

Aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg

Komm. Vorstand: Professor Dr. med. Dr. phil. H. Faller

**„Persönlichkeitsmerkmale bei Patienten mit chronisch-
entzündlichen Darmerkrankungen in der Rehabilitation.**

Eine kontrollierte Längsschnittstudie“

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von

Renate Sladkovic

aus Garmisch-Partenkirchen

Würzburg, April 2005

Referent: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller

Korreferent: Prof. Dr. med. M. Scheurlen

Dekan: Prof. Dr. G. Ertl

Tag der mündlichen Prüfung: 06. Dezember 2006

Die Promovendin ist Ärztin

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	ALLGEMEINE EINLEITUNG.....	1
1.2	SOMATIK.....	2
1.3	PSYCHOSOMATIK.....	4
2	FRAGESTELLUNG.....	20
3	METHODE.....	23
3.1	BETEILIGTE INSTITUTIONEN.....	23
3.2	DATENERHEBUNG.....	23
3.3	UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE.....	24
3.4	DATENAUSWERTUNG.....	30
4	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	32
4.1	SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN.....	32
4.2	MEDIZINISCHE DATEN.....	35
4.2.1	<i>Bisheriger Krankheitsverlauf.....</i>	35
4.2.2	<i>Behandlung in der Rehabilitationsklinik.....</i>	37
4.2.3	<i>Medikation und Krankheitsaktivität bei Patienten mit chronisch-Entzündlichen Darmerkrankungen (CED).....</i>	40
5	ERGEBNISSE.....	42
5.1	GIEßEN- TEST UND SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN.....	42
5.2	GIEßEN- TEST- VERGLEICH ZWISCHEN DEN DIAGNOSTISCHEN GRUPPEN.....	44
5.3	GIEßEN- TEST- VERGLEICH DER PATIENTEN MIT CHRONISCH- ENTZÜNDLICHEN DARMERKRANKUNGEN (CED) MIT DEN NORMWERTEN.....	46
5.4	GIEßEN- TEST- VERGLEICH ZWISCHEN MORBUS- CROHN- UND COLITIS- ULCEROSA- PATIENTEN.....	53
5.5	GIEßEN- TEST UND KRANKHEITSAKTIVITÄT.....	55
5.6	GIEßEN- TEST- VERLAUF VON BEGINN BIS ZUM ENDE DER REHABILITATION.....	57
6	DISKUSSION.....	60
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	69
8	LITERATUR.....	71
9	ANHANG.....	87
9.1	GIEßEN- TEST.....	87
9.2	CROHN'S DISEASE ACTIVITY INDEX (CDAI).....	92
9.3	BEEINTRÄCHTIGUNGS- SCHWERE- SCORE.....	93
9.4	PATIENTEN- DOKUMENTATIONSBOGEN.....	94
9.5	BASISDOKUMENTATION DES THERAPEUTEN BEI AUFNAHME.....	96
9.6	BASISDOKUMENTATION DES THERAPEUTEN BEI ENTLASSUNG.....	97
9.7	BASISDOKUMENTATION DES PFLEGEPERSONALS.....	98

1 Einleitung

1.1 Allgemeine Einleitung

In dieser Arbeit geht es um den Vergleich von Persönlichkeitsmerkmalen von Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) und Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen des Verdauungstrakts.

Unter dem Begriff der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) werden Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zusammengefasst, im Unterschied zu anderen Darm-entzündungen, deren Ursachen - zum Beispiel eine Infektion, Bestrahlung oder Ischämie - bekannt sind.

Schon früh wurde die psychosomatische Medizin auf diese beiden Erkrankungen aufmerksam, und es entstand eine kontroverse Diskussion über Persönlichkeitsmerkmale. Diese Diskussion soll in dieser Arbeit anhand der Literatur dargestellt werden, angefangen von der Darstellung der gefundenen Persönlichkeitsmerkmale, den Rückschlüssen von diesen Persönlichkeitsmerkmalen auf die Primärpersönlichkeit, dem Vergleich zwischen Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten anhand der Persönlichkeit, dem Zusammenhang zwischen Krankheitsaktivität und psychischem Befund bis hin zu dem Vergleich psychischer Auffälligkeiten mit anderen chronisch Kranken. Daraus sollen Hypothesen aufgestellt werden, die mit den Ergebnissen dieser Arbeit überprüft werden. Als Persönlichkeitsfragebogen wurde der Gießen-Test benutzt.

Die Arbeit beschäftigt sich mit einer Fragestellung aus der psychosomatischen Medizin. Vorab sollen jedoch die somatischen Aspekte der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen dargestellt werden, bevor dann die bisherige Forschung im Bereich der Psychosomatik beschrieben wird.

1.2 **Somatik**

Neben der Beschreibung der oft vielfältigen Symptomatik sollen auch die Theorien über Ursachen der CED und deren Behandlungsansätze in den Bereichen der Inneren Medizin und Chirurgie dargestellt werden.

Die folgende Darstellung orientiert sich an Friebel (1995), Schölmerich (2002) und Herold (2004).

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen können sich in jedem Alter manifestieren; der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen 20 und 40 Jahren. Die Inzidenz wird mit 3-4/100.000/Jahr angegeben, die Prävalenz liegt bei etwa 40/100.000.

Die Entzündungsausbreitung ist bei Morbus Crohn über den ganzen Verdauungstrakt möglich und die Entzündung kann sämtliche Schichten der Darmwand befallen, wodurch es zu Fistelbildung oder Stenosen kommen kann. Bei Colitis ulcerosa ist die Entzündung auf die Schleimhaut des Dickdarms beschränkt.

Bei Morbus Crohn kommen neben Abdominalschmerzen, Durchfällen, Flatulenz und Symptomen, die einer Appendizitis ähneln, auch extraintestinale Manifestationen vor, besonders an Haut, Gelenken, Augen und Leber. Weiter kann es zu Osteoporose als Nebenwirkung langjähriger Kortikoidmedikation kommen, Wachstumsstörungen im Kindesalter, Malabsorptionssyndromen mit Gewichtsverlust, Darmstenosen, Fisteln und anorektalen Abszessen. Seltene Spätkomplikation kann eine Amyloidose sein. Das Risiko für ein kolorektales Karzinom ist nicht wesentlich erhöht gegenüber der „Normalbevölkerung“ und kleiner als für Colitis ulcerosa; erhöht ist es bei starkem Kolonbefall und in lange bestehenden Fisteln.

Bei Colitis ulcerosa sind blutig-schleimige Durchfälle die Hauptsymptome, neben zum Teil kolikartigen Abdominalschmerzen. Extraintestinale Symptome sind seltener als bei Morbus Crohn. Komplikationen können sich ergeben durch massive Blutungen und toxischer Kolondilatation mit Perforationsgefahr. Wichtig ist, dass das Karzinomrisiko in Korrelation mit der Erkrankungsdauer und der Ausdehnung im Kolon erhöht ist, das kumulative

Karzinomrisiko liegt nach 20 Jahren bei 8%, nach 30 Jahren bei 18%. Die Tumorentstehung folgt einer Dysplasie-Karzinom-Sequenz mit Epitheldysplasien als Vorläufer des Karzinoms. Problematisch ist, dass die Dysplasien multilokulär im Bereich der entzündeten Darmschleimhäute entstehen und so auch bei einer Koloskopie makroskopisch oft nicht sicher erkannt werden können.

Der Verlauf ist bei beiden Erkrankungen überwiegend schubförmig, selten chronisch-kontinuierlich; bei Colitis ulcerosa kommt in 5 % der Fälle ein akut fulminanter Verlauf vor.

Hinsichtlich Ätiologie der Krankheiten, Auslösefaktoren eines Schubes und Therapie bestehen trotz vielfältiger Forschungsarbeit immer noch Unklarheiten. Einige Ansätze gehen in die Richtung, eine Störung des Immunsystems zum Beispiel im Rahmen einer Autoimmunerkrankung oder einer erhöhten Aktivität der T-Helferzellen auf dem Boden einer genetischen Disposition anzunehmen. Dafür spricht, dass bei etwa der Hälfte der Morbus Crohn-Patienten unterschiedliche Mutationen des sog. NOD2=CARD15-Gens auf Chromosom 16 gefunden wurden. Je nach Genotyp (heterozygot versus homozygot) ist das Risiko an Morbus Crohn zu erkranken 2,5- bis 100-fach erhöht. Andere beschäftigen sich mit der Frage nach einer ursächlichen Infektion, zum Beispiel einer Maserninfektion bei Morbus Crohn. Aber auch Umweltfaktoren wie bakterielle Flora, Nahrungsmittelbestandteile, Medikamente, Toxine und - mit einiger Sicherheit - frühkindliche Hygiene sind für die Manifestation der Erkrankungen von Bedeutung.

Bei beiden Erkrankungen können 3 pathogenetische Phasen unterschieden werden: durch noch unbekannte Auslöser werden lymphatische Zellen der Darmwand aktiviert, bei Morbus Crohn vorwiegend TH1-Lymphozyten, bei Colitis ulcerosa TH2-Lymphozyten; es werden Entzündungsmediatoren gebildet und es entstehen lokale Gewebsschädigungen mit Erosionen, Nekrosen und Ulzerationen.

Therapeutisch wird zum größten Teil konservativ mit Diät bei Nahrungsmittelunverträglichkeit und mit Medikamenten wie 5-Aminosalizylsäure, Antibiotika, Immunsuppressiva und Kortikoiden behandelt; neuerdings werden molekulare Therapiestrategien intensiv erforscht und teilweise bei schweren Krankheitsverläufen schon eingesetzt wie zum Beispiel Antikörper gegen den entzündungsfördernden

Tumornekrosefaktor-alpha (ein körpereigenes Zytokin). Andererseits werden auch alternative naturheilkundliche Therapiemöglichkeiten eingesetzt wie zum Beispiel Inhaltsstoffe von Weihrauch oder in derzeitigen Studien Eier vom Schweinepeitschenwurm. Zum anderen chirurgisch durch möglichst kleine Teilresektionen bei Morbus Crohn bis hin zur totalen Proktokolektomie bei Colitis ulcerosa entweder mit der Anlage eines Anus praeter oder einer kontinenzhaltenden ileoanalen Pouchanlage. Durch die totale Proktokolektomie ist die Colitis ulcerosa heilbar, im Gegensatz dazu ist Morbus Crohn bisher nicht heilbar.

1.3 Psychosomatik

Die Colitis ulcerosa wurde zum erstenmal im Jahre 1909 auf einem Kongress in London beschrieben, 1932 wurde Morbus Crohn als eigene Entität von drei Ärzten aus New York - als Ileitis regionalis - beschrieben, und nach dem ersten Autor dieser Veröffentlichung, nämlich Burrill B. Crohn, benannt. Eine frühere Beschreibung dieser Erkrankung - von 1913 - von einem schottischen Chirurgen namens T. K. Dalziel ist nicht so bekannt, so dass damals Morbus Crohn nicht als eigene Erkrankung anerkannt wurde (Friebel 1995).

Die oben erwähnten Beschreibungen der CED fielen in den USA in eine Zeit, in der Kenntnisse in der Psychoanalyse stark zunahmen und sich die Psychiatrie allgemein im Aufwind befand. Und so rückten diese Erkrankungen in den Blickpunkt der Psychosomatik, wo über eventuell ursächliche emotionale Gründe spekuliert wurde (Olden 1992).

Colitis ulcerosa wurde dann in der Schule von Alexander zu einer der sieben typischen psychosomatischen Krankheiten erklärt. Allerdings äußerte sich Alexander eher skeptisch hinsichtlich der Annahme ätiologisch bestimmender psychischer Einflüsse, schreibt aber, dass physiologische Mechanismen wahrscheinlich "durch den emotionalen Reiz in Gang gesetzt werden" (zit. n. Faller u. Kraus 1996).

Aronowitz und Spiro (1988) beschrieben den Auf- und Abstieg der psychosomatischen

Hypothese für Colitis ulcerosa: In den 30-er Jahren und später besonders durch F. Alexander gewannen die psychosomatischen Ideen zunehmend auch deshalb so an Bedeutung, weil man keine befriedigenden biomedizinischen Erklärungen hatte und die Therapiemöglichkeiten sehr begrenzt waren. Theoretische psychosomatische Modelle, dass Krankheitssymptome ein symbolischer Ausdruck für einen Konflikt oder die Persönlichkeit seien, konnten jedoch mit anerkannten wissenschaftlichen Methoden weder bewiesen noch entkräftet werden. In den späten 40-er Jahren verbesserten Kortikosteroide die Therapie der Colitis ulcerosa derart effektiv, dass sich der Enthusiasmus für psychosomatische Hypothesen verringerte. Durch Fortschritte in der biomedizinischen Forschung wurde dann in den 60-er Jahren die Theorie der Autoimmunerkrankungen populär, was zur Folge hatte, dass viele Erkrankungen, denen ein psychosomatischer Ursprung zugeschrieben wurde, nun als Autoimmunerkrankungen galten oder eine Multikausalität in Betracht gezogen wurde. Bei Morbus Crohn begann das Interesse der Psychosomatik später und war in den Ergebnissen weniger einheitlich, wenn es zum Beispiel um eine spezifische Primärpersönlichkeit ging. Die Bedeutung psychischer Anteile für die Genese der Erkrankung ist umstrittener (Federschmidt et al. 1995). Da jedoch die Ursachenforschung in der biomedizinischen Forschung ebenfalls noch kein eindeutiges Ergebnis erbrachte - man geht von einer genetischen Grundlage aus, zu der äußere Lebensumstände kommen müssen (Friebel 1995) -, wird in mehreren Bereichen weiter geforscht, um eventuelle psycho-somatische, aber auch somato-psychische Zusammenhänge zu finden.

Spezifitätshypothesen in der Psychosomatik

Am Anfang der Forschung der psychosomatischen Medizin standen Untersuchungen, in denen versucht wurde, psychosoziale Ursachen, d.h. bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder psychische Auffälligkeiten, herauszufinden; und zwar für Erkrankungen, die das Interesse der Psychosomatik zum Beispiel durch Fallberichte geweckt haben, unter anderem auch für die hier untersuchten chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Den weitesten Schritt in diese Richtung ging man mit den sogenannten Spezifitätshypothesen. In einer Übersichtsarbeit stellt Küchenhoff (1994) zwei

Spezifitätshypothesen vor, zitiert Empfehlungen für den heutigen Umgang mit diesen Hypothesen in der Praxis und versucht, eine Perspektive für die psychosomatische Medizin zu geben. Küchenhoff unterscheidet aus der Diskussion der 50-er Jahre eine "enge" und eine "weite" Spezifitätshypothese; eine "enge", nach der man annahm, dass eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur oder ein Konflikt zu einer bestimmten Krankheit führen, und eine "weite", nach der eine bestimmte Erkrankung durch ein Zusammentreffen von besonderer organischer Disposition - die Stern 1958 „organisches Entgegenkommen oder organische Minderwertigkeit“ nennt (zit. n. Küchenhoff 1994) -, bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen (Primärpersönlichkeit), der Lebensgeschichte und aktueller Belastungssituation entsteht. Das Problem hierbei war, dass Rückschlüsse auf die Primärpersönlichkeit nicht durchgeführt werden können, wenn eine Krankheit bereits besteht, da diese die Persönlichkeitsstruktur beeinflussen könnte. Außerdem gibt es noch kaum wissenschaftlich exakt nutzbare Verfahren, die die psychoanalytischen Ergebnisse eines Gespräches erfassen. Deshalb sind beide Spezifitätshypothesen empirisch nur schwer überprüfbar, wobei die erste Hypothese schon als widerlegt gelten kann. Küchenhoff zitiert aus den zwei folgenden Lehrbüchern der Psychosomatik Kommentare zur Spezifitätshypothese: Bräutigam, Christian und von Rad (1992; zit. n. Küchenhoff 1994) empfehlen, sich der Spezifitätshypothesen "pragmatisch-vermittelnd" zu bedienen, sich bewusst zu sein, dass es neben spezifischen auch unspezifische Krankheitsfaktoren gibt. Hoffmann und Hochapfel (1992; zit. n. Küchenhoff 1994) betonen, dass Zweifel einerseits berechtigt seien, da sich die Beschreibungen des vermeintlich "Spezifischen" für verschiedene Erkrankungen in der Psychosomatik sehr ähnlich sind, andererseits gäbe es die Erfahrung aus der täglichen Praxis, dass in einer "typischen" Beschreibung das Wesentliche einer Störung erfasst wird. Außerdem führen sie an, dass "letztlich jeder Konflikt zu jedem Störungsbild führen kann. Die Neurosewahl liegt beim einzelnen Individuum". Küchenhoff versucht weiter eine Perspektive für die psychosomatische Medizin aufzuzeigen mit dem neuen Begriff der "konstellativen Psychosomatik", deren Bausteine die Aufarbeitung der bisher geleisteten Forschungsarbeit, Verbesserungen der Forschungsmethodologie, die Initiierung von prospektiven Langzeitstudien zur Differenzierung prä- und post-morbider Persönlichkeit und die Vertiefung der Kooperation mit somatischen Fächern zur Erfassung der körperlich-

seelischen Wechselwirkungen sind.

Mit der Heidelberger Morbus-Crohn-Studie beschreibt Küchenhoff (1995) das biopsychosoziale Modell, das durch Einbeziehung dreier Ebenen, nämlich der biologischen, psychischen und sozialen, eine sehr komplexe Betrachtung des Menschen und seiner Erkrankungen gewährleistet. Somatopsychische Wechselwirkungen zeigten sich hinsichtlich Krankheitsdauer und -aktivität, die Untersuchung der Krankheitslokalisation brachte keine eindeutigen Ergebnisse hinsichtlich eines Zusammenhanges mit der Persönlichkeitsstruktur. Als psychologische Daten wurden Persönlichkeitsmerkmale und Copingverhalten in Zusammenhang mit der Schubdauer für das psychosomatische Modell benutzt. Depressive Merkmale und ein verleugnender, passiv resignativer Umgang wirkten sich negativ auf die Genesung aus, eine aktiv kämpferische Einstellung förderte die Genesung. Die Einbeziehung der sozialen Ebene zeigte, dass wichtige Bezugspersonen das Wohlergehen und die Zufriedenheit der Patienten unabhängig von der Krankheitsaktivität beeinflussten, d.h. hilfreiche Unterstützung durch den Partner oder Freunde verbesserten das Befinden bzw. verringerten die Belastung eines Krankheitsschubs.

Primärpersönlichkeit

In der psychosomatischen Forschung bemühte man sich, bei Patienten die Primärpersönlichkeit zu erschließen. Dafür sind prospektive Studien mit einer sehr großen Anzahl an zu Untersuchenden nötig, die Menschen erfassen, bei denen sich erst später eine Krankheit manifestiert und man somit die Primärpersönlichkeit wirklich feststellen könnte; diese sind jedoch kaum durchführbar.

Deshalb entwickelte sich der Ansatz in der Forschung, CED-Patienten sowohl in Zeiten der Remission als auch eines Schubes auf psychische Auffälligkeiten zu untersuchen (Paar 1988). So betrachtet man psychische Auffälligkeiten, die nur in der Remission oder sowohl in der Remission als auch in einem Schub vorhanden sind, als am ehesten zur

Primärpersönlichkeit zählend. Nicht zur Primärpersönlichkeit gehörend, sondern als krankheitsdependente Veränderung bezeichnet Feiereis (1986) dagegen die Depressivität, da diese vor allem bzw. teilweise ausschließlich in Zeiten eines Schubes und damit erhöhter Krankheitsaktivität gefunden wurde. Diese Korrelation mit der Krankheitsaktivität zeigte sich auch in einigen anderen Studien (Leibig et al. 1985, Andrews et al. 1987, Robertson et al. 1989, Deter et al. 1993).

Persönlichkeitsmerkmale bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

In vielen früheren Studien wurden klinische Beobachtungen oder Einzelfallbeschreibungen von CED-Patienten mit psychischen Auffälligkeiten wiedergegeben. Daraus entstanden folgende Beschreibungen der Persönlichkeit, die durch Feiereis und Jantschek für Morbus-Crohn- (1995a) und Colitis-ulcerosa-Patienten (1995b) zusammengefasst wurden:

für Morbus-Crohn-Kranke zum Beispiel Depressivität, Pseudounabhängigkeit, Aggressionsgehemmtheit, Nachgiebigkeit, Konfliktvermeidung, mangelnde Durchsetzungsfähigkeit und Dissimulationstendenzen.

Für Colitis-ulcerosa-Patienten werden Depressivität, Abhängigkeit von Bezugspersonen, starkes Bedürfnis nach Zuwendung, Geborgenheit, Verwöhnung, Aggressionsgehemmtheit, Ich-Schwäche, Passivität, Labilität, Zwanghaftigkeit und mangelndes Selbstwertgefühl, große Verletzlichkeit, Genauigkeit, Ordentlichkeit und Sparsamkeit beschrieben.

Als ein weiteres Merkmal wurde für beide Patientengruppen die Alexithymie beschrieben, d.h. Schwierigkeiten, Gefühle wahrzunehmen und zu artikulieren (Hartmann 1995, Porcelli et al. 1995, 1996a). Alexithymie wurde früher als spezifisch für psychosomatisch Erkrankte angenommen; heute weiß man aber, dass sie auch ganz allgemein bei Patienten mit somatischen Krankheiten oder bei Gesunden gefunden wird. Porcelli et al. (1995) fanden sowohl bei einem Drittel der Morbus-Crohn- als auch der Colitis-ulcerosa-Patienten Alexithymie. Dieses Drittel beider Patientengruppen waren außerdem signifikant alexithymer als die gesunde Kontrollgruppe. Es ergab sich keine Korrelation zwischen der

Krankheitsdauer oder -aktivität und der Alexithymie. In einer weiteren Studie untersuchten Porcelli et al. (1996a) Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten zweimal innerhalb von zwei Monaten und dabei zeigte sich die Alexithymie als ein stabiles Merkmal unabhängig von der Krankheitsaktivität, im Gegensatz zu Angst und Depression. D.h. dass sich in den drei Verlaufsgruppen – asymptotisch zu Beginn und am Ende, asymptotisch zu Beginn und symptomatisch am Ende, symptomatisch zu Beginn und asymptotisch am Ende – keine Veränderung hinsichtlich des Vorhandenseins der Alexithymie ergab.

Kritik an dem Konzept einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur für Morbus-Crohn-Patienten wird in einigen Studien geübt.

Von Wietersheim (1994a) untersuchte 52 Morbus-Crohn-Patienten mit der Fragestellung nach einer einheitlichen Persönlichkeitsstruktur. Hierbei ergaben sich bei einer Clusteranalyse 7 Untergruppen; fast die Hälfte der Patienten waren überwiegend aggressiv gehemmt und wiesen eine enge Familienbindung auf, eine weitere Gruppe mit 11 Patienten war durch betont unabhängiges, aggressives und krankheit-dissimulierendes Verhalten gekennzeichnet. Aufgrund dieses Ergebnisses lehnt von Wietersheim die Hypothese einer gemeinsamen Persönlichkeitsstruktur für Morbus-Crohn-Patienten ab. Von Wietersheim et al. (2001) fanden in einer multizentrischen Studie zur Überprüfung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus-Crohn-Patienten auch keine wesentlichen Unterschiede in den Bereichen Depressivität (gemessen mit BDI), Angst (STAI), Lebenszufriedenheit und in einem psychopathologischen Fragebogen (PSKB) zu anderen klinischen Stichproben. Häuser (1985) fand bei 73 Morbus-Crohn-Patienten mit Hilfe eines sozialmedizinischen Fragebogens, des Freiburger Persönlichkeits-Inventar und des Gießentest-Selbst- und Fremdbildes keine einheitliche und somit spezifische Persönlichkeitsstruktur. Problematisch hierbei war eine extreme Altersstreuung, so dass beim Vergleich mit den Eichstichproben nur kleine Patientengruppen einander gegenübergestellt werden konnten. Eine Kontrollgruppe mit chronisch Kranken fehlte.

