Aus dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Universitätsprofessor Dr. Dr. W. Tress

Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

vorgelegt von

Claudia Dominicus

2000

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Der Dekan der Medizinischen Fakultät

der Universität Düsseldorf

Gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Dieter Häussinger

Referent

Gez.: Univ.-Prof. Dr. Dr. Tress

Korreferent

Gez.: Univ.-Prof. Dr. Goretzki

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung

1.1 Somatische und epidemiologische Befunde zu den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

1.2 Modelle der Krankheitsverarbeitung

1.3 Coping bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

2 Fragestellung der Arbeit, Patienten und Methoden

2.1 Ziel der Untersuchung

2.2 Patienten

2.3 Untersuchungsinstrumente

2.4 Studienablauf

2.5 Auswertung

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographische und somatische Daten der Patienten

3.1.1 Altersverteilung

3.1.2 Familienstand, Schulabschluß, Beruf

3.1.3 Erkrankungsdauer

3.1.4 Regionaler Befall des Gastrointestinaltraktes

3.1.4.1 Extraintestinaler Befall beider Erkrankungen

3.1.4.2 Anzahl der verschiedenen Operationen

3.1.5 Krankheitsaktivität

3.2.Krankheitsverarbeitung

3.2.1 Vergleich der Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa

3.2.2 Maß der Krankheitsaktivität bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa

3.2.3 Krankheitsunspezifische Variablen, die einen Einfluß auf den Krankheitsverlauf haben

3.2.3.1 Geschlecht

3.2.3.2 Alter

3.2.3.3 Erkrankungsdauer

3.2.3.4 Familienstand

3.2.3.5 Erwerbstätigkeit

3.2.3.6 Bildungsstand

4 Diskussion

4.1 Durchführung der Studie

4.2 Unterschiede im Bewältigungsverhalten von M. Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten

4.3 Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Krankheitsaktivität und speziellen Copingformen

4.4 Einfluß von krankheitsunspezifischen Variablen auf das Bewältigungsverhalten

4.4.1 Geschlecht

4.4.2 Alter

4.4.3 Erkrankungsdauer

4.4.4 Familienstand

4.4.5 Bildungsstand und Erwerbstätigkeit

5 Literatur

6 Anhang

1 Einleitung

1.1 Somatische und epidemiologische Befunde zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Unter dem Begriff „chronisch entzündlichen Darmerkrankungen“ werden die Erkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zusammengefaßt.

Bei der Colitis ulcerosa handelt es sich um eine von kaudal nach kranial kontinuierlich ausbreitende Entzündung des Kolons, welche die oberflächliche Schichten der Mukosa betrifft. Neben Schmerzen wird die Symptomatik der Erkrankung insbesondere durch blutig-schleimige Diarrhöen und Tenesmen bestimmt.

Beim Morbus Crohn dagegen können alle Darmabschnitte befallen sein, wobei bevorzugt das terminale Ileum, das Kolon und der anorektale Bereich befallen werden.

Die Entzündung beim Morbus Crohn ist diskontinuierlich, disproportioniert und transmural. Krampfartige abdominelle Beschwerden und Diarrhöen bestimmen das Krankheitsbild.

Der Morbus Crohn wird in den letzten Jahrzehnten in den westlichen Industrieländern immer häufiger angetroffen. Tendenziell sind Einwohner von Städten häufiger betroffen als die Landbevölkerung.

Die Inzidenz beträgt 3 - 5,3 pro 100 000 Einwohnern, die Prävalenz 36 auf 100 000 Einwohner, der Altersgipfel der Erstmanifestation liegt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, das Geschlechterverhältnis scheint ausgeglichen (Faller und Kraus 1996), wobei einige Studien über einen etwas größeren Frauenanteil berichten (Gollop et al. 1988, Küchenhoff 1993).

Die Inzidenz der Colitis ulcerosa in Mitteleuropa liegt zwischen 2,3 und 14,8 pro 100 000 Einwohner, die Prävalenz liegt bei 17 bis 100 Krankheitsfälle auf 100 000 Einwohner (Binder et al. 1982, Langholz et al. 1991, Goebell et al. 1994). Manifestationsalter ist überwiegend das 3. Lebensjahrzehnt, kann aber auch schon bei Kindern und noch bei älteren Erwachsenen auftreten, das weibliche und männliche Geschlecht sind etwa gleich häufig betroffen (Faller und Kraus 1996).

Beide Krankheiten verlaufen im allgemeinen schubweise. Phasen mit aktivem Entzündungsprozeß, die durch sehr schmerzhafte Symptome, welche die alltägliche Lebensführung stark beeinträchtigen gekennzeichnet sind, werden von Phasen mit geringer oder fehlender Symptomatik abgelöst. Über die Dauer der aktiven Entzündung oder die Häufigkeit von Rezidiven ist wenig bekannt. Einige Studien weisen auf eine hohe individuelle Variabilität hin (Binder et al. 1985, Farmer et al. 1985, Lind et al. 1985).

Laborchemisch zeigt sich bei beiden Erkrankungen abhängig von der entzündlichen Aktivität eine Entzündungskonstellation (Leukozytose, Anämie, Fe-Erniedrigung, BSG-Beschleunigung, Veränderung der Serumelektrophorese, CRP-Erhöhung etc.).

An Komplikationen können bei beiden Erkrankungen Malabsorptionssyndrome und extraintestinale Symptome (Erythema nodosum, Uveitis, Arthritis, sklerosierende Cholangitis) auftreten. Während beim Morbus Crohn Fisteln, Stenosen, Konglomerattumoren und anorectale Abszesse im Vordergrund stehen, ist bei der Colitis ulcerosa die Gefahr massiver Blutungen, des toxischen Megakolons als akut lebensbedrohliche Situation, sowie das hohe Karzinomrisiko bei langjährigem Verlauf gegeben.

Beide Erkrankungen gehen somit mit zahlreichen Belastungen für die Patienten einher, die von den Patienten bewältigt werden müssen.

1.2 Modelle der Krankheitsverarbeitung

Die Wurzeln der Erforschung von Coping, welches sich am besten mit **Krankheitsbewältigung** übersetzen läßt, finden sich vor allem in der Streßforschung, der Life-event-Forschung und in der psychoanalytischen Abwehrlehre.

