eigenschaftskonstrukte alle Personenelemente einzuschätzen, indem er jeder Person einen Wert zwischen 1 und 6 zuweist. 1 bedeutet, daß die fragliche Eigenschaft gering ausgeprägt ist, 6 zeigt an, daß



sie in sehr starker Ausprägung bei der beurteilten Person vorliegt. Der Proband wird aufgefordert, möglichst die gesamte Spannbreite der Skala auszuschöpfen. Das Ergebnis der Erhebung ist eine rechteckige Datenmatrix, wobei in den Spalten die Personenelemente und in den Zeilen die Eigenschaftskonstrukte abgetragen sind. Im Schnittfeld ist die Bewertung der jeweiligen Person bezogen auf die jeweilige Eigenschaft festgehalten.

Aus der Datenmatrix können rechnergestützt verschiedene Parameter abgeleitet und auf deren Grundlage verschiedene Aspekte des Konstruktsystems und des Personenraumes untersucht werden. In der einschlägigen Literatur finden sich zahlreiche mehr oder weniger erprobte Auswertungsstrategien, die für die Beantwortung bestimmter Fragestellungen eingesetzt werden können. Freilich sind damit längst nicht alle Auswertungsmöglichkeiten und Forschungsfragen abgedeckt, die mit dem GRID bearbeitet werden können<sup>1</sup>. So bleibt hier die Aufgabe, aus der Datenmatrix Parameter begründet abzuleiten, die für die interessierende Fragestellung, nämlich die psychoanalytische Beschreibung der Objektbeziehung der MC.-Patienten, aussagekräftig sind.

Im Rahmen dieser Arbeit sollte mit dem GRID untersucht werden, wie die MC.-Patienten die Beziehung zu ihren Elternobjekten und zu ihrem Lebenspartner erleben. Als Grundlage dieser Analyse wird die Ähnlichkeit bzw. die Unähnlichkeit der Personenelemente verwendet. Die Ähnlichkeit der Personenelemente entspricht der errechneten Distanz zwischen den Personen. Die Distanzen werden mit dem Programm Ingrid 72 von SLATER (1977) in der adaptierten Version von ERNST (1988) bestimmt. Man erhält euklidische Distanzwerte zwischen 0 (zwei Personenelemente werden hinsichtlich aller Eigenschaftskonstrukte völlig gleich beschrieben) und 2 (zwei Personenelemente werden anhand der vorliegenden Eigenschaften völlig gegensätzlich beschrieben), wobei die Distanzwerte auf die Gesamtvarianz des GRID normiert werden.

Untersucht werden soll mit dem GRID, wie die Patienten die Beziehung zu ihren Elternobjekten und zu ihrem Lebenspartner bewerten. Dabei werden zwei miteinander verwobene Aspekte der Objektbeziehung betrachtet: 1) Die Bewertung der fraglichen Personen, gemessen an den Beziehungserwartungen des Probanden und 2) die narzißtische Qualität der Objekt-Beziehung.

Zu 1) In der Forschung ist die Relation zwischen dem Ich-Ideal und dem Selbstbild schon lange als ein Indikator der Selbstevaluation erprobt (vergl. WICKLUND 1984). In Analogie dazu kann die Bewertung einer Person aus deren Ähnlichkeit zu dem Bild eines Wunschpartners erschlossen werden. Der sog. Wunschpartner kann entsprechend dem Ich-Ideal als Inbegriff der bewußten und unbewußten Erwartungen verstanden werden, die die Person an das Verhalten einer anderen Person richtet. Es ist plausibel anzunehmen, daß ein Personenelement umso positiver erlebt wird, je mehr es in seinem Verhalten dem Bild des Wunschpartners entspricht. Andererseits kann angenommen werden, daß die Unzufriedenheit mit der Person anwächst, je mehr sie sich in ihrem Verhalten von den Idealvorstellungen entfernt, die durch das Wunschbild verkörpert sind. Die Annahme, daß die Diskrepanz zwischen den partnerschaftlichen Idealvorstellungen und dem Realbild ein Kriterium für die Bewertung einer Person darstellt, ist nicht nur plausibel, sondern findet auch empirische Unterstützung. BOMMERT et al. (1984) fanden, daß die Zufriedenheit mit dem Partner in verschiedenen als wichtig erlebten Einzelbereichen umso größer ist, je mehr der Realpartner dem Idealbild entspricht.

---

<sup>1</sup> Einige der vorliegenden Auswertungs- und Interpretationsmuster hätten sich nur um den Preis einer Verbiegung der Konzepte auf die hier interessierenden Fragen anwenden lassen.

Bei der Bearbeitung des Grid wurden die Probanden daher nicht nur gebeten zu beschreiben, wie sie ihre Mutter, ihren Vater und ihren Partner sehen, sondern auch zu entwerfen, wie sie sich einen idealen bzw. Wunschpartner vorstellen. In einer vorbereitenden Untersuchung an Patienten, die sich in stationärer Psychotherapie befanden und in diesem Kontext mehrfach mit dem Grid untersucht wurden, konnte darüber hinaus festgestellt werden, daß das Bild des Wunschpartners sehr weitgehend dem Bild entspricht, das man erhält, wenn man spezifisch nach dem Bild eines idealen Vaters und einer idealen Mutter fragt. Es erscheint daher vertretbar, das unspezifische Bild eines Wunschpartners sowohl als Bezugspunkt für die Analyse der Partnerbewertung als auch als Maßstab für die Bewertung der Elternobjekte zu verwenden.

Zu 2) Hier wird die Distanz der Personenelemente zum Selbstbild des Probanden fokussiert. Ausgehend von einem psychoanalytischen Verständnis wird in Anlehnung an ZEPF et al. (1981) die Relation zwischen dem Selbst (Selbstbild) und dem Bild der jeweiligen Person (Fremdbild) als Ausdruck der „narzißtischen Objektbeziehung“ zu dieser Person verstanden. Als Objekt narzißtischer Wünsche ist das Gegenüber als jemand gefragt, mit dem sog. Selbstbedürfnisse befriedigt werden können. Selbstbedürfnisse entstehen, wenn die grundlegenden Selbstgefühle der Identität und der Vitalität unterbrochen sind. Es ist ein Verdienst der sog. psychoanalytischen Selbstpsychologie, daß sie das Konzept des Narzißmus aus seiner pathologisierenden Vereinseitigung herausgeführt hat, indem sie aufzeigt hat, daß auch bei „gesunden“ Erwachsenen narzißtische Bedürfnisse befriedigt werden müssen. Auch der „gesunde“ Erwachsene braucht in gewissem Umfang für die Aufrechterhaltung seines Selbstgefühls einen empathischen, spiegelnden, auf einem Wir-Gefühl aufbauenden Kontakt mit anderen Menschen. Die Selbstpsychologie spricht hier von der Selbst-Objekt-Funktion des Gegenübers (vergl. MILCH und HARTMANN 1996). Selbst-Objekterfahrungen sind dabei bis zu einem gewissen Grad an das Erlebnis der Ähnlichkeit und der Übereinstimmung mit dem Gegenüber geknüpft. Auf dem Hintergrund dieser hier stichwortartig zusammengefaßten Überlegungen erscheint es plausibel anzunehmen, daß eine befriedigende Selbst-Objekt-Beziehung (oder narzißtische Beziehung) zu einem Gegenüber mit der wahrgenommenen Ähnlichkeit zwischen dem Selbstbild und dem Fremdbild korreliert. Personen, die dem Selbstbild ähnlich erlebt werden, sind demnach eher geschätzte Selbstobjekte als solche, die besonders unähnlich und damit der eigenen Erlebniswelt eher fremd wahrgenommen werden.

### 6.3 Prüfung der Interraterübereinstimmung bei den Fremdbeurteilungsinstrumenten

„Der menschliche Beobachter bzw. Beurteiler als Meßinstrument ist ... mit Fehlern behaftet, die durch Reliabilitätsmaße kontrolliert werden müssen“ (ASENDORPF und WALBOTT 1979, S.243). Die Bestimmung der Reliabilität unterscheidet sich bei den einzelnen hier verwendeten Ratinginstrumenten, so daß die Reliabilitätssicherung für jedes Untersuchungsinstrument gesondert beschrieben wird.

### 6.3.1 Der PSKB

Zu Beginn der Forschungsarbeit in dem multizentrischen Projekt wurde anhand videodokumentierter Interviews mit MC.-Patienten ein Ratertraining mit dem Ziel durchgeführt, ein gemeinsames Verständnis der Urteilkategorien zu etablieren. Wie sich nämlich zeigte, lassen die Kodieranweisungen des PSKB einen recht weiten Interpretationsspielraum. Zur weiteren Prüfung der Reliabilität wurden die PSKB-Ratings zweifach eingeschätzt. Für die Zeitpunkte  $t=12$  und  $t=24$  Monate liegt neben der Einschätzung des Interviewers ein weiteres Konsensrating durch zwei Rater eines anderen Studienzentrums vor. So beurteilten zwei Freiburger Untersucher die Patienten aus Gießen, Lübecker Rater die Interviews aus Berlin usw. Die Konsensratings, die in den kooperierenden Zentren angefertigt wurden, basieren auf einem Tonbandmitschnitt des Interviews. Für die Meßzeitpunkte  $t=12$  und  $t=24$  kann somit eine empirische Prüfung der Interraterübereinstimmung vorgenommen werden. Das Interview zum Zeitpunkt  $t=0$  wird lediglich von dem Interviewer selbst beurteilt.

Im Rahmen der Projekterhebung kann nur in 11 Fällen auf ein unabhängiges Urteil durch einen zweiten Rater zurückgegriffen werden. Zusätzlich wurde die Beurteilung des PSKB bei 33 Pbn. in einem größeren Zeitabstand (3 Monate bis 12 Monate) durch den Autor repliziert, so daß hier die intraindividuelle Stabilität der Beurteilung untersucht werden kann.

Bei der Prüfung der Interraterübereinstimmung wurde im Hinblick auf die Auswertung des PSKB im Rahmen dieser Studie die Reliabilität zunächst für jedes Item gesondert berechnet. Als Prüfgröße für die Interraterübereinstimmung -es handelt sich bei den Urteilen um eine Nominalskala- wurde der von COHEN (vergl. ASENDORPF und WALBOTT 1979, S.249) entwickelte Koeffizient „Kappa“ verwendet. Kappa stellt einen zufallskorrigierten Wert dar, bei dem die beobachtete Übereinstimmung um den Betrag der zufällig erwartbaren Übereinstimmung reduziert wird<sup>1</sup>. Kappa erreicht positive Werte  $> 0$ , wenn die beobachtete Übereinstimmung größer ist als die zufällige Übereinstimmung. Bei einer absolut konkordanten Beurteilung ergibt sich der Maximalwert  $=1$ . Zur Prüfung der Reliabilität der Skalen, die aus den Items gebildet werden, wurde eine Korrelation mit dem Koeffizienten von PEARSON berechnet.

Die Berechnung von Kappa erfordert eine gleiche Anzahl von Kategorien in den Spalten und Zeilen der Datenmatrix. Diese Bedingung wurde häufiger verletzt, da die Urteilkategorie 3 (3 bedeutet, daß das Merkmal stark ausgeprägt ist) nur ausgesprochen selten und bei einzelnen Items überhaupt nicht markiert wurde. In diesen Fällen wurde die Matrix egalisiert, indem der Wert (3) in eine (2) (2 bedeutet, daß das Merkmal mittelschwer ausgeprägt ist) umkodiert wurde. Die Übereinstimmungswerte, die zunächst getrennt für die Erhebungen zum Zeitpunkt  $t=12$  und zum Zeitpunkt  $t=24$  berechnet wurden, sind in der nachfolgenden Ergebnistabelle zu einem gemittelten Kappa- bzw. Korrelationswert zusammengefaßt. In Tabelle 6 sind alle Items und Skalen aufgeführt, die für die nachfolgende Auswertung von Bedeutung sind.

Im Ergebnis zeigt es sich, daß bei der Prüfung der Interraterübereinstimmung im Rahmen der multizentrischen Studie bei vielen Items nur eine gering überzufällige Konkordanz besteht. Die Prüfung der Interraterübereinstimmung im Rahmen der Projektstudie demonstriert allerdings, daß unter anderen Bedingungen eine bessere Interraterübereinstimmung erarbeitet werden kann. Die 11 Probanden, die im Rahmen der Projektstudie neuerlich eingeschätzt wurden, wurden entweder neuerlich von dem zweiten Urteiler interviewt (8 Probanden) oder sie waren

---

<sup>1</sup> Bei dem gewichteten Kappa berechnet sich die zufällige Übereinstimmung aus den Randsummen, so daß Effekte einer schiefen Randverteilung, wie sie für fast alle Items des PSKB kennzeichnend ist, ausgeglichen werden.

dem zweiten Rater aufgrund therapeutischer Kontakte bereits gut bekannt (3 Probanden). Im Rahmen der Projektstudie konnten beide Rater damit auf den unmittelbaren Gesprächseindruck zurückgreifen, während das Re-Rating der multizentrischen Studie auf einem Tonbandmitschnitt des Interviews basiert. Erwartungsgemäß ist die intraindividuelle Übereinstimmung am größten ausgeprägt.

**Tabelle 6: Reliabilität der relevanten Items und Skalen des PSKB**

	multizentrische Studie		Projektstudie	
	Kappa-Wert		Kappa-Wert	
Kurzbenennung der PSKB-Items und Skalen	Interraterübereinstimmung		Stabilität	Interraterübereinstimmung
Fallzahl =	N=60		N=33	N=11
Items der Skala symptomatischer Beschwerdedruck				
Allgemeine Angst	0.26		0.45	0.46
Angstanfall	0.49		0.82	0.61
Phobie	0.46		0.86	0.70
Zwangsgedanken	0.05		0.47	0.20
Zwangshandlungen	0.32		0.52	0.25
jetzt depressiv	0.37		0.77	0.78
jetzt suizidal	0.51		0.88	0.55
jetzt Suchtzüge	0.36		0.48	0.33
Innere Unruhe	0.12		0.51	0.47
Antrieb gesteigert/ gemindert	0.25		0.70	0.38
Selbstwert gemindert	0.15		0.60	0.62
Items der Skala „Verleugnung“				
Problemverleugnung	0.22		0.42	0.39
Bereitschaft selbst aktiv zu werden	0.22		0.50	0.52
Einsichtsfähigkeit	0.29		0.45	0.30
Emotionaler Kontakt zum Untersucher	0.26		0.38	0.32
Die Skalen im Überblick				
<b>Skala:</b> „Symptomatischer Beschwerdedruck“/ PEARSON Korrelationskoeffizient	0.49		0.82	0.75
<b>Skala:</b> „Verleugnung“/ PEARSON Korrelationskoeffizient	0.25	<b>0,64*</b>	0.81	0.66
<b>Skala:</b> „Verleugnung“, dichotomisiert/ Kappa (siehe S. 96)	0.26	<b>0,49*</b>	0.74	0.62

\* Interraterübereinstimmung beim Vergleich der Erhebung bei Aufnahme in die Studie mit der Einschätzung des Interviews nach einem Jahr, siehe Text.

Neben den allbekanntesten Faktoren, (unpräzise Definition der Kategorien, implizite Maßstäbe und Konzepte der Rater, Gedächtniseffekte, individuelle Gegenübertragungen) haben sich vermutlich auch technische Probleme ungünstig auf die Interraterübereinstimmung bei der

multizentrischen Studie ausgewirkt. Bestimmte atmosphärische Qualitäten eines Gespräches, gewisse Momente der Beziehung zwischen Interviewer und dem Probanden können offensichtlich anhand einer Tonbandaufzeichnung nur unzureichend erfaßt werden. Die Qualität der Tonaufzeichnung war teilweise nicht befriedigend. Darüber hinaus ist von einem bisweilen erheblichen Informationsgefälle zwischen dem Interviewer und den Ratern des anderen Studienzentrums auszugehen.

Aus diesen Gründen ist zu vermuten, daß die o.g. Reliabilitätswerte, die tatsächliche Reliabilität der Messung unterschätzen. Um diese Annahme zu prüfen, wurde eine neuerliche Berechnung der Reliabilität vorgenommen. Grundlage dieser Berechnung sind die Interviewbefunde, die zu Beginn der Studie und nach einem Jahr erhoben wurden. Bei den Patienten, die sich in Psychotherapie befanden, wurde die Einschätzung des Erstinterviews von dem Therapeuten durchgeführt. Für das zweite Interview nach einem Jahr wurde ein anderer Interviewer in der Absicht eingesetzt, ein möglichst von den Erwartungen des Therapeuten unbeeinflußtes klinisches Urteil zu gewinnen. Somit liegen auch hier zwei unabhängige Urteile vor, die jedoch zeitlich sehr weit auseinander liegen, wobei die Patienten in dem Jahresintervall therapeutisch behandelt wurden. Bei dem Vergleich dieser Urteile sind daher meßfehlerbedingte Schwankungen mit realen Veränderungsprozessen konfundiert. Andererseits handelt es sich bei diesen Einschätzungen um Befunde, die nicht durch eine Tonbandaufnahme vermittelt sind, sondern im direkten Kontakt gewonnen wurden, so daß die o.g. technischen Probleme entfallen.

Die neuerliche Berechnung der Reliabilität wurde hier auf die besonders wichtige Skala „Verleugnung“ beschränkt. Für die Items der Skala „symptomatischer Beschwerdedruck“ wurde keine neuerliche Berechnung der Reliabilität durchgeführt. Die symptomatischen Beschwerden waren einerseits ein besonderer Ansatzpunkt der therapeutischen Veränderungs-bemühungen, andererseits spielt bei der Ausprägung der Symptome der aktuelle Krankheitszustand vermutlich eine gewisse Rolle. Auf dieser Grundlage ist Übereinstimmung kaum zu erwarten. Die Items der Verleugnungsskala stellen demgegenüber eher strukturelle Merkmale dar, die vermeintlich weniger durch die genannten Einflußfaktoren determiniert werden. Im Ergebnis zeigt es sich, daß diese neuerliche Schätzung (die Werte sind in der Tabelle 6 mit \* markiert) zu etwas günstigeren Reliabilitätswerten für die Skala „Verleugnung“ führt und das, obwohl zwischen den beiden Messungen ein Jahr vergangen ist. Somit erscheint die Vermutung gerechtfertigt, daß die besonders geringe Interraterreliabilität, wie sie zuvor für die multizentrische Studie festgestellt wurde, teilweise zumindest technischen Problemen bei der Informationsübermittlung anzulasten ist<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Man mag hier weitergehend noch anführen, daß Veränderungen im Verhalten und Erleben der Patienten im Laufe des einen Jahres, das zwischen den beiden Ratings liegt, zu einer Unterschätzung der Reliabilität beigetragen haben, aber diese Vermutung kann nicht geprüft werden, so daß die Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung so festgehalten werden müssen.

### 6.3.2 Das Gießen-Test-Fremdbild (GTF) und das Verhalten im Interview (VHI)

Der GT-F und das VHI wurden von dem Autor dieser Arbeit zu zwei Zeitpunkten eingeschätzt<sup>1</sup>. Unmittelbar im Anschluß an das Interviewgespräch wurden alle Pbn. beurteilt. 3 bis max. 12 Monate nach dem Interview wurden 44 Pbn. von dem Autor dieser Arbeit neuerlich eingeschätzt, so daß auf dieser Basis die intraindividuelle Stabilität der Urteile geprüft werden kann. 41 Pbn. wurden im Rahmen einer Diplomarbeit anhand von Tonbandmitschnitten und schriftlichen, nahezu wortgetreuen Interviewprotokollen von einem studentischen Rater beurteilt. 9 dieser 41 Interviews wurden zusätzlich von klinisch erfahrenen Kollegen eingeschätzt, denen die Patienten aus der therapeutischen Arbeit oder einem Interview bekannt waren. Diese Fremdurteile werden zur Prüfung der interindividuellen Übereinstimmung mit den Urteilen des Autors verglichen. Die wiederholten Einschätzungen des Autors und die doppelten Fremdratings werden durch eine Mittelwertbildung jeweils zusammengefaßt.

Die Übereinstimmung wird durch die Berechnung der Korrelation zwischen den Urteilen bestimmt. Wegen der Spannbreite der Skala, die 6 (VHI) respektive 7 Abstufungen (GT-F) umfaßt, ist der Kappakoeffizient kein brauchbarer Schätzer. Kappa, das die kategoriale Übereinstimmung nominaler Urteile bewertet, führt zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Übereinstimmung. Bei der korrelativen Übereinstimmungsanalyse wird davon ausgegangen, daß die Einschätzungen Intervallskalenniveau besitzen. Dementsprechend wird die Korrelationen mit Koeffizienten von PEARSON geschätzt.

---

<sup>1</sup> Die Einschätzung des GT-F und des VHI basiert auf dem Interviewmaterial, das auch der Einschätzung des PSKB zugrundeliegt.

**Tabelle 7: Reliabilität der Items des Gießen-Test-Fremdbildes und des selbst konstruier-ten Ratings: Verhalten im Interview**

Gießen-Test-Fremdbild (GT-F)		
Kurzbeschreibung der Items des GT-F	Intraindividuelle Übereinstimmung	Interindividuelle Übereinstimmung
Fallzahl	N = 44	N = 41
10. viel Vertrauen vs. wenig vertrauen	0.27	0.11
11. zeigt viel von seinem Bedürfnis nach Liebe vs. zeigt wenig von ....	0.70	0.38
15. gibt viel vs. wenig von sich preis	0.75	0.40
19. geht leicht vs. schwer aus sich heraus	0.47	0.35
25. fühlt sich anderen Menschen fern vs. eher nahe	0.60	0.22
34. ist in der Liebe intensiv vs. wenig erlebnis-fähig	0.58	0.40
<b>Skala:</b> Durchlässigkeit vs. Retentivität	0.57	0.50
Verhalten im Interview (VHI)		
Kurzbeschreibung der Items des VHI		
Emotional beteiligt vs. emotional distanziert *	0.82	0.47
Kritisch entwertend vs. positiv zu einer psychologischen Sichtweise eingestellt *	0.80	0.60
Normalitätsfixiert vs. ambiguitätstolerant *	0.81	0.72
Harmonisierend vs. nimmt Konflikte wahr *	0.76	0.64
Flexibel vs. starr	0.79	0.50
Innenwahrnehmung vs. konkretistisch *	0.63	0.40
Im Gespräch entspannt vs. gespannt/ getrieben	0.54	0.37
Verschlossen vs. spontane Offenheit *	0.83	0.63
Selbstexploration vs. Undurchlässigkeit *	0.80	0.64
Belastbar vs. nicht belastbar im Gespräch	0.76	0.05
Anklagend fordernd vs. eigenaktiv	0.69	0.54
Problemverleugnung vs. Problembewußtsein *	0.50	0.51
Isoliert vs. kontaktfreudig	0.90	0.55
Differenzierte Innenwahrnehmung vs. gering differenzierte Innenwahrnehmung *	0.56	0.68
<b>Skala:</b> Introspektionsfähigkeit / Zuvor mit (*) markierte Items werden in der Skala zusammengefaßt.	0.87	0.77
Anmerkung: Die Numerierung der Items des GT-F verweist auf die Numerierung der Items im Originalfragebogen.		

Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse sind zusammenfassend in Tabelle 7 dargestellt. Die Reliabilitätsanalyse des GT-F und des VHI ergibt, insgesamt betrachtet, eine gute intraindividuelle und eine befriedigende interindividuelle Übereinstimmung, wobei die Übereinstimmungswerte für das VHI vergleichsweise günstiger ausfallen. Dieses Ergebnis dürfte damit in Zusammenhang stehen, daß die Beobachtungskategorien, die im VHI zusammengefaßt sind, ganz spezifisch anhand ausführlich formulierter Kriterien auf das direkt beobachtbare Verhalten der MC.-Patienten im Interview zugeschnitten sind. Die Einschätzung des Kontaktverhaltens anhand des GT-F läßt demgegenüber der subjektiven Gegenübertragung des Urteilers breiteren Raum.

## 6.4 Medizinische Parameter

In der vorliegenden Untersuchung werden verschiedene medizinische Parameter erhoben. Soweit ihre Operationalisierung nicht unmittelbar evident ist, werden sie im folgenden beschrieben.

### 6.4.1 Der Crohn-Disease-Activity-Index (CDAI)

Die Krankheitsaktivität stellt eine Variable dar, die das Befinden intensiv beeinflussen kann, sie ist zugleich ein wichtiges Kriterium für die Aufnahme der Patienten in die Projektstichprobe (siehe Seite 103, Ein- und Ausschlußkriterien). Zur Quantifizierung der Krankheitsaktivität hat sich der von BEST et al. (1976) entwickelte Crohn-Disease-Activity-Index (CDAI) durchgesetzt.

#### 6.4.1.1 Die Bestimmung des CDAI in der multizentrischen Studie

Der CDAI schließt folgende subjektive Beschwerdeangaben ein: Aktuelles körperliches Befinden, Anzahl der nicht geformten Stühle, Intensität der Bauchschmerzen, Qualität des Allgemeinbefindens. Diese Angaben werden für die vorausgegangenen 7 Tage erhoben. Die Erhebung erfordert die besondere Kooperationsbereitschaft des Patienten. Für die Dauer einer Woche vor dem eigentlichen Untersuchungstermin muß der Patient die genannten Parameter in einem Wochenbericht protokollieren.

Die objektiven medizinischen Parameter zur Bestimmung des CDAI sind: MC. assoziierte, gastrointestinale und extraintestinale Symptome; die Körpertemperatur, ihr höchster Wert in der letzten Woche; der Tastbefund: Resistenz im Abdomen; symptomatische Durchfallbehandlung; der Haematokrit; das aktuelle Körpergewicht in Relation zum Standardgewicht. Subjektive und objektive Befunde werden zu einem gewichteten Summenwert verrechnet. Bei einem Indexwert  $> 150$  besteht definitionsgemäß ein Schub.



#### 6.4.1.2 Die Bestimmung des vereinfachten CDAI in der Projektstichprobe

In der Projektstichprobe wurde eine vereinfachte Form des CDAI verwendet. Bei der Projektuntersuchung war die Verwendung des originären CDAI wegen der dazu notwendigen organmedizinischen Befunderhebung und der Laborkontrolle nicht praktikabel. Die Patienten mußten alleine aufgrund ihrer persönlichen Angaben anhand des Wochenberichtes beurteilt werden<sup>1</sup>. Vor dem vereinbarten Untersuchungstermin wurde den Patienten ein Wochenberichtsbogen zugesandt, mit der Bitte, den Wochenbericht zum vereinbarten Untersuchungstermin ausgefüllt mitzubringen. Der CDAI wird dementsprechend auf die Werte reduziert, die direkt vom Patienten erfragt werden können: 1) Anzahl der nicht geformten Stühle in der letzten Woche; 2) Grad der Bauchschmerzen in der letzten Woche (1=keine, 2=leicht, 3=mäßig, 4=stark); 3) Das Allgemeinbefinden in der letzten Woche (0=im allgemeinen gut, 1=nicht ganz so gut, 2= schlecht, 3=sehr schlecht, 4=unerträglich). Der Erhebungsbogen für den vereinfachten CDAI ist im Anhang dokumentiert (siehe Anhang: 11.3.6).

Der vereinfachte CDAI errechnet sich als gewichtete Summe aus den Einzelbewertungen, wobei die Gewichtungsfaktoren aus dem Originalindex übernommen werden. Die Formel für den vereinfachten CDAI lautet: Anzahl der nicht geformten Stühle in der letzten Woche x 2, + Intensität der Bauchschmerzen in der vergangenen Woche x 5, + Qualität des Allgemeinbefindens in der vergangenen Woche x 7. Aufgrund einer korrelativen Untersuchung kommt v.WIETERSHEIM (vergl. v.WIETERSHEIM 1991, S. 63) zu dem Ergebnis, daß der vereinfachte CDAI ein guter Schätzer für den originären CDAI darstellt. Für den vereinfachten CDAI muß der kritische Grenzwert neu angepaßt werden. v.WIETERSHEIM (1991) schlägt den Wert 100 vor.

#### 6.4.2 Der Krankheitsverlauf

Der Krankheitsverlauf ist ein komplexer somatischer Parameter. In der multizentrischen Untersuchung wurden die Patienten über einen Zeitraum von 2 Jahren engmaschig medizinisch dokumentiert, um die Grundlage für eine objektive Beurteilung des Krankheitsverlaufes zu schaffen. Die Beurteilung des Krankheitsverlaufes bezieht sich somit auf den Krankheitsprozess, wie er vom Eintritt in bis zum Ausscheiden aus der Studie dokumentiert ist. Da der Krankheitsverlauf bei MC. sehr unterschiedlich und sehr komplex sein kann, ist die Beschreibung durch ein einfaches Kriterium (z.B. Zeit im Schub) nicht möglich. Die Krankheitsverläufe der Studienpatienten wurden daher anhand eines Kriterienkataloges von einem Expertengremium verblindet eingeschätzt. Die Einschätzung führt zu einer vier-stufigen Rangreihe, die vom besten bis zum schlechtesten Krankheitsverlauf reicht. Die Entscheidungskriterien sind nachfolgend wiedergegeben.

---

<sup>1</sup> Der Wochenberichtsbogen, der den Patienten mindestens eine Woche vor dem vereinbarten Untersuchungstermin zugesandt wurde, ist im Anhang wiedergegeben.

#### 6.4.2.1 Zur Bewertung der Krankheitsverläufe in der multizentrischen Studie

1. Operation wegen konservativ nicht beherrschbarer entzündlicher Aktivität. Diese Kategorie schließt das toxische Megacolon und die akut entzündlichen Komplikationen, wie Abszesse, Perforationen und Ileus durch floride entzündliche Stenosen ein, nicht jedoch die elektive Operation wegen fixierter narbiger Stenose. Oder: Versagen der im Protokoll angegebenen Standardtherapie. ... Umstellung auf eine nicht etablierte alternative medikamentöse Therapie (z.B. Immunsuppression) und Versagen dieser alternativen Therapie (=schlechtesten Verlauf).
2. Versagen der im Protokoll angegebenen Standardtherapie,..., Umstellung auf eine nicht etablierte, alternative medikamentöse Therapie (z.B. Immunsuppression) und Ansprechen auf diese alternative Therapie.
3. Verlauf der Erkrankung in akuten Schüben und Ansprechen der akuten Schubsymptomatik auf die im Protokoll angegebene Standardtherapie.
4. Schubfreier Verlauf (=bester Verlauf), (siehe PRITSCH et al. 1993).

#### 6.4.2.2 Anzahl der MC.- bedingten Krankenhausaufenthalte und Darmresektionen

In der multizentrischen Studie wurden Krankenhausaufenthalte und Darmresektionen von den Patienten erfragt. Bei den Patienten der Projektstudie wurden diese Angaben, soweit möglich, aufgrund von ärztlichen Befundberichten zusätzlich kontrolliert und gegebenenfalls in Rücksprache mit dem Pt. korrigiert. Daß dies möglich war, ist vor allem der Kooperationsbereitschaft und dem Dokumentationseifer vieler Ptn. zu danken, die ihre Befundberichte mehr oder weniger vollständig gesammelt haben oder bereit waren, dem Untersucher den Zugang zu ärztlichen Befundberichten zu eröffnen. Es ist bemerkenswert, daß selbst bei prägnanten Ereignissen wie Operationen und Krankenhausaufenthalten oft recht große Diskrepanzen zwischen der Erinnerung des Patienten und den medizinischen Befundberichten festzustellen waren.

### 6.5 Operationalisierung der gruppenstiftenden Merkmale

Die hier postulierten Subgruppen entstehen aus der Kombination der Merkmale „Verleugnung“ und „Autoaggression“. Die Patienten werden auf diesen Dimensionen zunächst gemessen und anschließend kriteriengeleitet klassifiziert. Die eine Teilgruppe, die dabei entsteht, umfaßt Patienten mit einer eher geringen, die andere Teilgruppe mit einer eher starken Merkmalsausprägung. Aus der vollständigen Kombination der 2 mal 2 Merkmalsklassen entstehen die 4 Untergruppen (siehe Seite 63: Zur Methode Untergruppenbildung), die in der folgenden Untersuchung evaluiert werden. Anschließend werden diese Operationalisierungsschritte auf dem Weg zur Untergruppenbildung ausführlich beschrieben.

### 6.5.1 Zur Operationalisierung des verleugnenden Verhaltens

Bei „Verleugnung“ im hier gemeinten Sinne handelt es sich um eine Veränderung der Wahrnehmung, die per Definition unbewußt oder vorbewußt eingesetzt wird und dem Selbstschutz dient, indem sie belastende Affekte, Konflikte und Probleme negiert. An die Stelle belastender Wahrnehmungen wird gleichsam eine Gegenwirklichkeit gesetzt, die u.U. zäh verteidigt wird, sobald sie von einem Gegenüber in Frage gestellt wird (siehe Seite 54f). In der Literatur ist weitgehend unstrittig, daß es nicht möglich ist, Patienten direkt danach zu fragen, ob sie einen Sachverhalt verleugnen. Selbstbeschreibungsverfahren und ebenso Fremdbeobachtungsverfahren, die darauf abzielen, verleugnendes Verhalten zu messen, konzentrieren sich deshalb auf indirekte Verhaltensindikatoren. Es liegt in der Natur der Sache, daß solche Verhaltensindikatoren umfassend und ökonomisch am besten durch eine Fremdbeurteilung klinisch erfahrener Urteiler erfaßt werden können.

Im gegebenen Rahmen wird die Messung des verleugnenden Verhaltens daher durch ein Fremdrating vorgenommen. Das Rating gründet auf einem ausführlichen Interview, das zunächst unstrukturiert i.S. eines analytischen Erstinterviews begonnen, dann später aber zur genaueren Klärung spezifischer Fragen als halbstrukturierte Befragung fortgeführt wurde. Bei der Auswertung des Interviews anhand des PSKB werden die klinischen Urteiler, nachdem sie zu spezifischen Symptomen und Verhaltensmerkmalen Stellung genommen haben, um eine Einschätzung gebeten, wie sich der Patient kognitiv, affektiv und handelnd mit seinen Problemen auseinandersetzt. Diesbezüglich sollen die Rater u.a. folgende Beurteilungskategorien auf das Verhalten des Patienten anwenden:

- 1., **Problemverleugnung**: dem Patienten gelingt es, eigene schwierige Situationen auszublenken, darüberhinwegzusehen und andere davon abzulenken“.
- 2., **Bereitschaft selbst aktiv zu werden**: der Patient ist bereit und fähig, sich selbst aktiv um die Beseitigung von eigenen Schwierigkeiten zu bemühen“.
- 3., **Einsichtsfähigkeit**: der Patient ist bereit und fähig, das eigene Denken, Fühlen und Handeln, die eigene Situation und Lebensgeschichte zu reflektieren“.
- 4., **Emotionaler Kontakt zum Untersucher**: der Patient ist bereit und fähig, emotionalen Kontakt zum Untersucher herzustellen“.

Die genannten Urteilskategorien bilden die Grundlage der Skala zur Messung verleugnenden Verhaltens. Bei der Auswahl dieser Urteilskategorien spielen inhaltliche und methodische Überlegungen zusammen. Zunächst wurde anhand des PSKB ein Itempool erstellt, der neben den genannten zwei weitere inhaltlich relevant erscheinende Merkmale einschloß: „Emotionsgehalt der Sprache: Auffällig fehlender Gefühlsausdruck ...“, „Fremdheit: Menschen erscheinen blaß, unbelebt, unvertraut, fremd ...“

Bei den zuletzt genannten Items zeigte sich entweder eine Häufung der Angaben „nicht beurteilbar“ oder „fraglich vorhanden“ oder eine sehr geringe Interraterübereinstimmung der Urteiler, so daß diese Items nicht in die Skalenbildung eingeschlossen wurden.

Die inhaltliche Auswahl der Items basiert auf den theoretischen Überlegungen zum Problem der Verleugnung, die an anderer Stelle (siehe Seite 54-56) ausführlich dargestellt sind und deshalb hier nur kurz angedeutet werden. Das verleugnende Verhalten läßt eine reflektierende Einsicht, die Introspektion, unzensurierte Selbstbeobachtung und Phantasie einschließt, nicht zu (*Einsichtsfähigkeit*). Gerade in der fehlenden Flexibilität des Denkens, das sich in der beständigen Akklamation wiederholt, daß alles problemlos funktioniere, enthüllt sich die verleugnende Abwehr (*Problemverleugnung*). „Verleugnung“ bedeutet nicht nur, daß Probleme und

Konflikte vor sich selbst verschleiert werden, sondern beinhaltet auch, daß das Gegenüber auf diese Sicht eingeschworen werden soll. Je mehr das Gegenüber auf Konflikte und Probleme fokussiert und damit die „Verleugnung“ in Frage stellt, desto mehr müssen diese heruntergespielt und bagatellisiert, desto mehr muß der Untersucher vom Gegenteil überzeugt werden. „Verleugnung“ beinhaltet auch eine Abwehr belastender Emotionen, so daß ein emotionaler Rapport zwischen dem Untersucher und dem Patienten nur eingeschränkt entstehen kann (*Emotionaler Kontakt*). Die Bereitschaft, sich selbst aktiv um die Beseitigung von eigenen Schwierigkeiten und Problemen zu kümmern, ist gering ausgeprägt, nicht weil sich der Patient grundsätzlich passiv verhält, sondern weil er Probleme nicht oder nicht bei sich selbst wahrnimmt (*Bereitschaft selbst aktiv zu werden*).

Die Patienten werden demnach als verleugnend eingestuft, wenn sie gemäß dem Urteil der Rater in gesteigertem Maße zur Problemverleugnung neigen, eine eher geringe Bereitschaft zeigen, für die Lösung eigener Probleme aktiv zu werden, wenig bereit sind, über sich selbst zu reflektieren und nur in einem geringem Maße emotionalen Kontakt zum Untersucher herstellen. Die Spannbreite der Skala, die aus der Summation der Einzelbewertungen entsteht - die Items 2-3 werden vor der Berechnung der Skalensumme umgepolt- beträgt 0 bis 12 Punkte.

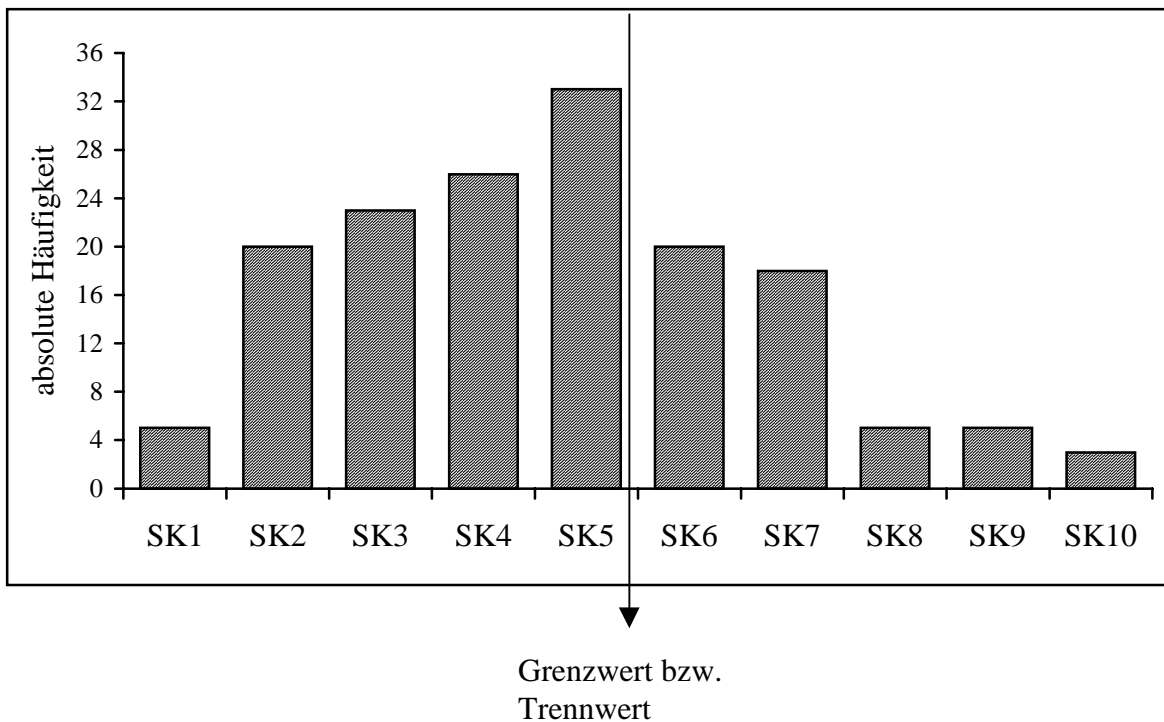
*Als kritischer Grenzwert für die Zuweisung der Patienten zu der verleugnenden Gruppe werden mindestens 6 Punkte auf der Skala verlangt.*

6 Punkte bedeuten, daß der Urteiler eine Ausprägung des verleugnenden Verhaltens festgestellt hat, die zwischen „leicht“ und „mittelschwer“ liegt. Die Festlegung des Grenzwertes, die mit einer in der Arbeit mit MC.-Patienten erfahrenen Kollegin erarbeitet wurde, entspringt dem übereinstimmenden klinischen Eindruck, daß dieser Trennwert am ehesten geeignet ist, die eher stark verleugnenden von den eher gering verleugnenden Patienten zu differenzieren.

#### 6.5.1.1 Effekte der Grenzwertsetzung auf die Gruppengröße

Abb. 1 zeigt die Rohwerteverteilung der Skala „Verleugnung“ -für die multizentrische Stichprobe und die Projektstichprobe, die hier zusammengefaßt wurden- und den Effekt der Grenzwertfestlegung auf die Subgruppenbildung. Es wird deutlich, daß sich die Grenzwertsetzung nachhaltig auf den Umfang der beiden Subgruppen auswirkt. Würde der kritische Grenzwert bei 5 Punkten auf der Skala festgesetzt, würde die eher stark verleugnende Teilgruppe zu Lasten der eher gering verleugnenden Teilgruppe um mehr als das Doppelte anwachsen. Geringfügige Veränderungen des kritischen Grenzwertes haben hier also nachhaltige Folgen für die Verteilung der Patienten auf die Subgruppen.

**Abbildung 1: Verteilung der Patienten auf die Kategorien „eher gering“ versus „eher stark“ verleugnend, in Abhängigkeit von der Festsetzung des Trennwertes. Multizentrische- und Projektstichprobe zusammengefaßt**



Anmerkung zu Abb. 1: SK = Skalenwert auf der Skala „Verleugnung“

### 6.5.1.2 Exkurs: „Verleugnung“ und Soziale Erwünschtheit

In der empirischen Persönlichkeitsforschung werden sogenannte Antwortstile, die die Selbstdarstellung im Test verzerren, schon lange diskutiert (vergl. HOETH und GREGOR 1964, JANKE 1973). Die Beobachtung, daß große Varianzanteile in psychologischen Messungen mehr durch Antwortstile als durch die Wiedergabe tatsächlicher Persönlichkeitsmerkmale bestimmt sein können, führte zur Konstruktion von Skalen zur Kontrolle dieser Antwortstile. Die Skalen wurden teilweise in die Fragebögen implementiert. Die Beantwortung dieser Skalen soll Antworttendenzen des Pbn., die die Selbstdarstellung verzerren, aufdecken und so Informationen zur Einschätzung der Validität der Untersuchungsdaten liefern.

Im gegebenen Rahmen ist ein Antwortstil interessant, der unter dem Begriff der „sozialen Erwünschtheit“ diskutiert wird. Soziale Erwünschtheit bedeutet, daß Abweichungen des eigenen Verhaltens und Erlebens im Sinne einer angenommen, relevant erachteten, Sozialnorm geglättet werden. Hier ergeben sich gewisse Parallelen zu dem verleugnenden Verhalten, bei dem Abweichungen, die Belastungen, Probleme und Konflikte zum Ausdruck bringen, heruntergespielt und damit ebenfalls normalisiert werden. Gleichwohl sind zwischen den Konzepten auch deutliche Unterschiede vorhanden. „Verleugnung“ im hier gemeinten Sinne beschreibt einen unbewußten oder vorbewußten Prozeß, der primär der Selbstregulation dient, indem nicht bewältigbare Konflikte und Belastungen ausgeblendet werden. Demgegenüber ist die Reaktion i.S. der sozialen Erwünschtheit definitionsgemäß von dem Bedürfnis nach sozi-

aler Zustimmung geleitet und offenbar ein eher bewußt gesteuertes Verhalten i.S. mangelnder Offenheit.

Auf dem Hintergrund dieser skizzenhaften Überlegungen ergibt sich die Frage, inwieweit die Befunde anhand der hier entwickelten Verleugnungsskala mit den Ergebnissen einer entsprechenden Kontrollskala zur Identifikation sozial erwünschten Verhaltens tatsächlich in Zusammenhang stehen. Im Rahmen der Projekterhebung wurden 55 Pbn. mit der Offenheitsskala von LÜCK und TIMAEUS (1969) untersucht. Mit dieser Offenheitsskala kann gemessen werden, inwieweit die Probanden bereit sind, etwas zuzugeben, auch wenn das eingestandene Verhalten nicht der idealen Verhaltensnorm i.S. von Anständigkeit, Vernünftigkeit und Ethik entspricht. Im Ergebnis kann eine Korrelation zwischen beiden Skalen festgestellt werden. Der gefundene Zusammenhang ist jedoch mit einem Betrag von  $r=0.21$  äußerst gering ausgeprägt. Die zufallskritische Absicherung der Korrelation ergibt, daß das Ergebnis nicht signifikant ist.

Es muß daher festgestellt werden, daß kein relevanter Zusammenhang zwischen dem verleugnenden Verhalten, wie es hier auf der Grundlage einer Fremdeinschätzung operationalisiert wurde und der sozialen Erwünschtheit, wie sie durch den Fragebogen von LÜCK und TIMAEUS (1969) gemessen wurde, besteht. Verleugnung, wie sie hier gemessen wird, steht also in keinem Zusammenhang zu sozial erwünschtem Verhalten, wie es sich in einer Fragebogenerhebung abbildet.

## 6.5.2 Zur Operationalisierung des autoaggressiven Verhaltens

Das autoaggressive Verhalten wird mit dem standardisierten Aggressionsfragebogen (SAF) gemessen, wobei hier nur auf die Skala „Innenwendung der Aggression“ Bezug genommen wird<sup>1</sup>. Die zunächst erwogene Einschätzung des autoaggressiven Verhaltens mit dem PSKB-Fremdrating wurde wegen der geringen Interraterübereinstimmung der in Frage kommenden Items aufgegeben. Über die methodischen Eigenschaften des SAF wurde bei der Beschreibung der Untersuchungsinstrumente schon berichtet. Hier soll lediglich die Festlegung des kritischen Grenzwertes, der die Skala in die Untergruppe der „**eher gering**“ und der „**eher hoch**“ autoaggressiven Patienten aufteilt, dargestellt werden. Das genaue Antwortverhalten autoaggressiver Patienten bei Fragebogenskalen entzieht sich selbstverständlich der klinischen Beobachtung, so daß eine Festsetzung des kritischen Grenzwertes statistisch begründet werden muß. Zur Festlegung des Grenzwertes wird eine Trennung der Skala am Median vorgenommen. Bezugspunkt für die Definition des Median ist eine Stichprobe von  $N=119$  Probanden, die im Rahmen dieser Studie ergänzend zu der Untersuchung der MC.-Patienten erhoben wurde<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Die Skala „Innenwendung der Aggression“ ist im Anhang dieser Arbeit dargestellt.

<sup>2</sup> Die Festlegung des Median als Grenzwert kann nur um den Preis eines Zirkelschlusses auf die Untersuchungsstichproben der multizentrischen oder der Projektstichprobe zurückgreifen. Die Beurteilung der relativen Größe der Teilgruppen anhand der Untersuchungsstichproben ist nur dann aussagekräftig, wenn das Kriterium für die Grenzwertsetzung durch eine unabhängige Normierungsstichprobe definiert wird.

Das Idealziel, eine repräsentative Stichprobe zu erheben, konnte aus praktischen Gründen nur annäherungsweise realisiert werden. Die Normierungsstichprobe umfaßt 62 Medizinstudenten, die an einem psychosomatischen Pflichtkurs teilnahmen und in diesem Rahmen um die Bearbeitung des SAF gebeten wurden. 55 Probanden wurden darüber hinaus in verschiedenen autogenen Trainingskursen der Volkshochschule unter freundlicher Mithilfe dort tätiger Kollegen rekrutiert. Die Ergebnisse dieser Erhebung sind zusammenfassend in der nachfolgenden Tabelle 8 dargestellt.

**Tabelle 8: Normierungsstichprobe: Medizinstudenten und Teilnehmer verschiedener autogener Trainingskurse der Volkshochschule**

Normierungsstichprobe			
Männer	Mw = 27,5	sd = 8,3	Md = 26 N = 64
Frauen	Mw = 27,4	sd = 6,9	Md = 27 N = 55
Gesamt	Mw = 27,5	sd = 7,7	<b>Md = 26</b> N = 119
Anmerkung: Mw= Mittelwert, sd= Standardabweichung, Md= Median, N=Fallzahl			

Auf der Grundlage dieser Erhebung wurde als kritischer Grenzwert für die Mediantrennung ein Skalenwert von 26 Punkten festgelegt.

*Patienten, die den Skalenwert von 26 Punkten auf der Skala „Innenwendung der Aggression“ des SAF überschreiten, werden als „eher hoch autoaggressiv“, Patienten, bei denen ein Skalenwert kleiner oder gleich 26 Punkte gemessen wird, werden als „eher gering autoaggressiv“ eingestuft.*

## 6.6 Stichproben der Untersuchung

Die Patienten der folgenden Untersuchung rekrutieren sich aus zwei unabhängig voneinander gewonnenen Teilstichproben (siehe auch S. 171). 81 auswertbare Patienten wurden im Rahmen der sog. multizentrischen Therapiestudie erfaßt und im Längsschnitt über mehrere Meßzeitpunkte dokumentiert. 64 Patienten wurden in einer weiteren Querschnittstudie, der sog. Projektstudie, erhoben. Die Projektstudie ergänzt die Datenbasis der multizentrischen Studie. Beide Stichproben verfügen über einen Pool gemeinsamer und spezifischer Instrumente. Insofern die Instrumente der Projektstichprobe mit den Instrumenten der multizentrischen Stichprobe identisch sind, ist eine Kreuzvalidierung der Ergebnisse möglich. Darüber hinaus eröffnet jede Stichprobe Zugang zu spezifischen Fragestellungen, die auf der Basis der Daten der jeweils anderen Stichprobe nicht beantwortbar sind.

**Tabelle 9: Gemeinsame und spezifische Untersuchungsinstrumente in den beiden Teilstichproben sowie medizinische Parameter**

Projektstichprobe	multizentrische Stichprobe
gemeinsame psychologische Instrumente	
BDI, Beck- Depressionsinventar	
STAI-X2, State-Trait Angstinventar	
LEZU, Fragebogen zur Lebenszufriedenheit	
F-SOZU, Fragebogen zur sozialen Unterstützung	
SAF, Standardisierter Aggressionsfragebogen	
PSKB, Psychischer u. sozial-kommunikativer Befund (Fremdrating)	
spezifische psychologische Instrumente	spezifische psychologische Instrumente
SVF, Streßverarbeitungsbogen	HAQ Helping Alliance Questionnaire. Der HAQ wird als Selbst- und Fremdrating angewandt
GT-F, Gießen-Test-Fremdbild (Fremdrating)	
GT-S, Gießen-Test-Selbstbild	
U-Fragebogen, Selbstbehauptung	
FMP, Fragebogen zur Psychotherapiemotivation	
VHI, Verhalten im Interview (Fremdrating)	
Repertory Grid, Messung der Objektbeziehungen	
SDS-CM, Soziale Wünschbarkeit	
medizinische Parameter	
Operationshäufigkeit und Krankenhausaufenthalte bis zum Studieneintritt	Operationshäufigkeit und Krankenhausaufenthalte bis zum Studieneintritt
	Krankheitsverlauf während der zweijährigen Studienzeit

### 6.6.1 Grundlagen der Stichprobengewinnung in der multizentrischen Studie

Die multizentrische Stichprobe wurde in einem Therapieforschungsprojekt erhoben, das mit dem Ziel angetreten war, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen auf den somatischen Verlauf und die psychische Befindlichkeit bei MC.-Patienten im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns zu prüfen. Diese Zielsetzung führte zu verschiedenen Ein- und Ausschlußkriterien bei der Selektion der Patienten (vergl. PRITSCH et al. 1993a). Die Begründung dieser Kriterien spielt hier keine Rolle. Im Rahmen dieser Selektionskriterien haben sich die beteiligten Studienzentren um die Rekrutierung einer unausgelesenen, konsekutiven Stichprobe bemüht.



## 6.6.2 Ein - und Ausschlußkriterien

Eingeschlossen wurden Patienten:

- a) bei denen eine MC.-Erkrankung gesichert vorlag;
- b) im Alter zwischen 16 und 55 Jahren;
- c) die nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch in die Studie einwilligten;
- d) die einer randomisierten Zuweisung zu den Behandlungsbedingungen (Psychotherapie versus Kontrollgruppe) zustimmten, also weder ausdrücklich eine psychotherapeutische Behandlung wünschten oder ablehnten.

Ausgeschlossen wurden Patienten:

- e) mit einer inaktiven Erkrankung in den letzten zwei Jahren;
- f) mit einer inaktiven Erkrankung im Anschluß an eine Darmresektion;
- g) bei denen eine Darmresektion geplant war;
- h) die Träger eines Anus praeter waren;
- i) die sich aktuell in Psychotherapie befanden oder in einer längeren Psychotherapie befunden hatten;
- j) die an einer anderen schweren körperlichen Erkrankung litten, so daß das vorgegebene standardisierte medizinische Behandlungsschema modifiziert werden mußte.

## 6.6.3 Zugangswege zu den Patienten

Die Studie war als kooperative Studie zwischen den psychosomatischen und gastroenterologischen Abteilungen der vier beteiligten Studienzentren angelegt. Dementsprechend wurden alle Patienten, die zwischen November 1989 und Dezember 1991 im Rahmen der gastroenterologischen Sprechstunde der jeweiligen universitären Spezialambulanz um eine Behandlung nachsuchten, im Hinblick auf die Teilnahme an der Studie angesprochen. In dem genannten Zeitraum waren dies 499 Patienten in vier Studienzentren. Diese Patienten wurden im Rahmen einer Basisdokumentation erfaßt. 108 der 499 Patienten konnten nach Prüfung aller Ein- und Ausschlußkriterien in die Studie aufgenommen werden. Im Rahmen der hier beabsichtigten Untersuchung erscheint es gerechtfertigt, soweit keine Evaluierung von Therapieeffekten beabsichtigt ist, 11 weitere Patienten einer Randgruppe dieser Stichprobe hinzuzufügen. Es handelt sich dabei um Patienten, die während der Pilotphase des Projektes von September 89 bis November 89 rekrutiert wurden.

Somit stehen zum ersten Meßzeitpunkt zunächst 119 Patienten der multizentrischen Studie zur Verfügung. Wegen fehlender oder unvollständiger Daten, die für die Untergruppenbildung Voraussetzung sind, ergibt sich aber eine deutliche Reduktion dieses Patientenkollektivs um 38 auf *81 Patienten, die letztlich in die hier beabsichtigte Untersuchung einbezogen werden können.*

Innerhalb der Studie führte ein frühzeitiges Ausscheiden oder die unregelmäßige Teilnahme an den Verlaufsuntersuchungen zu einer Reduktion der Patienten, die für die Auswertung späterer Meßzeitpunkte zur Verfügung stehen. Über diese Drop-out-Fälle wird an entsprechender Stelle genauer berichtet. Die Stichprobenbeschreibung basiert auf den 81 Patienten, welche zum ersten Meßzeitpunkt so vollständig dokumentiert sind, daß sie einer Untergruppe zugeordnet werden können.

#### 6.6.4 Grundlagen der Stichprobengewinnung in der Projektstudie

Die Projektstichprobe versteht sich als Erweiterung und Ergänzung der multizentrischen Erhebung. Auf der Grundlage der multizentrischen Studie lassen sich verschiedene Hypothesen, die für die Validierung der Untergruppen bedeutsam erscheinen, nicht beantworten, so daß hier eine zusätzliche Erhebung sinnvoll erschien. Für die Projektstichprobe, die die Patienten im Querschnitt, d.h. zu einem Meßzeitpunkt, erfaßt, wurden im Hinblick auf die statistische Auswertbarkeit einerseits und die verfügbare Rekrutierungszeit andererseits 70 Patienten ins Auge gefaßt.

Die Altersgrenze wurde statt auf 55 hier auf 65 Jahre festgelegt. Aus verschiedenen Gründen (Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, zusätzliche altersbedingte Körperbeschwerden) erschien es jedoch nicht sinnvoll, noch ältere Patienten in die Stichprobe einzubeziehen. Patienten, die jünger als 18 Jahre waren, wurden ebenfalls nicht rekrutiert. Für diese Altersbegrenzung war die Überlegung maßgeblich, daß die Psychodynamik von Kindern und Jugendlichen sehr weitgehend von der erwachsener Patienten abweicht und besser in einem anderen, z.B. familiendynamischen, Rahmen betrachtet werden sollte.

Einige die körperliche Erkrankung betreffenden Ein- und Ausschlußkriterien, die bei der Rekrutierung der multizentrischen Stichprobe im Hinblick auf die geplante Therapieevaluation notwendig waren, wurden hier fallengelassen (d,e,f,h,i,j, siehe 6.6.2). Andere Kriterien wurden beibehalten oder hinzugefügt.

#### 6.6.5 Ein- und Ausschlußkriterien

Eingeschlossen wurden Patienten:

- a) bei denen eine MC.-Erkrankung gesichert vorlag;
- b) im Alter zwischen 18 und 65 Jahren;
- c) die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in Remission befanden;
- d) die nach einem Aufklärungsgespräch in die Studie einwilligten.

Ausgeschlossen wurden Patienten:

- e) bei denen eine Darmresektion unmittelbar bevorstand.

Durch die Ein- und Ausschlußkriterien (c) und (e) sollten somato-psychische Einflüsse kontrolliert werden. In der neueren Forschungsliteratur mehren sich die Befunde, die deutlich machen, daß das aktuelle Krankheitsgeschehen die psychische Verfassung der MC.-Patienten signifikant beeinflußt. Zwar werden vor allem Zusammenhänge zwischen der Krankheitsaktivität und der akuten Befindlichkeit nachgewiesen, es scheint aber unmittelbar einsichtig, daß die Erwartung eines operativen Eingriffes das Befinden nicht minder bestimmen bzw. beeinträchtigen kann.

### 6.6.6 Zugangswege zu den Patienten

Die Zielsetzung bei der Erhebung der Projektstichprobe war es, eine möglichst unausgelesene Stichprobe von MC.-Patienten zu untersuchen. Als Erhebungsziel wurden 70 Patienten ins Auge gefaßt.

In Anknüpfung an bestehende Kooperationsbezüge mit der gastroenterologischen Spezialambulanz des Zentrums für Innere Medizin der Justus-Liebig-Universität wurden dementsprechend ab Januar 1992 alle Patienten, die die Ein- und Ausschlußkriterien erfüllten, zur Teilnahme an der Studie gebeten. Der erste Schritt bezüglich der Rekrutierung mußte aus praktischen Gründen in die Hand des somatisch behandelnden Arztes übergeben werden, der gehalten war, alle Patienten im Rahmen einer konsiliarischen Abklärung unselektiert der Abt. für Psychosomatische Medizin zuzuweisen. Auf diesem Weg konnten im Verlauf von 12 Monaten bis Feb. 1993 lediglich 24 MC.-Patienten um ihre Mitarbeit gebeten werden. Von diesen 24 Patienten konnten 10 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Für den geringen Rekrutierungserfolg ergeben sich mehrere Gründe: a) Die Patienten lehnten bereits die konsiliarische Zuweisung ab, bzw. ein Insistieren des behandelnden Arztes in diesem Punkt hätte die Arzt-Patient-Beziehung beeinträchtigt. b) Die Zuweisung wurde nicht von allen Ärzten stringent durchgeführt. Im weiteren Verlauf war es immer schwieriger, die Kooperation mit dem Zentrum für Innere Medizin aufrechtzuerhalten. Bei den 14 zugewiesenen, aber ablehnenden Patienten, ergaben sich folgende Ablehnungsgründe:

Die Patienten befanden sich in einem akuten Schub (4 Patienten);

Die Patienten erwarteten einen operativen Eingriff (1 Patient);

Die Patienten lehnten die Untersuchung aus verschiedenen, oft schwer durchschaubaren Gründen ab oder erschienen nicht zu dem vereinbarten Untersuchungstermin (9 Patienten<sup>1</sup>).

Die bis dahin geringe Anzahl eingebrachter Ptn. machte eine Abänderung der Rekrutierungsstrategie und die Erschließung weiterer Quellen für die Rekrutierung erforderlich. Anstelle der konsiliarischen Zuweisung wurde die Weitergabe der Adresse vereinbart, sofern der Patient damit einverstanden war. Die Patienten wurden dann telefonisch vom Untersucher angesprochen. Letztlich war auch diesem Vorgehen, bei dem im Laufe von 2 weiteren Jahren nur 17 Patienten für die Studie gewonnen werden konnten, nur ein relativ geringer Erfolg beschieden. Ab Februar 1993 wurden zusätzlich, in Kooperation mit der Deutschen Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa Vereinigung DCCV, insgesamt 10 Selbsthilfegruppen im hessischen Raum angesprochen. Die Information über die Studie erfolgte im Anschluß an einen psychosomatischen Vortrag. So konnten im Laufe von einem Jahr ca. 250 MC.- und Colitis ulcerosa Patienten über die Studie informiert werden, wobei 31 Patienten ihre Bereitschaft zur Mitarbeit erklärten. Weitere 8 Patienten konnten durch die freundliche Kooperation einer Kurklinik erhoben werden. Zudem wurden alle -insgesamt 4- Patienten erfaßt, die von anderen Stellen an die Ambulanz der psychosomatischen Poliklinik überwiesen worden waren oder dort spontan um psychotherapeutische Unterstützung nachsuchten. Im Laufe von etwas mehr als 3 Jahren wurden auf diese Weise 70 Patienten in die Projektstichprobe eingebracht, wobei nur 64 Patienten soweit vollständig dokumentiert werden konnten, daß sie einer Untergruppe zugeordnet werden können.

---

<sup>1</sup> eine Aufschlüsselung der explizit genannten Ablehnungsgründe erscheint wenig aussagekräftig, was die tatsächliche Motivation der Patienten anbetrifft.

### 6.6.7 Mögliche Gründe für die Ablehnung der Studienteilnahme

Es ist evident, daß es sich bei der Projektstudie nicht um eine unausgelesene Stichprobe handelt. Zu viele Patienten haben die Teilnahme an der Studie verweigert. Bezüglich der Ablehnungsgründe kann jedoch nur ein subjektiver Eindruck wiedergegeben werden, wie er sich in zahlreichen Informationsgesprächen herausgebildet hat. Auf eine systematische Erfassung der Ablehnungsgründe mußte aus praktischen Gründen verzichtet werden. Patienten, die die konsiliarische Zuweisung oder die Weitergabe ihrer Adresse verweigerten, konnten selbstverständlich nicht nach den Gründen für ihre Weigerung gefragt werden. Ebenso war es nicht möglich, die Patienten einer Selbsthilfegruppe in aller Öffentlichkeit nach möglichen Verweigerungsgründen zu explorieren.

Sicherlich hat der Aufwand, den die Untersuchung mit sich brachte, (2-3 Gesprächstermine und eine umfangreiche Fragebogenbatterie), nicht wenige Patienten abgeschreckt. Bei einigen weiteren Patienten entstand der Eindruck, daß sie sich durch das psychologische Gespräch unmittelbar bedroht fühlten. Diese Patienten wirkten hochgradig angespannt und innerlich unruhig, schon nach wenigen Worten breitete sich vor dem Untersucher eine oft sehr desolante Lebens- und Beziehungssituation aus. Die Patienten waren jedoch zugleich bemüht, diesen Eindruck sofort wieder zu verwischen, zu korrigieren oder zu normalisieren, um den Untersucher dann im nächsten Satz wieder mit einem schlimmen Moment ihrer Lebenssituation zu konfrontieren. Eine weitere Patientengruppe fiel durch ihre spontane, zunächst freundlich kooperativ wirkende Bereitschaft auf, an der Studie teilzunehmen, wobei die Patienten dann aber nicht zu dem vereinbarten Termin erschienen. Telefonische Rückfragen erbrachten nicht selten ein identisches Muster. Die Patienten entschuldigten ihr Versäumnis durch äußere Gründe, vereinbarten einen neuerlichen Termin und erschienen abermals nicht. Es entstand der Eindruck, daß diese Patienten sich offensichtlich nicht in der Lage fühlten, ihre Ablehnung der Studie direkt zu äußern, daß sie sich vielmehr nur indirekt abzugrenzen wußten, unter Hinweis auf Gründe, für die sie nicht verantwortlich gemacht werden konnten.

## 6.7 Beschreibung der Stichproben

Die Stichprobenmerkmale können zusammenfassend aus Tabelle 10 ersehen werden <sup>1</sup>. Zur Klärung möglicher Selektionseffekte sind in der Tabelle 10 zusätzlich die Stichprobenkennwerte dreier neuerer psychosomatischer Studien KÜCHENHOFF (1993), FEDERSCHMIDT (1993) und KÜNSEBECK (1993) wiedergegeben. Nach Angabe der Autoren handelt es sich hierbei um weitgehend unausgelesene, konsekutive Stichproben.

---

<sup>1</sup> Im Anhang werden sämtliche psychologischen Untersuchungsbefunde, die im Rahmen der multizentrischen- und der Projektstichprobe gewonnen wurden, detailliert dargestellt und miteinander verglichen.

## 6.7.1 Basale Persönlichkeitsmerkmale und Aspekte der sozialen Situation

### Geschlechtsverteilung

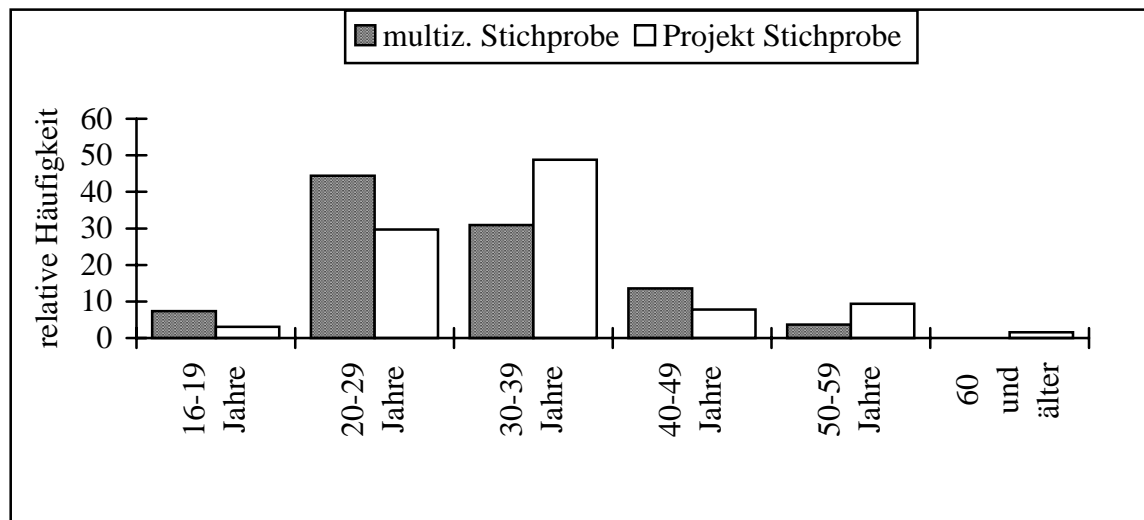
Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung überwiegen in beiden Stichproben die Frauen. In der multizentrischen Stichprobe beträgt der Anteil der Frau 69%, der der Männer 31%. In der Projektstichprobe sind die Frauen mit 58%, die Männer mit 42% repräsentiert. Die Angaben über das Geschlechterverhältnis in verschiedenen epidemiologischen Studien sind nicht völlig einheitlich. Wenige Untersuchungen berichten von einem Überwiegen männlicher Patienten (MONK et al. 1969). In neueren epidemiologischen Untersuchungen finden sich deutlich mehr Frauen als Männer (KYLE 1971, BERGMAN und KRAUSE 1975). Auch in neueren psychosomatischen Studien, die relativ große unausgelesene Stichproben zugrunde legen, ergibt sich ein etwas größerer bis deutlich größerer Frauenanteil. KÜNSEBECK (1993) berichtet eine Männer-Frauen-Relation von 1:1,18, FEDERSCHMIDT (1993) von 1:1,14, KÜCHENHOFF (1993) von 1:2,28. Das Geschlechterverhältnis in den beiden Untersuchungsstichproben entspricht somit den Werten der neueren epidemiologischen und psychosomatischen Studien.

### Die Altersverteilung

Der Altersdurchschnitt der Patienten ist in der multizentrischen Stichprobe mit 30,6 (sd=9,40) signifikant geringer ( $p=.023$ ) als in der Projektstichprobe, wo er 34,3 (sd=9,66) Jahre beträgt. Der jüngste Patient der multizentrischen Stichprobe ist 16, der älteste ist 52 Jahre alt. In der Projektstichprobe beträgt der Altersrange 19 bis 64 Jahre. In beiden Stichproben findet sich kein signifikanter Altersunterschied zwischen Männern und Frauen.

Die Altersverteilung, die in Abb. 2 graphisch aufgeschlüsselt ist, zeigt eine deutlich Häufung der Patienten beider Stichproben in der zweiten und dritten Lebensdekade, während jugendliche Patienten und Patienten im mittleren und höheren Lebensalter in beiden Stichproben einen geringen Prozentsatz ausmachen. Die signifikante Altersdifferenz ist offenbar hauptsächlich dadurch hervorgerufen, daß die 30-39 jährigen in der Projektstichprobe, hingegen die 20-29 jährigen in der multizentrischen Stichprobe deutlich überwiegen. Eine Erklärung könnte sein, daß sich Patienten, die sich in einer Selbsthilfegruppe organisieren i.d.R. schon etwas länger erkrankt sind, während in den gastrologischen Spezialambulanzen auch jüngere, neuerkrankte Patienten anzutreffen sind. Zu bedenken ist auch, daß die Altersgrenzen in der Projektstichprobe etwas höher gesetzt wurden. Hinsichtlich des mittleren Lebensalters stimmen die beiden Untersuchungsstichproben recht gut mit den Alterswerten der hier zum Vergleich herangezogenen Stichproben überein. Auch in der Untersuchung von KÜNSEBECK (1993), der die Altersverteilung seiner Patienten differenziert aufschlüsselt, ist die Mehrheit der untersuchten Patienten zwischen 20 und 40 Jahren alt.