Enck und Schäfer (1996) lehnen in ihrer Übersichtsarbeit eine typische Crohn-spezifische Persönlichkeit ebenso ab, da die Liste der “typischen” Merkmale lang ist und außerdem

ähnliche Merkmale den Patienten mit Reizdarmsyndrom zugeschrieben werden.

Federschmidt und Huse-Kleinstoll (1995) sehen die beschriebene Heterogenität der Persönlichkeitsmerkmale der Morbus-Crohn-Patienten im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Krankheitslokalisation und -symptomatik. Sie unterteilten die Morbus-Crohn-Patienten anhand somatischer Befunde in “Morbus-Crohn-typisch” und “Colitis-ulcerosa-ähnlich”. Die Einteilung erfolgte anhand der Entzündungslokalisation (für Morbus-Crohn-typisch im Dünndarm, für Colitis-ulcerosa-ähnlich im Dickdarm) und einer Fistelbildung („typische“ Komplikation für Morbus Crohn). Die Morbus-Crohn-typische Gruppe entsprach in der Selbstbeurteilung der gesunden Kontrollgruppe (Studenten), die Gruppe mit dem Colitis-ulcerosa-ähnlichen somatischen Befund beschrieb sich am stärksten psychisch beeinträchtigt, und eine dritte Gruppe – mit Dün- und Dickdarmbefall – lag genau dazwischen. Auch was den Zusammenhang der Selbstbeurteilungsskalen und der Krankheitsaktivität angeht, fanden sich Unterschiede zwischen den Gruppen. Korrelationen ergaben sich nur für die Morbus-Crohn-typische Gruppe.

Smith et al. (1995) differenzierten ebenfalls Morbus-Crohn-Patienten je nach Lokalisation ihrer Erkrankung allerdings nur in zwei Gruppen, und zwar in eine Gruppe, in der die Entzündungsherde lediglich im Colon zu finden waren (colon Crohn: cc); in der anderen Gruppe waren die anderen Patienten mit möglichen Befall des gesamten Verdauungstraktes zusammengefasst (rc). Bei der „cc“-Gruppe fanden sie ein eigenes psychologisches Profil, und zwar mehr Alexithymie, starke Abhängigkeit von den Eltern oder Partner, Unreife und ängstliche Vermeidungsstrategien von Konflikten. Sie fanden keine Ähnlichkeit mit der „rc“-Gruppe und mit den ebenfalls untersuchten Colitis-ulcerosa-Patienten trotz gleicher, ausschließlicher Lokalisation der Entzündung im Colon.

Auch Küchenhoff (1995) beschreibt eine Vielfalt seelischer Eigenschaften der Morbus-Crohn-Patienten, die keine spezifische Persönlichkeitsstruktur oder spezifische Krankheitsverarbeitungsmuster oder andere spezifische Reaktionsformen aufwiesen, trotzdem betont er, dass Persönlichkeitsmerkmale eine Rolle für den Verlauf spielen. Als Risikogruppe führt er junge depressive Frauen an, die der besonderen Fürsorge bedürfen.

Feiereis und Jantschek (1996a, b) ergänzten, dass Colitis-ulcerosa-Patienten bis jetzt

umfangreicher untersucht wurden und sich bei diesen ein einheitlicheres psychopathologisches Bild ergebe als für Morbus-Crohn-Kranke.

North et al. (1990) führten eine Analyse aller englischsprachigen Studien durch, die den Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren (psychiatrische Störungen, Persönlichkeitsmerkmale, belastende Lebensereignisse) und Colitis ulcerosa untersuchten. Hierbei ergab sich, dass die meisten Studien erhebliche methodische Fehler aufwiesen; in diesen korrelierten die methodischen Mängel (z.B. kleine Stichprobe, Fehlen einer Kontrollgruppe, ungeeignete Kontrollgruppe, unspezifische Datenerhebung, Fehlen standardisierter Messinstrumente, kausale Interpretation korrelativer Zusammenhänge) mit einem positiven Ergebnis. In mehr als 90 % der Studien mit Fehlern ergab sich ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und Colitis ulcerosa, im Vergleich dazu fand man dies nur bei etwa 50 % der Untersuchungen ohne Mängel. Trotzdem, auch wenn man zur Beurteilung nur die Studien mit gutem Design heranzieht, ergibt sich kein einheitliches Bild, die Hälfte bejaht einen Zusammenhang, die andere Hälfte verneint diesen.

Im Konsens für die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten beschreibt Moser (2001), dass keine spezifischen Persönlichkeitsstrukturen bei Patienten mit Colitis ulcerosa vorliegen, auffällige Persönlichkeitsmerkmale werden eher als sekundäre, krankheitsbedingte Veränderungen gedeutet.

In einem weiteren Überblick über 12 Studien mit Morbus-Crohn-Patienten und korrekten methodischen Standards berichten North und Alpers (1994) einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen psychiatrischen Faktoren und der Darmerkrankung. Im Gegensatz zu Colitis-ulcerosa-Patienten fanden sie eine höhere Assoziation mit der Lebenszeitprävalenz psychiatrischer Erkrankungen für Morbus-Crohn-Patienten; diese war allerdings niedriger als bei Patienten mit Reizdarmsyndrom.

Vergleich der Persönlichkeitsmerkmale mit Kontrollgruppen

Untersuchungen mit Kontrollgruppen waren früher eher selten und keineswegs die Regel.

Studien mit Kontrollgruppen unterscheiden sich außerdem in deren Zusammensetzung, die von Gesunden über akut Erkrankte bis hin zu chronisch Kranken mit Erkrankungen des Verdauungstrakts oder anderen häufigen Krankheiten wie Diabetes mellitus und Hypertonie reicht.

Es ist wichtig, dass die Kontrollgruppe aus Patienten mit chronischen Erkrankungen besteht, da im Vergleich mit Gesunden mögliche unspezifische Effekte einer chronischen Krankheit, welche die Persönlichkeit verändern können, nicht abzugrenzen sind (Faller u. Kraus 1996). Aber auch dann ist es noch schwer, die "richtige" Kontrollgruppe zu finden, die all den Symptomen der beiden chronisch entzündlichen Darmerkrankungen annähernd ähnlich ist (Enck u. Schäfer 1996).

North et al. (1990) betonen in ihrer oben erwähnten Übersichtsarbeit, dass das Ergebnis einer Studie mit einer Kontrollgruppe wesentlich von der Kontrollgruppe abhängt. Zum Beispiel kritisierten sie, dass bei einem Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe keine Unterscheidung von psychologischen Auffälligkeiten möglich sei, die einerseits eher unspezifische Folge eines chronisch-langwierigen Verlaufs einer Erkrankung sein könnten, also sowohl bei Patienten zum Beispiel mit Diabetes mellitus oder Colitis ulcerosa gefunden werden können, andererseits spezifisch durch die Symptomatik einer Colitis ulcerosa ausgelöst sein könnten.

Mehrere Forschungsgruppen (Blanchard et al. 1990, Walker et al. 1990, Schwarz et al. 1993) verglichen CED-Patienten mit Patienten mit funktionellen Darmerkrankungen und Reizdarmsyndrom. Diese Patienten haben als Kontrollgruppe den Vorteil, dass sie über ähnliche Symptome, nämlich Diarrhoe und Bauchschmerzen, wie CED-Patienten berichten und ebenfalls einen schubförmigen Verlauf aufweisen.

Blanchard et al. (1990) benutzten für ihre Patienten mit funktionellen Störungen sowohl Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen als auch Gesunde als Kontrollgruppen. Die CED-Patienten unterschieden sich hierbei nicht von der gesunden Kontrollgruppe und wiesen einen signifikant geringeren Prozentsatz an psychopathologischen Auffälligkeiten (an Angststörungen und Depression in den Hamilton Anxiety Rating Scale und Hamilton Rating Scale for Depression) als die Patienten mit funktionellen Störungen (33 % versus 56 %). Über die Krankheitsaktivität der CED-

Patienten wurde weiter nichts ausgesagt. Bei Walker et al. (1990) hatten die Patienten mit Reizdarmsyndrom mit einer Prävalenz von 93 % einer psychiatrischen Diagnose einen deutlich höheren Prozentsatz als die CED-Patienten mit 21 %. Die Diagnosen umfassten hauptsächlich Depression, Angst- und Panikstörungen und Phobien. Gesunde dienten Schwarz et al. (1993) zusätzlich als Kontrollgruppe. Die Patienten mit den funktionellen Störungen hatten in 11 von 14 psychologischen Testungen einen höheren Wert als CED-Patienten, diese wiederum einen höheren als die gesunde Kontrollgruppe. Statistisch signifikant unterschieden sich jedoch die Patienten nur in drei erfassten Parametern der Angst; hier hatten die Patienten mit dem Reizdarmsyndrom durchgehend höhere Werte.

Eine weitere Erkrankung des Verdauungstraktes, die mit Diarrhoe einhergeht und nur durch eine strenge glutenfreie Diät Beschwerdefreiheit gewährt, ist die Zöliakie. Addolorato et al. (1996) verglichen Zöliakie-Patienten mit CED-Patienten und Gesunden; sie untersuchten sie auf Depression und Angststörungen. Die Angststörungen unterteilten sie mit Hilfe eines Fragebogens (State and Trait Anxiety Inventory) in zwei Formen, einmal eine "transitorische" oder reaktive Angststörung, ausgelöst durch eine schwierige Situation, und zum anderen eine stabile Angststörung, die allgemein als "Tendenz zur Angst" gesehen wird. Hierbei war der Prozentsatz der Zöliakie- gegenüber den CED-Patienten weder für die "reaktive" noch für die "stabile" Angststörung signifikant erhöht. Bei der Depression unterschieden sich die Zöliakie-Patienten mit 68,7 % von den CED-Patienten (37,5 %), allerdings nicht signifikant. Im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe ergab sich für beide Patientengruppen nur für die Depression ein signifikanter Unterschied, nicht für die beiden gemessenen Angststörungen. Hier sehen die Untersucher einen Zusammenhang mit den zur Untersuchungszeit bestehenden Krankheitssymptomen der beiden Patientengruppen, damit also eine Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität.

Song et al. (1993) untersuchten die Beziehung zwischen Krankheitssymptomen und emotionalen Problemen bei 18 Patienten mit abdominellen Blutungen und Schmerzen, bei denen keine organische Ursache gefunden werden konnte. Als Kontrollgruppen fungierten 33 Patienten mit Morbus Crohn und 38 gesunde Freiwillige. Beide Patientengruppen ähnelten sich in den erhöhten Werten für Angst und Depression in der Hospital Anxiety and Depression Scale, wobei nur der Wert für Depression signifikant erhöht war im

Vergleich mit der gesunden Kontrollgruppe. Die Autoren werteten die psychischen Auffälligkeiten als Effekte der Erkrankungen mit ihren Beschwerden und nicht durch die Persönlichkeit oder außergewöhnliche Kindheitserfahrungen verursacht.

Helzer et al. (1982, 1984) verglichen CED-Patienten mit Hypertonie-, Diabetes mellitus- und Herzkranken. Die Patienten der Kontrollgruppe unterschieden sich nicht nach dem Alter und Geschlecht von den CED-Patienten, ihre Krankheitsdauer aber war etwas länger. Für CU-Patienten ergab sich die gleiche Prävalenz an psychiatrischen Störungen wie bei der Kontrollgruppe (30 %), dagegen bei MC eine höhere Prävalenz (52 %). Damit unterschieden sich CU-Patienten und die Kontrollgruppe nicht in der Prävalenz für psychiatrische Auffälligkeiten von dem Wert der Normalbevölkerung (North et al. 1990). Bei Robertson et al. (1989) ergaben sich für CED-Patienten erhöhte Werte für Neurotizismus und Introversion im Vergleich zu Diabetes mellitus-Patienten als Kontrollgruppe. Diese Werte hatten auch Patienten, bei denen eine CED-Erkrankung noch nicht diagnostiziert war. Diese erhöhten Werte wurden deshalb als Teil der prämorbidem Primärpersönlichkeit gewertet. Hierbei gilt kritisch allerdings anzumerken, dass der Krankheitsbeginn nicht erst mit Diagnosestellung erfolgt, sondern oft lange Zeit zuvor. In dieser Untersuchung kamen die Patienten, bei denen noch keine Diagnose gestellt war, wegen 'Krankheitssymptomen' in die Klinik, waren also schon krank. Probst et al. (1990) nahmen als Kontrollgruppe chirurgische Patienten mit Verletzungen des Bewegungsapparates, die zwar zur gleichen Zeit im Krankenhaus waren wie die CED-Patienten, aber nach einer Woche wieder schmerzfrei waren bei gutem Allgemeinbefinden. Hier wurden CED-Patienten insgesamt als nervöser, aggressionsgehemmter, ungeselliger, weniger gelassen, verschlossener, introvertierter und weniger maskulin beschrieben.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich für CED-Patienten kein einheitliches Bild hinsichtlich der psychopathologischen Auffälligkeiten ergibt im Vergleich mit unterschiedlichen Kontrollgruppen. Eher weniger auffällig erscheinen CED-Patienten im Vergleich mit Patienten, die ebenfalls an Erkrankungen des Verdauungstraktes (z.B. Reizdarmsyndrom und Zöliakie) leiden, aber im Vergleich mit „Herzkranken“, Diabetes mellitus-Patienten oder chirurgischen Patienten weisen sie eher mehr psychische

Auffälligkeiten auf.

Vergleich der Persönlichkeitsmerkmale zwischen Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa können in den meisten Fällen durch den Einsatz von Endoskopie und Histologie diagnostiziert und damit differenziert werden; allerdings können 10 % nicht sicher unterschieden werden oder die Diagnose muss später revidiert werden (Herold 2004).

Für die psychosomatische Medizin stellte sich die Frage, ob sich die Patienten beider Erkrankungen in der Persönlichkeitsstruktur unterscheiden und demzufolge testpsychologisch voneinander abgegrenzt werden können.

Reindell et al. (1981) zeigten Unterschiede auf, und zwar mit psychodynamischen Interviews, in denen sich MC-Patienten mit stärkerer Verleugnungstendenz, schizoiden Merkmalen, forschendem, aktivem Verhalten und eher einer Ablehnung gegenüber einer Psychotherapie darstellten. CU-Patienten wurden als depressiver, passiver und Psychotherapie bejahender beschrieben. Tarter et al. (1987) beschrieben MC-Patienten psychisch auffälliger, nämlich in der Lebenszeitprävalenz an Angst, Depression und Panikattacken. Bei Kinash et al. (1993b) ergaben sich für Morbus-Crohn-Patienten ebenfalls höhere Werte im Beck Depression Inventory im Vergleich zu Colitis-ulcerosa-Patienten, dagegen ergaben sich keine Unterschiede im Eysenck Personality Questionnaire. Barrett et al. (1996) untersuchten Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten hinsichtlich Unterschiede in der Persönlichkeit und mögliche Relation zum Raucherstatus (mehr MC- als Cu-Patienten sind Raucher). Sie fanden eine Tendenz, dass Morbus-Crohn-Patienten etwas höhere Werte für Extroversion und Psychotizismus haben, allerdings ohne Signifikanz nach Angleichung für Alter, Geschlecht und Raucherstatus; sie haben ähnliche Werte für Neurotizismus. Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz für psychiatrische Erkrankungen ergaben sich keine. Ihre Schlussfolgerung, dass trotzdem „substantielle“

Unterschiede im Bereich der Persönlichkeit vorliegen, ist m. E. nicht schlüssig.

Bei McKegney et al. (1970) ergaben sich keine Differenzen in den Persönlichkeitsmerkmalen oder psychiatrischen Erkrankungen. Leibig et al. (1985) berichteten, dass ihre testpsychologischen Untersuchungen (Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) und ein standardisiertes, an einen Fragebogen für Asthmapatienten angelehntes Interview über das momentane Befinden und Auslösesituationen für Krankheitsschübe) den klinischen Eindruck nicht bestätigten, dass sich Morbus-Crohn- von Colitis-ulcerosa-Patienten in der Persönlichkeitsstruktur deutlich unterscheiden. Andrews et al. (1987) fanden keinen Unterschied in der Lebenszeitprävalenz für psychiatrische Erkrankungen. Bei Robertson et al. (1989) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede für Neurotizismus und Introversion; Depression war für beide Patientengruppen nur bei höherer Krankheitsaktivität zu finden. Ahrens et al. (1986) fanden in standardisierten psychologischen Tests, die der Erfassung der Persönlichkeitsstruktur, der Denkleistung und der Kreativität dienten, keine Unterschiede, nur eine experimentalpsychologische Untersuchung erbrachte eine stärkere kognitive Ausblendung der Affekte bei der Colitis-Gruppe. Bei Probst et al. (1990) ließen sich die CED-Patienten mit Hilfe eines Fragebogens zur sozialen Integration, dem FPI und einem halbstandardisierten Fragebogen nicht voneinander differenzieren.

Die Studien, die sich mit der Differenzierungsmöglichkeit der beiden Erkrankungen aufgrund der Persönlichkeit befasst haben, kommen zu keinem einheitlichen Ergebnis. Trotzdem scheint es eher wenige Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu geben.

Persönlichkeitsmerkmale in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität

In bisher nur wenigen Studien wurde neben der Untersuchung der Persönlichkeitsmerkmale bei CED-Patienten gleichzeitig Wert auf eine Beschreibung der aktuellen

Krankheitsaktivität gelegt, mit der Frage nach einem Zusammenhang zwischen diesen Parametern. Im folgenden sollen diese Untersuchungen dargestellt werden.

Zur Bestimmung der Krankheitsaktivität bei Morbus Crohn hat sich der Crohn-Disease-Activity-Index (Best et al. 1976) durchgesetzt, in dem neben klinischen Befunden und Parametern auch subjektive Symptome eine Rolle spielen.

In mehreren Studien wurde für Depression und Angst eine Korrelation zur Krankheitsaktivität gefunden (McKegney et al. 1970, Leibig et al. 1985, Robertson et al. 1989, Deter et al. 1993, v. Wietersheim 1994b, Federschmidt und Huse-Kleinstoll 1995, Porcelli et al. 1996b, Addolorato et al. 1997). McKegney et al. (1970) beschrieben eine Assoziation zwischen der Diagnosestellung einer psychiatrischen Auffälligkeit und der Krankheitsschwere sowohl für Morbus-Crohn- als auch Colitis-ulcerosa-Patienten. Freyberger et al. (1980) stellten fest, dass bei Colitis-ulcerosa-Patienten Unterschiede nach der Ausdehnung der Entzündung bestehen, nämlich bei totaler Colitis ausgeprägtere psychische Auffälligkeiten nachweisbar sind als bei Patienten mit begrenztem Befall wie einer Proktosigmoiditis. Für Morbus-Crohn-Patienten fehlen noch solche Daten. Leibig et al. (1985) untersuchten nur CED-Patienten, die sich in Remission befanden, und stellten bei ihnen im FPI nicht diejenigen Persönlichkeitsmerkmale wie Nervosität, Depression, Gehemmtheit und emotionale Labilität fest, die bei Patienten im akuten Schub in anderen Studien beschrieben wurden. Robertson et al. (1989) fanden Depression nur bei Patienten im akuten Schub, ohne Unterschied für Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten. Deter et al. (1993) zeigten, dass sich Unterschiede zwischen Patienten in Remission und solchen, die wegen eines Schubes stationär aufgenommen werden mussten, ergaben, und zwar bei Angstsymptomen und Depression. Unter einer intensiven internistischen Therapie verringerten sich die psychischen Symptome deutlich, was für eine Korrelation zwischen Krankheitsaktivität und psychischer Auffälligkeit spricht. Porcelli et al. (1996a+b) konnten bei ihren prospektiven Untersuchungen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Krankheitsaktivität und psychologischen Faktoren feststellen. Eine Änderung in der Krankheitsaktivität, sei es eine Verschlechterung oder Verbesserung, äußerte sich ebenfalls in einer gleichsinnigen Veränderung in den psychischen Parametern Depression und vor allem Angst. Addolorato et al. (1997) konnten Zusammenhänge für die Krankheitsaktivität

sowohl bei Morbus-Crohn- als auch Colitis-ulcerosa-Patienten für Depression und einen Bereich der Angst („state anxiety“ (entspricht der „reaktiven“ oder transitorische“ Angststörung) nicht für „trait“ anxiety (entspricht der allgemeinen „Tendenz zu Angst“)) finden. In diesen Bereichen unterschieden sich auch beide Patientengruppen von der gesunden Kontrollgruppe. Ähnliche Zusammenhänge zeigten sich für die psychischen Auffälligkeiten auch mit erniedrigtem bzw. normalem Ernährungszustand (gemessen mit body mass index). Sie werteten deshalb die psychischen Auffälligkeiten als mögliche Reaktion auf die erkrankungsbedingten beeinträchtigenden Symptome und die Unterernährung.

Unterschiede zwischen Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten wurde in den folgenden Studien für den Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen und der Krankheitsaktivität gefunden.

Bei Andrews et al. (1987) ergab sich für die Colitis-ulcerosa-Patienten kein signifikanter Zusammenhang zwischen der psychiatrischen Diagnose, einer Angststörung oder Depression (Hospital Anxiety and Depression Scale), und der Krankheitsaktivität. Bei der Hälfte der Morbus-Crohn-Kranken mit erhöhter Krankheitsaktivität war ein Zusammenhang gegeben, dagegen bei Patienten in Remission nur in 8 %. Auch Probst et al. (1990) zeigten, dass sowohl die soziale Integration als auch die psychischen Befunde im Freiburger Persönlichkeitsinventar bei Morbus-Crohn-Patienten abhängig waren von der Krankheitsaktivität, im Gegensatz zu den Colitis-ulcerosa-Patienten, bei denen sich weitgehend keine Korrelation ergab. V. Wietersheim et al. fanden (1994b) eine niedrige mittlere Korrelation zwischen der Krankheitsaktivität und der Depressivität nur für Morbus-Crohn-Patienten. Federschmidt und Huse-Kleinstoll (1995) unterteilten ihre Morbus-Crohn-Patienten je nach Lokalisation der Entzündung in Morbus-Crohn-typisch und Colitis-ulcerosa-typisch (wie unter *Persönlichkeitsmerkmale bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa* näher beschrieben). Nur für die erste Gruppe fanden sie einen Zusammenhang zwischen der Krankheitsaktivität (CDAI) und den psychischen Befunden in mehreren standardisierten Instrumenten (Freiburger Persönlichkeitsinventar, Symptom-Check-List, State-Trait-Anxiety-Inventory). Helzer et al. (1984) ermittelten die Häufigkeit

von psychiatrischen Diagnosen insgesamt im Sinne der Lebenszeitprävalenz. Sie beschrieben für Morbus-Crohn-Patienten eine signifikant höhere Prävalenz für die Diagnose einer Depression im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die sich aus Patienten mit Hypertonie, Diabetes mellitus und verschiedenen Herzerkrankungen zusammensetzte, aber keinen signifikanten Zusammenhang zur Krankheitsaktivität. Allerdings war eine Tendenz zu erkennen, die eine etwas höhere Korrelation sowohl zu einem schwereren allgemeinen Krankheitsverlauf, gemessen mit der Operationshäufigkeit und Einnahme von Kortikosteroiden, und einer höheren aktuellen Krankheitsaktivität (CDAI) beschreibt. Die Autoren wehren sich jedoch gegen einen Kausalitätsanspruch; ihnen scheint die Schwere der Krankheit unabhängig von einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung.