Verschiedene Autoren schlugen im Laufe der Zeit unterschiedliche Definitionen vor, so wie beispielsweise Muthny (1993):

„Krankheitsverarbeitung ist die Gesamtheit aller Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern. Die

Krankheitsverarbeitungsmodi sind prinzipiell unabhängig von Kriterien des Erfolges zu definieren“ (Schüßler 1993).

Der Beginn der Copingforschung läßt sich auf das Erscheinen des Buches von Lazarus (1966): „Psychological Stress and the Coping Process“ datieren. Ausgehend von der Streßforschung (Lazarus 1966) wurde eine Emotionstheorie entwickelt, in deren Zentrum subjektive Bewertungs- und Bewältigungsprozesse stehen, die als „apprasial“ und „coping“ bezeichnet worden sind. Das zunächst behavioristisch konzipierte Anpassungsmodell wurde im Laufe der Zeit in ein transaktionales Bewältigungsmodell umgewandelt. (Lazarus und Lounier 1978). Es wurde nicht mehr nur angenommen, daß ein Ereignis auf eine Person einwirkt, sondern auch umgekehrt, daß eine Person ein Ereignis aktiv beeinflußt. Personen und Situationen agieren in einem zeitlichen Prozeß miteinander.
Das bedeutet, daß Krankheitsbewältigung keinesfalls ein statisches Persönlichkeitsmerkmal, sondern ein Prozeß ständiger Veränderung ist.

Eine andere Quelle neben der Streßforschung ist die Ausdifferenzierung der psychoanalytisch begründeten Abwehrlehre. Früheren definitorischen Abgrenzungsversuchen von Coping und Abwehr (Haan 1977) wurden zunehmend Integrationsmodelle gegenübergestellt (Steffens und Kächele 1988). Einige Autoren berücksichtigen persönliche Dispositionen als Voraussetzung für bestimmte Copingformen (Beutel 1988, Muthny 1988). Danach ist Krankheit nicht nur ein objektives, sondern auch ein subjektives und individuelles Geschehen. Jeder Patient verarbeitet, je nach seinen

individuellen Lebensbedingungen, einen individuellen Verlauf der Krankheit. So spielen die Persönlichkeit des Kranken, die sich lebensgeschichtlich gebildet hat, ebenso eine Rolle wie die sozialen Netzwerke, die sich jeder geschaffen hat und die ihn auffangen oder im Stich lassen (Küchenhoff 1994).

Im Laufe der Zeit fand ein Perspektivenwechsel der psychoanalytischen Copingforschung von der Belastungsseite zur Reaktionsseite statt (Lazarus und Folkmann 1984). Viel wichtiger als das Auftreten von belastenden Lebensereignissen wird die Art, wie eine Person diese bewertet und sich damit auseinandersetzt. So zeichnet sich seit Beginn der 80er Jahre die psychosomatische Forschung durch eine Betonung von Copingforschung aus, während die Forschung der 60er- und 70er Jahre u. a. stark auf den Einfluß von Streß ausgerichtet war.

Beutel (1988) hat ein deskriptives System vorgestellt, indem er für einige Krankheitsbilder krankheitsspezifische von allgemeinen Anforderungen bei chronischen Belastungen trennt (z.B. Form der Diagnostik, Medikamentenwirkung, Schmerzen, Auftreten von Rezidiven u.s.w.). Noch läßt sich keine Aussage darüber machen, ob oder gegebenenfalls welche Elemente des Coping krankheitsspezifisch sind, oder ob es sich eher um krankheitsübergreifende Variablen handelt.

Nicht ganz unbedeutend scheinen auch kognitive Kontroll-Überzeugungen zu sein. Bei internalen Kontrollüberzeugung hat die Person das Gefühl, für sich und ihre Krankheit selbst verantwortlich zu sein, und aktiv Einfluß auf

ihr Schicksal nehmen zu können. Hingegen fühlt sich ein Mensch bei der externalen Kontrollüberzeugung passiv seinem Schicksal ausgeliefert. Am Beispiel von 15 Karzinompatienten unterschied Heim (1988) geeignetem von ungeeignetem Coping. Eine ungeeignete Copingstrategie „besteht bei passiv-resignativer Grundhaltung mit unangemessenem dissimulierendem Krankheitsprozeß, sozialem Rückzugverhalten, grüblerischem Hin- und Herwälzen oder Unterdrücken von jeglichem Gefühlsausdruck“ (Heim 1988). Geeignet ist „ aktives, zupackendes Verhalten, das auch Zuwendung aus dem sozialen Umfeld auslöst“ (Heim 1988). Diese soziale Unterstützung (social support) bewirkt bei fast allen Kranken eine subjektive Entlastung.

1.3 Coping bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Die lange Fahndung nach psychischen Auffälligkeiten der Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa blieb widersprüchlich. Einerseits fanden sich Studien, die Patienten psychologisch als normal beschrieben, andererseits bescheinigten andere Studien ihnen eine erhebliche Psychopathologie (Helzer et al. 1984, Andrews et al. 1987, Enck und Schäfer 1996)

Leider gibt es bislang nur wenig Forschungsarbeiten, die sich speziell mit Coping bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen befassen.

Dohrenbusch (1988) untersuchte das Bewältigungsverhalten von 28 Morbus Crohn- und 20 Colitis ulcerosa-Patienten im Vergleich zu Rheumakranken (jeweils 45 Patienten mit rheumatischer Arthritis bzw. Spondylitis ankylosans) und zeigte, daß sich die Patienten mit Morbus Crohn zwischen den verschiedenen Bewältigungsformen wenig von Patienten mit Colitis ulcerosa unterschieden.

Deter et al. (1991) erhoben bei 57 Crohn-Patienten einer gastro-enterologischen Ambulanz in keiner Skala des Streßverarbeitungsbogens (SKF) von Janke et al. (1985) signifikante Abweichungen von der Norm bezüglich der Krankheitsverarbeitung.