**Abbildung 2: Die Altersverteilung in der multizentrischen- und der Projektstichprobe**



#### Partnerschaftliche Lebenssituation

In der multizentrischen Stichprobe sind die meisten der Patienten verheiratet oder leben in einer festen Partnerschaft 71,8%. 28,2% sind ledig oder geschieden *und* geben an, daß sie zur Zeit ohne festen Partner leben. Fast identisch ist die Häufigkeitsverteilung in der Projektstichprobe. Eine feste Partnerschaft unterhalten 70,3% der Patienten gegenüber 29,7%, die keinen festen Partner haben.

#### Bildungsstand

Die Patienten beider Stichproben zeigen ein weitgehend ähnliches Bildungsniveau. Die Mehrzahl der Patienten besuchte die Grund- und Hauptschule. In der multizentrischen Stichprobe beträgt der Anteil der Grund- und Hauptschüler 38,3% bzw. 45,3% in der Projektstichprobe. Etwa ein Drittel der Patienten, nämlich 32,1% in der multizentrischen und 35,9% in der Projektstichprobe, haben die mittlere Reife oder eine Fachschule abgeschlossen. Über das Abitur oder das Fachabitur als höchsten Schulabschluß verfügen 16% der Patienten der multizentrischen und 12,5% der Patienten der Projektstichprobe. Ein abgeschlossenes Studium geben 9,9% der multizentrischen und 6,3% der Projektpatienten an. 3,7% der multizentrischen Patienten können keiner der genannten Bildungskategorien zugeordnet werden.

Besonders beim Vergleich der multizentrischen Stichprobe mit der Stichprobe von KÜNSEBECK (1993) ergibt sich der Eindruck, daß die hier untersuchten Patienten über ein etwas höheres Ausbildungsniveau verfügen. Hier dürfte sich die Tatsache auswirken, daß sich die Studienzentren, die im Rahmen der multizentrischen Untersuchung die Rekrutierung der Patienten vornahmen, in großen Universitätsstädten befanden, in denen die studentische Population die Ausbildungsstruktur der Gesamtbevölkerung entsprechend beeinflußt. Somit dürfte es sich hier weniger um einen studienimmanenten Selektionseffekt, als um einen Standorteffekt handeln.

## Erwerbsstatus

Zum Zeitpunkt der Erhebung gehen 65,4% der multizentrischen und 69,8% der Projektpatienten ganztags oder mindestens halbtags einer Erwerbsarbeit nach. 13,6% der Patienten der multizentrischen Stichprobe und 11% der Projektstichprobe sind Schüler, Auszubildende oder Studenten. Hausfrauen/männer kommen mit 9,9% in der multizentrischen- und 11,1% in der Projektstichprobe vor. 3,7% der multizentrischen und 3,2% der Projektpatienten sind aktuell arbeitslos. Ein sehr kleiner Teil, nämlich 2,5% der multizentrischen und 4,8% der Projektpatienten, ist zum Untersuchungszeitpunkt berentet. Bei allen Rentenfällen handelt es sich um vorzeitige Berentungen. Mit Ausnahme der Rentenfälle stimmt die Erwerbssituation, wie sie sich in der multizentrischen und der Projektstichprobe darbietet, gut mit den entsprechenden Befunden von KÜNSEBECK (1993) überein. Deutliche Abweichungen ergeben sich jedoch bei der Zahl der Rentenfälle. In der Studie von KÜNSEBECK erhalten mehr als doppelt so viele Patienten wie in der multizentrischen Stichprobe wegen der MC.-Erkrankung eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Auch die Befunde von FEDERSCHMIDT (1993) weisen deutlich mehr Rentenfälle aus, wobei dieser Autor jedoch nicht zwischen Erwerbsunfähigkeitsrente und Altersrente differenziert. Die vergleichsweise geringe Zahl der Rentenfälle in der multizentrischen Stichprobe dürfte durch die Auswahlkriterien erklärbar sein, durch die Patienten im Vorruhestandsalter und besonders schwer kranke Patienten weniger häufig rekrutiert wurden.

## Sozialer Status

Auf die Bewertung des sozialen Status muß hier verzichtet werden, da die entsprechend notwendigen Berufsangaben nicht für alle Patienten erhoben wurden. Bei Schülern, Studenten und Hausfrauen/männer kann eine Statusbewertung nur über den Beruf des Hauptverdieners (Ehepartner/ berufstätiger Elternteil) erfolgen. Diese Angabe wurde bei beiden Erhebungen nicht eingeholt.

### 6.7.2 Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote

Bei der Aufnahme in die Studie wurde auch die Vorerfahrung mit psychotherapeutischen Angeboten erhoben. Dabei wurde erfaßt, ob der Patient überhaupt schon einmal psychotherapeutische Hilfe gesucht hat, in welchem Setting der therapeutische Kontakt stattfand und wie lange die Behandlung gedauert hat. Der Inanspruchnahmepopulation werden danach Patienten zugeordnet, die sich mindestens 5 Sitzungen in einer ambulanten oder mindestens 4 Wochen in einer stationären Psychotherapie oder psychosomatischen Kur befunden haben.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie haben nach diesem Kriterium 14,5% der multizentrischen und 49% der Patienten der Projektstudie schon einmal psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen. Der Unterschied zwischen den Stichproben hinsichtlich der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote ist hoch signifikant ( $p=0,001$ ). Auch bei dem Vergleich mit der Stichprobe von KÜNSEBECK (1993) wird deutlich, daß die Patienten der Projektstichprobe vergleichsweise besonders häufig in psychotherapeutischer Behandlung waren.

### 6.7.3 Die Krankheitssituation

#### Dauer der Erkrankung

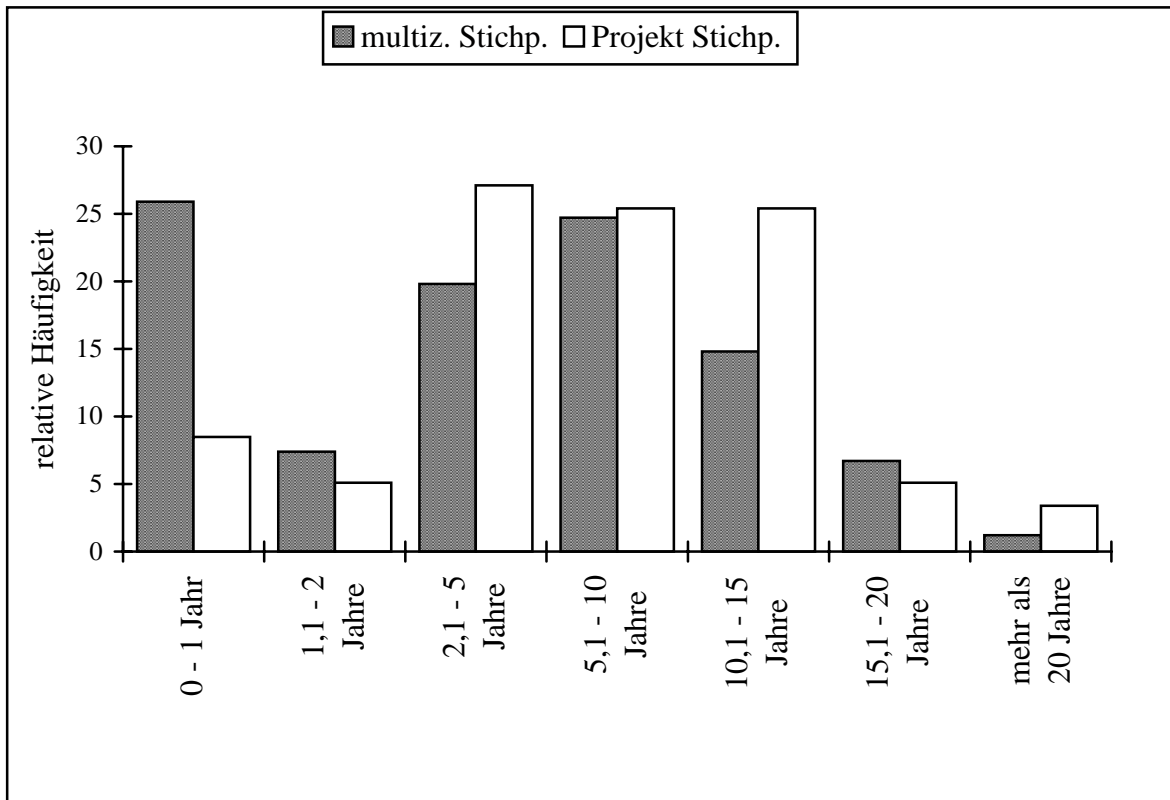
Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt im Mittel 68,69 (sd=64,28) Monate bzw. 5,7 Jahre bei den multizentrischen Patienten und 95,34 (sd=68,03) Monate bzw. 7,9 Jahre bei den Patienten der Projektstichprobe. Die Patienten der Projektstichprobe sind damit signifikant länger krank.

Die Verteilung der Krankheitsdauer, die in Abb. 3 dargestellt ist, zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Stichproben. In der multizentrischen Stichprobe finden sich mehr als doppelt so viele Patienten mit einer kurzen Krankheitsdauer von maximal einem Jahr, d.h. Patienten, die erst neuerdings mit der Erkrankung konfrontiert sind. Die Patienten der Projektstichprobe sind demgegenüber mehrheitlich schon länger krank, wobei ein nicht kleiner Teil der Patienten 10 oder mehr Jahre an dem MC. leidet.

Hier ist zu bedenken, daß die Patienten der Projektstichprobe im Mittel bereits 3,7 Jahre älter sind als die Patienten der multizentrischen Studie. Eine weitere Erklärung könnten die unterschiedlichen Rekrutierungsbedingungen sein. Es wurde schon darauf hingewiesen, daß Patienten, die sich in Selbsthilfegruppen organisieren, -aus denen etwa die Hälfte der Patienten der Projektstudie rekrutiert wurden- i.d.R. etwas länger erkrankt sind, während in den gastrologischen Spezialambulanzen, -aus denen sich die Patienten der multizentrischen Studien rekrutieren- mit einer größeren Wahrscheinlichkeit auch jüngere, neuerkrankte Patienten anzutreffen sind. Diese Überlegung wird durch die vergleichsweise große Zahl neuerkrankter Patienten in der multizentrischen Stichprobe unterstützt. Bei der mittleren Erkrankungsdauer ergeben sich keine auffälligen Unterschiede zwischen den vorliegenden Untersuchungsstichproben und den Referenzstichproben in Tabelle 10.



**Abbildung 3: Verteilung der Krankheitsdauer in der multizentrischen- und der Projektstichprobe**



### Bisheriger Krankheitsverlauf

Der bisherige Krankheitsverlauf stellt ein wichtiges Merkmal dar, insofern sich Hinweise verdichten, daß neben der momentanen Krankheitsaktivität auch der Krankheitsverlauf die psychosoziale Verfassung beeinflussen kann. Parameter, die eng mit dem Krankheitsverlauf in Zusammenhang stehen, sind die Anzahl der bisherigen Krankenhausaufenthalte und die Anzahl der bisherigen Darmresektionen.

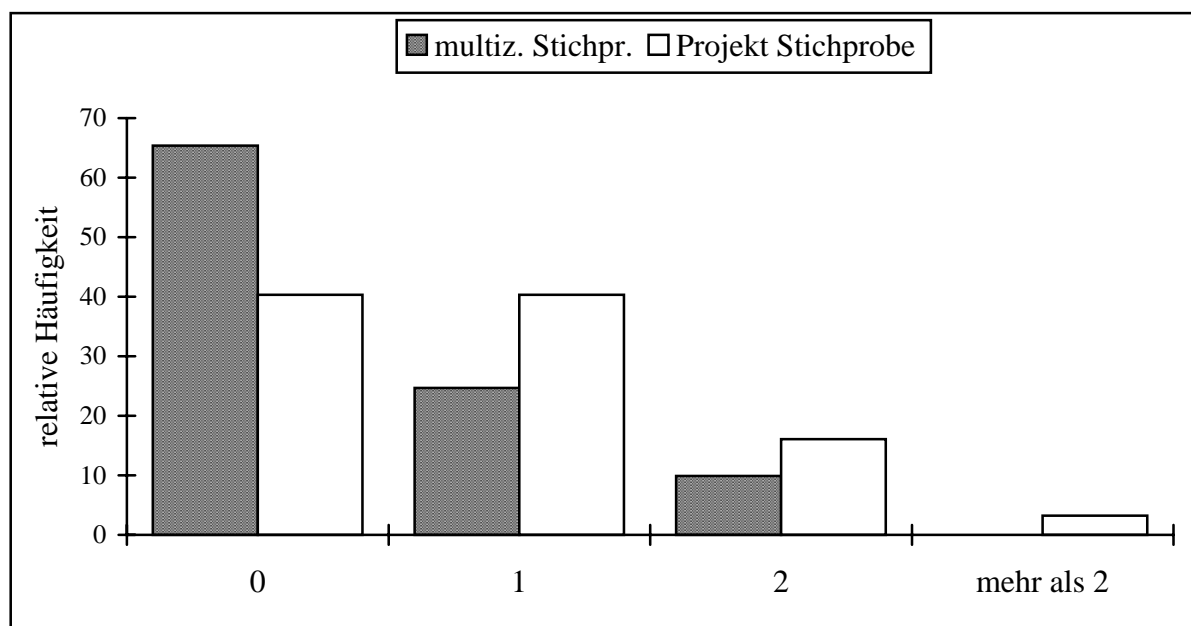
### Krankenhausaufenthalte

Die Patienten der Projektstichprobe geben im Mittel 3,68 (sd = 7,7), die multizentrischen Patienten 3,62 (sd = 4,16) Krankenhausaufenthalte wegen MC. an. Der Median für die Projektstichprobe beträgt drei, für die multizentrische Stichprobe zwei Krankenhausaufenthalte. Beim statistischen Vergleich kann ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Anzahl der Krankenhausaufenthalte nicht gesichert werden. Die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte stimmt gut mit den entsprechenden Befunden von KÜNSEBECK (1993) überein.

## Anzahl der Darmresektionen

Bei der Anzahl der Darmresektionen wegen MC. zeigen sich signifikante Unterschiede ( $p=0,0038$ ) zwischen den beiden Stichproben. Die Patienten der Projektstichprobe wurden mit 0,83 Resektionen im Mittel (Median =1) deutlich häufiger operiert als die Patienten der multizentrischen Stichprobe, die im Mittel nur 0,44 (Median =0) Darmresektionen angeben. Ein signifikanter Unterschied bezüglich der Operationshäufigkeit ( $p=0,025$ ) bleibt auch dann bestehen, wenn der Effekt der Dauer der Erkrankung vor dem Stichprobenvergleich herauspartialisiert wird.

**Abbildung 4: Relative Häufigkeit der Darmresektionen in der multizentrischen- und der Projektstichprobe**



Als Grund für diesen Unterschied bezüglich der Frequenz der Darmresektionen kommen die besonderen Auswahlkriterien der multizentrischen Stichprobe in Betracht (siehe Ein- und Ausschlusskriterien S. 102). Hiernach wurden Patienten von der Aufnahme in die multizentrische Studie ausgeschlossen, bei denen im Anschluß an eine Darmresektion kein neuerlicher Schub aufgetreten war, ebenso Patienten, die nach einer Colektomie Träger eines Anus praeter waren, sowie Patienten, bei denen eine Darmresektion unmittelbar bevorstand.

**Tabelle 10: Stichprobencharakteristika in der multizentrischen- und der Projektstichprobe im Vergleich mit Stichproben neuerer psychosomatischer Untersuchungen**

	multizentrische Stichprobe	Projektstich- probe	KÜCHEN- HOFF (1993)	FEDER- SCHMIDT (1993)	KÜNSE- BECK (1993)
Stichprobenumfang	N=81	N=64	N=118	N=97	N=161
<b>Alter</b>					
Durchschnittsalter	Mw = 30,6	Mw = 34,3	Mw = 29,92	Mw = 30	Mw = 32,9
Altersrange	16-52	19-64	17 - 71	18 - 69	18 - 69
<b>Geschlechtsverteilung</b>					
Männer	31%	42%	30,5%	53,6%	46%
Frauen	69%	58%	69,5%	46,4%	54%
<b>Krankheitssituation</b>					
Dauer der Erkrank- ung/ Jahre	Mw = 5,7 0-20	Mw = 7,9 0-?	Mw = 5,4 0 - 27	Mw = 9 1 - 26	Mw = 6,8 0,5 - 20
Anzahl / Kranken- hausaufenthalte	Mw = 3,62 sd = 4,16 Md = 2	Mw = 3,68 sd = 7,7 Md = 3	?	?	Mw = 3,4 sd = 2,5
Anzahl / Darm- resektionen	Mw = 0,44 sd = 0,67 Md = 0	Mw = 0,83 sd = 0,87 Md = 1	?	?	keine Anga- ben
Anzahl / Darmresek- tionen und Fistel- spaltungen	Mw = 0,64 sd = 0,97	Mw = 1,75 sd = 1,77	?	?	Mw = 1,72 sd = 2,01
<b>Erwerbsstatus</b>					
erwerbstätig	65,4%	69,8%	?	46,4%	67,1%
Schüler /Azubi. oder Student	13,6%	11,0%	?	24,7%	5,0%
Hausfrau/mann	9,9%	11,1%	?	6,3%	13,0%
Arbeitsloser	3,7%	3,2%	?	7,2%	4,3%
Vorzeitig berentet wegen MC.	2,5%	4,8%	?	Rentner und	9,3%
Altersrente	0	0	?	Frührentner: 12,2%	1,2%
<b>Familiärer Status</b>					
alleine lebend	28,2	29,7	?	?	?
mit Partner lebend	71,8	70,3	?	?	?
ledig	55,6	37,5	?	56,7%	31,1%
verheiratet	35,8	42,2	?	38,1%	66,4%
geschieden	8,6	18,8	?	4,1%	2,25%
verwitwet		1,6	?	1,0%	0
<b>Bildungsstatus</b>					
Grund/ Hauptschule	38,3%	45,3%	?	?	51,0%
Mittlere Reife	32,1%	35,9%	?	?	36,0%
Abitur	16,0%	12,5%	?	?	13,0%
abgeschl. Studium	9,9%	6,3%	?	?	?
sonstiges	3,7%	?	?	?	?
<b>Inanspruchnahme von Psychotherapie</b>					
ja	14,5%	49%	?	?	9,9%
nein	85,5%	51%	?	?	90,1%

## 6.8 Statistische Auswertung und Präsentation der Untersuchungsdaten

### 6.8.1 Die Handhabung von Missing-Werten

Nicht alle Fragebogen wurden von den Probanden in der gewünschten Weise lückenlos und sorgfältig ausgefüllt. In der Absicht, die auswertbaren Fälle durch Fehlwerte (missing values) nicht übermäßig zu verringern, werden missing values, die durch die fehlerhafte oder die unvollständige Bearbeitung von Fragebogenitems entstanden sind, durch den individuellen Skalenmittelwert ersetzt. Dieses Vorgehen wird angewendet, wenn mindestens 3/4 der Items einer Skala vollständig vorliegen. Bei einer noch größeren Anzahl fehlender Werte wird die Fragebogenskala als „Missing value“ gesetzt und dementsprechend nicht in die Auswertung einbezogen.

Durch missing values bei einzelnen Skalen kommt es zu Schwankungen in bezug auf die Fallzahlen. Bisweilen werden die Fallzahlen, die im Kopf der Ergebnistabelle angegeben sind, leicht unterschritten. Wo mehr als 15% der Fälle gegenüber den Angaben im Tabellenkopf fehlen, wird die fragliche Fallzahl in dem entsprechenden Feld der Tabelle besonders vermerkt.

### 6.8.2 Statistische Verfahren

Die Berechnung der Skalenwerte erfolgt mit SPSS X in der Version für Windows (vergl. JANSSEN und LAATZ 1994). Auch die weitere statistische Auswertung der Forschungsfragen wurde mit Hilfe des Programmpaketes SPSS X durchgeführt. Die Itemanalyse, für das hier neu konstruierte Ratingverfahren „Verhalten im Interview“, wurde mit dem Programmpaket Itemperfect von BÜHLER et al. (1994) berechnet.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein quasi-experimentelles Design, wobei die drei postulierten Untergruppen sowie die Restgruppe -soweit sie in die Analyse einbezogen wird- die unabhängige Variable darstellen. Die Überprüfung der Subgruppeneffekte erfolgt varianzanalytisch. Wegen der relativ kleinen Fallzahlen pro Subgruppe und der ungleichen Verteilung der Patienten auf die Subgruppen, wird bei der varianzanalytischen Überprüfung der Subgruppeneffekte ein verteilungsfreies Verfahren gewählt (vergl. dazu BORTZ 1977, S. 384 f.). Die Prüfung der Untergruppeneffekte erfolgt mit dem nonparametrischen Test zum Vergleich unabhängiger Stichproben von KRUSKAL und WALLIS (vergl. LIENERT 1962, S. 118).

Unterschiede bezüglich der Häufigkeitsverteilung kategorialer Variablen bei den Subgruppen werden mit dem  $\chi^2$ -Test oder Fisher's exact Test untersucht, sofern eine 2 mal 2-Tabelle vorliegt und der Erwartungswert für eine Zelle  $< 5$  Fälle beträgt (vergl. JANSSEN und LAATZ 1994, S.220).

Bei der Untersuchung der psychischen Beschwerden, der Anzahl der Krankenhausaufenthalte und der Anzahl der Operationen in Relation zu den Subgruppen wird der einfaktorielle Versuchsplan erweitert, indem die momentane Krankheitsaktivität in den Ausprägungen „Schub“ versus „Remission“ bzw. die Dauer der Erkrankung als weitere Faktoren in die Analyse der Untergruppeneffekte eingeführt werden.

Um den Einfluß der Krankheitsdauer auf die Operationshäufigkeit und die Anzahl der Krankenhausaufenthalte zu kontrollieren, wird in zwei Schritten vorgegangen. Durch eine Regressionsanalyse wird zunächst der lineare Effekt der Krankheitsdauer bestimmt und aus den Daten herauspartialisiert. Der so bereinigte Datensatz wird anschließend varianzanalytisch in Beziehung zu den Subgruppen untersucht, wobei wiederum ein nonparametrisches Vorgehen gewählt wird, wie es oben beschrieben wurde.

Interaktionseffekte zwischen der Krankheitsaktivität und der Untergruppenzugehörigkeit werden im Rahmen einer zweifaktoriellen Varianzanalyse untersucht. Die Varianzzerlegung wird nach dem Regressionsmodell vorgenommen. Das Regressionsmodell ist am robustesten, wenn eine ungleiche Zellenbesetzung vorliegt (vergl. JANSSEN und LAATZ 1994, S. 336 f.). Bei der multivariaten Varianzanalyse nach dem Regressionsmodell werden alle Effekte simultan auf ihren Einfluß untersucht. Eine Reihenfolge der Effekte kann nicht festgelegt und untersucht werden.

Zusammenhangshypothesen, die sich hier stets auf die Stichprobe insgesamt beziehen, werden mit Hilfe von Produkt-Moment-Korrelationen parametrisch geprüft (Pearson-Koeffizient).

Unterschiede zwischen der multizentrischen- und der Projektstichprobe werden mit dem t-Test für unabhängige Stichproben geprüft (vergl. BORTZ 1977, S. 160). Unterschiede zwischen den Subgruppen und den Kennwerten von Vergleichsgruppen, die der einschlägigen Literatur entnommen sind, werden ebenfalls mit dem t-Test für unabhängige Stichproben geprüft. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität für die zuverlässige Anwendung des t-Test wird mit dem F-Test untersucht. Bei ungleichen Stichprobenvarianzen wird anstelle des t-Test der Welch-Test verwendet (vergl. DIEHL und ARBINGER 1990, S. 145f.).

### 6.8.3 Der Alphafehler bei der Ergebnissicherung

Alle Hypothesen werden *zweiseitig* getestet. Das Signifikanzniveau wird bei der varianzanalytischen Prüfung auf  $\alpha = 0,05$  festgelegt. Bei den paarweisen multiplen Vergleichen der Subgruppen, die *nur* im Anschluß an ein signifikantes varianzanalytisches Prüfergebnis berechnet und in den Ergebnistabellen dargestellt werden, wird der Fehlerwert nach dem Kriterium von BONFERRONI angepaßt. Das geforderte Signifikanzniveau wird dabei nach der Formel:  $\alpha / k$  festgelegt. Dabei bezeichnet  $k$  die Zahl der Untergruppen, die miteinander verglichen werden. Bei 3 Subgruppen, die hier in die Hypothesenbildung einbezogen werden, ergibt sich ein Signifikanzniveau von  $(0,05/3) = 0,017$ . Dieser Wert wird hier auf 0,02 aufgerundet.

Durch die vielfältigen Vergleiche, die hier zwischen den Untergruppen berechnet werden, ergibt sich die Gefahr zufälliger Effekte. Eine Alpha-Fehler-Adjustierung wird hier dennoch nicht vorgenommen. Aufgrund der großen Zahl der Signifikanzprüfungen erscheint eine Alpha-Fehler-Adjustierung nicht mehr praktikabel. Sie würde zu utopischen Erwartungen in bezug auf den erforderlichen p-Wert bei den Einzelvergleichen führen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit der Ergebnistabellen wird nicht der numerische p-Wert genannt, sondern ein Symbol eingetragen: Die Symbole haben dabei folgende Bedeutung:

ns.	=	Unterschied nicht signifikant	=	$p > 0,05$
*	=	Unterschied nur als Trend	=	$p < 0,05$ $p > 0,02$
**	=	Unterschied signifikant	=	$P < 0,02$ $p > 0,002$ .
***	=	Unterschied hoch signifikant	=	$p < 0,002$

#### 6.8.4 Zur Kreuzvalidierung der Befunde

Insoweit die Patienten der Projektstichprobe und der multizentrische Stichprobe mit identischen Instrumenten untersucht wurden, kann die Beantwortung der Untersuchungsfragen auf die Befunde zweier unabhängig gewonnener Stichproben gestützt werden. Damit ist für einige Ergebnisse eine weiterführende Absicherung in Form einer Kreuzvalidierung möglich. Im Interesse dieser Kreuzvalidierung werden die Daten der multizentrischen- und der Projektstichprobe unabhängig voneinander statistisch evaluiert und nicht, was auch denkbar gewesen wäre, als ein gemeinsamer Datenpool zusammenfassend analysiert. Dieses Vorgehen bringt neben übereinstimmenden Ergebnissen, die sich in ihrer Geltung wechselseitig stützen, auch widersprüchliche Befunde hervor, indem die Daten bei der einen Stichprobe einen signifikanten Gruppenunterschied ausweisen, während sie bei der anderen Stichprobe keinen Unterschied anzeigen. Bei der Interpretation entsprechender diskrepanter Befunde wird eine konservative Vorgehensweise gewählt. Es wird folgende Regelung festgelegt:

- Ein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen wird nur dann bestätigt, wenn sich bei beiden Stichproben eine signifikante Differenz sichern läßt;
- Ein tendenzieller Unterschied (Trend) wird immer dann angenommen, wenn bei beiden Stichproben *mindestens* ein tendenzieller Unterschied festgestellt werden kann.
- Eine Unterschiedshypothese wird immer dann verworfen, wenn bei nur einer Stichprobe ein signifikanter oder tendenzieller Unterschied festgestellt werden kann, der durch das Ergebnis bei der anderen Untersuchungsstichprobe nicht bestätigt werden kann.

#### 6.8.5 Anmerkungen zur Ergebnispräsentation

Bei der Ergebnispräsentation in den Auswertungskapiteln werden nur der Mittelwert (Mw) und die Standardabweichung (sd) mitgeteilt. Im Sinne der nonparametrischen statistischen Prüfung der Ergebnisse sind auch der Median (Md) und gegebenenfalls die Rangsummenwerte (Rs) interessante Kenngrößen. Im Interesse einer übersichtlichen Ergebnisdarstellung werden diese Parameter im Anhang dargestellt.

Aus darstellungstechnischen Gründen werden nur die Vergleiche dargestellt, bei denen ein signifikantes Ergebnis festgestellt wurde. Gruppenunterschiede, für die kein statistisches Prüfergebnis präsentiert wird, waren nicht signifikant.

Prozentuale Häufigkeitsangaben werden zu ganzzahligen Werten auf- bzw. abgerundet. Bei einer Fallzahl, die sowohl in der multizentrischen- und der Projektstichprobe < 100 Probanden beträgt, suggerieren Dezimalstellen bei Prozentwerten nur eine scheinbare Genauigkeit.

Zahlenwerte, die bereits in tabellarischer Form dargestellt wurden, werden, entgegen dem sonst in einigen Arbeiten gewählten Vorgehen, im Text nicht noch einmal wiederholt. Bei immerhin vier Untergruppen, die in vielfältigen Bereichen vergleichend gegenübergestellt werden, würde eine Benennung aller Kennwerte, die in tabellarischer Form übersichtlich vorliegen, die Lesbarkeit des Textes deutlich vermindern.

## 7 Die Untersuchungsergebnisse

### 7.1 Verteilung der MC.-Patienten auf die postulierten Untergruppen

Das folgende Kapitel geht der Frage nach, wie sich die MC.-Patienten auf die postulierten Untergruppen, nämlich die Gruppe der autoaggressiv-depressiven, der verleugnenden, der flexiblen und die Restgruppe verteilen. An die Beantwortung dieser Frage schließt sich die Frage an, inwieweit die ermittelte Verteilung auf die Grundgesamtheit übertragen werden kann. Um einer Klärung dieser Frage näher zu kommen, werden mehrere Informationen eingeholt. Es wird geprüft, inwieweit die Verteilung der MC.-Patienten auf die Subgruppen bei den beiden unabhängig gewonnenen Teilstichproben (multizentrische- und Projektstichprobe) identisch ist. Anschließend wird untersucht, inwieweit bei bestimmten Subgruppen möglicherweise eine Selektion stattgefunden hat, indem besonders viele Patienten die Studienteilnahme abgelehnt haben.

**Frage 1:** Wie verteilen sich die MC.-Patienten der Gesamtgruppe auf die postulierten Untergruppen? **Hypothese:** Bezüglich der Verteilung der Patienten auf die Restgruppe wird erwartet, daß sich in der Restgruppe nur sehr wenige (<5%) Patienten finden werden. Darüber hinaus wird die Frage exploratorisch untersucht.

**Frage 1.1:** Ergeben sich Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben bei der Verteilung der Patienten auf die Subgruppen, d.h. beeinflussen die unterschiedlichen Bedingungen bei der Rekrutierung der Patienten die Verteilung auf die Subgruppen? Diese Frage wird exploratorisch untersucht.

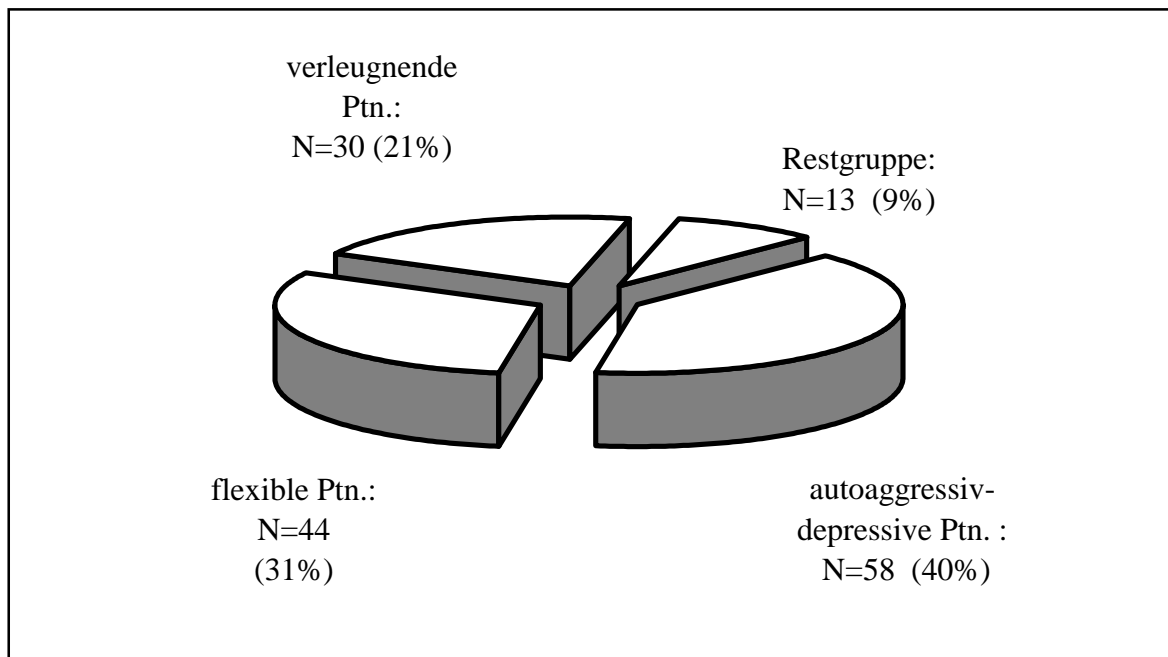
**Frage 1.2:** Bestehen systematische Selektionseffekte, die die Gruppengröße beeinflussen? Sind die Patienten, die die Teilnahme an der Studie abgelehnt haben, besonders häufig einer Subgruppe zuzuordnen? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die Anzahl der Drop-out-Fälle in der Subgruppe der verleugnenden Patienten vergleichsweise am größten ist.

#### **Frage 1:** Verteilung auf die Subgruppen

In Abb. 5 ist die Verteilung der Patienten auf die 4 Teilgruppen unter der Voraussetzung dargestellt, daß die beiden Teilstichproben zusammenfassend ausgewertet werden. Insgesamt werden somit 145 Patienten auf die vier Untergruppen verteilt. Es zeigt sich, daß die meisten Patienten (40%) auf die autoaggressiv-depressive und auf die flexible Gruppe (31%) entfallen, während eine kleinere Patientenzahl (21%) in der verleugnenden Gruppe zusammengefaßt ist. Der sogenannten Restgruppe werden die wenigsten Patienten (9%) zugeordnet. Mit 9% werden allerdings deutlich mehr Patienten als erwartet in dieser Subgruppe erfaßt. Die Hypothese bezüglich der Restgruppe muß zurückgewiesen werden. Die Restgruppe stellt eine kleine, aber hinsichtlich der Patientenzahl, die sie umfaßt, dennoch relevante Subgruppe dar.



**Abbildung 5: Verteilung der Patienten auf die Subgruppen. Multizentrische- und Projektstichprobe zusammengefaßt (N=145 Ptn.)**



**Frage 1.1:** Stichprobenbedingte Unterschiede bei der Verteilung der Patienten auf die Subgruppen

Die Verteilung der Patienten auf die Subgruppen wird durch den verwendeten Auswahlmodus und die darin enthaltenen kritischen Grenzwerte bestimmt. Aussagen über die Größe der Subgruppen sind daher nur im Zusammenhang mit dem verwendeten Zuordnungsverfahren gültig. In diesem Rahmen kann die gefundene Verteilung der MC.-Patienten prinzipiell auf die Grundgesamtheit übertragen werden. Dazu müssen jedoch Einflüsse, die die Repräsentativität der Stichprobe beeinträchtigt haben könnten, überprüft werden. Sowohl bei der Projektstichprobe als auch bei der multizentrischen Stichprobe ist eine spezifische Auswahl der Patienten, die in die Stichprobe eingehen, nicht auszuschließen, da die Patienten jeweils auf freiwilliger Basis in die Studie aufgenommen wurden und nicht wenige Patienten eine Studienteilnahme ablehnten. Erste Hinweise auf Selektionseffekte kann der Vergleich zwischen der multizentrischen- und der Projektstichprobe erbringen (siehe Tabelle 11). Dieser Vergleich ist besonders aufschlußreich, weil die Rekrutierungsbedingungen und die Aufnahmekriterien bei beiden Stichproben teilweise voneinander abweichen.

Es zeigt sich, daß eine separate Analyse der Verteilung der Patienten auf die postulierten Subgruppen bei der Projektstichprobe und der multizentrischen Stichprobe zu ähnlichen Schätzungen der relativen Gruppengröße führt. Ein auffälliger Unterschied zwischen den Erhebungen ergibt sich lediglich in bezug auf die Restgruppe. Bei der Projektstichprobe ist die Restgruppe im Verhältnis etwa doppelt so groß ausgeprägt wie bei der multizentrischen Stichprobe. Die statistische Überprüfung weist diesen Unterschied jedoch als zufällige Variation aus und ergibt keinen Anhaltspunkt dafür, daß hier ein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsstichproben besteht.

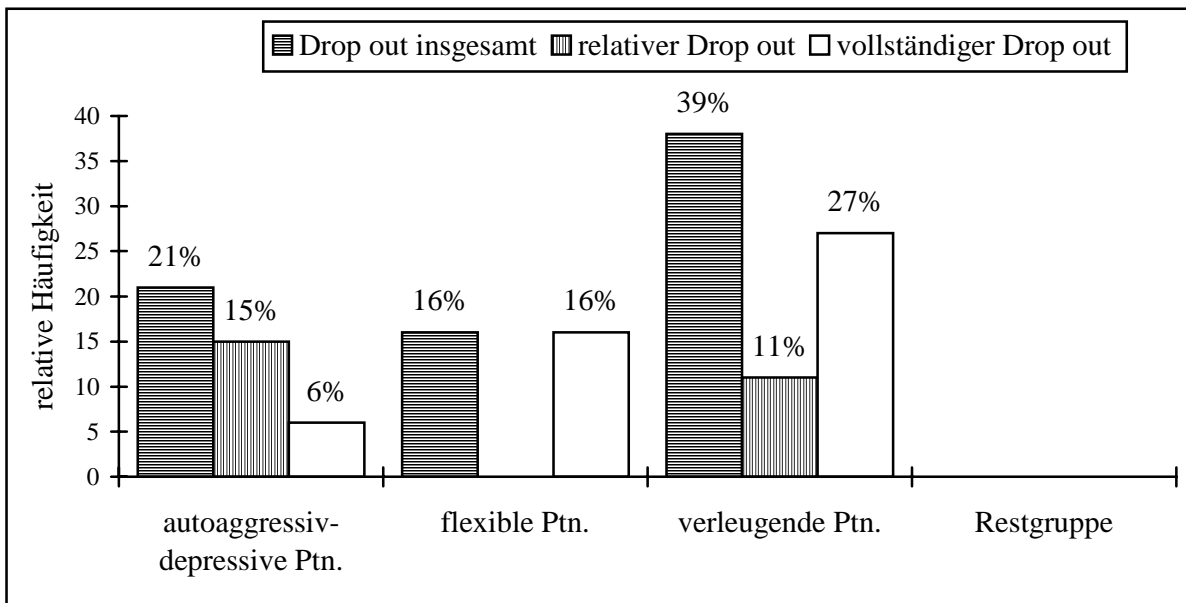
**Tabelle 11: Verteilung der MC.-Patienten auf die Subgruppen, Ergebnisse der Projektstudie und der multizentrischen Studie im Vergleich**

	Untergruppen				Gesamt
	Rest- gruppe	autoaggressiv- depressive Ptn.	verleugnende Ptn.	flexible Ptn.	
Projektstichprobe					
Relative Häufigkeit	13 %	39 %	19 %	30 %	100 %
Absolute Häufigkeit	N=8	N=25	N=12	N=19	N=64
multizentrische Stichprobe					
Relative Häufigkeit	6 %	41 %	22 %	31 %	100 %
Absolute Häufigkeit	N=5	N=33	N=18	N=25	N=81
Signifikanz	ns.	ns.	ns.	ns.	
Prüfstatistik: Chi <sup>2</sup> -Test für unabhängige Stichproben					

**Frage 1.2: Spezifische Selektionseffekte bei den Subgruppen**

Über Studienablehner bei einzelnen Subgruppen läßt sich, abgesehen von dem klinischen Eindruck anläßlich eines Informationsgespräches, keine Aussage treffen. Einen empirisch meßbaren Hinweis auf die Kooperationsbereitschaft der Patienten kann die Compliance im Verlauf der Studie geben. Aus der multizentrischen Studie, an der die Patienten protokollgemäß zwei Jahre teilnehmen sollten, schieden mehrere Patienten vorzeitig aus. Diese Patienten werden als Drop-out-Fälle geführt und können in Beziehung zu den Untergruppen analysiert werden. Von den 81 Patienten, die zum Zeitpunkt t=0 den Untergruppen zugeordnet wurden, schieden 18 Patienten (6 männlich/ 12 weiblich) zu unterschiedlichen Zeitpunkten vorzeitig aus. 10 der 18 Patienten sind vollständige Drop-out-Fälle. Es sind Patienten, die ihre Mitarbeit in der Studie aufkündigten. 8 Patienten sind partielle Drop-out-Fälle, d.h. sie nahmen so unregelmäßig an der Studie teil, daß entweder die medizinischen Daten oder die psychologischen Daten nicht erhoben werden konnten. Aus Abb. 6 geht die relative Häufigkeit der Drop-out-Fälle bezogen auf die Subgruppen hervor.

**Abbildung 6: Relative Häufigkeit der Drop-out-Fälle während der zweijährigen Studienzeit. Ergebnisse der multizentrischen Studie**



Wie aus Abb. 6 zu ersehen ist, ist die drop-out-Rate in der Untergruppe der verleugnenden Patienten, relativ gesehen, am größten ausgeprägt. 27% der verleugnenden Patienten fallen vollständig aus, 39% fallen vollständig *oder* teilweise aus. 6% der autoaggressiv-depressiven Patienten scheiden vollständig aus der Studie aus. 21% scheiden vollständig *oder* teilweise aus. Bei den Patienten der flexiblen Gruppe ergibt sich unter beiden Bedingungen eine Drop-out-Rate von 16%. Aus der Restgruppe scheidet kein Patient vorzeitig aus, weder vollständig noch teilweise.

Die zufallskritische Überprüfung der *Drop-out-Fälle insgesamt*, in Relation zu den Subgruppen anhand des Chi<sup>2</sup>-Test's ergibt jedoch, daß diese Unterschiede als zufällige Befunde anzusehen sind (siehe Anhang: Tabelle 48). Eine getrennte Prüfung der *relativen* und der *vollständigen Drop-out-Fälle* in Relation zu den Subgruppen ist wegen der kleinen Fallzahlen in einigen Feldern der Kreuztabelle nicht sinnvoll.

Die Hypothese, daß in der verleugnenden Subgruppe die Kooperationsbereitschaft signifikant geringer ausgeprägt ist, muß zurückgewiesen werden.

### Zusammenfassung der Hauptergebnisse

**Frage 1:** Im Ergebnis verteilen sich ca. 90 % der Morbus MC.-Patienten auf die drei hier postulierten Untergruppen. Dabei bilden mit ca. 40 % die autoaggressiv-depressiven Patienten die größte Teilgruppe, gefolgt von den flexiblen Patienten (ca. 31 %) und den Patienten der verleugnenden Untergruppe (ca. 20 %). Darüber hinaus findet sich eine kleine Restgruppe, die ca. 10 % der Patienten einschließt. Die Hypothese, daß sich in der Restgruppe so wenige Patienten finden, daß sie als irrelevant betrachtet werden kann, wird verworfen. **Frage 1.1:** Obwohl die multizentrische und die Projektstichprobe auf verschiedenen Wegen und unter verschiedenen Voraussetzungen rekrutiert wurden, ergibt sich bei einer entsprechend getrennten Analyse der Verteilung der Patienten auf die Subgruppen eine ähnliche Schätzung der relativen Größe der Untergruppen. **Frage 1.2:** Im Rahmen der multizentrischen Stichprobe wurde weiterhin der Vermutung nachgegangen, daß die Patienten der Untergruppen in unterschiedlichem Maße bereit sind, an einer psychologischen Studie teilzunehmen. Dazu wurde die

Compliance während der Studienzeit untersucht. Es konnte entgegen der Erwartung nicht belegt werden, daß die Drop-out-Rate bei der verleugnenden Subgruppe signifikant größer bzw. die Studiencompliance der verleugnenden Ptn. signifikant geringer ausgeprägt ist.

## 7.2 Basale Persönlichkeitsmerkmale, Aspekte der sozialen Situation

Im Folgenden werden grundlegende Merkmale der Person, nämlich das Geschlecht und das Lebensalter sowie ausgewählte Aspekte der sozialen Lebenssituation, der Beziehungsstatus und das Bildungsniveau, zu den Untergruppen in Beziehung gesetzt.

**Frage 2:** Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich der Geschlechtsverteilung? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß sich verhältnismäßig mehr Frauen in der autoaggressiv-depressiven und verhältnismäßig mehr Männer in der verleugnenden Gruppe finden. Bezüglich der flexiblen Subgruppe werden keine Vorhersagen getroffen. **Frage 2.1-2.3:** Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich 2.1) Lebensalter, 2.2) Bildungsniveau 2.3) partnerschaftliche Lebenssituation? **Hypothese:** Es besteht kein Unterschied zwischen den postulierten Subgruppen.

### **Frage 2:** Geschlechtsverteilung

In der Tabelle 12 ist das Geschlechterverhältnis bezogen auf die Untergruppen dargestellt. Bei dem Vergleich zwischen der multizentrischen- und der Projektstichprobe zeigen sich divergierende Ergebnisse. In der multizentrischen Stichprobe ist das Geschlechterverhältnis hypothesenkonform ausgeprägt. Der Anteil der Männer ist in der verleugnenden Gruppe hoch signifikant größer als in der autoaggressiv-depressiven Gruppe. Bei der Projektstichprobe läßt sich hingegen kein signifikanter Unterschied bezüglich der Geschlechtsverteilung sichern. Das Überwiegen der Frauen in der autoaggressiv-depressiven und der Männer in der verleugnenden Gruppe ist hier nur als eine schwach ausgeprägte, statistisch nicht bedeutsame Tendenz feststellbar. Dementsprechend wird die Hypothese einer unterschiedlichen Geschlechtsverteilung beim Vergleich der autoaggressiv-depressiven mit der verleugnenden Subgruppe verworfen.

**Tabelle 12: Das Geschlechterverhältnis in den Subgruppen. Ergebnisse der multizentrischen Studie und der Projektstudie**

	Gesamtstichprobe	Untergruppen				statistischer Vergleich	
		1. Restgruppe	2. autoaggressiv-depressive Ptn.	3. verleugnende Ptn.	4. flexible Ptn.	2/3 <sup>1</sup>	andere
multizentrische Stichprobe							
Anzahl	N=81	N=5	N=33	N=18	N=25		
weiblich	69 %	60 %	88 %	39 %	68 %	***	ns.
männlich	31 %	40 %	12 %	61 %	32 %		
Projektstichprobe							
Anzahl	N=64	N=8	N=25	N=12	N=19		
weiblich	58 %	50 %	64 %	50 %	58 %	ns.	ns.
männlich	42 %	50 %	36 %	50 %	42 %		
Prüfstatistik: Chi <sup>2</sup> -Test; ( <sup>1</sup> ). Die Untergruppen 2 / 3 im Vergleich							

**Frage 2.1: Das Lebensalter**

Tabelle 13 zeigt differenziert für die multizentrische Stichprobe und die Projektstichprobe das Lebensalter der Patienten in den vier Untergruppen. Im Ergebnis läßt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen sichern. In der Tendenz sind die verleugnenden Patienten zwar etwas jünger als die flexiblen Patienten. Diese Tendenz, die sich bei der multizentrischen Stichprobe manifestiert, kehrt sich bei der Projektstichprobe jedoch um, indem die verleugnenden Patienten hier im Mittel am ältesten sind. Insgesamt kann somit festgestellt werden, daß sich die Patienten der 4 Subgruppen, wie erwartet, in bezug auf das Lebensalter nicht voneinander unterscheiden.

**Tabelle 13: Das Lebensalter der Patienten bezogen auf die Subgruppen. Ergebnisse der multizentrischen Studie und der Projektstudie**

	Gesamtstichprobe	Untergruppen				statistischer Vergleich
		1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2/3/4 <sup>1</sup>
multizentrische Stichprobe						
Fallzahl	N = 81	N = 5	N = 33	N = 18	N = 25	
Alter in Jahren	Mw= 30,6 sd = 9,4	Mw = 28,4 sd = 2,3	Mw = 30,9 sd = 7,9	Mw = 26,9 sd = 7,4	Mw = 33,2 sd = 11,2	ns.
Projektstichprobe						
Fallzahl	N = 64	N = 8	N = 25	N = 12	N = 19	
Alter in Jahren	Mw = 34,2 sd = 9,6	Mw = 32,0 sd = 9,5	Mw = 34,6 sd = 10,5	Mw = 36,2 sd = 12,1	Mw = 33,6 sd = 7,0	ns.
Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; ( <sup>1</sup> ). Die Untergruppen 1/2/3/4 im Vergleich						

**Frage 2.2: Das Bildungsniveau**

Das Bildungsniveau der Patienten wurde in 5 Abstufungen, vom geringsten bis zum höchsten Ausbildungsstand, erfaßt: (1) Grund -/ Hauptschule ohne Abschluß; (2) Grund -/ Hauptschule mit Abschluß; (3) mittlere Reife / Fachschulabschluß; (4) Abitur oder Fachabitur; (5) Fach- / Hochschulstudium oder Studium abgeschlossen. Für den Vergleich des Bildungsstandes zwischen den Subgruppen wurden die Bildungsstufen vom geringsten bis zum höchsten Niveau numerisch codiert. Tabelle 14 zeigt das mittlere Bildungsniveau der Patienten in den 4 postulierten Subgruppen. Aus der Tabelle 14 geht hervor, daß sich die Patienten der 4 Subgruppen in bezug auf das mittlere Bildungsniveau, wie vorhergesagt, nicht voneinander unterscheiden.

**Tabelle 14: Das Bildungsniveau der Patienten bezogen auf die Subgruppen. Ergebnisse der multizentrischen Studie und der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich
	1. Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2/3/4 <sup>1</sup>
multizentrische Stichprobe					
Fallzahl	N = 5	N = 32	N = 18	N = 23	
Mittleres Bildungsniveau	Mw = 3,0 sd = 0	Mw = 2,7 sd = 1,0	Mw = 3,0 sd = 1,0	Mw = 3,1 sd = 1,2	ns.
Projektstichprobe					
Fallzahl	N = 8	N = 25	N = 12	N = 19	
Mittleres Bildungsniveau	Mw = 2,7 sd = 0,9	Mw = 2,6 sd = 1,0	Mw = 2,7 sd = 0,8	Mw = 2,9 sd = 1,1	ns.
Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; ( <sup>1</sup> ). Die Untergruppen 1- 4 im Vergleich					

**Frage 2.3:** Die partnerschaftliche Lebenssituation

70,3% der multizentrischen Patienten und nahezu gleich viele, nämlich 71% der Patienten der Projektstichprobe, geben an, in einer festen Partnerbeziehung zu leben. Beim Vergleich der beiden Teilstichproben führt die Untersuchung der Verteilung des Merkmals auf die Subgruppen zu etwas uneinheitlichen Ergebnissen. Bei der Projektstichprobe unterscheidet sich die partnerschaftliche Lebenssituation der flexiblen Ptn. von der der autoaggressiv-depressiven und der der verleugnenden Ptn. Es sind die flexiblen Ptn., die signifikant häufiger in eine Paarbeziehung eingebunden leben. Bei der multizentrischen Stichprobe kann dieser Befund nicht wiederholt werden. Die Ptn. der autoaggressiv-depressiven, der verleugnenden und der flexiblen Gruppe leben gleich häufig in einer Paarbeziehung. Die Restgruppe wurde wegen der geringen Fallzahl von der zufallskritischen Prüfung der Gruppenunterschiede ausgeschlossen.

Insgesamt kann somit die Annahme beibehalten werden, daß sich die Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich ihrer partnerschaftlichen Lebenssituation nicht voneinander unterscheiden.

**Tabelle 15: Partnerschaftliche Lebenssituation bezogen auf die Untergruppen. Ergebnisse der Projektstudie und der multizentrischen Studie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich		
	1. Restgruppe	2. autoaggressiv-depressive Ptn.	3. verleugnende Ptn.	4. flexible Ptn.	2/3	2/4	3/4
multizentrische Stichprobe							
Fallzahl	N=5	N=31	N=18	N=24	Gesamt N=78		
Partner nein	N=3 60%	N=8 25,8%	N=6 33,3%	N=5 20,8%	Chi <sup>2</sup> -Test= ns.		
Partner ja	N=2 40%	N=23 74,2%	N=12 66,7%	N=19 79,2%			
Projektstichprobe							
Fallzahl	N=8	N=25	N=12	N=19	Gesamt N=64		
Partner nein	N=3 37,5%	N=8 32,0%	N=7 58,3%	N=1 5,3%	ns.	*	**
Partner ja	N=5 62,5%	N=17 68,0%	N=5 41,7%	N=18 94,7%			
Prüfstatistik: Chi <sup>2</sup> -Test und Fisher`s Exact-Test bei dem paarweisen Vergleich der Subgruppen: *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002							

### Zusammenfassung der Hauptergebnisse

**Frage 2:** Die Hypothese, daß die autoaggressiv-depressive Subgruppe mehr Frauen, die verleugnende Untergruppe im Vergleich dazu mehr Männer umfaßt, kann nicht bestätigt werden.  
**Frage 2.1 - 2.3:** Im Mittel sind die Patienten der postulierten Untergruppen, wie erwartet, gleich alt. Sie unterscheiden sich weder bezüglich ihres Ausbildungsniveaus noch hinsichtlich ihrer partnerschaftlichen Lebenssituation.

### 7.3 Die Untergruppen in Beziehung zu medizinischen Parametern

Das folgende Kapitel ist psychosomatischen bzw. somato-psychischen Zusammenhängen gewidmet. Die allgemeine Frage lautet, ob Unterschiede zwischen den Patienten der postulierten Untergruppen in bezug auf den *bisherigen* Krankheitsverlauf bestehen. Der bisherige Krankheitsverlauf wird durch die Aspekte Erkrankungsdauer, Anzahl der MC.-bedingten Krankenhausaufenthalte und Anzahl der MC.-bedingten Darmresektionen inhaltlich präzisiert. Die genannten Parameter stellen grobe Indikatoren des bisherigen Krankheitsverlaufes dar, die relativ sicher respektive reliabel auch retrospektiv erhoben werden können. Neben der retrospektiven Untersuchung des Krankheitsverlaufes werden die Untergruppen als Prädiktoren des Krankheitsverlaufes im Rahmen der multizentrischen Studie erprobt.



**Frage 3-3.2:** Besteht ein Zusammenhang zwischen der Untergruppenzugehörigkeit und relevanten Krankheitsparametern? Nämlich 3) der Dauer der Erkrankung, 3.1) der Anzahl bisheriger Darmresektionen, 3.2) der Frequenz bisheriger Krankenhausaufenthalte? **Hypothese:** Hinsichtlich der Krankheitsdauer wird kein Unterschied zwischen den Subgruppen erwartet; 3.1 - 3.2 werden exploratorisch untersucht. **Frage 3.3:** Tragen die Untergruppen zur Vorhersage der Krankheitsverläufe, wie sie im Rahmen der multizentrischen Studie beobachtet werden, bei? **Hypothese:** Hinsichtlich des Krankheitsverlaufes, wie er in der multizentrischen Studie über 2 Jahre beobachtet wurde, besteht kein Unterschied zwischen den Subgruppen.

**Frage 3: Dauer der Erkrankung**

Als Erkrankungsdauer wird die Zeitspanne von der gesicherten Diagnosestellung bis zur Aufnahme in die multizentrische- oder die Projektstudie gemessen. Die Angaben zur Erkrankungsdauer enthält Tabelle 16. Die vergleichende statistische Auswertung ergibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Untergruppen. Die Patienten der autoaggressiv-depressiven, der verleugnenden, der flexiblen und der Restgruppe sind, wie erwartet, im Mittel etwa gleich lange an MC. erkrankt. Dieser Befund gilt für die multizentrische- und die Projektstichprobe gleichermaßen.

**Tabelle 16: Mittlere Erkrankungsdauer bezogen auf die Subgruppen. Ergebnisse der multizentrischen- und der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2/3/4
multizentrische Stichprobe					
Fallzahl	N = 5	N = 33	N = 18	N = 25	
Erkrankungsdauer in Monaten	Mw = 67,2 sd = 42,2	Mw = 64,4 sd = 66,9	Mw = 79,0 sd = 59,7	Mw = 67,1 sd = 69,7	ns.
Projektstichprobe					
Fallzahl	N = 6	N = 23	N = 12	N = 18	
Erkrankungsdauer in Monaten	Mw = 107,0 sd = 65,1	Mw = 92,2 sd = 65,0	Mw = 104,2 sd = 81,8	Mw = 89,5 sd = 67,6	ns.
Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS. Siehe auch Anhang: Tab. 51					

**Krankenhausaufenthalte und Darmresektionen**

Die Wahrscheinlichkeit einer oder mehrerer Darmresektionen sowie die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte sind Parameter, die nachweislich recht deutlich mit der Erkrankungsdauer kovariieren (vergl. STARLINGER 1993, S. 235 f.). Mit der Dauer der Erkrankung mehren sich die Krankenhausaufenthalte, und die Wahrscheinlichkeit, daß eine Darmresektionen notwendig wird, nimmt stetig zu. In der vorliegenden Studie beträgt der korrelative Zusammenhang -gemittelt über die beiden Untersuchungsstichproben- zwischen der Anzahl der Darmre-

sektionen und der Erkrankungsdauer  $r = 0,49$  sowie  $r = 0,42$  zwischen der Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte und der Dauer der Erkrankung. Auch wenn die Unterschiede zwischen den Subgruppen bezüglich der Erkrankungsdauer nicht so ausgeprägt sind, daß eine signifikante Differenz festgestellt werden kann, ist die Erkrankungsdauer als Einflußgröße bei der folgenden Analyse nicht zu vernachlässigen. Dementsprechend wird zunächst der lineare Einfluß der Krankheitsdauer aus den abhängigen Variablen „Anzahl der Darmresektionen“ und „Anzahl der Krankenhausaufenthalte“ herauspartialisiert. Anschließend werden die so bereinigten Variablen in Beziehung zu den Subgruppen nonparametrisch analysiert.

### Frage 3.1: Darmresektionen

Die Ergebnisse sind zusammenfassend in Tabelle 17 dargestellt. Bei der multizentrischen Stichprobe kann ein signifikanter Subgruppeneffekt, bezogen auf die Anzahl der Darmresektionen, beobachtet werden. Die autoaggressiv-depressiven Patienten wurden im Vergleich zu den verleugnenden Patienten hoch signifikant häufiger reseziert. Häufiger als bei den verleugnenden Patienten wurde auch bei den flexiblen Patienten eine Darmentfernung vorgenommen. Darüber hinaus zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Subgruppen.

Bei der Prüfung der Ergebnisse im Rahmen der Projektstichprobe kann dieser Befund allerdings nicht eindeutig repliziert werden. Die Sichtung der Daten ergibt nur mehr einen Trend, wonach auch hier die flexiblen Patienten und die autoaggressiv-depressiven Patienten im Mittel etwas häufiger reseziert sind als die Patienten der verleugnenden Subgruppe. Weitere Unterschiede zwischen den Subgruppen bestehen nicht.

Zusammenfassend betrachtet lassen die Ergebnisse, die bei der multizentrischen Stichprobe und der Projektstichprobe gewonnen wurden, somit die Aussage zu, daß die verleugnenden Patienten tendenziell seltener operativ durch eine Darmentfernung behandelt wurden als die Patienten der flexiblen und der autoaggressiv-depressiven Subgruppe.

**Tabelle 17: Anzahl der Darmresektionen bezogen auf die Untergruppen. Ergebnisse der multizentrischen- und der Projektstichprobe**

	Untergruppen				statistischer Vergleich		
	1.Rest- gruppe	2.autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleug- nende Ptn.	4.flexible Ptn.	2/3	3/4	1/2/3/4
multizentrische Stichprobe							
Fallzahl	N =5	N = 33	N = 18	N = 25			
korrigierte Werte	Mw=0,59 sd =0,85	Mw = 0,57 sd = 0,50	Mw = 0,16 sd = 0,37	Mw = 0,49 sd = 0,74	***	**	**
Projektstichprobe							
Fallzahl	N =6	N = 22	N = 12	N = 18			
korrigierte Werte	Mw=0,44 sd =0,5	Mw = 0,94 sd = 0,80	Mw = 0,56 sd = 0,63	Mw =1,09 sd = 0,9	*	*	*
Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: $0,05 > p > 0,02$ , **: $0,02 > p > 0,002$ , ***: $p < 0,002$ . Siehe auch Anhang: Tab. 52							

**Frage 3.2: Krankenhausaufenthalte**

Die nachfolgende Tabelle 18 zeigt die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte für die Subgruppen. Im Ergebnis läßt sich kein Unterschied zwischen den Untergruppen feststellen. Die flexiblen, autoaggressiv-depressiven und die verleugnenden Patienten sowie die Patienten der Restgruppe wurden im Laufe ihrer Krankengeschichte etwa gleich häufig stationär behandelt. Diese Aussage gilt sowohl für die Projektstichprobe als auch für die multizentrische Stichprobe.

**Tabelle 18: Anzahl der Krankenhausaufenthalte bezogen auf die Untergruppen. Ergebnisse der multizentrischen und der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2/3/4
multizentrische Stichprobe					
Fallzahl	N = 5	N = 32	N = 18	N = 25	
Krankenhausaufenthalte/ korrigierte Werte	Mw = 2,2 sd = 1,3	Mw = 2,9 sd = 2,5	Mw = 2,5 sd = 1,6	Mw = 5,6 sd = 12,3	ns.
Projektstichprobe					
Fallzahl	N = 6	N = 21	N = 12	N = 18	
Krankenhausaufenthalte/ korrigierte Werte	Mw = 3,0 sd = 2,1	Mw = 3,1 sd = 2,1	Mw = 2,7 sd = 2,4	Mw = 5,2 sd = 6,6	ns.
Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & Wallis. Siehe auch Anhang: Tab. 53					

**Frage 3.3: Die Untergruppen als Prädiktoren des Krankheitsverlaufes**

Im Rahmen der multizentrischen Studie, die als Längsschnittuntersuchung durchgeführt wurde, wurde der somatische Krankheitsstatus der MC.-Patienten über einen Zeitraum von zwei Jahren umfassend dokumentiert. Auf der Grundlage dieser Dokumentation ordnete ein Team speziell erfahrener Gastroenterologen die MC.-Patienten vier Krankheitsverlaufstypen zu, die vom schlechtesten (=1) bis zum besten Krankheitsverlauf (=4) eine Rangreihe bilden. Die Kriterien, die dieser Zuordnung zugrunde liegen, wurden bereits an anderer Stelle beschrieben (siehe Seite 95). Auf der Grundlage dieser Einordnung der Krankheitsverläufe kann die Bedeutung der postulierten Untergruppen als Prädiktoren für den Krankheitsverlauf untersucht werden. In Tabelle 19 sind die Krankheitsverläufe für die Subgruppen dargestellt. Für jede Gruppe wurde dazu ein mittlerer Rangwert gebildet. Aus Tabelle 19 geht hervor, daß sich die Krankheitsverläufe der Patienten der Untergruppen im Mittel nicht unterscheiden.

**Tabelle 19: Der Krankheitsverlauf in der multizentrischen Studie während der zweijährigen Beobachtungszeit. Die Untergruppen im Vergleich**

	Untergruppen				statistischer Vergleich
	1.Rest-gruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	
Fallzahl	N = 5	N = 29	N = 12	N = 21	
Krankheitsverlauf/ mittlere Rangsumme	Mw = 2,4 sd = 1,3	Mw = 2,8 sd = 1,1	Mw = 2,8 sd = 1,0	Mw = 2,7 sd = 1,1	ns.
Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS. Siehe auch Anhang: Tab. 54					

### Zusammenfassung der Hauptergebnisse

**Frage 3 - 3.2:** Es wurden verschiedene Aspekte des somatischen Krankheitsverlaufes in Beziehung zu den postulierten Untergruppen untersucht. Dabei konnte zwischen den Patienten der postulierten Untergruppen im Mittel kein Unterschied in bezug auf die Krankheitsdauer und die Frequenz der bisherigen stationären Behandlungen festgestellt werden.

Die verleugnenden Patienten wurden jedoch im Mittel tendenziell seltener operativ durch eine Darmentfernung behandelt als die Patienten der flexiblen und der autoaggressiv-depressiven Subgruppe. **Frage 3.3:** Die postulierten Subgruppen sind, wie erwartet, keine relevanten Prädiktoren für den Krankheitsverlauf, wie er im Rahmen der multizentrischen Studie beobachtet wurde.

## 7.4 Psychische Beschwerden und Lebenszufriedenheit

Das folgende Kapitel befaßt sich mit der Untersuchung der psychischen Befindlichkeit bei den Patienten der postulierten Untergruppen. Es wird der Frage nachgegangen, wie sich die Patienten in verschiedenen Beschwerdebereichen voneinander unterscheiden. Vier Bereiche, in denen Beeinträchtigungen vorliegen können, werden in die Untersuchung einbezogen: Das Ausmaß depressiver Beschwerden, die Zustandsangst (Ängstlichkeit), die Lebenszufriedenheit und die Belastung durch Symptome im engeren Sinne. Bezüglich Depression, Ängstlichkeit und Lebenszufriedenheit wurden die Patienten um eine Selbstbeschreibung anhand des Beck Depressionsinventars (BDI), des State-Trait-Angstinventars (STAI) und des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (LEZU) gebeten. Die symptomatischen Beschwerden wurden durch ein Fremdrating mit dem PSKB (Psychischer und sozial-kommunikativer Befund) auf der Grundlage des Interviews erfaßt.

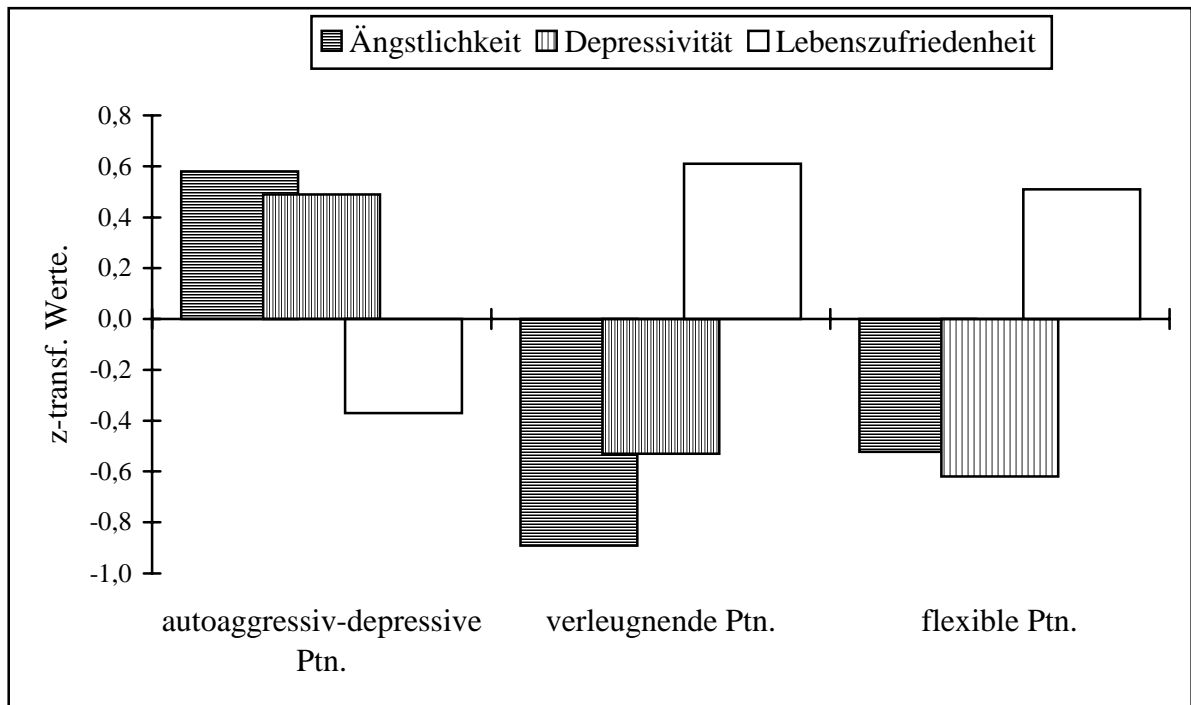
Neuere Untersuchungen haben gezeigt, daß die seelischen Beschwerden durch die Krankheitsaktivität beeinflusst werden (vergl. Tabelle 1, Seite 22). Bei der folgenden Auswertung wird diesem Sachverhalt auf zweierlei Weise Rechnung getragen. Zunächst werden die Beschwerden auf dem Hintergrund der Projektstichprobe analysiert, die ausschließlich Patienten einschließt, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in Remission befanden. Bei der multizentrischen Stichprobe, die remittierte Patienten und Patienten im Schub umfaßt, wird zur Messung von Interaktionseffekten ein multivariates Vorgehen gewählt, dabei bilden die postulierten Untergruppen *und* die Krankheitsaktivität mit den Abstufungen „Schub versus Remission“ die Faktoren der Analyse.

**Frage 4-4.2:** Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich 4) Depression, 4.1) Ängstlichkeit, 4.2) Lebenszufriedenheit? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß sich die Patienten der autoaggressiv-depressiven Gruppe im Vergleich zu den Patienten der verleugnenden Gruppe und der flexiblen Gruppe am meisten depressiv und ängstlich und am wenigsten lebenszufrieden beschreiben. Es wird erwartet, daß die verleugnenden Patienten vergleichsweise am wenigsten Depressivität, Angst und die höchste Lebenszufriedenheit angeben. **Frage 4.3:** Wie verändert sich die Beschwerdesituation der Patienten in Abhängigkeit von dem Krankheitszustand? **Hypothese:** Die Patienten beschreiben sich im Schub depressiver, ängstlicher und weniger lebenszufrieden. **Frage 4.4:** Besteht eine Wechselwirkung zwischen Untergruppenzugehörigkeit und der psychischen Belastung durch den Schub? Diese Frage wird exploratorisch untersucht. **Frage 4.5:** Wie ist die Beschwerdesituation der Patienten der postulierten Untergruppen zu bewerten, wenn sie mit klinisch auffälligen und klinisch unbelasteten Gruppen verglichen werden? Diese Frage wird exploratorisch untersucht. **Frage 4.6:** Unterscheiden sich die MC.-Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich symptomatischer Beschwerden, die im klinischen Interview erhoben werden? **Hypothese:** Die autoaggressiv-depressiven Patienten werden als am meisten belastet wahrgenommen. Die verleugnenden und die flexiblen Patienten werden exploratorisch miteinander verglichen.

**Frage 4-4.2:** Die Beschwerdesituation im Spiegel der Selbstbeschreibungsinstrumente bei der Projektstichprobe.

Wie die Abb.7 und Tabelle 20 zeigen, schätzen sich die Patienten der autoaggressiv-depressiven Gruppe hypothesenkonform signifikant depressiver, ängstlicher und lebensunzufriedener ein als die Patienten der übrigen Gruppen.