Helzer et al. (1982) fanden dagegen keinen Unterschied zwischen Colitis-ulcerosa-Patienten und derselben Kontrollgruppe der oben angeführten Vergleichsstudie mit Morbus-Crohn-Patienten in der Lebenszeitprävalenz der psychiatrischen Diagnosen. Die Krankheitsschwere stand in keiner Korrelation zu den diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen.

In den meisten Studien, die den Zusammenhang zwischen der aktuellen Krankheitsaktivität und psychischen Auffälligkeiten untersuchten, zeigte sich vor allem eine Korrelation für Morbus-Crohn-Kranke. Für die Patienten mit Colitis ulcerosa ist das Bild uneinheitlicher.

2 FRAGESTELLUNG

Die vorliegende Arbeit untersucht die Persönlichkeitsmerkmale bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen in der Rehabilitation.

Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

1. Bestehen Korrelationen zwischen den Gießen-Test-Skalen und den soziodemographischen Daten?

In dieser Arbeit wurden die CED-Patienten und die Kontrollgruppen mit einem standardisierten Persönlichkeitsfragebogen, dem Gießen-Test, untersucht. Beckmann et al. (1994) beschreiben in ihrem Handbuch zum Gießen-Test geschlechts- und altersabhängige Items, die die klassischen Rollenstereotype von Jugend und Alter darstellen (S. 28-30).

Die Hypothese für diese Arbeit lautet, dass sich auch bei unseren Patienten ein Alters- und Geschlechtereffekt zeigt, die sich in Korrelationen zwischen den Gießen-Test-Skalen und den soziodemographischen Daten ausdrücken.

2. Bestehen Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen von CED-Patienten und denen der Kontrollgruppen?

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich für CED-Patienten kein einheitliches Bild hinsichtlich der psychopathologischen Auffälligkeiten ergibt im Vergleich mit unterschiedlichen Kontrollgruppen. Eher weniger auffällig erscheinen CED-Patienten im Vergleich mit Patienten, die ebenfalls an Erkrankungen des Verdauungstraktes (z.B. Reizdarmsyndrom und Zöliakie) leiden, aber im Vergleich mit „Herzkranken“, Diabetesmellitus-Patienten oder chirurgischen Patienten weisen sie eher mehr psychische Auffälligkeiten auf.

Die Hypothese für diese Arbeit lautet somit, dass sich die CED-Patienten von unseren Kontrollgruppen unterscheiden, die aus Patienten mit chronischen Erkrankungen des Ver-

dauungstraktes bestehen, und zwar in dem Sinne, dass sie psychopathologisch unauffälliger sind.

3. Zeigen sich psychische Auffälligkeiten im Gießen-Test bei CED-Patienten im Vergleich zu Normwerten?

In letzter Zeit wurden die deskriptiven Befunde zur Persönlichkeit bei CED-Patienten immer häufiger in Frage gestellt, besonders solche, die nur auf klinischen Beobachtungen oder anekdotenhaften Einzelfallbeschreibungen basieren. Für diese Arbeit wurde zur Messung der Persönlichkeitsmerkmale der CED-Patienten der Gießen-Test als standardisierter Persönlichkeitsfragebogen benutzt.

Da sich kein einheitliches Bild für bestimmte Persönlichkeitsmerkmale weder für Morbus-Crohn- noch für Colitis-ulcerosa-Patienten aus der gesichteten Studienlage ergibt, lautet die Hypothese für diese Arbeit, dass sich die CED-Patienten nicht wesentlich von den Normwerten unterscheiden.

4. Zeigen sich Unterschiede in den Skalen des Gießen-Tests zwischen Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten ?

Die Studien, die sich mit der Differenzierungsmöglichkeit der beiden Erkrankungen aufgrund der Persönlichkeit befasst haben, kommen ebenfalls zu keinem einheitlichen Ergebnis. Trotzdem scheint es eher wenige Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu geben.

So ergibt sich für diese Arbeit die Hypothese, dass sich die CED-Patienten testpsychologisch im Gießen-Test nicht voneinander unterscheiden.

5. Bestehen Korrelationen zwischen den Skalen des Gießen-Tests und der Krankheitsaktivität?

In den meisten Studien, die den Zusammenhang zwischen der aktuellen Krankheitsaktivität und psychischen Auffälligkeiten untersuchten, zeigte sich vor allem eine Korrelation für Morbus-Crohn-Kranke. Für die Patienten mit Colitis ulcerosa ist das Bild uneinheitlicher. In unserer Rehabilitationsklinik wurde nur bei Morbus-Crohn-Patienten die Krankheitsaktivität mit dem CDAI gemessen.

Aus der angeführten Literatur ergibt sich die Hypothese, dass sich ein Zusammenhang bei Morbus-Crohn-Patienten zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Krankheitsaktivität zeigen lässt, vor allem was Depressivität bzw. depressive Grundstimmung angeht.

6. Wie ist der Gießen-Test-Verlauf im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung?

Zur Verlaufskontrolle der Rehabilitationsbehandlung wurde sowohl zu Beginn als auch am Ende der Gießen-Test von den Patienten ausgefüllt. Der Gießen-Test wurde speziell dazu entwickelt, neben zeitkonstanten auch zeitvariable Persönlichkeitsmerkmale zu erfassen, die mit zu erwartenden Änderungen zum Beispiel bei Psychotherapien einhergehen.

Allerdings ist es nicht unbedingt notwendig, dass sich diese Veränderungen in den auch von uns verwendeten Standardskalen in der Verlaufskontrolle widerspiegeln (Beckmann et al. 1994, S.87-88).

Die Hypothese für diese Arbeit lautet, dass eventuell zu Beginn vorhandene psychische Auffälligkeiten gegen Ende der Rehabilitation in Richtung der Normwerte tendieren.

3 METHODE

3.1 *Beteiligte Institutionen*

Diese Arbeit wurde im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg (damaliger Vorstand Prof. Dr. Dr. H. Lang) und der Rehabilitationsklinik Taubertal in Bad Mergentheim (Ärztlicher Direktor Dr. R. Doßmann) durchgeführt.

3.2 *Datenerhebung*

Die Stichprobe umfasst Patienten, die vom 1.12.1993 bis 29.5.1995 in der Reha-Klinik Taubertal in Bad Mergentheim stationär behandelt wurden. Es wurden 568 Patienten mit 24 unterschiedlichen Diagnosen aus den folgenden Krankheitsgruppen erfasst:

Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, mit Stoffwechselerkrankungen, mit orthopädischen Störungen, mit Essstörungen, mit funktionellen Störungen und einigen anderen Erkrankungen der Verdauungsorgane, die nicht näher definiert wurden.

78 Patienten, die ebenfalls in dieser Zeit in Reha-Behandlung waren, hatten keine Diagnose, d.h. entweder war in dem vom Arzt auszufüllenden Fragebogen keine Diagnose angegeben oder dieser Fragebogen fehlte vollständig; auch durch nochmaliges Nachforschen im Archiv konnten die Diagnosen nicht gefunden werden, so dass diese Patienten in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden konnten.

Es wurden noch weitere 69 Patienten nicht in die Stichprobe aufgenommen, da sie entweder Erkrankungen hatten, die nicht die Verdauungsorgane betrafen, oder da nur eine ganz geringe Anzahl an Patienten die gleiche Diagnose hatten, wie z.B. Karzinom oder Milzruptur.

Die übrigen 418 Patienten wurden in folgende 5 Gruppen unterteilt:

Gruppe 1: 203 Patienten mit der Diagnose “Morbus Crohn”

Gruppe 2: 90 Patienten mit der Diagnose “Colitis ulcerosa”

Gruppe 3: 40 Patienten mit der Diagnose “Ulcus ventriculi oder duodeni”

Gruppe 4: 36 Patienten mit den Diagnosen “funktionelle Magen/Darmbeschwerden”, “Obstipation” und “Gastritis”

Gruppe 5: 49 Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich “andere gastroenterologische Erkrankungen” (Ileus, Divertikel, Z. n. Operation nach Billroth 2, Ösophagus-, Leber-, Pankreas- und Kolonerkrankungen)

3.3 Untersuchungsinstrumente

Die Patienten unserer Stichprobe wurden mit folgenden Instrumenten untersucht:

1. Gießen-Test
2. Crohn’s Disease Activity Index (CDAI) nach Best
3. Beeinträchtigungs-Schwere-Score nach Schepank
4. Patienten-Dokumentationsbogen
5. Basisdokumentation des Therapeuten
6. Basisdokumentation des Pflegepersonals

Im weiteren erfolgt nun eine detaillierte Darstellung der einzelnen Untersuchungsinstrumente.

Der Gießen-Test (GT)

Im Handbuch zum GT von Beckmann et al. (1994) wird der GT als ein Persönlichkeits-Fragebogen vorgestellt, der im Vergleich zu anderen nicht nur Persönlichkeitsmerkmale misst, sondern auch psychosoziale Momente, wie “soziale Einstellungen und Reaktionen” (S.9).

Bei den Persönlichkeitsmerkmalen zielt der Test auf die Erfassung sowohl konstanter als auch zeitveränderlicher Qualitäten (S.10), und somit dient er zur Zustandsmessung als auch als Längsschnittkontrolle, z.B. zur Überprüfung einer Therapie.

Die Patienten unserer Stichprobe waren aufgefordert, ihr Selbstbild mit Hilfe des GT zu erstellen, und zwar zu Beginn und am Ende der Behandlung.

Der GT besteht aus 40 Items, von denen 36 zur Bildung von 6 Standard-Skalen dienen, mit jeweils 6 Items pro Skala (s. Anhang).

Die Standard-Skalen, die sich additiv aus den Punktwerten der ihnen zugrundeliegenden Items zusammensetzen (Beckmann et al 1994; S.148: Tab. 31), lauten folgendermaßen:

Skala 1 : *Soziale Resonanz*

Skala 2 : *Dominanz*

Skala 3 : *Kontrolle*

Skala 4 : *Grundstimmung*

Skala 5 : *Durchlässigkeit*

Skala 6 : *Soziale Potenz*

Die Skalen sind bipolar konstruiert (Beckmann et al. 1994, S.38-47).

Nun eine kurze Beschreibung der Skalen:

In Skala 1 wird die soziale Resonanz dargestellt: ein hoher Wert in dieser Skala bedeutet eine positive soziale Resonanz. Jemand, der eine hohe Ausprägung in Richtung positiver sozialer Resonanz hat, beschreibt sich als anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig und an schönem Aussehen interessiert.

Jemand mit einem niedrigen Wert, der in dieser Skala negative soziale Resonanz ausdrückt, beschreibt sich als unattraktiv, unbeliebt, missachtet, in der Arbeit kritisiert und an schönem Aussehen desinteressiert.

In Skala 2 werden Dominanz versus Gefügigkeit abgebildet: jemand, der in dieser Skala eine hohen Wert hat, beschreibt sich als selten in Auseinandersetzungen verstrickt, fügsam, gern sich unterordnend, unbegabt zum Schauspielern, nicht schwierig in enger Kooperation und geduldig, kurz als gefügig.

Ein niedriger Wert bedeutet Dominanz. Jemand mit Ausprägung in diese Richtung beschreibt sich als häufig in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig, gern dominierend, begabt zum Schauspielern, schwierig in enger Kooperation und ungeduldig.

In Skala 3 geht es um Kontrolle: ein hoher Wert bedeutet hier zwanghaft, d.h. jemand mit hoher Ausprägung in diese Richtung beschreibt sich als begabt im Umgang mit Geld, überordentlich, übereifrig, eher wahrheitsfanatisch, stetig und unfähig zum Ausgelassensein.

Jemand mit einem niedrigen Wert in dieser Skala tendiert dazu, unterkontrolliert zu sein, also unbegabt im Umgang mit Geld, unordentlich, bequem, eher pseudologisch, unstetig und fähig zum Ausgelassensein.

In Skala 4 bildet sich die Grundstimmung ab: ein hoher Wert bedeutet hier Depression, d.h. jemand mit hoher Ausprägung in diese Richtung beschreibt sich als häufig bedrückt, stark zu Selbstreflexion neigend, sehr ängstlich, sehr selbstkritisch, Ärger eher in sich hineinfressend und eher abhängig.

Die hypomanische Grundstimmung als Gegenpol auf dieser Skala hat einen niedrigen Wert: darunter fällt jemand, der sich als selten bedrückt, wenig zur Selbstreflektion neigend, wenig ängstlich, kaum selbstkritisch, Ärger eher herauslassend und eher unabhängig sieht.

In Skala 5 geht es um Durchlässigkeit mit den Polen Retention und Durchlässigkeit: jemand mit einem hohen Wert beschreibt sich als retentiv, nämlich verschlossen, anderen fern, wenig preisgebend, Liebesbedürfnisse zurückhaltend, eher misstrauisch und in der Liebe wenig erlebnisfähig.

Jemand mit einem niedrigen Wert beschreibt sich als durchlässig, d.h. aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebesbedürfnisse offen ausdrückend, eher vertrauensselig und intensiv in der Liebe erlebnisfähig.

In Skala 6 geht es um die soziale Potenz: jemand, der auf dieser Skala einen hohen Wert hat, sieht sich als sozial impotent, als ungesellig, im heterosexuellen Kontakt befangen, wenig hingabefähig, kaum konkurrierend, kaum fähig zur Dauerbindung und phantasiearm. Jemand mit einem niedrigen Wert in dieser Skala beschreibt sich als sozial potent, nämlich als gesellig, im heterosexuellen Kontakt unbefangen, sehr hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zu Dauerbindungen und phantasiereich.

Die Ergebnisse und Werte der Stichprobe wurden mit den Normwerten verglichen, die aus dem Handbuch "Der Gießen-Test" von Beckmann et al. (1994) entnommen wurden.

Mit den sog. Z-Werten ist ein Vergleich der eigenen Stichprobenmittelwerte mit den Parametern einer bekannten Grundgesamtheit, welche die Normwerte darstellen, möglich. Bedingung ist, dass die Stichprobengröße mehr als 30 Personen umfasst.

Folgendermaßen werden die Z-Werte ermittelt:

$$z = \frac{x - m}{\text{std error}} ; \quad \text{std error} = \frac{\text{std emp}}{\sqrt{n}}$$

x = Mittelwert der Stichprobe

m = Mittelwert der Grundgesamtheit

std error = sog. Standardfehler der Mittelwerte der Grundgesamtheit

std emp = empirisch gefundene Standardabweichung

n = Stichprobenumfang

$$p=0.05^* \quad : z = \pm 1,65$$

$$p=0.01^{**} \quad : z = \pm 2,33$$

$$p=0.001^{***} : z = \pm 3,00$$

Crohn's Disease Activity Index (CDAI) nach Best

Der CDAI nach Best et al. (1976) wurde entwickelt, um die Krankheitsaktivität von Morbus Crohn-Patienten mit objektiven Kriterien beurteilen zu können. Der CDAI kann so z. B. im Rahmen einer Therapie als Instrument eingesetzt werden, um das Ansprechen auf die Therapie oder Medikamente zu quantifizieren.

Der Test setzt sich aus Angaben des Patienten, die er über 7 Tage sammelt, und dem Befund des Arztes zusammen. Der Patient gibt die Durchfallfrequenz von jedem Tag an, beurteilt den Grad der Bauchschmerzen und seines Allgemeinbefindens. Der Arzt bestimmt extraintestinale Symptome, wie Gelenkschmerzen und Augenentzündung, den Hämatokritwert, Resistenzen im Abdomen, symptomatische Durchfalltherapie und das Gewicht (siehe Anhang).

Zusammengefasst ergibt sich eine Summe, mit der die Krankheitsaktivität angegeben wird. Ein Wert unter 150 spricht für eine nur leichte Aktivität, darüber spricht man von einem

Schub, und ein Wert über 200 bedeutet eine hohe Krankheitsaktivität (Best 1976; Friebe 1995).

Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) nach Schepank

Mit dem BSS schätzt der Therapeut ein, wie schwer ein Patient durch seine Krankheit beeinträchtigt ist, und zwar in den Bereichen körperlich, psychisch und sozial.

Der Therapeut beurteilt die Beeinträchtigung mit einer Skala mit den Schweregraden 0 bis 4, von gar keiner bis hin zu extremer Beeinträchtigung (siehe Anhang) (Schepank 1995).

Der BSS wurde entwickelt, um einen interindividuellen Vergleich der Auswirkungen von Krankheiten zu erstellen. Weiter kann er aufgrund schneller und unkomplizierter Durchführbarkeit als Messinstrument zur Therapiekontrolle eingesetzt werden.

Die Zielgruppe der Erkrankungen sind solche, die als "psychogene" Störungen gelten.

Patienten-Dokumentationsbogen

Mit dem Patienten-Dokumentationsbogen wurden soziodemographische Daten der Patienten wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Beruf, Erwerbstätigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Vorbehandlungen erhoben (siehe Anhang).

Basisdokumentation des Therapeuten

In der Basisdokumentation zu Beginn der Behandlung hielt der Therapeut neben der somatischen und evtl. psychisch-psychiatrischen Diagnose, der Krankheitsanamnese mit Dauer und Erstmanifestation auch Daten zur Sucht und Suizidversuchen, zur Motivation, Entfernung des Wohnortes des Patienten zur Ursprungsfamilie und zur Art der Zuweisung fest (siehe Anhang).

Bei Entlassung beschrieb der Therapeut die Behandlungsdauer, Art der Beendigung, Anzahl der Einzel- und Visitingespräche, das somatische und psychische Behandlungsergebnis aus eigener Sicht und Sicht des Patienten, die Arbeitsfähigkeit und einen Vorschlag zur psychotherapeutischen bzw. organischen Anschlussbehandlung (siehe Anhang).

Basisdokumentation des Pflegepersonals

Das Pflegepersonal beschrieb die Anzahl ihrer Gesprächskontakte mit den Patienten, außerdem die Medikation während des Aufenthaltes und bei Entlassung und beurteilte das Behandlungsergebnis aus ihrer Sicht (siehe Anhang).

3.4 Datenauswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS.

Zur Anwendung kamen:

- deskriptive Statistik:

-- Häufigkeiten

-- Mittelwerte

-- Kreuztabellen

- hypothesenprüfende und explorative Statistik:

-- Chi-Quadrat-Test

-- zweifaktorielle Varianzanalyse

-- t-Test für verbundene Stichproben

-- t-Test für unabhängige Stichproben

-- Korrelationen

-- Multiple Regression

4 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

4.1 *Soziodemographische Daten*

Es werden die Variablen Alter, Geschlecht, Schulbildung, Beruf, Familienstand, Entfernung zur Ursprungsfamilie und die Arbeitsunfähigkeit sowohl in den letzten 12 Monaten als auch zu Beginn und am Ende der Behandlung in der Reha-Klinik untersucht und zwischen den diagnostischen Gruppen verglichen.

Alter

Es besteht ein hochsignifikanter Altersunterschied zwischen den diagnostischen Gruppen (Tab. 1, s. Anhang). Durchschnittlich am jüngsten sind die Patienten mit Morbus Crohn, dann folgen die Colitis-ulcerosa-Patienten, die Patienten mit funktionellen Magen/Darmerkrankungen und die an Ulcus ventriculi/duodeni Erkrankten. Am ältesten sind im Durchschnitt die Patienten mit anderen gastroenterologischen Erkrankungen.

Geschlecht

Die Geschlechtsverteilung ist in Tab. 2 (s. Anhang) dargestellt. In der Geschlechtsverteilung überwiegen insgesamt die Frauen mit 58,8 %.

Am höchsten ist der Anteil der Frauen bei den MC-Patienten mit fast zwei Drittel, dicht gefolgt von der Gruppe der Patienten mit funktionellen Beschwerden. Bei den CU-Patienten und den Patienten mit anderen gastroenterologischen Erkrankungen ist das Verhältnis zwischen Männern und Frauen fast ausgeglichen bei noch leichtem Überwiegen der Frauen, dagegen sind in der Gruppe 3 (Ulcus ventriculi/duodeni) die männlichen Patienten in der Mehrzahl. Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Schulbildung und Beruf

Mit dem Chi-Quadrat-Test wurden die Angaben zum "höchsten Schulabschluss " und "Beruf" verglichen. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den diagnostischen Gruppen (Tab. 3, 4, s. Anhang). Ein Drittel der Patienten hat einen Hauptschulabschluss, 43 % haben die Realschule abgeschlossen und ein Fünftel hat das (Fach-)Abitur. Von Beruf sind zwei Drittel aller Patienten einfache oder mittlere Angestellte und 13 % höhere Angestellte. Nur 3 % der Patienten sind Rentner; dies überrascht nicht nach den Angaben der Altersmittelwerte.

Familienstand und Partnerschaft

Im Familienstand unterscheiden sich die Gruppen signifikant (Tab. 5, s. Anhang). Die meisten Ledigen finden sich in den Gruppen 1 (MC-Patienten), 2 (CU-Patienten) und 4 (Patienten mit funktionellen Beschwerden), was sich dadurch erklären lässt, dass die Patienten dieser Gruppen durchschnittlich jünger sind. In den Gruppen 3 (Ulcus ventriculi/duodeni) und 5 (andere gastroenterologischen Erkrankungen) sind weniger als 20 % noch ledig. Bei den Patienten mit Ulcus ventriculi/duodeni sind am meisten, nämlich ein Drittel, geschieden, dagegen findet sich bei den CU-Patienten und MC-Patienten der geringste Anteil an Geschiedenen mit weniger als 12 %, und die Patienten mit funktionellen Beschwerden und anderen gastroenterologischen Erkrankungen liegen genau dazwischen. Die Verheirateten stellen in allen Gruppen den größten Anteil dar, wobei in den Gruppen 2 und 5 über die Hälfte der Patienten verheiratet ist, in den übrigen Gruppen ist der Anteil etwas geringer. Nur wenige Patienten aller Gruppen leben getrennt oder sind verwitwet. Kein Unterschied ergibt sich in der Frage nach einer festen Partnerschaft (Tab. 6, s. Anhang); insgesamt geben fast zwei Drittel der Patienten an, dass sie in einer festen Partnerschaft leben.

Entfernung zur Ursprungsfamilie

Die Patienten wurden befragt, wie viele Kilometer sie aktuell von ihrer Ursprungsfamilie entfernt leben. 28,4 % beantworteten diese Frage nicht oder gaben an, dass ihre Eltern schon tot seien.

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Entfernung zur Ursprungsfamilie (Tab. 7a, b, s. Anhang), da die Bereiche zu groß waren und somit die Standard-Abweichungen sogar größer als der jeweilige Mittelwert der einzelnen Gruppe waren.

Arbeitsunfähigkeit

Bei der Frage nach der Arbeitsunfähigkeit interessierten drei Zeitbereiche bzw. -punkte, nämlich wie lange die Patienten in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig waren und ob sie es zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginnes und -endes noch waren.

In der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten vor Behandlungsbeginn unterscheiden sich die Gruppen nicht (Tab. 8, s. Anhang), dagegen ergeben sich hochsignifikante Unterschiede zu Beginn (Tab. 9, s. Anhang) und am Ende (Tab. 10, s. Anhang) der Behandlung. Von den CED-Patienten kamen über 60 % arbeitsunfähig zur Behandlung, dagegen nur weniger als 10 % der Patienten der Gruppe 4 und etwas über 20 % aus den Gruppen 3 und 5. Dieser Unterschied zeigt sich auch in der Zuweisung in die Rehaklinik (s. Kap. 4.2.1.4); die Mehrzahl der CED-Patienten kamen unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung zu einer Anschlussheilbehandlung, dagegen die meisten Patienten der übrigen Gruppen zu einem Heilverfahren. Bis zum Ende ergab sich in allen Gruppen eine Verbesserung, wobei bei den CU-Patienten mit 51 % der größte Anteil der Patienten mit Arbeitsunfähigkeit besteht.