In einem Beitrag von Normann und Kordy (1991) zur Spezifizitätsdiskussion wurde der Einfluß verschiedener, teils krankheitsbezogener (Dauer, Schweregrad), teils patientenbezogener (Alter, Geschlecht, Wohnsituation) Variablen auf das Coping bei Morbus Crohn-Patienten untersucht. Die Arzt-Patient-Beziehung erwies sich von großer Bedeutung. Im Vordergrund standen Strategien, wie „genau den ärztlichen Rat befolgen“ und „Vertrauen in die Ärzte setzen“. Dann folgten „entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen“, “Information suchen“ und „sich selbst Mut machen“, also Formen einer aktiven Auseinanderstzung mit der Krankheit.
Einen Einfluß des Schweregrades der Erkrankung, gemessen mit dem „Crohn’s Disease Activity Index“, CDAI (Best 1976), auf die Art und Intensität der Copingbemühung konnte nicht gefunden werden.

Ein Jahr später lieferten Kordy und Normann (1992) interessante Daten in einer Teilauswertung der Heidelberger Morbus Crohn-Studie (Küchenhoff 1993). Zu Beginn der Studie (im Krankheitsschub), sowie später bei Eintreten der Remission füllten 90 Crohn-Patienten aus 5 gastroenterologischen Abteilungen im Raum Heidelberg den Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-Lis) (Muthny 1989) aus.

Es wurde nun versucht, die psychischen sowie die somatischen Variablen (Krankheitsdauer, Schweregrad und Lokalisation der Entzündung) als Vorhersagevariablen der Remission einzusetzen. Die Ergebnisse stützten die Annahme einer multifaktoriellen Determination des Krankheitsverlaufs. Die somatischen Variablen zeigten wenig Vorhersagekraft, wogegen sich die psychischen Variablen deutlicher differenzieren. Ein durch Aktivität und Problemorientiertheit geprägtes Copingverhalten erwies sich als bester Prädiktor einer kurzen Entzündungsdauer.

Kinash et al. (1993) untersuchten das Bewältigungsverhalten von 88 Crohn- und 62 Colitis-Patienten. Die Patienten zeigten mehr problemorientiertes, aktives als affektiv orientiertes Coping. Für ein befriedigendes Lebensgefühl schätzten die Autoren diese Art der Bewältigungsstrategien als bemerkenswert günstig ein.

Zu uneinheitlichen Ergebnissen kamen Küchenhoff und Manz (1993), die innerhalb der Heidelberger Morbus Crohn-Studie versuchten, Zusammenhänge zwischen Coping und Abwehr herauszuarbeiten. Im akuten Schub scheinen Patienten mit „dominanter Aggressionsabwehr“, und die über eine relativ große Ichstärke verfügen, eher aktive Schritte zur Krankheitsbewältigung zu unternehmen, während Patienten mit „frühen Abwehrmechanismen“ eher zu regressiven und depressiven Copingstrategien neigten. Zwischen Bewältigungsverhalten und Krankheitsaktivität. konnte kein Zusammenhang gefunden werden. Jedoch scheint die

Krankheitsvorerfahrung für die Wahl des Copingverhaltens wichtiger zu sein als der aktuelle Gesundheitszustand. Die Chronizität der Erkrankung bremst die aktiven Schritte, um mit der Krankheit fertig zu werden, und führt zu einem eher depressiv gefärbten Bewältigungsverhalten.

Für den Krankheitsverlauf eher prognostisch ungünstig waren ein verleugnender Umgang mit der Krankheit (Bagatellisieren und Wunschdenken), sowie ein Coping, daß in passiv-resignativer Weise Trost in der Religion sucht (Religiosität und Sinnsuche). Umgekehrt war aktiv kämpferische Einstellungen der Krankheit gegenüber (aktives Coping) der Genesung förderlich. Die Frage, ob Coping mit habituellen Persönlichkeitsmerkmalen verbunden ist, konnte eindeutig für das depressive Coping bejaht werden. Selbstunsichere, leicht verletzbare Patienten, die emotional wenig belastbar und unzufrieden mit ihrem Leben waren, neigen zu depressiven, passiven und resignativen Verarbeitungsweisen. Hingegen hängen aktive und selbstaufbauende Copingstrategien nicht mit besonderen Persönlichkeitsmerkmalen zusammen.

2 Fragestellung der Arbeit, Patienten und Methoden

2.1 Ziel der Untersuchung

Bisher haben sich nur wenig Forschungsarbeiten speziell mit der Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa befaßt. Da es sich sowohl beim Morbus Crohn, als auch bei der Colitis ulcerosa um chronische Erkrankungen handelt, die schubweise verlaufen, interessierte es uns, ob sich die beiden Patientengruppen hinsichtlich des Bewältigungsverhalten unterscheiden. Desweiteren untersuchten wir den Zusammenhang zwischen der entzündlichen Aktivität der Erkrankung und speziellen Copingformen. Ebenso interessierte uns der Einfluß von Alter, Geschlecht, Erkrankungsdauer u.s.w. auf das Bewältigungsverhalten.

Unter Verwendung weitgehend standardisierter und hinreichend überprüfbarer Methoden sollen folgende Fragestellungen untersucht werden:

- Unterscheiden sich Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten hinsichtlich der verschiedenen Copingstrategien ?

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Krankheits-aktivität und speziellen Copingformen ?

- Haben krankheitsunspezifische Variablen, wie beispielsweise Alter, Geschlecht oder Bildungsstand einen Einfluß auf das Bewältigungsverhalten ?

2.2 Patienten

Untersucht wurden Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa aus folgenden unterschiedlichen internistischen Kliniken:

Städtisches Krankenhaus Solingen

Abteilung für Innere Medizin, Gastroenterologie. Prof. Dr. Lux

Evangelischen Krankenhaus Köln

Abteilung für Innere Medizin, Gastroenterologie. Prof. Dr. Kruis

Universitätsklinik Essen

Abteilung für Innere Medizin, Gastroenterologie, Prof. Dr. Goebell

Universitätsklinik „Bergmannsheil“ Bochum

Abteilung für Innere Medizin, Gastroenterologie, Prof. Dr. May

Diakonie Krankenanstalten Florence-Nightingale Düsseldorf

Abteilung für Innere Medizin, Gastroenterologie

Prof. Dr. Erckenbrecht

Klinik Niederrhein (Klinik für Krankheiten der Verdauungsorgane und Stoffwechsel) Bad Neuenahr. Dr. med. Zillesen

LVA-Klinik Bad Driburg.