**Abbildung 7: Angst, Depression und Lebenszufriedenheit bei den postulierten Subgruppen, ohne die Restgruppe. Ergebnisse der Projektstichprobe**



Zwischen den verleugnenden und den flexiblen Patienten findet sich entgegen der Erwartung aber kein bedeutsamer Unterschied bezüglich der Selbsteinschätzung. Eine idealisierende Selbstbeschreibung, die dazu führt, daß die Patienten der verleugnenden Subgruppe kaum Beschwerden angeben und eine optimale Lebenszufriedenheit berichten, so daß sie im Mittel zufriedener als alle anderen Patienten erscheinen, kann nicht bestätigt werden. Die Patienten der Restgruppe entsprechen in ihrer Beschwerdeschilderung -im Mittel- weitgehend den autoaggressiv-depressiven Patienten, wobei ein signifikanter Unterschied zu den Subgruppen (3) und (4) nur für die Merkmale Ängstlichkeit und Lebenszufriedenheit gesichert werden kann.

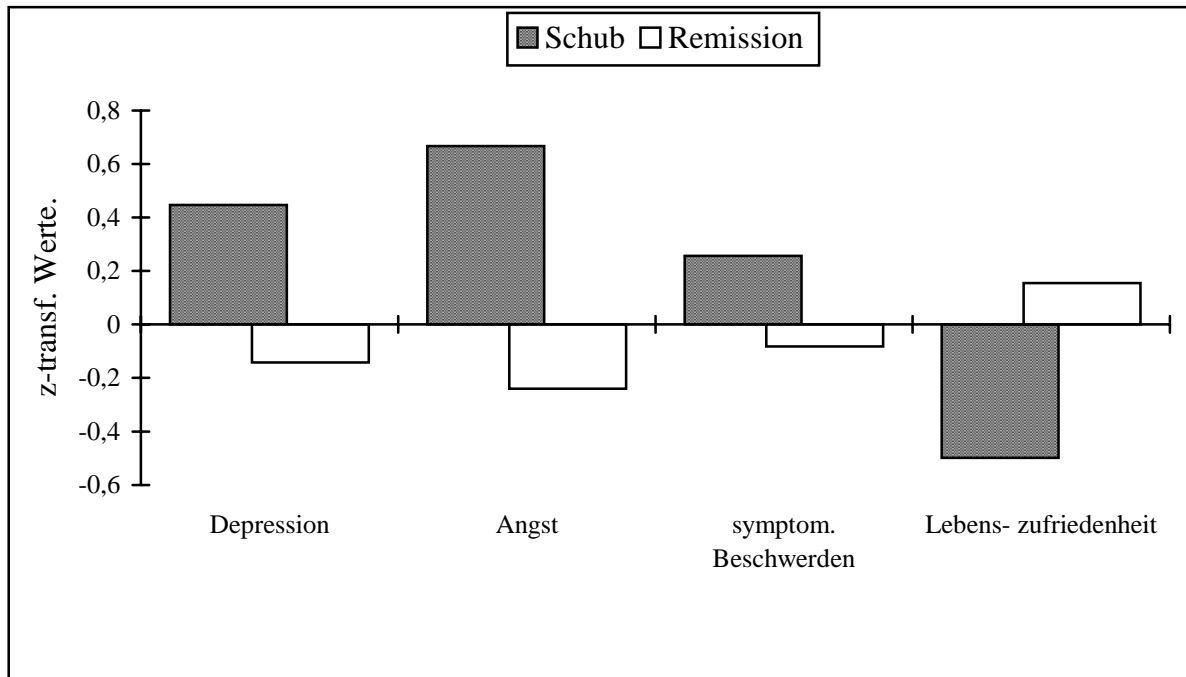
**Tabelle 20: Beschwerdesituation in der Projektstichprobe, bezogen auf die Selbstbeschreibungsinstrumente. Die Untergruppen im Vergleich**

	Untergruppen				statistischer Vergleich			
	1. Rest-gruppe	2. autoaggressiv-depressive Ptn.	3. verleugnende Ptn.	4. flexible Ptn.	1/3	1/4	2/3	2/ 4
Fallzahl	N = 7	N = 24	N = 11	N = 18				
Depressivität (BDI)	Mw = 14,5 sd = 10,6	Mw = 13,5 sd = 6,9	Mw = 5,9 sd = 3,5	Mw = 5,5 sd = 4,0	ns.	**	***	***
Ängstlichkeit (STAI)	Mw = 47,2 sd = 9,8	Mw = 47,8 sd = 7,3	Mw = 33,7 sd = 6,3	Mw = 37,2 sd = 7,5	**	**	***	***
Lebenszufriedenheit (LEZU)	Mw = 53,2 sd = 16,5	Mw = 57,2 sd = 17,7	Mw = 75,2 sd = 11,6	Mw = 73,5 sd = 15,2	***	**	**	**
Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine hohe Ängstlichkeit und Depressivität und eine hohe Lebenszufriedenheit an. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002; siehe auch Anhang: Tab. 55								

**Frage 4.3: Beschwerdesituation und Krankheitsaktivität in der multizentrischen Stichprobe**

Abb. 8 zeigt den Einfluß der Krankheitsaktivität auf die von den Patienten selbst berichtete Angst, Depression und Lebenszufriedenheit und die symptomatischen Beschwerden, wie sie anhand des Interviews eingeschätzt werden. Bezogen auf die Selbstbeschreibungsinstrumente findet sich erwartungsgemäß ein signifikant schlechteres Befinden bei den Patienten, die zum Zeitpunkt der Erhebung im Schub sind. Im Verhältnis zu den Patienten, die sich in Remission befinden, ist die Depressivität und die Angst der Patienten im Schub -im Mittel- signifikant erhöht und ihre Lebenszufriedenheit signifikant erniedrigt. Bei einer Beobachtung im Verlauf läßt sich darüber hinaus zeigen, daß sich die Befindlichkeit der Patienten im Schub bessert, sobald sie nach einiger Zeit wieder in Remission kommen. Obwohl der symptomatische Beschwerdedruck während der aktiven Krankheitsphase augenscheinlich auch etwas zunimmt, kann hier jedoch kein Effekt der Krankheitsaktivität gesichert werden.

**Abbildung 8: Angst, Depression, symptomatische Beschwerden und Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität: Im Schub versus in Remission. Ergebnisse der multizentrischen Studie**



Anmerkung: die Skalen des BDI, des STAI und des LEZU wurden z-transformiert, so daß die Untersuchungsbefunde gemeinsam in einer Abbildung darstellbar sind.

**Frage 4.4:** Wechselwirkungen zwischen der Untergruppenzugehörigkeit und der Krankheitsaktivität

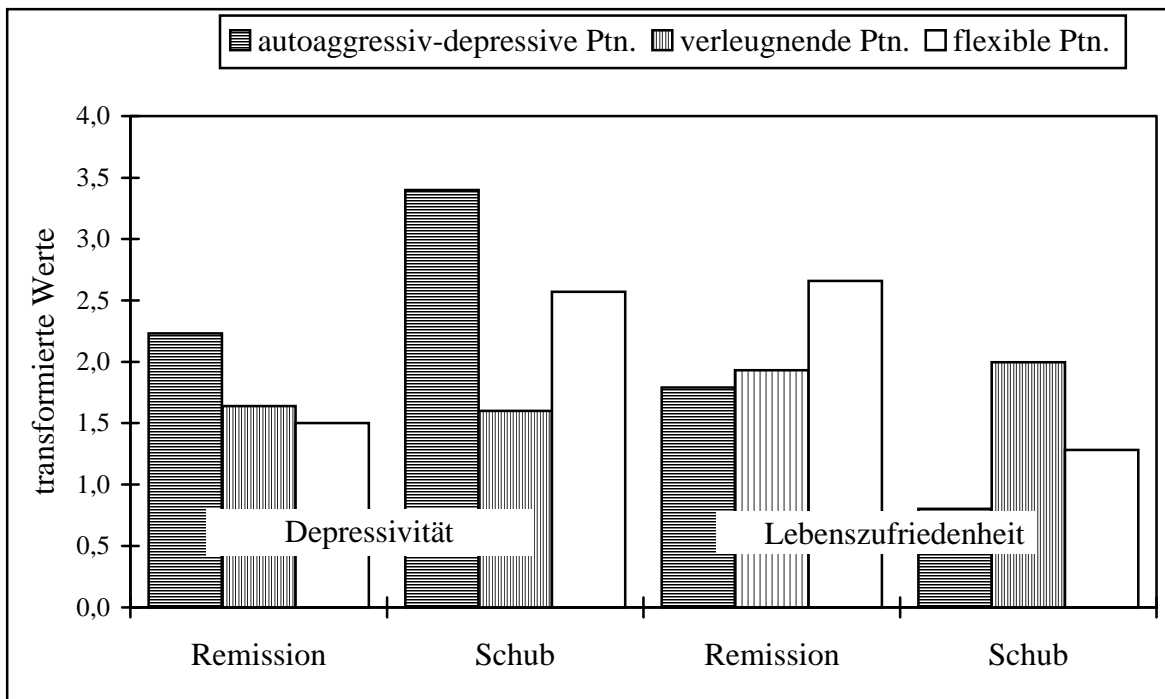
Bei der multivariaten Analyse werden die Krankheitsaktivität (Schub vs. Remission) und die postulierten Untergruppen gemeinsam in ihrem Einfluß auf die abhängigen Variablen Depression, Ängstlichkeit und Lebenszufriedenheit untersucht. Wegen der sehr kleinen Fallzahl wird die Restgruppe von der multivariaten Analyse ausgeschlossen.

In die Auswertung des Angstfragebogens (STAI) können nur die Daten von N=53 Patienten einbezogen werden. Diese Zahl ist deswegen geringer als das sonst auswertbare Kollektiv, weil durch projektbedingte Anlaufschwierigkeiten zum ersten Untersuchungszeitpunkt einem Teil der Patienten eine falsche Version des Fragebogens ausgehändigt wurde.

Wie Abb. 9 und Tabelle 21 zeigen, besteht eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Krankheitsaktivität und Untergruppe. Eine signifikante Wechselwirkung ergibt sich bezüglich der Lebenszufriedenheit. Bei dem Untersuchungsmerkmal Depressivität deutet sich eine Wechselwirkung zumindest als Tendenz an.



**Abbildung 9: Wechselwirkungen zwischen Krankheitsaktivität und Untergruppenzugehörigkeit bei den Variablen Depression und Lebenszufriedenheit. Ergebnisse der multizentrischen Stichprobe**



Anmerkung: die Skalen des BDI und des LEZU wurden aus darstellungstechnischen Gründen transformiert. (z-Transformation, anschließend Addition einer Konstante um negative Zahlenwerte zu vermeiden). Hohe Werte zeigen ein hohes Maß an Depressivität, aber auch ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit an.

Eine Mehrbelastung im Sinne gesteigerter Depressivität und verminderter Lebenszufriedenheit im Schub berichten demnach nur die autoaggressiv-depressiven und die flexiblen Patienten. Demgegenüber scheint, abweichend von dem Befund, der für die Gesamtgruppe festgestellt wurde, die Krankheitsaktivität bei den verleugnenden Patienten -im Mittel- weder die Depressivität noch die Lebenszufriedenheit zu beeinflussen. Bezogen auf das Merkmal Ängstlichkeit läßt sich wegen der lückenhaften Erhebung keine Aussage über Interaktionseffekte treffen. Nur zwei akut kranke Patienten der verleugnenden Subgruppe wurden mit dem STAI dokumentiert.

Wie aus Tabelle 21 zu ersehen ist, finden sich für Depression und Lebenszufriedenheit hoch signifikante Effekte für die Faktoren Untergruppe und Krankheitsaktivität. Die Variable Ängstlichkeit kann wegen der geringen Zahl akut kranker Patienten nicht multivariat ausgewertet werden.

**Tabelle 21: Ergebnisse der multivariaten varianzanalytischen Auswertung, bezogen auf die Faktoren Untergruppe und Krankheitsaktivität. Ergebnisse der multizentrischen Studie**

	abhängige Variablen				
	Depression		Ängstlichkeit	Lebenszufriedenheit	
Fallzahl	N=76		N=53	N=73	
unabhängige Variablen/ Faktoren	Ergebnisse der Signifikanzprüfung			Ergebnisse der Signifikanzprüfung	
	F-Wert	p-Wert	nicht auswertbar wegen zu geringer Fallzahl in der verleugnenden Subgruppe	F-Wert	p-Wert
Haupteffekte	10,8	0,00		7,2	0,00
Faktor: Krankheitsaktivität	10,8	0,00		8,0	0,006
Faktor: Untergruppe	6,55	0,013		4,3	0,017
Wechselwirkung zwischen den Faktoren Untergruppe und Krankheitsaktivität	2,9	0,06		3,6	0,021
Anmerkung: 2-faktorielle ANOVA; Varianzschätzung nach dem Regressionsmodell					

**Frage 4-4.2:** Beschwerdesituation im Spiegel der Selbstbeschreibungsinstrumente bei der multizentrischen Stichprobe

In Tabelle 22 werden die Mittelwerte der 6 Teilgruppen vergleichend gegenübergestellt, die sich im Schnittfeld der zwei Faktoren Untergruppe und Krankheitsaktivität ergeben. Es wird deutlich, daß die autoaggressiv-depressiven und die flexiblen Patienten im Schub einen massiven Einbruch ihrer Befindlichkeit erleben. Im Schub beschreiben sich diese Patienten -im Mittel- signifikant ängstlicher, depressiver und lebensunzufriedener.

Bei den Patienten der verleugnenden Subgruppe hat die Exazerbation der Erkrankung demgegenüber keinen signifikanten Einfluß auf die beschriebene Befindlichkeit. Vergleicht man die postulierten Subgruppen unter der Bedingung, daß sich die Patienten im Schub befinden, erscheinen die Unterschiede, die zwischen der verleugnenden Subgruppe und der autoaggressiv-depressiven Subgruppe in Remission vorgefunden werden, akzentuiert. Die autoaggressiv-depressiven Patienten sind im Schub signifikant depressiver, ängstlicher und tendenziell lebensunzufriedener als die Patienten der verleugnenden Subgruppe.

In der Remissionsphase sind die Befunde weniger eindeutig. Das geringere Ausmaß depressiver Beschwerden, das hier für die verleugnende Subgruppe erwartet wird, ist nur als Tendenz feststellbar. Ein gänzlich unerwarteter Befund ergibt sich hinsichtlich der Lebenszufriedenheit. Erwartet wurde, daß die verleugnenden Patienten eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit berichten. Tatsächlich kann hier jedoch keine bessere Lebenszufriedenheit im Vergleich zu den autoaggressiv-depressiven Patienten festgestellt werden.

Im Vergleich zu den flexiblen Patienten erscheinen die autoaggressiv-depressiven Patienten in allen Bereichen signifikant mehr belastet. Jedoch verwischen sich diese Unterschiede, wenn die beiden Teilgruppen während einer aktiven Krankheitsphase gegenübergestellt werden. Im Schub werden die Patienten der flexiblen und der autoaggressiv-depressiven Subgruppe einander ähnlicher. Hinsichtlich Depression und Lebenszufriedenheit ist in der aktiven Krankheitsphase kein Unterschied mehr feststellbar.

Anders als erwartet kann auch hier wiederum nicht davon gesprochen werden, daß die verleugnenden Patienten eine idealisierte Schilderung ihrer Befindlichkeit abgeben. Das Befinden der verleugnenden Patienten ist nämlich im Mittel keineswegs besser als das der flexiblen Subgruppe.

**Tabelle 22: Depression, Ängstlichkeit und Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität und der Untergruppenzugehörigkeit. Ergebnisse der multizentrischen Studie**

	Untergruppen			statistischer Vergleich zwischen den Untergruppen		
	2. autoaggressiv-depressive Ptn.	3. verleugnende Ptn.	4. flexible Ptn.	2/3	2/4	3/4
<b>Depressivität</b>						
Remission	Mw = 13,4 sd = 7,0 N = 23	Mw = 8,85 sd = 6,2 N = 13	Mw = 8,0 sd = 5,4 N = 20	*	**	ns.
Schub	Mw = 23,0 sd = 9,4 N = 10	Mw = 7,2 sd = 5,2 N = 5	Mw = 15,2 sd = 8,7 N = 5	**	ns.	ns.
statistischer Vergleich: Schub vs. Remission; p-Werte	.01	ns.	.02			
<b>Ängstlichkeit</b>						
Remission	Mw = 45,6 sd = 8,9 N = 15	Mw = 36,1 sd = 9,2 N = 10	Mw = 33,4 sd = 8,4 N = 14	**	**	ns.
Schub	Mw = 55,4 sd = 7,5 N = 8	Mw = 43 sd = 0 N = 2	Mw = 41 sd = 12,1 N = 5	---	**	ns.
statistischer Vergleich: Schub vs. Remission; p-Werte	.01	nicht auswertbar	.02			
<b>Lebenszufriedenheit</b>						
Remission	Mw = 55.8 sd = 17.8 N = 23	Mw = 59 sd = 17,6 N = 12	Mw = 71.5 sd = 14,7 N = 20	ns.	**	**
Schub	Mw = 35.8 sd = 20,3 N = 10	Mw = 60 sd = 12,5 N = 5	Mw = 48.2 sd = 15,1 N = 5	*	ns.	ns.
statistischer Vergleich: Schub vs. Remission; p-Werte	.01	ns.	.004			
Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine hohe Ängstlichkeit und Depressivität und eine hohe Lebenszufriedenheit an. Prüfstatistik H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002; siehe auch Anhang: Tab. 56						

**Exkurs:** Depression, Angst und Lebenszufriedenheit bei den Subgruppen über die gesamte Studienzeit

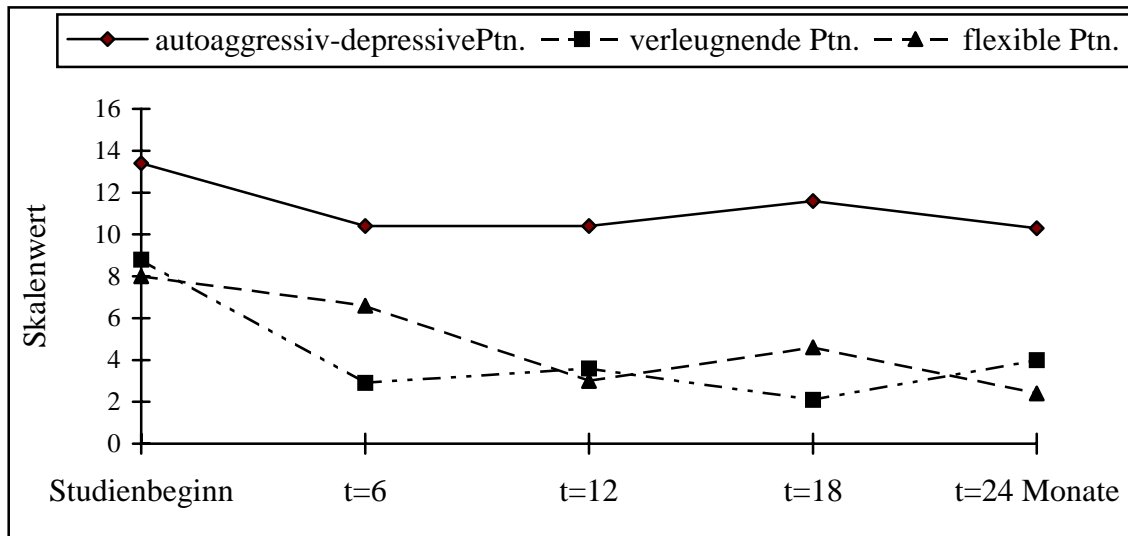
Für die Bewertung der Ergebnisse, wie sie oben dargestellt wurden, ist es hilfreich, die Entwicklung von Depression, Angst und Lebenszufriedenheit über den gesamten Verlauf der Studie zu kennen. Dieser Verlauf ist in den nachfolgenden Abbildungen 10 bis 12 dargestellt. Es werden jeweils nur die Patienten zusammengefaßt, die sich zu dem entsprechenden Meßzeitpunkt in Remission befanden. Im Ergebnis kann festgestellt werden, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten während der gesamten Studienzeit signifikant stärker belastet sind als die Patienten der beiden anderen Subgruppen (siehe Anhang: Tabelle 57). Es wird außerdem deutlich, daß die vergleichsweise geringe Lebenszufriedenheit der verleugnenden Patienten zu Studienbeginn offenbar ein einmaliges Phänomen darstellt. Zum zweiten Meßzeitpunkt, also 6 Monate nach Aufnahme in die Studie, kommt es zu einer markanten -und wie sich zeigen läßt signifikanten<sup>1</sup>- Zunahme der Lebenszufriedenheit und einem deutlichen, ebenfalls signifikanten, Rückgang der Depressivität bei den Patienten der verleugnenden Subgruppe.

Zu allen späteren Untersuchungszeitpunkten schildern sich die verleugnenden Patienten dann auch signifikant lebenszufriedener, signifikant weniger ängstlich und depressiv, als die autoaggressiv-depressiven Patienten es tun. Zwischen den verleugnenden und den flexiblen Patienten kann zu keinem Zeitpunkt ein Unterschied hinsichtlich der Befindlichkeit festgestellt werden (siehe Anhang: Tabelle 57).

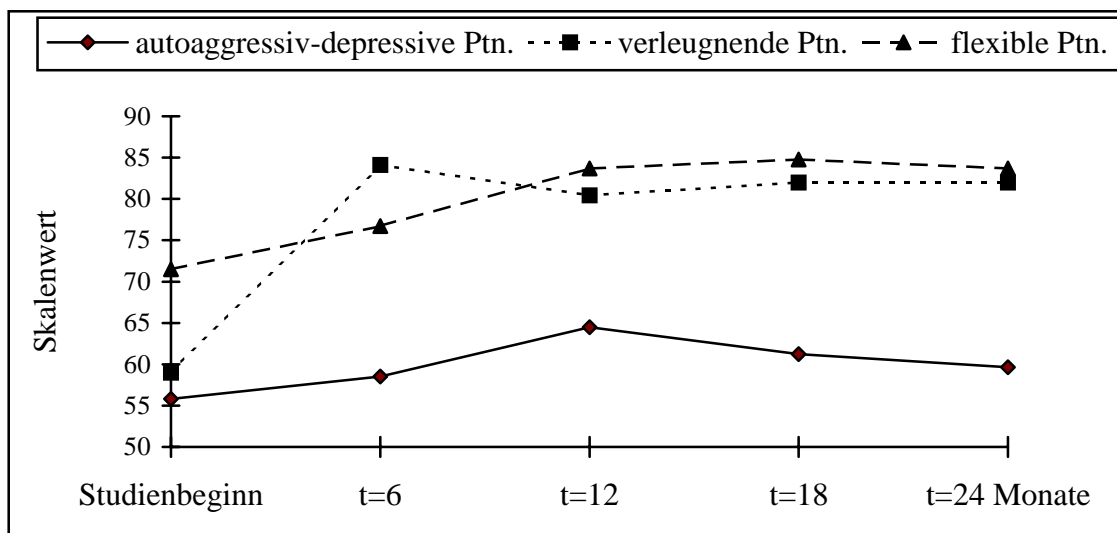
---

<sup>1</sup> Vom Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie bis zu der zweiten Erhebung zum Zeitpunkt t=6 Monate nimmt die Lebenszufriedenheit der verleugnenden Patienten im Mittel um 20,8 Skalenpunkte zu, die Depressivität hingegen um 4,8 Skalenpunkte ab. Die Zunahme der Lebenszufriedenheit ist bei zweiseitiger Testung in einem Meßwiederholungsdesign (t-Test für gepaarte Stichproben) signifikant ( $p = .006$ ). Der Rückgang der Depressivität, der etwas weniger prägnant ausfällt, ist ebenfalls signifikant ( $p = .048$ ).

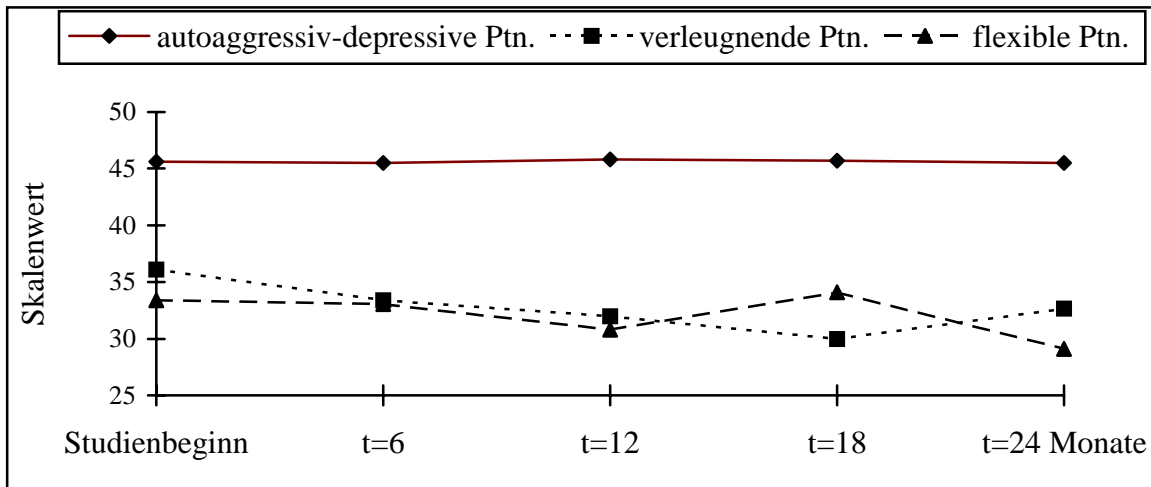
**Abbildung 10: Entwicklung der Depressivität in der multizentrischen Studie, vom Studienbeginn bis zum Studienabschluß nach 24 Monaten. Die Subgruppen im Vergleich**



**Abbildung 11: Entwicklung der Lebenszufriedenheit in der multizentrischen Studie, vom Studienbeginn bis zum Studienabschluß nach 24 Monaten. Die Subgruppen im Vergleich**



**Abbildung 12: Entwicklung der Angst in der multizentrischen Studie, vom Studienbeginn bis zum Studienabschluß nach 24 Monaten. Die Subgruppen im Vergleich**



**Frage 4.5:** Vergleich der Depressions- und Ängstlichkeitswerte der Subgruppen mit klinischen und nicht-klinischen Referenzgruppen während der Remissionsphase.

In Tabelle 23 werden Vergleichswerte für die Variablen Depressivität, Lebenszufriedenheit und Ängstlichkeit dargestellt und den Befindlichkeitsangaben der MC.-Patienten gegenübergestellt. Für das Depressionsinventar und den Fragebogen zur Lebenszufriedenheit liegen nur Referenzwerte klinischer Gruppen vor. Die dargestellten Referenzgruppen für das Beck Depressionsinventar (BDI) und das State-Trait Angstinventar (STAI) setzen sich etwa zu gleichen Teilen aus Männern und Frauen zusammen. BALCK (1993) macht bei der Erhebung der Lebenszufriedenheit (LEZU) keine Angaben zum Geschlechtsverhältnis in der untersuchten Stichprobe.

Die Befindlichkeitswerte der Subgruppen aus der multizentrischen- und der Projektstichprobe werden bei dem Vergleich mit den Referenzgruppen zusammengefaßt. Aus der multizentrischen Stichprobe werden nur die Patienten einbezogen, die sich in Remission befinden.

**Tabelle 23: Befindlichkeitswerte der postulierten Subgruppen -Befunde der Projektstichprobe und der multizentrischen Stichprobe zusammengefaßt- im Vergleich zu Befindlichkeitswerten klinischer und nicht-klinischer Stichproben.**

Referenzgruppen		Untergruppen (Patienten in Remission)			statistischer Vergleich zwischen den Untergruppen und den Referenzgruppen		
		2.autoaggr.-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	r/2	r/3	r/4
Referenzwerte (r)							
<b>Lebenszufriedenheit</b>							
		N = 47	N = 23	N = 37			
Psychosomat. Patienten N=150 <sup>1</sup>	Mw= 45,5 sd = 17,8	Mw = 56,6 sd = 17,6	Mw = 66,3 sd = 17,1	Mw= 73,5 sd = 14,7	**	***	***
Ptn. mit neurotischen Störungen N=22 <sup>1</sup>	Mw= 38,2 sd = 19,5				***	***	***
<b>Ängstlichkeit</b>							
		N = 39	N = 21	N = 32			
heterogene klinische Gruppe N=211 <sup>2</sup>	Mw = 46,3 sd = 12,3	Mw = 47,0 sd = 7,9	Mw = 34,8 sd = 7,7	Mw = 35,6 sd = 8,0	ns.	***	***
Eichstichprobe N=2385 <sup>2</sup>	Mw = 35,8 sd = 9,4				***	ns.	ns.
<b>Depressivität</b>							
		N=47	N=23	N=37			
Unausgelesene Patientenstichprobe dreier psychosomatischer Fachkliniken. N=148 <sup>3</sup>	Mw=15,1 sd = 9,1	Mw=13,4 sd= 6,9	Mw=7,3 sd=5,7	Mw=6,3 sd= 4,9	ns.	***	***
Anmerkung: ( <sup>1</sup> ) siehe BALCK (1993); ( <sup>2</sup> ) siehe LAUX et al. (1981); ( <sup>3</sup> ) siehe ZIELKE (1993). Prüfstatistik: t-Test für unabhängige Stichproben bei ungleichen Varianzen; Welch-Test: *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002							

Vergleicht man die verleugnenden und die flexiblen Patienten mit den klinischen Referenzgruppen, zeigt sich, daß sich die Patienten der genannten Subgruppen -im Mittel- weniger depressiv, weniger ängstlich und lebenszufriedener beschreiben als die klinisch auffälligen Patienten. Ihre von ihnen selbst berichtete Angst entspricht den Angstwerten der Normstichprobe.

Die autoaggressiv-depressiven Patienten charakterisieren sich -im Mittel- etwa gleichermaßen depressiv und ängstlich wie die Patienten der klinischen Vergleichsgruppen. Sie beschreiben sich dementsprechend auch ängstlicher als die Patienten der Normstichprobe. Allerdings ist



ihre Lebenszufriedenheit signifikant besser als die der psychosomatisch oder psychoneurotisch gestörten Patienten.

**Tabelle 24: Befindlichkeitswerte der postulierten Subgruppen -auf der Basis der multizentrischen Stichprobe- während eines Schubes, im Vergleich zu Befindlichkeitswerten klinischer und nicht-klinischer Referenzgruppen.**

Referenzgruppen		Untergruppen		
		(Patienten im Schub)		
Referenzwerte		2. autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4. flexible Ptn.
<b>Lebenszufriedenheit</b>				
		N = 10	N = 5	N = 5
Psychosomatische Patienten N=150 <sup>1</sup>	Mw = 45,5 sd = 17,8	Mw = 35,8 sd = 20,3	Mw = 60,0 sd = 12,5	Mw = 48,2 sd = 15,1
Pt. mit neurotischen Störungen N=22 <sup>1</sup>	Mw = 38,2 sd = 19,5			
<b>Ängstlichkeit</b>				
		N = 8	N = 2	N = 5
heterogene klinische Gruppe N=211 <sup>2</sup>	Mw = 46,3 sd = 12,3	Mw = 55,4 sd = 7,5	Mw = 43 sd = 0	Mw = 41,0 sd = 12,1
Eichstichprobe N=2385 <sup>2</sup>	Mw = 35,8 sd = 9,4			
<b>Depressivität</b>				
		N = 10	N = 5	N = 5
Unausgelesene Patientenstichprobe dreier psychosomatischer Fachkliniken. N=148 <sup>3</sup>	Mw = 15,1 sd = 9,1	Mw = 23,0 sd = 9,4	Mw = 7,2 sd = 5,2	Mw = 15,2 sd = 8,7
Anmerkung: <sup>(1)</sup> siehe BALCK (1993); <sup>(2)</sup> siehe LAUX et al. (1981); <sup>(3)</sup> siehe ZIELKE (1993)				

Tabelle 24 wiederholt den Vergleich mit den Referenzgruppen unter der Bedingung, daß sich die MC.-Patienten der multizentrischen Stichprobe jetzt in einem akuten Schub befinden. Eine statistische Prüfung der Unterschiede, für die hier ein nonparametrisches Vorgehen angemessen wäre, wurde nicht durchgeführt, da die vorliegenden Kennwerte der Referenzgruppen (Mittelwert und Standardabweichung) zur Berechnung der erforderlichen Prüfstatistik nicht verwendet werden können. Aus Tabelle 22 ist aber gut zu ersehen, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten, die sich akut im Schub befinden, im Mittel sogar deutlich mehr Depression und Angst angeben als die als neurotisch oder psychosomatisch diagnostizierten Pa-

tienten<sup>1</sup> der Referenzgruppen. Auch ihre Lebenszufriedenheit sinkt merklich ab, hier auf das Niveau der neurotischen Vergleichsgruppe. Die Befindlichkeitswerte Depression, Angst und Lebenszufriedenheit der flexiblen Gruppe verschlechtern sich ebenfalls und nähern sich im Schub den Werten der klinisch auffälligen Patienten an. Bei den verleugnenden Patienten zeigt sich, wie schon dargestellt, keine Verschlechterung der Befindlichkeit im Schub.

**Frage 4.6:** Fremdeinschätzung des „symptomatischen Beschwerdedruckes“

Die Fremdbeurteilung richtet sich auf die Prävalenz von Beschwerden und Problemen, die im klinischen Kontext häufig als Leitsymptome psychischer Erkrankungen vorkommen: Allgemeine Angst, Angstanfälle, Phobien, Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, Depression, Suizidalität, Suchtzüge, ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl, innere Unruhe sowie ein gesteigerter oder geminderter Antrieb. Diese Symptome im engeren Sinne werden zu der Skala „symptomatischer Beschwerdedruck“ zusammengefaßt (siehe Seite 82 u. 88). Die folgende Auswertung bezieht sich auf die so konstruierte Beschwerdeskala.

Bei der multizentrischen Stichprobe werden, wegen der sehr kleinen Fallzahl, wiederum die Patienten der Restgruppe von der Analyse ausgeschlossen. Eine multivariate Analyse unter Einbeziehung der Krankheitsaktivität wird hier nicht durchgeführt. Schon bei der univariaten Prüfung des Einflusses der Krankheitsaktivität ließ sich kein entsprechender Einfluß der Krankheitsaktivität auf die Ausprägung der symptomatischen Beschwerden sichern.

**Tabelle 25: Symptomatischer Beschwerdedruck in der Projektstichprobe und der multizentrischen Stichprobe. Die Subgruppen im Vergleich während der Remissionsphase.**

	Untergruppen				statistischer Vergleich		
	1. Restgruppe	2. autoaggressiv-depressive Ptn.	3. verleugnende Ptn.	4. flexible Ptn.	1/3	1/4	2/3
<b>Projektstichprobe</b>							
Fallzahl	N = 7	N = 24	N = 11	N = 18			
symptomatische Beschwerden	Mw=0,62 sd =0,29	Mw = 0,46 sd = 0,45	Mw = 0,29 sd = 0,17	Mw = 0,34 sd = 0,19	**	**	*
<b>multizentrische Stichprobe</b>							
Fallzahl		N = 23	N = 12	N = 19	alle ns.		
symptomatische Beschwerden		Mw = 0,36 sd = 0,22	Mw = 0,31 sd = 0,19	Mw = 0,24 sd = 0,21			
Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002; siehe Anhang: Tabelle 58							

<sup>1</sup> HAUTZINGER (1994) geht bei einem BDI-Wert von mindestens 18 Punkten von einer klinisch relevanten Depression aus, bei einem Testwert von 12-17 Punkten spricht er von einer milden Depression

Die Ergebnisse der Auswertung sind in Tabelle 25 dargestellt. Bei der Projektstichprobe erscheinen die autoaggressiv-depressiven Patienten im Mittel etwas mehr belastet als die verleugnenden Patienten. Diese Mehrbelastung kann jedoch nur als ein Trend statistisch gesichert werden. Beim Vergleich zwischen der autoaggressiv-depressiven und der flexiblen Subgruppe findet sich indes kein bedeutsamer Unterschied. Als am meisten belastet werden im Mittel die Patienten der Restgruppe wahrgenommen. Sie unterscheiden sich signifikant von den flexiblen Patienten und den Patienten der verleugnenden Untergruppe. Bei der multizentrischen Stichprobe kann abweichend von den Ergebnissen der Projektstichprobe kein Unterschied zwischen den postulierten Subgruppen gesichert werden. Die Restgruppe wurde wegen der kleinen Fallzahl hier nicht in die Auswertung einbezogen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß sich die autoaggressiv-depressiven Patienten, entgegen der Erwartung, nicht von den verleugnenden und den flexiblen Patienten hinsichtlich der beobachtbaren symptomatischen Beschwerden unterscheiden. Es ist aber im Sinne der Hypothese, daß auch die flexiblen und die verleugnenden Patienten nicht differenziert werden können.

### **Exkurs: Spezifische Symptome**

Die klinisch begründete Zusammenfassung der Einzelsymptome in der Skala „symptomatischer Beschwerdedruck“ birgt die Möglichkeit, daß Unterschiede und Gemeinsamkeiten, die zwischen den Subgruppen bestehen, nicht aufgedeckt werden, weil einzelne Beschwerdebereiche, die zwischen den Subgruppen differenzieren, mit solchen Symptomen vermischt sind, bei denen sich die Subgruppen nicht unterscheiden. Dieser Möglichkeit soll im folgenden durch eine differenzierte Betrachtung der Symptome nachgegangen werden. Dazu werden die Symptome der Skala „symptomatischer Beschwerdedruck“ je einzeln im Verhältnis zu den Untergruppen analysiert. Bei dieser Auswertung werden die Projektstichprobe und die multizentrische Stichprobe zusammengefaßt. Aus der multizentrischen Stichprobe werden die Patienten, die sich im Schub befinden, ausgeschlossen. Die Ergebnisse der Auswertung enthält Tabelle 26.

**Tabelle 26: Spezifische Symptome der Skala „symptomatischer Beschwerdedruck“. Die Untergruppen im Vergleich während der Remissionsphase. Die Projektstichprobe und die multizentrische Stichprobe wurden zusammengefaßt**

Symptome	Untergruppen				Statistischer Vergleich					
	1. Rest- gruppe	2. autoag- gressiv- depressive Ptn.	3. verleug- nende Ptn.	4. flexible Ptn.	1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
Fallzahl	N=12	N=47	N=24	N=37						
jetzt depres- siv	Mw=1,44 sd =0,76	Mw=0,94 sd =0,72	Mw=0,48 sd =0,58	Mw=0,58 sd =0,65	*	***	***	**	*	ns.
jetzt suicidal	Mw=0,25 sd =0,38	Mw=0,17 sd=0,42	Mw=0,07 sd= 0,37	Mw=0,07 sd= 0,28	ns.	**	**	ns.	ns.	ns.
Selbstwert gemindert	Mw=0,59 sd= 0,51	Mw=0,69 sd =0,84	Mw=0,13 sd =0,32	Mw=0,18 sd =0,44	ns.	***	***	***	***	ns.
allgemeine Angst	Mw=0,59 sd =0,45	Mw=0,62 sd =0,72	Mw=0,15 sd =0,35	Mw=0,33 sd =0,55	ns.	**	*	**	*	ns.
Zwangs- handlungen	Mw=0,58 sd =0,95	Mw=0,1 sd =0,31	Mw=0,23 sd =0,50	Mw=0,14 sd =0,35	**	ns.	ns.	ns.	ns.	ns.
Antrieb gesteigert / gemindert	Mw=0,82 sd =0,57	Mw=0,44 sd =0,54	Mw=0,50 sd =0,71	Mw=0,29 sd =0,49	*	*	**	ns.	ns.	ns.
Zwangsge- danken	Mw=0,54 sd =0,57	Mw=0,21 sd =0,43	Mw=0,14 sd =0,36	Mw=0,25 sd =0,47	*	*	ns.	ns.	ns.	ns.
Angstanfall	Mw=0,1 sd =0,34	Mw=0,17 sd =0,45	Mw=0,0 sd =0	Mw=0,12 sd =0,39	ns.	ns.	ns.	*	ns.	ns.
Phobie	Mw=0,17 sd =0,37	Mw=0,37 sd =0,66	Mw=0,36 sd =0,48	Mw=0,29 sd =0,58	ns.	ns.	ns.	ns.	ns.	ns.
innere Unru- he	Mw=0,44 sd =0,76	Mw=0,66 sd =0,68	Mw=0,72 sd =0,77	Mw=0,63 sd =0,76	ns.	ns.	ns.	ns.	ns.	ns.
jetzt Sucht- züge	Mw=0,82 sd=1,0	Mw=0,44 sd =0,59	Mw=0,50 sd =0,71	Mw=0,29 sd =0,64	ns.	ns.	ns.	ns.	ns.	ns.
Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002										

Für die Abgrenzung der postulierten Untergruppen (autoaggressiv-depressive Ptn., verleugnende Ptn. und flexible Ptn.) voneinander sind als Ergebnis der differenzierten Betrachtung drei Symptome besonders relevant, nämlich: Depressivität, Selbstwertminderung und allgemeine Angst. Bezieht man weiterhin zwei Symptome ein, die zwischen der Restgruppe und den übrigen Subgruppen eindeutig differenzieren, nämlich die Störung des Antriebes und die Suizidalität, dann ergibt es sich, daß es sich hier vor allem um Aspekte der Depression handelt, bei denen sich Unterschiede zwischen den Subgruppen zeigen.

Die separate Analyse der Symptome führt zu dem Eindruck, der sich bereits auf Skalenebene bei der Projektstichprobe angedeutet hat, daß nämlich die Patienten der Restgruppe am stärksten psychisch beeinträchtigt scheinen. Die Analyse auf Symptomebene legt darüber hinaus eine Differenzierung des Befundes nahe, der bei der Auswertung auf Skalenebene festgestellt wurde: Die autoaggressiv-depressiven Ptn. unterscheiden sich im Mittel von den Patienten der flexiblen und der verleugnenden Untergruppe, sofern depressionstypische Symptome ins Auge gefaßt werden. Werden indes bei der Fremdbeobachtung andere klinisch relevante Symptome, wie Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, spezifische Ängste, Suchtzüge oder innere Unruhe fokussiert, kann kein Unterschied zwischen den postulierten Subgruppen beobachtet werden.

### **Exkurs: Geschlechtseffekte**

Es ist nahezu ein Allgemeinplatz, daß Frauen i.d.R. mehr Beschwerden angeben als es männliche Pbn. tun, wenn sie im Rahmen einer Fragebogenerhebung um eine Selbsteinschätzung gebeten werden. Auf diesem Hintergrund ergibt sich ein ernst zu nehmender Einwand gegen die vorliegenden Ergebnisse, nämlich, daß die Unterschiede, die zwischen den Subgruppen gefunden wurden, nicht mehr sind als das Resultat der etwas unterschiedlichen Geschlechtsverteilung zwischen den Subgruppen. Sind die gefundenen Unterschiede im Befinden tatsächlich nur ein Geschlechtseffekt? Um diese Frage zu klären, wurde der Einfluß des Geschlechts und der Einfluß der Untergruppenzugehörigkeit auf die hier untersuchten Skalen im Rahmen eines zweifaktoriellen Auswertungsplanes geprüft. Dabei läßt sich ein signifikanter Geschlechtseffekt nur für die Variable Depressivität im Rahmen der multizentrischen Studie feststellen. Frauen sind danach signifikant ( $p = 0.048$ ) depressiver. Zugleich findet sich bei der Variablen Depressivität ein hoch signifikanter ( $p = 0,005$ ) Unterschied zwischen den Subgruppen.

Bei allen anderen Befindlichkeitsvariablen besteht lediglich ein signifikanter Effekt des Faktors Untergruppe. Zwar zeigt sich nach Augenschein auch hier eine geringe Mehrbelastung der Frauen, diese Tendenz kann jedoch statistisch nicht abgesichert werden. In keinem Fall besteht eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Untergruppenzugehörigkeit und Geschlecht. Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind im Angang (siehe Tabelle 59) zusammenfassend dargestellt.

Es kann somit festgehalten werden, daß die oben berichteten Unterschiede zwischen den Subgruppen nicht auf das unterschiedliche Geschlechtsverhältnis bei den Subgruppen zurückgeführt werden können.

### **Zusammenfassung der Hauptergebnisse**

**Frage 4-4.2:** Die Patienten der autoaggressiv-depressiven Subgruppe beschreiben sich vergleichsweise am meisten depressiv, ängstlich und lebensunzufrieden. Sie sind mehr belastet als die verleugnenden und die flexiblen Patienten. Auch ihre Lebenszufriedenheit ist insgesamt gesehen geringer ausgeprägt. Die Ergebnisse widersprechen jedoch der Annahme, daß die verleugnenden Patienten im Sinne einer idealisierenden Selbstschilderung fast keine Beschwerden nennen. Entgegen der Erwartung findet sich kein Unterschied zwischen der flexiblen und der verleugnenden Subgruppe.

**Frage 4.3 und Frage 4.4:** Ein überraschendes Ergebnis resultiert unter Berücksichtigung der Krankheitsaktivität als Einflußfaktor auf die Befindlichkeit. Während die flexiblen und die autoaggressiv-depressiven Patienten im Schub erwartungsgemäß eine signifikante Befindlich-

keitsverschlechterung berichten, ist bei den verleugnenden Patienten ein solcher Einfluß der Krankheitsaktivität auf Depression und Lebenszufriedenheit nicht nachweisbar. Die Hypothese, daß die MC.-Patienten im Schub eine signifikante Verschlechterung ihres Befindens angeben, muß nach diesen Ergebnissen differenziert gesehen werden.

**Frage 4.5:** Das Ausmaß der Angst und Depression, das die autoaggressiv-depressiven Patienten in Remission berichten, kommt den Beschwerdeangaben klinischer Vergleichsgruppen nahe. Die flexiblen und die verleugnenden Patienten berichten in Remission signifikant weniger Beschwerden als die Ptn. der klinischen Referenzgruppen. Die berichtete Angst entspricht den Werten der Normstichprobe.

**Frage 4.6:** Die zusammenfassende Beschreibung symptomatischer Beschwerden aus der Perspektive eines Fremdbeobachters führt zu dem Ergebnis, daß sich die Subgruppen nicht voneinander unterscheiden. Ein Unterschied zwischen den Subgruppen ergibt sich, wenn einzelne Symptome ins Auge gefaßt werden. Unterschiede zeigen sich dann vor allem bei depressionstypischen Symptomen.

Die Patienten der Restgruppe beschreiben sich ähnlich belastet und lebensunzufrieden wie die autoaggressiv-depressiven Patienten. Aus der Perspektive eines klinischen Urteilers erscheinen die Patienten der Restgruppe am meisten symptomatisch belastet.

Es konnte gezeigt werden, daß die vorbeschriebenen Unterschiede zwischen den Subgruppen nicht durch die leicht unterschiedliche Geschlechtsverteilung zwischen den Subgruppen erklärt werden.

## 7.5 Bewältigung und Abwehr

Die postulierten Untergruppen repräsentieren i.S des theoretischen Vorverständnisses und der Operationalisierung dominante Formen der Auseinandersetzung mit Belastungen, mit inneren und äußeren Konflikten und Affekten. Das folgende Auswertungskapitel befaßt sich ganz allgemein mit der Frage, inwieweit diese Sichtweise trägt, wenn das Abwehr- und Bewältigungsverhalten mit unterschiedlichen Methoden und aus verschiedenen Perspektiven untersucht wird. Die Untersuchungsbefunde, die dazu gesichtet werden, wurden ausschließlich im Rahmen der Projektstichprobe erhoben.

### Vorbemerkung

In der folgenden Analyse kommen zwei Konzepte zur Anwendung, die sich in etwas unterschiedlicher Form mit Abwehr- und Bewältigung auseinandersetzen, nämlich das Konzept des Coping (vergl. LAZARUS 1993) und das Konzept der Abwehr. Gemeinsam ist beiden Konzepten ein Grundverständnis, das das Individuum als aktiven und selbstreflexiven Gestalter begreift, wobei Coping und Abwehr als Handlungsstrategien verstanden werden, durch die das Individuum auf sich selbst und seine Umwelt gezielt einwirkt und dabei Lösungen erarbeitet, die der Wiederherstellung und Sicherung des Wohlbefindens dienen (siehe: Bewältigung und Abwehr im Krankheitsprozess S.43). Dieses gemeinsame Grundverständnis ist die Basis für den Versuch verschiedener Autoren, das psychoanalytische Abwehrkonzept mit dem Copingkonzept zu verbinden (HAAN 1977, STEFFENS und KÄCHELE 1988). Für diese Zusammenführung spricht u.a., daß das Abwehrkonzept eher die Defizite bei dem Bewältigungsprozeß ins Auge faßt, während das Copingkonzept besonders auch die produktiven Wege der Anpassung thematisiert (LAZARUS 1993, HAAN 1977). Ein bedeutsamer Unterschied ergibt

sich bei der Operationalisierung der Konzepte. Abwehr ist per Definition ein vorbewußter oder unbewußter Prozeß (LAPLANCHE und PONTALIS 1982, S. 24 f.), der somit der spontanen Selbstwahrnehmung schwer zugänglich ist. Daraus folgt, daß zur Messung von Abwehrprozessen Fremdeinschätzungsverfahren besser geeignet sind als Selbstratinginstrumente (vergl. BEUTEL 1988, S. 269 ff.). Copingprozesse werden hingegen als willentliche, bewußte Handlungen betrachtet, so daß Selbstbeurteilungsverfahren zur Messung des Copingverhaltens gut geeignet erscheinen. Die zweifellos wichtige theoretische Diskussion wie Abwehrprozesse und Copingstrategien zusammenwirken, kann hier nicht dargestellt werden. Überlegungen zu diesem Thema finden sich bei den o.g. Autoren.

Die Frage, ob Coping als eine Persönlichkeitseigenschaft („trait“) oder als situationsspezifisches Copingverhalten („state“) aufzufassen ist, wird kontrovers diskutiert. LAZARUS und FOLKMANN (1984) beschreiben das Copingverhalten „als die sich ständig verändernden kognitiven und verhaltensmäßigen Bemühungen einer Person, mit spezifischen externen und/oder internen Anforderungen fertig zu werden, ...“. Andere Autoren, hier JANKE et al. (1985), vertreten die Ansicht, daß die Person im Verlauf ihres Lebens ein Repertoire an Copingstrategien erlernt, die intraindividuell eine gewisse zeitliche und vor allem situative Stabilität aufweisen. Im folgenden soll zunächst das Copingverhalten bei den Subgruppen im Spiegel des Streßverarbeitungsfragebogens (SVF) von JANKE et al. (1985) beschrieben werden. Der SVF fragt, wie sich der Pb. in einer nicht näher benannten Belastungssituation verhält. Auf diese Weise geht er davon aus, daß die Person situationsübergreifend bestimmte Copingstrategien bevorzugt. Diese persönlichkeitspezifische Beschreibung des Copingverhaltens wird anschließend durch eine Selbstbeschreibung des Copingverhaltens in einer spezifischen Problemsituation vertieft. Es geht um die Bewältigung respektive Selbstbehauptung in sozialen Konfliktsituationen. Abschließend wird untersucht, wie sich die Patienten der Untergruppen aus der Sicht eines Fremdurteilers mit der Situation des Interviews auseinandersetzen. Damit rücken Tendenzen der Abwehr, die durch die Selbstbeschreibung nicht erfaßt werden, in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

**Frage 5:** Wie unterscheiden sich die Patienten der postulierten Untergruppen in ihrem Copingverhalten? Hinsichtlich des Copingverhaltens sollen folgende Bewältigungsformen hypothesengeleitet untersucht werden: a) Emotionale Betroffenheit und Aufgeben, b) Bagatellisierung und Schuldabwehr, c) Selbstaufbau und Spannungsreduktion. **Hypothese:** Die Patienten der autoaggressiv-depressiven Subgruppe zeigen eine vergleichsweise hohe Ausprägung bei der Copingstrategie (a) und eine vergleichsweise geringe Ausprägung bei den Copingstrategien (b) und (c). Bei den Patienten der verleugnenden Subgruppe findet sich die entgegengesetzte Ausprägung. Es wird erwartet, daß die Subgruppe der „flexiblen“ Patienten zwischen den Extrempolen rangiert, die durch die autoaggressiv-depressive und die verleugnende Gruppe gebildet werden.

Die Copingstrategien: „Aggression und gedankliche Weiterbeschäftigung“ sowie „Situationskontrolle und Suche nach sozialer Unterstützung“ werden in bezug auf die postulierten Subgruppen exploratorisch ausgewertet. **Frage 5.1:** Wie grenzen sich die Patienten der postulierten Untergruppen in sozialen Konfliktsituationen von Erwartungen ab, die andere Menschen an sie richten? **Frage 5.2:** Wie gelingt es ihnen, eigene Erwartungen einzufordern? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß es den autoaggressiv-depressiven Patienten vergleichsweise besonders schwer fällt, eigene Erwartungen vorzubringen und angetragene Fremderwartungen abzuweisen. Der Vergleich zwischen den verleugnenden und den flexiblen Ptn. wird exploratorisch untersucht. **Frage 5.3:** Wie ist die Introspektionsfähigkeit der Patienten der postulierten Untergruppen im Interview ausgeprägt? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß sich die Patienten

der autoaggressiv-depressiven und der flexiblen Subgruppe signifikant introspektiver verhalten als die Patienten der verleugnenden Gruppe.

**Frage 5:** Coping im Spiegel des Streßverarbeitungsbogens (SVF)

Der Streßverarbeitungsbogen (SVF) von JANKE et al. (1985) differenziert 19 Copingformen. Auf faktorenanalytischer Grundlage, auf der Basis der Projekterhebung, wurden daraus fünf übergeordneten Skalen gebildet, die 17 der 19 Copingstrategien zusammenfassen (siehe Seite 78). Diese faktorenanalytisch gewonnenen Skalen liegen der folgenden Auswertung zugrunde. Sie wurden nach der inhaltlichen Bewertung der Faktorenstruktur folgendermaßen benannt:

- Emotionale Betroffenheit und Aufgeben,
- Selbstaufbau und Angstreduktion,
- Ablenkung,
- Gedankliche Weiterbeschäftigung und Aggression,
- Soziale Unterstützung und Situationskontrolle.

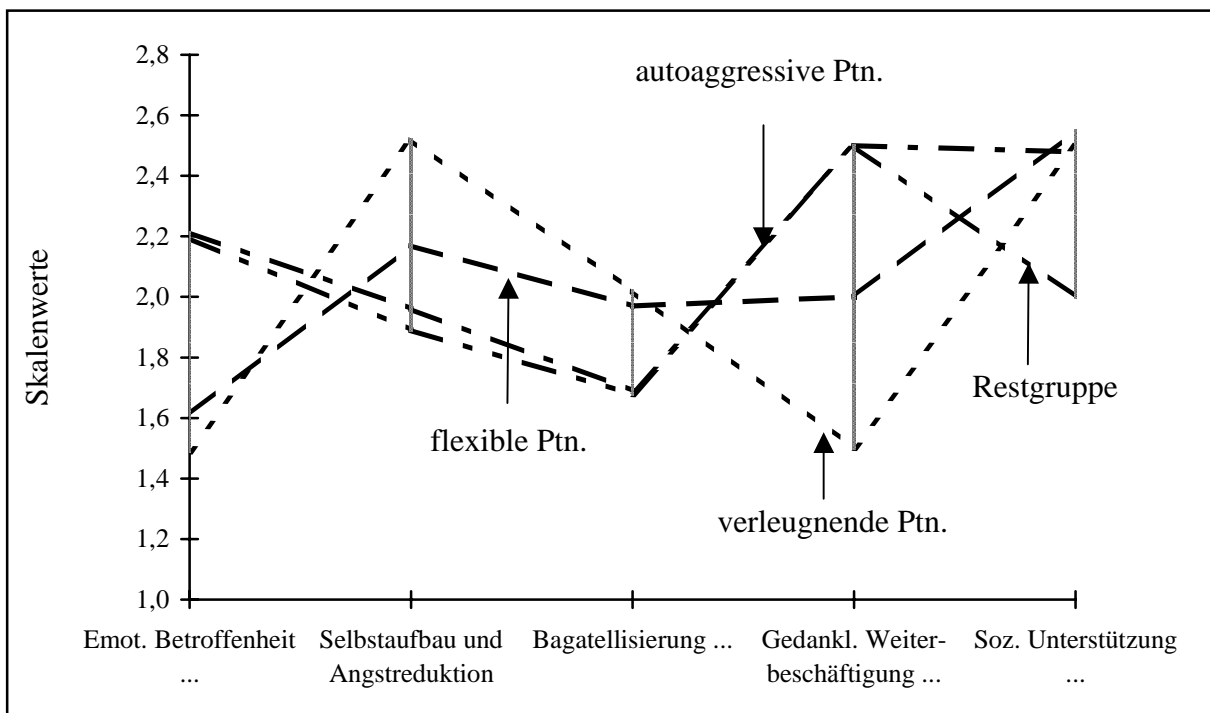
Abb. 13 zeigt auf der Grundlage dieser faktorenanalytisch gewonnenen Copingskalen Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Copingverhalten der 4 Subgruppen. Eine detaillierte Untersuchung der Copingstrategien ist im Anhang (siehe Abbildung 17) dargestellt. Dort werden die Subgruppen auf der Basis der spezifischen Copingstrategien einander gegenübergestellt.

Die graphische Darstellung in Abb.13 in Verbindung mit Tabelle 27, die die Kennwerte der Subgruppen und die Ergebnisse der statistischen Prüfung enthält, macht deutlich, daß sich die autoaggressiv-depressiven Patienten und die verleugnenden Patienten bei allen vorhergesagten Copingstrategien, wie erwartet, -im Mittel- diametral entgegengesetzt beschreiben. In Übereinstimmung mit den Vorüberlegungen sind die entsprechenden Unterschiede bei den Skalen „Emotionale Betroffenheit und Aufgeben“ sowie „Selbstaufbau und Angstreduktion“ signifikant bzw. hoch signifikant ausgeprägt. Die Skala „Bagatellisierung“ erlaubt indes nur eine tendenzielle Unterscheidung der beiden Subgruppen.

Die flexiblen Patienten nehmen augenscheinlich, wie erwartet, eine mittlere Position zwischen den divergierenden Copingstilen der autoaggressiv-depressiven und der verleugnenden Patienten ein. Diese mittlere Position läßt sich bei den entsprechenden statistischen Einzelvergleichen jedoch nur partiell absichern. Ein signifikanter Unterschied zwischen den flexiblen und den verleugnenden Patienten kann nur für die Skala „Selbstaufbau und Angstreduktion“ festgestellt werden. Ein signifikanter Unterschied im Verhältnis zu der autoaggressiv-depressiven Subgruppe besteht nur für die Copingstrategie „Emotionale Betroffenheit und Aufgeben“. Die Patienten der flexiblen Subgruppe wenden diese Copingstrategie signifikant seltener an als die Patienten der autoaggressiv-depressiven Untergruppe.



**Abbildung 13: Unterschiede im Copingverhalten bei den vier Subgruppen**



Anmerkung: Hohe Werte verweisen auf eine häufige Verwendung der Copingstrategie

Die Copingstrategien „soziale Unterstützung und Situationskontrolle“ sowie „gedankliche Weiterbeschäftigung und Aggression“ wurden explorativ ausgewertet. Die Copingstrategie „gedankliche Weiterbeschäftigung und Aggression“ trennt besonders deutlich zwischen den Subgruppen, wobei die autoaggressiv-depressiven und die verleugnenden Patienten in ihrem Coping wiederum sehr gegensätzlich erscheinen. Die autoaggressiv-depressiven Patienten gehen die Problemsituation immer wieder gedanklich durch bzw. bleiben gedanklich daran haften und geben an, daß sie in eine aggressive Stimmung geraten, die sich als Gereiztheit äußert. Demgegenüber beschreiben die verleugnenden Patienten, daß sie die Beschäftigung mit der Belastungssituation vergleichsweise schnell abschließen und gelassen bleiben. Auch hier bilden die flexiblen Patienten eine mittlere Gruppe, die statistisch gesichert zwischen den Polen liegt, die durch die autoaggressiv-depressive und die verleugnende Subgruppe markiert werden. Bezüglich der Copingstrategie „soziale Unterstützung und Situationskontrolle“ läßt sich kein Unterschied zwischen den Subgruppen feststellen.

Die Patienten der Restgruppe beschreiben im Mittel ein Copingverhalten, das dem der autoaggressiv-depressiven Gruppe weitestgehend ähnlich ist und das sich ebenfalls deutlich von dem Coping der verleugnenden Patienten unterscheidet.

**Tabelle 27: Faktorenanalytisch auf der Basis des SVF gewonnene Copingstrategien in Beziehung zu den Untergruppen. Ergebnisse der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich				
	1.Rest-gruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleug-nende Ptn.	4.flexible Ptn.	2/ 3	2/ 4	3/4	1/3	1/4
Fallzahl	N=7	N=22	N=11	N=18					
Copingfomen									
Emotionale Betroffenheit und Aufgeben	Mw=2,2 sd =0,58	Mw = 2,2 sd = 0,62	Mw = 1,5 sd = 0,37	Mw= 1,6 sd = 0,42	**	**	ns.	*	**
Bagatellisierung und Schuldabwehr	Mw=1,6 sd =0,46	Mw = 1,6 sd = 0,48	Mw = 2,0 sd = 0,25	Mw= 1,9 sd = 0,39	*	ns. .06	ns.	ns. .07	ns.
Selbstaufbau und Angst-reduktion	Mw=1,8 sd =0,47	Mw = 1,9 sd = 0,38	Mw = 2,5 sd = 0,22	Mw= 2,1 sd =0,44	***	ns.	**	**	ns
Gedankliche Weiterbeschäftigung und Aggression	Mw=2,5 sd =0,56	Mw = 2,5 sd = 0,58	Mw = 1,5 sd = 0,53	Mw= 2,0 sd =0,43	***	**	**	**	*
Soziale Unterstützung und Situationskontrolle	Mw=2,1 sd =0,64	Mw = 2,5 sd = 0,54	Mw = 2,5 sd = 0,50	Mw= 2,6 sd =0,53	ns.	ns.	ns.	ns.	ns.

Anmerkung: Hohe Werte bedeuten, daß die Copingstrategie häufig verwendet wird. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; \*: 0.05 > p > 0.02, \*\*: 0.02 > p > 0.002, \*\*\*: p < 0.002; siehe Anhang: Tabelle 60

**Exkurs:** Vergleich mit einer Normgruppe

Für die Bewertung des Copingverhaltens der MC.-Patienten ist der Vergleich mit anderen Gruppen aufschlußreich. Die Werte der Normgruppe, die im folgenden für einen Vergleich herangezogen werden, basieren auf einer Erhebung an N=200 Probanden, die, wie JANKE et al. (1985) berichten, gegen Bezahlung für die Erhebung gewonnen wurden. Die Pbn. sind zwischen 20 und 64 Jahre alt und verteilen sich in etwa gleich auf beide Geschlechter. Die Hälfte der untersuchten Pbn. verfügt über einen Hauptschulabschluß, während die anderen Pbn. einen mittleren oder höheren Bildungsabschluß erworben haben. Für den hier beabsichtigten Vergleich werden die Werte der Männer und Frauen zusammengefaßt. Da sich die Werte, die die Testautoren berichten, auf die 19 Subskalen des SVF und nicht auf die hier verwendeten Faktoren beziehen, mußten die hier interessierenden Normwerte (Mittelwert und Standardabweichung) auf der Basis der Angaben von JANKE et al. (1985) rechnerisch bestimmt werden.

**Tabelle 28: Copingstrategien der Patienten der autoaggressiv-depressiven, der verleugnenden und der flexiblen Untergruppe im Vergleich zu den Copingwerten einer Normgruppe**

	Normgruppe (No)	Untergruppen			statistischer Vergleich		
		2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	No/2	No/3	No/4
Fallzahl	N = 200	N = 22	N = 11	N = 18			
Copingformen							
Emotionale Betroffenheit und Aufgeben	Mw = 1,76 sd = 0,81	Mw = 2,2 sd = 0,62	Mw = 1,5 sd = 0,37	Mw = 1,6 sd = 0,42	**	ns. .056	ns.
Bagatellisierung und Schuldabwehr	Mw = 1,91 sd = 0,69	Mw = 1,6 sd = 0,48	Mw = 2,0 sd = 0,25	Mw = 1,9 sd = 0,39	**	ns.	ns.
Selbstaufbau und Angstreduktion	Mw = 2,24 sd = 0,74	Mw = 1,9 sd = 0,38	Mw = 2,5 sd = 0,22	Mw = 2,1 sd = 0,44	**	**	ns.
Gedankliche Weiterbeschäftigung u. Aggression	Mw = 2,04 sd = 0,87	Mw = 2,5 sd = 0,58	Mw = 1,5 sd = 0,53	Mw = 2,0 sd = 0,43	**	***	ns
Soziale Unterstützung und Situationskontrolle	Mw = 2,39 sd = 0,82	Mw = 2,5 sd = 0,54	Mw = 2,5 sd = 0,50	Mw = 2,6 sd = 0,53	ns.	ns.	ns.
Prüfstatistik: t-Test, bei ungleichen Varianzen: Welch-Test; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002							

Gegenüber der Normgruppe lassen sich vor allem die Patienten der autoaggressiv-depressiven Untergruppe abgrenzen. Bei vier von fünf Copingstrategien zeigt sich ein signifikanter Gruppenunterschied. Die autoaggressiv-depressiven Patienten reagieren im Mittel häufiger mit emotionaler Betroffenheit und Aufgeben, sie haften gedanklich länger an der Problemsituation, reagieren häufiger aggressiv gereizt und tun weniger, um sich selbst aufzubauen und zu entlasten.

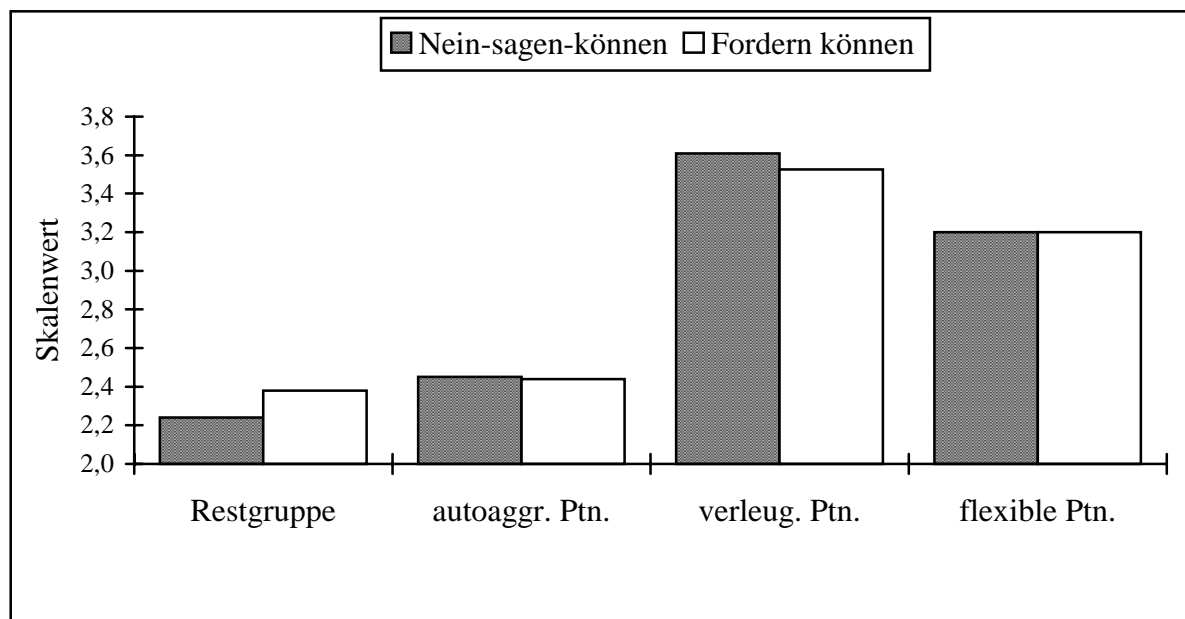
Zumindest bei zwei der fünf Copingstrategien können auch die verleugnenden Patienten von der Normgruppe eindeutig differenziert werden. Schneller als die Probanden der Normgruppe beenden sie die Reflexion über eine vergangene Problemsituation und reagieren vergleichsweise seltener aggressiv gereizt. Copingstrategien, mit dem Ziel sich selbst aufzubauen und Angst abzubauen, werden von ihnen -im Mittel- häufiger als von den Probanden der Normgruppe eingesetzt. Bei einer dritten Copingskala deutet sich an, daß die verleugnenden Patienten zudem etwas seltener mit emotionaler Betroffenheit reagieren und auch etwas seltener dazu neigen, die Bewältigungsanstrengungen aufzugeben. Die Patienten der flexiblen Subgruppe lassen sich in keinem Fall von der Normgruppe unterscheiden.

### Frage 5.1 und 5.2: Die Bewältigung sozialer Konfliktsituationen

Die Bewältigung interpersonaler Konflikte ist eine Aufgabe, bei der die Person zwischen Anpassung an die Bedürfnisse und Erwartung des Gegenübers und der Selbstbehauptung eigener Bedürfnisse und Erwartungen balancierend eine Lösung suchen muß. Selbstbehauptung bedeutet, daß die Person angetragene Erwartungen zurückweist und eigene Erwartungen einfordert. Das selbstbehauptende Verhalten setzt daher bis zu einem gewissen Grade immer das harmonische Einvernehmen mit dem Gegenüber aufs Spiel. Selbstbehauptendes Verhalten kann Kritik, Vorwürfe oder Zurückweisung zur Folge haben. Es erfordert die Fähigkeit und Bereitschaft, sich gegebenenfalls aggressiv auseinanderzusetzen. In dieser Hinsicht sind soziale Situationen zumindest teilweise belastend und müssen bewältigt werden. Etwas von anderen fordern und sich abgrenzen, können dabei als spezifische Lösungs- bzw. Copingstrategien verstanden werden.

Wie es den Patienten der Untergruppen gelingt, sich zu behaupten, mißt der Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen). Hier werden zwei besonders relevante Verhaltensdimensionen herausgegriffen: „Fordern-können“, d.h. ob es der Person gelingt, eigene Erwartungen deutlich zu machen; „Nein-sagen-können“; d.h. ob es der Person gelingt, sich von anderen abzugrenzen. Es ist hier noch zu beachten, daß die Polung der Skala „Nein-sagen-können“ gegenüber der Skalierung im Original verändert wurde (siehe Seite 80).