4.2 Medizinische Daten

4.2.1 Bisheriger Krankheitsverlauf

Um den bisherigen Krankheitsverlauf zu beschreiben, werden folgende Variablen benutzt: Krankheitsdauer, Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten, bisherige ambulante und stationäre Psychotherapie und Art der Zuweisung.

Krankheitsdauer

Zur Bestimmung der Krankheitsdauer wurden drei Zeitintervalle gebildet, nämlich 1-2 Jahre, 2-10 Jahre und mehr als 10 Jahre nach Diagnosestellung.

In der Krankheitsdauer besteht zwischen den Gruppen ein signifikanter Unterschied (Tab. 11, s. Anhang), dieser betrifft auch MC- und CU-Patienten. Den größten Anteil der Patienten, bei denen erst vor 1 bis 2 Jahren die Diagnose gestellt wurde, stellen die CU-Patienten mit 39 %; 20 % der MC-Patienten wurden ebenfalls erst in diesem Zeitraum diagnostiziert und der kleinste Anteil mit kurzer Diagnosedauer, nämlich mit 13 %, fand sich in der Gruppe 3.

Für den Zeitraum mehr als 10 Jahre nach Diagnosestellung stellen MC-Patienten den größten Anteil mit 45 % und die CU-Patienten den kleinsten mit 18 %. Andererseits ist in jeder Gruppe die Mehrzahl schon länger als 2 Jahre krank, was für eine Chronifizierung spricht; dies ist wichtig festzustellen, da es nur sinnvoll ist, chronisch kranke Patienten mit anderen Erkrankungen zum Vergleich mit Patienten mit CED heranzuziehen.

Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten

Die Patienten wurden in drei Gruppen eingeteilt, nämlich in solche, die in den letzten 12

Monaten überhaupt nicht im Krankenhaus waren, solche, die zwischen 1 bis 6 Wochen in einer Klinik waren und solchen, die mehr als 6 Wochen in stationärer Behandlung waren. Es fällt ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den diagnostischen Gruppen auf (Tab. 12, s. Anhang). Während weniger als ein Fünftel der CED-Patienten gar nicht stationär behandelt wurde, waren fast die Hälfte mehr als 6 Wochen im Krankenhaus, und über ein Drittel war 1 bis 6 Wochen in stationärer Behandlung; im Gegensatz dazu die Nicht-CD-Patienten: von den Patienten mit Ulcus ventriculi/duodeni und den Patienten mit funktionellen Erkrankungen waren genau zwei Drittel gar nicht im Krankenhaus, knapp ein Drittel war zwischen 1 und 6 Wochen in einer Klinik und nur etwa 3 % mehr als 6 Wochen. Die Patienten mit anderen gastroenterologischen Erkrankungen liegen zwischen den anderen Gruppen. Auch von diesen Patienten war über die Hälfte gar nicht in einem Krankenhaus, 23 % für 1 bis 6 Wochen und immerhin 18 % für mehr als 6 Wochen.

Ambulante und stationäre Psychotherapie

Zu den Fragen nach ambulanter und stationärer Psychotherapie machten nur knapp über die Hälfte aller Patienten eine Angabe, so dass dadurch eine gewisse Selektionierung stattgefunden hat. Es ergab sich beim Vergleich weder bei der Teilnahme an ambulanter (Tab. 13, s. Anhang) noch an stationärer (Tab. 14, s. Anhang) Psychotherapie ein signifikanter Unterschied.

Art der Zuweisung

Mit drei unterschiedlichen Arten der Zuweisung kamen die Patienten zur Behandlung in die Reha-Klinik: AHB, Anschlussheilbehandlung, die unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt angeschlossen werden muss und von dem behandelnden Arzt in der Klinik in die Wege geleitet wird; WHB, Wiederholte Heilbehandlung, und HV, Heilverfahren, die "normale" Rehabilitationsbehandlung, d. h. zu dieser werden die Patienten von ihren

Hausärzten oder anderen behandelnden Fachärzten zugewiesen und kommen von Zuhause. In der Art der Zuweisung unterscheiden sich die diagnostischen Gruppen erheblich (Tab. 15, s. Anhang). 60 % der CED-Patienten sind mit der Zuweisung AHB in die Reha-Klinik gekommen, d.h. dass diese Patienten unmittelbar davor im Krankenhaus in Behandlung waren und im Anschluss zur Reha-Behandlung kamen. Im Gegensatz dazu die Patienten der anderen Gruppen, die in der überwiegenden Mehrzahl zum Heilverfahren eingewiesen wurden, d.h. dass diese Patienten nicht unmittelbar zuvor im Krankenhaus zur Behandlung waren, also zur Zeit des Reha-Beginns eine geringere Krankheitsschwere aufwiesen. Damit lässt sich auch der Unterschied in der Arbeitsunfähigkeit zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung (s. Kap. 4.1.6) zwischen den Gruppen erklären.

4.2.2 Behandlung in der Rehabilitationsklinik

Dauer der Behandlung

Die Gruppen unterschieden sich im Durchschnitt der Behandlungsdauer signifikant (Tab. 16, s. Anhang). Die MC-Patienten sind am kürzesten in der Klinik gewesen (36 Tage), etwas länger waren die CU-Patienten zur Behandlung (38 Tage), und die Patienten mit Ulcus ventriculi/duodeni blieben am längsten (44 Tage). Regulär beendeten 94 % der Patienten die Behandlung.

Dauer der Gespräche

Hier sind die Gespräche gemeint, die mit dem Therapeuten mindestens über 10 min geführt wurden. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede (Tab. 17, s. Anhang), da die Streuung der Gesprächsdauer innerhalb der Gruppen sehr groß ist. Die Mittelwerte für alle Gruppen liegen bei über 200 Minuten während der ganzen Behandlung.

Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score nach Schepank

Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score erfasst die Beeinträchtigungen, die die Patienten durch ihre Krankheit im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich erfahren und zwar aus Sicht des Therapeuten oder Arztes. Es handelt sich somit nicht um eine Selbsteinschätzung.

Die Beeinträchtigungen zu Beginn und am Ende der Rehabilitations-Behandlung

In der körperlichen Beeinträchtigungsschwere unterschieden sich die Gruppen zu Beginn der Behandlung nicht voneinander (Tab. 18, s. Anhang). Alle Patienten fühlten sich - laut Therapeut - zu Beginn deutlich körperlich beeinträchtigt. Im psychischen Bereich ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den diagnostischen Gruppen zu Beginn der Behandlung (Tab. 19, s. Anhang). Allerdings fühlten sich auch hier alle Patienten deutlich beeinträchtigt, wobei die CED-Patienten etwas niedrigere Mittelwerte hatten, was eine geringere Beeinträchtigung bedeutet.

Auch im sozialen Bereich ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen am Anfang der Behandlung (Tab. 20, s. Anhang). Wiederum wurde bei allen Patienten eine deutliche Beeinträchtigung beschrieben, wobei die Werte der CED-Patienten etwas niedriger waren.

Am Ende der Reha-Behandlung unterschieden sich die Patienten der diagnostischen Gruppen in allen drei Bereichen signifikant voneinander (Tab. 21-23, s. Anhang), allerdings ohne dass man einen großen Unterschied zwischen CED- und Nicht-CED-Patienten festmachen kann.

Vergleich der Beeinträchtigungsschwere zu Beginn und am Ende der Rehabilitation

Im t-Test für abhängige Stichproben zeigte sich für jede Gruppe eine signifikant geringere Beeinträchtigung am Ende der Behandlung im Vergleich zum Beginn, und dies in allen Bereichen (Tab. 24 - 26, s. Anhang). Für den körperlichen und den psychischen Bereich ergaben sich Verbesserungen in allen Gruppen in der Größe einer Standardabweichung. Im sozialen Bereich, in dem sich alle Patienten am wenigsten beeinträchtigt fühlten, waren die Verbesserungen geringer als eine Standardabweichung.

Psychisches und somatisches Ergebnis

Am Ende der Behandlung wurde von den Patienten, von den Therapeuten und dem Pflegepersonal das somatische und psychische Behandlungsergebnis beurteilt. Eine "1" bedeutet eine deutliche Besserung, "2" etwas gebessert, eine "3" keine Veränderung, "4" etwas verschlechtert und eine "5" eine deutliche Verschlechterung. Zwischen den Gruppen ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Beurteilung des somatischen und psychischen Behandlungsergebnisses weder durch die Patienten selbst noch durch die Therapeuten oder das Pflegepersonal (Tab. 27 - 32, s. Anhang). Die Beurteilung insgesamt war positiv, da die Mittelwerte um "2" lagen, d.h. dass sich das Befinden etwas gebessert hat.

4.2.3 Medikation und Krankheitsaktivität bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

Medikamente

CED-Patienten wurden nach ihrer Medikation befragt; interessiert hatte dabei die Einnahme von Kortikosteroiden, Azulfidinen und Azathioprin zu Beginn und am Ende der Behandlung.

Die Patienten beider Gruppen unterschieden sich kaum in ihrer Medikation; am Anfang der Rehabilitationsbehandlung erhielt die Mehrzahl Azulfidine und nur knapp 15 % Kortikosteroide (Tab. 33, s. Anhang). Am Ende bekamen über 40 % beider Gruppen Kortikosteroide und nur noch eine Fünftel Azulfidine (Tab. 34, s. Anhang). Die Azathioprin-Medikation blieb bei MC-Patienten stabil bei 3 %, bei den CU-Patienten steigerte sie sich um das Doppelte auf knapp 9 %.

Krankheitsaktivität (CDAI) zu Beginn und am Ende der Rehabilitation

Die Krankheitsaktivität wurde mit dem Crohn's Disease Activity Index (CDAI) nach Best gemessen. Bis zu einem Wert von 150 geht man von einer geringen Krankheitsaktivität oder auch Remission aus. Ab einem Wert von 150 spricht man von einem Schub. 54 % der Patienten hatten zu Beginn einen CDAI-Wert unter 150, was für eine niedrige Krankheitsaktivität spricht. Von einem Fünftel der Morbus-Crohn-Patienten lag kein CDAI-Wert vor. 22 % hatten einen Wert von über 150, also befanden sich diese Patienten im Schub (Tab. 35, s. Anhang). Bis zum Ende der Reha-Behandlung hat sich dies so verändert, dass etwas mehr Patienten, nämlich 60 % einen CDAI-Wert unter 150 hatten, und sich die Anzahl der Patienten mit einem Wert über 150 fast um die Hälfte, auf 13 %, verringert hat. Bei einem Viertel der Patienten fehlte der CDAI-Wert (Tab. 36, s. Anhang). Wenn man die Daten der Krankheitsaktivität zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung mit

denen der Zuweisung vergleicht, stellt man fest, dass von den Patienten, die zu einer AHB kamen, also unmittelbar davor in stationärer Krankenhausbehandlung waren, die Hälfte nur noch eine geringe Krankheitsaktivität aufweist, 26 % noch einen CDAI-Wert über 150 hat und von weiteren 24 % der CDAI-Wert fehlt (Tab. 37, s. Anhang).

5 *ERGEBNISSE*

5.1 *Gießen-Test und soziodemographische Daten*

Die Hypothese für diese Arbeit lautet, dass sich auch bei unseren Patienten ein Alters- und Geschlechtseffekt zeigt, die sich in Korrelationen zwischen den Gießen-Test-Skalen und den soziodemographischen Daten ausdrücken.

Nachdem sich beim Alter signifikante Unterschiede zwischen den diagnostischen Gruppen ergeben hatten (s. Kap. 4.1), wurden die Korrelationen zwischen dem Alter und den Gießen-Test-Skalen berechnet.

Korrelationen zwischen dem Alter und den Gießen-Test-Skalen

Die Korrelationen zwischen dem Alter und den Gießen-Test-Skalen für die gesamte Stichprobe finden sich in Tab. 38. Insgesamt sind die Werte niedrig: In den Skalen 1, 4 und 5 sind die Werte nahe Null. Die höchste Korrelation ergibt sich zwischen dem Alter und der Skala 3 (Kontrolle); für diese Skala wird bei dem Vergleich zwischen den Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa das Alter als Kovariate in der ANOVA verwendet (s. Kap. 5.4).

Tab. 38 : Korrelationen zwischen dem Alter und den Gießen-Test-Skalen vom Beginn der Reha-Behandlung für die gesamte Stichprobe (n = 383)

Skala	Alter	p
1	-0,02	0,68
2	0,10	0,11
3	0,26	0,02
4	-0,01	0,77
5	0,04	0,58
6	0,12	0,15

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Gruppenvergleich zwischen Männern und Frauen

Beim Vergleich der Gießen-Test-Skalen zwischen Männern und Frauen ergibt sich nur für Skala 4, die Grundstimmung, ein signifikanter Unterschied von mittlerer Größe, in dem Sinne, dass sich Frauen etwas depressiver beschreiben (Tab. 39).

Tab. 39 : Gruppenvergleich zwischen Männern und Frauen mit den Gießen-Test-Skalen für die gesamte Stichprobe (t-test für unabhängige Stichproben)

Skala	Männer n=170		Frauen n=243		t	p
	M	SD	M	SD		
1	26,79	4,86	26,85	5,41	-0,10	0,92
2	25,49	4,56	26,09	4,49	-1,33	0,18
3	26,70	4,60	26,60	5,09	0,19	0,85
4	26,75	6,07	29,00	6,14	-3,69	< 0,001
5	24,20	5,13	23,86	6,20	0,59	0,55
6	21,04	4,51	20,65	5,36	0,79	0,43

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

5.2 Gießen-Test-Vergleich zwischen den diagnostischen Gruppen

Der Einsatz von Kontrollgruppen für Vergleichsuntersuchungen ist notwendig, um herauszufinden, ob Persönlichkeitsmerkmale, die bei Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten gefunden werden, typisch für diese sind, oder ob sich diese auch bei anderen chronisch Kranken finden.

Die Hypothese für diese Arbeit lautet, dass sich Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten, zusammengefasst als CED-Patienten, nicht von der Kontrollgruppe unterscheiden.

Beim Vergleich der Gießen-Test-Skalen zwischen den diagnostischen Gruppen fällt für Skala 4, die Grundstimmung, ein signifikanter Unterschied auf (Tab. 40a). Zum Ausschluß eines möglichen Geschlechtseffekts führten wir noch einen Vergleich mit dem Geschlecht als zusätzlichem Faktor durch. Auch bei dieser Kontrolle des Geschlechts findet sich ein Effekt der diagnostischen Gruppe. Zusätzlich findet sich ein Geschlechtseffekt. Dieser ist aber nicht für den Gruppenunterschied verantwortlich. Ein Interaktionseffekt findet sich nicht. Den niedrigsten Wert haben die CED-Patienten. Sie sind damit am nächsten dem Normwert, gefolgt von den Patienten mit Ulcus ventriculi/duodeni und den Patienten mit funktionellen Beschwerden. Den höchsten Wert haben die Patienten mit anderen gastroenterologischen Erkrankungen. Damit beschreiben sich die Patienten der Kontrollgruppen als depressiver, häufiger bedrückt, stärker zu Selbstzweifeln neigend, ängstlicher, selbstkritischer, Ärger eher in sich hineinfressend und abhängiger als die CED-Patienten. Der Unterschied zwischen den CED-Patienten und den Patienten mit Ulcus ventriculi/duodeni ist nur gering, zu den Patienten mit funktionellen Beschwerden und den Patienten mit anderen gastroenterologischen Erkrankungen beträgt der Unterschied etwa eine halbe Standardabweichung, d.h. dies entspricht einem mittleren Effekt. Dass keine weiteren Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen zu finden waren, kann auch an den kleinen Stichproben der Gruppen 3, 4 und 5 liegen (geringe Power).

Tab. 40a : Vergleich der Gießen-Test-Skalen zwischen den diagnostischen Gruppen
(1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastro-
enterologische Erkrankungen; ANOVA)

Skala	Gruppe								F	p
	1+2		3		4		5			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
	n = 290		n = 40		n = 36		n = 48			
1	27,13	4,85	25,30	5,20	26,86	6,19	26,21	6,10	1,72	0,15
2	25,91	4,51	25,40	4,44	26,69	4,48	25,15	4,66	0,96	0,41
3	26,58	4,86	26,20	5,12	27,17	4,75	26,98	5,01	1,38	0,24
4	27,39	6,02	27,95	5,72	29,22	6,57	31,42	6,29	6,50	< 0,001
5	23,96	5,62	24,55	5,28	23,53	6,51	24,06	6,62	0,21	0,89
6	20,56	4,73	21,20	5,06	21,39	5,99	21,52	5,88	0,80	0,49

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Tab. 40b : Vergleich der Gießen-Test-Skala 4 zwischen den diagnostischen Gruppen mit
dem Geschlecht als zusätzlichem Faktor
(1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastro-
enterologische Erkrankungen; ANOVA)

	Quadratsumme	df	F	p
Haupteffekte				
Kombiniert	1074,25	5	5,97	< 0,001
Geschlecht	227,36	1	6,32	0,01
Gesamte Gruppe	814,51	4	5,66	< 0,001

5.3 Gießen-Test-Vergleich der Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) mit den Normwerten

Da sich kein einheitliches Bild für bestimmte Persönlichkeitsmerkmale weder für Morbus-Crohn- noch für Colitis-ulcerosa-Patienten aus der gesichteten Studienlage ergibt, lautet die Hypothese für diese Arbeit, dass sich die CED-Patienten nicht wesentlich von den Normwerten unterscheiden.

Die Patienten wurden aufgrund des Geschlechts (männlich oder weiblich) und des Lebensalters (zwei Altersgruppen, nämlich von 18 bis 34 Jahren und von 35 bis 65 Jahren), in 4 Gruppen unterteilt. Diese Einteilung nach Geschlecht und Alter wurde gewählt, da für diese Gruppen Normwerte aus dem Handbuch zum Gießen-Test von Beckmann et al. (1994) entnommen werden konnten (s. Kap. 3.3). Mit diesen Normwerten wurden die Mittelwerte der Gruppen verglichen. Die Altersgruppe der über Sechzigjährigen wurde aufgrund der nur geringen Anzahl der Patienten nicht berücksichtigt. Die Signifikanzniveaus wurden mit * neben den Mittelwerten angegeben:

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

CED-Patienten im Alter von 18 bis 34 Jahren

Beim Vergleich der Mittelwerte der CED-Patienten im Alter von 18 bis 34 Jahren mit den Normwerten ergab sich folgendes (Tab. 41):

In Skala 1, soziale Resonanz, zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied, aber nur ein mittlerer Effekt, weil die Differenz zum Normwert nur die Hälfte der Standardabweichung beträgt. Der Mittelwert der CED-Patienten liegt in Richtung des negativ sozial resonanten Pols, was bedeutet, dass sich die Patienten unattraktiver, unbeliebter, in der Arbeit

kritischer, weniger durchsetzungsfähig und am schönen Aussehen weniger interessiert sehen, im Vergleich zu den Normwerten. In Skala 2, Dominanz, in der nach Eigensinn, Geduld und Auseinandersetzungen gefragt wird, unterscheiden sich die Werte der CED-Patienten nicht von den Normwerten. In Skala 3, Kontrolle, ergibt sich ein signifikanter Unterschied zu den Normwerten, mit jedoch nur geringer Effektstärke. Die Patienten haben einen höheren Wert und sehen sich somit begabter im Umgang mit Geld, ordentlicher, eifriger, stetiger, eher wahrheitsfanatisch und unfähig zum Ausgelassensein. In Skala 4, Grundstimmung, ergaben sich hochsignifikante Unterschiede zu den Normwerten, und da die Differenz etwa 80 % der SD beträgt, kann man von einem großen Effekt sprechen: die höheren Werte der CED-Patienten sprechen dafür, dass sich die Patienten häufiger bedrückt, stärker zu Selbstvorwürfen neigend, eher ängstlich, sehr selbstkritisch, eher Ärger hineinfressend und abhängiger erleben. In Skala 5, Durchlässigkeit, hatten die CED-Patienten hochsignifikant höhere Werte als die Normwerte, mit einem mittelgroßen Effekt von 75 % der SD. So beschreiben sich die CED-Patienten als verschlossener, anderen fern, eher wenig preisgebend, misstrauischer und in der Liebe weniger erlebnisfähig. Auch in Skala 6, soziale Potenz, unterschieden sich die CED-Patienten signifikant vom Normwert; allerdings kann man bei einer Differenz von ca. $\frac{1}{4}$ der SD nur von einem kleinen Effekt ausgehen. Die CED-Patienten weisen einen höheren Wert auf, d. h., dass sie sich insgesamt als ungeselliger, im heterosexuellen Kontakt befangener, weniger hingabefähig, phantasieärmer, weniger fähig zu einer Dauerbindung und kaum konkurrierend sehen.

Tab. 41 : Vergleich der Skalenmittelwerte von CED-Patienten mit den Normwerten
(Alter: 18-34 Jahre; Geschlecht: männlich; n = 52)

Skala	CED		Normwert	Differenz
	M	SD		CED - Normwert
1	27,02***	4,37	29,29	-2,27
2	25,17	5,28	25,64	-0,47
3	26,13*	3,94	24,77	1,36
4	24,92***	5,22	20,82	4,10
5	23,81***	4,71	20,63	3,22
6	20,38*	4,07	18,99	1,39

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

CED-Patienten im Alter von 35 bis 60 Jahren

Für die männlichen CED-Patienten im Alter von 35 bis 60 Jahren fielen die Unterschiede zu den Normwerten ähnlich wie bei den jüngeren CED-Patienten aus (Tab. 42).

In Skala 1, soziale Resonanz, zeigt sich ein signifikanter Unterschied zu den Normwerten, der allerdings nur einen kleinen Effekt aufweist; die Werte der Patienten sind kleiner und tendieren somit zum negativ sozial resonanten Pol. In Skala 2, Dominanz, besteht kein Unterschied zu den Normwerten. In Skala 3, Kontrolle, ergibt sich ebenfalls kein Unterschied. In Skala 4, Grundstimmung, findet man einen hochsignifikanten Unterschied zu den Normwerten; der Effekt ist mit fast einer ganzen SD groß. Die höheren Werte der Patienten stehen für eine depressivere Grundstimmung. In Skala 5, Durchlässigkeit, zeigt sich ebenfalls ein hochsignifikanter Unterschied, der einen mittelgroßen Effekt bedeutet, mit höheren Werten für die CED-Patienten, d.h. die Patienten sehen sich retentiver. In

Skala 6, soziale Potenz, weisen die CED-Patienten höhere Werte auf und somit eine Tendenz in Richtung sozial impotenter; hier findet sich ebenso ein hochsignifikanter Unterschied zu den Normwerten, der einem mittleren Effekt entspricht.