Abteilung für Innere Medizin, Gastroenterologie. Dr. med. Rosemeyer

Die Rekrutierungsphase erstreckte sich von Mai 1993 bis Dezember 1995. Es wurden fortlaufend in diesen Kliniken gesehene Patienten in die Studie aufgenommen, wobei die Entscheidung über die Aufnahme den behandelnden Arzt oblag. Aufgrund der Organisation der jeweiligen Klinik wurden aus der Solinger Klinik nur stationär behandelte Patienten eingeschlossen, während die Patienten aus den Kliniken Düsseldorf, Köln, Essen und Bochum ambulante Patienten waren. Patienten aus Bad Neuenahr und Bad Driburg waren zur Rehabilitation von ihren behandelnden Ärzten und Rentenversicherungsträgern in die Klinik geschickt worden.

2.3 Untersuchungsinstrumente

Folgende Untersuchungsinstrumente sind eingesetzt worden:

a) ein Fragebogen zu Sozialdaten

b) ein Fragebogen zu den klinischen Befunden

c) der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny 1989)

Alle Fragebögen sind im Anhang abgebildet.

a) Der Fragebogen zu Sozialdaten enthielt allgemeine Fragen zur Person, wie Geschlecht, Alter (in Jahren), Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet, wiederverheiratet), Anzahl der Kinder (falls vorhanden), Schulabschluß (Hauptschule, mittlere Reife, Fachhochschulreife, Abitur, kein Abschluß), Beruf (Beamter/Angestellter, leitender Angestellter/Beamter, Schüler/Lehrling, Arbeiter, Facharbeiter, Hausfrau, ohne Beruf, Rentner, Selbständiger, arbeitslos, sonstige)und Dauer der Erkrankung.

b) Dieser Fragebogen erfaßt klinische Parameter, die unter anderem eine Aussage zur entzündlichen Aktivität der chronisch entzündlichen Darmerkrankung zulassen, wie Körpergröße (in cm), Körpergewicht (in kg), intestinale und extraintestinale Manifestationen, Operationen, aktuelle Symptomatik (Stuhlfrequenz und -konsistenz, Blut im Stuhl, Bauchschmerzen), Laborwerte (Hämoglobin, Leukozytenzahl, Thrombozytenzahl, BSG, Albumin) und Sonstiges.

Um den zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegenden Schweregrad der Erkrankung festzustellen, wurde ein „Aktivitätsindex“ entwickelt. Im Interesse der Fragestellung sollten subjektive Parameter möglichst unberücksichtigt gelassen werden, um eine Vermischung von psychischen Geschehen und Aktivitätsindex auszuschließen. Deswegen wurde nicht auf den Crohn’s Disease Activity Index, CDAI (Best et al. 1976) zurückgegriffen. Ein weiterer Grund lag darin, auch die Patienten mit Colitis ulcerosa zu erfassen, für die ein Teil der Variablen des CDAI ohne Bedeutung ist (z.B. Resistenzen im Abdomen).

Der von uns benutzte Aktivitätsindex orientiert sich an dem von Goebell et al. (1990) entwickeltem „ Severity Activity Index“, der für Patienten mit Morbus Crohn signifikant mit dem CDAI korreliert (Bielefeld 1989).

In Anlehnung an die von Goebell et al. verwandten Variablen und ihrem relativen Beitrag wurden folgende Daten erfaßt und jeweils mit einem Koeffizienten multipliziert:

Variable	Multipliziert mit
Anzahl der Stühle pro Tag	10
Bauchschmerzen ja = 1, nein = 0	50
anale/perianale Läsionen ja=1, nein=0	30
extraintestinale Läsionen ja=1, nein=0	30
(1 - Gewicht/Standardgewicht)	100
BSG (mm/h)	2
Aktivitätsindex	**Summe**

Unser Aktivitätsindex wurde so definiert, daß gesunde Personen einen Wert haben, der gegen Null strebt. Entsprechend dem Ausmaß der entzündlichen Krankheitsaktivität nimmt der Aktivitätsindex zu.

c) Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung

Als Untersuchungsinstrument wurde die FKV-Lis, eine Kurzform des 1988 von Muthny entwickelten „Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung“ gewählt. Entwickelt wurde der Fragebogen im Rahmen eines Forschungsprojektes über chronisch nierenkranke Patienten (Balck, Koch, Speidel, 1985). Es existieren eine Fremd- und eine Selbst-beurteilungsform dieses Bogens, von denen die Selbstbeurteilungsform gewählt wurde.

Der Fragebogen umfaßt 35 Aussagen in Infinitivform mit denselben Antwortmöglichkeiten, denen zur Testauswertung verschiedene Zahlenwerte gegeben wurden:

gar nicht = 1

wenig = 2

mittelmäßig = 3

ziemlich = 4

sehr stark. = 5

Beispiel:

1. Information über Krankheit und Behandlung suchen

Diese Aussage trifft zu...

gar nicht

wenig

mittelmäßig

ziemlich

sehr stark

Auf dieser 5- stufigen Skala können die Patienten zu den einzelnen Items Stellung nehmen und dabei angeben, in welchem Maße eine Aussage für sie zutrifft.

Die Items sind verschiedenen Skalen zugeordnet:

F1 Depressive Verarbeitung	(Items 9, 16, 22, 26, 34)
F2 Aktives Coping	(Items 1, 7, 8, 14, 15)
F3 Ablenkung und Selbstaufbau	(Items 13, 17, 18, 19, 20)
F4 Religiosität und Sinnsuche	(Items 21, 23, 24, 25, 30)
F5 Bagatellisierung und Wunschdenken	(Items 2, 3, 4)
Compliance	(Items 27 und 28)

Unter „depressiver Verarbeitung“ versteht man passiv, resignitatives Verhalten wie Selbstmitleid, Rückzug von anderen Menschen und hadern mit dem Schicksal. Im Gegensatz dazu beinhaltet das „aktive coping“ eine aktive kämpferische Einstellung zur Krankheit. Die Patienten suchen Information

über ihre Erkrankung, wollen entschlossen gegen sie ankämpfen und unternehmen aktive Anstrengungen zur Lösung von Problemen.