**Abbildung 14: Selbstbehauptendes Copingverhalten in sozialen Konfliktsituationen. Die Untergruppen im Vergleich**



Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine starke Ausprägung des selbstbehauptenden Copingverhaltens an

Wie Abb. 14 und Tabelle 29 zeigen, beschreiben sich die Patienten der verleugnenden Gruppe -im Mittel- am meisten durchsetzungsfähig, während es den Patienten der autoaggressiv-depressiven Subgruppe, wie erwartet, im Vergleich dazu signifikant weniger gelingt, sich zu behaupten. Zwischen diesen Polen, die durch die besonders selbstsicheren, verleugnenden und die besonders selbstunsicheren autoaggressiv-depressiven Patienten gebildet werden, befinden sich die Patienten der flexiblen Untergruppe. Im Vergleich mit den Patienten der autoaggressiv-depressiven Gruppe geben auch sie an, daß es ihnen signifikant besser gelingt, Forderungen an andere zu stellen und sich abzugrenzen. Das selbstbehauptende Verhalten der flexiblen Gruppe ist im Mittel zwar augenscheinlich etwas weniger offensiv als das der verleugnenden Gruppe, aber bei der entsprechenden statistischen Prüfung läßt sich hier kein signifikanter Unterschied belegen.

Das selbstbehauptende Verhalten, wie es die Patienten der Restgruppe beschreiben, ist dem Verhalten der autoaggressiv-depressiven Subgruppe am meisten ähnlich. Auch den Patienten der Restgruppe fällt es im Vergleich zu der verleugnenden Subgruppe -im Mittel- signifikant schwerer, nein zu sagen und Forderungen an andere zu stellen. Ein Unterschied im Vergleich zu der flexiblen Gruppe läßt sich nur für das Merkmal „Nein-sagen-können“ und hier nur als Tendenz feststellen.

**Tabelle 29: Selbstbehauptendes Copingverhalten in sozialen Konfliktsituationen. Die Untergruppen im Vergleich. Ergebnisse der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich			
	1.Rest- gruppe	2.autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleug- nende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/3	1/4	2/3	2/4
Fallzahl	N = 7	N = 22	N = 10	N = 17				
Coping- formen								
Fordern- können	Mw = 2.4 sd = 1.0	Mw = 2.4 sd = 0.65	Mw = 3.5 sd = 0.36	Mw = 3.2 sd = 0.60	*	ns.	***	***
Nein- sagen- können	Mw = 2.2 sd = 1.06	Mw = 2.5 sd = 1.4	Mw = 3,6 sd = 0.58	Mw = 3,2 sd = 0.61	**	*	**	**
Anmerkung: Hohe Werte bedeuten, daß es dem Pt. gut gelingt, sich zu behaupten. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002; siehe Anhang: Tabelle 61								

### Frage 5.3: Introspektionsfähigkeit

Die Messung von Abwehrstrategien durch eine Fremdbeurteilung ist methodisch anspruchsvoll. Es besteht eine gewisse Übereinstimmung darüber, daß für eine reliable Beurteilung mehrere klinisch-psychoanalytisch erfahrene Urteiler notwendig sind, die den Interviewtext intensiv bearbeiten, wobei ein geeigneter, möglichst transkribierter Interviewtext vorliegen muß. Im Rahmen dieser Arbeit war es nicht möglich, diese Bedingungen ausreichend zu gewährleisten. Aus diesem Grunde wurde hier ein vereinfachtes Vorgehen gewählt. Statt eine komplexe Rekonstruktion der intrapsychischen Dynamik vorzunehmen, sollten die Urteiler

direkt beobachtbare Verhaltensweisen einschätzen. Eingeschätzt wurde, ob und wie sich der Proband im Interview mit inneren Konflikten, Problemen und Emotionen auseinandersetzt, ob er emotional beteiligt war, eine psychologische Betrachtungsweise gelten ließ, Konflikte in seinem Leben wahrnahm und benannte, über innere Vorgänge offen und differenziert berichtete und ob er sich durch das Gespräch zu weiterem Nachdenken anregen ließ. Die Einzelurteile, die hoch miteinander korrelierten, wurden, wie dargestellt (siehe Seite 84), in der Skala „Introspektionsfähigkeit“ zusammengefaßt.

Die Skalenwerte geben einen Hinweis darauf, ob der Pb. bereit und/oder dazu in der Lage ist, sich so zu öffnen und über sich zu reflektieren, so daß innere psychische Vorgänge erkennbar werden. Am einen Ende der Skala finden sich Patienten, die sich im Interview durchlässig und introspektiv verhielten (niedriger Meßwert), das andere Ende der Skala (hoher Meßwert) wird von Patienten gebildet, die sich im Interviewgespräch so verhielten, daß persönliche Bedeutungen, Gefühle, Konflikte und selbst alltägliche Probleme nicht deutlich wurden.

**Tabelle 30: Introspektionsfähigkeit in Beziehung zu den Untergruppen**

	Untergruppen				statistischer Vergleich				
	1.Rest- gruppe	2.autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleug- nende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2	1/3	2/3	2/4	3/4
Fallzahl	N = 8	N = 25	N = 12	N = 19					
Intro- spek- tions- fähigkeit	Mw =4.6 sd =1.45	Mw = 2.9 sd = 1.28	Mw = 6.5 sd = 0.58	Mw=3.6 sd =1.33	**	*	***	.07	***
Anmerkung: Niedrige Werte zeigen eine hohe Introspektionsfähigkeit an. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002; siehe Anhang: Tabelle 62									

Wie Tabelle 30 zeigt, werden die verleugnenden Patienten hypothesenkonform im Mittel sehr viel weniger durchlässig und introspektiv wahrgenommen als die flexiblen und autoaggressiv-depressiven Patienten. Letztere werden augenscheinlich am meisten bereit und fähig erlebt, sich auf eine psychologische Sichtweise einzulassen und ein differenziertes Bild ihres Fühlens und Erlebens im Interviewgespräch mitzuteilen. Damit bilden die autoaggressiv-depressiven Patienten und die verleugnenden Patienten die Gegenpole auf der Untersuchungsskala. Die flexiblen Ptn. nehmen augenscheinlich eine mittlere Position ein, wobei sie sich von den verleugnenden Ptn. signifikant unterscheiden, während sie von den autoaggressiv-depressiven Ptn. nicht differenziert werden können.

Die Patienten der Restgruppe, die sich in ihrem Copingverhalten den autoaggressiv-depressiven Patienten stets sehr ähnlich beschrieben hatten, werden hier von den Fremdbeobachtern deutlich von den autoaggressiv-depressiven Patienten unterschieden, wobei ein ebenfalls vorhandener Unterschied zu der verleugnenden Subgruppe nur als Tendenz festgestellt werden kann.

## Zusammenfassung der Hauptergebnisse

**Frage 5:** Bezüglich des Coping kann, im Sinne der Vorannahmen, für fast alle untersuchten Skalen im Mittel ein deutlicher Unterschied zwischen der verleugnenden und der autoaggressiv-depressiven Untergruppe gesichert werden. Im Vergleich mit den autoaggressiv-depressiven Patienten bewältigen die verleugnenden Patienten -nach eigener Aussage- Belastungssituationen signifikant häufiger, indem sie die negativen Affekte aktiv abbauen, optimistisch die Lösung der Situation vorantreiben und sich kognitiv und affektiv schnell von der belastenden Situation distanzieren. Die autoaggressiv-depressiven Patienten scheinen bei ihren Bewältigungsversuchen kognitiv und affektiv vergleichsweise intensiver in die belastende Situation einzutauchen, verbunden mit der Tendenz, die aktive Bewältigung aufzugeben und resigniert aus dem Feld zu gehen. Diese Copingstrategien erweisen sich auch bei dem Vergleich mit einer Normgruppe als Charakteristikum der beiden Subgruppen.

Das Coping, das die flexiblen Patienten beschreiben, liegt hinsichtlich der Ausprägung einzelner Verhaltensstrategien augenscheinlich zwischen dem Coping, das die autoaggressiv-depressiven und die verleugnenden Patienten berichten. Diese „mittlere Position“ entspricht der Vorannahme. Es wurde nämlich postuliert, daß die flexiblen Patienten bezüglich ihres Coping weniger deutlich als die autoaggressiv-depressiven und die verleugnenden Patienten auf eine dominierende Bewältigungsform fixiert sind. Die augenscheinlich „mittlere Position“ zwischen dem Coping der anderen Subgruppen kann jedoch statistisch nur teilweise abgesichert werden. Im Vergleich zu der verleugnenden Subgruppe drängen die flexiblen Patienten die negativen Affekte etwas weniger zurück, gehen der Problemsituation gedanklich länger nach und lassen eher einmal ihren Unmut aufkommen. Anders als die autoaggressiv-depressiven Patienten, reagieren sie seltener mit emotionalem Rückzug und Aufgeben. Die flexiblen Patienten entsprechen in ihrem Copingverhalten am ehesten dem Coping der zum Vergleich herangezogenen Normgruppe.

**Frage 5.1 und 5.2:** Den verleugnenden Patienten gelingt es vergleichsweise deutlich besser als den autoaggressiv-depressiven Patienten, eigene Erwartungen vorzubringen und angetragene Erwartungen abzuweisen. Die autoaggressiv-depressiven Patienten beschreiben sich im Mittel signifikant zurückhaltender und angepaßter bei der Durchsetzung eigener Interessen. Augenscheinlich nehmen die flexiblen Patienten hinsichtlich ihres selbstbehauptenden Verhaltens wiederum eine mittlere Position zwischen den vorgenannten Subgruppen ein. Bei dem statistischen Gruppenvergleich lassen sich die flexiblen Patienten jedoch nur von den autoaggressiv-depressiven Patienten abgrenzen.

**Frage 5.3:** Im Interview werden die verleugnenden Patienten im Mittel vergleichsweise sehr viel weniger introspektiv erlebt als die autoaggressiv-depressiven und die flexiblen Patienten. Die flexiblen Patienten werden ähnlich introspektiv wahrgenommen wie die autoaggressiv-depressiven Patienten.

Die Patienten der Restgruppe beschreiben ihr Coping und ihr selbstbehauptendes Verhalten in weitgehender Übereinstimmung mit den autoaggressiv-depressiven Patienten. Im Interview werden sie aber signifikant weniger introspektiv wahrgenommen als die autoaggressiv-depressiven Patienten.

## 7.6 Psychotherapeutische Ansprechbarkeit

Das folgende Kapitel geht der Frage nach, wie die Patienten der Untergruppen auf psychotherapeutische Angebote ansprechen. Diese Problemstellung umschließt mehrere spezifische Fragestellungen.

Die Einstellung zur Psychotherapie und die Laienätiologie werden im Rahmen der Projektstichprobe mit dem Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP) untersucht. Da der FMP erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Erhebung einbezogen wurde, konnten von den 64 Patienten, die das auswertbare Kollektiv der Projektstichprobe darstellen, nur 43 Patienten mit dem FMP dokumentiert werden.

Die Bewertung der therapeutischen Zusammenarbeit wird auf der Basis der multizentrischen Studie untersucht, wobei das auswertbare Kollektiv hier auf die Patienten begrenzt ist, die im Rahmen der multizentrischen Studie der psychotherapeutischen Behandlungsbedingung zugeordnet waren. Da nur zwei Patienten der Restgruppe in diese Kategorie fallen, wird die Restgruppe hier nicht in die Auswertung einbezogen.

**Frage 6:** Inwieweit beziehen die Patienten der postulierten Untergruppen psychologische Faktoren in die Erklärung ihrer Erkrankung mit ein bzw. wie unterscheiden sie sich bei der Gewichtung psychologischer Faktoren? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die verleugnenden Patienten psychologischen Faktoren eine geringere Bedeutung zuschreiben als die Patienten der übrigen Subgruppen. Die autoaggressiv-depressiven Patienten messen psychologischen Faktoren vergleichsweise die größte Bedeutung zu. **Frage 6.1:** Welche Einstellung lassen die Patienten der postulierten Untergruppen gegenüber einem psychotherapeutischen Angebot erkennen, welche Unterschiede zeigen sich diesbezüglich? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die verleugnenden Patienten gegenüber einem psychotherapeutischen Hilfsangebot skeptischer eingestellt sind als die Patienten der anderen Subgruppen. Unterschiede zwischen der flexiblen und der autoaggressiv-depressiven Subgruppe werden exploratorisch untersucht.

**Frage 6.2:** Wie zufrieden sind die Therapeuten mit dem Erfolg der Behandlung bei den postulierten Subgruppen? **Frage 6.2.1:** Wie zufrieden sind die Therapeuten mit der Beziehung, die sie zu ihren Patienten herstellen konnten? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die Therapeuten die Beziehung und den Erfolg ihrer Arbeit, bezogen auf die flexiblen und den autoaggressiv-depressiven Patienten, günstiger beurteilen als bei den verleugnenden Patienten. Sonst bestehen keine Hypothesen. **Frage 6.2.2:** Wie schätzen die Patienten der postulierten Untergruppen den Erfolg der therapeutischen Zusammenarbeit und die Beziehung zu ihrem Therapeuten ein? Diese Fragestellung wird exploratorisch untersucht.

### **Frage 6 und 6.1:** Einstellung zur Psychotherapie und Laienätiologie

Ob MC.-Patienten psychotherapeutische Angebote suchen und nutzen hängt von mehreren Faktoren ab. Wichtige Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten bestimmen, sind die Laienätiologie und die Einstellung zur Psychotherapie. Die Laienätiologie beschreibt die Annahmen des Patienten über Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Störung und gibt somit den Rahmen vor, in dem der Patient nach professioneller Hilfe sucht. Die Einstellung zur Psychotherapie zielt auf den subjektiv erwarteten Nutzen der Psychotherapie, also auf die Frage, ob, nach Abwägung verschiedener Argumente, Psychotherapie als ein potentiell hilfreiches Angebot wahrgenommen wird.

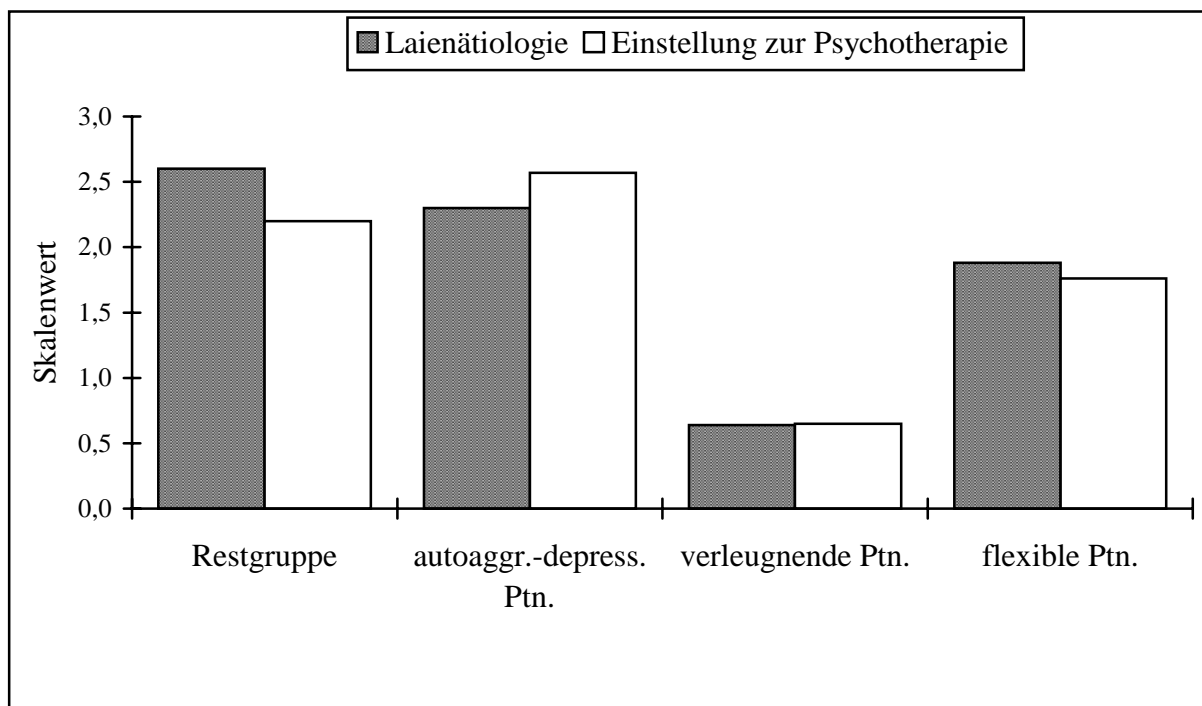
Die Skala „Laienätiologie“ des FMP mißt, inwieweit die Patienten bezüglich ihrer Beschwerden psychologische Ursachen in Betracht ziehen, seien dies persönliche oder nicht näher be-



nannte seelische Probleme, familiäre Schwierigkeiten oder Schwierigkeiten im Beruf. Unter der Überschrift „Einstellungen zur Psychotherapie“ werden verschiedene Kognitionen, Verhaltensweisen und Erfahrungen erfaßt, die eine positive bzw. negative Einstellung anzeigen. Es wird gefragt ob die Bereitschaft besteht, sich einem Psychotherapeuten anzuvertrauen, ob sich der Patient ängstigt, als psychisch Gestörter stigmatisiert zu werden, falls er psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nimmt, ob er glaubt und von anderen gehört hat, daß Psychotherapie hilft, ob er sich über Psychotherapie informiert hat und schon einmal daran gedacht hat, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Ergebnisse der Auswertung sind in Abb. 15 und in Tabelle 31 zusammenfassend dargestellt<sup>1</sup>. Sowohl bei der Laienätiologie als auch bei der Einstellung zur Psychotherapie zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Untergruppen. Wie erwartet messen die autoaggressiv-depressiven Patienten psychologischen Ursachenfaktoren eine vergleichsweise größere Bedeutung zu und sind auch gegenüber psychologischen Behandlungsangeboten signifikant positiver eingestellt als die Patienten der verleugnenden Untergruppe.

**Abbildung 15: Laienätiologie und Einstellung zur Psychotherapie in Beziehung zu den Untergruppen. Ergebnisse der Projektstudie**



Anmerkung: Hohe Werte verweisen auf eine positive Einstellung zur Psychotherapie und auf eine starke Gewichtung psychologischer Faktoren bei der Erklärung der Erkrankung.

<sup>1</sup> In Abb 15 wurden die Skalen Laienätiologie und Einstellung zur Psychotherapie aus Darstellungsgründen linear transformiert. Hohe Werte zeigen hier eine positive Einstellung zur Psychotherapie und eine starke Gewichtung psychologischer Ursachenfaktoren an. In Tabelle 31 sind die Werte hingegen der Skalierung des Fragebogens entsprechend wiedergegeben. Hier verweisen hohe Werte auf eine negative Einstellung zur Psychotherapie und eine ebenso geringe Gewichtung psychologischer Faktoren bei der Ursachenerklärung.

Die flexiblen Patienten liegen in ihrer Einschätzung der Bedeutung psychischer Faktoren zwischen den autoaggressiv-depressiven und den verleugnenden Patienten. Die Patienten der flexiblen Subgruppe können dabei jedoch nur von den verleugnenden Patienten eindeutig unterschieden werden. Auch bezüglich der Einstellung zur Psychotherapie stehen die flexiblen Patienten mit ihrem Urteil zwischen den Polen, die von der autoaggressiv-depressiven und der verleugnenden Untergruppe gebildet werden. Ihre Einstellung zur Psychotherapie ist signifikant skeptischer als die der autoaggressiv-depressiven Patienten, aber auch signifikant positiver als die der verleugnenden Subgruppe.

Die Patienten der Restgruppe entsprechen sowohl hinsichtlich ihrer Einstellung zur Psychotherapie als auch hinsichtlich ihres laienätiologischen Konzeptes der Selbstbeschreibung der autoaggressiv-depressiven Untergruppe, indem sie eine ähnlich positive Einstellung bekunden und im gleichem Maß wie die autoaggressiv-depressiven Patienten psychologische Erklärungsfaktoren in Betracht ziehen.

**Tabelle 31: Laienätiologie und die Einstellung zur Psychotherapie in Beziehung zu den Subgruppen. Ergebnisse der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich			
	1. Restgruppe	2. autoaggressiv-depressive Ptn.	3. verleugnende Ptn.	4. flexible Ptn.	1/3	2/4	2/3	3/4
Fallzahl	N = 6	N = 18	N = 6	N = 14				
Laienätiologie	Mw = 16,3 sd = 5,9	Mw = 17,7 sd = 3,9	Mw = 28,0 sd = 6,0	Mw = 20,6 sd = 5,3	**	ns.	***	**
Einstellung zur Psychotherapie	Mw = 50,0 sd = 6,1	Mw = 46,0 sd = 9,2	Mw = 67,2 sd = 10,0	Mw = 54,8 sd = 7,6	**	**	***	**

Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine negative Einstellung zur Psychotherapie und eine geringe Bereitschaft an, psychologische Erklärungsfaktoren einzubeziehen. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; \*:  $0.05 > p > 0.02$ , \*\*:  $0.02 > p > 0.002$ , \*\*\*:  $p < 0.002$ ; siehe Anhang: Tabelle 63

**Frage 6.2 - 6.2.2: Die therapeutische Zusammenarbeit**

Die multizentrische Studie wurde bereits an anderer Stelle als Therapiestudie beschrieben, deren Ziel es war, einen Vergleich zwischen rein somatisch behandelten Patienten und Patienten durchzuführen, die zusätzlich zu der standardisierten somatischen Therapie psychotherapeutisch versorgt wurden. Die psychotherapeutische Behandlung war zeitlich auf maximal ein Jahr begrenzt und sollte mindestens 10 verbale Therapiestunden umfassen. Tatsächlich wurden die Patienten im Mittel 25,4 Stunden behandelt, wobei neben den Einzelgesprächen, teilweise, jedoch in geringerem Umfang, auch Gruppentherapie und familientherapeutische Maßnahmen zur Anwendung kamen. Sowohl hinsichtlich der Stundenzahl als auch bei der

Wahl des Settings ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den beteiligten Studienzentren. Bei aller Verschiedenheit des konkreten Vorgehens war die gemeinsame Basis der therapeutischen Arbeit durch ein tiefenpsychologisches Grundverständnis geprägt. Im Verlauf der Behandlung wurden die Patienten und die Therapeuten unabhängig voneinander um eine Einschätzung ihrer Zusammenarbeit anhand des „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) gebeten. Inhaltlich lassen sich die Fragen, die an den Therapeuten bzw. den Patienten in gleicher Weise gerichtet werden, den Dimensionen „Beziehungszufriedenheit“ und „Erfolgswilligkeit“ zuordnen.

Der HAQ wurde jeweils im Anschluß an die dritte und die vorletzte Therapiesitzung erhoben. Insgesamt 44 der 81 in die Untergruppenbildung einbezogenen Patienten wurden psychotherapeutisch behandelt und mit dem HAQ untersucht. Die restlichen Ptn. gehören entweder der rein somatisch behandelten Kontrollgruppe (N=33) an oder konnten wegen unvollständiger Erhebungsbögen nicht ausgewertet werden (N=4). Die Untersuchungsskalen wurden hier so recodiert, daß hohe Werte eine positive Einschätzung der Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit widerspiegeln.

### **Frage 6.2 - 6.2.1: Die Perspektive des Therapeuten**

Entgegen der Erwartung läßt sich, wie Tabelle 32 zeigt, relativ am Beginn der Behandlung, d.h. nach der dritten Sitzung, im Mittel kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen belegen. In Übereinstimmung mit der Hypothesenbildung ist lediglich eine augenscheinliche Tendenz festzustellen, wonach die Therapeuten den Erfolg und die Arbeitsbeziehung mit Blick auf die Gruppe der verleugnenden Patienten -im Mittel- vergleichsweise etwas skeptischer einschätzen.

**Tabelle 32: Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit aus der Perspektive des Therapeuten in Beziehung zu den Subgruppen. Ergebnisse der multizentrischen Studie**

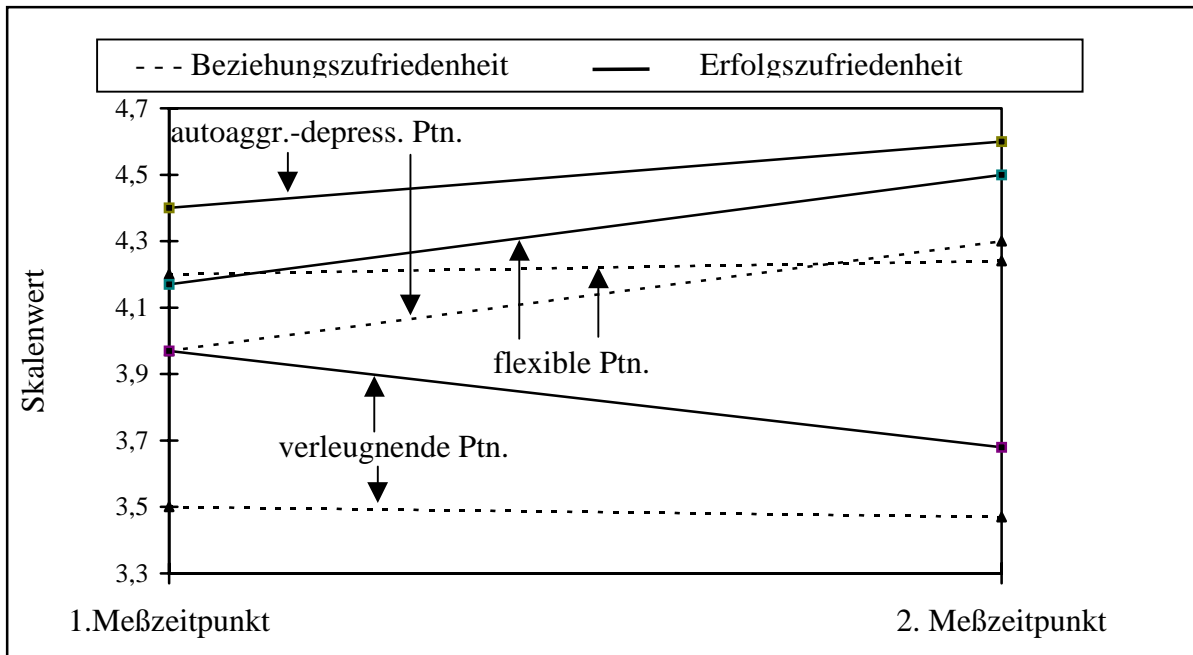
	Untergruppen			statistischer Vergleich		
	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	2/3	2/4	3/4
Fallzahl	N = 23	N = 8	N = 13			
Erfolgseinschätzung nach der 3. Sitzung	Mw = 3,9 sd = 0,50	Mw = 3,5 sd = 1,0	Mw = 4,2 sd = 1,0	ns.	ns.	ns.
Beziehungsbewertung nach der 3. Sitzung	Mw = 4,4 sd = 0,46	Mw = 3,9 sd = 0,87	Mw = 4,2 sd = 0,68	ns.	ns.	ns.
Erfolgseinschätzung, vorletzte Sitzung	Mw = 4,3 sd = 0,68	Mw = 3,4 sd = 0,82	Mw = 4,2 sd = 0,92	**	ns.	*
Beziehungsbewertung, vorletzte Sitzung	Mw = 4,6 sd = 0,62	Mw = 3,7 sd = 0,88	Mw = 4,5 sd = 0,57	**	ns.	**

Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine positive Bewertung des Erfolges und der therapeutischen Beziehung an. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; \*: 0.05 > p > 0.02, \*\*: 0.02 > p > 0.002, \*\*\*: p < 0.002; siehe Anhang: Tabelle 64

Zwischen dem ersten und dem zweiten Meßzeitpunkt kommt es zu einer Ausdifferenzierung der Therapeutenurteile. Bei den autoaggressiv-depressiven und den flexiblen Patienten geben die Therapeuten gegenüber dem ersten Meßzeitpunkt eine etwas größere Zufriedenheit hinsichtlich des Erfolges und der Arbeitsbeziehung an. Zugleich sehen die Therapeuten die Kooperation mit den verleugnenden Patienten gegen Ende der Behandlung skeptischer als es zu Beginn der Fall war. Aus dieser gegenläufigen Entwicklung resultiert zum zweiten Meßzeitpunkt, also zum Abschluß der Therapie, ein signifikanter Unterschied i.S. der Hypothesenbildung. Zum zweiten Meßzeitpunkt beurteilen die Therapeuten den Erfolg ihrer Arbeit und die Beziehung mit den verleugnenden Patienten im Mittel vergleichsweise ungünstiger als die Kooperation mit autoaggressiv-depressiven Patienten. Auch die Beziehung zu den flexiblen Patienten wird im Mittel signifikant positiver eingeschätzt. Hinsichtlich des wahrgenommenen Erfolges der Zusammenarbeit läßt sich zwischen den flexiblen und den verleugnenden Patienten jedoch nur ein tendenzieller Unterschied feststellen.

Die flexiblen und die autoaggressiv-depressiven Ptn. unterscheiden sich aus der Sicht des Therapeuten nicht voneinander. Der Erfolg der Arbeit mit den autoaggressiv-depressiven und den flexiblen Patienten und die Beziehung zu ihnen, wird von den Therapeuten im Mittel gleichermaßen (positiv) eingeschätzt.

**Abbildung 16: Beurteilung der Ergebnisse der therapeutischen Arbeit aus der Sicht des Therapeuten. Eingeschätzt werden die Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit zu Beginn und am Ende der Behandlung. Ergebnisse der multizentrischen Studie**



Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine positive Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit an

**Frage 6.2.2: Die Perspektive des Patienten**

Die Einschätzung der Patienten ist in Tabelle 33 wiedergegeben. Bezogen auf die Perspektive der Patienten ergibt sich zum ersten Meßzeitpunkt praktisch keine Differenz zwischen den Subgruppen. Die Patienten der drei Untergruppen urteilen übereinstimmend, daß die therapeutische Arbeit „wahrscheinlich“ erfolgreich ist und bezeichnen die Aussage als zutreffend, daß eine tragfähige Arbeitsbeziehung mit dem Therapeuten besteht. Dieses einheitliche Bild hat sich zum zweiten Meßzeitpunkt nur geringfügig differenziert. In der Tendenz zeigen sich dabei ähnliche Entwicklungen wie bei dem Therapeutenrating. Die verleugnenden Patienten urteilen skeptischer, was die therapeutische Arbeitsbeziehung anbetrifft, während sich ihr Urteil über den Ertrag der Therapie kaum verändert hat. Die autoaggressiv-depressiven und die flexiblen Patienten beurteilen den therapeutischen Erfolg nun etwas günstiger und äußern sich etwas positiver über die therapeutische Beziehung.

**Tabelle 33: Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit aus der Sicht der Patienten in Beziehung zu den Subgruppen. Ergebnisse der multizentrischen Studie**

	Untergruppen			statistischer Vergleich			
	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	2/3	2/4	3/4	2/3/4
Fallzahl	N = 23	N = 8	N = 13				
Erfolgseinschätzung nach der 3. Sitzung	Mw = 4,3 sd = 0,47	Mw = 4,3 sd = 0,31	Mw = 4,3 sd = 0,54	ns.	ns.	ns.	ns.
Beziehungsbeurteilung nach der 3. Sitzung	Mw = 5,0 sd = 0,5	Mw = 4,7 sd = 0,70	Mw = 4,9 sd = 0,49	ns.	ns.	ns.	ns.
Erfolgseinschätzung, vorletzte Sitzung	Mw = 4,5 sd = 0,34	Mw = 4,1 sd = 0,92	Mw = 4,6 sd = 0,46	ns.	ns.	ns.	ns.
Beziehungsbeurteilung, vorletzte Sitzung.	Mw = 4,9 sd = 0,67	Mw = 4,2 sd = 1,16	Mw = 5,2 sd = 0,54	ns. .0,8	ns.	* .025	* .056
Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine positive Bewertung des Erfolges und der therapeutischen Beziehung an. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002; siehe Anhang: Tabelle 65							

Werden die Untergruppen zum zweiten Meßzeitpunkt miteinander verglichen, läßt sich trotz der Veränderungen im Zeitverlauf für keine Untersuchungsdimension ein signifikanter Untergruppeneffekt feststellen. Nur bei der Beziehungszufriedenheit zeigt sich eine Tendenz. Demzufolge beurteilen die verleugnenden Patienten die therapeutische Beziehung im Mittel vergleichsweise negativer als die flexiblen Patienten.

**Exkurs:** Zusammenhänge zwischen der Einschätzung von Patienten und Therapeuten

Für die Bewertung der nachfolgend dargestellten Befunde ist es interessant, ob und wie die Einschätzung der therapeutischen Zusammenarbeit aus der Sicht des Patienten und des Therapeuten in Zusammenhang stehen. Entsprechende Gemeinsamkeit und Unterschiede sollen daher hier kurz beleuchtet werden. Zunächst zeigt es sich, daß die Therapeuten zu beiden Zeitpunkten in ihrem Urteil bezüglich des Therapieerfolges und der Qualität der Arbeitsbeziehung im Mittel etwas skeptischer sind als die Patienten. Letztere schätzen die Arbeitsbeziehung und den Erfolg zu beiden Untersuchungszeitpunkten signifikant günstiger ein.

Eine korrelative Prüfung des Zusammenhanges zwischen der Einschätzung des Patienten und der des Therapeuten führt zu dem Ergebnis, daß die Beurteilungen keinen systematischen Zusammenhang aufweisen. Kein Korrelationskoeffizient beträgt > 0,18 oder erreicht eine signifikante Ausprägung. Dies gilt sowohl für den ersten als auch für den zweiten Meßzeitpunkt. Die Bewertung der therapeutischen Zusammenarbeit durch die Therapeuten steht somit in keinem linearen, systematischen Zusammenhang zu der Einschätzung der Patienten. Obwohl

Patienten und Therapeuten über eine relativ lange Zeit zusammenarbeiten, scheinen sie sich in ihren Bewertungen -im Mittel- nicht aneinander anzunähern.

Wenn der Eindruck des Therapeuten bzw. der des Patienten, nach der dritten Sitzung, als Prädiktor für die Einschätzung der Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit zum Ende der Behandlungszeit verwendet wird, ergeben sich für alle Vorhersagen signifikante Zusammenhänge. Auf der Basis der ersten Einschätzung durch den Therapeuten können 27% der Varianz seiner späteren „Beziehungseinschätzung“ und 17% der Varianz seiner späteren „Erfolgszufriedenheit“ vorhergesagt werden. Aufgrund der ersten Einschätzung, die die Patienten abgeben, kann 16% der Varianz ihrer späteren „Beziehungszufriedenheit“ und 9% der Varianz ihrer späteren Erfolgszufriedenheit prädiziert werden. Es scheint demnach, daß die Patienten im Vergleich zu den Therapeuten ihr Urteil im Laufe der Behandlung etwas stärker modifiziert haben.

## **Zusammenfassung der Hauptergebnisse**

**Frage 6:** Die autoaggressiv-depressiven und die flexiblen Patienten gewichten psychologische Faktoren im Mittel signifikant stärker als die verleugnenden Patienten. Diese zuerst genannten Subgruppen lassen sich bezüglich der Gewichtung psychologischer Faktoren nicht voneinander differenzieren.

**Frage 6.1:** Die autoaggressiv-depressiven Patienten sind psychotherapeutischen Angeboten im Mittel vergleichsweise am meisten zugetan. Die flexiblen Patienten begegnen psychotherapeutischen Angeboten mit einer signifikant positiveren Einstellung als die verleugnenden, aber auch signifikant skeptischeren Einstellung als die autoaggressiv-depressiven Patienten. Die Patienten der Restgruppe äußern eine ähnliche Einstellung zur Psychotherapie und ein ähnliches laienätiologisches Konzept wie die Patienten der autoaggressiv-depressiven Untergruppe.

**Frage 6.2.1:** Relativ zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung wird die Kooperation mit den Patienten der drei postulierten Subgruppen von den Therapeuten noch recht ähnlich eingeschätzt. Im Laufe der gemeinsamen Arbeit differenziert sich jedoch das initiale Therapeutenurteil. Zum Abschluß der Therapie wird dementsprechend die Beziehung zu den verleugnenden Patienten und der Erfolg der therapeutischen Arbeit mit ihnen vergleichsweise ungünstiger beurteilt. Die Therapeuten glauben, daß ihre Beziehung zu den flexiblen und den autoaggressiv-depressiven Patienten vergleichsweise besser ist und daß sie mit diesen Patienten auch einen besseren Erfolg erzielt haben. Hinsichtlich der Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit bei den autoaggressiv-depressiven und den flexiblen Patienten nehmen sie keinen bedeutsamen Unterschied wahr.

**Frage 6.2.2:** Bei der Einschätzung der therapeutischen Zusammenarbeit durch die Patienten kann hinsichtlich der Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit zu keinem Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen gesichert werden. Auch zum Ende der Behandlung zeigt sich lediglich eine tendenzielle Differenz, der zufolge die verleugnenden Patienten mit der Beziehung etwas weniger zufrieden sind als die Patienten der beiden anderen Subgruppen.

Bemerkenswert ist, daß die Bewertungen der Patienten und der Therapeuten hinsichtlich der Erfolgs- und der Beziehungszufriedenheit nicht miteinander korrelieren, auch dann nicht, wenn der Zusammenhang am Ende der Behandlungszeit betrachtet wird.

## 7.7 Aspekte der Objektbeziehung

Das folgende Kapitel befaßt sich mit der Frage, wie sich die Patienten der Untergruppen zu anderen Menschen in Beziehung setzen und wie sie wichtige Beziehungen erleben. Es werden zwei Beobachtungsebenen unterschieden. Die erste Beobachtungsebene hat das Kontaktverhalten zum Thema. Das Kontaktverhalten wird dabei anhand des Gießen-Test (GT) sowohl aus der Perspektive des teilnehmenden Beobachters als auch aus der Perspektive des Patienten beleuchtet. Dabei stehen fundamentale Qualitäten der Kontaktaufnahme im Mittelpunkt, nämlich, ob sich der Patient anvertraut oder eher mißtrauisch und distanziert verhält. Auf der zweiten Beobachtungsebene ist der Blick auf das Beziehungserleben des Patienten gerichtet. Im Zentrum der Beobachtung stehen zwei Fragen, nämlich erstens, wie der Patient seine Beziehungen zu bedeutsamen Personen -Mutter, Vater und Partner- bewertet und zweitens, wie er sich in das soziale Netz eingebettet fühlt. Die Beziehung zu den Eltern und dem Partner wird im Spiegel des Repertory Grid (GRID), die Einbettung in das soziale Netz anhand eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (SOZU) untersucht.

Die Beziehung zu den Eltern und dem Partner sowie das Kontaktverhalten werden auf der Basis der Projekterhebung analysiert. Für die Untersuchung der erlebten sozialen Unterstützung kann auf beide Untersuchungsstichproben zurückgegriffen werden.

**Frage 7:** Nimmt der Interviewer Unterschiede im Kontaktverhalten der Patienten der postulierten Untergruppen wahr?

**Frage 7.1:** Beschreiben die Patienten der postulierten Untergruppen ihr Kontaktverhalten auf unterschiedliche Weise?

**Frage 7.2:** Unterscheiden sich die Patienten der postulierten Untergruppen hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung?

**Frage 7.3:** Wie bewerten die Patienten der postulierten Untergruppen die Beziehung zu ihren Elternobjekten und ihrem Partner?

Diese Fragen werden exploratorisch untersucht.

**Frage 7 und 7.1:** Das Kontaktverhalten im Spiegel einer ausgewählten Skala des Gießen-Test

Die Art und Weise, wie sich der Patient im Kontakt verhält, wird vom Standpunkt der Fremd- und der Eigenwahrnehmung anhand einer ausgewählten Skala des GT beleuchtet. Die bipolare Skala, deren Inhalt von den Testautoren mit „Durchlässigkeit“ umschrieben wird, kann folgendermaßen gekennzeichnet werden: Am einen Ende der Skala finden sich Personen, die sich als aufgeschlossen beschreiben, die angeben, daß sie viel von sich preisgeben, daß sie sich anvertrauen und ihre Bedürfnisse offen zeigen. Der andere Skalenpol wird von Personen gebildet, die sich eher als verschlossen, mißtrauisch, zurückhaltend und distanziert charakterisieren.

Das Fremdbild wurde durch ein Interviewrating erfaßt. Dabei waren die Rater aufgefordert, das Kontaktverhalten des Patienten anhand der Fremdbildversion der GT-Skala zu beurteilen. Ausdrücklich sollten die Urteiler darauf Bezug nehmen, wie sie den Patienten im Kontakt zum Interviewer und zu anderen Menschen, die in dem Interview deutlich werden, erleben. Gegenstand der Beurteilung waren keine eindeutig vordefinierten Verhaltensweisen, sondern eher die spontane, subjektiv gefärbte Gegenübertragung der Rater.



**Frage 7:** Das Kontaktverhalten aus der Fremdperspektive

In Tabelle 34 ist die Durchlässigkeit im Kontakt aus der Sicht eines Fremdbeobachters dargestellt. Bei der Interpretation der Befunde ist zu beachten, daß die Skala Durchlässigkeit so gepolt ist, daß hohe Werte eine geringe Durchlässigkeit bzw. eine hohe Retentivität anzeigen. Tabelle 34 ist zu entnehmen, daß die verleugnenden Patienten im Mittel signifikant weniger durchlässig, d.h. signifikant verschlossener erlebt werden als die autoaggressiv-depressiven und die flexiblen Patienten. Dabei erscheinen die autoaggressiv-depressiven und die verleugnenden Patienten in der Wahrnehmung der Urteiler am meisten gegensätzlich.

**Tabelle 34: Durchlässigkeit im Kontakt, beobachtet aus der Fremdperspektive. Ergebnisse der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich			
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2	2/3	1/4	4/3
Fallzahl	N = 8	N = 24	N = 11	N = 19				
Durchlässigkeit	Mw = 27,8 sd = 4,4	Mw = 22,4 sd = 3,5	Mw = 30,7 sd = 3,6	Mw=24,3 sd = 3,2	**	***	**	***
Anmerkung: Niedrige Werte zeigen eine hohe Durchlässigkeit bzw. eine geringe Retentivität im Kontakt an. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002; siehe Anhang: Tabelle 66								

Die autoaggressiv-depressiven Patienten und die flexiblen Patienten werden eher ähnlich eingeschätzt, zwischen ihnen kann kein bedeutsamer Unterschied festgestellt werden. Die Patienten der Restgruppe werden im Mittel eher weniger durchlässig empfunden, wobei ein signifikanter Unterschied jedoch nur im Vergleich mit den besonders offen und durchlässig erlebten autoaggressiv-depressiven Patienten gesichert werden kann.

**Frage 7.1:** Das Kontaktverhalten aus der Perspektive der Patienten

Werden die Patienten um eine Selbstbeurteilung ihrer Durchlässigkeit im Kontakt mit anderen Menschen gebeten, kann, wie in Tabelle 35 dargestellt ist, kein Unterschied zwischen den vier Subgruppen festgestellt werden. Die Patienten der Subgruppen schätzen ihre Bereitschaft zu einem offenen Kontakt nahezu identisch ein<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Die Fremdeinschätzung und die Selbsteinschätzung der Durchlässigkeit korrelieren mit 0.39

**Tabelle 35: Durchlässigkeit im Kontakt bei den Patienten der Untergruppen. Ergebnisse der Selbsteinschätzung im Rahmen der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2/3/4
Fallzahl	N = 8	N = 21	N = 10	N = 17	
Durchlässigkeit/ Selbstbild	Mw = 22,7 sd = 9,7	Mw = 23,9 sd = 6,2	Mw = 24,8 sd = 5,4	Mw = 21,9 sd = 5,4	ns.
Anmerkung: Niedrige Werte zeigen eine hohe Durchlässigkeit im Kontakt an. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; * = $p < .05 > .02$ , ** = $p < .02 > .002$ , *** = $p < .002$ . Weitere Angaben, siehe Anhang: Tabelle 67					

**Frage 7.2: Wahrgenommene soziale Unterstützung**

Die soziale Unterstützung wurde mit dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SOZU) erhoben. Inhaltlich bezieht sich die wahrgenommene soziale Unterstützung auf drei unterschiedliche Aspekte: 1) ob man sich emotional unterstützt fühlt, 2) ob man von anderen bei der Bewältigung alltäglicher Probleme Hilfe erfährt und 3) ob man sich in ein soziales Netz eingebettet fühlt. Die Ergebnisse der Analyse zur sozialen Unterstützung sind in Tabelle 36 zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 36: Wahrgenommene soziale Unterstützung in Beziehung zu den Subgruppen. Ergebnisse der multizentrischen- und der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich			
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/3	1/4	2/3	2/4
Projektstudie								
Fallzahl	N =7	N = 23	N = 10	N = 18				
soziale Unterstützung	Mw=3,59 sd =0,74	Mw = 3,98 sd = 0,50	Mw = 4,26 sd = 0,47	Mw = 4,35 sd = 0,29	ns .056	**	ns.	**
multizentrische Studie								
Fallzahl	N =5	N = 33	N = 18	N = 25				
soziale Unterstützung	Mw=4,1 sd =0,30	Mw = 4,1 sd = 0,62	Mw = 4,4 sd = 0,59	Mw = 4,5 sd = 0,49	ns.	*	*	***
Anmerkung: Hohe Werte zeigen ein hohes Maß wahrgenommener sozialer Unterstützung an. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: $0.05 > p > 0.02$ , **: $0.02 > p > 0.002$ , ***: $p < 0.002$ ; siehe Anhang: Tabelle 68								

Es sind die flexiblen Patienten, die am meisten soziale Unterstützung berichten. Im Vergleich zu diesen Patienten erleben sich die Patienten der autoaggressiv-depressiven Gruppe signifikant bzw. hoch signifikant weniger in ihre soziale Umwelt integriert und von dort unterstützt. Dieser Befund findet sich bei der Analyse der multizentrischen und der Projektstichprobe bestätigt.

Die weiteren Vergleiche zwischen den postulierten Untergruppen erbringen keine oder nur tendenzielle Gruppenunterschiede. Beim Vergleich der autoaggressiv-depressiven mit der verleugnenden Subgruppe auf der Basis der multizentrischen Stichprobe zeigt sich eine Tendenz. Hier berichten die verleugnenden Patienten etwas mehr soziale Unterstützung. Dieser Befund kann auf der Grundlage der Projektuntersuchung aber nicht repliziert werden. Insgesamt betrachtet lassen sich die autoaggressiv-depressiven und die verleugnenden Patienten hinsichtlich ihres Unterstützungserlebens also nicht unterscheiden. Auch zwischen den verleugnenden und den flexiblen Patienten läßt sich kein Unterschied nachweisen.

Die Restgruppe ist in ihrem Unterstützungserleben der autoaggressiv-depressiven Subgruppe am meisten ähnlich. Ein bedeutsame Differenz kann nur in Relation zu der flexiblen Untergruppe festgestellt werden.

### **Frage 7.3:** Die Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen im Spiegel des Repertory Grid

Untersucht werden soll mit dem GRID, wie die Patienten die Beziehung zu ihren Eltern und zu ihrem Lebenspartner bewerten. Dabei werden zwei miteinander verwobene Aspekte dieser Beziehungen betrachtet: 1) Die Bewertung der fraglichen Personen gemessen an den Beziehungserwartungen des Probanden und 2) die narzißtische Qualität der Beziehung. Die Bewertung der Personenelemente Mutter, Vater und Partner wird hierbei bestimmt durch die Ähnlichkeit der fraglichen Person zu dem Bild des Wunschpartners. Die narzißtische Qualität der Beziehung wird bestimmt durch die Ähnlichkeit zwischen der fraglichen Person und dem Selbstbild des Probanden. Zur Begründung dieser Operationalisierung siehe Seite 85.

In Tabelle 37 ist die Bewertung von Vater und Mutter in Relation zum Bild des Wunschpartners dargestellt. Hierbei zeigt sich im Mittel kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Subgruppen. Die Patienten der vier Subgruppen sind, gemessen an dem Wunschbild, das sie entwerfen, im Mittel gleichermaßen zufrieden mit ihren Eltern. Ebenso zeigt sich auch kein Unterschied bei der Bewertung des Partners in Relation zum Bild des Wunschpartners. Bei dieser Auswertung können allerdings nur vier Patienten der verleugnenden Subgruppe einbezogen werden, da die übrigen vier Patienten, die mit dem Repertory Grid untersucht wurden, weder jetzt noch früher in einer Partnerbeziehung gelebt haben.

**Tabelle 37: Bewertung der Elternobjekte und des Partners in Relation zu dem Bild des Wunschpartners. Die vier Subgruppen im Vergleich. Ergebnisse der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2/3/4
Fallzahl	N = 6	N = 22	N = 8	N = 19	
Mutter-Wunschpartner	Mw = 1,1 sd = 0,44	Mw = 1,1 sd = 0,33	Mw = 0,84 sd = 0,38	Mw = 0,89 sd = 0,39	ns.
Vater-Wunschpartner	Mw = 1,0 sd = 0,22	Mw = 1,1 sd = 0,36	Mw = 1,0 sd = 0,36	Mw = 1,1 sd = 0,30	ns.
Fallzahl	N = 5	N = 22	N = 4	N = 19	
Partner-Wunschpartner	Mw = 0,69 sd = 0,46	Mw = 0,86 sd = 0,33	Mw = 0,93 sd = 0,37	Mw = 0,76 sd = 0,45	ns.

Anmerkung: Ein geringer Distanzwert zeigt eine positive Bewertung der Person an. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS, siehe Anhang: Tabelle 69

In Tabelle 38 ist die narzißtische Beziehung der MC.-Patienten zu Mutter, Vater und Partner dargestellt. Es zeigt sich, daß lediglich bezüglich der Relation „Bild der Mutter“ zum „Selbstbild“ ein bedeutsamer Gruppenunterschied besteht. Hinsichtlich der narzißtischen Beziehung zum Vater oder zum Partner kann indes kein Unterschied zwischen den Subgruppen festgestellt werden. Im Vergleich zu den Patienten der flexiblen Subgruppe erleben sich die autoaggressiv-depressiven Patienten ihrer Mutter signifikant unähnlicher oder, anders gesagt, fremder. Die flexiblen Patienten beschreiben sich ihrer Mutter am meisten ähnlich, die autoaggressiv-depressiven Patienten am meisten unähnlich. Auch im Vergleich zu den Patienten der verleugnenden Subgruppe geben die autoaggressiv-depressiven Patienten eine größere Distanz zwischen ihrem Selbstbild und dem Bild ihrer Mutter an. Dieser Unterschied kann bei der statistischen Prüfung aber nur als Trend festgestellt werden.

**Tabelle 38: Die narzißtische Beziehung zu den Elternobjekten und dem Partner. Die Untergruppen im Vergleich. Ergebnisse der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich		
	1.Rest-gruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleug-nende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2/3/4	2/4	2/3
Fallzahl	N = 6	N = 22	N = 8	N = 19			
Mutter-Selbstbild	Mw = 1,0 sd = 0,5	Mw = 1,0 sd = 0,25	Mw = 0,8 sd = 0,29	Mw = 0,76 sd = 0,29	**	**	*
Vater-Selbstbild	Mw = 1,2 sd = 0,14	Mw = 1,0 sd = 0,24	Mw = 0,81 sd = 0,33	Mw = 0,95 sd = 0,29	ns.	ns.	ns.
Fallzahl	N = 5	N = 22	N = 4	N = 19			
Partner-Selbstbild	Mw = 0,95 sd = 0,46	Mw = 0,91 sd = 0,33	Mw = 0,99 sd = 0,37	Mw = 0,92 sd = 0,45	ns.	ns.	ns.

Anmerkung: Ein geringer Distanzwert zeigt eine hohe Vertrautheit mit der Person an. Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; \*: 0.05 > p > 0.02, \*\*: 0.02 > p > 0.002, \*\*\*: p < 0.002; siehe Anhang: Tabelle 70

**Exkurs:** Die Einbettung in die Herkunftsfamilie

Im Hinblick auf die Tatsache, daß das Klima der Herkunftsfamilie nicht nur von der Mutter, sondern auch von dem Vater bestimmt wird, drängt sich im Anschluß an die oben festgestellten Ergebnisse die Frage auf, wie sich die Patienten in das elterliche System eingebettet fühlen. Wird die narzißtische Beziehung zum Vater bei den autoaggressiv-depressiven Patienten möglicherweise vertrauter empfunden und kompensiert die Distanz zur Mutter? Oder wird das elterliche System insgesamt distanzierter und fremder erlebt? Zur Klärung dieser weiterführenden Fragen werden im folgenden die Distanzwerte zwischen dem Selbstbild und dem Bild der Mutter sowie dem Selbstbild und dem Bild des Vaters als Mittelwert zusammengefaßt und als Ausdruck der erlebten narzißtischen Qualität des elterlichen Systems verstanden.

**Tabelle 39: Die narzißtische Beziehung zu Vater und Mutter als elterlichem System. Die Untergruppen im Vergleich. Ergebnisse der Projektstudie**

	Untergruppen				statistischer Vergleich			
	1.Rest-gruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleug-nende Ptn.	4. flexible Ptn.	1/3	1/4	2/4	2/3
Fallzahl	N = 6	N = 21	N = 8	N = 18				
Eltern-system/ Selbstbild	Mw = 1,1 sd = 0,24	Mw = 1,04 sd = 0,21	Mw = 0,81 sd = 0,27	Mw = 0,85 sd = 0,22	ns. .09	**	**	*

Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; \*: 0.05 > p > 0.02, \*\*: 0.02 > p > 0.002, \*\*\*: p < 0.002; siehe Anhang: Tabelle 71

Der Befund, der für die narzißtische Beziehung zur Mutter festgestellt wurde, findet sich bei der Betrachtung des elterlichen Systems bestätigt. Die autoaggressiv-depressiven Patienten fühlen sich, wie Tabelle 39 zeigt, ihren Eltern gegenüber signifikant fremder als die Patienten der flexiblen und tendenziell auch fremder als die Patienten der verleugnenden Subgruppe. Die narzißtische Elternbeziehung der Restgruppe entspricht weitgehend derjenigen der autoaggressiv-depressiven Patienten, wobei ein signifikanter Unterschied hier nur im Verhältnis zu der flexiblen Subgruppe gesichert werden kann.

## **Zusammenfassung der Hauptergebnisse**

**Frage 7:** Unterschiede zwischen den Subgruppen, bezogen auf das Kontaktverhalten, konnten nur aus der Perspektive des Fremdbeobachters festgestellt werden. Demnach werden die verleugnenden Patienten signifikant weniger durchlässig erlebt als die autoaggressiv-depressiven und die flexiblen Patienten, die sich bei einem entsprechenden Vergleich nicht voneinander abgrenzen lassen. **Frage 7.1:** Bei der Selbstbeschreibung finden sich im Mittel keine Unterschiede zwischen den Subgruppen hinsichtlich der Durchlässigkeit im Kontakt.

**Frage 7.2:** Es sind die flexiblen Patienten, die sich am meisten und die autoaggressiv-depressiven Patienten, die sich am wenigsten sozial unterstützt fühlen. Darüber hinaus läßt sich bezüglich der sozialen Unterstützung kein signifikanter Unterschied zwischen den postulierten Subgruppen sichern.

**Frage 7.3:** Die Untersuchung der narzißtischen Beziehung führte zu folgendem Ergebnis: Die Patienten der autoaggressiv-depressiven Untergruppe fühlen sich ihrer Mutter signifikant unähnlicher bzw. fremder als die flexiblen und tendenziell fremder als die verleugnenden Patienten. Auch im Verhältnis zu dem elterlichen System, d.h. wenn Mutter und Vater zusammenfassend betrachtet werden, erleben sich die autoaggressiv-depressiven Patienten signifikant fremder als die flexiblen und tendenziell fremder als die verleugnenden Patienten. Die Analyse der narzißtischen Beziehung zum Vater und zum Partner ergibt indes keinen Unterschied zwischen den Subgruppen.

Wenn Mutter, Vater und Partner in Relation zu dem Bild des Wunschpartners bewertet werden, kann kein Gruppenunterschied festgestellt werden. Gemessen an den idealtypischen Beziehungserwartungen, die durch das Bild des Wunschpartners verkörpert werden, sind die Patienten der postulierten Untergruppen also gleichermaßen zufrieden mit ihrer Mutter, ihrem Vater und ihrem Partner.

Die Patienten der Restgruppe werden in ähnlicher Weise verschlossen erlebt wie die verleugnenden Patienten. Sie berichten ein ähnlich geringes Maß an sozialer Unterstützung wie die autoaggressiv-depressiven Patienten und fühlen sich ihren Eltern ebenso wie die autoaggressiv-depressiven Patienten eher vergleichsweise fremd.

## 7.8 Stabilität der Untergruppen im Zeitverlauf

Das vorgeschlagene Modell zur Untergruppenbildung geht auf einer Ich-psychologischen Grundlage von typischen Abwehr und Bewältigungsstrategien aus. Aus Sicht der psychoanalytischen Ich-Psychologie sind Abwehr und Bewältigungsstrategien lebensgeschichtlich erworbene Konfliktlösungsmuster, die ihre Ausformung in kritischen Entwicklungsphasen der Kindheit und Adoleszenz erfahren und später relativ stabil bestehen bleiben, d.h. in die Persönlichkeit eingehen. Die multizentrische Studie, bei der die Patienten über einen Zeitraum von zwei Jahren wiederholt beobachtet wurden, bietet die Grundlage zur ausführlichen Überprüfung dieser Annahme.

**Frage 8:** Wie stabil ist die Zuordnung der Patienten zu den postulierten Untergruppen im Verlauf der Zeit, sofern die Subgruppierung auf der Basis einer neuerlichen Untersuchung nach einem und nach zwei Jahren wiederholt wird? **Hypothese:** Es wird erwartet, daß die Subgruppenzuordnung stabil ist, d.h. nach einem und nach zwei Jahren in weitgehend identischer Weise repliziert werden kann. Sofern entgegen dieser Erwartung Veränderungen im Zeitverlauf auftreten, ergibt sich **Frage 8.1:** Wodurch sind Veränderungen, die im Zeitverlauf bei der Gruppenzuordnung beobachtet werden, bedingt?

**Frage 8:** Die Stabilität der Gruppenzuordnung im Ein- und Zwei- Jahresintervall

Die Patienten der multizentrischen Studie wurden bei Aufnahme in das Projekt, nach einem Jahr und beim Ausscheiden aus der Studie interviewt und testpsychologisch untersucht, so daß eine Gruppenzuordnung zu drei Zeitpunkten vergleichend durchgeführt werden kann. Im Einjahresintervall, also bei dem Vergleich der Zeitpunkte  $t=0$  und  $t=12$ , sowie  $t=12$  mit  $t=24$ , können 62,5 bzw. 63,6% der Patienten im Mittel 63% der gleichen Untergruppe zugeordnet werden.

Wenn die Gruppenzuordnung im Zweijahresintervall, also bei Aufnahme in die Studie, mit der Gruppierung beim Ausscheiden aus der Studie ( $t_0=$  versus  $t=24$ ) verglichen wird, beträgt der Anteil der Ptn., die der gleichen Untergruppe zugewiesen werden, nunmehr 56,6%. Bei einer Verlängerung des Beobachtungszeitraumes von einem auf zwei Jahre reduziert sich die Übereinstimmung somit um 6,4%.

Die Übereinstimmungswerte für das Einjahres- und das Zweijahresintervall übersteigen bei weitem die zufällige Konkordanz, die unter Berücksichtigung ungleicher Gruppengrößen 32-35% beträgt. Drückt man die tatsächliche Übereinstimmung anhand des zufallskorrigierten Kappa Koeffizienten aus, ergibt sich für das Einjahresintervall ein mittleres Kappa von 0,47 und für das Zweijahresintervall ein Kappa von 0,31.

Bei dem soeben gemachten Vergleich über die Zweijahresspanne bleibt unberücksichtigt, welcher Subgruppe die Patienten anlässlich der dazwischenliegenden Untersuchung zum Zeitpunkt  $t=12$  zugeordnet wurden. Ein anspruchsvolleres Kriterium für die Stabilität der Subgruppenbildung ergibt sich, wenn eine einheitliche Gruppenzuordnung zu allen drei Meßzeitpunkten gefordert wird. Um die Stabilität der Gruppenzuordnung über drei Zeitpunkte zu prüfen, werden drei Verlaufsformen unterschieden:

- Patienten, die zu Studienbeginn, nach einem Jahr und nach zwei Jahren konstant einer Untergruppe zugeordnet werden;
- Patienten, die zu allen 3 Meßzeitpunkten in eine andere Untergruppe eingeordnet werden;
- Patienten, die zu zwei von drei Meßzeitpunkten einer identischen Untergruppe zugewiesen wurden.

Im Ergebnis werden 45% der Patienten zu allen 3 Meßzeitpunkten der gleichen Subgruppe zugeordnet. Bei einer rein zufälligen Verteilung der Patienten auf die Subgruppen wäre eine identische Zuordnung für 15% der Ptn. zu erwarten. Weitere 45% der Patienten befinden sich zu zwei von drei Zeitpunkten in der gleichen Untergruppe, sie werden aber zu einem dritten Zeitpunkt anders klassifiziert, 10% der Patienten werden bei jeder Erhebung in eine andere Untergruppe eingeordnet.

Eine Analyse der Trefferraten spezifisch für jede Subgruppe anhand von Verwechslungsmatrizen führt zu folgendem Ergebnis: 56% der flexiblen, 46% der autoaggressiv-depressiven, 28% der verleugnenden und kein einziger Patient der Restgruppe werden zu allen drei Zeitpunkten der gleichen Untergruppe zugeordnet<sup>1</sup>.

Die Ergebnisse zeigen, daß die Aussage über die Stabilität respektive Variabilität der Gruppenzuordnung mit dem jeweils angesetzten Stabilitätskriterium und dem beobachteten Zeitintervall kovariiert. Wenn Stabilität bedeutet, daß die Patienten zu allen 3 Zeitpunkten der gleichen Untergruppe zugewiesen werden, dann muß die Hypothese, daß die Gruppenzuordnung ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal darstellt, zurückgewiesen bzw. differenziert werden. Zwar finden sich Patienten, die, wie vorhergesagt, wiederholt der gleichen Subgruppe zugeordnet werden, aber auch solche für die das, entgegen der Erwartung, nicht der Fall ist. Im folgenden sollen mögliche Ursachen der Variabilität genauer untersucht werden.

### **Frage 8.1:** Ursachen der Variabilität bei der Gruppenzuordnung

Die Konstruktion der Subgruppen basiert auf den Skalen „Autoaggression“ und „Verleugnung“, die für die Untergruppenbildung künstlich dichotomisiert wurden. Für die Aufklärung der Ursachen der Variabilität bei der Gruppenzuordnung im Zeitverlauf ist es aufschlußreich, diese gruppenstiftenden Merkmale gesondert zu betrachten. In Tabelle 40 sind dazu Mittelwerte, Korrelationen und die Prozentuale Übereinstimmungswerte dargestellt.

---

<sup>1</sup> Die Prozentwerte können nicht einfach miteinander verrechnet werden, da die Subgruppen unterschiedliche Patientenzahlen umfassen.



**Tabelle 40: Die gruppenstiftenden Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ im Zeitverlauf über 3 Meßzeitpunkte: (t=0, t=12, t=24). Ergebnisse der multizentrischen Studie**

Autoaggression			
Mittelwerte zu den 3 Meßzeitpunkten	t=0 Mw =26,8 sd = 9,3	t=12 Mw = 26,2 sd = 10,5	t=24 Mw = 25,3 sd = 9,0
Korrelationen über die Meßzeitpunkte	t=0 mit t=12 $r_{1,2} = .81$	t=12 mit t= 24 $r_{2,3} = .85$	t=24 mit t=0 $r_{1,3} = .80$
Prozentsatz der Übereinstimmenden Kategorisierungen	t=0 mit t=12 unkorrigiert=85%	t=12 mit t= 24 unkorrigiert=81%	t=24 mit t=0 unkorrigiert=74%
Prozentsatz der Übereinstimmenden Kategorisierungen/zufallskorrigiert	t=0 mit t=12 korrigiert =69%	t=12 mit t= 24 korrigiert =61%	t=24 mit t=0 korrigiert = 48%
Verleugnung			
Mittelwerte zu den 3 Meßzeitpunkten	t=0 Mw= 4,56 sd = 1,92	t=12 Mw = 4,35 sd = 1,81	t=24 Mw = 4,21 sd = 1,85
Korrelationen über die Meßzeitpunkte	t=0 mit t=12 $r_{1,2} =.51$	t=12 mit t=24 $r_{2,3}=.57$	t=24 mit t=0 $r_{1,3}=.19$ (ns.)
Prozentsatz der Übereinstimmenden Kategorisierungen	t=0 mit t=12 unkorrigiert=71%	t=12 mit t= 24 unkorrigiert=80%	t=24 mit t=0 unkorrigiert=69%
Prozentsatz der Übereinstimmenden Kategorisierungen/zufallskorrigiert	t=0 mit t=12 korrigiert =27%	t=12 mit t= 24 korrigiert =45%	t=24 mit t=0 korrigiert =16%

Es wird zunächst deutlich, daß die Ausprägung der Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ im Mittel über die Zeit geringfügig abnimmt. Diese Veränderung ist jedoch so gering, daß sich bei einer entsprechenden varianzanalytischen Überprüfung in einem Meßwiederholungsdesign kein signifikanter Zeiteffekt feststellen läßt.

Das Merkmal der „Autoaggression“, das durch Fragebogen erfaßt wurde, weist eine recht hohe zeitliche Stabilität auf. Die mittlere Korrelation nach einem Jahr beträgt 0,83 bzw. 0,80 nach 2 Jahren. Nach einem Jahr werden im Mittel 83%, nach zwei Jahren immerhin noch 74% der Patienten übereinstimmend den Kategorien „eher hoch“ bzw. „eher gering autoaggressiv“ zugeordnet. Für eine bessere Einschätzung der Qualität der Zuordnung wurde von der tatsächlichen Übereinstimmung die Übereinstimmung subtrahiert, die bei einer rein zufälligen Klassifikation zu erwarten wäre. Diese zufallskorrigierte Übereinstimmung beträgt nach einem Jahr 0,65% und nach zwei Jahren 48%.

Bei dem Merkmal „Verleugnung“, das auf einer Fremdbeurteilung basiert, ergibt sich eine vergleichsweise geringere Stabilität im Zeitverlauf. Die korrelative Analyse ergibt nach 2 Jahren kaum mehr einen nennenswerten Zusammenhang zwischen dem Bild, das die Urteiler bei Aufnahme in die Studie von dem Patienten gewinnen, und dem Eindruck, den sie bei seinem Ausscheiden aus der Studie angeben. Nach einem Jahr beträgt die mittlere Korrelation 0,54, nach zwei Jahren nur mehr 0,19. Überraschenderweise ist jedoch die Zuordnung zu den beiden dichotomen Kategorien „eher gering“ versus „eher stark“ dennoch relativ stabil. Nach einem Jahr werden im Mittel 77%, nach 2 Jahren 69% übereinstimmend kategorisiert. Betrachtet man allerdings die zufallskorrigierten Übereinstimmungswerte, dann wird deutlich, daß die Konkordanz auch als zufällige Übereinstimmung erklärbar ist. Wenn mögliche Zu-

fallseffekte eliminiert werden, beträgt die Übereinstimmung hier nach einem Jahr nur mehr 36% bzw. 16% nach zwei Jahren.

Die ungleiche Stabilität der gruppenstiftenden Merkmale „Verleugnung“ und „Autoaggression“ hat unmittelbare Folgen für die Art der Variationen im Zeitverlauf. Tabelle 41 stellt in Form einer Verwechslungsmatrix dar, welche Vertauschungen zwischen den Subgruppen auftreten, wenn die Gruppierung bei Aufnahme in die Studie mit der Gruppierung nach einem Jahr verglichen wird. Die Patienten der autoaggressiv-depressiven Gruppe werden, sofern sie nicht wieder der autoaggressiv-depressiven Untergruppe zugewiesen werden, am ehesten als flexible- oder Restgruppenpatienten codiert. Die flexiblen Patienten, die nicht neuerlich als flexibel kategorisiert werden, werden ausschließlich als verleugnende Patienten und verleugnende Patienten werden hauptsächlich als flexible Patienten recodiert. Ein Wechsel zwischen den Gruppen im Zeitverlauf findet gehäuft dort statt, wo die Unterscheidung auf das Merkmal der „Verleugnung“ gründet. Die Auswertung weiterer Verwechslungsmatrizen von t=12 zu t=24 und t=0 zu t=24 führt zu weitgehend ähnlichen Ergebnissen.

**Tabelle 41: Verwechslungsmatrix aus der Untergruppenzuordnung zum Zeitpunkt t=0 und zum Zeitpunkt t=12. Ergebnisse der multizentrischen Studie**

	Subgruppierung zu t=0				
Subgruppierung zu t=12	Restgruppe	autoaggressiv-depressive Ptn.	verleugnende Ptn.	flexible Ptn.	Fälle insgesamt
Restgruppe	N=1 20%	N=3	N=2	N=0	N=6
autoaggressiv-depressive Ptn.	N=2	N=19 73%	N=1	N=0	N=22
verleugnende Ptn.	N=0	N=1	N=5 41,6%	N=6	N=12
flexible Ptn.	N=2	N=3	N=4	N=15 72%	N=24
abweichend zugeordnete Fälle	N=4 80%	N=7 27%	N=7 58%	N=6 28%	
Fälle insgesamt	N=5	N=26	N=12	N=21	N=64
Anmerkung: In der Hauptdiagonalen finden sich die übereinstimmenden Zuordnungen beim Vergleich der Untersuchungszeitpunkte t=0 und t=12. Die Nebenfelder enthalten die diskrepanten Zuordnungen					

#### Determinanten der Variabilität

Eine Frage, die an die Analyse der Stabilität/Variabilität unmittelbar anschließt, betrifft die Faktoren, die die vorbeschriebenen Veränderungen bedingt haben. Im Rahmen der multizentrischen Studie kommen verschiedene Gründe in Betracht: methodische Gründe, Effekte der Psychotherapie und Rückwirkungen der körperlichen Erkrankung. Ein methodisches Problem, das sich auf die beobachtbare Stabilität der Untergruppen unmittelbar auswirkt, sind Ungenauigkeiten bei der Messung, die die Selbst- bzw. die Fremdbeschreibung verzerrt haben können. Meßfehlerbedingte Einflüsse auf die Stabilität respektive Variabilität der Gruppenzuordnung im Zeitverlauf werden im Rahmen der Diskussion reflektiert. Im folgenden soll

möglichen Effekten des akuten Krankheitszustandes, der therapeutischen Intervention und des Krankheitsverlaufes empirisch nachgegangen werden.