Tab. 42 : Vergleich der Skalenmittelwerte von CED-Patienten mit den Normwerten
(Alter: 35-60 Jahre; Geschlecht: männlich; n = 56)

Skala	CED		Normwert	Differenz
	M	SD		CED-Normwert
1	27,46*	4,77	28,66	-1,20
2	26,11	4,08	25,51	0,60
3	27,18	5,18	26,34	0,84
4	26,52***	5,76	21,31	5,21
5	25,05***	4,89	21,85	3,20
6	21,34***	4,46	19,49	1,85

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

CED-Patientinnen im Alter von 18 bis 34 Jahren

Zwischen den Werten der CED-Patientinnen der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren und den entsprechenden Normwerten ergaben sich in drei Skalen hochsignifikante Unterschiede, in den übrigen drei Skalen keine Unterschiede (Tab. 43). In Skala 1, soziale Resonanz, liegen die Werte der Patientinnen unter den Normwerten, d. h., dass sie ihr Verhalten als sozial weniger resonant, also sich als unattraktiver, unbeliebter weniger durchsetzungsfähig usw. erleben. Der Effekt ist mittelgroß. In Skala 2, Dominanz, und in Skala 3, Kontrolle, kein signifikanter Unterschied. In Skala 4, Grundstimmung, ergaben sich höhere Werte, die für eine depressivere Stimmung sprechen, im Vergleich zu den

Normwerten (hochsignifikanter Unterschied mit großem Effekt). In Skala 5, der Durchlässigkeit, weichen die höheren Werte der CED-Patientinnen hochsignifikant in Richtung Retention ab, was einem mittleren Effekt entspricht. In Skala 6, soziale Potenz, kein signifikanter Unterschied.

Tab. 43 : Vergleich der Skalenmittelwerte von CED-Patientinnen mit den Normwerten
(Alter: 18-34 Jahre; Geschlecht: weiblich; n = 95)

Skala	CED		Normwert	Differenz
	M	SD		CED-Normwert
1	26,96***	4,58	29,93	-2,97
2	25,76	4,23	25,32	0,44
3	25,03	5,06	25,61	-0,58
4	28,41***	5,85	22,37	6,04
5	23,34***	6,00	20,42	2,92
6	19,68	4,23	18,82	0,86

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

CED-Patientinnen im Alter von 35 bis 60 Jahren

In Tab. 44 werden die Werte der über 35-jährigen CED-Patientinnen mit den Normwerten verglichen.

In Skala 1, soziale Resonanz, ergibt sich eine negativere soziale Resonanz für die Patientinnen, mit niedrigeren Werten (hochsignifikant, aber nur ein kleiner Effekt). In Skala 2, Dominanz, und in Skala 3, Kontrolle, kein signifikanter Unterschied. In Skala 4, Grundstimmung, zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied zu den Normwerten, mit Tendenz der Patientinnen in Richtung depressiverer Grundstimmung. Hier entspricht die

Differenz fast einer Standardabweichung, was für einen großen Effekt spricht. In Skala 5, Durchlässigkeit, findet sich ein höherer Wert für die Patientinnen; dies deutet auf eine vermehrte Retention hin (hochsignifikanter Unterschied, aber nur ein kleiner Effekt). In Skala 6, soziale Potenz, ergibt sich ein signifikanter Unterschied mit kleinem Effekt, mit etwas höherem Wert der Patientinnen und somit Tendenz zur sozialen Impotenz.

Tab. 44 : Vergleich der Skalenmittelwerte von CED-Patientinnen mit den Normwerten
(Alter: 35-60 Jahre; Geschlecht: weiblich; n = 79)

Skala	CED		Normwert	Differenz
	M	SD		CED-Normwert
1	27,29***	5,65	29,61	-2,32
2	26,34	4,67	27,09	-0,75
3	27,99	4,37	27,08	0,91
4	28,65***	6,29	23,05	5,60
5	24,00***	6,28	21,52	2,48
6	21,10*	5,58	19,92	1,18

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Wenn man die Ergebnisse, die sich aus dem Vergleich mit den Normwerten ergeben, zusammenfassend beurteilt, zeigt sich, dass man nicht alle "hochsignifikanten" Unterschiede gleich werten kann. Aufgrund der großen Stichprobenanzahl ergeben sich auch bei nur kleinen Unterschieden signifikante Resultate. So muss man die Ergebnisse immer im Zusammenhang mit der Effektstärke beurteilen. Hierzu Tab. 45, in der die Effekte dargestellt sind. Nur für Skala 4, Grundstimmung, ergibt sich durchgehend, unabhängig vom Alter oder Geschlecht, ein großer Effekt. Die CED-Patienten empfinden sich als depressiver, häufiger bedrückt, stärker zu Selbstvorwürfen neigend, eher ängstlich,

selbstkritischer, Ärger mehr in sich hineinfressend und abhängiger. Für Skala 1, soziale Resonanz, ergibt sich für die Altersgruppe über 35 Jahre nur ein kleiner Effekt, d.h. der Unterschied ist nur klein. Ein mittlerer Effekt ergibt sich bei den jüngeren Patienten bzw. Patientinnen. Dass sich die CED-Patienten sozial weniger resonant, unattraktiver, unbeliebter, weniger durchsetzungsfähig und am schönen Aussehen desinteressierter erleben, beruht auf einen eher kleinen Unterschied. Bei Skala 5, Durchlässigkeit, sieht man bei den männlichen Patienten einen mittleren, bei den Frauen nur einen kleinen bzw. mittleren Effekt. D.h. vor allem die Patienten erleben sich als retentiver, verschlossener, anderen ferner, eher wenig von sich preisgebend, misstrauischer und in der Liebe weniger erlebnisfähig. Für Skala 3, Kontrolle, und Skala 6, soziale Potenz, ergeben sich nur ein kleiner bzw. ein mittlerer Effekt.

Tab. 45: Darstellung der Effektstärke des Unterschieds zwischen CED-Patienten und Normwerten (kleiner Effekt: +, mittlerer Effekt: ++ großer Effekt: +++)

Skala		1	2	3	4	5	6
18-34 Jahre	Patienten	++		+	+++	++	+
18-34 Jahre	Patientinnen	++			+++	++	
35-60 Jahre	Patienten	+			+++	++	++
35-60 Jahre	Patientinnen	+			+++	+	+

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

5.4 Gießen-Test-Vergleich zwischen Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten

Die Hypothese für diese Arbeit lautet, dass sich Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten testpsychologisch im Gießen-Test nicht voneinander unterscheiden.

Zwischen den Morbus-Crohn- und den Colitis-ulcerosa-Patienten ergaben sich in unserer Arbeit meist keine Unterschiede, außer in Skala 3 (Kontrolle) des Gießen-Test (Tab. 46), in dem sich die Colitis-ulcerosa-Patienten zwanghafter sahen, also begabter im Umgang mit Geld, ordentlicher, eifriger, stetiger, unfähiger zum Ausgelassensein. Allerdings zeigte sich bei dem Vergleich mit dem Alter als Kovariate, dass dies einem Alterseffekt entsprach (Tab. 46b). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen lässt sich darauf zurückführen, dass die Colitis-ulcerosa-Patienten mit 38 Jahren im Durchschnitt um zwei Jahre älter waren als die Morbus-Crohn-Patienten (s. Tab. 1 im Anhang). Dem entspricht ein Alters-effekt, der eine Tendenz in Richtung Zwanghaftigkeit mit zunehmendem Alter ergab, wie ihn Beckmann et al. (1994) bei ihren Normierungsuntersuchungen feststellten.

Tab. 46a : Vergleich der Gießen-Test-Skalen zwischen Morbus Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten (ANOVA)

Skala	Morbus Crohn n = 202		Colitis ulcerosa n = 88		F	p
	M	SD	M	SD		
1	27,17	4,80	27,02	5,00	0,06	0,81
2	25,87	4,61	26,02	4,29	0,07	0,79
3	26,18	5,09	27,50	4,18	4,58	0,03
4	27,47	6,13	27,22	5,82	0,10	0,75
5	23,95	5,60	23,98	5,71	0,00	0,97
6	10,31	4,43	21,13	5,33	1,82	0,18

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Tab. 46b: Vergleich der Gießen-Test-Skala 3 zwischen Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten unter Einbeziehung des Alters als Kovariate (MC: Morbus-Crohn-Patienten; CU: Colitis- ulcerosa-Patienten; ANCOVA)

	Quadratsumme	df	F	p
Alter	476,08	1	21,80	< 0,001
Haupteffekt MC vs. CU	77,92	1	3,57	0,06

5.5 Gießen-Test und Krankheitsaktivität

Die Hypothese war, dass sich bei Morbus-Crohn-Patienten ein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Krankheitsaktivität zeigen lässt, vor allem was eine Depression bzw. depressive Grundstimmung angeht.

Korrelationen zwischen den Gießen-Test-Skalen und den CDAI-Werten vom Beginn der Rehabilitation

Insgesamt fielen die Korrelationen zwischen den Gießen-Test-Skalen und dem CDAI vom Beginn der Rehabilitation sehr niedrig aus (Tab. 47). So konnte die Hypothese nicht bestätigt werden.

Tab. 47 : Korrelationen zwischen den Gießen-Test-Skalen und dem CDAI vom Beginn der Rehabilitaionsbehandlung (Korrelationskoeffizient nach Pearson; n = 166)

Skala	r	p
1	0,03	0,69
2	- 0,02	0,77
3	0,02	0,76
4	0,13	0,10
5	0,07	0,39
6	0,02	0,61

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Korrelationen zwischen den Gießen-Test-Skalen und den CDAI-Werten vom Ende der Rehabilitation

Die Korrelationen zwischen den GT-Skalen und dem CDAI vom Ende der Rehabilitation sind sehr niedrig (Tab. 48), so dass sich die Hypothese ebenfalls nicht bestätigte.

Tab. 48 : Korrelationen zwischen den Gießen-Test-Skalen und dem CDAI vom Ende der Rehabilitationsbehandlung (Korrelationskoeffizient nach Pearson; n = 155)

Skala	r	p
1	- 0,12	0,14
2	- 0,08	0,36
3	0,01	0,93
4	0,12	0,14
5	0,06	0,44
6	0,03	0,70

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

5.6 Gießen-Test-Verlauf von Beginn bis zum Ende der Rehabilitationsbehandlung

Um den Verlauf der Reha-Behandlung beurteilen zu können, haben alle Patienten zu Beginn und am Ende des Aufenthaltes einen Gießen-Test ausgefüllt. Veränderungen, die sich im Gießen-Test zeigten, wurden mit dem t-Test für abhängige Stichproben geprüft. Die Hypothese für diese Arbeit lautet, dass eventuell zu Beginn vorhandene psychische Auffälligkeiten gegen Ende der Rehabilitation in Richtung der Normwerte tendieren.

Der Verlauf für die Gesamtstichprobe

Für den Verlauf der Gießen-Test-Skalen, vom Beginn bis zum Ende der Reha-Behandlung, ergaben sich für die Gesamtgruppe in vier der sechs Skalen hochsignifikante Unterschiede (Tab. 49), allerdings mit nur kleinen Effekten, da die Veränderungen maximal ein Viertel der Standardabweichungen ausmachten. Für alle Skalen ergaben die Veränderungen eine Tendenz in Richtung der Normwerte.

Tab. 49 : Vergleich der Gießen-Test-Skalen zu Beginn und am Ende der Reha-Behandlung (Gesamtstichprobe; n = 395; t-Test für abhängige Stichproben)

Skala	Beginn		Ende		Differenz	SD	t	p
	M	SD	M	SD				
1	26,75	5,18	27,28	4,66	-0,53	3,68	-2,87	0,004
2	25,77	4,53	25,85	5,44	-0,08	4,40	-0,35	0,72
3	26,64	4,93	26,35	4,51	0,29	3,19	1,83	0,07
4	28,15	6,20	27,01	5,42	1,14	4,50	5,06	< 0,001
5	23,97	5,79	23,17	5,73	0,80	4,89	3,24	0,001
6	20,84	5,02	20,26	4,76	0,58	4,11	2,79	0,006

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

*Gießen-Test-Verlauf bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
(CED)*

Für die CED-Patienten ergaben sich im Verlauf der Behandlung in drei Skalen (Skala 4, 5, 6) signifikante Veränderungen (Tab. 50), wiederum jedoch nur mit kleinem Effekt.

Tab. 50 : Vergleich der Gießen-Test-Skalen zu Beginn und am Ende der Reha-
Behandlung (Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen;
n = 278; t-Test für abhängige Stichproben)

Skala	Beginn		Ende		Differenz	SD	t	p
	M	SD	M	SD				
1	27,08	4,91	27,40	4,47	-0,32	3,44	-1,59	0,11
2	25,87	4,57	25,97	5,92	-0,10	4,83	-0,36	0,71
3	26,62	4,90	26,38	4,60	0,24	3,02	1,31	0,19
4	27,57	6,04	26,67	5,38	0,90	4,15	3,61	< 0,001
5	23,88	5,71	23,08	5,73	0,80	4,96	2,72	0,007
6	20,57	4,74	19,95	4,41	0,62	3,84	2,69	0,008

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Gießen-Test-Verlauf bei Nicht-CED-Patienten

Für die Nicht-CED-Patienten ergaben sich nur in zwei Skalen (Skala 1, 4) eine signifikante Veränderung (Tab. 51), allerdings auch nur mit kleinem Effekt. Die Tendenz in allen Skalen war eine Veränderung in Richtung der Normwerte.

Tab. 51 : Vergleich der Gießen-Test-Skalen zu Beginn und am Ende der Reha-Behandlung (Nicht-CED-Patienten; n = 117; t-Test für abhängige Stichproben)

Skala	Beginn		Ende		Differenz	SD	t	p
	M	SD	M	SD				
1	25,97	5,71	26,99	5,09	-1,02	4,17	-2,64	0,01
2	25,55	4,45	25,56	4,11	-0,01	3,17	-0,06	0,95
3	26,68	5,03	26,26	4,30	0,42	3,59	1,29	0,20
4	29,54	6,39	27,80	5,45	1,74	5,21	3,60	< 0,001
5	24,16	5,99	23,39	5,76	0,77	4,74	1,76	0,08
6	21,48	5,57	21,00	5,46	0,48	4,72	1,10	0,28

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

In den Tabellen 52 bis 56 im Anhang sind die Gießen-Test-Verläufe während der Reha-Behandlung für jede einzelne diagnostische Gruppe dargestellt. Obwohl es zu teils hochsignifikanten Veränderungen kommt, stellen sie nur kleine Effekte dar. Die Tendenz ist allgemein eine Verbesserung in Richtung der Normwerte.

6 DISKUSSION

Aus dem Interesse der psychosomatischen Medizin für Morbus Crohn und Colitis ulcerosa hat sich eine rege Forschungstätigkeit ergeben. Zu Beginn waren vor allem Spezifitätshypothesen bestimmend, die besagten, dass sich eine Erkrankung aus einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur oder einem Konflikt entwickelt oder, etwas weiter gefasst, aus dem Zusammentreffen einer besonderen organischen Disposition, bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, der Lebensgeschichte und der aktuellen Belastungssituation (Küchenhoff 1994). Deshalb wurde versucht, die Primärpersönlichkeit bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen zu erforschen. Schwierig dabei ist, dass Rückschlüsse von Persönlichkeitsmerkmalen, die während einer schon bestehenden Krankheit gefunden werden, nicht zulässig sein können, da man nicht ausschließen kann, dass eine Erkrankung die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen verändert. Studien, die großangelegt durchgeführt würden, um Menschen zu untersuchen, bei denen erst später diese Krankheiten ausbrechen, sind kaum machbar. Da man auf diesem Weg also bis jetzt nicht die Primärpersönlichkeit bei CED-Patienten finden konnte, versuchte man dies indirekt mit dem Ansatz, dass Persönlichkeitsmerkmale, die man in der Zeit der Remission findet, der Primärpersönlichkeit am nächsten kommen, im Gegensatz zu den Merkmalen, die vor allem bei einem Schub, vorhanden sind, in der Remission dagegen überhaupt nicht mehr oder nur schwach. Diese nennt man dann krankheitsdependent oder -reaktiv, d.h. durch die Krankheit ausgelöst. Dies bedeutet auch einen neuen Gesichtspunkt in der Psychosomatik, in dem nun die Wechselwirkungen zwischen Psyche und Soma in beide Richtungen untersucht werden. Daraus entsteht die Frage, wie die Persönlichkeit durch die Krankheit beeinflusst wird, konkret, welche Beeinflussungen zum Beispiel aus einem akuten Schub mit Bauchschmerzen und Diarrhoe resultieren oder aus den extraintestinalen Manifestationen wie Gelenkschmerzen und Augenentzündungen oder aus dem unsicheren, nicht vorhersagbaren Verlauf, in welchem auch eine Operation oder ein längerer Krankenhausaufenthalt notwendig werden können.

Im folgenden werden nun die Ergebnisse dieser Arbeit vor dem Hintergrund der aufgestellten Hypothesen diskutiert.

Bestehen Korrelationen zwischen den Gießen-Test-Skalen und den soziodemographischen Merkmalen?

Jeweils für eine Skala ergaben sich sowohl für das Alter als auch für das Geschlecht Korrelationen. Für das Alter ergab sich für Skala 3, Kontrolle, eine Korrelation. Dieser Alterseffekt erklärte auch beim Vergleich der Morbus-Crohn- mit den Colitis-ulcerosa-Patienten den einzigen Unterschied (Skala 3) zwischen diesen Patienten, insofern sich die durchschnittlich älteren CU-Patienten etwas zwanghafter beschrieben. Dies ist in Übereinstimmung mit dem von Beckmann et al. (1994) für diese Skala beschriebenen Alterseffekt. Ein Geschlechtseffekt zeigte sich nur für Skala 4, Grundstimmung, und zwar in dem Sinne, dass Frauen sich depressiver beschrieben. Auch dies ist in Übereinstimmung mit Beckmann et al. (1994).

Somit konnten wir unsere Hypothese bestätigen.

Bestehen Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen zwischen den CED-Patienten und den Kontrollgruppen?

Die Hypothese für diese Arbeit lautete, dass sich die CED-Patienten von den Kontrollgruppen unterscheiden, die aus Patienten mit chronischen Erkrankungen des Verdauungstraktes bestehen, und zwar in dem Sinne, dass sie psychopathologisch unauffälliger sind.

Einige Persönlichkeitsmerkmale wie Depression, Aggressionsgehemmtheit, Abhängigkeit von Bezugspersonen, Zwanghaftigkeit und mangelndes Selbstwertgefühl, die als typisch sowohl für Morbus-Crohn- als auch Colitis-ulcerosa-Kranke in einigen Studien beschrieben wurden, werden mit dem von uns benützten Persönlichkeitsfragebogen, dem Gießen-Test,

erfasst.

Beim Vergleich der Gießen-Test-Skalen zwischen den diagnostischen Gruppen fiel nur für Skala 4, Grundstimmung, ein signifikanter Unterschied auf, in dem Sinne, dass die Patienten der Kontrollgruppen mehr in Richtung depressiver Grundstimmung tendierten.

Dieses Ergebnis stimmt mit Studien von Blanchard et al. (1990), Walker et al. (1990), Schwarz et al. (1993) überein, die CED-Patienten mit Patienten mit funktionellen Darmerkrankungen und Reizdarmsyndrom verglichen. Bei Blanchard et al. (1990) zeigten CED-Patienten weniger psychopathologische Auffälligkeiten wie Angststörungen und Depression als Patienten mit Reizdarmsyndrom, bei Walker et al. (1990) hatten CED-Patienten mit 21 % einen deutlich niedrigeren Prozentsatz von mindestens einer psychiatrischen Diagnose als Patienten mit Reizdarmsyndrom mit einer Prävalenz von 93 %, wobei die Diagnosen hauptsächlich Depression, dann Angst- und Panikstörungen und Phobien waren. Bei Schwarz et al. (1993) unterschieden sich die CED-Patienten von den Patienten mit den funktionellen Störungen statistisch signifikant nur in den drei erfassten Parametern der Angst.

Song et al. (1993) konnten dagegen keine Unterschiede zwischen Morbus-Crohn-Patienten und Patienten mit einer Reizdarmsymptomatik finden. Ebenfalls fanden Addolorato et al. (1996) keine signifikanten Unterschiede für Angststörungen und Depression im Vergleich mit der als Kontrollgruppe eingesetzten Patientengruppe (Zöliakie-Patienten), allerdings für beide Patientengruppen einen signifikanten Unterschied für Depression im Vergleich zur Kontrollgruppe mit Gesunden und interpretierten diesen als reaktiv auf die vorhandene Krankheitsaktivität bedingt.

Im Gegensatz dazu wiederum schnitten CED-Patienten beim Vergleich mit anderen Krankheitsgruppen auffälliger ab. In diesen Studien wurden Kontrollgruppen eingesetzt, deren Erkrankungen nicht mit dem Verdauungstrakt zusammenhingen, zum Beispiel Diabetes mellitus-Patienten bei Robertson et al. (1989) ; Helzer et al. (1982 und 1984) verglichen zusätzlich neben Diabetes mellitus noch Patienten mit Hypertonus und Herzerkrankungen; Probst et al. (1990) nahmen als Kontrollgruppe chirurgische Patienten mit Verletzungen des Bewegungsapparates, die zwar zur gleichen Zeit im Krankenhaus waren wie die CED-

Patienten, aber nach einer Woche wieder schmerzfrei waren bei gutem Allgemeinbefinden. Sorensen et al. (1987) verglichen Morbus-Crohn-Patienten mit einer Kontrollgruppe von Gesunden und bei Love et al. (1992) wird die Kontrollgruppe nicht näher beschrieben, nur dass sie nach dem Alter und Geschlecht der CED-Patienten ausgesucht wurde.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich unsere Hypothese bestätigte, dass nämlich CED-Patienten im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, deren Mitglieder ebenfalls Erkrankungen des Verdauungstraktes hatten, unauffälliger sind bzw. beide Patientengruppen keinen wesentlichen Unterschied in der Persönlichkeitsstruktur aufweisen.

Zeigen sich psychische Auffälligkeiten im Gießen-Test bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Vergleich zu Normwerten, unter Berücksichtigung der Krankheitsaktivität?

In letzter Zeit wurden die deskriptiven Befunde zur Persönlichkeit bei CED-Patienten immer häufiger in Frage gestellt, besonders solche, die nur auf klinischen Beobachtungen oder anekdotenhaften Einzelfallbeschreibungen basieren. Für diese Arbeit wurde zur Messung der Persönlichkeitsmerkmale der CED-Patienten der Gießen-Test als standardisierter Persönlichkeitsfragebogen benutzt. Bei den Morbus Crohn-Patienten wurde zur Bestimmung der Krankheitsaktivität der Crohn's Disease Activity Index (CDAI) zu Beginn und am Ende der Rehabilitation erstellt und in Korrelation zu den Gießen-Test-Skalen gesetzt.

Da sich kein einheitliches Bild für bestimmte Persönlichkeitsmerkmale weder für Morbus-Crohn- noch für Colitis-ulcerosa-Patienten aus der gesichteten Studienlage ergibt, lautet die Hypothese für diese Arbeit, dass sich die CED-Patienten nicht wesentlich von den Normwerten unterscheiden.

Nur für Skala 4, Grundstimmung, ergab sich durchgehend, unabhängig vom Alter oder Geschlecht, ein großer Effekt. Die CED-Patienten empfinden sich als depressiver, häufiger bedrückt, stärker zu Selbstvorwürfen neigend, eher ängstlich, selbstkritischer, Ärger mehr

in sich hineinfressend und abhängiger. Für die anderen Skalen (1,3,5,6) zeigten sich nur kleine bis mittlere Effekte. Also sind die Abweichungen von den Normwerten (ausgenommen die Grundstimmung) nicht sehr groß, was für unsere Hypothese spricht.

Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Krankheitsaktivität konnte bei uns der Unterschied in der Grundstimmung jedoch auch nicht erklärt werden. Die Hälfte der Morbus-Crohn-Patienten wies nämlich zu Beginn der Rehabilitation eine mit dem CDAI gemessene niedrige Krankheitsaktivität auf; ein Viertel hatten eine hohe Krankheitsaktivität, bei dem restlichen Viertel fehlte der CDAI-Wert. Allerdings muss man bedenken, dass 60 % der CED-Patienten zu einer AHB kamen, also unmittelbar vor der Rehabilitation einen Krankheitsschub durchgemacht haben, der sogar stationär behandelt werden musste. So stellt sich die Frage, ob man bei den Patienten mit der niedrigen Krankheitsaktivität schon von Remission sprechen kann oder ob es eine Zwischenzeit zwischen Schub und Remission gibt, in der die Stabilisierung der somatischen und psychischen Kräfte im Vordergrund steht. Auffällig ist außerdem, dass sich die Krankheitsaktivität am Ende weiter gebessert hat, d.h. noch mehr Patienten haben „Remissionswerte“, also unter 150 Punkte, und weniger Patienten haben höhere Werte. Die Medikation verändert sich jedoch sowohl bei den Morbus-Crohn- als auch bei den Colitis-ulcerosa-Patienten dazu genau konträr, nämlich in dem Sinne, dass mehr als doppelt so viele Patienten am Ende die klassische „Schubmedikation“ – Kortikosteroide – erhielten und die remissionerhaltende Azulfidine-Medikation deutlich reduziert wurde. Allein die Imurek-Medikation (ebenfalls remissionerhaltende Medikation) bei den CU-Patienten wurde auf 8,9 % verdoppelt. Der Vergleich der Medikation zu Beginn und am Ende spricht dafür, dass 25 bis 30 % der CED-Patienten während der Rehabilitation einen erneuten Krankheitsschub erlitten haben, der eine Kortikoidmedikation notwendig machte. Die Krankheitsaktivität am Ende zeigt jedoch nur noch bei 13 % der MC-Patienten erhöhte Werte im CDAI, so dass die meisten MC-Patienten auch wieder eine Remission erreichten.

Die Frage ist, ob wir deshalb keine Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen, vor allem der Grundstimmung, und der Krankheitsaktivität finden konnten, da für mögliche psychische Veränderungen die Zeit zu kurz war und die Krankheitsaktivität zu viele Schwankungen aufwies.

In anderen Studien wurde nämlich festgestellt, dass die psychischen Auffälligkeiten mit der Krankheitsaktivität korrelieren (Robertson et al. 1989, Probst et al. 1990 für MC-Patienten, Porcelli et al. 1996a,b), so dass es also immer wichtig ist, die Krankheitsaktivität der Patienten mitanzugeben. Patienten im Schub seien depressiver und ängstlicher, aber in der Remission könne dies nicht mehr festgestellt werden (Leibig et al. 1985, Robertson et al. 1989, Künsebeck 1991, Deter et al. 1993, Porcelli et al. 1996a,b), wobei auch das Dissimulationsbedürfnis der Morbus Crohn-Patienten bei der Beurteilung bedacht werden müsse. Auch laut Friebel (1995) scheint das Ausmaß neurotischer Störungen stark von der aktuellen Krankheitssituation abzuhängen, so dass er darauf schließt, dass diese Abweichungen Ausdruck der Reaktion auf die Erkrankung sein können.

Einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Krankheitsaktivität und der Psyche fanden Helzer et al. weder für Colitis-ulcerosa- noch für Morbus-Crohn-Patienten (1982, 1984), ebenso fanden Feuerle et al. (1983) keinen Zusammenhang. Freyberger et al. (1980) zeigten eine Korrelation zwischen ausgeprägtem Befall und vermehrten seelischen Auffälligkeiten auf. Als ein weiteres bei CED-Patienten gefundenes Persönlichkeitsmerkmal wird die Alexithymie angegeben, die bei Porcelli et al. (1995, 1996a,b) im Gegensatz zu Angst und Depression auch in der Remission stabil vorhanden war, woraus er folgert, dass die Schwierigkeit, Gefühle wahrzunehmen und auszusprechen, eher zur Grundpersönlichkeit gezählt werden muss als Depression und Angst, die aufgrund ihrer Instabilität als Folgeerscheinungen der Erkrankungen angesehen werden können. Hartmann (1995) schließt aus der alexithymen Sprache der MC-Patienten, dass dies die Hypothese unterstützt, dass MC eine psychosomatische Erkrankung sei.

Dazu passend fanden Weinryb et al. (1992) bei ihren CU-Patienten auch das Phänomen der Alexithymie, jedoch in der Häufigkeit nicht abweichend von derjenigen in der Normalbevölkerung.

Trotz unserer Ergebnisse muss man in der Zusammenschau aller Studien sagen, dass angegebene Abweichungen in der Persönlichkeit der CED-Patienten immer zusammen mit der gerade bestehenden Krankheitsaktivität betrachtet werden müssen. Studien, die

bestimmte Persönlichkeitsmerkmale nur bei Patienten im Schub gefunden haben und nicht mehr in der Remission, legen den Schluss nahe, dass diese Merkmale unmittelbar mit dem somatischen Krankheitsgeschehen zusammenhängen. Hierbei muss allerdings bedacht werden, dass der Übergang zwischen Schub und Remission fließend ist.

Gießen-Test-Vergleich zwischen Morbus-Crohn- und Colitis- ulcerosa-Patienten

Studien, die sich mit der Differenzierungsmöglichkeit der beiden Erkrankungen aufgrund der Persönlichkeit befasst haben, kommen zu keinem einheitlichen Ergebnis. Trotzdem scheint es eher wenige Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu geben. So ergab sich für diese Arbeit die Hypothese, dass sich die CED-Patienten testpsychologisch im Gießen-Test nicht voneinander unterscheiden.

Die Hypothese wurde durch die Ergebnisse bestätigt, es ergaben sich zwischen den Morbus-Crohn- und den Colitis-ulcerosa-Patienten keine Unterschiede.

Der Unterschied in Skala 3 (Kontrolle), in dem sich die Colitis ulcerosa-Patienten zwanghafter sahen, also begabter im Umgang mit Geld, ordentlicher, eifriger, stetiger, unfähiger zum Ausgelassensein, erklärte sich durch einen Alterseffekt. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen lässt sich also darauf zurückführen, dass die Colitis-ulcerosa-Patienten mit 38 Jahren im Durchschnitt um zwei Jahre älter waren als die Morbus-Crohn-Patienten. Diesen Alterseffekt, der einer Tendenz in Richtung Zwanghaftigkeit mit zunehmendem Alter entspricht, stellten auch Beckmann und Richter (1994) bei ihren Normierungsuntersuchungen fest.

Bei Ahrens et al. (1986) ergaben sich in dem ebenfalls benutzten Gießen-Test keine Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen. Dieses Ergebnis ist in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen, die nur minimale Unterschiede (Andrews et al. 1987, Robertson et al. 1989) bzw. keine Unterschiede feststellten (McKegney et al.

1970, Leibig et al. 1985, Probst et al. 1990). McKegney et al. (1970) beschrieben dies mit einer "auffallenden Ähnlichkeit" beider Diagnosen auf psychosozialer Ebene.

Reindell et al. (1981) zeigte dagegen Unterschiede auf, und zwar mit psychodynamischen Interviews, in denen sich Morbus-Crohn-Patienten mit stärkerer Verleugnungstendenz, schizoiden Merkmalen, forschendem, aktiven Verhalten und eher einer Ablehnung gegenüber einer Psychotherapie darstellten. Colitis-ulcerosa-Patienten wurden als depressiver, passiver und Psychotherapie bejahender beschrieben.

Einige andere Studien (Tarter et al. 1987, Schwarz u. Blanchard 1990, Drossman et al. 1991) fanden Morbus Crohn-Patienten psychisch auffälliger als die an Colitis ulcerosa Erkrankten, ohne dass sich für Morbus-Crohn-Kranke eine spezifische Persönlichkeitsstruktur feststellen lässt (v. Wietersheim 1994, Enck und Schäfer 1996). Federschmidt und Huse-Kleinstoll (1995) sprechen von einer Heterogenität der Persönlichkeitsstruktur bei MC-Patienten. Sie stellen die These auf, dass die verschiedenen Lokalisationen der Krankheitsmanifestation bei Morbus-Crohn-Patienten diese Unterschiedlichkeit erklären könnten.

Die Ergebnisse der verschiedenen Studien zeigen ein uneinheitliches Bild. Es ergibt sich für keine der beiden Gruppen eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, die zu einer klaren Abgrenzung zu anderen Patienten führt. Besonders für Morbus-Crohn-Patienten wird eine Heterogenität der Persönlichkeitsstruktur betont, trotzdem fällt auch die große Übereinstimmung beider Gruppen auf.

Der Gießen-Test-Verlauf im Rahmen der Rehabilitation

Zur Verlaufskontrolle der Rehabilitationsbehandlung wurde sowohl zu Beginn als auch am Ende der Gießen-Test von den Patienten ausgefüllt. Der Gießen-Test wurde speziell dazu entwickelt, neben zeitkonstanten zeitvariable Persönlichkeitsmerkmale zu erfassen, die mit zu erwartenden Änderungen zum Beispiel bei Psychotherapien einhergehen (Beckmann et al. 1994).

Die Hypothese für diese Arbeit lautete, dass eventuell zu Beginn vorhandene psychische Auffälligkeiten gegen Ende der Rehabilitation in Richtung der Normwerte tendieren. Insgesamt zeigten sich für alle Patienten signifikante Verbesserungen im Verlauf, d.h. die Veränderungen tendierten in Richtung Normwerte, aber die Effekte waren nur klein. Der Gießen-Test wurde in verschiedenen anderen Studien zur Überprüfung der Psychotherapie benutzt. Auch in diesen ergaben sich Veränderungen, die in Richtung Normwerte tendierten, für die in Katamnesen nachuntersuchten, psychoanalytisch behandelten Patienten (von Rad u. Werner 1981, Riehl 1985, Payk u. Vonneguth 1987).

7 ZUSAMMENFASSUNG

Das Ziel dieser Arbeit bestand in dem Vergleich der Persönlichkeitsmerkmale, gemessen mit dem Gießen-Test von Patienten mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) und Kontrollgruppen aus Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen des Verdauungstrakts (Gruppe 1: Ulcus ventriculi oder duodeni; Gruppe 2: funktionelle Magen/Darmbeschwerden; Gruppe 3: andere gastroenterologische Erkrankungen wie Ileus, Divertikel, Ösophagus-, Leber-, Pankreas-, Kolonerkrankungen). Außerdem wurden die Normwerte des Gießen-Tests zum Vergleich mit den CED-Patienten herangezogen. Weiter wurde die Persönlichkeitsstruktur zwischen Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten verglichen und bei den Morbus-Crohn-Patienten zusätzlich der Zusammenhang zwischen Krankheitsaktivität und Persönlichkeitsmerkmalen untersucht.

Die Daten der Untersuchungsgruppen wurden während einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einer psychosomatischen Klinik erhoben. Zur Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale füllten die Patienten zu Beginn und am Ende der Rehabilitation einen Gießen-Test aus. Zusätzlich wurden noch weitere Beurteilungsbögen wie der Beeinträchtigungs-Schwere-Score nach Schepank und Basisdokumentationen der Therapeuten und des Pflegepersonals für alle Patienten verwandt. Mit Hilfe des Crohn`s Disease Activity Index nach Best wurde außerdem die Krankheitsaktivität der Morbus-Crohn-Patienten beurteilt.

Die Ergebnisse erbrachten keine wesentlichen Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen zwischen CED-Patienten und den Kontrollgruppen, jedoch Unterschiede der Patientengruppen zu den Normwerten, wobei der Hauptunterschied in der Grundstimmung lag. Die Patienten beschrieben sich depressiver, selbstkritischer, eher ängstlich und abhängiger. Für die anderen Skalen ergaben sich auch teilweise hochsignifikante, allerdings nur kleine oder mittlere Unterschiede. Beim Vergleich der Persönlichkeitsmerkmale zwischen Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten wurde die Hypothese bestätigt, nämlich dass sich keine Unterschiede zwischen den beiden

Patientengruppen finden lassen.

Die Ergebnisse sind mit der bisherigen Forschung konsistent. In den meisten Untersuchungen mit chronisch Kranken als Vergleichsgruppe zeigten sich kaum Unterschiede, beim Vergleich mit Gesunden erwiesen sich CED-Patienten dagegen psychopathologisch deutlich auffälliger ab. Damit stellt sich die Frage, ob der festgestellte Unterschied in der Grundstimmung nicht durch die Erkrankung bzw. die Krankheitsaktivität zustande kommt. In den Studien, die darauf ihr Augenmerk legten, zeigte sich vor allem eine Korrelation mit Depression und Angst. Eine derartige Korrelation konnten wir bei unseren Morbus-Crohn-Patienten nicht finden. Es ist jedoch denkbar, dass die psychische Stabilisierung der somatischen Remission mit einer gewissen Zeitverzögerung folgt, womit der Unterschied zu Gesunden in der Grundstimmung erklärbar wäre.

Fazit dieser Arbeit ist, dass sich übereinstimmend mit der Literatur keine typische Persönlichkeitsstruktur für Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen ergibt, durch die eine Abgrenzung zu Patienten mit anderen Erkrankungen möglich wäre.

8 **LITERATUR**

Addolorato G, Capristo E, Stefanini GF, Gasbarrini G (1997) Inflammatory bowel disease: A study of the association between anxiety and depression, physical morbidity, and nutritional status
Scand J Gastroenterol 32: 1013-1021

Addolorato G, Stefanini GF, Capristo E, Caputo F, Gasbarrini A, Gasbarrini G (1996) Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: A personality "trait" or a reactive illness?
Hepato-gastroenterology 43: 1513-1517

Ahrens S, Deffner G, Feiereis H (1986) Zur Differenzierung von Colitis- und Morbus Crohn-Kranken anhand psychosozialer Variablen.
Z Psychosom Med 32: 301-315

Andrews H, Barczak P, Allan RN (1987) Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease
Gut 28: 1600-1604

Aronowitz R, Spiro HM (1988) The rise and fall of the psychosomatic hypothesis in ulcerative colitis
J Clin Gastroenterol 10(3): 298-305

AWMF online (2003) Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten im Konsens mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie: Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn
Z Gastroenterol 41: 19-68

- Badura HO, Steinmeyer EM (1976) Objektivierung des Behandlungserfolges einer analytischen Gruppenpsychotherapie mit dem Gießen-Test
 Psychother med Psychol 26: 205-208
- Bartholomew U, Klapp BF, Leyendecker B, Scheer JW (1991) Depressivität und Selbstwertgefühl bei Patienten mit akuter Virushepatitis
 Psychother Psychosom med Psychol 41: 354-361
- Barrett SML, Standen PJ, Lee AS, Hawkey CJ, Logan RFA (1996) Personality, smoking and inflammatory disease
 Europ J Gastroenterol & Hepatol 8: 651-655
- Beckmann D, Brähler E, Richter HE (1994) Der Gießen-Test (GT) Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik Handbuch 4. Auflage
 Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle,
- Best WR, Bechtel JM, Singleton JW, Kern F (1976) Development of a Crohn`s disease activity index; national cooperative Crohn`s disease study
 Gastroenterol 70 (3): 439-444
- Blanchard EB, Scharff L, Schwarz SP, Suls JM, Barlow DH (1990) The role of anxiety and depression in the irritable bowel syndrome
 Behav Res Ther 28: 401-405
- Böcker U (2004) Molekulare Therapiestrategien bei CED
 Bauchredner, DCCV-Journal 3: 48-53
- Bräuer W (1992) Morbus Crohn - Zeitreihenanalyse (Interventionsanalyse) nach dem ARIMA-Modell
 Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 19: 227-234
- Bräutigam W (1979) Aspects of therapy in psychosomatic medicine
 Psychther Psychosom 32(1-4): 41-51

- Campbell D, Shannon S, Collins SM (1986) The relationship between personality, stress and disease activity in ulcerative colitis
Gastroenterol 90(5): 1364
- Csef H, Bornhauser N (2003) Wenn der Darm die Nerven verliert
MMW-Fortschr Med 50: 35-37
- Deter HC, Manz R, Becker M, Gladisch R (1991) Soziale Unterstützung in ihrer Beziehung zu körperlichen und seelischen Befunden bei Morbus Crohn-Patienten
Z Psychosom Med 37: 45-59
- Deter HC, Rapf M, Gladisch R, Rohner R (1993) Psychodiagnostische Verlaufsuntersuchungen von Morbus-Crohn-Patienten während der internistischen Intensivbehandlung
Z Gastroenterologie 31: 703-710
- Drossman DA (1998) Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model
Psychosomatic Medicine 60:258-267
- Drossman DA, Patrick DL, Mitchell CM, Zagami EA, Appelbaum MI (1989) Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: Functional status and patient worries and concerns
Digestive Diseases and Sciences 34 (9): 1379-1386
- Drossman DA, Leserman J, Li Z, Mitchell M, Zagami EA, Patrick DL (1991) The rating form of IBD patient concerns: A new measure of health status
Psychosomatic Medicine 53: 701-712

- Duffy LC, Zielezny 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(3): 101-110
- Eckensberger D, Overbeck G, Biebl W (1976) Subgroups of peptic ulcer patients
J Psychosom Res 20: 489-499
- Eckensberger D, Overbeck G, Wolff E (1977) Ein objektivierendes Verfahren zur diagnostischen Untergruppenbildung von Ulkuskranken;
Z Psychosom Med 23(4): 371-386
- Enck P (1992) Stress und Stressverarbeitung bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen am Beispiel des Morbus Crohn
Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 19: 192-197
- Enck P, Schäfer R (1996) Psychosoziale Faktoren beim Morbus Crohn - eine Übersicht
Z Gastroenterol 34: 708-713
- Ermann M und G (1976) Differentialindikation im klinischen Feld
Z Psychosom Med 22 (4): 342-355
- Faller H, Kraus MR (1996) Der Einfluss somatischer und psychosozialer Faktoren auf Entstehung und Verlauf chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen
Psychotherapeut 41: 339-354
- Faller H, Schilling S, Lang H (1994) Verbessert Coping das emotionale Befinden? Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung mit Bronchialkarzinompatienten
Psychother Psychosom med Psychol 44: 355-364

Federschmidt H, Huse-Kleinstoll G (1995) Zusammenhänge bei Morbus Crohn zwischen psychischen Befund und Ort und Art der Entzündungsausbreitung
Psychother Psychosom med Psychol 45(12): 403-413

Feiereis H, Jantschek G (1995a) Morbus Crohn
In: von Uexküll T (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore: 853-866

Feiereis H, Jantschek G (1995b) Colitis ulcerosa
In: von Uexküll T (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore: 839-852

Feuerle GE, Keller O, Hassels K, Jesdinsky HJ (1983) Soziale Auswirkungen des Morbus Crohn
DMW 25: 971-975

Freyberger H, Liedtke R, Wellmann W (1980) Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn
Deutsches Ärzteblatt 46: 2731-2734

Friebel V (1992) Beratung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen
Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 19: 198-208

Friebel V (1995) Morbus Crohn: Psyche einer Krankheit
Reihe Psychosoziale Medizin Band 1; Verlag für Angewandte Psychologie Göttingen

Frieling T, Schumacher B, Lübke HJ (1992) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 19: 179-183

- Gazzard BG (1987) The quality of life in Crohn`s disease; Leading article
 Gut 28: 378-381
- Gerbert B (1980) Psychological aspects of Crohn`s disease
 J Behav Med 3(1): 41-58
- Gerhardt H, Seifert F, Buvari P, Vogelsang H, Reppes R (2001) Therapie des aktiven
 Morbus Crohn mit dem Boswellia-serrata-Extrakt H15
 Z Gastroenterol 39: 11-17
- Glier B, Wittmann HB, Spörkel H (1992) Krankheitsverhalten bei chronisch-entzündli-
 chen Darmerkrankungen
 Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 19: 217-226
- Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R, Tompkins C (1989)
 A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel
 disease
 Gastroenterology 96: 804-10
- Häuser W (1985) Psychosomatische Aspekte des Morbus Crohn
 Psychother med Psychol 35: 273-280
- Hartmann S (1995) Alexithymes Sprachverhalten bei Morbus-Crohn-Kranken
 Psychother Psychosom med Psychol 45(5): 176-182
- Helzer JE, Stillings WA, Chammas S, Norland CC, Alpers DA (1982) A controlled
 study of the association between ulcerative colitis and psychiatric
 diagnosis
 Digestive Diseases and Sciences 27(6): 513-518
- Helzer JE, Chammas S, Norland CC, Stillings WA, Alpers DH (1984) A study of the
 association between Crohn`s disease and psychiatric illness
 Gastroenterology 86: 324-330

- Herold G und Mitarbeiter (2004) Innere Medizin: Eine vorlesungsorientierte Darstellung:
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
S. 402-409
- Herzog T, Hartmann A, Sandholz A, Stammer H (1991) Prognostic factors in out-
patient psychotherapy of bulimia
Psychother Psychosom 56: 48-55
- Irvine EJ (1993) Quality of life-measurement in inflammatory bowel disease
Scand J Gastroenterol Suppl 199: 36-39
- Jantschek G, Rodewig K, von Wietersheim J, Muhs A (1995) Concepts of psycho-
somatic disorders in ICD-10: Results of the research criteria study
Psychther Psychosom 63: 112-123
- Jantschek G, Zeitz M, Pritsch M, Wirsching M, Klör HU, Studt HH, Rasenack J, Deter HC,
Riecken EO, Feiereis H, Keller W & the german study group on psycho-
social intervention in Crohn`s disease (1998) Effect of psychotherapy on the
course of Crohn`s disease
Scand J Gastroenterol 33:1289-1296
- Kinash RG, Fischer DG, Lukie BE, Carr TL (1993a) Inflammatory bowel disease impact
and patient characteristics
gastroenterology nursing 15(4): 147-155
- Kinash RG, Fischer DG, Lukie BE, Carr TL (1993b) Coping patterns and related
characteristics in patients with IBD
Rehabilitation Nursing 18(1): 12-19
- Kirsner JB, Shorter RG (1982) Recent developments in "nonspecific" inflammatory
bowel disease (first of two parts)
N Engl J Med 306(13): 775-785

- Kirsner JB, Shorter RG (1982) Recent developments in nonspecific inflammatory bowel disease (second of two parts)
N Engl J Med 306(14): 837-848
- Kiss A, Langewitz W, Wössmer Buntschu B (1992) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen und Psychosomatik
Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 19: 184-190
- Kordy H, Normann D (1992) Psychische und somatische Faktoren des Krankheitsverlaufes bei Morbus Crohn
Psychother Psychosom med Psychol 42: 141-149
- Kordy H, von Rad M, Senf W (1990) Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie - Die Sicht der Patienten
Psychother Psychosom med Psychol 40: 380-387
- Kosarz P, Traue HC (1997) Alltagsstreß und Colitis ulcerosa
Psychother Psychosom med Psychol 47: 117-122
- Küchenhoff J (1994) Spezifitätsmodelle in der Psychosomatischen Medizin: Rückblick auf eine alte Kontroverse
Z Psychosom Med 40: 236-248
- Küchenhoff J (1995a) Biopsychosoziale Wechselwirkung im Krankheitsverlauf des Morbus Crohn
Z Psychosom Med 43: 306-328
- Küchenhoff J, Manz R, Mathes L (1995b) Was beeinflusst den Krankheitsverlauf des Morbus Crohn?
Nervenarzt 66: 41-48