Bei der Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ werden Erfolge und Selbstbestätigung, aber auch Abstand zur Krankheit gesucht. Die Patienten versuchen sich selbst Mut zu machen und sich abzulenken. Der Versuch einen gewissen Sinn in der Krankheit zu sehen, diese als Schicksal anzunehmen und Trost im religiösen Glauben zu suchen beinhaltet die Verarbeitungsform „Religiosität und Sinnsuche“. Eine weitere Methode der Krankheitsverarbeitung besteht in dem Herunterspielen der Tragweite und Bedeutung der Erkrankung. Das nicht-wahr-haben-wollen des Geschehens und Wunschdenken sind Inhalte der Skala „Bagatellisieren und Wunschdenken“.

Für die einzelnen Skalenwerte wurden die Itemwerte aus den jeweiligen Items addiert. Anschließend sind die Mittelwerte der Summenscores berechnet worden. Für die Berechnung der unterschiedlichen Verarbeitungsskalen wurden aus den vorhandenen Itemwerten der Mittelwert gebildet, welche mit dem t-Test für unabhängige Stichproben verglichen wurden.

2.4 Studienablauf

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Mai 1993 bis Dezember 1995, wobei die unterschiedlichen Kliniken (s.o.) etwa 6 bis 8 Monate rekrutiert wurden.

In den Kliniken bekamen die Patienten im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes den Sozialfragebogen sowie den FKV-Lis, den sie ausfüllten. Gleichzeitig wurde vom untersuchenden Arzt der somatische Befundbogen ausgefüllt.

Die ausgefüllten Bögen wurden schließlich auf Vollständigkeit überprüft und gegebenenfalls einzelne Angaben des somatischen- oder Sozialbogens aus den Krankenakten nachgetragen.

2.5 Auswertung

Zunächst wurden die Daten aus den Fragebögen in eine Eingabemaske übertragen. Dabei wurde nochmals auf Vollständigkeit überprüft. Im nächsten Schritt wurde die statistische Auswertung mittels SPSS 6.0 durchgeführt. Für die deskriptive Statistik wurden Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet.

Zur Überprüfung der Unabhängigkeit einzelner Variablen von einander wurde bei qualitativen Variablen der Chi-Quadrat-Test benutzt. Mittelwerte

zwischen Gruppen und zwischen Untergruppen wurden mit dem t-Test für unabhängige Stichproben verglichen.

Um den Zusammenhang unterschiedlicher Variablen zu untersuchen, wurde bei quantitativen Variablen der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet.

Für alle statistischen Tests wurde ein Signifikanzniveau von 5 % vorausgesetzt.

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographische und somatische Daten der Patientengruppen

3.1.1 Altersverteilung und Herkunft der Patienten

Die Untersuchungsgruppe besteht aus 45 (28,3%) Colitis ulcerosa- und 114 (71,7%) Morbus Crohn- Patienten. Die Herkunft der Patienten aus den verschiedenen Kliniken zeigt die folgende Tabelle:

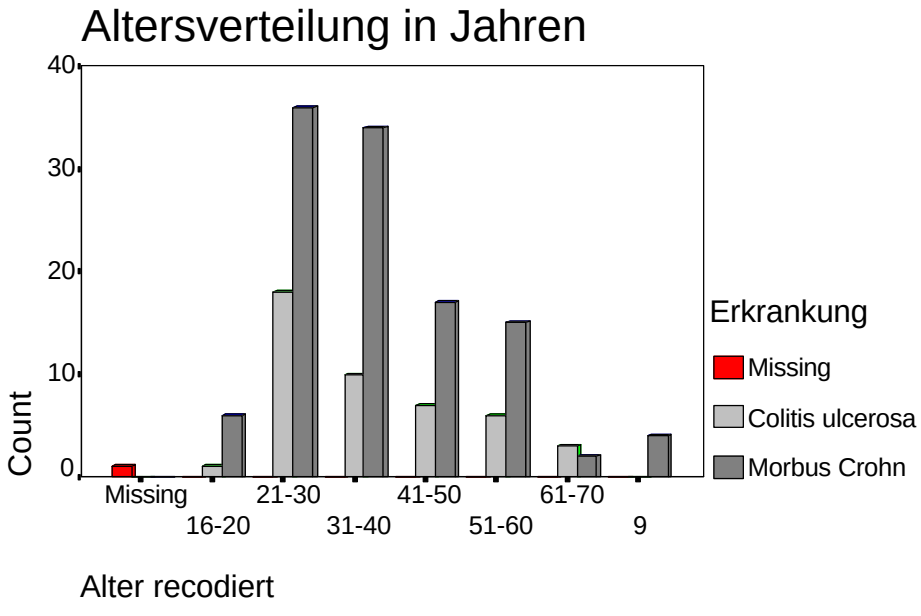
Tabelle 1: Herkunft der Patienten aus den verschiedenen Kliniken.

Klinik	**M. Crohn**	**Colitis ulcerosa**	**Insgesamt**
Bad Neuenahr	26	14	40
Bad Driburg	8	5	13
Solingen	16	9	25
Köln	33	15	48
Essen	15	0	15
Bochum	4	1	5
Düsseldorf-Kaiserswerth	12	1	13
Insgesamt	114	45	159

Das Alter der in der Untersuchung aufgenommenen Patienten lag bei der Aufnahme zwischen 16 und 70 Jahren. Das Durchschnittsalter lag bei 36,2 Jahren.

Abbildung 1 zeigt die Altersverteilung. Wie man sieht liegt der Altersgipfel der Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zwischen 20 und 30 Jahren.

Abb. 1: Altersverteilung von 45 Colitis ulcerosa- und 114 Morbus Crohn-Patienten



Das Gesamtkollektiv bestand aus 93 (58.5%) weiblichen und 66 (41,5%) männlichen Patienten. Der Frauenanteil überwog bei Patienten mit M. Crohn (73 Frauen und 41 Männer), während das Geschlechterverhältnis bei Patienten mit Colitis ulcerosa ausgeglichen war (20 Frauen und 25 Männer).

3.1.2 Familienstand, Schulabschluß, Beruf

Insgesamt waren 57 Patienten ledig, 83 Patienten verheiratet, 14 Patienten geschieden, 1 Patient verwitwet und 3 Patienten wiederverheiratet. Unterschiede zwischen den beiden Erkrankungsgruppen gab es nicht.