#### Effekte des akuten Krankheitszustandes

Bereits an anderer Stelle ist deutlich geworden, daß der akute Krankheitszustand die psychische Verfassung außerordentlich stark beeinflussen kann. So gesehen kann nicht ausgeschlossen werden, daß der akute Krankheitszustand auch auf die Ausprägung der gruppenstiftenden Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ einwirkt und dadurch die Zuordnung zu den Subgruppen beeinflusst. Am Beginn der Studie (t=0) sind 23,8 % der Patienten, die in die Untergruppenbildung eingehen, von einem akuten Krankheitsschub betroffen. 2/3 dieser Patienten sind bei der neuerlichen Untersuchung nach einem Jahr (t=12) in Remission, wohingegen 1/4 der Patienten, die zu Studienbeginn in Remission waren, bei der Wiederholungsuntersuchung nach einem Jahr akut krank sind. Es ist also zu klären, ob die Krankheitsaktivität die Ausprägung der gruppenstiftenden Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ beeinflusst oder ob dies nicht der Fall ist. Tabelle 42 zeigt die Ausprägung der Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ bei akut kranken und remittierten Patienten. Wie zu sehen ist, kann kein signifikanter Einfluß der Krankheitsaktivität auf die Ausprägung der „Autoaggression“ und „Verleugnung“ festgestellt werden, auch wenn augenscheinlich in der aktiven Krankheitsphase sowohl die „Autoaggression“ als auch die „Verleugnung“ etwas zunehmen.

**Tabelle 42: Die Ausprägung von „Autoaggression“ und „Verleugnung“ in Abhängigkeit von dem akuten Krankheitszustand**

	akuter Krankheitszustand		statistischer Vergleich
	Im Schub	In Remission	
gruppenstiftende Merkmale			
Autoaggression	Mw = 29,1    sd = 11,3	Mw = 26,3    sd = 8,8	ns.
Verleugnung	Mw = 4,8    sd = 2,2	Mw = 4,4    sd = 1,8	ns.

#### Effekte der Psychotherapie und Effekte der Krankheitssituation

Mit dem Ziel, die Psychotherapie und den somatischen Krankheitsverlauf als Faktoren zu untersuchen, die die Stabilität der Gruppenzuordnung potentiell beeinflussen, wurde zunächst für jeden Patienten ein individueller Veränderungsbetrag spezifisch für die Variablen „Autoaggression“ und „Verleugnung“ berechnet. Die Veränderungswerte werden zum Betrag genommen, weil sowohl positive als auch negative Differenzen, respektive positive als auch negative Therapieeffekte, vorkommen können. Der individuelle Veränderungsbetrag ergibt sich aus dem Differenzwert zwischen der Messung zu Studienbeginn (t=0) und dem Befund zum Abschluß der psychotherapeutischen Behandlungsphase (t=12). Der individuelle Veränderungsbetrag wird im folgenden als abhängige Variable zu der therapeutischen Intervention und dem Krankheitsverlauf als den unabhängigen Variablen in Beziehung gesetzt.

**Tabelle 43: Das Ausmaß der Veränderungen (Veränderungsbetrag) im Zeitverlauf bei den gruppenstiftenden Merkmalen „Autoaggression“ und „Verleugnung“ in Abhängigkeit von der Art der Behandlung. Ergebnisse der multizentrischen Studie**

	Behandlungsbedingungen		statistischer Vergleich
	1. somatisch und psychotherapeutisch behandelt	2. rein somatisch behandelt	1/2
Fallzahl	N = 46	N = 28	
Veränderungsbetrag t=0-t=12 „Autoaggression“	Mw = 6,2 sd = 5,3	Mw = 3,7 sd = 4,1	**
Veränderungsbetrag t=0-t=12 „Verleugnung“	Mw = 1,91 sd = 1,4	Mw = 1,88 sd = 1,4	ns.
Prüfstatistik: H-Test von KRUSKAL & WALLIS; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002			

Tabelle 43 zeigt den Veränderungsbetrag der Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ in Abhängigkeit von den in der multizentrischen Studie realisierten Behandlungsbedingungen: „rein somatisch behandelt“ versus „somatisch und psychotherapeutisch behandelt“. Aus Tabelle 43 ist zu ersehen, daß Veränderungen, die im Zeitverlauf bei dem Merkmal der „Autoaggression“ auftreten, durch die Art der Behandlung mit beeinflußt werden. Im Vergleich zu den rein somatisch behandelten Patienten, variiert die Selbstbeschreibung der psychotherapeutisch behandelten Patienten signifikant stärker. Kein bedeutsamer Einfluß der Behandlungsart auf die Variabilität zeigt sich, wenn die Veränderungen im Zeitverlauf bei der Variablen „Verleugnung“ fokussiert werden.

**Tabelle 44: Veränderungen im Zeitverlauf bei den gruppenstiftenden Merkmalen „Autoaggression“ und „Verleugnung“ in Beziehung zu dem somatischen Krankheitsverlauf. Ergebnisse der multizentrischen Studie**

Klassifikation der Krankheitsverläufe geordnet nach dem Schweregrad	Veränderungsbetrag für den Vergleich der Meßzeitpunkte t=0 und t=12		Fallzahl
	Autoaggression	Verleugnung	
1) Sehr schlechter Verlauf; Operation oder erfolglose immunsuppressive Therapie	Mw = 3,8 sd = 3,0	Mw = 1,8 sd = 1,6	N = 13
2) Schlechter Verlauf; immunsuppressive Therapie	Mw = 5,5 sd = 2,1	Mw = 1,5 sd = 0,7	(N = 2)
3) Mittelmäßiger Verlauf; Verlauf in Schüben	Mw = 6,4 sd = 6,2	Mw = 2,2 sd = 1,6	N = 33
4) Sehr guter Verlauf; schubfreier Verlauf	Mw = 4,5 sd = 3,6	Mw = 1,5 sd = 1,2	N = 15
linearer korrelativer Zusammenhang zwischen Krankheitsverlauf und Veränderungsbetrag	$r_{xy} = .003$ (ns.)	$r_{xy} = .00$ (ns.)	
Anmerkung zur Statistik: Der Zusammenhang zwischen dem Veränderungsbetrag und dem Krankheitsverlauf wurde durch eine Rangkorrelation bestimmt			

Tabelle 44 zeigt den Veränderungsbetrag für die Merkmale „Verleugnung“ und „Autoaggression“ in Abhängigkeit von dem Krankheitsverlauf. Der Krankheitsverlauf beschreibt die Entwicklung der MC.-Erkrankung während der zweijährigen Beobachtungszeit in der multizentrischen Studie. Dabei werden vier Verlaufstypen unterschieden, die in Zwischenschritten von einem „sehr schlechten“ bis zu einem „sehr guten“ Verlauf differenzieren. Wie aus Tabelle 44 zu entnehmen ist, ergibt sich kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der beobachteten Veränderungen bei den Variablen „Autoaggression“ und „Verleugnung“ und der Schwere des Krankheitsverlaufes. Patienten mit einem schweren, ungünstigen Krankheitsverlauf zeigen keine geringere oder größere Variabilität bezüglich der gruppenstiftenden Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ als solche mit einem eher günstigen Krankheitsverlauf.

### Zusammenfassung der Hauptergebnisse

**Frage 8:** Die Ergebnisse zeigen, daß die Aussage über die Stabilität respektive Variabilität der Gruppenzuordnung mit dem jeweils angesetzten Stabilitätskriterium und dem beobachteten Zeitintervall kovariiert. Wenn Stabilität bedeutet, daß die Patienten zu allen drei Untersuchungszeitpunkten der gleichen Untergruppe zugewiesen werden, können (nur) 45% der Patienten als stabile Merkmalsträger bezeichnet werden. Die beobachtete Übereinstimmung bei der Gruppenzuordnung überschreitet aber deutlich die Übereinstimmung, die bei einer zufälligen Gruppierung zu erwarten wäre.

**Frage 8.1:** Die separate Analyse der gruppenstiftenden Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ zeigt, daß Veränderungen bei der Subgruppierung, die im Zeitverlauf auftreten

ten, besonders durch die Variation des Merkmals Verleugnung hervorgerufen sind. Das Merkmal der „Autoaggression“ erweist sich als vergleichsweise zeitstabil.

Es konnte gezeigt werden, daß der akute Krankheitszustand in den Ausprägungen „Schub“ versus „Remission“ keinen nennenswerten bzw. signifikanten Einfluß auf die Variabilität der gruppenstiftenden Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ hat.

Es zeigte sich weiterhin, daß bei der Gruppe der psychotherapeutisch behandelten Patienten das Merkmal der „Autoaggression“ signifikant stärkeren Veränderungen im Zeitverlauf unterworfen ist, als es bei der rein somatisch behandelten Kontrollgruppe der Fall ist. Die Art der Behandlung hat indes keinen Einfluß auf die zeitliche Variabilität des Merkmals „Verleugnung“.

Veränderungen im Zeitverlauf bei den Merkmalen „Autoaggression“ und „Verleugnung“ stehen in keiner Beziehung zu dem Verlauf der somatischen Erkrankung während der zweijährigen Studienzeit.

## 8 Diskussion

### 8.1 Die Patientenstichprobe und deren Repräsentativität

Vor allem frühe Untersuchungen an MC.-Patienten basieren z.T. auf kleinen Patientenzahlen (zusammenfassend dazu: GERBERT 1980, HARTKAMP 1990, KÜNSEBECK 1996). Die Rekrutierungswege, so weit sie überhaupt offengelegt werden, machen oftmals eine systematische Selektion der rekrutierten Patienten wahrscheinlich. Bisweilen wird nicht zwischen der Diagnose eines MC. und einer Colitis ulcerosa differenziert oder die Absicherung der Diagnose eines MC. bleibt ungeklärt. Dem akuten Krankheitszustand wird oft keinerlei Beachtung geschenkt. Die Ergebnisse solcher Studien sind von begrenzter Aussagekraft. Ziel der vorliegenden Studie war es, diese grundlegenden Probleme möglichst weitgehend auszuräumen.

Bei der Rekrutierung der Patienten wurde dementsprechend der Absicherung der Diagnose eines MC. besondere Beachtung geschenkt. Der akute Krankheitszustand wurde anhand eines eingeführten Aktivitätsindex genau erfaßt, ebenso der bisherige Krankheitsverlauf. Durch die lange Rekrutierungszeit und die Nutzung zweier Teilstichproben konnte eine relativ große Patientenzahl in die vorliegende Untersuchung eingebracht werden.

Die beiden Teilstichproben wurden unabhängig voneinander erhoben. Die hier sog. multizentrische Stichprobe wurde ursprünglich im Rahmen einer interdisziplinären Psychotherapiestudie erhoben. Die sog. Projektstichprobe wurde im Hinblick auf die Untersuchungsziele dieser Arbeit rekrutiert. Insgesamt werden 145 Patienten erfaßt, 81 davon in der multizentrischen Stichprobe, 64 in der Projektstichprobe. Bei einem Teil der Fragestellungen, die hier untersucht werden, stehen beide Stichproben zur Verfügung. Einige Fragestellungen können nur im Rahmen der einen oder der anderen Stichprobe bearbeitet werden. Die Tatsache, daß zumindest bei einigen Fragestellungen zwei unabhängig gewonnene Teilstichproben verfügbar sind, bietet die Möglichkeit einer Absicherung der Ergebnisse auf dem Wege einer Kreuzvalidierung der Befunde. Soweit ist hier eine solide Datenbasis gegeben.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es aber, nicht nur eine möglichst große, sondern auch eine unselektierte Stichprobe zu untersuchen. Leider konnte dieses Ziel nicht erreicht werden. Längst nicht alle Patienten, die die Ein- und Ausschlußkriterien erfüllt haben, konnten auch für eine Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Da die Teilnahme an der Studie selbstverständlich freiwillig war, konnten nur jene Patienten rekrutiert werden, deren Motivation ausreichend groß war, die Teilnahme an der Studie auf sich zu nehmen.

Beide Untersuchungen erforderten, wenn auch auf unterschiedliche Weise, eine hohe Kooperationsbereitschaft der Patienten. Mit welchen Anforderungen die Patienten konfrontiert waren, habe ich an anderer Stelle beschrieben, ebenso die Rekrutierungswege, auf denen die Patienten für die Untersuchungen gewonnen wurden (siehe Seite 100-105). Dieser Punkt soll hier nicht neu aufgerollt werden. Es soll vielmehr diskutiert werden, inwieweit greifbare Hinweise auf eine systematische Selektion der Patienten bestehen.

Aufschlußreich ist dazu der Vergleich mit umfangreicheren repräsentativen Stichproben neuerer psychosomatischer Untersuchungen, wie sie KÜNSEBECK (1993), FEDERSCHMIDT (1993) und KÜCHENHOFF (1993) vorgelegt haben (siehe dazu Tabelle 8: Normierungstichprobe: Medizinstudenten und Teilnehmer verschiedener autogener Trainingskurse der Volkshochschule, sowie Tabelle 10: Stichprobencharakteristika in der multizentrischen- und

der Projektstichprobe im Vergleich mit Stichproben neuerer psychosomatischer Untersuchungen). Bei einer vergleichenden Betrachtung dieser Referenzstichproben ist zunächst eine recht große Schwankungsbreite bei den mitgeteilten Stichprobenkennwerten festzustellen. Betrachtet man die multizentrische- und die Projektstichprobe auf diesem Hintergrund, ergibt es sich, daß die basalen sozialen und medizinischen Daten der MC.-Patienten, die im Rahmen dieser Arbeit untersucht wurden, im wesentlichen innerhalb der Schwankungsbreite der Werte der psychosomatischen Referenzstichproben liegen.

Ein auffälliger Befund ergibt sich in bezug auf die Operationshäufigkeit und die Häufigkeit der Berentungen, die wegen Erwerbsunfähigkeit gewährt wurden. Die Patienten der multizentrischen Stichprobe wurden in der Vergangenheit vergleichsweise besonders selten operativ behandelt. Dies gilt sowohl für den Vergleich mit der Projektstichprobe als auch für den Vergleich mit der umfangreichen Stichprobe von KÜNSEBECK (1993). Die Patienten der Projektstichprobe erhalten nahezu zweimal, die Patienten der Stichprobe von KÜNSEBECK (1993) mehr als dreimal so häufig eine Erwerbsunfähigkeitsrente wie die Patienten der multizentrischen Stichprobe.

Diese Ergebnisse können so verstanden werden, daß die Patienten, die in der multizentrischen Stichprobe erfaßt wurden, im Mittel etwas weniger schwer erkrankt sind. Dieser Effekt dürfte durch die Ein- und Ausschlußkriterien, die für die multizentrische Studie maßgeblich waren, bedingt sein. Im Sinne dieser Ein- und Ausschlußkriterien wurden Patienten mit einem Anus praeter und ebenso sehr schwer kranke Patienten oder mehrfach erkrankte Patienten, die mit der üblichen Medikation konservativ nicht behandelt werden konnten, nicht in die Studie aufgenommen. Bei der Berentungshäufigkeit ist auch daran zu denken, daß die Patienten, die in die multizentrische Stichprobe eingeschlossen wurden, nicht älter als 55 Jahre sein durften (siehe Ein- und Ausschlußkriterien S. 102) und daß in der multizentrischen Stichprobe vergleichsweise viele neuerkrankte Patienten erfaßt wurden (siehe S. 109). Vermutlich tragen diese Charakteristika der Altersverteilung dazu bei, daß in der multizentrischen Stichprobe vergleichsweise wenige Rentenfälle zu finden sind.

Möglicherweise sind einfache medizinische und soziale Parameter aber nicht sehr aufschlußreich, wenn es darum geht, Selektionsprozesse aufzudecken, die sich im psychologischen Bereich abspielen und auswirken. Ein sehr auffälliger Befund ergibt sich hier im Hinblick auf die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote. In der Projektstichprobe haben vergleichsweise besonders viele, nämlich 49% der Patienten, bereits psychotherapeutische Hilfe genutzt. In der multizentrischen Studie sind es lediglich 15,8%, in der Studie von KÜNSEBECK (1993) nur 9,9% der Patienten, die psychotherapeutische Angebote aufgegriffen haben. Über eine eher geringe Bereitschaft der MC.-Patienten, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, berichten auch FREYBERGER et al. (1982) sowie AHRENS et al. (1986). Auf diesem Hintergrund ist das Inanspruchnahmeverhalten in der Projektstichprobe sicherlich ein auffälliger Befund und als Hinweis auf eine Selektion der Patienten bei der Rekrutierung zu werten. Bei der Erhebung der Projektstichprobe wurden offenbar besonders viele Patienten angesprochen, die Psychotherapie eher positiv gegenüberstanden. Dieser Befund deckt sich mit dem klinischen Eindruck, der bei der Erhebung der Projektstichprobe gewonnen wurde.

Die Konsequenzen, die sich aus den aufgezeigten Verzerrungen der Stichproben ergeben, lassen sich nicht grundsätzlich klären, sondern müssen bei der Darstellung der konkreten Ergebnisse jeweils mitbedacht werden.



## 8.2 Die Datenerhebung

Viele Studien, die sich mit der Untersuchung des Erlebens und Verhaltens der MC.- Patienten befaßt haben, sind hinsichtlich der Erhebungsmethodik, die sie anwenden, nicht befriedigend (zusammenfassend dazu: GERBERT 1980, HARTKAMP 1990, KÜNSEBECK 1996). Einige Autoren stützen sich ausschließlich auf Interviews, wobei oft nicht nur die Operationalisierung der Konzepte, die mit Hilfe des Interviews gemessen werden sollen, sondern fast immer auch die Reliabilität der Messung ungeklärt bleibt (FELDMAN et al. 1967, LANGEN 1969, GOLDBERG 1970, McMAHON et al. 1973, BIEBL. et al. 1984, v.WIETERSHEIM 1994). Neuere Autoren profitieren demgegenüber gerne von der Entwicklung moderner Fragebogeninstrumente, die aufgrund der gut gesicherten Testgütekriterien und der Auswertungsobjektivität den methodischen Fallstricken der Fremdbeobachtung entgehen (HÄUSER 1985, v.WIETERSHEIM 1991, FEDERSCHMIDT 1993, KÜNSEBECK 1993).

Selbstbeschreibungsinstrumente stoßen jedoch ebenfalls an Grenzen. Der Einsatz eines Fragebogens setzt auf Seiten des Probanden eine gewisse Sorgfalt und ein gewisses Maß an Introspektionsfähigkeit voraus. Selbstbeschreibungsinstrumente können nur erfassen, was bewußtseinsfähig ist. Niemals können sie die Außenperspektive eines Beobachters realisieren. Es ist offensichtlich, daß die Sicht des eigenen Selbst und die Sicht, die andere Personen von dem Selbst gewinnen, oft drastisch voneinander abweichen können. Dies gilt auch für die Untersuchung der MC.-Patienten, wie die Ergebnisse der Untersuchungen von McMAHON et al. (1973) und LEIBIG et al. (1985) anschaulich zeigen.

Die Alternative besteht daher nicht in der Bevorzugung der Fragebogenmethode oder der Fremdbeurteilung, sondern in einem multimethodalen Vorgehen, das die Fremdperspektive und die Selbstbeobachtung gezielt miteinander verbindet. Bei der vorliegenden Untersuchung werden daher die Selbstbeschreibungsinstrumente an bestimmten Punkten, soweit es praktisch möglich war, durch Fremdratings ergänzt. Die Befunde, die hier gewonnen werden konnten, bestätigen diese Strategie. Wie nicht anders zu erwarten, ergeben sich auch in dieser Studie z.T. deutliche Unterschiede zwischen der Fremdeinschätzung und der Selbstbeurteilung.

Der menschliche Beobachter ist ein sensibles und leistungsfähiges „Meßinstrument“, dabei aber auch sehr störepfindlich. Deshalb ist die Kontrolle der Reliabilität der menschlichen Beobachtungen besonders dringend. Bei allen Fremdratings, mit Ausnahme der Beurteilung der therapeutischen Arbeitsbeziehung, wurden daher die Urteile mindestens zweier unabhängiger Rater eingeholt und miteinander verglichen. Im Ergebnis kann von einer guten Interraterübereinstimmung ausgegangen werden, was die Beurteilung des Verhaltens im Interview und was die Einschätzung des Kontaktverhaltens anhand des Giessen-Test Fremdbildes anbetrifft.

Die Interraterübereinstimmung bezogen auf den PSKB ist demgegenüber nur bei der Projektstudie befriedigend. Im Rahmen der multizentrischen Studie führt die Prüfung der Urteilerübereinstimmung zu einem eher unbefriedigenden Ergebnis. Die Urteile des Interviewers und die Urteile eines Raters, der das Interview anhand eines Tonbandprotokolls einschätzte, stimmen nur mäßig überein. Bei der Suche nach den Gründen für dieses unbefriedigende Resultat kommen auch technische Probleme in Betracht. Die Tonbandaufzeichnung scheint wichtige Informationen, die die Urteiler aus der direkten Gesprächssituation gewinnen, nur unvollständig wiederzugeben. Eine weitere Prüfung der Interraterübereinstimmung, die dieses technische Problem ausschließen konnte, erbringt für die hier besonders wichtige Skala „Verleugnung“ eine annähernd befriedigende Übereinstimmung.

Die Konsequenzen, die sich aus der nicht optimalen Reliabilität der Interviewauswertung mit dem PSKB im Rahmen der multizentrischen Stichprobe ergeben, lassen sich ebenfalls nicht in allgemeiner Form klären, sondern müssen jeweils in Zusammenhang mit den konkreten Befunden reflektiert werden.

Eine Stärke der vorliegenden Untersuchung ist die sorgfältige und differenzierte medizinische Dokumentation, die bei der multizentrischen Stichprobe nicht nur retrospektiv, sondern auch prospektiv erfolgt ist. Diese prospektive Verlaufsbeobachtung im Rahmen der multizentrischen Studie wäre ohne die kontinuierliche Kooperation und die inhaltliche Unterstützung der organmedizinischen Spezialisten nicht möglich gewesen. In keiner der bisher vorliegenden psychosomatischen Studien, die den Krankheitsverlauf prospektiv beobachtet (ANDREWS et al. 1987, KORDY und NORMANN 1992, KÜCHENHOFF 1993, KÜNSEBECK 1993, siehe Tabelle 1) und zu psychologischen Variablen in Beziehung gesetzt haben, sind Patienten über eine Dauer von 2 Jahren so engmaschig, anhand objektiver medizinischer Kriterien und auf der Basis eines standardisierten medizinischen Behandlungsschemas, beobachtet worden (siehe S. 72). So gesehen kommt den Ergebnissen, die auf dieser Grundlage gewonnen wurden, ein besonderes Gewicht zu.

### 8.3 Das Design

Ziel der vorliegenden Studie war es, innerhalb der Gesamtgruppe der MC.-Patienten Untergruppen zu differenzieren sowie Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen diesen Subgruppen in besonders relevanten Merkmalsbereichen zu analysieren. Dieses Untersuchungsziel verlangte das Eingehen auf vielfältige Detailfragen. Die Relevanz der Untergruppen ergibt sich nicht aus der Sichtung eines einzelnen, sondern aus Untersuchung vielfältiger Merkmale, so daß im Endergebnis abgewogen werden kann, in welchen Merkmalsbereichen die Subgruppenbildung differenziert und wo dies nicht der Fall ist. In dem Bemühen, sich diesem Ziel anzunähern, wurden hier verschiedene Fragenkomplexe in Beziehung zu den Subgruppen untersucht. Dieses In-die-Breite-arbeiten hat bisweilen ein tieferes Eingehen auf interessante Fragen verhindert. Dies gilt auch für das Thema der therapeutischen Ansprechbarkeit und die Objektbeziehungen. Insbesondere auf die Bearbeitung der interessanten Frage, ob die Patienten der Subgruppen in unterschiedlichem Maße von der Therapie profitieren, mußte verzichtet werden. Die angemessene Analyse differentieller Therapieeffekte hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

In der vorliegenden Studie wurde auf die Erhebung einer Kontrollgruppe verzichtet. Für die Untersuchung der Unterschiede zwischen den Subgruppen ist eine Kontrollgruppe zunächst nicht erforderlich. Die Frage nach einer Kontrollgruppe stellt sich nur dort, wo die Befunde der einzelnen Subgruppen in einem umfassenderen, z.B. klinischen Rahmen, bewertet und eingeordnet werden sollen. Die Erhebung einer geeigneten Kontrollgruppe war aus arbeitsökonomischen Gründen nicht möglich.

Bei einigen Testinstrumenten, die hier verwendet wurden, können Vergleichsgruppen aus der Forschungsliteratur entnommen werden. Dieses Vorgehen erscheint mir eine bessere Alternative als der Vergleich mit studentischen Referenzgruppen. Eine studentische Kontrollgruppe, wie sie in manchen Untersuchungen verwendet wird (z.B. FEDERSCHMIDT 1993), hätte zwar leicht erhoben werden können, aber unter dem Gesichtspunkt ihrer Eignung als Kontrollgruppe wäre sie eher ein methodisches Feigenblatt als eine nützliche Basis für Vergleiche gewesen.

BEUTEL (vergl. BEUTEL 1988, S.229) weist auf die Problematik geeigneter Kontrollgruppen hin. Den Vergleich mit Testnormen Gesunder stellt er besonders in Frage. Körperlich Gesunde seien nur bedingt geeignet, da sie nicht den Belastungen ausgesetzt seien, wie sie mit chronischen Krankheiten verbunden sind. Auch der Vergleich mit akut Kranken sieht er kritisch. Der ermögliche zwar die Untersuchung der Auswirkung von Hospitalisation und operativen Eingriffen, aber die akut Kranken könnten nach einiger Zeit wieder in ein gesundes Leben zurückkehren, während die chronisch Kranken mit einer neuerlichen Exazerbation der Erkrankung früher oder später rechnen müssen.

Hier werden die MC.-Patienten der Untergruppen partiell mit den Testwerten gesunder und psychisch belasteter Menschen verglichen. Der Einwand von Beutel ist nicht von der Hand zu weisen. Ich meine jedoch, daß er nicht so verstanden werden kann, daß auf entsprechende Vergleiche verzichtet werden sollte. Er mahnt jedoch, bei Interpretation der Befunde vorsichtig zu sein, d.h. einer vorschnellen Pathologisierung zu widerstehen, die die objektiven Belastungen der Krankheitssituation nicht würdigt und damit den krankheitsreaktiv entstandenen Teil der psychischen Beschwerden übersieht.

Die vorliegende Studie ist sowohl retrospektiv als auch prospektiv angelegt. Sie analysiert Zusammenhänge sowohl im Querschnitt als auch im Längsschnitt. Die längsschnittliche Betrachtung der MC.-Patienten ist ein besonderer Gewinn, der aus der multizentrischen Erhebung gezogen werden kann. Während retrospektive Untersuchungen immer an den vielfach determinierten Prozeß des Erinnerns geknüpft sind, können im Rahmen der multizentrischen Studie tatsächlich Vorhersagen geprüft und Verläufe beobachtet werden. Die Beobachtung der Patienten über zwei Jahre und mehrere Erhebungszeitpunkte gestattet es nicht nur, die prognostische Validität der Untergruppen in einem angemessenen Design, sondern auch die Stabilität der Untergruppen im Zeitverlauf zu prüfen.

#### 8.4 Die Verteilung der Patienten auf die Subgruppen

Auf einem psychoanalytisch-Ich-psychologischen Hintergrund, der Abwehr- und Bewältigungsstrategien in den Mittelpunkt stellte und auf der Basis der einschlägigen Forschung wurden drei Untergruppen postuliert. Die Zuweisung zu den Untergruppen erfolgt durch eine kriteriengeleitete Fallselektion.

Im Ergebnis bilden die autoaggressiv-depressiven Patienten die größte Teilgruppe, gefolgt von der sog. „flexiblen“ Subgruppe und der Gruppe der verleugnenden Patienten, die vergleichsweise nur halb so viel Patienten umfaßt wie die autoaggressiv-depressive Untergruppe. Die Restgruppe schließt als kleinste Teilgruppe immerhin noch 1/10 der Patienten ein (*Frage 1*).

Die ermittelte Verteilung der Patienten auf die Subgruppen ist nicht zuletzt von den Trennwerten abhängig, die bestimmen, ob ein Patient als autoaggressiv oder verleugnend klassifiziert wird. Die Trennwerte wurden unabhängig von den Verhältnissen in den beiden Untersuchungsstichproben festgesetzt. Zwar sind die Trennwerte, die die Zuweisung der Patienten regulieren, gut begründet und deshalb nicht beliebig veränderbar, aber sie können doch in Nuancen variiert werden. Es läßt sich zeigen (siehe Abbildung 1), daß bereits eine geringfügige Verschiebung des kritischen Trennwertes vor allem bei der Skala „Verleugnung“ zu einer bedeutsamen Veränderung der relativen Gruppengröße führen würde.

Aus diesem Grund ist der hier festgestellte relative Umfang der Subgruppen ein Ergebnis von begrenzter Aussagekraft. Es sollte nicht so verallgemeinert werden, daß die meisten Patienten in der Population der autoaggressiv-depressiven und die wenigsten Patienten der verleugnenden Subgruppe angehören. Am ehesten hat die Aussage Bestand, daß die postulierten Subgruppen in relevanter Größe festgestellt werden können.

Die relative Größe der Subgruppen ist möglicherweise auch durch Selektionseffekte bestimmt (*Frage 1.1*). Wenn man die unterschiedlichen Rekrutierungswege und die etwas unterschiedlichen Ein- und Ausschlußkriterien bei der Rekrutierung der beiden Stichproben in Betracht zieht, wäre es nicht verwunderlich, wenn die relative Größe der Subgruppen beim Vergleich der beiden Stichproben unterschiedlich ausfallen würde.

Tatsächlich ergibt sich bei dem Vergleich der multizentrischen- und der Projektstichprobe eine sehr ähnlich Verteilung der Patienten auf die Subgruppen. Diese Beobachtung ist überraschend und widerspricht der These, daß die Verteilung der Patienten auf die Subgruppen durch Selektionsprozesse bei der Stichprobengewinnung beeinflußt ist. Man kann freilich einwenden, daß bei beiden Stichproben ein ähnlicher Selektionsmechanismus gewirkt hat. Dieses Argument ist hier nicht zu widerlegen. Eine definitive Klärung der Frage, ob Selektionseffekte die relative Größe der Subgruppen beeinflußt haben, wäre nur durch eine gezielte Untersuchung der Studienablehner möglich, und zwar so, daß die Ablehner den Untergruppen zugeordnet werden können.

Im Rahmen dieser Studie wurde neben dem Vergleich der Ergebnisse der multizentrischen und der Projektstichprobe noch ein anderer Weg beschritten, um einer möglichen systematischen Selektion auf die Spur zu kommen (*Frage 1.2*). Es wurde spekuliert, daß die Drop-out-Fälle, die im Verlauf der multizentrischen Studie auftreten, zugleich Patienten sind, die eine geringere Motivation zur Teilnahme an der Studie aufweisen und somit auch eher dazu neigen, die Studienteilnahme zu verweigern. Weiterhin wurde die Hypothese aufgestellt, daß es die verleugnenden Patienten sind, die besonders häufig die Studie abbrechen und daß es mit hin auch die verleugnenden Patienten sind, die weniger bereit sind, an einer psychologischen Studie überhaupt teilzunehmen.

Diese Hypothese konnte bei der Analyse der Drop-out-Fälle, die sich im Verlauf der multizentrischen Studie recht zahlreich ergaben, nicht bestätigt werden. Zwar fand sich augenscheinlich eine größere Zahl von Drop-out-Fällen in der verleugnenden Subgruppe. Dieses augenscheinliche Ergebnis kann aber nicht zufallskritisch gesichert werden. Es kann also nicht behauptet werden, daß die Patienten der verleugnenden Subgruppe einen größeren Vorbehalt gegenüber der Studie zeigen. Auch hier finden sich also keine Hinweise auf einen Selektionseffekt.

*Zusammenfassend* läßt sich feststellen, daß sich kein meßbarer Hinweis findet, der dafür spricht, daß die gefundene Verteilung der Patienten auf die postulierten Subgruppe durch Stichprobeneffekte in die eine oder andere Richtung beeinflußt ist.

Abschließend soll noch auf die Restgruppe eingegangen werden. Bezüglich der Verteilung der Patienten auf die Restgruppe wurde erwartet, daß weniger als 5% der Restgruppe zugeordnet werden (der Wert von 5% wurde in Anlehnung an das Alpha-Fehlerkriterium gewählt). Die Patienten der Restgruppe sind per Definition gekennzeichnet durch eine eher ausgeprägte autoaggressive und eine ebenso ausgeprägte Verleugnungstendenz. Es wurde argumentiert, daß die autoaggressive und die verleugnende Abwehrstrategie bis zu einem gewissen Grade kont-radiktorische Modi darstellen (siehe S.64), so daß, abgesehen von zufälligen Zuordnungen,

kein Patient in der Restgruppe zu finden sein sollte. Die hier festgestellten Ergebnisse widersprechen augenscheinlich dieser Erwartung.

Über die Relevanz der Restgruppe wird an späterer Stelle in einer Zusammenschau aller Befunde, die die Restgruppe betreffen, diskutiert. Da die Restgruppe überzufällig viele Patienten einschloß, wurde sie auch in die weitere Auswertung, deren Ergebnisse im folgenden besprochen werden, einbezogen.

## 8.5 Basale Persönlichkeitsmerkmale und Aspekte der sozialen Situation

Zwischen den Subgruppen findet sich kein Unterschied bezogen auf das Lebensalter und das Ausbildungsniveau<sup>1</sup> (*Frage 2.1*). Dies entspricht der erwarteten Gleichverteilung der Merkmale bei den Untergruppen. Das Abwehr- und Bewältigungsverhalten, das die Patienten der Subgruppen kennzeichnet, scheint demnach weder durch das Lebensalter noch durch die schulische und berufliche Ausbildung beeinflusst zu sein.

In Bezug auf die Geschlechtsverteilung war eine Häufung der Frauen in der autoaggressiv-depressiven und eine vergleichsweise Häufung der Männer in der verleugnenden Subgruppe erwartet worden (*Frage 2*). Diese Erwartung wird durch die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen nahegelegt, die deutliche Geschlechtseffekte aufzeigen (FORD et al. 1969, REIN 1975, FREYBERGER et al. 1982, HÄUSER 1985, NORMANN und KORDY 1991, KÜCHENHOFF 1993). Diesen Untersuchungen ist zu entnehmen, daß die männlichen Patienten Gefühle weniger zulassen und sich auch weniger introspektiv verhalten. Die Patientinnen werden zugleich seelisch mehr belastet als die männlichen Patienten geschildert. Theoretische Überlegungen gingen dahin, daß der autoaggressive Verarbeitungsmodus eher von Frauen angewendet wird, insofern er als ein Merkmal der traditionell weiblichen Geschlechtsrolle aufgefaßt werden kann. Im Ergebnis konnte diese Erwartung nur bei der multizentrischen Stichprobe bestätigt werden. Bei der Projektstichprobe kann die vorhergesagte Geschlechtsverteilung nicht festgestellt werden.

Eine mögliche Erklärung für diesen Befund könnte eine besondere Patientenselektion bei der Erhebung der Projektstichprobe sein. Möglicherweise kommen in der vergleichsweise besonders therapiemotivierten Population, die durch die Projektstudie offenbar angesprochen wurde, geschlechtstypische Verhaltensmuster etwas weniger zum Tragen. In Anbetracht dieses möglichen Stichprobeneffektes, scheint es mir am ehesten vertretbar, die Frage, ob Unterschiede bezüglich der Geschlechtsverteilung zwischen den Subgruppen bestehen, als unentschieden zu betrachten und festzustellen, daß aufgrund der vorliegenden Ergebnisse keine eindeutige Entscheidung getroffen werden kann.

## 8.6 Die Untergruppen in Beziehung zu medizinischen Parametern

Im Hinblick auf die Relevanz der Untergruppenbildung ist es natürlich eine besonders spannende Frage, ob die postulierten Subgruppen in Zusammenhang mit dem Verlauf der somatischen Erkrankung stehen oder sogar als Prädiktoren des Krankheitsverlaufes bedeutsam sind. Die Untergruppen wurden dementsprechend zu verschiedenen Aspekten der somatischen Er-

---

<sup>1</sup> Der Aspekt der partnerschaftlichen Lebenssituation wird an anderer Stelle, in Zusammenhang mit der Besprechung der Objektbeziehungen, in die Diskussion einbezogen

krankung in Beziehung gesetzt: zu der Erkrankungsdauer, der Anzahl der bisherigen Darmresektionen und der Anzahl der bisherigen MC.-bedingten Krankenhausaufenthalte. Der methodische Vorteil dieser groben Parameter liegt auf der Hand. Darmresektionen und Krankenhausaufenthalte können retrospektiv mit relativ hoher Sicherheit vom Patienten erfragt werden, ohne daß eine allzu große Verfälschung durch Gedächtniseffekte befürchtet werden muß. Darüber hinaus wurden die Untergruppen nicht nur retrospektiv, sondern auch prospektiv auf den Krankheitsverlauf bezogen und als Prädiktoren des Krankheitsverlaufes erprobt.

Was sind die Ergebnisse? Die Patienten der postulierten Subgruppen sind, wie erwartet, im Mittel gleich lange an dem MC. erkrankt (*Frage 3*). Bezogen auf die Anzahl der Krankenhausaufenthalte besteht kein Unterschied zwischen den Subgruppen (*Frage 3.2*). Die verleugnenden Patienten wurden jedoch tendenziell seltener operativ durch eine Darmentfernung behandelt als die Patienten der flexiblen und der autoaggressiv-depressiven Subgruppe (*Frage 3.1*). Die postulierten Subgruppen sind keine relevanten Prädiktoren für den Krankheitsverlauf, wie er im Rahmen der multizentrischen Studie beobachtet wurde (*Frage 3.3*).

Wie sind diese Ergebnisse zu bewerten? Die Tatsache, daß hinsichtlich der Dauer der Erkrankung kein Unterschied zwischen den Subgruppen besteht, entspricht der Erwartung. Die Überlegungen, die zum Einfluß der Krankheitsdauer auf psychische Merkmale in der Literatur diskutiert werden, sind kontrovers. So scheint es -in Anlehnung an Modelle der Krisenbewältigung (vergl. BEUTEL 1988, S. 142)- plausibel anzunehmen, daß die Verarbeitung einer schweren körperlichen Erkrankung einer gewissen Anpassungszeit bedarf. Es kann spekuliert werden, daß der Patient im Laufe der Zeit einen kompetenteren Umgang mit der Erkrankung erlernt. Andererseits kann die wiederholte Erfahrung mit Krankheitsschüben die Hoffnung auf ein unbelastetes Leben allmählich untergraben. So postulieren SPERGEL et al. (1978) und ZIELKE (1993) eine sog. Persönlichkeit des chronisch Kranken. Diese soll durch eine erhöhte Depressivität, die Tendenz zur Somatisierung bzw. Hypochondrie und eine verleugnendes Verhalten gekennzeichnet sein und sich mit zunehmender Dauer der Erkrankung herausbilden.

Die Forschungsbefunde zum MC. sprechen für eine differenzierte Betrachtung. So finden NORMANN und KORDY (1991) und KÜCHENHOFF (1993) einen Zusammenhang zwischen der Krankheitsvorerfahrung und der Krankheitsbewältigung, sprich dem Copingverhalten im Umgang mit der *aktiven* Erkrankung. Kein Zusammenhang zeigt sich - eine Untersuchung von McKEGNEY et al. (1970) ausgenommen- zwischen der Krankheitsvorerfahrung und überdauernden psychischen Merkmalen. Die Ergebnisse von KÜCHENHOFF (1993) lassen nicht die Auffassung zu, daß sich mit zunehmender Dauer des MC. eine Persönlichkeit des chronisch Kranken herausbildet. Auch die Abwehrmechanismen, die KÜCHENHOFF (1993) untersucht, stehen nicht in Zusammenhang mit der Krankheitsvorerfahrung. HELZER et al. (1984) können ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen der Dauer der Erkrankung und dem Grad der psychischen Gestörtheit feststellen.

Diese Befunde stimmen mit dem hier gewonnenen Ergebnis überein, demzufolge kein Zusammenhang zwischen der Untergruppenzugehörigkeit und der Krankheitsvorerfahrung besteht. Denn gemäß der hier vertretenen Auffassung sind die Abwehr- und Bewältigungsstrategien „Autoaggression“ und „Verleugnung“, die die Subgruppen definieren, als überdauernde, lebensgeschichtlich geformte, relativ situationsinvariante Verhaltensstile aufzufassen.

Anschließend sollen die Krankheitsparameter, Anzahl der Krankenhausaufenthalte und Anzahl der Darmresektionen, besprochen werden. Diese Parameter wurden erfaßt in der Hoffnung, durch sie einen groben Eindruck von der Schwere des bisherigen Krankheitsverlaufes zu gewinnen. Auf den ersten Blick scheint es, daß die verleugnenden Patienten, die sich ten-

denziell seltener einer operativen Darmresektion unterziehen mußten, in der Vergangenheit einen besseren Krankheitsverlauf hatten als die Patienten der autoaggressiv-depressiven und der flexiblen Subgruppe.

Diese Interpretation läßt sich jedoch nicht halten, wenn man bedenkt, daß sich die verleugnenden Patienten hinsichtlich der Anzahl der Krankenhausaufenthalte keineswegs von den Patienten der anderen Subgruppen unterscheiden. Ein besserer Krankheitsverlauf sollte sich auch an der Anzahl der Krankenhausaufenthalte ablesen lassen. Da dies augenscheinlich nicht der Fall ist, stellt sich die Frage, wie die tendenziell geringere Operationshäufigkeit anders zu verstehen ist.

Ein Erklärungsversuch könnte an den somato-psychischen Folgen der Erkrankung ansetzen. Mehrere Untersuchungen haben die Zunahme von Depressivität und die Verschlechterung der Lebenszufriedenheit als Folge der akuten Krankheit nachgewiesen (KÜCHENHOFF 1993, KÜNSEBECK 1993, v. WIETERSHEIM 1991). Auch ein vorausgehender ungünstiger Krankheitsverlauf scheint das Befinden zu beeinträchtigen (KÜNSEBECK 1993). Versteht man die seelischen Beschwerden i.S. dieser somato-psychischen Betrachtungsweise auch hier als Folge einer ungünstigen Krankheitsvorerfahrung, dann sollten spezifisch die Patienten der autoaggressiv-depressive Subgruppe besonders viele Operationen aufweisen. Es sind nämlich die autoaggressiv-depressiven Patienten, die -wie noch dargestellt werden wird- vergleichsweise über die meisten psychischen Beschwerden klagen. Die flexiblen Patienten, die nur geringe seelische Beschwerden angeben, sollten vergleichsweise seltenere Operationen aufweisen. Diese Erwartung entspricht nicht den hier gefundenen Ergebnissen.

Es ist auch fraglich, ob die somato-psychische Perspektive hier überhaupt angewendet werden kann. In der vorliegenden Untersuchung werden Operationen und Krankenhausaufenthalte erfaßt, die seit der Diagnosestellung eines MC. aufgetreten sind. Es wird nicht berücksichtigt, ob diese Krankheitsereignisse aktueller Natur sind oder bereits längere Zeit zurückliegen. Längst vergangene Krankheitsereignisse werden gleichermaßen gewertet wie Ereignisse, die erst in neuerer Zeit das Leben des Patienten bestimmt haben. In der genannten Studie von KÜNSEBECK (1993) und in den Untersuchungen, die sich mit den psychischen Folgen eines akuten Schubes befassen, werden (relativ) aktuelle Krankheitsereignisse zu der Befindlichkeit in Beziehung gesetzt. Auf diese Weise wird ein zeitlicher Bezug zwischen den somatischen und psychologischen Befunden geschaffen, der hier nicht sichergestellt ist. Für die Analyse somato-psychischer Zusammenhänge dürfte es eine wichtige Rolle spielen, in welchem Zeitbezug Krankheitsereignisse und die psychologischen Befunde stehen. Vermutlich ist eine Operation, die Jahre zuvor stattgefunden hat, weniger bedeutsam als ein schwerer und langer Schub, der nur Monate vor der psychologischen Erhebung akut aufgetreten ist. Durch das hier gewählte Zeitfenster können somato-psychische Zusammenhänge vermutlich nur dann aufgedeckt werden, wenn sie sehr prägnant gegeben sind.

Wie läßt sich die geringere Operationshäufigkeit in der verleugnenden Subgruppe anders verstehen? Es bietet sich folgende mögliche Erklärung an: Darmresektionen bei MC. können sowohl aufgrund einer absoluten als auch aufgrund einer relativen Indikation erfolgen. Die absolute Indikation läßt dem Patienten keine Wahl, er muß die Operation auf sich nehmen. Oftmals ist die Indikation nur relativ gegeben (vergl. STARLINGER 1993), so daß Raum und Zeit bleiben, die Operationsindikation zwischen Arzt und Patient auszuhandeln. In den Interviews ergab sich der Eindruck, daß sich „Verleugnung“ nicht nur auf problematische psychische Inhalte, sondern auch auf krankheitsbedingte Körperprobleme erstrecken kann, die dann ebenfalls heruntergespielt und bagatellisiert werden. So scheinen die verleugnenden Patienten oft auch ihre körperlichen Symptome lange Zeit ausblenden. Arztbesuche werden nicht selten über die Maßen herausgezögert.

Die tendenziell geringere Operationshäufigkeit wäre danach nicht der Ausdruck eines besseren Krankheitsverlaufes, sondern möglicherweise das Ergebnis eines anderen Umganges der

Patienten der verleugnenden Subgruppe mit dem kranken Körper im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung. D.h. die verleugnenden Patienten sind möglicherweise zurückhaltender bei ihrer Beschwerdedarstellung und oder weniger bereit, eine Operation an sich vornehmen zu lassen. Dabei ist zu bedenken, daß die Darmentfernung für viele Patienten ein außerordentlich angstinduzierendes Ereignis darstellt, das Abwehroperationen, wie z.B. Verleugnung, besonders auf den Plan ruft.

Besonders interessant ist die Frage, ob die Untergruppen zur Prädiktion des Krankheitsverlaufes beitragen, wie er in der multizentrischen Studie über die Dauer von zwei Jahren gemessen wurde. Dieser Frage, die das psychosomatische Selbstverständnis im Kern berührt, kann sich auch die hier durchgeführte Untersuchung nicht entziehen. Ganz zweifellos hätte es für die Relevanz der hier postulierten Subgruppen gesprochen, wenn es gelungen wäre, die Untergruppen als Prädiktoren des Krankheitsverlaufes abzusichern.

Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der psychischen Beschwerden, insbesondere der Depressivität und dem Krankheitsverlauf, weisen verschiedene Studien nach (WHYBROW et al. 1968, ANDREWS et al. 1987, NORMANN und KORDY 1991, KÜCHENHOFF 1993, siehe auch Tabelle 1). Sieht man jedoch genauer hin, dann ergeben sich psychosomatische Zusammenhänge vor allem bei solchen somatischen Krankheitsparametern, die mehr oder weniger direkt mit der akuten Krankheitsaktivität in Beziehung stehen. Außerdem scheinen die psychosomatischen Zusammenhänge, die gefunden wurden, eher schwach ausgeprägt zu sein (NORMANN und KORDY 1991).

Soweit die Parameter, die auf die akute Krankheitsaktivität Bezug nehmen, durch Variablen ersetzt werden, die den langfristige Verlauf beschreiben: die Anzahl der Darmresektionen, der Fistelspaltungen und die Dauer und die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, läßt sich, wie ich im Rahmen der Literatursichtung ausführlicher dargestellt habe (siehe S. 20), kein psychosomatischer Zusammenhang sichern.

Der Krankheitsverlauf, wie er ihm Rahmen der multizentrischen Studie operationalisiert wurde, geht kaum auf die Schwere und die Dauer der akuten Erkrankung ein. Die Messung des Krankheitsverlaufes fokussiert auf die Frage, ob Schübe überhaupt aufgetreten sind, ob Schübe, wenn sie aufgetreten sind, mit der Standardmedikation behandelbar waren oder eingreifenderer Maßnahmen, bis hin zur operativen Behandlung, bedurften (zur Operationalisierung des Krankheitsverlaufes siehe S. 94).

Auf diesem Hintergrund wurde die Hypothese im Rahmen der vorliegenden Untersuchung bereits entsprechend negativ formuliert: Hinsichtlich des Krankheitsverlaufes, wie er in der multizentrischen Studie über 2 Jahre beobachtet wurde, besteht kein Unterschied zwischen den Subgruppen. Wie schon gesagt, hat sich diese Erwartung bestätigt. Die Untergruppen sind keine geeigneten Prädiktoren des längerfristigen Krankheitsverlaufes. Die Ergebnisse bestätigen damit die Befunde der einschlägigen Literatur.

## 8.7 Psychische Beschwerden und Lebenszufriedenheit

Die Ergebnisse, die hier gewonnen wurden, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Die Patienten der autoaggressiv-depressiven Subgruppe beschreiben sich, wie erwartet, signifikant depressiver, ängstlicher und signifikant weniger lebenszufrieden als die Patienten der verleugnenden und der flexiblen Untergruppe (*Frage 4-4.2*). Diese vergleichsweise belastete Selbstbeschreibung der autoaggressiv-depressiven Patienten zeigt sich bei der multizentrischen Studie konstant über die gesamte zweijährige Beobachtungszeit.



Aus der Fremdperspektive gesehen, findet sich kein Unterschied zwischen den Subgruppen, sofern verschiedene, klinisch relevante Symptome in einer Beschwerdeskala zusammenfassend untersucht werden. Wird das Augenmerk jedoch gezielt auf spezifische, insbesondere depressionstypische, Beschwerden gelenkt, sind es auch hier die autoaggressiv-depressiven Patienten, die sig. belasteter wahrgenommen werden. Die Urteiler kommen dabei zu dem Eindruck, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten hinsichtlich der Depressivität im Mittel „spürbar“ belastet sind (*Frage 4.6*).

Weder bei der Selbst- noch bei der Fremdbeschreibung findet sich in Remission ein Unterschied zwischen den flexiblen und den verleugnenden Patienten. Im Schub nehmen Depression und Lebensunzufriedenheit gegenüber der Remissionsphase signifikant zu (*Frage 4.3*), dies gilt jedoch überraschenderweise nicht für die Subgruppe der verleugnenden Patienten, deren Beschwerdeangaben -bezogen auf Depression und Lebenszufriedenheit- im Schub nicht zunehmen (*Frage 4.4*). Im Schub sind die autoaggressiv-depressiven Patienten wiederum mehr belastet als die flexiblen und die verleugnenden Patienten.

Die autoaggressiv-depressiven Patienten geben im Mittel mehr Angst an als die Patienten der Normierungsstichprobe. Ihre Angstwerte entsprechen denen einer *unausgelesenen klinischen* Referenzgruppe. Im Mittel nähert sich die berichtete Depressivität den Beschwerdeangaben einer *unausgelesenen psychosomatischen* Vergleichsgruppe an. Ihre Lebenszufriedenheit schätzen sie hingegen etwas günstiger ein als *psychosomatische* Patienten (*Frage 4.5*).

Wenn die autoaggressiv-depressiven Patienten in eine aktive Krankheitsphase geraten, steigen ihre Angst und Depressivität dramatisch an und ihre Lebenszufriedenheit fällt deutlich ab, wobei es ihnen in der Tendenz teilweise sogar etwas schlechter geht als den Patienten der psychosomatischen Referenzgruppe. Die Patienten der flexiblen Subgruppe nähern sich *nur im Schub* dem Beschwerdeniveau der genannten Referenzgruppen an. Während der Remissionsphase ist ihr subjektives Befinden ebenso wie das der verleugnenden Patienten deutlich besser als das Befinden der Vergleichsgruppen. Die Angstwerte entsprechen denen der Normgruppe (*Frage 4.2-4.4*). Die Beschwerden, die im Interview deutlich werden, sind anders als die Fragebogenergebnisse unabhängig von der akuten Krankheitsaktivität. Inkonsistente Befunde beim Vergleich der Ergebnisse zwischen den 2 Stichproben ergeben sich lediglich bezüglich der Lebenszufriedenheit.

Es kann gezeigt werden, daß die berichteten Unterschiede im Beschwerdebild nicht durch die etwas unterschiedliche Verteilung von Männern und Frauen auf die Subgruppen hervorgerufen sind.

Die Tatsache, daß hier zwei Gruppen deutlich werden, nämlich einerseits die -im Mittel durch Angst und Depression und eine geringe Lebenszufriedenheit belasteten autoaggressiv-depressiven Ptn. und die entsprechend gering belasteten verleugnenden und flexiblen Patienten, steht mit den Untersuchungshypothesen und empirischen Befunden gut im Einklang (WHYBROW et al. 1968, REINDELL et al. 1981, BURTSCHIEDT 1983, HELZER et al. 1984, ANDREWS et al. 1987, KÜCHENHOFF 1993, v. WIETERSHEIM 1994). Gleiches gilt für die Zunahme der psychischen Beschwerden während einer aktiven Krankheitsphase (vergl. LEIBIG et al. 1985, KÜNSEBECK 1993, KÜCHENHOFF 1993, siehe auch Tabelle 1). Auch die Tatsache, daß die Fremdeinschätzung der Beschwerden nicht durch die Krankheitsaktivität beeinflußt wird, überrascht nicht sonderlich. Die Rater waren bei ihrer Einschätzung gehalten, alle Angaben des Patienten in Betracht zu ziehen, die das letzte Jahr betreffen. Bei der Selbsteinschätzung wurden die Patienten demgegenüber gebeten, ihr Befinden in den letzten Wochen anzugeben. Mithin ist die Fremdbeurteilung im Vergleich zu der Selbsteinschätzung der Beschwerden nur teilweise auf die je aktuelle Krankheitssituation bezogen.

Einige weitere Ergebnisse sind überraschend und/oder im Widerspruch zu den Hypothesen. Sie sollen daher genauer besprochen werden. Es war erwartet worden, daß die verleugnenden Patienten in ihrer Selbstbeschreibung nur geringfügige Beschwerden benennen, d.h. sich noch weniger depressiv und ängstlich als die flexiblen Patienten darstellen. Die Hypothese fußt auf der Überlegung, daß die verleugnenden Patienten, i.S. der Abwehr, Probleme dadurch bewältigen, daß sie diese herunterspielen oder völlig negieren. Unterstützt wird diese Überlegung durch klinische Beobachtungen und die Untersuchungen von BURTSCHIEDT (1983) und LEIBIG et al. (1985).

Für das Ergebnis, das eindeutig der Erwartung widerspricht, die verleugnenden Patienten würden Beschwerden vollständig dissimulieren, sind mehrere Erklärungen denkbar. Bezogen auf das Merkmal der Depression könnte die Tatsache eine Rolle spielen, daß einige Items des Depressionsinventars und des Lebenszufriedenheitsfragebogens körperliche Störungen der Befindlichkeit thematisieren, die von den verleugnenden Ptn. vermutlich eher zugestanden werden können, weil sie weniger offensichtlich auf eine psychische Problematik verweisen. Hier sei an das Konzept der „larvierten Depression“ erinnert (vergl. dazu SCHULTE und TÖLLE 1979, S.219), das beinhaltet, daß die Beschwerden einer Depression vorwiegend körperlich dargeboten und in ihrer seelischen Dimension maskiert werden. Auch das psychoanalytische Konzept der Resomatisierung könnte hier erklärend herangezogen werden (siehe S.46). Demnach werden die abgewehrten negativen Affekte somatisch umgesetzt und als Körperbeschwerden erlebt und dargestellt. Für das State-Trait-Angstinventar (STAI) taugt diese Erklärung jedoch nicht, insofern körperliche Aspekte der Angst bei dem STAI nur eine geringe Rolle spielen.

Eine andere Erklärung könnte sein, daß Beschwerden zugestanden werden, solange sie sich im Rahmen des vermeintlich Normalen bewegen. Das Motto der Selbstbeschreibung wäre demnach: jeder, der eine schwere körperliche Krankheit hat, ist manchmal niedergeschlagen, lebensunzufrieden und ängstlich. Nach dieser Logik werden Beschwerden zugestanden, solange sie der körperlichen Erkrankung attribuiert werden können, d.h. sofern sie nicht übermäßig ausgeprägt sind und dadurch auf eine seelische Problematik hinweisen.

Ein interessanter Gedanke ergibt sich aus der Arbeit von v.RAD (1983), der sich u.a. mit der Situationsspezifität alexithymen Verhaltens befaßt hat. Der Autor schreibt: „ausgerüstet mit der Instruktion, irgend etwas ... einem Mikrophon ...sowie einem stummen Untersucher zu erzählen - einem Untersucher, der möglichst anonym bleibt und den man „wie einen Gegenstand“ behandeln kann, können psychosomatische Patienten genauso wie neurotisch Kranke Angst und Aggressivität äußern. Erst in der explizit dyadischen Situation des Gesprächs mit einem lebendigen Gegenüber, der einhakt und nach Gefühlen fragt ... ihm Schwierigkeiten bewußt macht und ihn vielleicht aus dem Konzept bringt, erst in einer solchen dyadisch interaktionellen Situation wird alexithymes Verhalten ausgeprägt deutlich“ (ebenda, S. 125).

Wenn man diese Beobachtung auf die vorliegenden Ergebnisse überträgt, ergibt sich der Gedanke, daß das verleugnende Verhalten auch hier bei der Selbstbeschreibung nur deutlich werden kann, wenn die Patienten der verleugnenden Untergruppe in einer Belastungssituation beobachtet werden, die die verleugnende Abwehr stimuliert. In einer neutralen Testsituation, in der die Patienten um eine Beschreibung ihrer Angst, Depression und Lebenszufriedenheit gebeten werden, wird das verleugnende Abwehrverhalten möglicherweise nicht besonders herausgefordert, so daß es in der Selbstbeschreibung nicht greifbar werden kann. Diese Überlegung könnte auch den überraschenden Befund erklären, daß die verleugnenden Patienten im Schub, anders als die Patienten der anderen Subgruppen, keine Zunahme ihrer depressiven Beschwerden und keine Verschlechterung ihrer Lebenszufriedenheit berichten. Im Schub, so kann man spekulieren, wird die verleugnende Abwehr aktiviert, die verleugnenden Patienten verteidigen sich jetzt, indem sie Belastungen vergleichsweise herunterspielen.

Das Ergebnis, daß die verleugnenden Patienten im Schub keine, die autoaggressiv-depressiven Patienten aber eine dramatische Zunahme ihrer Beschwerden berichten, steht in direktem Widerspruch zu Befunden von FEDERSCHMIDT (1993). Dieser Autor kommt zu dem Ergebnis (vergl. FEDERSCHMIDT S.153), daß bei den alexithymen Patienten im akuten Krankheitszustand die „Abwehr“ zusammenbreche, so daß diese Patienten mit zunehmender Krankheitschwere seelische Nöte verstärkt mitteilen würden. Alleine bei den alexithymen Patienten findet er eine positive Korrelation zwischen dem Krankheitsaktivitätsindex (CDAI) und dem Ausmaß der subjektiven Beschwerden. Bei den, von ihm so bezeichneten, colitistypischen Patienten, die am ehesten den der hier sog. autoaggressiv-depressiven Patienten entsprechen, kann er gerade keinen Zusammenhang zwischen CDAI und Beschwerdedruck feststellen.

Zu diesen Befunden von FEDERSCHMIDT ist anzumerken, daß der Autor seine Untergruppen auf der Basis des somatischen Befallsmusters konstruiert hat. Auf dieser Grundlage gewinnt er drei somatisch definierte Subgruppen, wobei er eine Untergruppe mit „M.Crohn-typischem Befall“ als alexithym identifiziert, und zwar alleine aufgrund der Tatsache, daß die Patienten ein besseres Befinden berichten als eine studentische Vergleichsgruppe (vergl. FEDERSCHMIDT 1993, S.108). Dieser Schluß scheint gewagt, weil er unterstellt, daß eine sehr positive Befindlichkeitsangabe „immer“ der Ausdruck einer alexithymen oder verleugnenden Abwehr ist. Die hier gewonnen Befunde zum Abwehr- und Bewältigungsverhalten, die anschließend diskutiert werden, zeigen, daß ein solch pauschaler Schluß nicht gerechtfertigt ist. Es ist auch nicht zu verstehen, weshalb die sog. „colitistypischen“ Patienten von der akuten Erkrankung unberührt bleiben sollen. Geht es ihnen bereits so schlecht, daß der Schub nicht mehr viel bedeutet, oder entdecken sie im Schub bis dahin ungekannte Ressourcen? Diese Erklärungen erscheinen nicht sehr überzeugend. FEDEERSCHMIDT geht diesen Fragen nicht weiter nach.

Weitere Untersuchungen, die den Einfluß der aktiven Erkrankung auf das Befinden unter differentiellen Aspekten untersuchen, liegen nicht vor. So ist es nicht möglich, die Kontroverse zwischen dem eigenen Befund und dem von FEDERSCHMIDT im Lichte weiterer Ergebnisse zu reflektieren. Die eigenen Ergebnisse und die von FEDERSCHMIDT, so gegensätzlich sie sind, enthalten aber auch eine übereinstimmende Aussage: die Auswirkungen der akuten Krankheit auf das Befinden differieren in Abhängigkeit von den Bewältigungsformen, wie sie bei verschiedenen Untergruppen festgestellt werden können.

Ein besonders unerwarteter Befund ergibt sich hinsichtlich der Lebenszufriedenheit der verleugnenden Patienten. Zu Beginn der multizentrischen Studie äußern sich die verleugnenden Patienten -im Mittel- fast ebenso unzufrieden mit ihrem Leben, wie es die autoaggressiv-depressiven Patienten tun. Die vorhergesagte bessere Lebenszufriedenheit im Vergleich zu der autoaggressiv-depressiven Subgruppe kann nicht bestätigt werden. Hinsichtlich der berichteten Depressivität zeigt sich nur ein tendenziell besseres Befinden als bei den autoaggressiv-depressiven Patienten. Dieser Befund erweist sich bei der längsschnittlichen Betrachtung allerdings als ein einmaliges, aus dem Gesamtbild herausfallendes, Ergebnis.

Bei den vier darauffolgenden Erhebungen, die im halbjährlichen Intervall erfolgt sind, beschreiben sich die verleugnenden Patienten hypothesenkonform und in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Projektstudie signifikant lebenszufriedener, signifikant weniger depressiv und ängstlich als die autoaggressiv-depressiven Patienten. Bei der zweiten Erhebung sechs Monate nach Studienbeginn nimmt die Lebenszufriedenheit der verleugnenden Patienten einen deutlichen, hoch signifikanten Aufschwung, und auch die Depressivitätswerte vermindern sich in signifikanter Weise. Die etwas negative Stimmung, die am Beginn der multizentrischen Studie bestand, ist jetzt vollständig überwunden. Man könnte den unerwarteten Befund zu Studienbeginn daher als einen zufälligen Effekt abtun. Andererseits könnte gerade dieser

offensichtliche Ausreißer etwas Bedeutsames über die Selbstregulation der verleugnenden Patienten enthüllen.

Man kann spekulieren, daß die Aussicht an einer psychosomatischen Studie teilzunehmen und psychotherapeutische Gespräche zu führen, bei den verleugnenden Patienten, möglicherweise im Sinne einer Anpassung an die Patientenrolle, zunächst die Bereitschaft gefördert hat, ein etwas kritischeres Bild der eigenen Lebenssituation zu zeichnen. Ein Bild, das dann aber sehr rasch revidiert wurde. Die Erfahrung aus Therapiegesprächen weist in diese Richtung. Bei einigen Patienten dieser Subgruppe ergab sich der Eindruck, daß sie am Beginn der Behandlung bereit waren, ihre Lebensprobleme offener zu artikulieren. Je mehr die Therapeuten sich diesen Problemen jedoch zuwandten, umso mehr schien diese initiale Offenheit einer verleugnenden Selbstdarstellung zu weichen. Dieses defensive Verhalten ließ sich auch an einzelnen, gesprächsanalytisch bearbeiteten Therapiesequenzen aufzeigen. Benennt der Patient ein Problem und greift der Therapeut das Problem auf, z.B. indem er paraphrasiert, kommt es in dem nachfolgenden Redebeitrag häufig zu einer Korrektur, die das vorher benannte Problem abschwächt und minimiert<sup>1</sup>.

Diese Beobachtungen weisen in die gleiche Richtung wie die schon genannten Befunde und Überlegungen von v.RAD (1983). Je mehr der Therapeut eine seelische Problematik fokussiert, desto mehr wird er zu einer Quelle der Gefahr für die Stabilität des Pt., die reaktiv durch eine Intensivierung des verleugnenden Verhaltens abgewehrt werden muß. Man kann auf diesem Hintergrund vermuten, daß die rasante Zunahme der Lebenszufriedenheit zum zweiten Untersuchungszeitpunkt im Verhältnis zu der Lebenszufriedenheit zu Studienbeginn das Ergebnis einer defensiven Reaktion darstellt, gleichsam eine Flucht in die Gesundheit.

Damit diese psychodynamische, an der Abwehr ansetzende Interpretation trägt, müssen freilich eine Reihe alternativer Erklärungen geprüft und ausgeschlossen werden, was hier nicht möglich war. Immerhin zeigt dieses unerwartete Ergebnis, daß Verleugnung, im hier definierten Sinne, nicht impliziert, daß jegliche Beschwerden zu jeder Zeit dissimuliert werden.

Die Diskussion über die Beschwerden abschließend, soll hier noch auf die Ergebnisse der Fremdbeobachtung eingegangen werden. Hervorzuheben ist der Befund, daß sich die Subgruppen nicht voneinander unterscheiden, wenn verschiedene Symptome (Allgemeine Angst, Angstanfall, Phobie, Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, jetzt depressiv, jetzt suizidal, jetzt Suchtzüge, innere Unruhe, Antrieb gesteigert/ gemindert, Selbstwert gemindert) in einer Skala zusammengebracht und zu den Subgruppen in Beziehung gesetzt werden. Erst wenn spezifische Symptome fokussiert werden, lassen sich Unterschiede aufzeigen. Die autoaggressiv-depressiven Patienten werden dann -im Mittel- erwartungsgemäß stärker belastet wahrgenommen. Die stärkere symptomatische Belastung ist dabei auf den Bereich depressiver bzw. depressionstypischer Symptome begrenzt: das Selbstwertgefühl der autoaggressiv-depressiven Patienten erscheint gemindert, sie werden depressiv und ängstlich erlebt. Bei allen anderen Symptomen können die autoaggressiv-depressiven Patienten nicht von den anderen Subgruppen differenziert werden. Aus der Fremdperspektive ist Depression, verbunden mit einem reduzierten Selbstwertgefühl und Angst, das Leitsymptom der autoaggressiv-depressiven Untergruppe.

Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen, die in der Literatur berichtet werden und den theoretischen Annahmen dieser Arbeit. Werden Beschwerden bei MC.-Patienten in empirischen Untersuchungen festgestellt, dann sind diese Beschwerden besonders häufig dem de-

---

<sup>1</sup> So äußerte ein Patient, daß er seine Frau hasse, weil sie ihn nach der Scheidung verleumdet habe. Auf die Paraphrasierung des Therapeuten, daß er Haßgefühle empfunden habe, äußert der Pt., daß er eher ärgerlich gewesen sei. Als der Therapeut daraufhin feststellt, daß er immerhin ärgerliche Gefühle empfunden habe, korrigiert er, daß er eigentlich gar nicht wirklich ärgerlich gewesen sei.

pressiven Formenkreis zuzuordnen (HELZER et al. 1984, LEIBIG et al. 1985, ANDREWS et al. 1987, MAI 1989). Darüber hinaus zeichnet sich bei den bisher vorliegenden Versuchen der Untergruppenbildung immer wieder das Merkmal der Depressivität als ein zentrales Unterscheidungskriterium ab (REINDELL et al. 1981, BURTSCHIEDT 1983, NORMANN und KORDY 1991, KÜCHENHOFF 1993, v. WIETERSHEIM 1994).

Betrachtet man die Fremdeinschätzung der Symptomschwere im Licht der PSKB-Skalierung fällt allerdings auf, daß die depressiven Beschwerden der autoaggressiv-depressiven Patienten von den Urteilern keinesfalls dramatisch, sondern im Mittel leicht ausgeprägt wahrgenommen werden. Leicht ausgeprägt i.S. der Skalendefinition des PSKB bedeutet: „Das Merkmal ist subj. spürbar,..... kommt gelegentlich am Rande vor ....tritt nur unter Belastungssituationen auf ... beeinträchtigt Genuß- und Arbeitsfähigkeit nur geringfügig....“ (RUDOLF 1985, S.1). Dieser Befund setzt die Aussage, daß Depression das Leitsymptom der autoaggressiv-depressiven Patienten ist, ins richtige Verhältnis.

Dieser Eindruck deckt sich durchaus auch mit den Befunden der Selbstbeschreibung. Folgt man einem Vorschlag von HAUTZINGER et al. (1994) und geht davon aus, daß bei einem BDI-Wert >12 und <18 eine milde Depression vorliegt, so ergibt es sich, daß hinsichtlich der Selbstbeschreibung bei den autoaggressiv-depressiven Patienten nur von einer milde ausgeprägten Depression gesprochen werden kann. Dies gilt jedoch nur, solange sich die Patienten in Remission befinden. Im Schub nimmt besonders die Depressivität dramatisch zu. Sie beträgt dann -im Mittel- 23 Punkte und kann dann nicht mehr als milde Depressivität eingestuft werden.

Auch wenn die Beschwerden der autoaggressiv-depressiven Patienten absolut betrachtet eher leichtgradig erscheinen, so entsprechen sie andererseits doch den Beschwerden, die bei unausgelesenen Patientengruppen bzw. bei Patienten einer psychosomatischen Klinik erhoben werden können. Die subjektiven Beschwerden in Form von Angst und Depression sind nicht so dramatisch ausgeprägt wie bei den spezifisch depressiven oder angstkranken Patienten, aber doch so deutlich vorhanden, daß sie klinisch ernst genommen werden müssen.

## 8.8 Bewältigung und Abwehr

Die Konstruktion der hier untersuchten Subgruppen basiert auf dem Ich-psychologischen Modell (siehe S.43, S.59). In diesem Rahmen wurden die Abwehr- und Bewältigungsstrategien fokussiert, die das Individuum anwendet, um innere und äußere Anforderungen zu verarbeiten. Die konstruierten Untergruppen unterscheiden sich definitionsgemäß durch das Ausmaß, in dem sie „Autoaggression“ und „Verleugnung“ als Abwehr- bzw. Bewältigungsstrategien verwenden. Für die Bewertung des vorgeschlagenen Untergruppenmodells ist es wichtig zu wissen, ob die inhaltliche Bestimmung, daß sich die Patienten in ihrem Abwehr- und Bewältigungsverhalten unterscheiden, tatsächlich zutrifft. Mit anderen Worten, sind die Subgruppen inhaltsvalide, können die Unterschiede, die hinsichtlich des Abwehr- und Bewältigungsverhaltens angenommen wurden, tatsächlich bestätigt werden, wenn das Abwehr- und Bewältigungsverhalten mit entsprechenden Instrumenten untersucht wird?

Zur Überprüfung der Validität der Subgruppen wurden die Patienten der Projektstichprobe mit dem Streßverarbeitungsfragebogen (SVF) von JANKE et al. (1985), dem Unsicherheitsfragebogen (U-Bogen) von ULRICH und ULRICH (1977) und einem eigens neu konstruierten Rating untersucht.