- Künsebeck HW (1991) Lebensqualität bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darm-
erkrankungen
Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 16: 284-289
- Lange A, Haslbeck E, Andus T, Bregenzer N, Gross V, Schölmerich J, Lamparter-Lang
R (1996) Ambulante Schulung bei Patienten mit Morbus Crohn/Colitis
ulcerosa
Z Gastroenterol 34: 411-415
- Leibig T, Wilke E, Feiereis H (1985) Zur Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit
Colitis ulcerosa und Morbus Crohn, eine testpsychologische Unter-
suchung während der Krankheitsremission
Z Psychosom Med 31: 380-392
- Lessel E (1981) Zur Veränderungsmessung mit dem Gießen-Test in Test-Retest-
Situationen.
Diagnostica Band 27(3): 227-240
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Andreoli A, Luzi C (1994)
Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multi-
dimensional cross-sectional study
Am J Gastroenterol 89: 1219-1225
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Andreoli A, Luzi C, Arca M, Berto E,
Milite G, Marcheggiano A (2000) Stress and exacerbation in ulcerative
colitis: a prospective study of patients enrolled in remission
Am J Gastroenterol 95: 1213-1220
- Lieberz K (1991) Colitis ulcerosa. - Ein Beitrag zur Verursachungsdiskussion
Z Psychosom Med 37: 343-349
- Love JR, Irvine EJ, Fedorak RN (1992) Quality of life in inflammatory bowel disease
J Clin Gastroenterol 14(1): 15-19

- McKegney FP, Gordon RO, Levine SM (1970) A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease;
Psychosomatic Medicine 32(2): 153-166
- Maunder RG, Lancee WJ, Greenberg GR, Hunter JJ, Fernandes BJ (2000) Insecure attachment in a subgroup with ulcerative colitis defined by ANCA status
Digestive Diseases and Sciences 45(11): 2127-2132
- Moser G (2001) Leitlinien der DGVS: Psychosomatik: Colitis ulcerosa
Z Gastroenterol 67- 68
- Moser G(2003) Leitlinien der DGVS: Psychosomatik: Morbus Crohn
Z Gastroenterol 41: 50-51
- Moser G, Tillinger W, Sachs G, Genser D, Maier-Dobersberger T, Spiess K, Wyatt J, Vogelsang H, Lochs H, Gangl A (1995) Disease-related worries and concerns: A study on out-patients with inflammatory bowel disease
Europ J Gastroenterology and Hepatology 7: 853-858
- Moser G, Tillinger W, Sachs G, Maier-Dobersberger T, Wyatt J, Vogelsang H, Lochs H, Gangl A (1996) Relationship between the use of unconventional therapies and disease-related concerns: A study of patients with inflammatory bowel disease
J Psychosom Res 40(5): 503-509
- Normann D, Kordy H (1991) Coping bei Morbus Crohn-Patienten unter differentieller Perspektive: Ein Beitrag zur Spezifitätsdiskussion
Psychother Psychosom med Psychol 42: 11-21
- North CS, Alpers DH (1994) A review of studies of psychiatric factors in Crohn's disease: Etiologic implications
Annals of Clinical Psychiatry 6 (2): 117-124

- North CS, Alpers DH, Helzer JE, Spitznagel EL, Clouse RE (1991) Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease?
Annals of Internal Medicine 114: 381-386
- North CS, Clouse RE, Spitznagel EL, Alpers DH (1990) The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: A review of findings and methods
Am J Psychiatry 147(8): 974-981
- Olden KW (1992) Inflammatory Bowel Disease: A biopsychosocial perspective
Psychiatric Annals 22(12): 619-624
- Ottenjann R (1985) Morbus Crohn - Entität oder "nur" Syndrom?
DMW 110: 1225-1229
- Overbeck G (1974) Einige Überlegungen zur Psychodynamik der Ulkuskranken anhand des Gießen-Tests
Psychother Psychosom 24: 1-17
- Paar GH (1988) Psychosomatische Aspekte bei Patienten mit Morbus Crohn - Versuch einer Standortbestimmung
Psychother med Psychol 38: 376-389
- Payk TR, Vonneguth B (1987) Untersuchungen zum Erfolg stationärer Psychotherapie;
Z Psychosom Med 33: 32-41
- Porcelli P, Zaka S, Leoci C, Centonze S, Taylor GJ (1995) Alexithymia in inflammatory bowel disease. A case-control study.
Psychother Psychosom 64: 49-53
- Porcelli P, Leoci C, Guerra V, Taylor GJ, Bagby RM (1996a) A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease
J Psychosom Res 41(6): 569-573

- Porcelli P, Leoci C, Guerra V (1996b) A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease
Scand J Gastroenterol 31: 792-796
- Probst B, von Wietersheim J, Wilke E, Feiereis H (1990) Soziale Integration von Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten. Studie zur Wechselwirkung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren
Z Psychosom Med 36: 258-275
- von Rad M, Werner KH (1981) Kombinierte analytische Gruppentherapie bei psychosomatischen und psychoneurotischen Patienten: Eine Nachuntersuchung
Gruppenpsychother Gruppensdynamik 16: 321-334
- Reindell A, Ferner H, Gmelin K (1981) Zur psychosomatischen Differenzierung zwischen Colitis ulcerosa und Ileitis terminalis (M. Crohn)
Z Psychosom Med 27: 358-371
- Riehl A (1985) Prognose und Behandlungserfolg bei psychosomatischen Erkrankungen
Prax Psychother Psychosom 30: 318-330
- Riley SA, Mani V, Goodman MJ, Lucas S (1990) Why do patients with ulcerative colitis relapse?
Gut 31: 179-183
- Robertson DAF, Ray J, Diamond I, Edwards JG (1989) Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease
Gut 30: 623-626

- Rose M, Hildebrandt M, Fliege H, Seibold S, Mönnikes H, Klapp BF (2002) T-Cell immune parameters and depression in patients with Crohn`s disease
J Clin Gastroenterol 34 (1): 40-48
- Sänger-Alt C, Sandweg R, Merten J, Rudolf G (1993) Erfolg und Stabilität des Erfolgs einer stationären Heilmaßnahme bei Patienten mit phobischer Neurose
Prax Psychother Psychosom 38(4): 238-247
- Scheib P, Wirsching M (1991) Psychosomatik entzündlicher Darmerkrankungen
Fortschr Med 109 (12): 258-260
- Scheibe G, Albus M, Walther AU, Schmauß M (1993) Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie
Psychother Psychosom med Psychol 43: 238-244
- Schepank H (1995) Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS); Handbuch
Beltz, Göttingen
- Schölmerich J (2002) Ätiologie und molekulare Pathogenese des Morbus Crohn
Z Gastroenterol 40: 68-70
- Schölmerich J (2004) Wurmeier zur Behandlung von entzündlichen Darmerkrankungen – Scherz oder reele Chance?
Bauchredner DCCV-Journal 3: 54-57
- Schwarz SP, Blanchard EB (1990) Reviews. Inflammatory bowel disease: a review of the psychological assessment and treatment literature
Annals of Behavioral Medicine 12(3): 95-104
- Schwarz SP, Blanchard EB (1991) Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease
Behav Res Ther 29(2): 167-177

- Schwarz SP, Blanchard EB, Berreman CF, Scharff L, Taylor AE, Greene BR, Suls JM, Malamood HS (1993) Psychological aspects of irritable bowel syndrome: comparisons with inflammatory bowel disease and nonpatient controls
Behav Res Ther 31(3): 297-304
- Sheffield BF, Carney MWP (1976) Crohn's disease: A psychosomatic illness?
Brit J Psychiat 128: 446-450
- Shivananda S, van Blankenstein M, Schouten WR (1993) Quality of life in Crohn's disease: results of a case-control study
Gastroenterol 104(4) A: 781
- Smith GJW, van der Meer G, Ursing B, Prytz H, Benoni C (1995) Psychological profile of patients suffering from Crohn's disease and ulcerative colitis
Acta Psychiatr Scan 92: 187-192
- Sommer H, Koenen H (1994) Verlauf und soziale Auswirkungen von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
Med Klin 89: 14-17
- Song JY, Merskey H, Sullivan S, Noh S (1993) Anxiety and depression in patients with abdominal bloating
Can J Psychiatry 38: 475-479
- Sorensen VZ, Olsen BG, Binder V (1987) Life prospects and quality of life in patients with Crohn's disease
Gut 28: 382-385
- Spörkel H, Glier B, Wittmann HB (1992) Entzündliche Darmerkrankungen - Eine Herausforderung für die verhaltensmedizinische Klinik;
Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 19: 177-178

- Spörkel H, Glier B, Wittmann HB (1992) Aspekte eines Verhaltensmodells der IBD
Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 19: 209-216
- Stange EF (2002) Medikamentöse Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen: Was ist neu?
Z Gastroenterol 40: 71-72
- Tarter RE, Switala J, Carra J (1987) Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset
Int'l J Psychiatry in Medicine 17(2): 173-180
- Theis MK, Boyko EJ (1994) Patient perceptions of causes of inflammatory disease
Am J Gastroenterol 89(10): 1920
- Turnbull GK, Vallis TM (1995) Quality of life in inflammatory bowel disease: The interaction of disease activity with psychosocial function
Am J Gastroenterol 90(9): 1450-1454
- Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jiranek G (1990) Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: A comparison with inflammatory bowel disease
Am J Psychiatry 147(12): 1656-1661
- Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Katon WJ (1995) Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization, and disability in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease
Psychol Med 25 (6): 1259-1267
- Walker EA, Gelfand MD, Gelfand AN, Creed F, Katon WJ (1996) The relationship of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease
Gen Hosp Psychiatry 18(4): 220-229

Weinryb RM, Gustavsson JP, Barber JP (2003) Personality traits predicting long-term adjustment after surgery for ulcerative colitis
J of Clinical Psychology 59(9): 1015-1029

von Wietersheim J (1994a) Zur Frage der Spezifität bei Morbus-Crohn-Patienten -
Ergebnisse einer Clusteranalyse über Persönlichkeitsmerkmale
Zsch psychosom Med 40: 68-76

von Wietersheim J, Overbeck A, Kiel K, Köhler T, Jantschek G, Feiereis H (1994b) Die
Bedeutung rezidivauslösender Ereignisse bei Patienten mit chronisch
entzündlichen Darmerkrankungen. Ergebnisse einer prospektiven
Längsschnittstudie über drei Jahre
Psychother Psychosom med Psychol 44: 58-64

von Wietersheim J, Scheib P, Keller W, Osborn W, Pritsch M, Balck F, Fritzsche K, Dilg R,
Schmelz-Schumacher E (2001) Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Maß-
nahmen bei Morbus Crohn. Ergebnisse einer randomisierten multizentrischen
Studie
Psychother Psychosom med Psychol 51: 2-9

Zander W (1982) Psychosomatische Grundlagenforschung: Theoretische Überlegungen und
Experimentelle Untersuchungen
Zschr psychosom Med 28: 126-138

Zillessen E (1992) Rehabilitation von Patienten mit chronisch entzündlichen
Darmkrankheiten
medwelt 43: 916-22

9 ANHANG

9.1 Gießen-Test

- | | | |
|---|---------------|---|
| 1. Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig | 3 2 1 0 1 2 3 | eher geduldig. |
| 2. Ich glaube, ich suche eher | 3 2 1 0 1 2 3 | ich meide eher
Geselligkeit. |
| 3. Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken | 3 2 1 0 1 2 3 | von anderen gelenkt zu
werden. |
| 4. Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr wenig beeinflussen. |
| 5. Ich habe den Eindruck, dass ich mir eher selten | 3 2 1 0 1 2 3 | eher besonders häufig über
meine inneren Probleme
Gedanken mache. |
| 6. Ich schätze, dass ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen | 3 2 1 0 1 2 3 | meinen Ärger irgendwie
abzureagieren. |
| 7. Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark | 3 2 1 0 1 2 3 | kaum daran interessiert,
andere zu übertreffen. |
| 8. Ich halte mich für sehr wenig | 3 2 1 0 1 2 3 | besonders ängstlich. |

- | | | |
|---|---------------|---|
| 9. Ich habe den Eindruck, dass andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden sind | 3 2 1 0 1 2 3 | eher unzufrieden sind. |
| 10. Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel | 3 2 1 0 1 2 3 | besonders wenig Vertrauen. |
| 11. Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe. |
| 12. Ich glaube, ich meide eher | 3 2 1 0 1 2 3 | suche eher sehr engen Anschluss an einen anderen Menschen. |
| 13. Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut | 3 2 1 0 1 2 3 | eher schlecht mit Geld umgehen. |
| 14. Ich halte mich selten | 3 2 1 0 1 2 3 | oft für sehr bedrückt. |
| 15. Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr wenig von mir preis. |
| 16. Ich schätze, es gelingt mir eher schwer | 3 2 1 0 1 2 3 | eher leicht, mich beliebt zu machen. |
| 17. Ich glaube, ich habe es eher leicht | 3 2 1 0 1 2 3 | eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden. |

18. Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit
eher großzügig 3 2 1 0 1 2 3 eher übergenau.
19. Ich habe den Eindruck, ich gehe eher
leicht 3 2 1 0 1 2 3 eher schwer aus mir
heraus.
20. Ich glaube, im Vergleich zu meinen
Altersgenossen wirke ich in meinem
Benehmen eher jünger 3 2 1 0 1 2 3 eher älter
21. Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr
wenig ordentlich 3 2 1 0 1 2 3 eher überordentlich
22. Ich schätze, ich gerate besonders häufig 3 2 1 0 1 2 3 besonders selten in Aus-
einandersetzungen mit an-
deren Menschen.
23. Ich glaube, ich bin eher darauf
eingestellt, dass man mich für
minderwertig 3 2 1 0 1 2 3 für wertvoll hält.
24. Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir
im Leben eher besonders viel Mühe 3 2 1 0 1 2 3 eher Bequemlichkeit.
25. Ich denke, ich fühle mich den anderen
Menschen eher sehr fern 3 2 1 0 1 2 3 eher sehr nahe.
26. Ich glaube, ich habe im Vergleich eher
wenig Phantasie. 3 2 1 0 1 2 3 eher wenig Phantasie.

- | | | |
|--|---------------|---|
| 27. Ich glaube, ich lege kaum | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr viel Wert darauf,
schön auszusehen. |
| 28. Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher
schwer | 3 2 1 0 1 2 3 | eher leicht, mit anderen
eng zusammenzuarbeiten. |
| 29. Ich denke, ich mache mir selten | 3 2 1 0 1 2 3 | immer Selbstvorwürfe. |
| 30. Ich glaube, ich kann einen Partner
außerordentlich viel | 3 2 1 0 1 2 3 | wenig Liebe schenken. |
| 31. Ich glaube, ich benehme mich im
Vergleich zu anderen besonders fügsam | 3 2 1 0 1 2 3 | besonders eigensinnig. |
| 32. Ich glaube, ich mache mir
verhältnismäßig selten | 3 2 1 0 1 2 3 | verhältnismäßig oft große
Sorgen um andere
Menschen. |
| 33. Ich habe den Eindruck, es gelingt mir
eher schlecht | 3 2 1 0 1 2 3 | eher gut, meine Interessen
im Lebenskampf
durchzusetzen |
| 34. Ich glaube, ich bin im Vergleich zu
anderen in der Liebe intensiv | 3 2 1 0 1 2 3 | wenig erlebnisfähig. |
| 35. Ich denke, ich habe sehr gute | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr schlechte
schauspielerische
Fähigkeiten. |

36. Ich glaube, dass man mich im
allgemeinen eher als stark
3 2 1 0 1 2 3 eher als schwach
einschätzt.
37. Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr
schwer
3 2 1 0 1 2 3 sehr leicht, auf andere
anziehend zu wirken.
38. Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu
anderen eher leicht
3 2 1 0 1 2 3 eher schwer, bei einer
Sache zu bleiben.
39. Ich glaube, ich kann sehr schwer
3 2 1 0 1 2 3 sehr leicht ausgelassen
sein.
40. Ich fühle mich im Umgang mit dem
anderen Geschlecht unfangen
3 2 1 0 1 2 3 sehr befangen.

9.2 Crohn`s Disease Activity Index (CDAI)

	Tage	1	2	3	4	5	6	7	Summe	
1. Anzahl flüssiger oder sehr weicher Stühle		-	-	-	-	-	-	-	x 2 =
2. Bauchschmerzen 0 = keine, 1 = gering 2 = mäßig, 3 = stark		-	-	-	-	-	-	-	x 5 =
3. Allgemeinbefinden 0 = gut, 1 = mäßig, 2 = schlecht, 3 = sehr schlecht, 4 = unerträglich		-	-	-	-	-	-	-	x 7 =
4. Andere mit Morbus Crohn assoziierte Symptome (Ankreuzen, summieren, Summe mit 20 multiplizieren)										
Arthritis, Gelenkschmerz							-			
Iritis/ Uveitis							-			
Erythema nodosum/ Pyoderma							-			
gangraenosum/ aphthöse Stomatitis							-			
Analfissur, -fistel, -abszeß							-			
andere Fisteln							-			
Fieber über 37,8° C letzte Woche							-			
Anzahl zutreffender Kategorien									x 20 =
5. Wenn symptomatische Durchfalltherapie										1x 30 =
6. Resistenz im Abdomen nein = 0, fraglich = 2, sicher = 5										x 50
7. Hämatokrit.....(Frauen 42 – Hkt, Männer 47 – Hkt) (Vorzeichen beachten)										x 6
8. Gewicht,..... kg										Standardgewicht,..... kg
(1 - Gewicht/Standardgewicht x 100)										(Übergewicht abziehen) =
										Aktivitätsindex Summe =

9.3 Beeinträchtigungs-Schwere-Score

1. Körperlicher Beeinträchtigungsgrad

0 = gar nicht

1 = geringfügig

2 = deutlich

3 = stark

4 = extrem

2. Psychischer Beeinträchtigungsgrad

0 = gar nicht

1 = geringfügig

2 = deutlich

3 = stark

4 = extrem

3. Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad

0 = gar nicht

1 = geringfügig

2 = deutlich

3 = stark

4 = extrem

9.4 Patienten-Dokumentationsbogen

1. Alter in Jahren

2. Geschlecht

1 männlich

2 weiblich

3. Familienstand

1 ledig

2 verheiratet

3 getrenntlebend

4 geschieden

5 verwitwet

4. Lebenssituation bezüglich Partnerschaft: in fester Partnerschaft

1 ja

2 nein

5. Höchster Schulabschluss

1 noch in der Schule

2 Sonderschulabschluss

3 Hauptschulabschluss

4 Realschule

5 Abitur/ Fachhochschulreife

6 ohne Abschluss

7 sonst. Abschluss

6. Höchster Berufsabschluss

1 noch in Berufsausbildung

2 Lehre

3 Meister, Fachschule

4 Fachhochschule, Universität

5 ohne Abschluss

6 sonst. Abschluss

7. Jetzige bzw. letzte Berufstätigkeit

1 einfacher/mittl. Angestellte/r, Beamte/r

2 höherer Angestellte/r, Beamte/r

3 Selbständige/r

4 Auszubildende/r, Umschüler/in

5 Hausfrau/ Hausmann

6 Rentner/in

7 ohne Beruf

8 sonstiges

8. Erwerbstätigkeit
- 1 voll erwerbstätig
 - 2 teilzeitbeschäftigt
 - 3 nicht erwerbstätig
 - 4 arbeitslos
9. Haupteinkommensquelle
- 1 Einkommen durch Arbeitstätigkeit/ Rente
 - 2 Unterstützung durch Eltern
 - 3 Arbeitslosengeld/ -Hilfe
 - 4 Unterhalt durch Ehegatten
 - 5 Sozialhilfe
 - 6 Bafög
 - 7 sonstiges
10. Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme
- 1 ja
 - 2 nein
11. Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate
- 1 keine
 - 2 unter 3 Monate
 - 3 3 - 6 Monate
 - 4 über 6 Monate
12. Vorbehandlung (Krankenhausaufenthalte in letzten 12 Monaten)
- 1: 0 Wochen
 - 2: 1 Woche
 - 3: 2 Wochen
 - 4: 4 Wochen
 - 5: 6 Wochen
 - 6: 8 Wochen
 - 7: über 8 Wochen
13. Psychotherapeutische Vorbehandlung
- | | |
|-----------|-----------|
| ambulant | 1 früher |
| | 2 aktuell |
| | 3 ohne |
| stationär | 1 früher |
| | 2 aktuell |
| | 3 ohne |
14. Operationen
- 1 ja
 - 2 nein

9.5 Basisdokumentation des Therapeuten bei Aufnahme

1. Somatische Diagnose

2. Psychisch-psychiatrische Diagnose

3. Krankheitsanamnese: Dauer der Beschwerden

- 1 bis 1 Jahr
- 2 bis 2 Jahre
- 3 bis 5 Jahre
- 4 bis 10 Jahre
- 5 bis 15 Jahre
- 6 bis 20 Jahre und länger

4. Motivation zur vorgesehenen Behandlung

- 0 nicht motiviert
- bis 4 sehr motiviert

5. Entfernung des Wohnortes des Patienten vom Wohnort der Ursprungsfamilie in km

6. Art der Zuweisung

- 1 Anschlussheilbehandlung (AHB)
- 2 Wiederholte Heilbehandlung (WHB)
- 3 Heilverfahren (HV)

9.6 Basisdokumentation des Therapeuten bei Entlassung

1. Behandlungsdauer in Tagen
2. Art der Beendigung der Behandlung
 - 1 Reguläre Beendigung
 - 2 Vorzeitig durch Patienten
 - 3 Vorzeitig durch Therapeut/ Klinik
 - 4 Vorzeitig mit beiderseitigem Einverständnis
 - 5 Verlegung
 - 6 sonstiges
3. Anzahl und Dauer der Einzelgespräche mit dem Therapeuten in Minuten
4. Anzahl der Visitengespräche
5. Somatisches Behandlungsergebnis (aus Sicht des Therapeuten)
 - 1 deutlich gebessert
 - 2 etwas gebessert
 - 3 nicht verändert
 - 4 etwas verschlechtert
 - 5 deutlich verschlechtert
6. Somatisches Behandlungsergebnis (aus Sicht des Patienten)
7. Psychisches Behandlungsergebnis (aus Sicht des Therapeuten)
8. Psychisches Behandlungsergebnis (aus Sicht des Patienten)
9. Arbeitsfähigkeit bei Entlassung
 - 1 ja
 - 2 nein
10. Anschlussbehandlung psychotherapeutisch (Vorschlag)
 - 1 keine
 - 2 ambulant
 - 3 stationär
11. Anschlussbehandlung organisch (Vorschlag)
 - 1 keine
 - 2 ambulant

9.7 Basisdokumentation des Pflegepersonals

1. Anzahl der Gesprächskontakte mit Schwestern und Pflegern über 10 Minuten

2. Medikation während der Behandlung

- 1 Kortikosteroide
- 2 Azulfidine
- 3 Imurek

3. Medikation bei Entlassung

- 1 Kortikosteroide
- 2 Azulfidine
- 3 Imurek

4. Somatisches Behandlungsergebnis (aus Sicht des Pflegepersonals)

- 1 deutlich gebessert
- 2 etwas gebessert
- 3 nicht verändert
- 4 etwas verschlechtert
- 5 deutlich verschlechtert

5. Psychisches Behandlungsergebnis (aus Sicht des Pflegepersonals)

- 1 deutlich gebessert
- 2 etwas gebessert
- 3 nicht verändert
- 4 etwas verschlechtert
- 5 deutlich verschlechtert

9.8 Tabellen

Tab. 1 : Vergleich der Altersmittelwerte zwischen den diagnostischen Gruppen
(1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische
Erkrankungen; Angaben in Jahren; ANOVA : F=11,88; p<0,001)