Die Hälfte der Patienten hatten Kinder. Bei den Patienten mit M. Crohn waren es 57 (50,9%), bei den Patienten mit Colitis ulcerosa 23 (51,1%).

Tabelle 2: Verteilung des Familienstands der Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.

Familienstand	**M. Crohn**	**Colitis ulcerosa**
Ledig	42 (37,5%)	15 (33,3%)
Verheiratet	56 (50%)	26 (57,8%)
Geschieden	12 (10,7%)	2 (4,4%)
Verwitwet	1 (0,9%)	0
Wiederverheiratet	1 (0,9%)	2 (4,4%)
Insgesamt	112 (100%)	45 (100%)

keine Angaben: 2

Auch bezüglich des Schulabschlusses zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen. Insgesamt hatten 54 Patienten einen Hauptschulabschluß, 42 Patienten die mittlere Reife, 26 Patienten die Fachhochschulreife, 30 Patienten Abitur und lediglich 5 Patienten keinen Schulabschluß.

Tabelle 3: Verteilung des Schulabschlußes der Patientengruppen.

Schulabschluß	**M. Crohn**	**Colitis ulcerosa**
Hauptschule	36 (32,1%)	18 (40%)
Mittlere Reife	33 (29,4%)	9 (20%)
Fachhochschulreife	16 (14,2%)	10 (22,2%)
Abitur	25 (22,3%)	5 (11,1%)
Ohne Abschluß	2 (1,7%)	3 (6,6%)
Insgesamt	112 (100%)	45 (100%)

keine Angaben: 2

Hinsichtlich der Verteilung auf die unterschiedlichen Berufsgruppen erschienen beide Patientenkollektive relativ homogen. 53 Patienten der gesamten Stichprobe waren als Beamte/Angestellte tätig, 42 Patienten waren Arbeiter, 11 Patienten befanden sich noch in Ausbildung, 8 Patienten waren selbständig, 11 Patienten gingen sonstigen Berufen nach und 34 Patienten waren nicht erwerbstätig (Rentner, Arbeitslose, Hausfrauen).

Tabelle 4: Verteilung auf die unterschiedlichen Berufsgruppen der Patientengruppen.

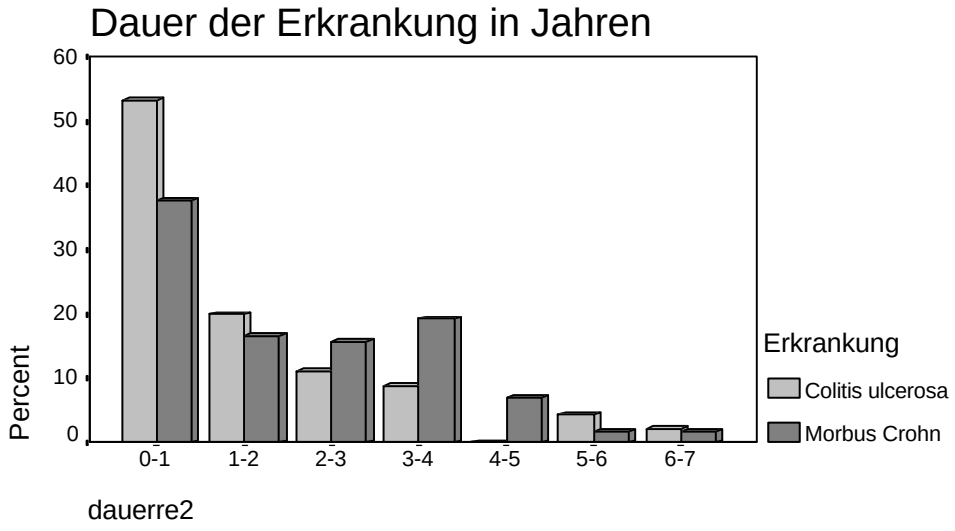
Beruf	**M.Crohn**	**Colitis ulcerosa**
Beamte/Angestellte	33 (28,9%)	10 (22,2%)
leitende Angestellte	5 (4,4%)	5 (11,1%)
Schüler/Lehrlinge	10 (8,8%)	1 (2,2%)
Arbeiter	13 (11,4%)	4 (8,9%)
Facharbeiter	11 (9,6%)	14 (31,1%)
Hausfrauen	16 (14%)	1 (2,2%)

ohne Beruf	2 (1,8%)	0
Rentner	7 (6,1%)	4 (8,9%)
Selbständige	7 (6,1%)	1 (2,2%)
Arbeitslose	3 (2,6%)	1 (2,2%)
Insgesamt	114 (100%)	45 (100%)

3.1.3 Erkrankungsdauer

Die Abbildung 2 (nächste Seite) zeigt, daß nahezu die Hälfte der Patienten (42,1%) eine Erkrankungsdauer bis zu einem Jahr hatten. Nur 11 Patienten wiesen eine Erkrankungsdauer von über 4 Jahren auf. Insgesamt unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant hinsichtlich der Erkrankungsdauer.

Abb. 2: Verteilung der Erkrankungsdauer in Jahren bei Patienten mit Morbus Crohn (n = 114) und Colitis ulcerosa (n = 45)



3.1.4 Regionaler Befall des Gastrointestinaltraktes

Der Vergleich des Befallsmuster unterschied beim Morbus Crohn zwischen Kolon, Dünndarm, und Colitis. Bei der Colitis ulcerosa wurde zwischen Proktitis, linkem und ganzen Kolon unterschieden. Da hier Mehrfachantworten möglich waren lag die Gesamtzahl über n = 159.

Tabelle 5: Vergleich des Befallsmuster der Patientengruppen.

Befall	**M. Crohn**	**Colitis ulcerosa**
nur Dünndarm	30	0
nur Kolon	23	46
Terminales Ileum und Kolon	54	0
linkes Kolon	1	11
ganzes Kolon	0	20
Proktitis	0	1
Insgesamt	**108**	**77**

Bei den Morbus Crohn-Patienten traten in 8 Fällen anale Fisteln und in 7 Fällen sonstige Fisteln auf.

3.1.4.1 Extraintestinaler Befall beider Erkrankungen

Tabelle 6: Vergleich des extraintestinalen Befalls der Patientengruppen.