Eine Erwartung war, daß sich die Patienten der autoaggressiv-depressiven und der verleugnenden Subgruppe grundlegend in ihrem Bewältigungsverhalten unterscheiden, wie es im SVF und dem U-Bogen deutlich wird. Diese Hypothese konnte überzeugend bestätigt werden. Im folgenden sollen zunächst die Befunde anhand des SVF im einzelnen betrachtet werden (*Frage 5*). Im Vergleich mit den autoaggressiv-depressiven Patienten brechen die verleugnenden Patienten die gedankliche Auseinandersetzung mit einer Problemsituation früher ab, sie schreiben sich eher seltener die Verantwortung zu und spielen die Problemsituation eher herunter. Sie betonen die aktive Suche nach Lösungen, berichten, daß sie weniger auf die durch die Situation ausgelösten depressiven und/oder ängstlichen und/oder aggressiven Affekte eingehen, sondern den unlustvollen Affektspannungen durch Selbstaufbau und positive Selbstverstärkung entgegenwirken. Darüber hinaus geben sie an, daß es ihnen vergleichsweise gut gelingt, sich von den angetragenen Erwartungen anderer Personen abzugrenzen und eigene Erwartungen einzufordern.

Die autoaggressiv-depressiven Patienten bilden den Gegenpart zu dieser Selbstbeschreibung. Sie berichten, daß sie die genannten negativen Affekte vergleichsweise intensiv ausleben. Sie haften gedanklich vergleichsweise lange an der Problemsituation. Statt die Problemsituation herunterzuspielen, fokussieren sie eher die negativen Aspekte, dabei tendieren sie bisweilen zu einer resignierenden Sicht der Dinge. Sie schreiben sich die Verantwortung für die Situation eher zu, als diese von sich zu weisen und neigen zu einem vermeidenden Verhalten, wenn sie neuerlich mit der Problemsituation konfrontiert werden. In sozialen Konfliktsituationen können sie eigene Erwartungen vergleichsweise nur sehr schwer durchsetzen und angetragene Erwartungen nur schwer abweisen.

Die deutliche Abgrenzung zwischen den autoaggressiv-depressiven Patienten und den verleugnenden Patienten, die hier für das Copingverhalten gesichert werden konnte, bestätigt die Unterscheidung, die zwischen diesen Subgruppen theoretisch und aufgrund der Literatursichtung getroffen wurde.

Das Bewältigungsverhalten, das die autoaggressiv-depressiven Patienten berichten, läßt sich gut mit einer autoaggressiven Verarbeitungsweise in Zusammenhang bringen. Da die Aggression nur schwer nach außen gerichtet werden kann, ist die Selbstbehauptung in Konfliktsituationen, die ohne ein gewisses Maß gezielter Aggression nicht möglich ist, erschwert. Auch die anderen Copingstrategien können als Ausdruck der autoaggressiv-depressiven Verarbeitungsweise verstanden werden: die besondere Neigung zur Übernahme von Verantwortung und Schuld, das grüblerische Haften an der Problemsituation, die Schwierigkeit, auf einem positiven Selbstwertgefühl aufbauend, eine positive Sicht der Zukunft zu entwickeln, die Tendenz zu resignieren, weil eine positive Sicht nicht gewonnen werden kann, die Tendenz, dem Problem in Zukunft aus dem Wege zu gehen, weil man sich infolge der negativen Selbstbewertung keine konstruktive Lösung zutraut, die Angst, eigene Interessen offensiv zu vertreten, sind hier zu nennen. Die verleugnenden Patienten bilden den optimistischen Gegenpart, der im Vergleich dazu nichts schwer nimmt, nichts für unlösbar hält, negativen Affekten keinen großen Raum gibt, der jeden sozialen Konflikt unter Wahrung seiner Interessen meistert. Je nach Perspektive kann man hier von einem defensiven oder von einem besonders produktiven Copingverhalten sprechen.

An dieser Stelle führen zwei Vergleiche weiter: 1) der Vergleich mit den flexiblen Patienten und 2) der Vergleich mit der Normstichprobe. Die Patienten der flexiblen Subgruppe wurden bei der Gruppenkonstruktion als wenig autoaggressiv und als gering verleugnend definiert. Es wurde erwartet, daß sie zwischen den Copingformen der autoaggressiv-depressiven und der verleugnenden Patienten eine mittlere Position einnehmen, weil sie, so die Vermutung, in

ihrem Bewältigungsverhalten weniger prägnant auf die eine oder andere Strategie festgelegt sind.

Diese Annahme hat sich nur teilweise bestätigen lassen. Wenngleich die flexiblen Patienten ihr Copingverhalten augenscheinlich in keinem Bereich ganz so „optimistisch“ entwerfen, wie es die verleugnenden Patienten tun und in keinem Bereich ganz so „depressiv-resignativ“ charakterisieren wie die autoaggressiv-depressiven Patienten, lassen sich auf der Basis der fünf faktorenanalytisch gewonnenen Skalen des SVF jeweils nur zwei statistisch signifikante Unterschiede sichern:

Die flexiblen Patienten berichten, daß sie sich in Relation zu den verleugnenden Patienten gedanklich vergleichsweise länger mit einer Problemsituation auseinandersetzen und seltener Strategien i.S. von Selbstaufbau und Angstreduktion anwenden. Im Verhältnis zu den autoaggressiv-depressiven Patienten reagieren sie vergleichsweise seltener mit emotionaler Betroffenheit und Resignation und lösen sich gedanklich und gefühlsmäßig schneller von der Situation<sup>1</sup>.

Um die Befunde besser einschätzen zu können, wurden die Subgruppen nicht nur untereinander, sondern auch mit den Befunden der Normstichprobe des SVF verglichen. Hier zeigt es sich, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten bei der Selbsteinschätzung ihres Copingverhaltens bei 4 der 5 faktorenanalytisch gewonnenen Skalen signifikant i.S. einer depressiven Problemverarbeitung von der Normgruppe differieren. Das Coping der flexiblen Patienten unterscheidet sich in keiner Weise von dem Copingverhalten, das die Patienten der Normgruppe berichten. Bei der verleugnenden Subgruppe werden zwei Unterschiede deutlich: die verleugnenden Patienten schließen die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Problem schneller ab, sie bringen es schneller hinter sich, und sie versuchen, innere Spannungen durch Selbstaufbau, positive Selbstverstärkung und durch Selbstkontrolle intensiver abzubauen, als es die Patienten der Normgruppe tun.

Diese Ergebnisse legen eine differenzierte Interpretation des Copings der verleugnenden Patienten nahe. Das Copingverhalten kann nicht im Sinne einer globalen Etikettierung als verleugnend abgetan werden. Die verleugnenden Patienten benennen durchaus produktive Verhaltensstrategien, die denen der flexiblen Gruppe ähneln, wobei sich aber eine durchgängige Tendenz ergibt, die eigene Problemlösefähigkeit im Sinne einer aktiven, lösungsorientierten und rationalen, d.h. wenig gefühlbetonten, Anpassungsweise zu akzentuieren und dabei Probleme herunterzuspielen. Soweit die Angaben der verleugnenden Patienten tatsächlich reflektieren was sie tun, wird einerseits eine konstruktive Bewältigungskompetenz deutlich, die es verhindert, daß sie von Problemsituationen ähnlich bedrückt werden wie die autoaggressiv-depressiven Patienten, andererseits zeigt sich in der überspitzten Form, in der die Patienten die Probleme schnell hinter sich bringen, herunterspielen und (negative) Affekte bekämpfen, auch ein Moment der „Verleugnung“.

Während der SVF das Copingverhalten in einer nicht näher bestimmten Belastungssituation mißt, zielt der U-Fragebogen auf die Bewältigung einer spezifischen Problemsituation, nämlich auf die Frage, wie es dem Patienten gelingt, sich in sozialen Konfliktsituationen zu behaupten, d.h. eigene Erwartungen einzufordern und angetragene Fremderwartungen abzuweisen (*Frage 5.1 und 5.2*). Hier wurde erwartet, daß es den autoaggressiv-depressiven Patienten

---

<sup>1</sup> Bei einer Betrachtung der Ergebnisse, die auf die Primärskalen des SVF zurückgeht, findet sich lediglich bei 4 von 17 Vergleichen ein signifikanter Unterschied zwischen dem Coping der flexiblen und dem der verleugnenden Patienten. Demgegenüber unterscheiden sich die autoaggressiv-depressiven und die verleugnenden Patienten bei 10 der 17, die autoaggressiven und flexiblen Patienten bei 9 der 17 untersuchten Copingstrategien, d.h. die Abgrenzung zu dem Coping der autoaggressiv-depressiven Subgruppe ist auf der Skalenebene deutlicher ausgeprägt

vergleichsweise weniger gut gelingt als den Patienten der anderen Subgruppen, sich zu behaupten. Die Hypothese basiert auf der Überlegung, daß die Selbstbehauptung in sozialen Konfliktsituationen nicht ohne ein gewisses Maß gezielter Aggression möglich ist. Die Hypothese wird aufgrund der vorgefundenen Ergebnisse gut bestätigt. Den autoaggressiv-depressiven Patienten fällt es tatsächlich signifikant schwerer, Forderungen zu stellen und sich von angetragenen Erwartungen abzugrenzen. Die Patienten der verleugnenden Subgruppe beschreiben ihre Selbstbehauptung demgegenüber besonders offensiv. Den flexiblen Patienten gelingt ihre Selbstbehauptung ebenfalls signifikant besser als den autoaggressiv-depressiven Patienten, aber sie beschreiben sich bei ihrem selbstbehauptenden Verhalten etwas zurückhaltender, als die verleugnenden Patienten es tun. Dieser Unterschied ist allerdings nicht signifikant.

Diese Ergebnisse zeigen, daß das autoaggressive Verhalten, das für die Subgruppe der autoaggressiv-depressiven Patienten kennzeichnend ist, nicht nur die aggressive Selbstregulation betrifft, sondern auch die soziale Interaktion bestimmt. In einer etwas anderen Betrachtungsweise kann man davon sprechen, daß sich die autoaggressiv-depressiven Patienten vergleichsweise sozial angepaßter verhalten. Ob diese stärkere Anpassung eine Überanpassung darstellt, muß hier offen bleiben, da eine geeignete Referenzgruppe für einen normativen Vergleich nicht verfügbar gemacht werden konnte. Die Beobachtung, daß sich die autoaggressiv-depressiven Patienten vergleichsweise angepaßter verhalten, korrespondiert nicht nur gut zu den Befunden, die in der Literatur berichtet bzw. diskutiert werden (FREYBERGER et al. 1982, BURTSCHIEDT 1983, PAAR 1988), sie korrespondiert auch zu den theoretischen Überlegungen bezüglich der Genese des autoaggressiven Verhaltens, die ich an anderer Stelle ausführlich dargestellt habe (siehe: Innenwendung der Aggression S. 56).

Auf dem Hintergrund des psychoanalytischen Verständnisses von Abwehr als einem teilweise unbewußten Prozeß (LAPLANCHE und PONTALIS 1982, S.24 f.) ist die Verwendung von Selbstbeschreibungsinstrumenten nicht unproblematisch (KÜCHENHOFF 1991). Aus diesem Grund wurde zusätzlich zu der Selbsteinschätzung eine Fremdeinschätzung durchgeführt (*Frage 5.3*). Das Fremdrating besteht aus einer Skala, die die Fähigkeit und/oder Bereitschaft mißt, sich auf ein psychologisches Gespräch einzulassen, das eigene Verhalten und Erleben differenziert zu beobachten und offen darüber zu berichten. Aus Gründen einer einfachen sprachlichen Benennung wird von „Introspektionsfähigkeit“ gesprochen. Es wurde erwartet, daß die verleugnenden Patienten vergleichsweise wenig introspektionsfähig erlebt werden, während für die Patienten der anderen Subgruppen kein Unterschied hinsichtlich der Introspektionsfähigkeit postuliert wird. Im Ergebnis wird diese Erwartung bestätigt. Die verleugnenden Patienten unterscheiden sich im Sinne der Vorhersage hoch signifikant von den beiden anderen Subgruppen, für die kein Unterschied gesichert werden kann, auch wenn die autoaggressiv-depressiven Patienten am meisten introspektiv erlebt werden. Zu diesem Ergebnis ist anzumerken, daß die Einschätzung der Introspektionsfähigkeit das Bild reflektiert, das zwei unabhängige Rater von dem Interviewgespräch gewonnen haben, die bei ihren Urteilen gut übereinstimmen.

Der Unterschied zwischen der flexiblen und der verleugnenden Subgruppe, der bei der Selbstbeschreibung der Copingstrategien nicht so deutlich ausgeprägt war, tritt bei der Fremdbeobachtung besonders prägnant hervor. Hier dürfte auch die Situation des psychologischen Interviews eine Rolle spielen. Die Interviewsituation, in der ein Gegenüber interessiert nach Erlebnissen, Gefühlen, Beziehungen zu anderen Menschen und inneren Konflikten fragt, stellt eine Herausforderung dar, die vermutlich auf ganz unterschiedliche Weise zu der Selbstregulation der Probanden paßt. In der Interviewsituation geht es nicht darum, Probleme nüchtern und sachlich zu reflektieren und schnell hinter sich zu bringen. Der Patient ist statt dessen



aufgefordert, nach innen zu schauen und auch bei den Erlebnissen zu verharren, die unangenehm und belastend für ihn waren. Der Interviewer interessiert sich und fragt nach. Damit begibt er sich in einen recht deutlichen Widerspruch zu dem Coping der verleugnenden Patienten. Ist es sonst die Strategie der Patienten, negativen Affekten schnell entgegenzuwirken und Probleme zu minimieren, sind sie hier zu einer Umkehr dieses Bewältigungsmusters aufgefordert. Hier greifen wiederum die Beobachtungen von v.RAD (1983), die ich schon anderer Stelle dargestellt habe. Je mehr der Interviewer auf innere Vorgänge fokussiert und damit die sicherheitsgebende Selbstregulation der Patienten in Frage stellt, desto mehr fühlen die sich i.S der Gegenbesetzung der Abwehr (LAPLANCHE und PONTALIS 1982, S.161 ) genötigt, ihr defensives Verhalten schützend zu intensivieren.

Für die autoaggressiv-depressiven Patienten gewinnt die Interviewsituation vermutlich eine andere Bedeutung. Sie stellt weniger ihre Abwehr in Frage, sondern öffnet einen Raum für den Ausdruck von Klagen und Beschwerden. Zugleich findet der Patient in dem Interviewer ein Gegenüber, das besonders an seinen Problemen und Belastungen interessiert ist. Lerntheoretisch betrachtet entsteht daraus ein Prozeß wechselseitiger kontingenter positiver Verstärkung. Der Patient verstärkt durch seine Selbstenthüllungsbereitschaft das Interesse des Interviewers. Der Therapeut verstärkt durch sein Interesse die Selbstenthüllungsbereitschaft des Patienten. Demgegenüber entwickelt sich in der Interviewsituation mit den verleugnenden Patienten eher ein negativer Verstärkungszirkel.

Die Situation des Interviews führt so zu einer besonderen Akzentuierung des jeweiligen Bewältigungsstils. Wenn diese Überlegung zutrifft, ist es nicht verwunderlich, daß das verleugnende Verhalten im Rahmen des Interviews besonders deutlich hervortritt, während es in der eher neutralen Testsituation schwächer ausgeprägt zum Vorschein kommt.

Die Konstruktion der Subgruppen basiert neben theoretischen Überlegungen auf einer umfassenden Sichtung der Literatur. Dabei haben die Arbeiten, die sich -gezielt oder auch nur am Rande- i.S. einer Untergruppenbildung differenziert mit Abwehr- und Bewältigungsstrategien befaßt haben, natürlich eine besondere Rolle gespielt (FREYBERGER et al. 1982, BURTSCHIEDT 1983, NORMANN und KORDY 1991, KÜCHENHOFF 1993, HARTKAMP et al. 1993). Es ist deshalb nicht überraschend, daß die hier gefundenen Unterschiede im Abwehr- und Copingverhalten mit den Ergebnissen der vorgenannten Autoren recht gut übereinstimmen. Es ergeben sich keine eklatanten Diskrepanzen zu den hier vorgelegten Befunden, die besonders diskutiert werden müßten.

## 8.9 Psychotherapeutische Ansprechbarkeit

Besonders die eigene therapeutische Arbeit mit den MC.-Patienten hat den Versuch angeregt, die Patienten durch eine Subgruppenbildung zu differenzieren. Die Erfahrung mehrerer Therapien und Therapieversuche zeigte, daß die psychoanalytisch ausgerichtete Arbeit, die mit einigen Patienten recht fruchtbar gelang, mit anderen schwierig oder sogar kontraproduktiv verlief.

Im Rahmen dieser Untersuchung war es daher eine wichtige Frage, wie die MC.-Patienten auf psychotherapeutische Angebote ansprechen. Daß der Weg in die Therapie einen mehrstufigen Prozeß darstellt, der vielfältige Entscheidungen umfaßt (vergl. MOELLER 1972), dürfte ebenso einsichtig sein, wie die Feststellung, daß die therapeutische Ansprechbarkeit ein Konstrukt ist, das mehrere Einzelaspekte beinhaltet. Wichtige Aspekte dieses Konstruktes sind der Leistungsdruck, die Laienätiologie und die Einstellung zu psychotherapeutischen Hilfsangeboten.

Über den Aspekt des Leidensdruckes wurde bereits an anderer Stelle berichtet. Untersucht werden hier die Laienätiologie und die Einstellung zur Psychotherapie. Die multizentrische Studie, die die Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen zum Ziel hatte, bot darüber hinaus die vielversprechende Möglichkeit, die Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut im Rahmen einer analytisch orientierten Kurzzeittherapie zu beobachten.

Die Laienätiologie beschreibt die Erklärungen des Patienten für die Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Erkrankung (*Frage 6*). Laienätiologische Konzepte sind subjektiv und vorwissenschaftlich, aber sie sind nicht unabhängig von wissenschaftlichen Erklärungen, die den MC.-Patienten von Ärzten, Psychologen, Ernährungsberatern und Selbsthilfegruppen nahegebracht werden. Bei dem MC. ergibt sich eine besondere Situation, insofern die professionellen Helfer eingestehen müssen, daß sie die letztendlichen Ursachen der Erkrankung nicht kennen und bisher nur die Symptome behandeln können. Dieses relative Vakuum gesicherten wissenschaftlichen Wissens schafft einen besonders breiten Spielraum für individuelle Spekulationen und Einsichten, wobei Gegner und Befürworter einer psychologischen Sichtweise gemessen am wissenschaftlichen Diskurs nicht eindeutig widerlegt werden können.

Unter der Voraussetzung, daß eine Behandlung umso eher akzeptiert wird, je besser sie mit persönlichen Erklärungsmustern übereinstimmt (SCHEER und MOELLER 1976), stellt die Laienätiologie einen wichtigen Faktor für die Kooperationsbereitschaft des Patienten dar. Sie beeinflusst nicht nur die Entscheidung, ob der Patient eine Therapie aufsucht, sondern auch, ob er während der Therapie mit dem Therapeuten kooperiert (vergl. KANFER et al. 1990, S. 89).

Die Laienätiologie ist kein Selbstzweck, sie schafft Orientierung und garantiert ein gewisses Maß an Kontrolle gegenüber einer potentiell bedrohlichen Situation (BRODA 1987). Unter psychodynamischen Gesichtspunkten ist dementsprechend davon auszugehen, daß die Laienätiologie auch von unbewußten Abwehrbedürfnissen beeinflusst wird. Auf diesem Hintergrund wurde erwartet, daß die verleugnenden Patienten im Vergleich zu den anderen Subgruppen psychologische Faktoren in ihre Laienätiologie signifikant weniger einbeziehen. Außerdem wurde erwartet, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten aufgrund ihres vergleichsweise ausgeprägten psychischen Beschwerdedruckes psychologische Ursachen eher stark gewichten.

Im Ergebnis konnte diese Erwartung bestätigt werden. Es sind die autoaggressiv-depressiven Patienten, die die psychologischen Faktoren am stärksten gewichten, und es sind die verleugnenden Patienten, die psychologischen Faktoren am wenigsten Bedeutung zumessen. Die Patienten der flexiblen Subgruppe liegen zwischen diesen Polen. Sie gewichten psychologische Faktoren stärker als die verleugnenden Patienten und unterscheiden sich nicht von den autoaggressiv-depressiven Patienten.

Bevor dieses Ergebnis weiter reflektiert wird, sollen zunächst noch die Ergebnisse bezüglich der Einstellung zur Psychotherapie berichtet werden. Unter der Überschrift „Einstellung zur Psychotherapie“ wurden Erfahrungen, Meinungen und Verhaltensweisen erfragt, die eine positive Einstellung begründen oder anzeigen: Ob man glaubt oder gehört hat, daß Psychotherapie hilft, ob man fürchtet, als Gestörter stigmatisiert zu werden, wenn man psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nimmt, ob man sich schon einmal über Psychotherapie informiert hat. Es ist plausibel anzunehmen, daß Patienten ein psychotherapeutisches Angebot am ehes-

ten dann aufgreifen, wenn sie neben einer entsprechend psychologisch ausgerichteten Laienätiologie auch zugleich eine positive Einstellung zur Psychotherapie hegen<sup>1</sup>.

Empirische Hinweise auf Unterschiede bezüglich der Einstellung zur Psychotherapie bei MC.-Patienten ergeben sich aus Untersuchungen von FREYBERGER et al. (1980, 1982, 1986). Die Beobachtungen dieser Autoren stützen die Vermutung, daß die verleugnenden Patienten einem psychotherapeutischen Angebot skeptischer begegnen als die Patienten der übrigen Subgruppen. In der Tat weisen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung hoch signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen aus. Erwartungsgemäß begegnen die verleugnenden Patienten psychotherapeutischen Angeboten vergleichsweise mit der größten Skepsis, während die autoaggressiv-depressiven Patienten am meisten positiv eingestellt sind. Die flexiblen Patienten sind positiver eingestellt als die verleugnenden Patienten und zeigen doch mehr Vorbehalte als die autoaggressiv-depressiven Patienten.

Untersuchungen zur Laienätiologie der MC.-Patienten liegen bis auf eine Ausnahme praktisch nicht vor. Diese Ausnahme bildet die schon mehrfach genannte Untersuchung von KÜCHENHOFF (1993). Der Autor, der die „subjektiven Krankheitstheorien“ qualitativ untersucht hat, interessiert sich nicht so sehr für die Frage, ob die Laintheorie mehr psychologisch oder mehr organisch ausgerichtet ist. Sein Interesse gilt den besonderen individuellen Erklärungsversuchen auf dem Hintergrund der sich wandelnden somatischen Krankheitssituation. Interessant für die Interpretation der vorliegenden Ergebnisse ist seine Feststellung, daß die subjektiven Krankheitstheorien mit der Krankheitssituation kovariieren: „Wenn auch die Wahl der verschiedenen Kategorien viel mit der Primärpersönlichkeit oder ...mit ihrer individuellen Lebenserfahrung zu tun hat, so läßt sich dennoch beobachten, daß die subjektive Krankheitstheorie gleichwohl sehr stark mit dem aktuellen Krankheits- bzw. Gesundheitszustand verknüpft ist“ (KÜCHENHOFF 1993, S.123).

Dieses Ergebnis weist darauf hin, daß die Laienätiologie mehrfach bedingt ist. Neben persönlichkeitspezifischen Einflüssen kommen situative Einflüsse zum Tragen. Persönlichkeitsspezifische Einflüsse, in Form bestimmter Abwehrhaltungen, schließen situative Einflüsse nicht aus und vice versa. Bei der hier gewählten Betrachtungsweise kommen die persönlichkeitspezifischen (Varianz-)Anteile der Laienätiologie zum Tragen. Die Antwort auf die interessante Frage, wie persönlichkeitspezifische Faktoren und situative Einflüsse bei der Herausbildung und Veränderung der Laintheorie zusammenspielen, steht noch aus.

Der Therapiemotivation der MC.-Patienten wurde bisher kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Systematische Untersuchungen zur Psychotherapiemotivation der MC.-Patienten unter differentiellen Aspekten liegen nicht vor. Einige wenige Untersuchungen haben die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote erfaßt (KÜNSEBECK 1993, AHRENS et al. 1986). Diese Angaben zum Inanspruchnahmeverhalten ergeben, daß weniger als 10% der Patienten psychotherapeutische Hilfe suchen. Am ausführlichsten haben sich bisher FREYBERGER et al. (1980, 1982, 1986) aus klinischer Sicht zu der Frage der Therapiemotivation geäußert. Die Autoren sind insgesamt sehr skeptisch bezüglich der Psychotherapiemotivation der MC.-Patienten. Demzufolge lehnen mehr als  $\frac{3}{4}$  der Patienten einen kontinuierlichen therapeutischen Kontakt ab. Aus klinischer Sicht beschreiben FREYBERGER et al. (1982, 1986) 3 Patientengruppen. Die strikten Therapieablehner seien in ihrer Selbstwahrnehmung alexithym und in ihrem Konfliktbewußtsein eingeschränkt. Eine weitere Teilgruppe sei nur in der aktiven Krankheitsphase therapiemotiviert. Eine dritte Untergruppe, mit einem deutlichen

---

<sup>1</sup> Freilich besteht kein absolut linearer Zusammenhang zwischen einer positiven Einstellung zur Therapie und der Bereitschaft an dem Therapieprozeß konstruktiv und eigenverantwortlich mitzuarbeiten. Eine positive Einstellung zur Psychotherapie kann zum Problem werden, wenn sie von übersteigerten Erfolgserwartungen geprägt ist (GOLDSTEIN SHIPMAN 1961).

Wunsch nach therapeutischer Unterstützung, sei seelisch deutlich belastet. Diese Pt. hätten den dringenden Wunsch nach einer zuverlässigen, dauerhaften therapeutischen Beziehung. In der Beschreibung der Therapieablehner und der eindeutig therapiemotivierten Patienten werden Parallelen zu der autoaggressiv-depressiven und der verleugnenden Gruppe deutlich. Die hier vorgelegten Ergebnisse belegen eindeutige Unterschiede in der Therapiemotivation der Subgruppen. Sie unterstützen die klinisch gewonnene Differenzierung von FREYBERGER et al. (1982, 1986). Da ein Vergleich mit geeigneten Kontrollgruppen nicht durchgeführt wurde, kann aber nicht festgestellt werden, ob MC.-Patienten im Vergleich zu anderen Patientengruppen tatsächlich mit größeren Vorbehalten auf therapeutische Angebote reagieren.

Ebenso wie die Laienätiologie wird die Psychotherapiemotivation nur z.T. durch Persönlichkeitsfaktoren erklärt. Eigene Beobachtungen an Patienten, die nach langer Krankheitsgeschichte schließlich eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, zeigen, daß die Psychotherapiemotivation durch die Krankheitserfahrung und andere situative Einflüsse entwickelt und verändert wird. Außerdem ist zu vermuten, daß die Psychotherapiemotivation auch mit dem Behandlungsangebot, das dem MC.-Patienten unterbreitet wird, in Zusammenhang steht. So hat FEIEREIS (1986) der von FREYBERGER (1982) vorgetragene pessimistische Einschätzung der Therapiemotivation der MC.-Patienten aufgrund seiner langjährigen stationär-internistisch-psychosomatischen Erfahrung widersprochen. Die vergleichsweise positive Einschätzung der Therapiemotivation durch FEIEREIS läßt sich vermutlich damit erklären, daß er seine Patienten in einem stationären Setting behandelt, einem Behandlungsrahmen, der Körpermedizin und verschiedene Formen der Psychotherapie verbindet. Vermutlich ist es in diesem stationären Rahmen leichter möglich als in einem ambulanten Kontext, die Patienten anzusprechen und zu halten.

Eine interessante Untersuchung, die die Bedeutung der Abgrenzung einer verleugnenden Subgruppe im Hinblick auf die therapeutische Ansprechbarkeit unterstreicht, haben FRANZ et al. (1990) vorgelegt. Die Autoren beforschten die Psychotherapiemotivation in einer psychogen gesundheitlich belasteten Risikopopulation. Die Probanden wurden jedoch nicht unverbindlich mittels Fragebogen untersucht, sondern ihnen wurde tatsächlich ein Psychotherapieangebot unterbreitet. Annahme und Ablehnung des Psychotherapieangebotes wurden daraufhin zu psychologischen und sozialen Merkmalen in Beziehung gesetzt. Als effektstärkster Prädiktor für die Trennung zwischen den Ablehnern und Akzeptierern erwies sich dabei, neben dem Grad der psychischen Beeinträchtigung, besonders die mittels Fragebogen gemessene Offenheit. Patienten, die sich selbst als besonders offen charakterisierten, zeigten die größte Therapieakzeptanz. Die Dimension Offenheit in dem tiefenpsychologisch konzipierten Fragebogen beschreibt die Fähigkeit: „verpönte oder sozial unerwünschte Eigenschaften, Verhaltensweisen und Gefühle vor sich und anderen zugeben zu können. Sie soll damit Eigenschaften wie Realitätsnähe, Ehrlichkeit und Toleranz gegenüber der Wahrnehmung und Äußerung eigener aggressiver und sexueller Impulse erfassen -dabei enthält die von uns leicht modifizierte Offenheitsskala ... auch Items, die einen Bezug zu Abwehrmechanismen aufweisen, ... z.B. Spaltung, Verleugnung, Reaktionsbildung, Rationalisierung“ (ebenda, S. 373).

Auch wenn die Übereinstimmung der Konzepte hier nicht empirisch festgestellt werden kann, sind inhaltliche Parallelen zwischen der „Offenheit“, wie FRANZ et al. (1990) sie operationalisieren und der „Verleugnung“, wie sie hier verstanden wird, nicht zu übersehen. Die Ergebnisse zeigen, daß „Verleugnung“ respektive „Offenheit“ ein Merkmal ist, das über die Untergruppenbildung der MC.-Patienten hinaus, ganz allgemein für die Therapiemotivation psychogen oder psychosomatisch belasteter Patienten bedeutsam ist. Die Ergebnisse von FRANZ et al. (1990) zeigen darüber hinaus, daß Verleugnung kein Spezifikum der MC.-Patienten ist, sondern ebenso auch bei anderen Patientengruppen anzutreffen ist.

Im Rahmen der multizentrischen Studie wurde ein Teil der Patienten psychotherapeutisch behandelt. Die therapeutische Behandlung wurde als psychoanalytisch orientierte Kurzzeittherapie durchgeführt, die im Mittel 24,5 verbale Therapiestunden umfaßte. Nach der dritten und vor der letzten Therapiesitzung wurden sowohl die Patienten als auch die Therapeuten um eine Einschätzung der Ergebnisse der therapeutischen Arbeit gebeten. Dieser Einschätzung liegt ein Untersuchungsinstrument von LUBORSKY (1984), der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) in einer deutschen Adaption von BASSLER et al. (1995), zugrunde. Der HAQ basiert auf dem Konzept der therapeutischen Allianz. Obwohl das Konzept der therapeutischen Allianz ein wachsendes Forschungsfeld der analytisch orientierten Psychotherapieprozessforschung darstellt (vergl. HENRY et al. 1994), existiert bisher keine einheitliche Definition. LUBORSKY, ein exponierter Vertreter analytischer Psychotherapieforschung, argumentiert, daß die therapeutische Allianz zwei Faktoren umfasse: Eine ausreichend supportive Beziehung und geeignete, zielgerichtete Interventionen (vergl. LUBORSKY 1988, S.11-20). Der HAQ soll diese beiden Dimensionen im Therapieprozeß erfassen. BASSLER (1995) hat bei der deutschen Adaption faktorenanalytisch zwei Skalen differenziert. Die eine Skala mißt die Zufriedenheit mit der supportiven Beziehung (Beziehungszufriedenheit), die andere den wahrgenommen Erfolg (Erfolgswahrfriedenheit) mit der therapeutischen Arbeit.

Hier wurde erwartet, daß die Therapeuten zu beiden Zeitpunkten die Erfolgs- und die Beziehungszufriedenheit, bezogen auf die verleugnende Subgruppe, vergleichsweise ungünstiger einschätzen als bei den Patienten der übrigen Subgruppen (*Frage 6.2 und 6.2.1*). Therapeutische Arbeit ist, so der zugrundeliegende Gedanke, immer ein kooperativer Prozeß. Die psychoanalytische Arbeit verlangt nämlich von dem Patienten eine gewisse Bereitschaft und Fähigkeit zur Introspektion, zur Wahrnehmung und Kommunikation innerer Gefühlszustände usf. So gesehen ist eine verleugnende Abwehrhaltung eine Bedingung, die die Kooperation tendenziell erschwert, wobei sie nicht nur die gemeinsame Reflexion, sondern möglicherweise auch den Aufbau einer supportiven Beziehung belastet.

Die Ergebnisse der Therapeuteneinschätzung bestätigen diese Erwartung nur teilweise. Zum ersten Meßzeitpunkt findet sich kein Unterschied zwischen den Subgruppen. Zwischen dem ersten und dem zweiten Untersuchungszeitpunkt modifizieren die Therapeuten jedoch ihre initiale Einschätzung. Die Therapeuten bewerten die Arbeit mit den verleugnenden Patienten skeptischer, während sie die Arbeit mit den autoaggressiv-depressiven und den flexiblen Patienten tendenziell positiver beurteilen. Zum zweiten Meßzeitpunkt ist die Erfolgswahrfriedenheit und die Beziehungszufriedenheit der Therapeuten dann wie erwartet: die Arbeit mit den verleugnenden Patienten wird vergleichsweise ungünstiger bewertet, in der Zusammenarbeit mit den flexiblen und den autoaggressiv-depressiven Patienten sehen die Therapeuten keinen Unterschied.

Daß die Zusammenarbeit mit den verleugnenden Patienten erst zum zweiten Meßzeitpunkt skeptischer eingeschätzt wird, läßt sich gut verstehen. Zu Beginn der Behandlung sind die Therapeuten, wie sich in der projektinternen Diskussion zeigte, den Patienten mit einer relativ optimistischen Behandlungseinstellung begegnet. Dieser anfängliche Optimismus hat Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit überdeckt. Gegen Ende der Behandlung ist dieser Optimismus der Erfahrung gewichen, daß das psychoanalytische Arbeiten mit den verleugnenden Patienten vergleichsweise schwer gelingt. Bei den autoaggressiv-depressiven und den flexiblen Patienten hat sich im Laufe der Zeit aus Sicht der Therapeuten eher eine positive Gegenseitigkeit entwickelt und die Überzeugung gefestigt, diesen Patienten hilfreich gewesen zu sein.

Die Einschätzung der Therapeuten stellt keine Aussage über *den* Therapieerfolg der Subgruppen dar. Aussagen über Therapieerfolge sind nur im Rahmen multimodaler Messung tragfähig. Der Befund mit dem HAQ kann am ehesten so verstanden werden, daß Therapeuten, die analytisch orientiert arbeiten und dabei nur eine vergleichsweise kurze Zeit zur Bearbeitung ihrer Therapieziele zur Verfügung haben, die Kooperation mit den verleugnenden Patienten im Mittel weniger fruchtbar *erleben* als die Zusammenarbeit mit den autoaggressiv-depressiven und den flexiblen Patienten.

Hinsichtlich der Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit, wie sie die Patienten anhand des HAQ berichten, wurde keine Hypothese formuliert (*Frage 6.2.2*). Im Ergebnis findet sich zu beiden Untersuchungszeitpunkten kein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten der Subgruppen. Zum Ende der Behandlung zeigt sich lediglich eine tendenzielle Differenz, derzufolge die verleugnenden Patienten mit der Beziehung etwas weniger zufrieden sind als die Patienten der flexiblen Subgruppen.

Für das Zustandekommen dieses Befundes dürfte die Erhebungssituation eine wichtige Rolle gespielt haben. Das Urteil der Patienten anhand des HAQ wurde i.d.R. von den Therapeuten eingeholt, die die Fragebogen ausgaben und wieder von den Patienten zurücknahmen. Die Beurteilung der Therapie durch den Patienten erfolgte somit unter den Augen des Therapeuten. Dementsprechend war das Urteil, das die Patienten abgaben, nicht nur der Ausdruck ihrer tatsächlichen Zufriedenheit, sondern unvermeidlich auch eine Mitteilung an den Therapeuten. Ein negatives Urteil bedeutet unter diesen Bedingungen auch Kritik und muß möglicherweise gerade darum vermieden werden. Die Beurteilung der Therapie ist nicht mehr nur der Ausdruck einer sachlichen, persönlichen Wertung, sondern auch Ausdruck der Beziehungsgestaltung<sup>1</sup>. Zu dieser Sichtweise könnte es passen, daß die Patienten auch schon zu Beginn der Behandlung eine sehr positive Bewertung angaben, was im Sinne der Beziehungsregulation so verstanden werden kann, daß die Patienten dem Therapeuten ein freundliches Angebot zur Kontaktaufnahme signalisieren wollten. Versteht man die Angaben anhand des HAQ vor diesem Hintergrund, dann erscheint es durchaus verständlich, daß die Patienten der drei Subgruppen zumindest ähnlich positiv geantwortet haben.

Psychotherapiestudien an MC.-Kranken haben KÜNSEBECK et al. (1987), MILNE et al. (1986) sowie SCHWARZ und BLANCHARD (1991) vorgelegt, wobei diese Studien nur wenige Patienten einschließen. In keiner der genannten Studien wurde eine differentielle Auswertung der Therapieeffekte vorgenommen. Ein Vergleich der vorgelegten Ergebnisse zur Helping Alliance mit Ergebnissen der MC.-Forschung ist daher nicht möglich.

Blickt man über die MC.-Forschung hinaus auf die Ergebnisse der Therapieprozessforschung, ergibt sich eine Flut empirischer Einzelbefunde, die hier interessant sind. In einer metaanalytischen Auswertung haben ORLINSKY et al. (1994) die Ergebnisse der Prozessforschung geordnet und zusammenfassend bewertet. In Bezug auf die hier vorgelegten Ergebnisse ist das Konzept der „Self-Relatedness“ interessant. Self-Relatedness meint die Art und Weise, wie die Person auf ihre inneren Vorgänge, sprich Affekte, Gedanken, Bedürfnisse und Aktivierungszustände, Bezug nimmt. Das Konzept der Self-Relatedness weist deutliche Parallelen zu dem Konzept der Introspektionsfähigkeit auf. Patienten mit einer hohen Self-Relatedness sind offen, empfänglich, konzentriert und aufmerksam in ihrer Selbstwahrnehmung. Patienten mit einer geringen Self-Relatedness verhalten sich rigide, selektiv, eingengt, defensiv. Untersu-

---

<sup>1</sup> Aus der analytisch-therapeutischen Arbeit ist gut bekannt, daß direkt geäußerte Kritik am Therapeuten eine schwierige Aufgabe darstellt, die oftmals erst nach dem längeren Durcharbeiten der Ängste vor Zurückweisung und Entwertung bewältigt werden kann. Diese Gedanken streuen berechtigte Zweifel, daß die Ergebnisse der Selbsteinschätzung der Patienten mit dem HAQ -so wie sie erhoben wurden- nur das widerspiegeln, was die Patienten über die Beziehung und den Erfolg der Therapie gedacht haben

chungen, die diese Prozessvariable mit outcome-Maßen in Beziehung setzen, zeigen, daß eine hohe Self-Relatedness in einer hoch signifikanten Beziehung zu positiven Therapieeffekten steht (vergl. ORLINSKY et al. 1994, S. 339). Dieser metaanalytische Befund unterstützt die Überlegungen zu den Ergebnissen des Therapeutenratings. „Verleugnung“, die, wie hier gezeigt werden konnte, mit einer geringen Introspektionsfähigkeit korrespondiert, ist eine ungünstige Bedingung für die therapeutische Zusammenarbeit und wirkt sich negativ auf den Therapieerfolg aus.

## 8.10 Aspekte der Objektbeziehung

Aus der psychoanalytischen Perspektive ist das Verhalten und Erleben in Beziehungen neben den Ich-Funktionen, auf denen die Untergruppenbildung basiert, eine wichtige Dimension für das Verständnis von Krankheit und Gesundheit (siehe S. 48). Es sind vor allem klinische Beobachtungen, die sich mit den Beziehungen der MC.-Patienten auseinandersetzen. Aus den klinischen Beschreibungen gehen insbesondere zwei Beziehungsmuster hervor (siehe S. 13). Einerseits wird von Patienten berichtet, die in „symbiotischer“ Abhängigkeit an ihr „Schlüsselobjekt“ gebunden sind, und andererseits werden Patienten beschrieben, die sich „pseudo-unabhängig“ verhalten, indem sie Bindungen tendenziell vermeiden oder die Bindung so arrangieren, daß keine Abhängigkeit entstehen kann. Diese Konzepte besitzen klinische Evidenz, aber sie sind schwer in eine tragfähige Operationalisierung übertragbar. Im Rahmen dieser Arbeit habe ich deshalb von ihrer Untersuchung Abstand genommen, weil mir eine überzeugende Operationalisierung nicht möglich erschien.

Statt dessen konzentriert sich die Untersuchung auf die Beschreibung verschiedener relevanter und zugleich gut faßbarer Aspekte des Beziehungsverhaltens- und erlebens, nämlich auf die Frage, wie die Patienten der Subgruppen zu anderen Menschen Kontakt aufnehmen, wie sie sich in das soziale Netzwerk eingebettet fühlen und wie sie die Beziehung zu den Elternobjekten und dem Partner erleben und bewerten. Die Art und Weise, wie sich die Patienten im Kontakt verhalten, wird aus der Perspektive des Interviewers (*Frage 7*) und der des Patienten selbst (*Frage 7.1*) mit dem Gießen-Test (GT) anhand der Skala „Durchlässigkeit“ untersucht. Die wahrgenommene soziale Unterstützung (*Frage 7.2*) wird mit dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SOZU), die Beziehung zu den Elternpersonen (*Frage 7.3*) und dem Partner wird mit der Repertory-Grid (GRID) Methode analysiert. Dabei werden zwei Dimensionen unterschieden: 1) die Bewertung der Person in Relation zu dem Bild eines fiktiven Wunschpartners und 2) die Ähnlichkeit der Person zu dem Selbstbild. Die Selbst-Objekt-Relation wird als Ausdruck der narzißtischen Beziehung zu der fraglichen Person verstanden. Die narzißtische Beziehung variiert zwischen den Polen vertraut versus fremd und unvertraut.

An dieser Stelle soll in einem kurzen Exkurs auf die Frage eingegangen werden, inwieweit die untersuchten Merkmale tatsächlich die Objektbeziehungen der MC.-Patienten abbilden. Diese Frage läßt sich nicht mit einem Ja oder Nein beantworten. Der Begriff der Objektbeziehung, wie er in der Psychoanalyse verwendet wird, ist vieldeutig. Er beschreibt keinen einzelnen Sachverhalt, sondern eine Perspektive und eine Gruppe von Phänomenen, die unter dieser Perspektive beobachtet werden können. Die Objektbeziehungstheorie geht von der Auffassung aus, daß alles Verhalten und Erleben in der Beziehung zu anderen Personen organisiert ist. Diese Personen können sich in einer tatsächlichen Interaktion mit dem Subjekt befinden, d.h. real anwesend sein, oder sie können als innere Objekte vorkommen. Innere Objekte entstehen, indem das Subjekt seine Interaktionserfahrungen in Form sog. Objektrepräsentanzen verinnerlicht. Das psychoanalytische Verständnis geht dahin, daß die Objektrepräsentanzen,

die affektiv besetzt sind, nur teilweise bewußt wahrgenommen werden. Zusammen mit den konflikthaften Triebimpulsen, die auf sie gerichtet sind, unterliegen sie mehr oder weniger der Verdrängung und wirken daher im Unbewußten. Diese Tatsache begrenzt die Aussagekraft der hier verwendeten Methoden bezüglich der Objektbeziehungen. Es ist nämlich fraglich, inwieweit die hier verwendeten Untersuchungsmethoden unbewußte Objektbeziehungen erfassen. Dies gilt besonders für das GT-Selbstbild und den Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SOZU), aber auch für den GRID und das Fremdrating anhand des GT. Bei dem Fremdrating ist am ehesten davon auszugehen, daß auch unbewußte Anteile abgebildet werden. Das Fremdrating, wie es hier durchgeführt wurde, läßt der spontanen Gegenübertragung des Urteilers einen breiten Raum. So ist es nicht verwunderlich, daß, wie noch gezeigt wird, sich die Befunde des Selbst- und des Fremdratings bezüglich der Durchlässigkeit im Kontakt deutlich unterscheiden. Bezüglich des GRID ist völlig offen, inwieweit unbewußte Objektbeziehungen erfaßt werden. Zwar zeigt die eigene klinische Erfahrung, daß aus dem manifesten Beziehungsraum, den der GRID erschließt, Hinweise auf unbewußte Beziehungsaspekte abgeleitet werden können, aber solche hermeneutisch erschlossenen, individuellen Befunde, die einer Absicherung durch andere klinische Daten bedürfen, lassen sich nicht durch allgemeingültige Algorithmen gewinnen, wie sie für eine statistische Auswertung erforderlich sind.

Ein weiterer grundsätzlicher Einwand ergibt sich aus der Tatsache, daß Objektbeziehungen nur eingeschränkt als Eigenschaften beschrieben werden können. Objektbeziehungen werden bedürfnisgesteuert aktualisiert. In Situationen, in denen sich die Person im Einklang mit ihren Triebimpulsen befindet, wird die Durchlässigkeit im Kontakt zunehmen, wohingegen in Situationen, in denen die Personen einen Triebkonflikt erlebt, die Abgrenzung gegenüber dem Objekt, das den Konflikt aktualisiert, deutlich zunehmen kann. So gesehen ist eine situationspezifische Beschreibung der Objektbeziehung zu fordern. Das Eigenschaftsmodell ist nur dort sinnvoll, wo Objektbeziehungen als stereotype Verhaltens- und Erlebnismuster vorliegen, die sich unabhängig von den spezifischen Bedürfnissen und Konflikten inszenieren. Solche Stereotype finden sich bei den sogenannten charakterneurotischen Formationen, die sich dadurch auszeichnen, daß u.a. eine bestimmte Abwehrhaltung dauerhaft und umfassend vorherrscht. Ein Beispiel ist das distanzierte Verhalten der schizoiden oder das überangepaßt unterwürfige Verhalten der sog. analen Charaktere.

Diese Überlegungen, die hier nur skizzenhaft ausgeführt werden können, lassen sich zu der Schlußfolgerung zusammenfassen, daß die hier mitgeteilten Befunde die Objektbeziehungen der MC.-Patienten nur sehr partiell wiedergeben. Die Objektbeziehungen werden hauptsächlich in ihren bewußten Ausprägungen erfaßt. Die Dynamik der Objektbeziehungen auf dem Hintergrund von spezifischen Bedürfnissen und Konflikten bleibt ausgespart. Erfaßt werden Haltungen und Erlebnisweisen in der Beziehung zu anderen Menschen, die i.S. von charakterlichen Strukturen verfestigt sind.

Zu der Frage, ob sich die Untergruppen in den einzelnen Beziehungsaspekten unterscheiden, wurden keine Hypothesen formuliert. Die allgemeine Frage ist, ob sich Unterschiede im Beziehungserleben- und -verhalten der postulierten Subgruppen aufzeigen lassen. Schon jetzt in der Vorausschau auf die Diskussion kann gesagt werden, daß empirische Untersuchungen an MC.-Patienten, die das Verhalten und Erleben in sozialen Beziehungen analysieren und dabei auch differentielle Aspekte einbeziehen, kaum vorliegen. Eine Ausnahme bildet die Untersuchung von DETER et al. (1991). Die Beschäftigung mit dem Verhalten und Erleben der MC.-Patienten in sozialen Beziehungen ist die Domäne klinischer Beobachtungen.

Es konnten folgende Ergebnisse gesichert werden: es sind die flexiblen Patienten, die sich am meisten und die autoaggressiv-depressiven Patienten, die sich vergleichsweise am wenigsten sozial unterstützt fühlen (*Frage 7.2*). Dieser Befund gilt sowohl für die Projektstudie als auch für die multizentrische Untersuchung. Hinsichtlich der sozialen Unterstützung besteht darüber



hinaus kein Unterschied zwischen den Subgruppen. Die autoaggressiv-depressiven Patienten fühlen sich ihrer Mutter sowie der Mutter und dem Vater, die zusammenfassend als elterliches System verstanden werden, signifikant fremder als die flexiblen und tendenziell fremder als die verleugnenden Patienten (*Frage 7.3*). Unterschiede im Kontaktverhalten zeigen sich *nur* aus der Fremdperspektive (*Frage 7 und 7.1*). Die verleugnenden Patienten werden von den Fremdbeobachtern vergleichsweise weniger offen und durchlässig erlebt als die Patienten der beiden anderen Subgruppen. Sonst lassen sich hinsichtlich des Kontaktverhaltens keine Unterschiede sichern.

Wie sind diese Befunde zu verstehen? Das Ergebnis, daß sich die Patienten der autoaggressiv-depressiven Subgruppe weniger sozial unterstützt und sich ihren Eltern gegenüber fremder fühlen, könnte einfach bedeuten, daß die Skalen Aspekte der depressiven Erlebnisweise messen. Die Befunde sind dennoch interessant, weil sie die symptomatische Betrachtung durch die Perspektive auf das Beziehungserleben ergänzen. DETER et al. (1991) finden in einer Untersuchung an 59 MC.-Patienten vergleichbare Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und dem subjektiven Befinden. Eine geringe soziale Unterstützung, die die Autoren auf der Basis eines Interviews einschätzen, korreliert u.a. mit vermehrter Angst, Depression und emotionaler Labilität (Allgemeiner zum Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Depressivität berichten BAUMANN und PFINGSTMANN 1986). Bemerkenswert ist, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten, die sich ihrer Mutter respektive ihren Eltern fremder und weniger in das soziale Netz eingebettet fühlen, von den Interviewern vergleichsweise vertrauensvoll und offen im Kontakt eingeschätzt werden.

Aus Sicht der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie erscheint das Muster, das sich hier andeutet, recht typisch für das Beziehungserleben mancher Depressiver. Einerseits sucht der Patient die enge Bindung an das Gegenüber, weil das Gegenüber als aufmerksamer, bestätigender, interessierter Anderer zur Sicherung des verletzbaren Selbstgefühls gebraucht wird, andererseits registriert er seismographisch die Distanz zu seinen Bezugspersonen. Gemessen nämlich an der narzißtischen Bedürftigkeit ist der Andere nie nah, nie aufmerksam, nie interessiert genug, um das beeinträchtigte Selbstgefühl vollständig und dauerhaft zu stabilisieren. Ein ähnliches Beziehungsmuster beschreiben FREYBERGER et al. (1982), die bei den MC.-Patienten drei Untergruppen unterscheiden. Die Untergruppe, der so genannten „colitistypischen“ Patienten, beschreiben FREYBERGER et al. wie folgt: „In unserer täglichen Supervision wurden wir von diesen Crohn-Patienten sehr berührt und deutlich motiviert in Richtung von psychotherapeutischer Hilfestellung. Wir erlebten diese Patienten als Menschen mit dem Gefühl, einsam und unverstanden zu sein, zusammen mit dem dringenden Wunsch nach dauerhaften, zuverlässigen, befriedigenden Beziehungen“ (ebenda, S. 81).

Bei den verleugnenden Patienten fällt zunächst die geringere Durchlässigkeit im Kontakt auf, wie sie von Ratern anhand des Interviews eingeschätzt wird. Diese vergleichsweise geringe Durchlässigkeit der verleugnenden Patienten, fügt sich in das Bild, das die Fremdbeobachter bereits bei der Einschätzung der Introspektionsfähigkeit und das die Therapeuten bei der Einschätzung der therapeutischen Allianz gewonnen haben.

Hier kann man einwenden, daß die Skala Durchlässigkeit die verleugnende Haltung bzw. die geringe Introspektionsfähigkeit der Patienten einfach unter einem anderen Etikett neuerlich darbietet. Beachtenswert an dem hier gewonnenen Ergebnis scheint mir, daß „Verleugnung“ auch in das sozial-kommunikative Verhalten der Patienten hineinwirkt. „Verleugnung“ ist demnach nicht nur eine Strategie, die bei der Selbstregulation zum Tragen kommt, „Verleugnung“ ist offensichtlich auch mit einer tendenziell mißtrauischen, distanzierten Haltung im Kontakt verknüpft. Diese Reserviertheit im zwischenmenschlichen Kontakt wird jedoch nur

von den Fremdbeobachtern wahrgenommen. Bei der Selbstbeschreibung sehen sich die verleugnenden Patienten nicht weniger durchlässig als die Patienten der anderen Subgruppen. Bei der Projekterhebung war zudem festgestellt worden, daß die verleugnenden Patienten vergleichsweise seltener in einer Partnerbeziehung leben als die Patienten der anderen Subgruppen (siehe „Basale Persönlichkeitsmerkmale, Aspekte der sozialen Situation“ S. 121 f.). Dieser Befund korrespondiert mit dem klinischen Eindruck, der bei der Erhebung der Projektstichprobe gewonnen wurde, daß nämlich die verleugnenden Patienten intime Bindungen häufiger meiden, als es bei den Patienten der anderen Subgruppen der Fall ist. Allerdings hat sich der empirische Befund, daß die verleugnenden Patienten seltener in einer Partnerschaft leben, bei Auswertung der multizentrischen Stichprobe nicht bestätigen lassen.

Wie die autoaggressiv-depressiven werden die flexiblen Patienten von den Fremdbeobachtern vergleichsweise durchlässiger wahrgenommen als die verleugnenden Patienten. Darüber hinaus sind es die flexiblen Patienten, die sich hinsichtlich der sozialen Unterstützung und der narzißtischen Beziehung zu der Mutter bzw. zu dem elterlichen System deutlich von den autoaggressiv-depressiven Patienten abheben. Ihre elterlichen Beziehungen erscheinen vertrauter und das soziale Netz wird unterstützender erlebt.

Aufgrund der Interviewerfahrung mit dieser Patientengruppe resultiert der Gedanke, daß sich hier eine besondere Ressource der flexiblen Patientengruppe abzeichnet, nämlich eine Kompetenz, Kontakte herzustellen und davon zu profitieren. In dem Interview wurden die flexiblen Patienten nicht nur als Menschen wahrgenommen, die sich vergleichsweise offen und kontaktfreudig verhielten, sie schienen mit ihren Beziehungen auch vergleichsweise mehr zufrieden als die Patienten der anderen Subgruppen.

Man kann weitergehend spekulieren, daß es u.a. diese Ressource ist, die es den flexiblen Patienten ermöglicht, in ihrem Coping- und Abwehrverhalten flexibler vorzugehen, als es die Patienten der beiden anderen Subgruppen tun. Diese Überlegung ist nicht neu. In der Copingforschung wird der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und einem konstruktiven Bewältigungsverhalten in belastenden Lebenssituationen als „Pufferhypothese“ diskutiert. Die „Pufferhypothese“ besagt, daß ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung die negativen Effekte kritischer Lebensereignisse abfedert und so eine bessere Bewältigung ermöglicht. Diese Hypothese wird durch verschiedene Untersuchungen gestützt (vergl. COHEN und WILLIS 1985).

Bei mehreren Variablen konnten keine Unterschiede zwischen den Subgruppen herausgearbeitet werden. Bemerkenswert ist, daß die verleugnenden Patienten, die sich hinsichtlich der Befindlichkeit, des Copings, der Introspektionsfähigkeit und der therapeutischen Ansprechbarkeit sehr deutlich von den autoaggressiv-depressiven Patienten unterscheiden, bei der Betrachtung der sozialen Dimension kaum abgegrenzt werden konnten. Die Unterschiede zwischen der verleugnenden und der autoaggressiv-depressiven Untergruppe bezüglich der narzißtischen Elternbeziehung sind nur als Tendenz ausgeprägt, hinsichtlich der sozialen Unterstützung läßt sich kein bedeutsamer Unterschied sichern.

Werden die Patienten um eine Selbstbeschreibung ihres Kontaktverhaltens anhand des GT gebeten, unterscheiden sich die drei postulierten Subgruppen in keiner Weise. Auch die Evaluation der Elternbeziehung und der Partnerbeziehung in Relation zu dem Bild des Wunschpartners mit dem GRID ergab, ebenso wie die Untersuchung der narzißtischen Beziehung zu dem Partner, keine Unterscheidung zwischen den Subgruppen.

Bei der Evaluation der Partnerbeziehung könnte die relativ große Zahl der missing-Werte in der verleugnenden Subgruppe dazu beigetragen haben, daß kein Unterschied gesichert werden konnte. Von acht verleugnenden Patienten, die mit dem Repertory Grid untersucht wurden,

unterhielten lediglich vier Patienten i.S. der Definition eine Partnerbeziehung. Betrachtet man das Ergebnis der Partnerbewertung, zeigt sich zumindest augenscheinlich, daß die verleugnenden Patienten ihre Partnerbeziehung im Mittel etwas negativer bewerten als die flexiblen und die autoaggressiv-depressiven Patienten. Eine größere Fallzahl hätte diesen Unterschied möglicherweise signifikant hervortreten lassen.

Auf die Frage, weshalb bei den anderen Variablen keine oder nur tendenzielle Unterschiede gefunden wurden, läßt sich keine abschließende Antwort geben. Die negativen Ergebnisse könnten ein Fingerzeig sein, der darauf hinweist, das soziale Verhalten und Erleben als eine unabhängige Dimension zu betrachten, anstatt es einer Ich-psychologischen Perspektive unterzuordnen. Aus einer solchen mehrdimensionalen Betrachtung könnte eine Differenzierung der Ich-psychologischen Subgruppenstruktur hervorgehen. In den Interviews wurden z.B. gravierende Unterschiede hinsichtlich der Beziehung zu den Eltern deutlich. So ergab sich bei einigen Patienten eine massive Abwertung eines oder beider Elternteile. Andere Patienten beschrieben sehr idealisierende Elternbeziehungen. Unter psychoanalytischem Gesichtspunkt sind dies interessante Befunde, die sich auch in den Parametern des Repertory-Grid gut spiegeln, die aber offenbar keinen Zusammenhang zu den Ich-psychologisch definierten Untergruppen aufweisen, sondern einer unabhängigen Dimension angehören.

## 8.11 Stabilität der Untergruppen im Zeitverlauf

Für die Beurteilung der Untergruppenbildung ist es zweifellos eine besonders wichtige Frage, ob die Gruppenzugehörigkeit ein stabiles Charakteristikum darstellt, das die Persönlichkeit des jeweiligen Patienten kennzeichnet. Auf der Basis des psychoanalytischen Modells wird Stabilität für die Zuordnung zu den Subgruppen vorhergesagt. Die Abwehr- und Bewältigungsmechanismen, auf denen die Subgruppen basieren, werden als Strukturen verstanden, die in kritischen Entwicklungsphasen während der Kindheit und Adoleszenz geformt werden und im weiteren Lebenslauf relativ stabil bestehen bleiben.

Die Stabilität bzw. die Variabilität der Gruppenzuordnung wurde hier auf der Grundlage der multizentrischen Studie analysiert, wo die Patienten über die Zeitdauer von zwei Jahren wiederholt untersucht wurden. Auf der Basis dieser Verlaufsuntersuchung kann die Stabilität der Gruppenzuordnung zu zwei Zeitpunkten, nämlich nach einem und nach zwei Jahren, überprüft werden.

Bevor die Ergebnisse dargestellt werden, soll eine Überlegung eingeführt werden, die für die Ergebnisauswertung bedeutsam ist. Die Patienten werden den Subgruppen anhand kritischer Trennwerte zugeordnet, die zwischen den Subgruppen differenzieren. Obwohl dieses Zuordnungsverfahren zu eindeutigen Ergebnissen führt, sind die Patienten einer Subgruppe stets mehr oder weniger typische Repräsentanten der jeweiligen Untergruppe. Je mehr die gruppenstiftenden Merkmale von dem kritischen Trennwert in die eine oder andere Richtung differieren, desto eindeutiger ist die Zuordnung zu der Subgruppe gegeben. So enthält jede Subgruppe mehr oder weniger typische Repräsentanten, nämlich solche, die die gruppenstiftenden Merkmale in deutlicher Ausprägung aufweisen und solche, die der Subgruppe gerade eben noch zugewiesen wurden. Während die typischen Repräsentanten einer Subgruppe eine deutliche Veränderung durchlaufen müssen, damit sie schließlich einer anderen Subgruppe zugewiesen werden, genügen bei den eher untypischen Repräsentanten der Subgruppe bereits geringe spontane Schwankungen der Merkmalsausprägung für eine Neueingruppierung. Aus diesem Grund ist eine einhundertprozentige Stabilität der Gruppenzuordnung eine ideale, aber keine realistische Forderung. Außerdem muß eine gewisse Variabilität einkalkuliert werden,

die durch meßfehlerbedingte Schwankungen hervorgerufen ist. Auf diesem Hintergrund schlage ich vor, von perfekter Stabilität zu sprechen, wenn mindestens eine 80% Übereinstimmung bei wiederholter Messung festgestellt werden kann.

Die Ergebnisse zeigen zunächst, daß die Aussagen über die Stabilität respektive Variabilität der Gruppenzuordnung mit dem jeweils angesetzten *Kriterium* und dem beobachteten *Zeitintervall* kovariieren. Nach einem Jahr werden im Mittel 63% der Patienten, nach zwei Jahren 56,6% der Patienten in die gleiche Untergruppe eingeordnet. Wenn Stabilität bedeutet, daß die Patienten bei Studieneintritt nach einem *und* nach zwei Jahren -also zu 3 Meßzeitpunkten- der gleichen Untergruppe angehören-, können 45% der Patienten als stabil klassifizierbar bezeichnet werden. Würden alle Patienten als stabil klassifizierbar bezeichnet, die bei den 3 Messungen *mindestens zweimal* der gleichen Untergruppe angehören, würden mehr als 90% in die Kategorie stabil klassifizierbarer Patienten fallen. Die beobachtete Übereinstimmung überschreitet in jedem Fall deutlich die Übereinstimmung, die bei einer nur zufälligen Zuordnung zu erwarten wäre (*Frage 8*).

Auch wenn man eine gewisse spontane Fluktuation in Rechnung stellt, bleibt die hier gefundene Übereinstimmung deutlich hinter der Erwartung zurück. Sofern man das o.g. Stabilitätskriterium (von mindestens 80%) akzeptiert und alle 3 Meßzeitpunkte einbezieht, ergibt sich nur für etwas mehr als die Hälfte der Patienten Stabilität. Für die übrigen Patienten müssen Veränderungen der Gruppenzugehörigkeit festgestellt werden. Untersucht man die Stabilität spezifisch für die Subgruppen, zeigt es sich, daß bei der flexiblen und der autoaggressiv-depressiven Subgruppe etwa die Hälfte der Patienten kontinuierlich einer Subgruppe zugeordnet werden, wohingegen nur bei  $\frac{1}{4}$  der verleugnenden Patienten von Stabilität gesprochen werden kann. Der kleinen Restgruppe gehört kein einziger Patient dauerhaft an.

Diese Ergebnisse lassen die Aussage nicht zu, daß die hier definierten Untergruppen Persönlichkeitsmerkmale darstellen. Offenbar muß differenziert werden. Es finden sich Patienten, die stabil einer Untergruppe zugeordnet werden. Für diese Patienten kann man festhalten, daß ihr Abwehr- und Bewältigungsverhalten eine autoaggressiv-depressive, verleugnende oder offene Struktur zum Ausdruck bringt. Bei einer weiteren Patientengruppe scheint das Bewältigungsverhalten variabler. Zu verschiedenen Zeitpunkten gehen sie mit inneren und äußeren Belastungen und Konflikten unterschiedlich um. Eine solche Beobachtung eröffnet ein neues Forschungsfeld, das hier nur angedeutet werden kann. Es stellt sich z.B. die Frage: Unter welchen Bedingungen operieren die Patienten mit der einen oder der anderen Bewältigungsstrategie? Aus der klinischen Beobachtung einiger MC.-Patienten über mehrere Jahre ergibt sich der Eindruck, daß bestimmte eingreifende soziale Lebensereignisse (Partnerverlust, neue Partnerschaft, Elternschaft) eine Neuorganisation des Abwehr und Bewältigungsverhaltens zur Folge haben können.

Um genaueren Aufschluß über die Ursachen der Variabilität zu gewinnen, wurden die der Untergruppierung zugrundeliegenden Merkmale der „Autoaggression“ und der „Verleugnung“ unabhängig voneinander im Zeitverlauf analysiert (*Frage 8.1*). Dabei zeigt es sich, daß besonders das Merkmal der „Verleugnung“, das aus einer Fremdeinschätzung des Interviews hervorgeht, Veränderungen im Zeitverlauf unterworfen ist, während das Merkmal der „Autoaggression“, das testpsychologisch mit dem standardisierten Aggressionsfragebogen (SAF) erfaßt wurde, eine vergleichsweise hohe Stabilität erkennen läßt.

Hier sind zwei Interpretationen möglich. Es könnte sein, daß das Merkmal der „Autoaggression“ ein vergleichsweise stabiler Abwehr- und Bewältigungsmechanismus ist, während „Verleugnung“ stärker durch situative Einflüsse bestimmt wird. Bevor inhaltliche Überlegungen angestellt werden, müssen methodische Artefakte ausgeschlossen werden. Für die unter-

schiedliche Variabilität bzw. die Stabilität der gruppenstiftenden Merkmale kommen besonders meßmethodische Schwächen in Betracht.

Ein methodisches Problem, das sich unmittelbar auf die beobachtbare Stabilität auswirkt, sind Meßfehler. Der Zusammenhang zwischen zwei Meßzeitpunkten kann die Reliabilität der Messungen nicht übersteigen. Ist die Messung stark durch Meßfehler verzerrt, können tatsächlich vorhandene Übereinstimmungen nicht aufgedeckt werden. Untersuchungen zur Reliabilität der Beschreibungsmerkmale, die der Untergruppenkonstruktion zugrunde liegen, wurden schon an anderer Stelle dargestellt und diskutiert (siehe S.88, S.183f.). Mit dem SAF, der das Merkmal „Autoaggression“ operationalisiert, scheint demnach eine sehr gut reliable Erhebung möglich. Für die Skala „Verleugnung“ ergab sich eine weniger günstige Schätzung der Reliabilität. Beim Vergleich zweier unabhängiger Rater wurde spezifisch für die multizentrische Untersuchung eine Korrelation von 0,54, als Ausdruck der Interraterübereinstimmung festgestellt.

Angesichts der mittelmäßigen Reliabilität des gruppenstiftenden Merkmals „Verleugnung“ dürfte die vergleichsweise größere Stabilität des autoaggressiven Verhaltens auch ein meßmethodisch bedingter Effekt sein. Die nur mittelmäßige Reliabilität der Messung des verleugnenden Verhaltens dürfte sich auch bei der Stabilität der Gruppenzuordnung niederschlagen. Der Gedanke drängt sich auf, daß bei einer besseren Reliabilität die Gruppenzuordnung vermutlich etwas stabiler ausgefallen wäre, als es hier der Fall ist. Wie groß der Anteil der „Fehlervarianz“ im Verhältnis zu der „wahren Varianz“ ist, die durch die tatsächliche Veränderung des Merkmals hervorgerufen wird, kann hier nicht sicher aufgeklärt werden.

Neben meßmethodischen Gründen sind vielfältige Einflüsse denkbar, die dazu geführt haben könnten, daß einige Patienten ihr Abwehr- und Bewältigungsverhalten modifiziert haben. Im Rahmen dieser Arbeit wurden 3 Aspekte aufgegriffen: der Krankheitsverlauf, die psychotherapeutische Behandlung und die Krankheitsaktivität. Dabei zeigte es sich, daß die psychotherapeutisch behandelten Patienten ihr autoaggressives Abwehr- und Bewältigungsmuster stärker verändern als jene, die ausschließlich somatisch behandelt wurden. Die Psychotherapie hat also offenbar einen verändernden Einfluß auf das autoaggressive Abwehr- und Bewältigungsmuster. Jedoch sagt dieses Ergebnis nichts darüber, in welche Richtung die Veränderung stattgefunden hat. Bestimmt wurde nämlich nur die Variation des Merkmals „Autoaggression“ ungeachtet der Tatsache, ob diese Variation durch eine Zunahme oder eine Reduktion des autoaggressiven Verhaltens zustande gekommen ist. Die psychotherapeutische Intervention hat indes keinen Einfluß auf die Variation des Merkmals „Verleugnung“.

Die Variabilität der gruppenstiftenden Merkmale wird auch nicht von dem zwischenzeitlichen Krankheitsverlauf beeinflusst. Die Tatsache, daß die Variabilität des verleugnenden Verhaltens offensichtlich weder durch die Therapie noch durch den Krankheitsverlauf bestimmt wird, könnte allerdings auch damit in Zusammenhang stehen, daß die meßfehlerbedingte Varianz mögliche Effekte überlagert und verhindert hat.

Neben dem Krankheitsverlauf, der beschreibt, wie es den Patienten in der zweijährigen Studienzeit mit ihrer MC.-Erkrankung ergangen ist, wurde der akute Krankheitszustand in den Ausprägungen von „Schub“ und „Remission“ als Einflußfaktor auf die Untergruppenbildung untersucht. Dabei ließ sich kein signifikanter Einfluß der Krankheitsaktivität auf die Ausprägung der gruppenstiftenden Merkmale nachweisen. Ein nennenswerter Einfluß der Krankheitsaktivität auf die Stabilität respektive Variabilität der Gruppenzuordnung kann daher ebenfalls ausgeschlossen werden. Dieses letztere Ergebnis wird durch Befunde der Untersuchungen von LEIBIG et al. (1985) und KÜNSEBECK (1993) unterstützt, die zeigen, daß sich die Krankheitsaktivität vor allem auf die psychische Befindlichkeit i.S. von Depression, Lebenszufriedenheit, emotionaler Labilität und Nervosität auswirkt, wohingegen Persönlich-

keitsvariablen, wie Aggressivität und Durchsetzungsfähigkeit, von der Krankheitsaktivität unabhängig sind.

In verschiedenen Untersuchungen werden Untergruppen aufgezeigt (REINDELL et al. 1981, FREYBERGER et al. 1982, v. WIETERSHEIM 1994). Die Frage, ob die Untergruppen auf stabilen Persönlichkeitsmerkmalen, d.h. einem „trait“ beruhen oder auf eine Momentaufnahme der Lebenssituation und der Befindlichkeit des Patienten, also einen „state“ verweisen, ist bisher so gut wie nicht untersucht worden.