Gruppe	n	M	SD	Median	Bereich
1	203	36,08	10,72	34,00	19,00 - 80,00
2	90	38,21	12,19	36,00	21,00 - 71,00
3	40	44,15	8,60	44,00	30,00 - 68,00
4	36	41,11	9,50	41,50	20,00 - 58,00
5	49	45,79	7,60	48,00	23,00 - 59,00

Tab. 2 : Vergleich der Geschlechtsverteilung zwischen den diagnostischen Gruppen
(1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische
Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test; $\chi^2=7,71$; p=0,10)

Gruppe	n	Anteil der Frauen
1	203	64,5
2	89	52,8
3	40	45,0
4	36	61,1
5	48	54,2

Tab. 3 : Vergleich des Schulabschlusses zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische
 Erkrankungen; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 12,70$; $p=0,89$)

Gruppe	1	2	3	4	5
Noch in der Schule	1	1	0	0	0
Hauptschulabschluß	72	24	18	11	19
Realschulabschluß	89	37	14	18	18
(Fach-)Abitur	35	21	8	6	6
ohne Abschluß	4	1	0	0	0
sonstiger Abschluß	2	2	0	1	1
n	203	86	40	36	49

Tab. 4 : Vergleich des Berufs zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische
 Erkrankungen; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 24,78$; $p=0,64$)

Gruppe	1	2	3	4	5
einf./mittl. Angestellter	130	54	30	26	33
höherer Angestellter	18	14	5	6	9
Selbstständiger	5	3	1	1	0
Auszubildender	7	1	2	0	0
Hausfrau/ mann	13	4	0	0	2
Rentner	7	3	2	0	0
ohne Beruf	1	0	0	0	0
sonstiges	16	7	0	2	4
n	197	86	40	35	48

Tab. 5 : Vergleich des Familienstandes zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische
 Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 34,61$;
 $p=0,005$)

Gruppe	n	ledig	verheiratet	getrennt lebend	geschieden	verwitwet
1	203	36,9	45,3	3,4	12,3	2,0
2	87	35,6	51,7	5,7	5,7	1,1
3	40	17,5	45,0	2,5	35,0	0
4	36	33,3	38,9	2,8	22,2	2,8
5	48	12,5	58,3	6,3	20,8	2,1

Tab. 6 : Vergleich der Partnerschaft zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische
 Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 0,93$;
 $p=0,92$)

Gruppe	n	Anteil der Patienten mit fester Partnerschaft
1	197	68,0
2	84	72,6
3	37	67,6
4	34	64,7
5	46	69,6

Tab. 7a : Vergleich der Entfernung von der Ursprungsfamilie in km zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; Angaben in Prozent; ANOVA: F = 1,68; p = 0,15)

Gruppe	n	Mittelwert in km	SD	Bereich
1	150	58,68	142,90	0 - 900
2	59	129,94	414,26	0 - 3000
3	25	171,40	276,60	0 - 800
4	20	121,80	204,81	0 - 600
5	26	115,12	306,52	0 - 1500

Tab. 7b : Vergleich der Entfernung von der Ursprungsfamilie in km zwischen den Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; Angaben in Prozent;
 ANOVA: F =3,43; p = 0,07)

Gruppe	n	Mittelwert in km	SD	Bereich
1	150	58,68	142,90	0 - 900
2	59	129,94	414,26	0 - 3000

Tab. 8 : Vergleich der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten vor der Behandlung zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 21,92$;
 p = 0,15)

Gruppe	n	voll arbeitsfähig	unter 3 Mo arbeitsunfähig	3 bis 6 Mo arbeitsunfähig	über 6 Mo arbeitsunfähig
1	193	15,5	44,0	20,7	19,2
2	77	23,4	41,6	15,6	19,5
3	38	26,3	44,7	21,1	7,9
4	33	21,2	66,7	3,0	9,1
5	46	26,1	47,8	13,0	10,9

Tab. 9 : Vergleich der Arbeitsunfähigkeit zu Beginn der Behandlung in der Reha-Klinik zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 81,48$;
 $p < 0,001$)

Gruppe	n	arbeitsunfähig zu Beginn der Reha
1	195	66,7
2	82	63,4
3	39	25,6
4	34	8,8
5	47	21,3

Tab. 10 : Vergleich der Arbeitsunfähigkeit am Ende der Behandlung in der Reha-Klinik zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 56,30$;
 $p < 0,001$)

Gruppe	n	arbeitsunfähig am Ende der Reha
1	183	41,0
2	80	51,3
3	37	5,4
4	34	2,9
5	40	12,5

Tab. 11 : Vergleich der Krankheitsdauer (3 Zeitintervalle: 1-2 Jahre; 2-10 Jahre; mehr als 10 Jahre) zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische
 Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 27,11$;
 $p = 0,001$)

Gruppe	n	1-2 Jahre	2-10 Jahre	mehr als 10 Jahre
1	190	20,0	34,2	45,8
2	82	39,0	42,7	18,3
3	38	13,2	52,6	34,2
4	32	28,1	43,8	28,1
5	39	23,1	35,9	41,0

Tab. 12 : Vergleich der Krankenhausaufenthalts in den letzten 12 Monaten (3 Gruppen:
 kein Aufenthalt; 1-6 Wochen, mehr als 6 Wochen) zwischen den diagnos-
 tischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische
 Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 83,56$;
 $p < 0,001$)

Gruppe	n	kein Aufenthalt	1 - 6 Wochen	mehr als 6 Wochen
1	196	17,9	35,7	46,4
2	85	21,2	37,6	41,2
3	36	66,7	30,6	2,8
4	30	66,7	30,0	3,3
5	43	58,1	23,3	18,6

Tab. 13 : Vergleich der Teilnahme an ambulanter Psychotherapie (früher und aktuell) zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 14,23$;
 $p = 0,58$)

Gruppe	n	ambulante Psychotherapie	
		früher	aktuell
1	126	25,4	15,1
2	56	25,0	17,9
3	32	25,0	15,6
4	26	50,0	7,7
5	39	35,9	5,1

Tab. 14 : Vergleich der Teilnahme an stationärer Psychotherapie (früher und aktuell) zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 10,0$;
 $p=0,62$)

Gruppe	n	stationäre Psychotherapie	
		früher	aktuell
1	117	31,7	4,3
2	48	16,7	2,1
3	26	23,1	3,8
4	22	18,2	0
5	34	35,3	0

Tab. 15 : Vergleich der Zuweisung (AHB: Anschlussheilbehandlung; WHB: wiederholte Heilbehandlung; HV: Heilverfahren) zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni; 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; Angaben in Prozent; Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 146,76$; $p < 0,001$)

Gruppe	n	AHB	WHB	HV
1	191	62,8	19,4	17,8
2	81	58,0	13,6	28,4
3	38	13,2	2,6	84,2
4	34	0	5,9	94,1
5	41	9,8	9,8	80,5

Tab. 16 : Vergleich der Behandlungsdauer in Tagen zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni; 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; Angaben in Tagen; ANOVA : $F=4,81$; $p=0,001$)

Gruppe	n	M	SD	Median	Bereich
1	190	36,76	11,57	35	10 - 87
2	82	38,02	11,78	42	14 - 70
3	37	44,24	13,37	42	28 - 84
4	33	42,00	12,77	42	8 - 70
5	41	42,20	11,97	42	14 - 70

Tab. 17 : Vergleich der Gesprächsdauer in Minuten zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; Angaben in Minuten; ANOVA : $F=2,14$; $p=0,08$)

Gruppe	n	M	SD	Median	Bereich
1	160	203,75	174,93	150	20 - 1180
2	66	223,26	193,91	150	30 - 1100
3	36	251,67	122,41	225	70 - 520
4	33	274,85	115,82	240	100 - 600
5	40	263,63	154,09	233	60 - 840

Tab.18 : Vergleich der körperlichen Beeinträchtigungsschwere durch die Krankheit zu Beginn der Reha-Behandlung zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA: $F = 0,9175$; $p = 0,45$)

Gruppe	n	M	SD
1	182	2,26	0,85
2	81	2,35	0,81
3	33	2,09	0,95
4	32	2,09	0,93
5	38	2,34	0,81

Tab. 19 : Vergleich der psychischen Beeinträchtigungsschwere durch die Krankheit zu Beginn der Reha-Behandlung zwischen den diagnostischen Gruppen (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni; 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA: $F = 8,1696$; $p < 0,001$)

Gruppe	n	M	SD
1	180	2,08	0,91
2	78	2,17	0,78
3	31	2,35	0,98
4	31	2,71	0,82
5	37	2,81	0,74

Tab. 20 : Vergleich des sozialen Beeinträchtigungsgrades durch die Krankheit zu Beginn der Reha-Behandlung zwischen den diagnostischen Gruppen (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni; 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA: $F = 7,7290$; $p < 0,001$)

Gruppe	n	M	SD
1	180	1,73	0,94
2	78	1,71	0,85
3	32	2,00	1,02
4	31	2,32	0,87
5	37	2,49	0,96

Tab. 21 : Vergleich der körperlichen Beeinträchtigungsschwere durch die Krankheit am Ende der Reha-Behandlung zwischen den diagnostischen Gruppen (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni; 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA: $F = 5,9917$; $p < 0,001$)

Gruppe	n	M	SD
1	181	1,43	0,78
2	81	1,46	0,85
3	33	0,85	0,80
4	31	1,00	0,77
5	38	1,53	0,76

Tab. 22 : Vergleich der psychischen Beeinträchtigungsschwere durch die Krankheit am Ende der Reha-Behandlung zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA: $F = 4,4561$; $p = 0,002$)

Gruppe	n	M	SD
1	178	1,53	0,73
2	78	1,45	0,71
3	31	1,61	0,67
4	30	1,77	0,63
5	36	2,00	0,79

Tab. 23 : Vergleich des sozialen Beeinträchtigungsgrades durch die Krankheit am Ende der Reha-Behandlung zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA: $F = 4,2388$; $p = 0,002$)

Gruppe	n	M	SD
1	178	1,31	0,70
2	78	1,26	0,69
3	31	1,48	0,68
4	30	1,50	0,57
5	36	1,78	0,87

Tab. 24 : Vergleich der körperlichen Beeinträchtigungsschwere zu Beginn und am Ende der Behandlung innerhalb jeder diagnostischen Gruppe
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; t-Test für gepaarte Stichproben)

Gruppe	n	Beginn M	SD	Ende M	SD	t	p
1	181	2,26	0,84	1,43	0,78	15,78	< 0,001
2	81	2,35	0,80	1,46	0,84	10,33	< 0,001
3	32	2,09	0,96	0,88	0,79	7,92	< 0,001
4	31	2,06	0,94	1,00	0,78	8,72	< 0,001
5	38	2,34	0,82	1,53	0,76	9,82	< 0,001

Tab. 25 : Vergleich der psychischen Beeinträchtigungsschwere zu Beginn und am Ende der Behandlung innerhalb jeder diagnostischen Gruppe
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; t-Test für gepaarte Stichproben)

Gruppe	n	Beginn M	SD	Ende M	SD	t	p
1	178	2,08	0,91	1,53	0,73	11,64	< 0,001
2	78	2,17	0,78	1,45	0,72	9,87	< 0,001
3	30	2,43	0,90	1,63	0,67	5,76	< 0,001
4	30	2,70	0,80	1,77	0,59	6,91	< 0,001
5	36	2,86	0,68	2,00	0,79	9,52	< 0,001

Tab. 26 : Vergleich des sozialen Beeinträchtigungsgrades am Anfang und am Ende der Behandlung innerhalb jeder diagnostischen Gruppe
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; t-Test für gepaarte Stichproben)

Gruppe	n	Beginn M	SD	Ende M	SD	t	p
1	178	1,74	0,94	1,31	0,73	9,36	< 0,001
2	78	1,71	0,86	1,26	0,72	6,42	< 0,001
3	31	2,06	0,96	1,48	0,67	3,81	< 0,001
4	30	2,33	0,79	1,50	0,55	6,11	< 0,001
5	36	2,53	0,94	1,78	0,79	8,12	< 0,001

Tab. 27 : Vergleich des somatischen Behandlungsergebnisses aus der Sicht der Patienten zwischen den diagnostischen Gruppen
 (1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
 4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA : F= 0,8769; p=0,48)

Gruppe	n	M	SD	Median
1	189	2,00	0,70	2,00
2	83	2,03	0,86	2,00
3	38	1,89	0,76	2,00
4	34	1,79	0,59	2,00
5	41	1,95	0,50	2,00

Tab. 28 : Vergleich des somatischen Behandlungsergebnisses aus der Sicht des Therapeuten zwischen den diagnostischen Gruppen
(1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA : F= 0,7729; p=0,54)

Gruppe	n	M	SD	Median
1	189	2,02	0,68	2,00
2	82	2,04	0,87	2,00
3	38	1,84	0,64	2,00
4	34	1,91	0,51	2,00
5	41	2,05	0,44	2,00

Tab. 29 : Vergleich des somatischen Behandlungsergebnisses aus der Sicht des Pflegepersonals zwischen den diagnostischen Gruppen
(1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA : F= 0,4882; p=0,74)

Gruppe	n	M	SD	Median
1	198	2,22	0,80	2,00
2	89	2,33	0,85	2,00
3	40	2,28	0,78	2,00
4	36	2,22	0,96	2,00
5	49	2,37	0,64	2,00

Tab. 30 : Vergleich des psychischen Behandlungsergebnisses aus der Sicht der Patienten zwischen den diagnostischen Gruppen
(1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA : F= 1,8657; p=0,12)

Gruppe	n	M	SD	Median
1	173	2,17	0,64	2,00
2	78	2,05	0,66	2,00
3	37	1,89	0,70	2,00
4	33	1,82	0,64	2,00
5	40	2,13	1,57	2,00

Tab. 31 : Vergleich des psychischen Behandlungsergebnisses aus der Sicht des Therapeuten zwischen den diagnostischen Gruppen
(1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA : F= 1,6064; p=0,17)

Gruppe	n	M	SD	Median
1	174	2,27	0,62	2,00
2	79	2,11	0,64	2,00
3	37	2,08	0,68	2,00
4	33	2,00	0,61	2,00
5	40	2,58	3,02	2,00

Tab. 32 : Vergleich des psychischen Behandlungsergebnisses aus der Sicht des Pflegepersonals zwischen den diagnostischen Gruppen
(1= Morbus Crohn; 2= Colitis ulcerosa; 3= Ulcus ventriculi/duodeni;
4= funktionelle Magen/Darmbeschwerden; 5= andere gastroenterologische Erkrankungen; ANOVA : F= 0,3518; p=0,84)

Gruppe	n	M	SD	Median
1	198	2,26	0,77	2,00
2	88	2,33	0,69	2,00
3	40	2,35	0,77	2,00
4	36	2,36	0,93	2,00
5	49	2,37	0,60	2,00

Tab. 33 : Medikamenteneinnahme (Kortikosteroide, Azulfidine; Azathioprin) von Colitis ulcerosa- und Morbus Crohn-Patienten zu Beginn der Reha-Behandlung
(1 = Morbus Crohn; 2 = Colitis ulcerosa; Angaben in Prozent)

Gruppe	n	Kortikosteroide	Azulfidine	Azathioprin
1	203	15,3	52,7	3,0
2	90	14,4	67,8	4,4

Tab. 34 : Medikamenteneinnahme (Kortikosteroide, Azulfidine; Azathioprin) von Colitis ulcerosa- und Morbus Crohn- Patienten am Ende der Reha-Behandlung
(1 = Morbus Crohn; 2 = Colitis ulcerosa; Angaben in Prozent)

Gruppe	n	Kortiko- steroid	Azulfidine	Azathioprin
1	203	41,4	18,7	3,4
2	90	43,3	25,6	8,9

Tab. 35 : Krankheitsaktivität der Morbus Crohn-Patienten zu Beginn der Behandlung
(0 = CDAI-Wert fehlt; 1= CDAI <150; 2 = CDAI > 150)

	n	Prozent
0	47	23,2
1	110	54,2
2	46	22,7

Tab. 36 : Krankheitsaktivität der Morbus Crohn-Patienten am Ende der Behandlung
(0 = CDAI-Wert fehlt; 1= CDAI <150; 2 = CDAI > 150)

	n	Prozent
0	54	26,6
1	122	60,1
2	27	13,3

Tab. 37 : Krankheitsaktivität der Morbus Crohn-Patienten, die zur AHB kamen, zu Beginn der Reha
(0 = CDAI-Wert fehlt; 1= CDAI <150; 2 = CDAI > 150)

	n	Prozent
0	29	24,2
1	59	49,2
2	32	26,6

Tab. 52 : Vergleich der Gießen-Test-Skalen zu Beginn und am Ende der Reha-
Behandlung
(Patienten mit Morbus Crohn; n = 196; t-Test für abhängige Stichproben)

Skala	Beginn		Ende		Differenz	SD	t	p
	M	SD	M	SD				
1	27,11	4,85	27,59	4,24	-0,48	3,48	-1,95	0,05
2	25,82	4,66	26,29	6,51	-0,47	5,41	-1,22	0,23
3	26,21	5,13	26,07	4,76	0,14	3,23	0,62	0,54
4	27,59	6,12	26,83	5,45	0,76	4,41	2,41	0,02
5	23,91	5,65	22,89	5,66	1,02	5,21	2,76	0,006
6	20,32	4,41	19,78	4,22	0,54	3,95	1,91	0,06

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Tab. 53 : Vergleich der Gießen-Test-Skalen zu Beginn und am Ende der Reha-
Behandlung
(Patienten mit Colitis ulcerosa; n = 82; t-Test für abhängige Stichproben)

Skala	Beginn		Ende		Differenz	SD	t	p
	M	SD	M	SD				
1	27,00	5,09	26,95	4,98	0,05	3,32	0,13	0,90
2	26,00	4,37	25,23	4,14	0,70	2,91	2,39	0,02
3	27,57	4,18	27,12	4,12	0,45	2,45	1,70	0,09
4	27,52	5,88	26,29	5,21	1,23	3,45	3,23	0,002
5	23,82	5,88	23,52	5,89	0,30	4,30	0,62	0,54
6	21,16	5,47	20,35	4,82	0,81	3,56	2,05	0,04

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Tab. 54 : Vergleich der Gießen-Test-Skalen zu Beginn und am Ende der Reha-
Behandlung
(Patienten mit Ulcus ventriculi/duodeni; n = 39; t-Test für abhängige
Stichproben)

Skala	Beginn		Ende		Differenz	SD	t	p
	M	SD	M	SD				
1	25,26	5,26	26,74	4,32	-1,48	3,77	-2,46	0,02
2	25,10	4,08	24,92	4,13	0,18	3,52	0,32	0,75
3	26,23	5,18	25,72	4,83	0,51	3,21	1,00	0,33
4	27,77	5,67	26,51	4,54	1,26	4,79	1,64	0,11
5	24,26	5,00	23,51	5,03	0,75	4,13	1,13	0,27
6	21,03	5,01	20,08	4,69	0,95	4,32	1,37	0,18

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Tab. 55 : Vergleich der Gießen-Test-Skalen zu Beginn und am Ende der Reha-
Behandlung
(Patienten mit funktionellen Beschwerden; n = 34; t-Test für abhängige
Stichproben)

Skala	Beginn		Ende		Differenz	SD	t	p
	M	SD	M	SD				
1	27,32	6,05	26,97	5,40	0,35	3,24	0,64	0,53
2	26,85	4,54	26,53	3,59	0,32	3,05	0,62	0,54
3	27,09	4,84	26,91	4,19	0,18	3,17	0,32	0,75
4	29,94	6,42	28,35	6,00	0,59	3,66	0,94	0,36
5	23,50	6,54	22,74	5,91	0,76	4,86	0,92	0,37
6	21,26	6,12	22,00	6,38	-0,74	5,98	-0,72	0,48

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Tab. 56 : Vergleich der Gießen-Test-Skalen zu Beginn und am Ende der Reha-
Behandlung
(Patienten mit anderen gastroenterologischen Erkrankungen; n = 44; t-Test für
abhängige Stichproben)

Skala	Beginn M	SD	Ende M	SD	Differenz	SD	t	p
1	25,57	5,77	27,23	5,55	-1,66	4,93	-2,23	0,03
2	24,93	4,58	25,39	4,40	-0,45	2,95	-1,02	0,31
3	26,77	5,11	26,23	3,91	0,55	4,24	0,85	0,40
4	31,57	6,36	28,52	5,67	3,05	6,29	3,21	0,003
5	24,59	6,42	23,80	6,31	0,79	5,23	1,01	0,32
6	22,05	5,68	21,05	5,30	1,00	3,80	1,74	0,09

Skala 1 = Soziale Resonanz; Skala 2 = Dominanz; Skala 3 = Kontrolle;

Skala 4 = Grundstimmung; Skala 5 = Durchlässigkeit; Skala 6 = Soziale Potenz

Danksagung

Als erstes möchte ich meinem Doktorvater, Herrn Professor Faller, danken für die tolle Unterstützung. Jede Frage wurde schnell und hilfreich beantwortet und die Korrekturen der Arbeit erfolgten immer in kürzester Zeit. Vielen Dank, dass Sie trotz der langen Pausen mir ermöglichten, diese Arbeit zu Ende zu führen!

An zweiter Stelle möchte ich meinem Mann, Andreas, und meinen Kindern, Christopher und Tobias, danken, die mir die nötige Zeit gegeben haben, damit ich die Arbeit fertig stellen konnte.

Ein ganz großer Dank auch meinen Eltern; ohne deren Unterstützung wäre die Arbeit nie zu Ende gebracht worden.

Danke auch meinen Brüdern und vielen Freunden, die mich durch Ihre Ermutigungen immer wieder daran glauben ließen, dass ich es doch noch schaffen könnte. Vielen Dank!

Lebenslauf

Persönliche Daten :

Name: Sladkovic
Vorname: Renate
Geburtsdatum: 14. März 1971
Geburtsort: Garmisch- Partenkirchen
Familienstand: verheiratet

Ausbildung :

1977 – 1981: Grundschule in Wallgau
1981 – 1990: Gymnasium in Garmisch-Partenkirchen
Abschluß mit der Allg. Hochschulreife, Note 1,3
seit 11/ 90: Studium der Humanmedizin in Würzburg
08/ 92: Ärztliche Vorprüfung, Note 3
08/ 93: Erster Abschnitt der Ärtzl. Prüfung, Note 3
08/ 96: Zweiter Abschnitt der Ärtzl. Prüfung, Note 2
11/ 97: Dritter Abschnitt der Ärtzl.Prüfung, Note 1; insg:1,83

Famulaturen/ Praktika :

4/93 : Innere Medizin, KKH Hofheim
10/93-3/94 : Auslandsaufenthalt in der Slowakei
2/94 : Geriatrie, Sv. Lukas in Kosice
4/94 : Dermatologie, Nordseeklinik Sylt
9/94 : Chirurgie, KKH Garmisch-Partenkirchen
3/95 : Gynäkologie/ Anästhesie, US-Hospital Würzburg
9/95 : Pädiatrie, Praxis Dr. Zoepffel
3/96 : Psychiatrie, Klinik Hohe Mark


10/96-1/97 : PJ Chirurgie, Lehrkrankenhaus Coburg
2/97-5/97 : PJ Innere Medizin, Lehrkrankenhaus Coburg
6/97-9/97 : PJ Neurologie, Universitätsklinik Würzburg

AiP/Assistenzarztzeit

5/98-12/99: AiP Neurologie, Krankenhaus Selters/WW
1/00-12/01 Assistenzärztin in der Neurologischen
Rehabilitationsklinik Vallendar

Mutterschutz/Elternzeit

seit Januar 2002



Handwritten signature of Renate Stadler in cursive script.

Virneburg, den 26.04.2005