	M. Crohn	**Colitis ulcerosa**	**Insgesamt**
Innere Organe	0	2	2
Haut	3	1	4
Knochen	8	1	9
Augen	3	1	4
Andere Manifestationen	5	2	7

Bei den extraintestinalen Erkrankungen wurden insgesamt 26 Manifestationen erhoben. Am häufigsten waren die Knochen mitbetroffen (9 Patienten). Insgesamt haben 16,4% der Patienten extraintestinale Symptome angegeben. Der Anteil bei den Morbus Crohn-Patienten (16,7%) ist ungefähr so hoch wie bei den Colitis ulcerosa-Patienten.

3.1.4.2 Anzahl der verschiedenen Operationen

56 Patienten gaben Operationen des Magen-Darmtrakts an. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die verschiedenen Operationen. Die häufigsten Operationen der Patienten mit M. Crohn sind die Ileozökalresektionen (29 Fälle) und die Hemikolektomie (14 Fälle). Bei den Patienten mit Colitis ulcerosa handelt es sich meist um eine Kolektomie, in 3 Fällen mit Pouchanlage.

Tabelle 7: Anzahl der verschiedenen Operationen der Patientengruppen.

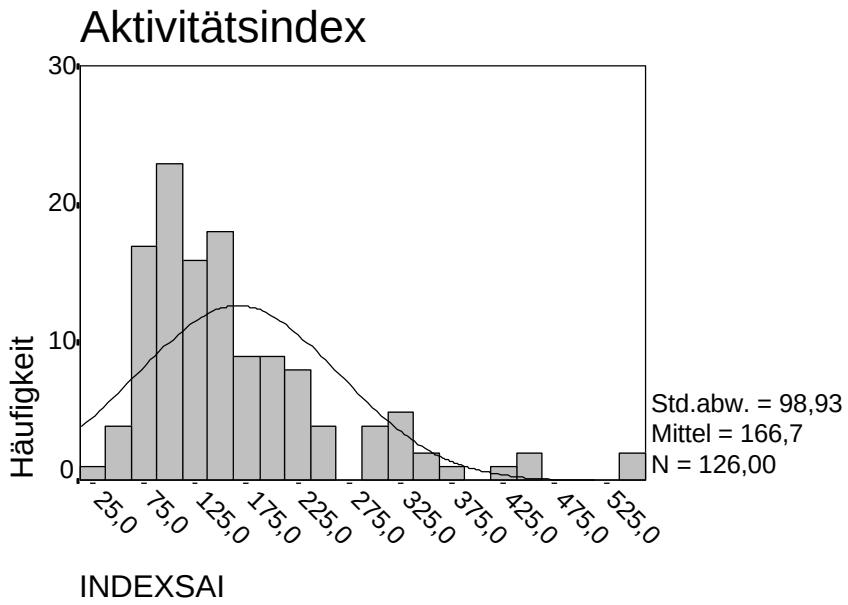
Operation	**M. Crohn**	**Colitis ulcerosa**	**Insgesamt**
Ileozökalresektion	29	0	29
Hemikolektomie	14	1	15
Kolektomie	3	6	9
mit Pouchanlage	0	3	3

3.1.5 Krankheitsaktivität

Der Index ließ sich nur bei 126 Personen berechnen, da bei den restlichen Patienten einige Daten zur Berechnung fehlten.

Die meisten Patienten hatten einen Aktivitätsindex zwischen 50 und 250. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Daten, welche keine signifikanten Unterschiede aufwiesen (siehe Abb. 4 und 5/nächste Seite).

Abb 3: Aktivitätsindex der Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa



Die M. Crohn-Patienten haben einen durchschnittlich geringeren Aktivitätsindex als die Colitis ulcerosa-Patienten.

Tabelle 8: Vergleich des Aktivitätsindex von Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.

	M. Crohn	**Colitis ulcerosa**	**Insgesamt**
Mittelwert	151	201,5	166,7
Median	136,5	168,6	139,9
Standardabw.	86,6	115,1	98,93
Minimum	29,5	74	29,5
Maximum	545,2	556	556

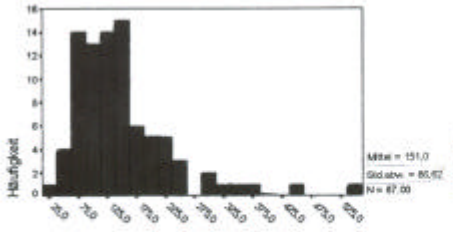


Abb. 4: Aktivitätsindex bei Patienten mit M. Crohn

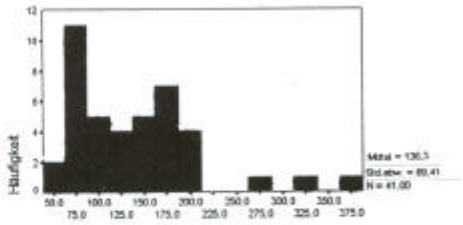


Abb. 5: Aktivitätsindex bei Patienten mit Colitis ulcerosa

3.2 Krankheitsverarbeitung

Die Mittelwertverteilung der Einzelitems stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 9: Verteilung der Mittelwerte der Einzelitems der Patientengruppen.

Item	Mittelwerte
1.Informationen über Krankheit und Behandlung suchen	3,72 ± 1,14
2.Nicht-wahrhaben-wollen des Geschehens	2,33 ± 1,18
3.Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	2,63 ± 1,21
4.Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	2,35 ± 1,18
5.Sich selbst die Schuld geben	1,78 ± 1,03
6.Andere verantwortlich machen	1,56 ± 0,98
7.Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	3,52 ± 1,04
8.Einen Plan machen und danach handeln	3,08 ± 1,15
9.Ungeduldig und gereizt auf Andere reagieren	2,26 ± 1,16
10.Gefühle nach außen zeigen	2,81 ± 1,08