Eine Ausnahme macht die schon mehrfach genannte Untersuchung von KÜCHENHOFF (1993). Der Autor stellt sich u.a. die Frage, inwieweit bestimmte Copingformen im Umgang mit der Krankheit durch die Krankheitsaktivität (Schub versus Remission) beeinflusst werden oder stabile Verhaltensmuster darstellen. Interessant ist hier folgendes Ergebnis: „depressive ... Copingformen sind empirisch mit Persönlichkeitsvariablen verbunden, die sich als Ausdruck einer depressiven Persönlichkeitshaltung verstehen lassen, und zwar über den Zeitpunkt der aktiven Krankheitsphase hinaus. Depressive Bewältigungsformen sind also am ehesten trait-Merkmale“ (ebenda, S. 99). Ausdrücklich stellt KÜCHENHOFF fest, daß bei diesen Patienten die Depression nicht nur als vorübergehende Folge der Erkrankung gesehen werden kann. Die Depression müsse als bedeutsamer Hinweis „auf schwerwiegende depressive Haltungen oder Konflikte ernst genommen werden ...“ (ebenda, S. 99).

Der Befund von KÜCHENHOFF fügt sich in das hier gewonnene Bild. Zum einen konnte gezeigt werden, daß das autoaggressive Verhalten, das eine wichtige Grundlage der depressiven Erlebnisverarbeitung bildet, eine vergleichsweise hohe Stabilität besitzt, zum anderen zeigt die Verlaufsbeobachtung im Rahmen der multizentrischen Studie, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten während der gesamten Studienzeit vergleichsweise am meisten über Depressivität, Angst und Lebensunzufriedenheit klagen.

KÜCHENHOFF (1993) ist dem Problem der Stabilität auch bezogen auf Abwehrmechanismen nachgegangen. Im Ergebnis beschreibt er 3 Untergruppen: 1) Patienten mit einer dominanten stabilen Affektabwehr, 2) Patienten mit einer dominanten projektiv-introjektiven Aggressionsabwehr und 3) Patienten mit einer dominanten, aber instabilen frühen Abwehr, wobei die beiden ersteren Gruppen die meisten Patienten umfassen sollen. Geht man bei der Beschreibung, die KÜCHENHOFF von diesen Gruppen gibt, ins Detail, lassen sich Parallelen zwischen der Subgruppe (1) und den autoaggressiv-depressiven Patienten und der Subgruppe (2) und den verleugnenden Patienten aufzeigen. Für die dritte Subgruppe von KÜCHENHOFF läßt sich hier keine Entsprechung finden.

Die Ergebnisse von KÜCHENHOFF bezeugen eine größere Stabilität der Abwehrformen, als sie hier festgestellt wurde. In Bezug auf das Vorgehen von KÜCHENHOFF ist jedoch folgendes festzustellen: Der Autor teilt die Patienten mit Hilfe einer Clusteranalyse in die 3 Gruppen ein, wobei er keine Angaben über das Clusterungsverfahren macht und auch nicht prüft, inwieweit die gewonnenen Cluster tatsächlich homogen sind. Seine Kriterien für die Aussage, daß die Abwehrformen stabil angewendet werden, bleiben daher im Dunklen. Darüber hinaus beziehen sich die Ergebnisse von KÜCHENHOFF lediglich auf die Analyse von zwei Untersuchungszeitpunkten. Die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen von KÜCHENHOFF macht abschließend nochmals deutlich, daß die Antwort auf die Frage, ob Stabilität oder Variabilität vorliegt, ohne die Angabe der Stabilitätskriterien unvollständig bleibt.

## 8.12 Die Ergebnisse insgesamt

Während die bisherige Diskussion einzelne Untersuchungsbereiche reflektiert und zu der einschlägigen Literatur in Beziehung gesetzt hat, sollen die Ergebnisse hier noch einmal zusammenfassend betrachtet werden.

Es ist offensichtlich, daß die Trennung zwischen den postulierten Subgruppen in unterschiedlichem Maße gut gelungen ist. Betrachtet man die Anzahl der signifikanten Unterschiede, ohne inhaltlich zu gewichten, dann wird deutlich, daß die autoaggressiv-depressiven und die verleugnenden Patienten zwei vergleichsweise gut unterscheidbare Subgruppen darstellen. Von 39 Einzelvergleichen, bei denen ein Unterschied erwartet oder im Rahmen der exploratorischen Auswertung zumindest für möglich gehalten wurde, sind 17 Ergebnisse signifikant oder hoch signifikant, 5 Ergebnisse weisen einen tendentiellen Unterschied nach, die übrigen Vergleiche lassen keinen Unterschied zwischen den Gruppen erkennen.

Eine relativ gute Abgrenzung gelingt auch zwischen der flexiblen und der autoaggressiv-depressiven Untergruppe. Von 30 Einzelvergleichen, bei denen ein Unterschied erwartet oder im Rahmen der exploratorischen Auswertung zumindest für möglich gehalten wurde, werden 12 Ergebnisse signifikant oder hoch signifikant.

Bezogen auf die Anzahl signifikanter Unterschiede ist die Unterscheidung zwischen den flexiblen und den verleugnenden Patienten nicht gleichermaßen überzeugend. Bei den 34 Einzelvergleichen, bei denen ein Unterschied erwartet oder für möglich gehalten wurde, finden sich lediglich 7 signifikante oder hoch signifikante Unterschiede, 2 Unterschiede liegen nur als Tendenz vor. Insofern eine Adjustierung des alpha-Fehlers zur Kompensierung zufällig signifikanter Ergebnisse hier nicht vorgenommen wurde, muß die Unterscheidung zwischen den flexiblen und den verleugnenden Patienten auf dem Hintergrund zufälliger Effekte kritisch gesehen werden. Die Wahrscheinlichkeit einer zufälligen Signifikanz bzw. die Wahrscheinlichkeit, daß mindestens ein Einzelvergleich fälschlicherweise für signifikant erklärt wird, ist bei einem feststehenden alpha-Niveau für den einzelnen Test umso größer, je mehr Vergleiche durchgeführt werden (vergl. BORTZ 1977, S.321). Bei 36 Einzelvergleichen beträgt die Irrtumswahrscheinlichkeit für mindestens eine zufällige Signifikanz ca. 85%. Man kann daher einwenden, daß die aufgezeigten Unterschiede zwischen den verleugnenden und den flexiblen Patienten einen zufälligen Befund wiedergeben und daß sich die flexible und die verleugnende Gruppe somit in Wahrheit nicht voneinander abgrenzen lassen. Diese Feststellung zeigt einen Vorbehalt an, der so verstanden werden sollte, daß die Unterscheidung zwischen den verleugnenden und den flexiblen Patienten der weiteren Klärung und Absicherung bedarf. Die Unterschiede zwischen der flexiblen und der verleugnenden Subgruppe, die vor allem im Zusammenhang mit der therapeutischen Ansprechbarkeit und bei der Fremdbeobachtung hervortreten, sind inhaltlich so bedeutsam, daß die Abgrenzung der beiden Subgruppen nicht vorschnell verworfen werden sollte.

## 8.13 Die Restgruppe

Im Rahmen dieser Arbeit wurden drei Subgruppen postuliert, die aus der Kombination der dichotomisierten Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ hervorgehen. Wird die Kombination der gruppenstiftenden Merkmale vollständig durchgeführt, ist auch eine vierte Subgruppe möglich, die hier als „Restgruppe“ bezeichnet wurde (siehe S.63). Die Patienten der Restgruppe sind definitionsgemäß durch eine ausgeprägt autoaggressive und eine ebenso ausgeprägte Tendenz zur „Verleugnung“ gekennzeichnet. Unter der Annahme, daß autoag-

gressive Ptn. eher zu einer übersteigerten Form der Selbstkritik tendieren, während verleugnende Ptn. eher zur Vermeidung einer selbstkritischen Reflexion neigen, wurde erwartet, daß eine entsprechende Merkmalskombination respektive Gruppierung nicht oder nur in vernachlässigbarem Umfang auftritt. Angelehnt an das Alpha-Fehlerkriterium bei der Hypothesenprüfung wurde festgelegt, daß die Restgruppe vernachlässigt werden kann, wenn weniger als 5% der Patienten dieser Subgruppe zugeordnet werden.

Tatsächlich werden die wenigsten Patienten der Restgruppe zugeordnet. Dennoch sind es aber immerhin 9% der Patienten, die entgegen der Erwartung als Restgruppenpatienten klassifiziert werden. Die Restgruppe kann somit nicht einfach übergangen werden. Der Vergleich der Restgruppe mit den anderen Subgruppen wurde exploratorisch durchgeführt. Wo die kleine Restgruppe z.B. durch Drop-out-Fälle zusätzlich reduziert wurde, konnte sie nicht in die Auswertung einbezogen werden.

Wie kann die Restgruppe auf dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse charakterisiert werden? Bei der Untersuchung basaler Merkmale, wie dem Geschlecht, dem Lebensalter, dem Bildungsniveau, der partnerschaftlichen Lebenssituation, desweiteren bei der Untersuchung medizinischer Parameter, wie der Dauer der Erkrankung, der Häufigkeit der Darmresektionen, der Anzahl der Krankenhausaufenthalte und dem Krankheitsverlauf und schließlich bei der Analyse der Objektbeziehung anhand des Repertory-Grid, kann die Restgruppe von den Patienten der anderen Subgruppen nicht differenziert werden, (was z.T. auch mit der sehr kleinen Fallzahl in Zusammenhang steht).

Hinsichtlich der subj. Befindlichkeit, also der Angst, Depression und Lebenszufriedenheit, ebenso hinsichtlich der Copingstrategien und des selbstbehauptenden Verhaltens, der Laienätiologie sowie der Einstellung zur Psychotherapie, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der narzißtischen Beziehung zur Mutter, ähneln die Patienten der Restgruppe *weitestgehend* den Patienten der autoaggressiv-depressiven Subgruppe und werden ähnlich wie diese von den verleugnenden und den flexiblen Patienten unterschieden. Daß nicht sämtliche Vergleiche ebenso wie bei den autoaggressiv-depressiven Patienten signifikant ausfallen, ist auch hier durch die sehr kleine Fallzahl erklärbar. Neben Gemeinsamkeiten der Restgruppe mit der autoaggressiv-depressiven Subgruppe finden sich auch einige wenige, aber möglicherweise wichtige Eigenheiten. Bei der Fremdeinschätzung der „symptomatischen Beschwerden“ sind es die Patienten der Restgruppe, die am meisten psychisch belastet wahrgenommen werden. Dieser Eindruck verstärkt sich bei der Analyse spezifischer Symptome. Auch hier werden die Patienten der Restgruppe am meisten belastet wahrgenommen und diesbezüglich z.T. sogar von den autoaggressiv-depressiven Patienten differenziert.

Bei der Fremdeinschätzung des Kontaktverhaltens anhand des Gießen-Test (GT) und der Fremdeinschätzung der Introspektionsfähigkeit werden die Restgruppenpatienten im Vergleich zu den autoaggressiv-depressiven Patienten signifikant weniger offen und durchlässig und signifikant weniger bereit und/ oder fähig zur Wahrnehmung und Reflexion innerer Vorgänge wahrgenommen.

Bei der Restgruppe scheint es sich somit um eine Gruppe zu handeln, die vielfach der autoaggressiv-depressiven Untergruppe ähnelt, hinsichtlich der symptomatischen Beschwerden aber besonders belastete Patienten erfaßt, die aus der Sicht des Fremdbeobachters zugleich weniger offen und schwerer zugänglich erscheinen als die autoaggressiv-depressiven Patienten.

Für die Unterscheidung der Restgruppe von der autoaggressiv-depressiven Untergruppe gilt, was bei der Abgrenzung der flexiblen von den verleugnenden Patienten festgestellt wurde: die große Zahl der durchgeführten Einzelvergleiche beinhaltet die Möglichkeit, daß die aufgezeigten Unterschiede zufällige Effekte sind. Die Abgrenzung der Restgruppe bedarf weiterer Klärung. Diesem Vorbehalt kann noch hinzugefügt werden, daß die Zuordnung zu der Restgruppe völlig instabil erfolgt. Kein einziger Patient wird zu allen drei Untersuchungszeitpunkten konstant der Restgruppe zugewiesen. Die Patienten der Restgruppe werden bei der



neuerlichen Klassifikation am häufigsten in die autoaggressiv-depressive Untergruppe eingeordnet. Man kann auf diesem Hintergrund spekulieren, daß es sich bei den Patienten der Restgruppe um autoaggressiv-depressive Patienten handelt, die in einer Krisensituation mit der Verschärfung ihrer symptomatischen Beschwerden reagieren und die zugleich eine zweite Abwehrlinie aufbauen, indem sie i.S. der „Verleugnung“ ihre Wahrnehmung einschränken und im zwischenmenschlichen Kontakt Distanz herstellen.

Im Rahmen der Interviews wurden einige dieser Patienten in der Gegenübertragung als außerordentlich brüchig erlebt. In diesem Sinne sah ich mich häufig zu stützenden und entlastenden Bemerkungen gedrängt. Es entstand der Eindruck einer ausgeprägten inneren Anspannung, die die Patienten recht mühsam kontrollierten. Die behutsame Nachfrage hatte u.a. zur Folge, daß bestimmte brisante Themen, die im Interview auftauchten, oftmals nicht vertieft werden konnten, weil die Patienten spüren ließen oder zu verstehen gaben, daß sie eine weitere Auseinandersetzung mit dieser oder jenen Frage sehr belasten würde.

Ob überhaupt eine Unterscheidung zwischen den Restgruppenpatienten und den autoaggressiv-depressiven Patienten sinnvoll ist, läßt sich hier nicht grundsätzlich entscheiden, sondern hängt davon ab, welche Bedeutung den aufgezeigten Unterschieden zugemessen wird. Diese Bedeutung muß sich aus dem klinischen oder dem jeweiligen forschersischen Kontext ergeben. Wenn man bedenkt, daß das Thema der Untergruppenbildung bei MC. noch keine abgeschlossene Frage ist, scheint es mir allerdings sinnvoll, die Restgruppe zunächst abzugrenzen und weitere Ergebnisse zu dieser Untergruppe einzuholen.

#### 8.14 Relevanz der Subgruppen, noch einmal

Abschließend soll noch einmal die Frage aufgegriffen werden, inwieweit den hier vorgelegten Untergruppen Relevanz zugesprochen werden kann. An anderer Stelle (siehe S.34) habe ich Kriterien benannt, an denen die Relevanz der Subgruppen geprüft werden kann. Diese Kriterien sind Sparsamkeit und Transparenz, therapeutische Relevanz, prognostische Relevanz und Konstruktvalidität.

Sparsamkeit und Transparenz kennzeichnen das praktische Vorgehen bei der Subgruppenbildung, nämlich, ob die Subgruppenbildung anhand einer überschaubaren Zahl von Beschreibungsmerkmalen und nach expliziten, wiederholbaren Regeln erfolgt. Bei clusteranalytischen Prozeduren der Untergruppenbildung, wie sie u.a. von REINDELL et al. (1981), KÜCHENHOFF (1993) sowie v. WIETERSHEIM (1994) angewendet wurden, werden die Zuordnungsregeln nicht transparent, weshalb die Gruppenbildung schwer nachvollzogen werden kann. Die hier vorgelegte Untergruppenbildung kann Sparsamkeit und Transparenz für sich in Anspruch nehmen. Die Zuordnungsregeln anhand der Trennwerte sind eindeutig, und die Subgruppierung basiert auf nur zwei gruppenstiftenden Merkmalen.

In der vorausgegangenen Diskussion sind Unterschiede zwischen den Subgruppen deutlich geworden, die für das therapeutische Handeln bedeutsam sind. Es würde aber den Rahmen dieser Diskussion sprengen, die therapeutischen Konsequenzen umfassend und differenziert zu reflektieren, die sich aus den Unterschieden zwischen den Subgruppen ergeben. Und sicherlich resultieren ganz unterschiedliche Konsequenzen, je nachdem mit welchem therapeutischen Vorverständnis der Leser den vorgetragenen Befunden gegenübertritt. Ich weise daher nur thesenhaft auf einige für das therapeutische Handeln bedeutsame Unterschiede zwischen den Subgruppen hin. Aus den Thesen sollte die therapeutische Relevanz der vorgelegten Untergruppenbildung noch einmal prägnant hervorgehen:

- Die Patienten zeigen einen unterschiedlichen seelischen Leidensdruck und sind daher auch in unterschiedlichem Maße auf therapeutische Hilfe angewiesen bzw. in unterschiedlichem Maße zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe bereit;
- Die Einstellung zu psychotherapeutischen Hilfsangeboten ist unterschiedlich positiv ausgeprägt. Sollen psychotherapeutische Angebote aufgegriffen werden, müssen insbesondere unangemessen negative Einstellungen erfragt und bearbeitet werden;
- Die aktive Krankheitsphase ist besonders bei den autoaggressiv-depressiven Patienten eine Zeit, in der die psychischen Beschwerden exazerbieren, so daß Hilfsangebote i.S. der Krankheitsverarbeitung gerade hier besonders notwendig sind;
- Die geringe Fähigkeit zur Selbstbehauptung und das depressive Coping, das bei den autoaggressiv-depressiven Patienten festgestellt wurde, könnten wichtige Ansatzpunkte für die therapeutische Arbeit sein;
- Die Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Laienätiologie. Die unterschiedliche Bewertung psychischer Faktoren im Zusammenhang mit der MC.-Erkrankung muß bei der Herstellung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses und bei der Entwicklung eines gemeinsamen Problemverständnisses beachtet werden;
- Die Patienten sind in unterschiedlichem Maße fähig und/oder bereit, innere Prozesse, sprich Gedanken, Gefühle und Konflikte, zu beobachten und im Gespräch zu reflektieren. Therapeutische Angebote müssen diesem Sachverhalt Rechnung tragen. Eine analytisch ausgerichtete Arbeit, die ein gewisses Maß an Introspektion seitens des Patienten verlangt, scheint nicht mit allen Patienten gleichermaßen gut realisierbar. Möglicherweise ist eine verhaltensorientierte Praxis für manche Patienten besser geeignet
- Die Patienten erscheinen im Kontakt unterschiedlich offen und durchlässig. Bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung muß diesem unterschiedlichen Kontaktverhalten flexibel Rechnung getragen werden.
- Besonders bei der Erforschung der Effekte psychotherapeutischer Interventionen bei MC. dürfte es darauf ankommen, die genannten Unterschiede zwischen den Patienten mitzuberechnen. So macht es beispielsweise keinen Sinn, bei allen Patienten die Verminderung der Depressivität zum Behandlungsziel zu erheben.

Für das psychosomatische Selbstverständnis ist es natürlich eine ganz besonders wichtige Frage, ob die Untergruppen prognostisch relevant sind. Das Ergebnis hier war ernüchternd, insofern kein nachweisbarer Zusammenhang zwischen dem langfristigen Krankheitsverlauf und der Untergruppenzugehörigkeit festgestellt werden konnte. Das Thema der prognostischen Relevanz ist jedoch mit diesem Ergebnis nicht ausgeschöpft. Der langfristige Krankheitsverlauf ist zwar ein wichtiger, aber nicht der einzige somatische Parameter, der in Beziehung zu den Subgruppen untersucht werden kann und sollte. Aus den Untersuchungen von KORDY und NORMANN (1992) und KÜCHENHOFF (1993) geht hervor, daß ein depressives Coping in der aktiven Krankheitsphase eine längere Schubdauer zur Folge haben kann. Dieser wichtige Aspekt konnte hier nicht ausgeleuchtet werden.

Offen bleiben mußte auch die sozialmedizinische Dimension der Erkrankung. Eigene klinische Erfahrungen sprechen dafür, daß besonders die autoaggressiv-depressiven Patienten in ihrer beruflichen Entwicklung infolge ihrer depressiven Krankheitsverarbeitung deutlich beeinträchtigt sein können. Von diesen Patienten wird die Erkrankung und die damit (vorübergehend) verbundene Einschränkung der Vitalität und Leistungskraft oftmals als ein persönliches Versagen erlebt. Diese Zuschreibung führt zu einer Minderung des ohnehin oft angeschlagenen Selbstwertgefühls und auf längere Sicht nicht selten zu einem Rückzugsverhalten, das auch von einem Nachlassen des beruflichen Engagements begleitet sein kann. Wird der Patient wegen seines abfallenden Engagements weniger anerkannt oder kritisiert, kann ein

Teufelskreis aus Selbstvorwürfen, Insuffizienzerfahrungen und negativer Verstärkung durch die Umwelt in Gang kommen, bei dem die Berentung und damit die Anerkennung als arbeitsunfähig Kranker als einzig möglicher, das Selbstwertgefühl rettender Ausweg erscheint. Auch diese Überlegung macht deutlich, daß die Frage der prognostischen Relevanz mit dem vorgelegten Ergebnis nicht abgeschlossen ist. Es muß folgenden Untersuchungen vorbehalten bleiben, zu klären, welchen Beitrag die Subgruppen zur Vorhersage weiterer medizinischer und sozialmedizinischer Parameter leisten können.

Als ein weiteres Kriterium für die Einschätzung der Relevanz habe ich Konstruktvalidität genannt. Konstruktvalidität beschreibt das Ziel, über die Präsentation einzelner Ergebnisse hinausgehend, die Befunde in ein theoretisch sinnvoll interpretierbares Muster einzuordnen. Die Frage, ob sich in den vorgelegten Ergebnissen ein sinnvoll interpretierbares Muster abzeichnet, kann von einem analytischen Standpunkt durchaus bejaht werden. Es konnte immerhin gezeigt werden, daß aus einer Ich-psychologischen Perspektive, die das Abwehr- und Bewältigungsverhalten der Patienten zum Ausgangspunkt nimmt, vielfältige Unterschiede im Verhalten und Erleben der Patienten verständlich werden. Die vorangegangene Diskussion war immer wieder bestrebt, den Ich-psychologischen Blickwinkel herauszuarbeiten.

Versucht man über die Ich-psychologische Reflexion der Ergebnisse hinaus auf spezifische, in der theoretischen Diskussion aufgezeigte, psychosomatische Modelle zu schließen, ist dies nicht ohne Spekulation möglich. Die vorgelegten Ergebnisse gewähren nur einen partiellen Einblick in die innere Dynamik der hier untersuchten Patienten. Auslösebedingungen der Erkrankung, lebensgeschichtliche Traumatisierungen, innere Konflikte, Beziehungsmuster, Aspekte, die für ein vollständiges psychodynamisches Verständnis unabdingbar sind, konnten hier nicht oder nur fragmentarisch untersucht werden.

So mag man bei den verleugnenden Patienten an das Konzept der Alexithymie denken oder sich bei den autoaggressiv-depressiven Patienten vielleicht an das psychosomatische Modell von ENGEL und SCHMALE (1978) erinnern fühlen. Solche Reflexionen mögen reizvoll sein, aber sie führen auf ungesicherten Wegen tief hinein in den Theorieschunzel psychoanalytischer Psychosomatik. Folgt man der, wie ich meine, guten Idee einer konstellativen Psychosomatik, wie KÜCHENHOFF (1994) sie vorschlägt, geht man entsprechend kleinteiliger vor, indem man Puzzlesteine zusammenträgt und schrittweise zu einem Gesamtbild zusammenfügt, statt große Entwürfe freihändig ohne empirische Absicherung zu zeichnen, dann gilt es gerade solchen weitreichenden Spekulationen zu widerstehen und sich auf das zu begrenzen, was tatsächlich belegt ist.

## 9 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit entspringt der Beobachtung, daß MC.-Patienten psychologisch betrachtet eine heterogene Gruppe darstellen. Bei dem gegenwärtigen Stand der Forschung ist jedoch unklar, welchen Untergruppen die MC.-Patienten sinnvollerweise zugeordnet werden sollten. In dieser Arbeit wird auf der Grundlage einer umfangreichen Literaturlauswertung und auf einer psychoanalytischen Ich-psychologischen Basis ein Untergruppenmodell entworfen und anschließend hinsichtlich seiner Relevanz überprüft.

Für die Untersuchung wurden Daten von 145 Patienten erhoben und ausgewertet. Bei der Gewinnung der Patienten wurde eine eindeutig gesicherte Diagnose eines Morbus Crohn (MC.) verlangt. Weitere Einschlusskriterien betreffen u.a. das Lebensalter der Pt. und die freiwillige Bereitschaft zur Studienteilnahme. Das Studienkollektiv wurde in zwei unabhängigen Untersuchungen gewonnen. In einer zwei Jahre dauernden Längsschnittstudie, die hier als multizentrische Studie bezeichnet wird, wurden N=81 Patienten erfaßt. In der Längsschnittstudie wurde ein Teil der Pt. psychotherapeutisch behandelt. In einer Querschnittuntersuchung, die als Projektstudie angesprochen wird, wurden N=64 Patienten psychologisch und medizinisch untersucht. Bei beiden Stichproben kamen neben gemeinsamen auch spezifische Untersuchungsinstrumente zum Einsatz. Insoweit die Instrumente der Projektuntersuchung mit den Instrumenten der multizentrischen Studie identisch sind, wurde eine Kreuzvalidierung der Ergebnisse vorgenommen. Darüber hinaus eröffnet jede Teilstudie Zugang zu spezifischen Fragen, für deren Beantwortung dann aber nur die Fallzahl der jeweiligen Teilstichprobe zur Verfügung steht.

Bei der Rekrutierung beider Stichproben können Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden. Aus verschiedenen Gründen konnte das ideale Ziel, eine unausgelesene Zufallsstichprobe zu erheben, nicht verwirklicht werden. In der Projektstudie finden sich auffällig viele Patienten, die in der Vorgeschichte bereits psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben. Die Patienten der multizentrischen Studie scheinen etwas weniger schwer erkrankt als die Pt. anderer, vergleichbarer psychosomatischer Studien.

Die Untersuchung geht von der Erfahrung aus, daß Fragebogendaten und Daten, die in klinischen Interviews gewonnen werden, häufig zu deutlich abweichenden Befunden führen. Aus diesem Grund wurde die Erhebung zweidimensional angelegt. Die Patienten wurden sowohl mittels standardisierter Fragebogen untersucht als auch auf der Grundlage eines klinischen Interviews beurteilt. Die Fremdurteile anhand des Interviews wurden einer umfassenden Reliabilitätskontrolle unterzogen. Es muß festgestellt werden, daß die Reliabilität der Fremdurteile nur zum Teil befriedigt.

Die psychologische Erhebung konzentriert sich auf verschiedene Bereiche des Verhaltens und Erlebens: das psychische Befinden, vorherrschende Bewältigungs- und Abwehrstrategien, die psychotherapeutische Ansprechbarkeit, das Erleben und Verhalten in sozialen Beziehungen. Darüber hinaus werden basale Persönlichkeitsmerkmale erfaßt. In beiden Teilstichproben werden Dauer und Ausmaß der somatischen Vorerkrankung erhoben. Ein weiteres Merkmal betrifft den akuten Krankheitszustand, der in den Ausprägungen Schub versus Remission erfaßt wird. In der multizentrischen Untersuchung wird zudem der Krankheitsverlauf während der zweijährigen Studienzeit ausführlich dokumentiert.

Die Untersuchung beginnt mit der Zuweisung der Patienten zu den Subgruppen. Die aus der Literatur abgeleiteten Untergruppen unterscheiden sich definitionsgemäß in dem Ausmaß, in dem sie autoaggressive und verleugnende Abwehr- und Bewältigungsstrategien verwenden.

Abwehr- und Bewältigungsstrategien werden als zentrale Mechanismen der Selbstregulation und als zentrale Organisatoren im Gefüge von Person und Umwelt verstanden und daher als besonders geeignete Ansatzpunkte für eine Untergruppenbildung ausgewählt. Patienten der sog. autoaggressiv-depressiven Untergruppe sind durch ein ausgeprägt autoaggressives Verhalten und geringe Tendenzen zur Verleugnung gekennzeichnet. Die Subgruppe der sog. verleugnenden Patienten ist durch eine geringe Autoaggressivität und eine vorherrschend verleugnende Abwehr- und Bewältigungsstrategie definiert. Der sog. flexiblen Subgruppe werden Patienten zugeordnet, die sich durch ein gering ausgeprägtes autoaggressives und ein ebenso gering ausgeprägtes verleugnendes Verhalten charakterisieren lassen. Neben diesen Subgruppen wird eine Restgruppe angenommen, die zugleich autoaggressive und verleugnende Patienten einschließt. Die Patienten werden zunächst bezüglich der Merkmale „Autoaggression“ und „Verleugnung“ gemessen. Das verleugnende Verhalten wird anhand eines Interviews eingeschätzt. Das autoaggressive Verhalten wird mittels Fragebogen gemessen. Die Patienten werden dann anhand festgelegter Grenzwerte jeweils einer Subgruppe zugewiesen. Gegenüber heuristischen Gruppierungsverfahren, die induktiv vorgehen, wie z.B. die Faktorenanalyse und die Clusteranalyse, erfolgt die Gruppenkonstruktion hier also deduktiv.

Im Ergebnis kann zunächst festgestellt werden, daß die postulierten Subgruppen in relevanter Größe existieren und die Gesamtvarianz bis auf eine Restgruppe ausschöpfen. Es findet sich kein Hinweis, daß die Verteilung der Pt. auf die Subgruppen durch Selektionseffekte bei der Stichprobengewinnung beeinflusst ist. Bei der darauffolgenden Analyse werden die Subgruppen als unabhängige Variablen zu den o.g. psychologischen, sozialen und medizinischen Parametern, den abhängigen Variablen, in Beziehung gesetzt. Es wird untersucht, inwieweit die Subgruppen Unterschiede zwischen den psychologischen, sozialen und medizinischen Parametern erklären.

Die hauptsächlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: die Untersuchung basaler Merkmale, wie Alter, Ausbildungsstatus, partnerschaftliche Lebenssituation und Erkrankungsdauer in Beziehung zu den Subgruppen, ergibt keine bedeutsamen Unterschiede. Die Erwartung einer spezifischen Geschlechtsverteilung zwischen den autoaggressiv-depressiven und den verleugnenden Patienten kann nicht bestätigt werden.

Auf der Basis psychologischer Variablen können die autoaggressiv-depressiven und die verleugnenden Patienten sowie die autoaggressiv-depressiven und die flexiblen Patienten sehr klar voneinander differenziert werden. Eine Unterscheidung zwischen den flexiblen und den verleugnenden Patienten ist ebenfalls möglich. Mit Rücksicht auf mögliche zufällige Unterschiede muß diese Abgrenzung aber unter den Vorbehalt einer weiteren Klärung gestellt werden.

Im Detail lassen sich folgende Unterschiede zwischen den Subgruppen feststellen: die autoaggressiv-depressiven Patienten sind im Gruppenvergleich durch eine gesteigerte Depressivität, Ängstlichkeit und eine eher geringe Lebenszufriedenheit gekennzeichnet. Das Ausmaß ihrer Beschwerden erreicht ein klinisch relevantes Niveau. Die Beschwerden können nicht als bloße Folge der aktiven körperlichen Erkrankung gesehen werden. Sie bestehen auch während der Remissionsphase und korrespondieren zu einem tendenziell depressiven Coping. Die längsschnittliche Betrachtung zeigt, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten konstant am meisten belastet sind. Im Schub kommt es bei ihnen zu einem starken Anstieg ihrer seelischen Beschwerden.

Die flexiblen und die verleugnenden Patienten erscheinen weitgehend unbelastet durch Angst und Depression. Sie berichten eine hohe Lebenszufriedenheit. Soweit Beschwerden bei den flexiblen Pt. beobachtet werden, scheinen sie eine Reaktion auf einen akuten Krankheitsschub zu sein. Überraschenderweise zeigen die verleugnenden Patienten auch im Schub anders als

die flexiblen und die autoaggressiv-depressiven Patienten keine Zunahme seelischer Beschwerden. Die Erwartung, daß die verleugnenden Patienten Beschwerden vollkommen dissimulieren und sich demzufolge noch zufriedener als die flexiblen Patienten darstellen, kann nicht bestätigt werden.

Deutliche Unterschiede zwischen den Subgruppen ergeben sich hinsichtlich des Copings, des selbstbehauptenden Verhaltens und der Introspektionsfähigkeit. Die verleugnenden Patienten präferieren ein aktives, lösungsorientiertes Coping. Negativen Affekten und problembezogenen Gedanken wird wenig Raum gegeben. Die autoaggressiv-depressiven Patienten werden ähnlich wie die flexiblen Patienten vergleichsweise introspektiv wahrgenommen. Bei den autoaggressiv-depressiven Patienten springt ein tendenziell depressives Coping ins Auge. Die Patienten dieser Subgruppe sind im Unterschied zu den flexiblen und den verleugnenden Patienten in ihrer Selbstbehauptung eingeschränkt. Der autoaggressiven Selbstregulation entspricht eine besondere Tendenz zur Anpassung an die Erwartungen anderer Personen.

Für die flexiblen Patienten kann ansatzweise bestätigt werden, daß sie in ihrem Coping zwischen den „Extrempositionen“ liegen, die durch das Coping der autoaggressiv-depressiven und der verleugnenden Patienten gebildet werden. Dieses Ergebnis unterstützt die Überlegung, daß die flexiblen Patienten anders als die Patienten der anderen Subgruppen weniger deutlich auf ein dominierendes Abwehr- und Bewältigungsverhalten fixiert sind.

Deutliche Unterschiede zwischen den Untergruppen zeigen sich hinsichtlich der psychotherapeutischen Ansprechbarkeit. Die verleugnenden Patienten sind für psychotherapeutische Angebote am wenigsten ansprechbar. Ihre Einstellung zur Psychotherapie ist vergleichsweise eher skeptisch, ihre Laienätiologie eher organisch ausgerichtet. Psychoanalytisch arbeitende Therapeuten erleben die Zusammenarbeit mit ihnen im Rahmen einer Kurzzeittherapie vergleichsweise weniger fruchtbar. Mit den autoaggressiv-depressiven und den flexiblen Patienten scheint eine psychotherapeutische Kooperation demgegenüber eher möglich.

In einem exploratorischen Analyseschritt konnten erste Unterschiede im Verhalten und Erleben in wichtigen zwischenmenschlichen Bereichen herausgearbeitet werden. Zusammenfassend entsteht der Eindruck, daß die autoaggressiv-depressiven Patienten sich ihren Eltern unvertrauter und sozial weniger eingebettet fühlen, obgleich sie in ihrem Kontaktverhalten offen und durchlässig eingeschätzt wurden. Die verleugnenden Patienten werden in ihrem Kontaktverhalten vergleichsweise wenig durchlässig, sprich distanziert und reserviert wahrgenommen. Die flexiblen Patienten erscheinen im Interview durchlässig und kontaktfreudig. Sie berichten in Relation zu den autoaggressiv-depressiven Patienten ein hohes Maß an erlebter sozialer Unterstützung und eine vergleichsweise vertraute Beziehung zu ihren Eltern. Keine Unterschiede zwischen den Subgruppen lassen sich hinsichtlich der Bewertung der Partnerbeziehung feststellen.

Die Untergruppen sind keine relevanten Prädiktoren des Krankheitsverlaufes, wie er in der multizentrischen Studie beobachtet wurde. Dieser negative Befund widerspricht nicht unbedingt den Befunden anderer Autoren, die einen Zusammenhang zwischen psychischen Beschwerden und Schubparametern festgestellt haben. Wie die Literatursichtung nämlich zeigt, hängt die Art des Zusammenhanges davon ab, welche medizinischen Parameter zu den psychologischen Variablen in Beziehung gesetzt werden.

Bei der retrospektiven Betrachtung des Krankheitsverlaufes ergibt es sich, daß die verleugnenden Patienten in der Vergangenheit tendenziell weniger häufig Darmresektionen erlebt haben als die Patienten der anderen Subgruppen. Die geringere Operationshäufigkeit könnte evtl. damit erklärt werden, daß die verleugnenden Patienten ihre Körperbeschwerden stärker herunterspielen und so die ängstigende Operation länger hinauszögern.

Abschließend wurde die Hypothese, daß die Abwehr- und Bewältigungsstrategien, die die Untergruppenzugehörigkeit bedingen, Persönlichkeitsmerkmale darstellen, in einer längsschnittlichen Beobachtung überprüft. Es läßt sich zeigen, daß wenn von einem strengen Stabilitätskriterium ausgegangen wird, etwa die Hälfte der Patienten im Verlauf von zwei Jahren kontinuierlich einer Untergruppe zugeordnet wird. Bei den übrigen Patienten erweist sich die Gruppenzuordnung als mehr oder minder variabel, was der Auffassung stabiler Persönlichkeitsmerkmale bei diesen Patienten entgegensteht. Die gruppenstiftenden Merkmale Autoaggression und Verleugnung tragen in unterschiedlichem Maße zu der Stabilität respektive Variabilität bei. Das Merkmal der Autoaggression erscheint vergleichsweise stabiler. Eine Analyse möglicher Veränderungsursachen deutet darauf hin, daß die festgestellten Veränderungen bei dem Merkmal der Verleugnung auch durch Meßfehler bedingt sein können. Die Reliabilität der Fremdeinschätzung des verleugnenden Verhaltens ist nur eben gerade befriedigend. Es läßt sich auch zeigen, daß das Merkmal der Autoaggression bei den Patienten, die sich in Psychotherapie befanden, stärker variiert.

Die Ergebnisse der Untersuchung sprechen insgesamt eine deutliche Sprache, indem sie zeigen, daß die MC.-Patienten eine heterogene Gruppe darstellen. Dieses Ergebnis ist konsequenzenreich, weil es Untersuchungen, die die Patienten als Gesamtgruppe typisieren, hinsichtlich ihrer Aussagekraft zweifelhaft erscheinen läßt. Etwas polemisch zugespitzt kann festgestellt werden: Der durchschnittliche MC.-Patient ist ein methodenbedingtes Kunstprodukt, das die vielfältigen wichtigen Unterschiede, die bei diesen Patienten beobachtet werden können, mißachtet.

## 10 Literaturverzeichnis

- Adler G (1983) Morbus Crohn, Colitis ulcerosa. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Ahrens S, Deffner G, Feiereis H (1986) Zur Differenzierung von Colitis- und Morbus Crohn-Kranken anhand psychosozialer Variablen. Zschr Psychosom Med 32: 301-315
- Alexander F (1971) Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete. De Gruyter, Berlin New York
- Andrews H, Barczak P, Allen RN (1987) Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. Gut 28: 1600-1604
- Asendorpf J, Walbott HG (1979) Maße der Beobachterübereinstimmung: Ein systematischer Vergleich. Zschr f Sozialpsychologie 10: 243-252
- Balck F, Scheib P, v.Wietersheim J (1993) Psychosoziale Hauptfragestellung: Effekte der Psychotherapie auf die Lebensqualität der Morbus-Crohn-Patienten. In: Abschlußbericht des Projektes "Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn - eine multizentrische Studie. Universitätsdruck der Med Universität zu Lübeck
- Balint M (1966) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse, Huber, Göttingen
- Bassler M, Potratz B, Krauthauser H ( 1995) „Der Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky: Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 23-32
- Bastiaans J (1969) The role of aggression in the genesis of psychosomatic disease. J Psychosom Research 13: 307-314
- Bastiaans J (1972) General comments on the role of aggression in human psychopathology. Psychother Psychosom 20: 300-311
- Baumann U, Pfingstmann G (1986) Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Ein kritischer Überblick. Nervenarzt 57: 686-691
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 4: 561-571
- Beckmann D, Richter H-E (1972) Gießen-Test: Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Beckmann D, Brähler E, Richter H-E (1991): Der Gießen-Test (GT). 4 erweiterte und überarbeitete Aufl mit Neustandardisierung 1990. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Bellak L, Chassan JB, Gediman HK, Hurvich M (1973): Ego function assessment of analytic psychotherapy combined with drug therapy. J Nerv Ment Dis 157: 465-469
- Bergman L, Krause U (1975) The incidence of Crohn`s disease in central Sweden. Scand J Gastroenterol 10: 725-729
- Best WR, Becketl JM, Singleton JW, Kern F (1976) Development of a Crohn's disease activity index. Gastroenterol 70: 439-444
- Beutel M (1988) Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Edition Medizin, Weinheim



- Biebl W, Platz T, Kinzl J, Judmaier G (1984) Psychosomatische Untersuchung bei Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. *Prax Psychother Psychosom* 29: 184-190
- Binder CV, Hendriksen C, Kreiner S (1985) Prognosis in Crohn's disease - based on results from a regional patient group from the county of Copenhagen. *Gut* 26: 146-150
- Blos P (1978) Adoleszenz: Eine psychoanalytische Interpretation. Klett, Stuttgart
- Bockus HL (1945) Present status of chronic regional or cicatrizing enteritis. *J Amer Med Ass* 127: 449-456
- Bommert H, Kampmann E, Poether U, Schröder H-J, Zacharias A (1984) Idealvorstellungen in länger bestehenden Partnerschaften. *Partnerberatung* 1: 10-17
- Bonanno GA, Singer JL (1990) Repressive personality style: theoretical and methodological implications for health and pathology. In: Singer JL (ed) *Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology and health*. Univ Chicago Press, Chicago
- Bortz J (1977) *Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Brähler E, Brähler Ch (1992) Paardiagnostik mit dem Gießen-Test. Huber, Bern
- Brede K (1972) Sozioanalyse psychosomatischer Störungen. Zum Verhältnis von Soziologie und psychosomatischer Medizin. *Psychoanalyse als Sozialwissenschaft*. Athenäum, Frankfurt
- Broda M (1987) Subjektive Wahrnehmung chronischer Krankheit - Eine empirische Vergleichsuntersuchung an fünf verschiedenen Krankheitsbildern. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 3: 341-348
- Bühler M, Kohr H-U, Leyh G (1994) Itemperfect: Benutzerorientierte PC-Programme zur flexiblen Analyse von Fragebögen, Skalen und Tests in der empirischen Sozialforschung. *Sozialwissenschaftliches Institut der Bundeswehr, Berichte Heft 64*
- Bullinger M (1989) Forschungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Krebs - ein Überblick. In: Verres R, Hasenbring M (Hrsg) *Psychosoziale Onkologie*. Jahrbuch der medizinischen Psychologie 3. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 45-57
- Burtscheidt W (1983) Psychosomatische Aspekte beim Morbus Crohn: Eine Untersuchung zur Persönlichkeitsstruktur und zum Einfluß psychischer Faktoren auf den Krankheitsverlauf. *Med Diss, Düsseldorf*
- Cohn EM, Lederman II, Shore E (1970) Regional enteritis and its relation to emotional disorders. *Am J Gastroenterol* 54: 378-387
- Cohen S, Willis TA (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 98: 310-357
- Crocket RW (1952) Psychiatric findings in Crohn's disease. *Lancet* 262: 946-959.
- Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD (1932) Regional ileitis. A pathologic and clinical entity. *J Amer Med Association* 99: 1323-1328
- Crowne DP, Marlowe D (1960) A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol* 24: 349-354
- De Boor CL (1964) Die Colitis ulcerosa als psychosomatisches Syndrom. *Psyche* 18: 107-119

- Deter HC, Manz R, Becker M, Gladisch R (1991) Soziale Unterstützung in ihrer Beziehung zu körperlichen und seelischen Befunden bei Morbus Crohn Patienten. *Zschr Psychosom Med* 37: 45-59
- Deter HC, Rapf M, Gladisch R, Rohner R (1993) Psychodiagnostische Verlaufsuntersuchungen von Morbus-Crohn-Patienten während der internistischen Intensivbehandlung. *Zschr Gastroenterol* 31: 703-710
- Diehl JM, Arbinger R (1990) Einführung in die Inferenzstatistik. Klotz, Eschborn/Frankfurt
- Duffy LC, Zielenzny MA, Marshall JR, Byers TE, Weiser MM, Phillips JF, Calkins BM, Ogra PL, Graham S (1991) Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behavioral Med* 17: 101-110
- Dunbar HF (1954) Emotions and bodily changes. 4th edn. Columbia University Press, New York
- Eckensberger D, Overbeck G, Wolff E (1990) Subgroups of peptic ulcer patients. In: Overbeck G, Möhlen K, Brähler E (Hrsg) *Psychosomatik der Ulcuskrankheit*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 43- 64
- Ehlers W (1983) Die Abwehrmechanismen: Definitionen und Beispiele. *Prax Psychother Psychosom* 28: 55-66
- Enck P (1992) Streß und Streßverarbeitung bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen am Beispiel des Morbus Crohn. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabilitation* 19: 192-197
- Engel GL, Schmale AH (1978) Eine psychosomatische Theorie der somatischen Störungen. In: Overbeck G, Overbeck A (Hrsg) *Seelischer Konflikt - körperliches Leiden*. Rowohlt, Reinbeck-Hamburg, S. 254-2 68
- Ernst R (1988) Grid-Auswertungsprogramm von S Slater, London 1977, adaptiert an IBM-PC in MS-Fortran77 und erweitert für Grafikausgabe. Gießen
- Fahrenberg J, Selg H, Hampel R (1973) Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. 3 Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Fahrenberg J, Myrtek M, Wilk D, Kreutel K (1986) Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten. *Psychother Med Psychol* 36: 347-354.
- Faller H, Kraus MR (1996) Der Einfluß somatischer und psychosozialer Faktoren auf Entstehung und Verlauf chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen. *Psychotherapeut* 41: 339-354
- Federschmidt H (1993) Morbus Crohn aus psychosomatischer Sicht. Eine Untersuchung über somatopsychisch-psychosomatische Zusammenhänge bei Morbus Crohn unter Berücksichtigung differentieller somatischer Parameter. Peter Lang, Frankfurt
- Feiereis H (1984) Zur Psychotherapie des M.Crohn. *Langenbecks Arch Chir* 364: 407-411
- Feiereis H (1986) Morbus Crohn. In: v.Uexküll Th, Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schoenecke OW, Wesiack W (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. 3 Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
- Feiereis H (1990) Morbus Crohn. In: v.Uexküll Th, Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schoenecke OW, Wesiack W (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. 4 Aufl. Urban & Schwarzenberg, München

- Feiereis H, Jantschek G (1996) Morbus Crohn. In: v.Uexküll Th, Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schoenecke OW, Wesiack W (Hrsg) Psychosomatische Medizin. 5 Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
- Feldman F, Cantor D, Soll S, Bachrach W (1967) Psychiatric study of a consecutive series of 19 patients with regional ileitis. *Br Med J* 4: 711-714
- Ferner A, Reindell A (1979) Familientherapie bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. *Therapiewoche* 29: 6314-6319
- Ford CV, Globber GA, Castelnuovo-Tedesco P (1969) A psychiatric study of patients with regional enteritis. *J Amer Ass* 208: 311-315
- Franz M, Schliessl N, Manz R, Fellhauer R, Schepank H, Tress W (1990) Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz: Erste Ergebnisse aus der Mannheimer Interventionsstudie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 40: 369-374
- Freud A (1980) Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler, München
- Freud S (1894) Die Abwehr-Neuropsychosen. *Gesammelte Werke I*. Fischer, Frankfurt/M
- Freud S (1933) Die Zerlegung der Persönlichkeit In: Freud S (1978) Studienausgabe, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und neue Folgen. Bd I. 8 korrigierte Aufl. Fischer, Frankfurt/M, S. 496-517
- Freyberger H, Liedtke R, Wellmann W (1980) Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie bei Patienten mit Morbus Crohn. *Dtsch Ärzteblatt* 46: 2731-2734
- Freyberger H, Otte H, Wellmann W (1982) Unterschiede der Persönlichkeitsstruktur bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn Patienten (bei gleichzeitiger Berücksichtigung familienbezogener Aspekte). In: Angermeyer C, Freyberger H (Hrsg) Chronisch kranke Erwachsene in der Familie. Erbe, Stuttgart, S. 76-84
- Freyberger H, Künsebeck HW, Lempa W, Avenarius HJ (1985) Psychotherapeutic interventions in alexithymic patients: with special regard to Ulcerative colitis and Crohn patients. *Psychother Psychosom* 44: 72-81
- Freyberger H, Lempa W, Künsebeck HW, Wellmann W, Liedtke R, Avenarius HJ (1986) Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie bei Patienten mit Morbus Crohn. In: Ewe K, Fahrländer H (Hrsg) Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen. Schattauer, Stuttgart New York, S. 125-132
- Fukunishi I, Saito S, Ozaki S (1992) The influence of defense mechanisms on secondary alexithymia in hemodialysis patients. *Psychother Psychosom* 57: 50-56
- Fürmaier AM (1980) Einige Bemerkungen zur Psychodynamik der Ersterkrankung des Morbus Crohn. *Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie* 6: 198-217
- Fürmaier AM (1979) Zur Psychodynamik des Morbus Crohn. *Med Diss*, Tübingen
- Fydrich T, Sommer G (1987) Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform; SOZU-K-22). *Zschr f Klin Psychologie* 16, 4: 434-436
- Garma A (1957) Oral-digestive superego aggression and actual conflicts in peptic ulcer patients. *Int J Psychoanalysis* 38: 73-81
- Gerbert B (1980) Psychological aspects of Crohn's disease. *J Behav Med* 3: 41-58

- Gerich L (1980) Ein Beitrag zur psychosomatischen Betrachtung der Enteritis regionalis. *Zschr Klin Psych Psychother* 28: 350-369
- Goldberg D (1970) A psychiatric study of patients with diseases of the small intestine. *Gut* 11: 459-465
- Goldstein AP, Shipman WG (1961) Patients expectancies, symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview. *J Clin Psychol* 17: 129-133
- Grace W, Graham DT (1952) Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases. *Psychosom Med* 14: 241-251
- Grace WJ (1953) Life stress and regional enteritis. *Gastroenterol* 23: 542-553
- Grinker RR (1973) *Psychosomatic concepts*. Jason Aronson, New York
- Groddeck G (1966) *Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik*. Herausgegeben von G. Clauser. Limes, Wiesbaden
- Haan N (1977) *Coping and defending. Process of self-environment organization*. Acad Press, New York
- Harburg E, Gleiberman L, Russel M, Cooper MK (1991) Anger-coping styles and blood pressure in black and white males. *Psychosom Med* 53: 153-164
- Hartkamp N (1990) Übersicht zur Literatur zu psychosomatischen Aspekten des Morbus Crohn. *Psychother Psychosom Med Psychol: Diskjournal* 1
- Hartkamp N, Davies-Osterkamp S, Standke G, Heigel-Evers A (1993) Morbus Crohn - Sucht - Neurose: Ich-Funktionen im Vergleich. *Psychosom Med Psychol* 43: 75-81
- Hartmann H (1950) Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs. In: Hartmann H (1972) *Ich-Psychologie, Studien zur psychoanalytischen Theorie*. Klett, Stuttgart, S. 119-144
- Häuser W (1985) Psychosomatische Aspekte des Morbus Crohn. *Psychother Med Psychol* 35: 273-280
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1994) *Beck-Depressionsinventar (BDI)*. Testhandbuch. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto
- Haviland MG, MacMurray JP, Cummings MA (1988) The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients. *Psychother Psychosom* 49: 37-40
- Helzer JE, Chammas S, Nordland CC, Stillings WA, Alpers DH (1984) A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterol* 86: 324-330
- Henry WP, Strupp HH, Schacht TE, Gaston L (1994) *Psychodynamic approaches*. In: Bergin AE, Garfield SL (ed.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th edn. Wiley & Sons, New York
- Hislop IG (1974) Onset setting in inflammatory bowel disease. *Med J Aust* 1: 981-984
- Hoeth F, Gregor H (1964) Guter Eindruck und Persönlichkeitsfragebogen. *Psychologische Forschung* 28: 64-88
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1987) *Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin*. 3 erweiterte Aufl. Schattauer, Stuttgart New York

- Hoffmann SO (1996) Der Konversionsmechanismus: Vorschlag zur operationalen Definition eines für die psychosomatische Medizin grundlegenden Konzepts. *Psychotherapeut* 41: 88-94
- Holmes Th, Masuda M (1974) Life changes and illness susceptibility: In: Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (eds) *Stressful life events: their natures and effects*. Wiley & Sons, New York, S. 45-72.
- Horn JL (1971) Konstruktvalidität. In: Arnold W, Eysenck HJ, Meili R (Hrsg) *Lexikon der Psychologie*. Bd II. Herder, Freiburg Basel Wien, S. 30-32
- Horton PC, Gewirtz H, Kreutter KJ (1992) Alexithymia- state and trait. *Psychother Psychosom* 58: 91-96
- Janke W (1973) Das Dilemma von Persönlichkeitsfragebogen. Einleitung des Symposiums über Konstruktion von Fragebogen. In: Reinert G (Hrsg) *Bericht über den 27. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Psychologie in Kiel 1970*. Hogrefe, Göttingen
- Janke W, Erdmann G, Boucsein W (1985) *Der Streßverarbeitungsfragebogen*. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich
- Janssen J, Laatz W (1994) *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Jantschek G, Jantschek I, v.Wietersheim J, Drewes C, Drossard U, Kröger F, Petzold E, Becker S (1989) Familienuntersuchungen bei chronischen entzündlichen Darmerkrankungen. In: Speidel H, Strauss B (Hrsg) *Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1990) *Selbstmanagement Therapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Kapfhammer H-P (1985) *Psychoanalytische Psychosomatik, neuere Ansätze der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie und Objektbeziehungstheorie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Kauhanen Y, Julkunen J, Salonen JT (1991) Alexithymia and perceived symptoms: criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychother Psychosom* 56: 247-252
- Keller W, Studt HH, Deter HC, Rohner R (1993) Psychosoziale Hauptfragestellung: Psychischer und Sozialkommunikativer Befund (PSKB). In: *Abschlußbericht des Projektes "Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn - eine multizentrische Studie"*. Universitätsdruck der Med Universität zu Lübeck
- Kellner R (1994) Psychosomatic syndromes, somatization, and somatoform disorders. *Psychother Psychosom* 61: 4-24
- Kelly GA (1963) *A theory of personality. The psychology of personal constructs*. Norton, New York
- Koch U, Schöfer G (1974) *Standardisierter Aggressionsfragebogen (SAF)*. Arbeitsbericht Projekt C1, Sonderforschungsbereich 115. Hamburg
- Kordy H, Normann D (1992) Psychische und somatische Faktoren des Krankheitsverlaufs bei Morbus Crohn. *Psychother Psychosom Med Psychol* 42: 141-149
- Kraft IA, Ardali C (1964) A psychiatric study of children with diagnosis of regional ileitis. *South Med J* 5: 799-801

- Kröner B, Weich KW (1990) Erlaubt die Kenntnis habitueller Streßverarbeitungsstrategien (SVF) die Vorhersage von Bewältigungsverhalten in vorgestellten Problemsituationen? *Diagnostica* 36, 4: 329-339
- Krystal H (1979) Alexithymia and psychotherapy. *Amer J Psychother* 33: 17-31
- Küchenhoff J (1991) Zur Theorie und Methodik der Fremdeinschätzung von Abwehrprozessen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41: 216-223
- Küchenhoff J (1993) Psychosomatik des Morbus Crohn: Zur Wechselwirkung seelischer und körperlicher Faktoren im Krankheitsverlauf. Enke, Stuttgart
- Küchenhoff J, Manz R (1993) Zum Zusammenspiel von Abwehr und Coping im Krankheitsverlauf. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43: 318-324
- Küchenhoff J (1994) Spezifitätsmodelle in der psychosomatischen Medizin: Rückblick auf eine alte Kontroverse. *Zschr Psychosom Med* 40: 236-248
- Künsebeck HW, Lempa W, Freyberger H (1987) Kurz- und Langzeiteffekte ergänzender Psychotherapie bei Patienten mit Morbus Crohn. In: Lamprecht F (Hrsg) *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 253-262
- Künsebeck HW, Körber J, Freyberger H (1990) Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 54: 106-110
- Künsebeck HW (1993) Morbus Crohn und Persönlichkeit, eine empirische Verlaufsuntersuchung zu psychosozialen Faktoren. Roederer, Regensburg
- Künsebeck HW (1996) Methodenkritische Aspekte empirischer Untersuchungen zu psychosozialen Faktoren bei Patienten mit Morbus Crohn. In: Enck P, Musial F (Hrsg) *Jahrbuch der medizinischen Psychologie*. Bd XI. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
- Kyle J (1971) An epidemiological study of Crohn's disease in northeast Scotland. *Gastroenterol* 61: 826-833
- Langen D (1969) Ist die Ileitis terminalis eine psychosomatische Erkrankung? *Therapeutische Umschau* 26:11-15
- Laplanche J, Pontalis JB (1982) *Das Vokabular der Psychoanalyse*. 5 Aufl. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Latimer PR (1978) Crohn's disease: a review of the psychological and social outcome. *Psychological Medicine* 8: 649-656
- Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD (1981) *Das State-Trait-Angstinventar: Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Beltz, Weinheim
- Lazarus RS (1993) Coping theory and research: past, present and the future. *Psychosom Med* 55: 234-247
- Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York
- Leibig Th, Wilke E, Feiereis H (1985) Zur Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit Colitis ulcerosa und M.Crohn, eine testpsychologische Untersuchung während der Krankheitsremission. *Zschr Psychosom Med* 31: 380-392
- Lienert GA (1962) *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Hain, Meisenheim Am Glan
- Love JR, Irvine EJ, Fedorak RN et al. (1992) Quality of live in inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol* 14:15-19

- Luborsky L, Critis-Cristoph P, Alexander L, Marguolis M, Cohen M (1983) Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. A counting signs vs. a global rating method. *J Nerv Ment Dis* 171: 480-492
- Luborsky L (1984) *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive psychotherapy.* Basic Books, New York
- Luborsky L (1988) *Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch.* Springer, Berlin Heidelberg New York
- Lück HE, Timaeus E (1969) Skalen zur Messung manifester Angst (MAS) und sozialer Wünschbarkeit (SDS-E und SDS-CM). *Diagnostica* 15: 134-141
- Mai P (1989) *Psychosomatische Theorien zur Erkrankung des Morbus Crohn: Begriffsanalytische Klärung psychologischer Parameter. Kritische Bestandsaufnahme und Evaluation Empirischer Befunde.* Med Diss, Marburg
- Malchow H, Daiss W (1984) Diagnostik des Morbus Crohn. *Dtsch Med Wschr* 109: 1770-1775
- Mann LS, Wise TN, Shay L (1992) Factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale: elucidation of a polythetic construct. *Psychother Psychosom* 58: 40-45
- Marty P, Fain M, deUzan M, David C (1979) Der Fall Dora und der psychosomatische Gesichtspunkt. *Psyche* 33: 888-925
- McDougal J (1974) Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom* 38: 81-90
- McKegney FP, Gordon RO, Levine SM (1970) A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Psychosom Med* 32: 153-166
- McMahon AW, Schmitt P, Patterson JF, Rothman E (1973) Personality differences between inflammatory bowel disease patients and their healthy siblings. *Psychosomatic Med* 35: 91-103
- Mersereau, BS (1963) Regional ileitis in depressed patients. *Amer J Psychiat* 119: 1099-1100
- Mertens W (1978) *Erziehung zur Konfliktfähigkeit: Vernachlässigte Dimension der Sozialisationsforschung.* 2 Aufl. Ehrenwirth, München
- Meyer A-E (1984). Taxonomic subgroups within psychosomatic entities, an alternative strategy to the specificity approach. *Psychother Psychosom* 42: 26-36
- Milch W, Hartmann H-P (1996) Zum gegenwärtigen Stand der psychoanalytischen Selbstpsychologie. *Psychotherapeut* 41: 1-12
- Milne B, Joachim G, Niedhardt J (1986) A stress management program for inflammatory bowel disease patients. *J Advanced Nursing* 11: 561-567
- Mitscherlich A (1961) Anmerkung über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens. *Psyche* 15: 1-25
- Mitscherlich A (1966) *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin.* Frankfurt, Suhrkamp
- Mitscherlich M (1978) Die Bedeutung des Übergangsobjektes in der psychosomatischen Theorie. In: Mitscherlich A, Mitscherlich M (Hrsg) *Seelischer Konflikt - körperliches Leiden.* Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg, S. 195-200

- Moeller ML (1972) Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung. *Nervenarzt* 43: 351-360
- Monk M, Mendeloff AI, Siegel CI, Lilienfeld A (1969) An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore - II. Social and demographic factors. *Gastroenterol* 56: 847-857
- Monk M, Mendeloff AI, Siegel CI, Lilienfeld A (1970) An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore - III. Psychological and possible stress-precipitating factors. *J Chron Dis* 22: 565-578
- Moses R (1988) Verleugnung bei nicht-psychotischen Erwachsenen. Eine Diskussion ihrer funktionalen und dysfunktionalen Aspekte. *Psyche* 9: 753-768
- Muthny FA, Koch U (1990) Quality of life in patients with end-stage renal disease in relation to the method of treatment. *Psychother Psychosom* 54: 161-171
- Nemiah JC, Sifneos P (1970a) Psychosomatic illness: a problem of communication. *Psychother Psychosom* 38: 154-160
- Nemiah JC, Sifneos P (1970b) Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill OW (ed) *Modern trends in psychosomatic medicine*. Vol III. Butterworths, London
- Nemiah (1975) Denial revisited. Reflections on psychosomatic theory. *Psychother Psychosom* 28: 199-206
- Normann D, Kordy H (1991) Coping bei Morbus Crohn-Patienten unter differentieller Perspektive: Ein Beitrag zur Spezifitätsdiskussion. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41: 11-21
- North CS, Alpers DH, Helzer JE, Spitznagel EL, Clouse RE (1991) Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? *Ann of Intern Med* 114: 381-386
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4 edn. Wiley & Sons, New York Chichester Toronto, S. 270-376
- Osborn W (1988) Die interaktive Bewältigung von Identitätskonflikten in Mutter- Tochter Dyaden in Beziehung zur Handlungskompetenz und zur Selbstzufriedenheit des Jugendlichen: Eine Interpretation auf der Basis der Theorie des symbolischen Interaktionismus. Psychologische Diplomarbeit, Gießen
- Overbeck G (1975) Objektivierende und relativierende Beiträge zur pensée opératoire der französischen Psychosomatik. Habilitationsschrift, Gießen
- Overbeck G (1977) Das psychosomatische Symptom. Psychische Defizienzerscheinung oder generative Ichleistung. *Psyche* 31: 33-354
- Overbeck G, Biebl W (1990) Psychosomatische Modellvorstellungen zur Pathogenese der Ulcuskrankheit. In: Overbeck G, Möhlen K, Brähler E (Hrsg) *Psychosomatik der Ulcuskrankheit*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 3-25
- Paar GH (1988) Psychosomatische Aspekte bei Patienten mit Morbus Crohn - Versuch einer Standortbestimmung. *Psychother Med Psychol* 38: 376-389
- Paar GH, Bezzenberger U, Lorenz-Meyer H (1988a): Über den Zusammenhang von psychosozialem Streß und Krankheitsaktivität bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. *Zschr Gastroenterol* 26: 648-657



- Parfitt HL (1967) Psychiatric aspects of regional enteritis. *Canad Med Ass J* 97: 807-811
- Parker J-DA, Taylor GJ, Bagby MR (1993) Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychother Psychosom* 59: 197-202
- Paulley JW (1971) Crohn's disease. *Psychother Psychosom* 19: 111-117
- Paulley JW (1974) Psychological management of Crohn's disease. *Practitioner* 213: 59-64
- Paulley JW (1977) Chasing the cause of Crohn's disease. *Brit Med J* 1: 1410-1413
- Pearson JS (1954) Psychometric correlates of emotional immaturity. Ph D diss, University of Minnesota
- Petzold E, Reindell A (1977) Psychosomatische Diagnostik und Therapie bei Herzinfarkt, Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. *Prax Psychother Psychosom* 3: 109-115
- Porcelli P, Zaka S, Leoce C, Centonze S, Taylor GJ (1995) Alexithymia in inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 64: 49-53
- Pritsch M, v.Wietersheim J, Dilg R, Zeitz M, Balck F (1993) Methode. In: Abschlußbericht des Projektes „Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn - eine multizentrische Studie“. Universitätsdruck der Med Universität zu Lübeck
- Pritsch M, v.Wietersheim J, Dilg R, Zeitz M, Balck F (1993a) Beschreibung der Stichprobe, In: Abschlußbericht des Projektes „Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn - eine multizentrische Studie“. Universitätsdruck der Med Universität zu Lübeck
- Probst B, v.Wietersheim J, Wilke E, Feiereis H (1990) Soziale Integration von Morbus-Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten: Eine Studie zur Wechselwirkung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren. *Zschr Psychosom Med* 36: 258-275
- Rangell (1978) Das Konversionsmodell. In: Overbeck G, Overbeck A (Hrsg) *Seelischer Konflikt - körperliches Leiden*. Rowohlt, Reinbeck, S. 17-45
- Reier-Strobl A (1983) Persönlichkeits-, Einstellungs-, und Verhaltensmerkmale bei Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn - ein Beitrag zur psychosomatischen Differenzierung beider Krankheitsbilder. *Med Diss, Innsbruck*
- Rein W (1975) Kontrollierte psychosomatische Studien an Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn mit dem FPI unter besonderer Berücksichtigung geschlechts- und krankheitsspezifischer Unterschiede. *Med Diss, Tübingen*
- Reindell A, Ferner H (1979) Psychosomatische Aspekte zur Langzeitbehandlung der Colitis ulcerosa und granulomatosa. *Therapiewoche* 29: 6307-6313
- Reindell A, Ferner H, Gmelin K (1981) Zur psychosomatischen Differenzierung zwischen Colitis ulcerosa und Ileitis terminalis (M.Crohn). *Zschr Psychosom Med* 27: 358-371
- Reinhart JB, Succop RA (1968) Regional enteritis in pediatric patients. *J Amer Acad Child Psychiat* 71: 252-281.
- Riemer MD (1960) Ileitis - underlying aggressive conflicts. *NY State J Med* 60: 552-557
- Roskamp H (1983) Grundzüge der Neurosenlehre. In: Loch W (Hrsg) *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. 4 Aufl. Hirzel, Stuttgart, S. 75-184
- Rudolf G (1981) Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen: Materialien zum psychischen und sozial-kommunikativen Befund (PSKB). Unter Mitarbeit von G. Horstkotte. Beltz, Weinheim Basel

- Rudolf G (1985) Psychischer und sozial-kommunikativer Befund. 2 veränderte Aufl. Beltz-Test, Weinheim Basel
- Rudolf G, Porsch U (1986) Neurotische Interaktionsmuster. Die Bildung von Befundskalen aus dem PSKB. *Zschr Psychosom Med* 32: 117-139
- Rudolf G (1995) Psychotherapeutische Medizin, ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 2 Aufl. Enke, Stuttgart
- Ruesch J (1948) The infantile personality: The core problem of psychosomatic medicine. *Psychosom Med* 10: 134-144
- Rüger U, Blomert AF, Förster W (1990) Coping - theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Meßinstrumente zur Krankheitsbewältigung. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Sandler J, Joffe WG (1967) Die Persistenz der psychischen Entwicklung und Funktion, mit besonderem Bezug auf die Prozesse der Fixierung und Regression. *Psyche* 21: 138-155
- Savitt RA (1977) Conflict and somatization - psychoanalytical treatment of psychophysiological response in the digestive tract. *Psychoanal Quart* 46: 605-623
- Scheer J-W Moeller M-L (1976) Krankheitskonzepte psychotherapeutischer Patienten. *Medizinische Psychologie* 1: 13-29
- Scheer J-W (1979) Ein faktorenanalytisches Verfahren zur Untersuchung von Gruppenstrukturen mit dem Giessen-Test. In: Beckmann D, Richter H-E (Hrsg) Erfahrungen mit dem Giessen-Test. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Scheer J-W (1993) Planung und Durchführung von Repertory Grid-Untersuchungen. In: Scheer J-W, Catina A (Hrsg) Einführung in die Repertory Grid-Technik. Bd I. Huber, Bern Göttingen Toronto, S. 24-40
- Schepank H (1990) Diskussion der Ergebnisse, Bilanz und Zusammenfassung. In: Schepank H. (Hrsg) Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankung heute. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schneider W, Basler H-D, Beisenherz B (1989) Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation. Beltz-Test, Weinheim Basel
- Schneider W, Scheibler D (1983) Probleme und Möglichkeiten bei der Bewertung von Clustereanalyse-Verfahren. *Psychologische Beiträge* 25: 108-237, 238-245, 349-362
- Spergel P, Ehrlich G-E, Glass D (1978) The reumatoid arthritis personality: a psychodiagnostic myth. *Psychosomatics* 19: 79-86
- Schulte W, Tölle R (1979) Psychiatrie. 5 überarbeitete Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schultheis K-H, v.Uexküll Th (1979) Psychosomatische Aspekte des Morbus Crohn. In: v.Uexküll Th (Hrsg) Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 640-648
- Schur M (1978) Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: Mitscherlich A, Mitscherlich M (Hrsg) Seelischer Konflikt - körperliches Leiden. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg, S. 83-142
- Schütz R, Besuden F, Mang S (1988) Das körperliche Selbsterleben als Differenzierungshilfe bei der Colitis ulcerosa versus Morbus Crohn. In: Rechenberger HG, Wethmann H-V (Hrsg) Psychotherapie und Innere Medizin. Pfeiffer, München, S. 92-102

- Schwartz RA, Schwartz IK (1982) Psychiatric disorders associated with Crohn`s disease. *Int J Psychiat Med* 12: 67-73
- Schwarz SP, Blanchard EB (1991) Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther* 29: 167-177
- Shands H (1977) Suitability for psychotherapy II. Unsuitability and psychosomatic disease. *Psychother Psychosom* 28: 28-35.
- Sheffield BF, Carney M (1976) Crohn`s disease, a psychosomatic illness? *Brit J Psychiat* 128: 446-450
- Slater P (1977) The measurement of intrapersonal space by grid technique, vol 2: dimensions of interpersonal space. Wiley, London Sidney Toronto
- Sommer G, Fydrich T (1991) Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica* 37, 2: 160-178.
- Sorensen VZ, Olsen BG, Binder V (1987) Life prospects and quality of live in patients with Crohn`s disease. *Gut* 28: 382-385
- Sperling M (1960) The psychoanalytic treatment of a case of chronic regional ileitis. *Int J Psychoanal* 41: 612-618.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) STAI, manual for the State-Trait-Anxiety-Inventory. Palo Alto
- Starlinger M (1993) Chirurgische Therapie des Morbus Crohn. In: Adler G: Morbus Crohn, und Colitis ulcerosa, unter Mitarbeit von v.Herbay A und Starlinger M. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 235-283
- Steffens W, Kächele H (1988) Abwehr und Bewältigung - Mechanismen und Strategien. Wie ist eine Integration möglich? In: Kächele H, Steffens W (Hrsg) Bewältigung und Abwehr. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 1-50
- Steinhausen HC, Kies H (1982) Comparative studies of ulcerative colitis and Crohn's disease in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiat* 23: 33-42
- Stern E (1957/58) Zum Problem der Spezifität der Persönlichkeitstypen und der Konflikte in der psychosomatischen Medizin. *Zschr psychosom Med* 4: 153-168
- Strauss B, Burgmeier-Lohse M (1994) Forschungsmethoden und -strategien in der psychoanalytischen Psychosomatik: Probleme und Möglichkeiten. In: Strauss B, Meyer A-E (Hrsg) Psychoanalytische Psychosomatik: Theorie, Forschung und Praxis. Schattauer, Stuttgart New York, S. 87-11
- Stuhr U (1996) Taxonomische Forschungsansätze in der Psychosomatik und Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 46: 208-216
- Tarter RE, Switala J, Carra J, Edwards Kl, vanTiehl DH (1987) Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after onset. *Int J Psychiatry Med* 17: 173-181
- Taylor GJ, Doody K, Newman A (1981) Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Can J Psychiat* 26: 470-474
- Taylor GJ, Ryan DR, Bagby RM (1985) Toward the development of a new self report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 44: 191-199
- Taylor GJ (1987) Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. Int Univ Press, Madison CT

- Taylor GJ, Bagby RM, Parker J-DA (1992) The revised Toronto Alexithymia scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychother Psychosom* 57: 34-41
- Thomä H (1980) Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. *Psyche* 24: 589-624
- Ulrich R, Ulrich R (1977) *Der Unsicherheitsfragebogen*. Pfeiffer, München
- von Rad M (1983) *Alexithymie, empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- von Rad M, Zepf S (1990) Psychoanalytische Konzepte psychosomatischer Symptom- und Strukturbildung. In: v.Uexküll Th (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. 4 neubearbeitete Aufl. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 48-67
- von Uexküll Th (1979) *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. 1 Aufl. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- von Uexküll Th (1996) *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. 5 neubearbeitete Aufl. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- von Uexküll Th, Wesiack W (1990) Wissenschaftstheorie und psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll Th (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. 4 neubearbeitete Aufl. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 5-38
- von Wietersheim J (1991) Die Bedeutung belastender Lebensereignisse für die Rezidivauslösung bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Lang, Frankfurt/M Bern New York
- von Wietersheim J (1994) Zur Frage der Spezifität bei Morbus-Crohn-Patienten - Ergebnisse einer Clusteranalyse über Persönlichkeitsmerkmale. *Zschr Psychosom Med* 40: 68-76
- Vaillant GE (1980) *Werdegänge, Erkenntnisse der Lebenslauf-Forschung*. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg
- Vogler I (1984) Diagnostik der Therapieeignung bei psychosomatisch erkrankten Patienten. In: Jüttemann G (Hrsg) *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik*. Hogrefe, Göttingen
- Weiner H (1986) Die Geschichte der psychosomatischen Medizin und das Leib-Seele-Problem in der Medizin. *Psychother Med Psychol* 36: 361-391
- Weisman AD (1972) *On dying and denying*. Behavioral Publications, New York
- Weiß H, Zacher A (1986a) Konfliktstruktur und Biographie bei Morbus Crohn-Patienten. II. Konflikte in den Bereichen Abhängigkeit/Unabhängigkeit, Nähe/Distanz. *Zschr f Klin Psych Psychopath Psychother* 34: 69-82
- Weiß H, Zacher A (1986b) Konfliktstruktur und Biographie bei Morbus Crohn-Patienten III. Leib und Emotionalität. *Zschr f Klin Psych Psychopath Psychother* 34: 351-367
- Whybrow PC, Kane FJ, Lipton MA (1968) Regional ileitis and psychiatric disorder. *Psychosom Med* 30: 209-221
- Wicklund RA (1984) Die Aktualisierung von Selbstkonzepten in Handlungsvollzügen. In: Filipp S-H (Hrsg) *Selbstkonzept-Forschung*. Klett, Stuttgart
- Winnicott DW (1974) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler, München
- Wirsching M (1984) Familientherapeutische Aspekte bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. *Zschr Psychosom Med* 30: 238-246

- Wise TN, Mann LS, Hill B (1990) Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient. *Psychother Psychosom* 54: 26-31
- Wise TN, Mann LS, Epstein S (1991) Ego defensive styles and alexithymia a discriminant validation study. *Psychother Psychosom* 56: 141-145
- Wolff HH (1969) The role of aggression in the psychopathology of illness. *J Psychosom Rese-arch* 13: 315-320
- Wood B, Watkins JB, Byle JT, Nogueira J, Zimand E, Carrol L (1989) The „psychosomatic familiy“ model, an empirical and theoretical analysis. *Family Process* 28: 399-417
- Wynne LC, Ryckoff IM, Day J, Hirsch St-J (1969) Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen. In: Bateson G (Hrsg) *Schizophrenie und Familie*. Suhrkamp, Frankfurt/M, S. 44-56
- Zander W, Lehner F, Birk M, Blümel G (1982) Experimentelle Untersuchungen zur Psychodynamik der Colitis ulcerosa und des Morbus Crohn. *Prax Psychother Psychosom* 27: 161-172
- Zepf S, Künsebeck HW, Sittaro N (1981) Körperbeschwerden und narzißtische Objektbeziehung bei Patienten mit Colitis ulcerosa. *Zschr Psychosom Med* 27: 59-72
- Zielke M (1993) *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Psychologie Verlags Union

## 11 Anhang

### 11.1 Untersuchungsbefunde der Gesamtgruppe der MC.-Patienten

#### 11.1.1 Befunde der Projektstichprobe

**Tabelle 45:** Testbefunde und Ergebnisse der Fremdeinschätzung bezogen auf die Gesamtgruppe der Patienten der Projektstichprobe

	Mw	Md	sd	N
Beck Depressionsinventar (BDI)	9,78	8,0	7,39	60
State-Trait-Angstinventar (STAI), Skala: Eigenschaftsangst	42,0	41,0	9,5	60
Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (LEZU)	64,8	66,6	17,9	60
Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SOZU)	4,1	4,2	0,55	58
Standardisierter Aggressionsfragebogen (SAF), Skala: Innenwendung der Aggression	29,1	28,0	9,4	64
Skala zur Erfassung sozialer Wünschbarkeit (SDS-CM)	9,7	10	4,2	56
<b>Streßverarbeitungsfragebogen (SVF)/ faktorenanalytisch gewonnene Skalen</b>				
SVF- SKALEN: Emotionale Betroffenheit und Aufgeben	1,89	1,9	0,6	58
SVF- SKALEN: Selbstaufbau und Angstreduktion	2,1	2,2	0,44	58
SVF- SKALEN: Bagatellisierung	1,84	1,97	0,44	58
SVF- SKALEN: Gedankliche Weiterbeschäftigung und Aggression	2,2	2,1	0,64	58
SVF- SKALEN: Soziale Unterstützung und Situationskontrolle	2,64	2,5	0,55	58
<b>Ursprüngliche Skalen des Streßverarbeitungsfragebogens (SVF)</b>				
1. SVF-Bagatellisierung	2,0	2,0	0,52	58
2. SVF-Herunterspielen durch Vergleiche mit anderen	1,35	1,2	0,67	58
3. SVF-Schuldabwehr	1,68	1,66	0,52	58
4. SVF-Ablenkung von Situationen	2,19	2,16	0,53	58
5. SVF-Ersatzbefriedigung	1,85	1,83	0,70	58
6. SVF-Suche nach Selbstbestätigung	1,91	1,83	0,61	58
7. SVF-Situationskontrollversuche	2,6	2,5	0,5	58
8. SVF-Reaktionskontrollversuche	2,54	2,5	0,56	58
9. SVF-Positive Selbstinstruktion	2,58	2,66	0,64	58
10. SVF-Bedürfnis nach soz. Unterstützung	2,33	2,33	0,81	58
11. SVF-Vermeidungstendenz	2,23	2,16	0,66	58
12. SVF-Fluchttendenz	2,0	1,8	0,64	58
13. SVF-Soziale Abkapselung	1,56	1,33	0,84	58
14. SVF- Gedankliche Weiterbeschäftigung	2,6	2,8	0,82	58
15. SVF-Resignation	1,65	1,5	0,9	58
16. SVF-Selbstbemitleidung	1,98	1,83	0,8	58
17. SVF- Selbstbeschuldigung	1,96	2,0	0,59	58
18. SVF-Aggression	1,78	1,66	0,69	58
19. SVF-Pharmakaeinnahme	0,60	0,5	0,51	58

Fortsetzung Tabelle 45				
Unsicherheitsfragebogen (U-Bogen)				
1.U-Bogen: Fordern können	2,83	3,1	0,78	56
2.U-Bogen: Nicht-nein-sagen-können	2,17	2,2	0,934	56
3.U-Bogen: Nein-sagen-können/ umgepolte Skala (2)	2,83	2,8	0,934	56
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)				
FMP-Laienätiologie	19,8	19,0	6,0	44
FMP-Einstellung zur Psychotherapie	52,3	52,0	10,9	44
Gießen-Test Selbstbild (GT-S)				
GT-S Skala: Durchlässigkeit	22,5	24,0	6,23	56
Ergebnisse der Fremdeinschätzung				
Gießen-Test-Fremdbild (GT-F), Skala: Durchlässigkeit	25,3	25,5	4,7	62
Verhalten im Interview, Skala: Introspektionsfähigkeit	4,05	3,67	1,83	60
Psychischer und sozial-kommunikativer Befund (PSKB)				
PSKB-Skala: „Verleugnung“	4,4	4,5	1,85	64
PSKB-Skala: symptomatischer Beschwerdedruck	0,42	0,36	0,25	60
Ergebnisse der Repertory-Grid-Untersuchung				
Repertory-Grid, Distanz: Partner - Wunschpartner	0,815	0,757	0,391	50
Repertory-Grid, Distanz: Vater - Wunschpartner	1,06	1,05	0,32	53
Repertory-Grid, Distanz: Mutter - Wunschpartner	0,998	0,939	0,38	55
Repertory-Grid, Distanz: Selbst - Partner	0,925	0,899	0,38	50
Repertory-Grid, Distanz: Selbst - Vater	0,989	0,992	0,278	53
Repertory-Grid, Distanz: Selbst - Mutter	0,913	0,886	0,335	55

### 11.1.2 Befunde der multizentrischen Stichprobe

**Tabelle 46:** Testbefunde und Ergebnisse der Fremdeinschätzung bezogen auf die Gesamtgruppe der Patienten der multizentrischen Stichprobe

	Mw	Md	sd	N
Beck Depressionsinventar (BDI)	12,0	12,0	8,4	81
State-Trait-Angstinventar (STAI), Skala: Eigenschaftsangst	41,8	43,0	11,2	57
Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (LEZU)	58,0	57,0	19,9	79
Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SOZU)	4,3	4,4	0,59	81
Standardisierter Aggressionsfragebogen (SAF), Skala: Innenwendung der Aggression	26,5	26,0	9,5	81
Psychischer und sozial-kommunikativer Befund (PSKB)				
PSKB-Skala: „Verleugnung“	4,5	4,0	1,9	81
PSKB-Skala: symptomatischer Beschwerdedruck	0,35	0,27	0,25	81

Fortsetzung von Tabelle 46				
Helping-Alliance Questionnaire (HAQ) Einschätzung nach der dritten Therapiestunde				
HAQ- Einschätzung des Th., Skala: Beziehungszufriedenheit	4,2	4,3	0,64	44
HAQ- Einschätzung des Th., Skala: Erfolgswufriedenheit	3,97	4,0	0,83	44
HAQ- Einschätzung des Pt., Skala: Beziehungszufriedenheit	4,9	5,0	0,53	44
HAQ- Einschätzung des Pt., Skala: Erfolgswufriedenheit	4,3	4,3	0,45	44
Helping-Alliance Questionnaire (HAQ) Einschätzung nach der vorletzten Therapiestunde				
HAQ- Einschätzung des Th., Skala: Beziehungszufriedenheit	4,4	4,5	0,73	44
HAQ- Einschätzung des Th., Skala: Erfolgswufriedenheit	4,2	4,2	0,82	44
HAQ- Einschätzung des Pt., Skala: Beziehungszufriedenheit	4,5	4,5	0,54	44
HAQ- Einschätzung des Pt., Skala: Erfolgswufriedenheit	4,5	4,5	0,54	44

### 11.1.3 Befunde der multizentrischen- und der Projektstichprobe im Vergleich

**Tabelle 47:** Befunde der multizentrischen und der Projektstichprobe. Ein statistischer Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsstichproben bezogen auf die gemeinsamen Untersuchungsinstrumente

	Projektstichprobe		multizentr. Stichprobe		statist. * Vergleich
	Mw	sd	Mw	sd	
Beck Depressionsinventar (BDI)	9,78	7,39	12,0	8,4	ns.
State-Trait-Angstinventar (STAI), Skala: Eigenschaftsangst	42,0	9,5	41,8	11,2	ns.
Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (LEZU)	64,8	17,9	58,0	19,9	ns.
Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SOZU)	4,1	0,55	4,3	0,59	ns.
Standardisierter Aggressionsfragebogen (SAF), Skala: Innenwendung der Aggression	29,1	9,4	26,5	9,5	ns.
Psychischer und sozial-kommunikativer Befund (PSKB)					
PSKB-Skala: „Verleugnung“	4,4	1,85	4,5	1,9	ns.
PSKB-Skala: symptomatischer Beschwerdedruck	0,42	0,25	0,35	0,25	ns.
Anmerkung: * Ergebnis bei zweiseitiger Testung. Prüfstatistik t-Test					



## 11.2 Ergänzende statistische Abgaben zu den Ergebniskapiteln

### 11.2.1 Verteilung der MC.-Patienten auf die Subgruppen

**Tabelle 48:** Verteilung der Drop-out-Fälle auf die drei postulierten Subgruppen. Als Drop-out-Fälle werden alle Patienten gezählt, die die Teilnahme an der Studie vorzeitig aufgekündigt haben und ebenso Patienten, die aufgrund mangelnder Compliance medizinisch oder psychologisch nicht dokumentiert werden konnten. Daten der multizentrischen Stichprobe

	autoaggressiv-depressive Ptn.		verleugnende Ptn.		flexible Ptn.		Zeilenprozent Zeilensumme	
Compliance während der gesamten Studienzeit	N=26	79 %	N=11	61 %	N=21	84%	N=58	76,3 %
Drop-out-Fall/ vollständig <u>oder</u> teilweise	N=7	21 %	N=7	39 %	N=4	16%	N=18	23,7 %
Spaltenprozent Spaltensumme	N=33	100%	N=18	100%	N=25	100%	Gesamt: N=76	
Zufallskritische Überprüfung der <i>Drop-out-Fälle</i> , in Relation zu den 3 Subgruppen anhand des $\chi^2$ -Test's. Ergebnisse der Signifikanzprüfung								
$\chi^2$	Wert		Freiheitsgrade			Signifikanz		
Pearson	3.23		2			.19		

## 11.2.2 Basale Persönlichkeitsmerkmale und Aspekte der sozialen Situation

**Tabelle 49:** Das Lebensalter der Patienten bezogen auf die Subgruppen. Ergebnisse der multizentrischen Studie und der Projektstudie. Nonparametrische Kennwerte

	Gesamtstichprobe	Untergruppen			
		1. Rest-gruppe	2. autoaggr.- depress. Ptn.	3. verleug- nende Ptn.	4. flexible Ptn.
multizentrische Stichprobe					
Fallzahl	N = 81	N = 5	N = 33	N = 18	N = 25
Alter in Jahren	Md = 29	Md = 23 Rs = 33,1	Md = 30 Rs = 43,3	Md = 26 Rs = 32,2	Md = 30 Rs = 45,9
Projektstichprobe					
Fallzahl	N = 64	N = 8	N = 25	N = 12	N = 19
Alter in Jahren	Md = 33	Md = 31,5 Rs = 29,1	Md = 33 Rs = 32,4	Md = 34 Rs = 34,3	Md = 34 Rs = 32,8
Anmerkung: Md=Median; Rs=Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen					

**Tabelle 50:** Das Bildungsniveau der Patienten bezogen auf die Subgruppen. Ergebnisse der multizentrischen Studie und der Projektstudie. Nonparametrische Kennwerte

	Untergruppen			
	1. Restgruppe	2. autoaggressiv- depressive Ptn.	3. verleugnende Ptn.	4. flexible Ptn.
multizentrische Stichprobe				
Fallzahl	N = 5	N = 32	N = 18	N = 23
mittleres Bil- dungsniveau	Md = 3 Rs = 44,5	Md = 2,5 Rs = 35,6	Md = 3 Rs = 41,9	Md = 3 Rs = 41,9
Projektstichprobe				
Fallzahl	N = 8	N = 25	N = 12	N = 19
mittleres Bil- dungsniveau	Md = 2,5 Rs = 32,6	Md = 3 Rs = 30,4	Md = 2,5 Rs = 31,3	Md = 3 Rs = 35,9
Anmerkung: Hohe Werte zeigen ein hohes Bildungsniveau an; Md=Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen				

### 11.2.3 Die Untergruppen in Beziehung zu medizinischen Parametern

**Tabelle 51:** Dauer der Erkrankung in Monaten bei den Patienten der Projekt- und der multizentrischen Stichprobe. Nonparametrische Kennwerte

	Untergruppen			
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.
multizentrische Stichprobe				
Fallzahl	N = 5	N = 33	N = 18	N = 25
Erkrankungsdauer in Monaten	Md = 66 Rs = 43,9	Mw = 34 Rs = 39	Md = 80 Rs = 46	Md = 52 Rs = 39,4
Projektstichprobe				
Fallzahl	N = 6	N = 22	N = 12	N = 18
Erkrankungsdauer in Monaten	Md = 126 Rs = 34,6	Md = 84 Rs = 29,6	Md = 88,5 Rs = 31,2	Md = 78 Rs = 28,2
Anmerkung: Md=Median; Rs=Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen				

**Tabelle 52:** Darmresektionen bezogen auf die Untergruppen. Ergebnisse der multizentrischen- und der Projektstichprobe, Rangsummenwerte und Ergebnisse der Signifikanzprüfung beim Vergleich der Untergruppen

	Untergruppen				statistischer Vergleich		
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	2/3	2/4	1/2/3/4
multizentrische Stichprobe							
Fallzahl	N = 5	N = 33	N = 18	N = 25			
Darmresektion	Rs = 44,3	Rs = 47,8	Rs = 25,1	Rs = 42,7	.0007	.02	.01
Projektstichprobe							
Fallzahl	N = 6	N = 22	N = 12	N = 18			
Darmresektion	Rs = 19,2	Rs = 30,5	Rs = 17,5	Rs = 34,3	.06	.05	.06
Anmerkung: Rs=Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen							

**Tabelle 53:** Zahl der Krankenhausaufenthalte bezogen auf die Untergruppen. Ergebnisse der multizentrischen und der Projektstudie, Rangsummenwerte

	Untergruppen			
	1.Rest- gruppe	2.autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.
multizentrische Stichprobe				
Fallzahl	N = 5	N = 32	N = 18	N = 25
Krankenhaus- aufenthalte	Rs = 28,9	Rs = 43,1	Rs = 40,1	Rs = 39,9
Projektstichprobe				
Fallzahl	N = 6	N = 21	N = 12	N = 18
Krankenhaus- aufenthalte	Rs = 27,8	Rs = 29,5	Rs = 23,8	Rs = 32,3
Anmerkung: Rs=Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen				

**Tabelle 54:** Der Krankheitsverlauf in der multizentrischen Studie während der zweijährigen Beobachtungszeit

	Untergruppen			
	1.Rest- gruppe	2.autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.
Fallzahl	N = 5	N = 29	N = 12	N = 21
Krankheitsverlauf/ mittlere Rangsumme	Md = 3,0 Rs = 28,9	Md = 3,0 Rs = 35,9	Md = 3,0 Rs = 34,8	Md = 3,0 Rs = 32,1
Anmerkung: Hohe Werte zeigen einen positiven Krankheitsverlauf an; Md=Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen				

## 11.2.4 Psychische Beschwerden und Lebenszufriedenheit

**Tabelle 55:** Beschwerdesituation in der Projektstichprobe bezogen auf die Selbstbeschreibungsinstrumente. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse der Signifikanzprüfung beim Vergleich der Untergruppen

	Untergruppen				statistischer Vergleich			
	1. Restgruppe	2. autoaggressiv-depressive Ptn.	3. verleugnende Ptn.	4. flexible Ptn.	1/3	1/4	2/3	2/4
Fallzahl	N = 7	N = 24	N = 11	N = 18				
Depressivität (BDI)	Md = 14 Rs = 39,3	Md = 13 Rs = 40,5	Md = 5,0 Rs = 21,4	Md = 5,0 Rs = 19,3	.07	.03	.001	.000
Ängstlichkeit (STAI)	Md = 52,0 Rs = 41,4	Md = 48,5 Rs = 41,0	Md = 36,0 Rs = 15,2	Md = 37,5 Rs = 21,6	.01	.017	.000	.000
Lebenszufriedenheit (LEZU)	Md = 50,0 Rs = 19,2	Md = 59,2 Rs = 22,4	Md = 76,2 Rs = 40,3	Md = 4,4 Rs = 38,6	.009	.013	.005	.003
Anmerkung: Hohe Werte zeigen hohe Ängstlichkeit und Depressivität und eine hohe Lebenszufriedenheit an; Md=Median; Rs=Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle genannten Untergruppen								

**Tabelle 56:** Depression Ängstlichkeit und Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität und der Untergruppenzugehörigkeit. Ergebnisse der multizentrischen Studie. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse der Signifikanzprüfung beim Vergleich der Untergruppen

	Untergruppen			statistischer Vergleich			
	2. autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexibele Ptn.	2/3/4	2/3	2/4	3/4
<b>Depressivität</b>							
Remission	Md = 14,0 Rs = 34,5 N = 23	Md = 8,5 Rs = 23,5 N = 13	Md = 7,0 Rs = 21,5 N = 20	.017	.05	.006	ns.
Schub	Md = 21,0 Rs = 15,5 N = 10	Md = 8,5 Rs = 5,4 N = 5	Md = 13,5 Rs = 11,7 N = 5	.012	.005	ns.	ns.
statistischer Vergleich	.01	ns	.02				
<b>Ängstlichkeit</b>							
Remission	Md = 47,0 Rs = 27,6 N = 15	Md = 34,5 Rs = 16,8 N = 10	Md = 33,0 Rs = 14,4 N = 14	.004	.017	.002	ns.
Schub	Md = 54,0 Rs = 8,8 N = 8	nicht ausgewertet N = 2	Md = 43,0 Rs = 4,1 N = 5	.03		.03	ns.
statistischer Vergleich	.02	ns.	ns.				
<b>Lebenszufriedenheit</b>							
Remission	Md = 55 Rs = 21,4 N = 23	Md = 55 Rs = 23,4 N = 12	Md = 74 Rs = 35,9 N = 20	.006	ns.	.003	.03
Schub	Md = 31,5 Rs = 7,8 N = 10	Md = 59,5 Rs = 15,6 N = 5	Md = 51,0 Rs = 12,0 N = 5	.05	.025	ns.	ns.
statistischer Vergleich	.01	ns.	.004				
Anmerkung: Hohe Werte zeigen hohe Ängstlichkeit und Depressivität und eine hohe Lebenszufriedenheit an; Md=Median; Rs=Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen							

**Tabelle 57:** Angst, Depression und Lebenszufriedenheit bei autoaggressiv-depressiven, verleugnenden und flexiblen Patienten während der Remissionsphase. Beobachtet im Verlauf über zwei Jahre, d.h. zu 5 Meßzeitpunkten im halbjährlichen Abstand. Parametrische Kennwerte und Ergebnisse der Signifikanzprüfung beim Vergleich der Untergruppen. Daten der multizentrischen Studie

	Untergruppen			statistischer Vergleich			
	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.Flexibele Ptn.	2/3/4	2/3	2/4	3/4
<b>Depressivität</b>							
t=1 Studienbeginn	Mw = 13.4 sd = 7,0 N = 23	Mw = 8.85 sd = 6,2 N = 13	Mw = 8.0 sd = 5,4 N = 20	** .002	* .05	*** .0008	ns.
t=6 Monate	Mw = 10,4 sd = 7,7 N = 24	Mw = 2,9 sd = 3,2 N = 10	Mw = 6,6 sd = 8,3 N = 18	** .002	*** .0009	* .025	ns.
t=12 Monate	Mw = 9,5 sd = 6,4 N = 19	Mw = 3,5 sd = 4,0 N = 9	Mw = 3,0 sd = 4,1 N = 13	*** .001	** .009	** .002	ns.
t=18 Monate	Mw = 11,6 sd = 8,2 N = 17	Mw = 2,1 sd = 1,9 N = 8	Mw = 4,5 sd = 7,3 N = 20	*** .001	** .002	** .002	ns.
t=24 Monate	Mw = 10.4 sd = 9.0 N = 16	Mw = 4.0 sd = 4.2 N = 6	Mw = 2.4 sd = 2.0 N = 10	** .009	ns. .08	** .003	ns.
<b>Ängstlichkeit</b>							
t=1 Studienbeginn	Mw = 45.6 sd = 8,9 N = 15	Mw = 36.1 sd = 9,2 N = 10	Mw = 33.4 sd = 8,4 N = 14	*** .0002	** .002	*** .0003	ns.
t=6 Monate	Mw = 45,5 sd = 7,4 N = 23	Mw = 33,4 sd = 6,3 N = 10	Mw = 33,0 sd = 10,1 N = 18	*** .0006	*** .0006	*** .0005	ns.
t=12 Monate	Mw = 45.8 sd = 8.2 N = 17	Mw = 32.0 sd = 9,2 N = 9	Mw = 31 sd = 8,6 N = 13	*** .0003	** .002	*** .0002	ns.
t=18 Monate	Mw = 45,7 sd = 12,1 N = 17	Mw = 30,0 sd = 6,6 N = 8	Mw = 34,1 sd = 9,5 N = 20	** .002	** .004	** .003	ns.
t=24 Monate	Mw = 45.5 sd = 9.6 N = 16	Mw = 32.6 sd = 11.8 N = 6	Mw = 29.1 sd = 6.1 N = 10	*** .0002	** .017	*** .0003	ns.

Fortsetzung von Tabelle 57							
Lebenszufriedenheit							
t=1 Studienbeginn	Mw = 55.8 sd = 17.8 N = 23	Mw = 59 sd = 17,6 N = 12	Mw = 71.5 sd = 14,7 N = 20	** .002	ns.	*** .0001	** .002
t=6 Monate	Mw = 58,5 sd = 20,6 N = 23	Mw = 84,1 sd = 10,4 N = 10	Mw = 76,8 sd = 17,5 N = 18	*** .0002	**** .0009	** .003	ns.
t=12 Monate	Mw = 64.5 sd = 16.3 N = 18	Mw = 80.4 sd = 11.9 N = 9	Mw = 83.7 sd = 20.5 N = 13	** .003	* .024	** .0023	ns.
t=18 Monate	Mw = 61,2 sd = 21,5 N = 17	Mw = 82,0 sd = 7,7 N = 8	Mw = 84,8 sd = 14,3 N = 19	*** .0002	** .004	*** .0001	ns.
t=24 Monate	Mw = 59,6 sd = 20,0 N = 15	Mw = 82 sd = 14,8 N = 6	Mw = 83.7 sd = 19.1 N = 10	** .003	** .012	** .003	ns.
Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine hohe Depressivität, Angst und Lebenszufriedenheit an; Mw = Mittelwert, sd = Standardabweichung. Prüfstatistik: H-Test von Kruskal & Wallis; *: 0.05 > p > 0.02, **: 0.02 > p > 0.002, ***: p < 0.002; siehe Anhang: Tabelle 70							

**Tabelle 58:** Symptomatischer Beschwerdedruck in der Projektstichprobe und der multizentrischen Stichprobe. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse der Signifikanzprüfung beim Vergleich der Untergruppen

	Untergruppen				statistischer Vergleich		
	1.Rest- gruppe	2. autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleug- nende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/3	1/4	2/3
Projektstichprobe							
Fallzahl	N = 7	N = 24	N = 11	N = 18			
symptomati- sche Be- schwerden	Md = 0,54 Rs = 46,1	Md = 0,44 Rs = 35,4	Md = 0,30 Rs = 22,8	Md = 0,34 Rs = 27,5	.01	.019	.05



Fortsetzung von Tabelle 58

multizentrische Stichprobe

In Remission

Fallzahl		N = 23	N = 12	N = 19	alle ns.
symptomatische Beschwerden		Md = 0,27 Rs = 31,2	Md = 0,27 Rs = 28,1	Md = 0,18 Rs = 22,7	

Im Schub

Fallzahl		N = 10	N = 6	N = 6	alle ns.
symptomatische Beschwerden		Md = 0,32 Rs = 14,4	Md = 0,18 Rs = 8,3	Md = 0,59 Rs = 9,8	

Anmerkung: Hohe Werte zeigen einen hohen symptomatischen Beschwerdedruck an; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen

**Tabelle 59:** Psychische Beschwerden und Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit vom Geschlecht der Probanden

multizentrische Stichprobe			
	Männer N=25	Frauen N=56	statistischer Vergleich
Depressivität (BDI)	Mw = 9,2 sd = 5,6	Mw = 13,3 sd = 9,2	.046
Angst (STAI)	Mw = 40,0 sd = 9,7	Mw = 42,8 sd = 11,8	ns.
Lebenszufriedenheit (LEZU)	Mw = 63,1 sd = 16,1	Mw = 56,0 sd = 21,1	ns.
Symptomatischer Beschwerde- druck	Mw = 0,32 sd = 0,23	Mw = 0,36 sd = 0,25	ns.
Projektstichprobe			
	Männer N= 25	Frauen N= 35	statistischer Vergleich
Depressivität (BDI)	Mw = 9,7 sd = 6,0	Mw = 10,0 sd = 9,7	ns.
Angst (STAI)	Mw = 42,5 sd = 9,2	Mw = 42,0 sd = 9,8	ns.
Lebenszufriedenheit (LEZU)	Mw = 62,7 sd = 16,4	Mw = 65,1 sd = 19,6	ns.
Symptomatischer Beschwerde- druck	Mw = 0,39 sd = 0,19	Mw = 0,43 sd = 0,26	ns.
Anmerkung: Mw=Mittelwert, sd=Standardabweichung. Prüfstatistik: t-Test bzw. Welch-Test			

## 11.2.5 Bewältigung und Abwehr

**Tabelle 60:** Faktorenanalytisch auf der Basis des SVF gewonnene Copingstrategien in Beziehung zu den Untergruppen. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der Projektstudie

Copingformen	Untergruppen				statistischer Vergleich				
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	2/3	2/4	3/4	1/3	1/4
Fallzahl	N = 7	N = 22	N = 11	N = 18					
Emotionale Betroffenheit und Aufgeben	Md= 2,3 Rs= 39,8	Md = 2,1 Rs = 37,4	Md = 1,36 Rs = 17,5	Md = 1,6 Rs = 20,9	.0014	.012	ns.	.021	.015
Bagatellisierung und Schuldabwehr	Md=1,8 Rs =22,5	Md = 1,7 Rs = 23,6	Md = 2,0 Rs = 36,4	Md = 2,0 Rs = 34,1	.04	ns.	ns.	ns.	ns.
Selbstaufbau und Angstreduktion	Md= 1,8 Rs =21,6	Md = 1,9 Rs = 22,9	Md = 2,5 Rs = 45,3	Md = 2,2 Rs = 30,3	.000	ns.	.01	.02	ns
Gedankliche Weiterbeschäftigung und Aggression	Md= 2,7 Rs =37,4	Md = 2,5 Rs = 37,6	Md = 1,4 Rs = 12,5	Md = 2,0 Rs = 24,4	.000	.005	.012	.006	.04
Soziale Unterstützung und Situationskontrolle	Md=1,9 Rs =18,8	Md = 2,6 Rs = 29,9	Md = 2,5 Rs = 29,8	Md = 2,5 Rs = 31,3	ns.	ns.	ns.	ns.	ns.
Anmerkung: Hohe Werte bedeuten, daß die Copingstrategie häufig angewendet wird; Md=Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen.									



**Ergänzung zu Abbildung 18:** Dargestellt sind die Copingstrategien, bei denen sich beim paarweisen Vergleich der 3 Subgruppen, d.h. zwischen den autoaggressiv-depressiven (2), den verleugnenden (3) und den flexiblen (4) MC.-Patienten, ein signifikanter Unterschied ergeben hat. Die signifikanten Unterschiede sind mit (\*) markiert.

	statistischer Vergleich zwischen den Subgruppen 2,3,4		
	2 versus 3	2 versus 4	3 versus 4
<b>Copingform</b>			
Bagatellisierung	*		
Herunterspielen durch Vergleich mit anderen	*	*	*
Suche nach Selbstbestätigung	*		
Positive Selbstinstruktion	*	*	*
Fluchttendenz	*	*	
Soziale Abkapselung		*	
Gedankliche Weiterbeschäftigung	*	*	
Resignation	*	*	
Selbstbemitleidung	*	*	
Selbstbeschuldigung	*	*	
Aggression	*	*	*

**Tabelle 61:** Selbstbehauptendes Copingverhalten in sozialen Konfliktsituationen. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der Projektstudie

	Untergruppen				statistischer Vergleich			
	1.Rest-gruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/3	1/4	2/3	2/4
Fallzahl	N = 7	N = 22	N = 10	N = 17				
Fordern können	Md = 2,1 Rs = 20,6	Md = 2,5 Rs = 18,9	Md = 3,6 Rs = 42,9	Md = 3,5 Rs = 34,9	.026	.08	.000	.001
Nein-sagen können	Md = 2,0 Rs = 18,6	Md = 2,5 Rs = 21,6	Md = 3,8 Rs = 40,8	Md = 3,1 Rs = 33,4	.016	.04	.005	.012
Anmerkung: Hohe Werte bedeuten, daß es den Ptn. gut gelingt, sich durchzusetzen; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen								

**Tabelle 62:** Introspektionsfähigkeit in Beziehung zu den Untergruppen. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der Projektstudie

	Untergruppen				statistischer Vergleich				
	1.Rest- gruppe	2.autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleug- nende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2	1/3	2/3	2/4	3/4
Fallzahl	N = 8	N = 25	N = 12	N = 19					
Introspek- tions- fähigkeit	Md = 4,2 Rs = 40,6	Md = 2,9 Rs = 21,0	Md = 6,2 Rs = 55,5	Md = 3,7 Rs = 29,6	.005	.025	.000	0,7	.000
Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine geringe Introspektionsfähigkeit an; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen									

### 11.2.6 Psychotherapeutische Ansprechbarkeit

**Tabelle 63:** Laienätiologie und Einstellung zur Psychotherapie in Beziehung zu den Subgruppen. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der Projektstudie

	Untergruppen				statistischer Vergleich				
	1.Rest- gruppe	2.autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleug- nende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/3	2/4	2/3	3/4	
Fallzahl	N = 6	N = 18	N = 6	N = 14					
Laien- ätio- logie	Md = 33,0 Rs = 30,2	Md = 31,0 Rs = 26,7	Md = 21,5 Rs = 7,3	Md = 29,0 Rs = 20,3	.013	ns.	.001	.02	
Einstel- lung zur Psycho- therapie	Md = 71,0 Rs = 24,3	Md = 73,8 Rs = 29,9	Md = 53,7 Rs = 6,3	Md = 63,6 Rs = 17,8	.017	.004	.000	.01	
Anmerkung: Hohe Werte verweisen auf eine psychologisch ausgerichtete Laienätiologie und eine positive Einstellung zur Psychotherapie; Md=Median; Rs=Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen									

**Tabelle 64:** Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit zu verschiedenen Behandlungszeitpunkten, gesehen aus der Perspektive des Therapeuten. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der multizentrischen Studie

	Untergruppen			statistischer Vergleich			
	1.autoaggressiv-depressive Ptn	2.verleugnende Ptn.	3.flexible Ptn.	2/3	2/4	3/4	2/3/4
Fallzahl	N=23	N= 8	N= 13				
Erfolgseinschätzung nach der 3. Sitzung	Md = 4,0 Rs = 25,6	Md = 3,4 Rs = 18,7	Md = 4,2 Rs = 21,2	ns.	ns.	ns.	ns.
Beziehungsbewertung nach der 3. Sitzung	Md = 4,5 Rs = 25,6	Md = 4,0 Rs = 18,7	Md = 4,25 Rs = 21,2	ns.	ns.	ns.	ns.
Erfolgseinschätzung vorletzte Sitzung	Md = 4,5 Rs = 24,8	Md = 3,7 Rs = 12,1	Md = 4,2 Rs = 24,3	.009	ns.	.05	.04
Beziehungsbewertung vorletzte Sitzung	Md = 4,8 Rs = 25,4	Md = 3,8 Rs = 10,9	Md = 4,5 Rs = 23,0	.006	ns.	.03	.017

Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine positive Bewertung der therapeutischen Beziehung oder des therapeutischen Erfolges an; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen

**Tabelle 65:** Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit zu verschiedenen Behandlungszeitpunkten, gesehen aus der Perspektive des Patienten. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der multizentrischen Studie

	Untergruppen			statistischer Vergleich		
	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	2/3	3/4	2/3/4
Fallzahl	N = 23	N = 8	N = 12			
Erfolgseinschätzung nach der 3. Sitzung	Md = 4,4 Rs = 23,65	Md = 4,2 Rs = 20,4	Md = 4,2 Rs = 21,6	ns.	ns.	ns.
Beziehungsbewertung nach der 3. Sitzung	Md = 5,0 Rs = 24,8	Md = 4,7 Rs = 18,9	Md = 4,9 Rs = 21,7	ns.	ns.	ns.
Erfolgseinschätzung vorletzte Sitzung	Md = 4,5 Rs = 19,8	Md = 4,5 Rs = 17,1	Md = 4,7 Rs = 23,8	ns.	ns.	ns.
Beziehungsbewertung vorletzte Sitzung	Md = 5,1 Rs = 21,5	Md = 4,4 Rs = 12,6	Md = 5,3 Rs = 24,8	.08	.02	.06

Anmerkung: Hohe Werte zeigen eine positive Bewertung der therapeutischen Beziehung oder des therapeutischen Erfolges an; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen

## 11.2.7 Objektbeziehungen

**Tabelle 66:** Durchlässigkeit im Kontakt bei den Ptn. der Untergruppen. Ergebnisse der Fremdeinschätzung. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der Projektstudie

	Untergruppen				statistischer Vergleich			
	1.Rest- gruppe	2.autoaggressiv -depressive Ptn.	3.verleug- nende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2	2/3	4/3	1/4
Fallzahl	N = 8	N = 24	N = 11	N = 19				
Durchlässig- keit im Kon- takt	Md = 29,4 Rs = 44,7	Md = 22,6 Rs = 20,5	Md = 29,7 Rs = 52,1	Md = 4,6 Rs = 27,8	.003	.0000	.0001	.012

Anmerkung: Niedrige Werte zeigen eine hohe Durchlässigkeit im Kontakt an; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen.

**Tabelle 67:** Durchlässigkeit im Kontakt bei den Patienten der Untergruppen. Ergebnisse der Selbsteinschätzung. Nonparametrische Kennwerte. Daten der Projektstudie

	1.Restgruppe	2.autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.
Fallzahl	N = 8	N = 21	N = 10	N = 17
Durchlässig- keit im Kon- takt	Md = 25,0 Rs = 28,5	Md = 24,0 Rs = 29,5	Md = 26,0 Rs = 32,3	Md = 22,0 Rs = 23,6

Anmerkung: Niedrige Werte zeigen eine hohe Durchlässigkeit im Kontakt an; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen.



**Tabelle 68:** Wahrgenommene soziale Unterstützung in Beziehung zu den Subgruppen. Non-parametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der multizentrischen- und der Projektstudie

	Untergruppen				statistischer Vergleich			
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/3	1/4	2/3	2/4
Projektstudie								
Fallzahl	N = 7	N = 23	N = 10	N = 18				
wahrgen. soz. Unterstützung	Md = 3,5 Rs = 17,6	Md = 4,1 Rs = 24,9	Md = 4,3 Rs = 34,5	Md = 4,4 Rs = 37,3	.056	.02	ns.	.012
multizentrische Studie								
Fallzahl	N = 5	N = 33	N = 18	N = 25				
wahrgen. soz. Unterstützung	Md = 4,1 Rs = 28,3	Md = 4,1 Rs = 32,2	Md = 4,6 Rs = 45,8	Md = 4,7 Rs = 51,7	.07	.04	.04	.003
Anmerkung: Hohe Werte zeigen ein hohes Maß wahrgenommener sozialer Unterstützung an; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen.								

**Tabelle 69:** Bewertung der Elternobjekte und des Partners in Relation zu dem Bild des Wunschpartners. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der Projektstudie

	Untergruppen			
	1.Restgruppe	2.autoaggressiv-depressive Ptn.	3.verleugnende Ptn.	4.flexible Ptn.
Fallzahl	N = 6	N = 22	N = 8	N = 19
Mutter-Wunschpartner	Md = 1,3 Rs = 33,8	Md = 1,12 Rs = 32,1	Md = 0,84 Rs = 22,4	Md = 0,87 Rs = 23,8
Vater-Wunschpartner	Md = 1,1 Rs = 23,7	Md = 1,0 Rs = 27,6	Md = 1,0 Rs = 25,0	Md = 1,16 Rs = 28,3
Fallzahl	N = 5	N = 22	N = 4	N = 19
Partner-Wunschpartner	Md = 0,56 Rs = 19,6	Md = 0,82 Rs = 27,9	Md = 1,0 Rs = 32,2	Md = 0,7 Rs = 22,8
Anmerkung: Niedrige Werte zeigen eine positive Bewertung an; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen				

**Tabelle 70:** Die narzißtische Beziehung zu den Elternobjekten und dem Partner. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der Projektstudie

	Untergruppen				statistischer Vergleich		
	1.Rest- gruppe	2.autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleug- nende Ptn.	4.flexible Ptn.	1/2/3/4	2/4	2/3
Fallzahl	N = 6	N = 22	N = 8	N = 19			
Mutter- Selbstbild	Md = 1,2 Rs = 34,0	Md = 1,02 Rs = 34,2	Md = 0,84 Rs = 22,6	Md = 0,75 Rs = 21,2	.005	.006	.05
Vater- Selbstbild	Md = 1,2 Rs = 38,3	Md = 1,02 R = 28,9	Md = 0,86 Rs = 18,7	Md = 0,93 Rs = 24,7	ns.	ns.	ns.
Fallzahl	N = 5	N = 22	N = 4	N = 19			
Partner- Selbstbild	Md = 1,0 Rs = 27,8	Md = 0,86 Rs = 25,6	Md = 1,1 Rs = 28,0	Md = 0,86 Rs = 24,3	ns.	ns.	ns.
Anmerkung: Niedrige Werte zeigen eine positive Bewertung an; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen.							

**Tabelle 71:** Die narzißtische Beziehung zu Vater und Mutter, zusammenfassend betrachtet als elterliches System. Nonparametrische Kennwerte und Ergebnisse des statistischen Vergleichs zwischen den Untergruppen. Daten der Projektstudie

	Untergruppen				statistischer Vergleich		
	1.Rest- gruppe	2.autoaggressiv- depressive Ptn.	3.verleug- nende Ptn.	4. flexible Ptn.	1/4	2/4	2/3
Fallzahl	N = 6	N = 21	N = 8	N = 18			
Eltern- system/ Selbstbild	Md = 1,2 Rs = 38,0	Md = 0,99 Rs = 33,9	Md = 0,88 Rs = 20,4	Md = 0,80 Rs = 21,3	.026	.012	.004
Anmerkung: Niedrige Werte zeigen eine positive Bewertung an; Md = Median; Rs = Rangsummenwert beim Vergleich der in der Tabelle eingetragenen Untergruppen.							

## 11.3 Forschungsinstrumente

### 11.3.1 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (LEZU)

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden Sie während der letzten zwei Wochen vor Aufnahme ins Krankenhaus bzw. vor Wahrnehmung des ambulanten Termins mit verschiedenen Bereichen Ihres Lebens waren.

Ich war mit meine/-r/-n/-m	sehr zufrieden	eher zufrieden	weder noch	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Körperlichen Verfassung					
Geistigen Verfassung					
Tatkraft					
Gesundheit insgesamt					
Arbeit in Beruf / Haushalt					
Finanziellen Situation					
Freizeitaktivitäten					
Selbständigkeit im Alltag					
Alltagsleben insgesamt					
Umgang mit Krankheit					
Fähigkeiten					
Selbstwertgefühl					
Person insgesamt					
Zusammenleben in Ehe / Partnerschaft					
Sexuellen Aktivität					
Familienleben					
Stellung in der Familie					
Kontakt zu Freunden / Bekannten					
Anzahl der Freunde und Bekannten					
Beziehungen zu anderen Menschen					
Medizinischen Behandlung					

### 11.3.2 Der Standardisierte Aggressionsfragebogen (SAF)

Versuchen Sie bitte, bei den nachfolgenden Aussagen zu entscheiden, wieweit die Feststellungen auf Sie zutreffen. Sind Sie der Meinung, eine Aussage stimmt völlig, so kreuzen Sie bitte das Feld unter "stimmt völlig" (ganz rechts "5") an. Sind Sie hingegen der Ansicht, das Gesagte „stimmt gar nicht“, so kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld unter "stimmt gar nicht" (ganz links "1") an. Dazwischen stehen weitere Abstufungen zur Verfügung. Versuchen Sie bitte möglichst spontan zu antworten, und lassen Sie bitte keine Aussage aus.

	stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teilwei- se	stimmt weit- gehend	stimmt völlig
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Ich habe manchmal das Gefühl, daß andere über mich lachen.					
Ich bin häufig mit mir selbst unzufrieden.					
Ich gehe mir leicht selbst auf die Nerven.					
Ich neige dazu, mich in Situationen zu bringen, die mir selbst schaden.					
Manchmal finde ich, daß ich überhaupt nichts wert bin.					
Wenn man mich angreift, kann ich mich nicht wehren, wie ich möchte.					
Ich könnte mir manchmal die Haare einzeln ausreißen.					
Am schlimmsten muß ich mit mir selbst kämpfen.					
Ich wäre heute viel weiter, wenn ich besser meine Ellbogen gebrauchen könnte.					
Ich habe öfter mit einer Sache aufgehört, weil ich mir nicht genügend zutraute.					
Es gibt viele Situationen, da ärgere ich mich über mich selbst am meisten.					
Ich fühle mich nutzlos.					

### 11.3.3 Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ), Angaben des Patienten

Anmerkung: Die kursiv gedruckten Fragen repräsentieren die Items der Skala „Beziehungszufriedenheit“, die übrigen Fragen werden in der Skala „Erfolgsszufriedenheit“ zusammengefaßt.

#### Fragebogen zum Therapieverlauf

Sie finden unten eine Anzahl von Möglichkeiten aufgeführt, wie sich eine Person in Beziehung zu einer anderen Person fühlen oder verhalten mag. Ziel dieses Fragebogens ist, daß Sie ihre gegenwärtige Beziehung zu ihrem Therapeuten anhand dieser aufgeführten Möglichkeiten beurteilen. Prüfen Sie bitte daher jede Möglichkeit daraufhin, wie sehr Sie diese in Ihrer Beziehung zu ihrem Therapeuten für zutreffend bzw. für nicht zutreffend halten. Bitte geben Sie ohne Ausnahme zu jeder Möglichkeit ihr Urteil ab. Die Bewertung erfolgt in den Abstufungen:

1. Ja ich halte dies für sehr zutreffend
2. Ja ich halte dies für zutreffend
3. Ja ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend
4. Nein ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend bzw. für eher unzutreffend als zutreffend
5. Nein ich halte dies für unzutreffend
6. Nein ich halte dies für sehr unzutreffend

	1	2	3	4	5	6
<i>1. Ich glaube, daß mein Therapeut mir hilft</i>						
2. Ich glaube, daß mir die Behandlung hilft						
3. Ich habe einige neue Einsichten gewonnen						
4. Ich fühle mich seit kurzem besser						
5. Ich kann bereits absehen, daß ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam						
<i>6. Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können</i>						
<i>7. Ich habe das Gefühl, daß mich der Therapeut versteht</i>						
<i>8. Ich habe das Gefühl, daß der Therapeut möchte, daß ich meine Ziele erreiche</i>						
<i>9. Ich habe das Gefühl, daß ich wie auch der Therapeut ernsthaft an einem Strang ziehen</i>						
<i>10. Ich glaube, daß ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen</i>						
11. Ich habe das Gefühl, daß ich mich jetzt besser verstehen und mich selbständig mit mir auseinandersetzen kann (d.h. auch dann, wenn ich mit dem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe)						

12. Schätzen Sie bitte ein, wie sehr es Ihnen im Vergleich zum Behandlungsbeginn besser geht.

gar nicht	leicht	viel	mäßig	sehr viel (gebessert)
1	2	3	4	5

13. Falls Sie „gar nicht“ (=1) angekreuzt haben, hat sich Ihr Befinden möglicherweise verschlechtert? (Bitte Zahl ankreuzen)

gar nicht	leicht	viel	mäßig	sehr viel (verschlechtert)
1	2	3	4	5

### 11.3.4 Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ), Angaben des Therapeuten

Anmerkung: Die kursiv gedruckten Fragen repräsentieren die Items der Skala „Beziehungszufriedenheit“, die übrigen Fragen werden in der Skala „Erfolgszufriedenheit“ zusammengefaßt. Die Skalierung der Items entspricht der vorgenannten Skalierung des HAQ-Fragebogens für den Patienten.

	1	2	3	4	5	6
<i>1. Ich habe den Eindruck, daß ich meinem Patienten helfen kann</i>						
2. Ich habe den Eindruck, daß die Behandlung meinem Pt. hilft						
3. Ich habe den Eindruck, daß mein Pt. einige neue Einsichten gewonnen hat						
4. Ich habe den Eindruck, daß sich mein Pt. seit kurzem besser fühlt						
5. Ich habe den Eindruck, daß mein Pt. vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er in Behandlung ist						
<i>6. Ich habe den Eindruck, daß sich mein Pt. auf mich verläßt</i>						
<i>7. Ich habe den Eindruck, daß sich mein Pt. von mir verstanden fühlt</i>						
<i>8. Ich habe den Eindruck, daß mein Pt. von mir glaubt, daß ich mich für die Erreichung seiner Ziele einsetze</i>						
9. Ich habe den Eindruck, daß mein Patient mit mir ernsthaft an einem Strang zieht						
10. Ich habe den Eindruck, daß mein Patient sein Problem ähnlich wie ich sieht und beurteilt						
11. Ich glaube, daß mein Patient sich jetzt selbst verstehen und sich selbständig mit seinen Problemen auseinandersetzen kann (d.h. auch dann, wenn er mit mir keine weiteren Gespräche mehr hat)						

### 11.3.5 Fremdrating: Verhalten im Interview (VHI)

Jedes der folgenden Verhaltensmerkmale soll für sich alleine beurteilt werden. Der Urteiler soll seine Einschätzung jeweils möglichst unabhängig von seinen vorausgegangenen Einschätzungen vornehmen. Die Merkmale sind als Gegensatzpaare beschrieben. Der Urteiler soll zunächst entscheiden, zu welcher Seite das beobachtbare Verhalten des Probanden mehr tendiert. Eine mittlere Kategorie, d.h. ein unentschiedenes Urteil, ist nicht vorgesehen. Der Urteiler muß also eine Tendenz festlegen. Daran anschließend soll der Urteiler bestimmen, wie sehr das Verhalten in die eine oder andere Richtung ausgeprägt ist. Der Urteiler kann dabei zwischen folgenden Ausprägungen wählen:

- 3= das Merkmal liegt in starker Ausprägung vor, springt unmittelbar ins Auge, ist beherrschend, nicht zu übersehen, allgegenwärtig;
- 2= das Merkmal liegt deutlich ausgeprägt vor; fällt auf, ist deutlich spürbar, ohne das Verhalten völlig zu dominieren;
- 1= das Merkmal ist leicht, dezent ausgeprägt, fällt nur bei genauerer Beobachtung auf, ist nur manchmal vorhanden.

Wenn keine Zuordnung des beobachteten Verhaltens möglich ist, wird die Kategorie nicht beurteilbar markiert. Diese Kategorie soll nur gewählt werden, wenn keine Information vorliegt, auf die sich die Einschätzung beziehen kann. Unsicherheit bezüglich der zu beurteilenden Verhaltenstendenz soll nicht durch die Wahl dieser Kategorie gelöst werden. Im folgenden soll beurteilt werden, wie sich der Proband dem Gespräch über seine psychosoziale Situation stellt, wie er sich in dem Gespräch mit dem Interviewer (IN.) mit Problemen und Belastungen auseinandersetzt, die in seinem Leben deutlich werden.

Emotional beteiligt	Emotional distanziert
Der Pb. zeigt in bestimmten Momenten des Gespräches Betroffenheit, ist bewegt, traurig (weint), freudig (lacht), ärgerlich, usw.	Die Stimmung schwingt nicht mit dem Inhalt mit, ist sachlich, unmoduliert, neutral; oder der Pb. ist immer lustig, auch wenn der Inhalt eine andere Emotion erwarten ließe.
3                      2                      1	1                      2                      3
nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>	

Kritisch entwertend zu einer psychologischen Sichtweise eingestellt	Positiv zu einer psychologischen Sichtweise eingestellt
Der Proband (Pb.) bringt zum Ausdruck, daß er von einer psychologischen Sicht der Dinge nichts hält; oder daß die psychologische Herangehensweise Scharlatanerie oder Unfug sei; oder mehr Schaden als Nutzen bringe; oder wirkungslos sei.	Der Pb. bringt zum Ausdruck, daß er eine psychologische Betrachtung seiner Problematik positiv bewertet, schätzt, hilfreich ... empfindet; oder zumindest nicht ablehnt; daß sie möglicherweise interessant sein könnte; oder er kann sich darauf einlassen, auch wenn er noch nicht weiß, was es ihm bringen wird.

<p><b>Normalitätsorientiert</b></p> <p>Der Pb. betont seine Normalität. Antworten auf Fragen des In. werden inhaltlich nicht genauer ausgeführt, sondern mit der Feststellung beantwortet, daß dieses oder jenes ganz normal sei (eine normale Kindheit, normale Ehe ...); oder der Pb. scheint großen Wert darauf zu legen, daß es in seinem Verhalten und Erleben keine Abweichungen von der Normallinie gibt.</p>	<p><b>Ambiguitätstolerant</b></p> <p>Der Pb. benennt Diskrepanzen oder innere Konflikte. Er ist selbstkritisch. Er kann Abweichungen zwischen seinen idealen Verhaltensnormen und seinem tatsächlichen Verhalten wahrnehmen. Er ist weniger darauf konzentriert, ob das was er tut normal ist, es geht ihm eher darum, wie er mit seinen Problemen fertig wird.</p>
<p><b>Harmonisierend</b></p> <p>Konflikte, d.h. unterschiedliche Meinungen, Bedürfnisse, Einstellungen, <i>in der Interaktion mit anderen bedeutsamen Menschen</i>, werden nicht wahrgenommen. Wenn der In. eine Diskrepanz benennt, wird sie verneint, heruntergespielt, minimiert. Der Pb. betont, daß er mit Allen für ihn <i>wichtigen</i> Menschen gut auskomme, sich mit allen verstehe, daß alle das Gleiche wollten und dächten.</p>	<p><b>Nimmt Konflikte wahr</b></p> <p>Konflikte, d.h. unterschiedliche Meinungen, Bedürfnisse, Einstellungen, <i>in der Interaktion mit anderen wichtigen Menschen</i>, werden wahrgenommen oder zugestanden. Konflikte können, aber sie müssen nicht in Streitereien ausarten. Für die Wahl dieser Kategorie ist nicht der handelnde Umgang mit den Konflikten bedeutsam, sondern daß sie überhaupt wahrgenommen werden.</p>
<p><b>Flexibel</b></p> <p>Der Pb. läßt sich durch das Gespräch anregen, begreift Gedanken und Fragen des In. als Angebot, um seine Situation einmal aus einer anderen Perspektive zu betrachten.</p>	<p><b>Starr</b></p> <p>Der Pb. vermittelt ein festgefügtes Bild. Gedanken des In., die dieses Bild in Frage stellen, werden korrigiert, richtiggestellt. Der Pb. läßt sich nicht darauf ein, eine Situation probeweise einmal anders zu betrachten.</p>
<p><b>Innenwahrnehmung</b></p> <p>Der Pb. berichtet über Gedanken und Gefühle, die eine Situation bei ihm ausgelöst hat. Dadurch wird klar, was diese Situation für ihn bedeutet, was ihm persönlich dabei wichtig war.</p>	<p><b>Konkretistisch</b></p> <p>Der Pb. haftet am konkreten Ereignis, das u.U. ausführlich erzählt wird, ohne auf die persönliche Bedeutung der Situation einzugehen. Der Urteiler erfährt u.U. vieles über das sachliche Geschehen, aber kaum etwas über die zugehörigen Gedanken und Emotionen.</p>
<p><b>Im Gespräch entspannt</b></p> <p>Abgesehen von einer vielleicht anfänglichen Aufgeregtheit entwickelt sich das Gespräch in einer entspannten Atmosphäre. Der Pb. kann seine Erzählung ausbreiten, ohne den Interviewer mit Informationen zu überfluten. Der Pb. wirkt weder gehetzt noch entsteht der Eindruck, er wolle das Gespräch schnell hinter sich bekommen.</p>	<p><b>Im Gespräch gespannt getrieben</b></p> <p>Der Pb. ist aufgereggt, angespannt, redet schnell; oder es kann der Eindruck entstehen, daß er das Interview schnell hinter sich bringen will. Es kann häufiger zu simultanem Sprechen kommen; oder Fragen werden reflexartig und hastig beantwortet; oder der Pb. überflutet den Hörer so sehr mit Informationen, daß es dem In. kaum gelingt, in den Redefluß mit seinen Fragen einzuhaken.</p>



Verschlossen	Offen
<p>Der In. muß das Gespräch durch kontinuierliches Nachfragen in Gang halten. Werden keine Fragen gestellt, gerät der Gesprächsfluß ins Stocken. Den beständigen Nachfragen des In. können knappe Antworten des Pb. folgen, die auf eine Bejahung oder Verneinung reduziert sind. Es entsteht der Eindruck, daß der In. jede Information mühsam aus dem Pb. herausholen muß.</p>	<p>Der Pb. berichtet spontan. Nachfragen des In. dienen primär dazu, ein neues Thema einzuführen oder einen Aspekt ausführlicher zu erkunden. In machen Fällen kann der Eindruck entstehen, daß der Pb. ein starkes Mitteilungsbedürfnis hat.</p>

Selbstexploration	Undurchlässigkeit
<p>Der In. interpretiert, deutet ein Verhalten, z.B. indem er einen Zusammenhang zwischen einem aktuellen Verhalten und einer früheren Lebenssituation herstellt; oder ein Verhalten als Selbstschutz deklariert; oder ein Motiv postuliert... Durch diese Intervention wird der Pb. zu einer vertieften Selbstexploration ange-regt.</p>	<p>Interpretierende oder konfrontierende Äußerungen werden von dem In. nicht gemacht. Wenn solche Interventionen vorkommen, führen sie nicht zu einer Vertiefung der Selbstexploration, sie werden vom Pb. übergangen oder einfach zurückgewiesen.</p>

Nicht belastbar im Gespräch	Belastbar im Gespräch
<p>Der Pb. wirkt während des Gespräches wenig belastbar, er ist unsicher, nervös. Für die Beurteilung der Kategorie ist auch das manifeste Verhalten des In. wichtig, das hier als Gegenübertragungsreaktion verstanden wird. Es entsteht der Eindruck, daß der In. an bestimmten Stellen des Interviews das nähere Nachfragen unterlassen hat, weil dies den Pb. zu sehr unter Druck gebracht hätte. Der In. macht Bemerkungen, die den Pb. emotional stützen, beruhigen, bestätigen.</p>	<p>Der Pb. scheint belastbar. Das schließt nicht aus, daß er emotional bewegt ist, wenn ein entsprechendes Thema angesprochen wird. Die emotionale Betroffenheit klingt aber nach einiger Zeit wieder ab. Der In. fragt in direkter, unverblümter Weise nach, konfrontiert den Pb. mit seinen Eindrücken oder auch Widersprüchen, die er bemerkt hat. Der In. macht keine Interventionen, um den Pb. besonders zu stützen.</p>

Anklagend fordernd	Eigenaktiv
<p>Der Pb. beklagt sich in vielerlei Hinsicht, z.B. über das Verhalten des Partners, über die unangemessene med. Behandlung, über verständnislose Arbeitgeber usf. Eine Veränderung der Situation sieht er in einem veränderten Verhalten seiner Umwelt. Eigene Aktivitäten zur Situationskontrolle werden nicht in Betracht gezogen oder konzentrieren sich darauf, die anderen für die Lösung der Probleme zu mobilisieren. Die hauptsächliche Verantwortung wird den Anderen zugeschoben.</p>	<p>Der Pb. zeigt sich eher zufrieden mit dem Verhalten anderer Personen. Er anerkennt zumindest, daß Andere sich bemühen, auch wenn ihr Verhalten nicht seinen Erwartungen entspricht. Wenn ihn eine Situation belastet, sucht er nach Lösungsmöglichkeiten, überlegt was auch er selbst zur Verbesserung der Situation beitragen kann. Er übernimmt zumindest einen Teil der Verantwortung für die Lösung der Problemsituation.</p>

<b>Problemverleugnung</b>	<b>Problembewußtsein</b>
Der Pb. berichte über Situationen, die nach menschlichem Ermessen eine Belastung darstellen, z.B. den Verlust eines Partners, Operationen, eingreifende medizinische Untersuchungen, Einsamkeit, Geldsorgen, usw. Die Belastung wird von dem Pb. heruntergespielt, bagatellisiert. Der Pb. gibt an, daß er mit der Situation ganz problemlos fertig geworden sei. Obwohl der Pb. aus der Sicht des Urteilers in einer bedrückenden Lebenssituation sein kann, wird von dem Pb. dargelegt, daß er mit dem Problemen locker fertig geworden ist.	Der Pb. berichtet über Situationen, die nach menschlichem Ermessen eine Belastung darstellen. Diese Belastung wird vom Pb. wahrgenommen. Der Pb. kann dies auf klagende Weise tun oder auch in einem nüchtern distanzierten Ton berichten. Es wird aber deutlich, daß er die Belastung wahrnimmt. Er mag das Problem bewältigt haben oder weiterhin damit kämpfen. Auch bei einer geglückten Lösung wird deutlich, daß eine Anstrengung damit verbunden war.

<b>Isoliert</b>	<b>Kontaktfreudig</b>
Der Pb. geht Kontakten und Beziehungen aus dem Wege oder er beschränkt sich in seinen Kontakten auf die Herkunftsfamilie und /oder auf seine Partnerbeziehung. Auch hier kann er sich distanziert verhalten. Er wirkt einzelgängerisch, er beschreibt sich als jemand, der andere Menschen nicht braucht. Geselligkeit wird eher abgelehnt oder entwertet. In der Freizeit konzentriert er sich eher auf Hobbys, die er ohne den Kontakt zu anderen Menschen pflegen kann.	Der Pb. sucht Kontakt und Anschluß an andere Menschen auch außerhalb seiner unmittelbaren Herkunftsfamilie und seiner Partnerschaft. In der Partnerschaft sucht er zumindest zeitweise nach Nähe. Auch wenn es ihm schwer fallen mag, von sich aus auf andere Menschen zuzugehen, so ist er doch interessiert, wenn andere freundlich auf ihn zukommen.

<b>Differenzierte Innenwahrnehmung</b>	<b>Gering differenzierte Innenwahrnehmung</b>
Der Pb. berichtet in differenzierter Weise über Gedanken und Gefühle, die eine Situation bei ihm ausgelöst hat. Er benennt im Laufe des Gespräches verschiedene Gefühle: Ärger, Trauer, Freude, Enttäuschung, usw. Es wird klar, was die Situation für den Pb. bedeutet hat. Man gewinnt ein plastisches, differenziertes Bild der Beziehungen, die der Pb. zu anderen Menschen, seiner Arbeit usw. unterhält.	Der Pb. benennt Gedanken und Gefühle, die eine Situation bei ihm ausgelöst hat nur ansatzweise. Die Beschreibung des innerlich Erlebten ist wenig differenziert. Der Pb. unterscheidet kaum zwischen verschiedenen Gefühlszuständen. Er ist mehr oder weniger auf ein stereotypes Erlebnismuster festgelegt; oder er kann Gefühle nicht differenziert benennen; oder er differenziert nur, ob etwas angenehm oder unangenehm war; anstelle von Gefühlen werden eher Körperempfindungen benannt: Anspannung, Unruhe, Unbehagen, Nervosität, Müdigkeit, usw.

### 11.3.6 Wochenberichtsbogen/ Projektstudie

Der Untersuchungstermin ist am: \_\_\_\_\_. Beginnen Sie bitte eine Woche vor dem Untersuchungstermin damit, den Wochenbericht auszufüllen.

Datum, Tag/Monat:							
Anzahl der (nicht geformten) Stühle							
Grad der Bauchschmerzen 0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark							
Allgemeinbefinden 0 = im allgemeinen gut 1 = nicht ganz gut 2 = schlecht 3 = sehr schlecht 4 = unerträglich							

## DANKSAGUNG

Diese Arbeit wurde in vielfältiger Weise durch ein interdisziplinäres Forschungsprojekt ange-regt, das unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. H. Feiereis angetreten war, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn Patienten empirisch zu überprüfen. Bei der Realisierung der randomisierten, kontrollierten Therapiestudie kooperierten vier universi-täre Zentren und ein Methodenzentrum<sup>1</sup>. Durch diese multizentrische Kooperation konnte eine umfangreiche Stichprobe gewonnen werden, von der die vorliegende Arbeit profitiert. Neben den inhaltlichen Anregungen, die ich der Mitarbeit in dem multizentrischen Forschungspro-jekt verdanke, gilt mein ganz besonderer Dank der großzügigen Bereitschaft der Forscher-gruppe, mir die Untersuchungsdaten, die in der multizentrischen Studie erhoben wurden, für die Bearbeitung der hier interessierenden Fragestellung zu überlassen.

Besonders danken möchte ich Herrn Prof. Dr. J. Scheer für die fundierte, persönliche Betreu-ung der Arbeit. Die Betreuung ließ mir einen großen Spielraum für eigene Wege und setzte dennoch einen verlässlichen Rahmen, der mir den Abschluß der Arbeit ermöglichte.

Für die fruchtbare inhaltliche Diskussion, die in verschiedenen Stadien der Arbeit wesentlich zur Klärung meiner Überlegungen beigetragen hat, habe ich besonders meiner damaligen Kollegin Frau Dipl. Psych. E. Schmelz-Schumacher sowie den damaligen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Zentrums für psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen zu danken, denen ich bei verschiedenen Gelegenheiten meine Arbeit zur Diskussion vorlegen durfte. Besonders nennen möchte ich in diesem Zusammenhang auch Herrn PD Dr. P. Möhring, der als kommissarischer Leiter des Gießener Zentrums die Studiengruppe mit seiner psychoanalytischen Kompetenz und klinischen Erfahrung befruchtet hat.

Den Morbus Crohn Patienten, die bei der Erhebung der multizentrischen Studie und bei der ergänzend erhobenen Projektstichprobe mitgewirkt haben, möchte ich ebenfalls danken. Ohne ihre Kooperationsbereitschaft in den umfangreichen und z.T. invasiven Untersuchungen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Zu danken habe ich auch Frau Prof. Dr. Dr. P. Netter für die wichtigen Hinweise bei der Endfassung des Manuskriptes. In diesem Zusammenhang möchte ich auch Herrn Dr. R. Stark danken, der als sorgfältiger und kritischer Leser manchen Fehler aufgedeckt hat und mir bei der Optimierung des graphischen Layouts mit seinen umfangreichen Computerkenntnissen hilfreich zur Seite gestanden hat.

Schließlich gilt mein herzlicher Dank meiner Lebenspartnerin Frau B. Endlicher, deren uner-müdlige liebevolle Bereitschaft mich zu entlasten und mich zur Fortsetzung der Arbeit zu ermuntern, mir die Kraft gegeben hat, die Arbeit zu einem guten Abschluß zu bringen.

---

<sup>1</sup> *Medizinische Universität zu Lübeck*: (ehemaliger Direktor Prof. Dr. H. Feiereis), Mitarbeiter: PD Dr. G. Jant-schek, PD Dr. F. Balck, Dr. J. v. Wietersheim, J. Buß-Ortmann. *Freie Universität Berlin, Klinikum Steglitz*: (Prof. Dr. H. H. Studt), Mitarbeiter: Prof. Dr. H.C. Deter, Dr. W. Keller, R. Dilig, R. Rohner. *Medizinische Kli-nik (Prof. Dr. E.U. Riecken)*, Mitarbeiter: Prof. Dr. Zeitz, Dr. M. Vallo-Wermes. *Justus-Liebig-Universität Gie-ßen*: Zentrum für psychosomatische Medizin (ehemaliger Direktor Prof. Dr. M. Wirsching, komm. Leiter 1990-1993 PD Dr. P. Möhring), Mitarbeiter: W.Osborn, E. Schmelz-Schumacher. *Medizinische Poliklinik (Prof. Dr. H.-U. Klör)*, Mitarbeiter: Dr. T. Linn, Dr. W. Doppl. *Albert- Ludwigs-Universität Freiburg*: Abteilung für Psy-chosomatik und Psychotherapie (Prof. Dr. M. Wirsching), Mitarbeiter: P. Scheib, Dr. K. Fritzsche. *Abteilung Innere Medizin II (PD Dr. J. Rasenack)*, Mitarbeiter: PD Dr. C. Spahmer. *Zentrum für methodische Betreuung von Therapiestudien (ZMBT) Heidelberg* (komm. Leiterin M. Pritisch), Mitarbeiter: S. Holzmeier.

## LEBENS LAUF

<b>07.10.57</b>			geboren in Frankfurt/M
<b>04.64</b>	bis	<b>07.69</b>	Besuch der Grundschule
<b>0.8.69</b>	bis	<b>0.7.77</b>	Besuch des Gymnasiums
<b>07.77</b>			Abitur
<b>11.77</b>	bis	<b>02.79</b>	Zivildienst
<b>10.79</b>	bis	<b>09.80</b>	Ausbildung zum Wirtschaftsdolmetscher für Französisch
<b>01.81</b>	bis	<b>10.88</b>	Studium der Psychologie
<b>10.88</b>			Examen zum Diplompsychologen
<b>03.89</b>	bis	<b>09.89</b>	Postgraduiertenpraktikum am Zentrum für psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität
<b>10.90</b>	bis	<b>02.90</b>	Honorarkraft im Rahmen der Erwachsenenbildung
<b>03.90</b>	bis	<b>08.96</b>	Wissenschaftlicher und therapeutischer Mitarbeiter am Zentrum für psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität
<b>0.7.90</b>	bis	<b>03.94</b>	Weiterbildung zum Paar- und Familientherapeuten
<b>01.91</b>	bis	<b>01.96</b>	Weiterbildung zum Verhaltenstherapeuten
<b>03.89</b>	bis	<b>11.96</b>	Weiterbildung zum tiefenpsychologischen Psychotherapeuten
<b>seit 07.96</b>			Klinischer Psychologe Psychotherapeut BDP
<b>seit 10.96</b>			Psychotherapeut in eigener Praxis
<b>seit 11.99</b>			Weiterbildung zum Psychoanalytiker DPV