11.Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	3,14 ± 1,09
12.Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel	1,46 ± 0,84
13.Sich mehr gönnen	3,34 ± 1,16
14.Sich vornehmen intensiver zu leben	3,73 ±1,04
15.Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	4,02 ± 0,90
16.Sich selbst bemitleiden	1,76 ± 0,89
17.Sich selbst Mut machen	3,92 ± 0,91
18.Erfolge und Selbstbestätigung suchen	3,47 ± 1,087
19.Sich abzulenken versuchen	3,62 ± 0,99
20.Abstand zu gewinnen suchen	3,16 ± 1,10
21.Die Krankheit als Schicksal annehmen	3,19 ± 1,18
22.Ins Grübeln kommen	2,67 ± 1,13
23.Trost im religiösen Glauben suchen	1,88 ± 1,14
24.Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	2,33 ± 1,27
25.Sich damit trösten, daß es Andere noch schlimmer getroffen hat	3,17 ± 1,30
26.Mit dem Schicksal hadern	2,11 ± 1,00
27.Genau den ärztliche Rat befolgen	3,79 ± 0,87
28.Vertrauen in die Ärzte setzten	3,65 ± 0,88
29.Den Ärzten mißtrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	2,26 ± 1,02
30.Anderen Gutes tun wollen	3,50 ± 0,94
31.Galgenhumor entwickeln	2,94 ± 1,20
32.Hilfe anderer in Anspruch nehmen	2,60 ± 0,96

33.Sich gerne umsorgen lassen	2,79 ± 1,07
34.Sich von anderen Menschen zurückziehen	1,86 ± 0,96
35.Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	2,26 ± 1,08

Den niedrigsten Mittelwert hat Item 12 „Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel“ mit ξ = 1,46, gefolgt von dem Item 6 „Andere verantwortlich machen“ mit ξ = 1,56, Item 16 „sich selbst bemitleiden“ mit ξ = 1,76 und Item 5 „sich selbst die Schuld geben“ (ξ = 1,78)

Den höchsten Mittelwert hat Item 15 „entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen“ mit ξ = 4,02, danach kommt Item 17 „sich selbst Mut machen“ mit ξ = 3,92 gefolgt von Item 27 „genau den ärztlichen Rat befolgen“ mit ξ = 3,79 und Item 14 „sich vornehmen intensiver zu leben“ (ξ = 3,73).

Die Verteilung der Mittelwerte der verschiedenen Verarbeitungsskalen stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 10: Skalenmittelwerte der einzelnen Verarbeitungsskalen.

Verarbeitungsskalen	**Mittelwerte.**	**Cronbachs Alpha**
Depressive Verarbeitung (**FK 1)**	2,13 ± 0,73	0,75
Aktives Coping (**FK 2)**	3,60 ± 0,71	0,69
Ablenkung und Selbstaufbau (**FK 3)**	3,50 ± 0,68	0,66
Religiosität und Wunschdenken (**FK 4)**	2,80 ± 0,71	0,57
Bagatellisieren und Wunschdenken (**FK 5)**	2,44 ± 0,92	0,70
Compliance	3,24 ± 0,54	0,61

Die Tabelle 10 sowie die Balkendiagramme (siehe Abb. 6 - 11) zeigen, daß bei den Skalen „depressive Verarbeitung“, „Religiosität und Sinnsuche“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ häufiger niedrige Skalenwerte von den Patienten gegeben wurden. Bei den Verarbeitungsformen „aktives Coping“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“ hingegen wurden eher höhere Skalenwerte ermittelt.

Abb.6: Häufigkeitsverteilung der Skalenmittelwerte für „Depressive Verarbeitung“ (FK 1) bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.

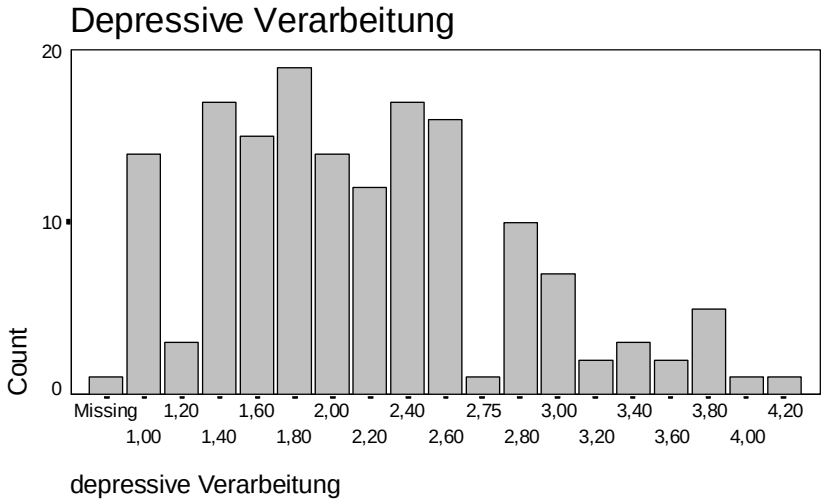


Abb. 7: Häufigkeitsverteilung der Skalenmittelwerte für „Aktives Coping“ (FK 2) bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.

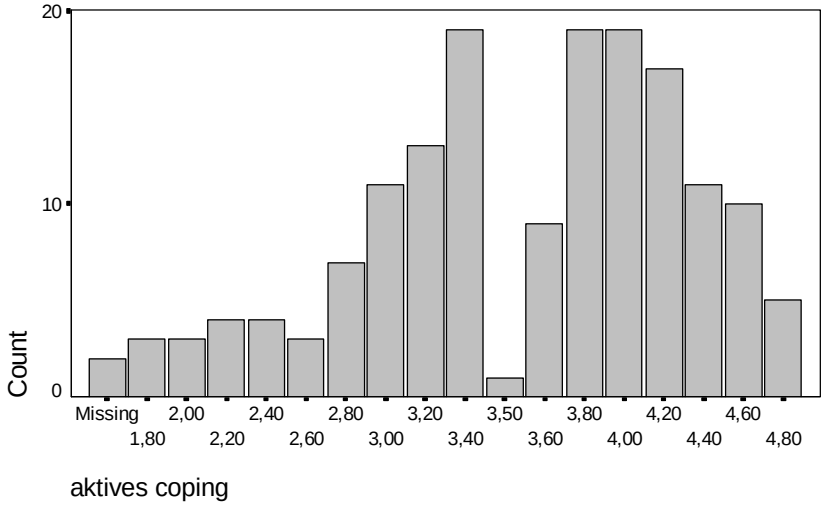


Abb. 8: Häufigkeitsverteilung der Skalenmittelwerte für „Ablenkung und Selbstaufbau“ (FK 3) bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.

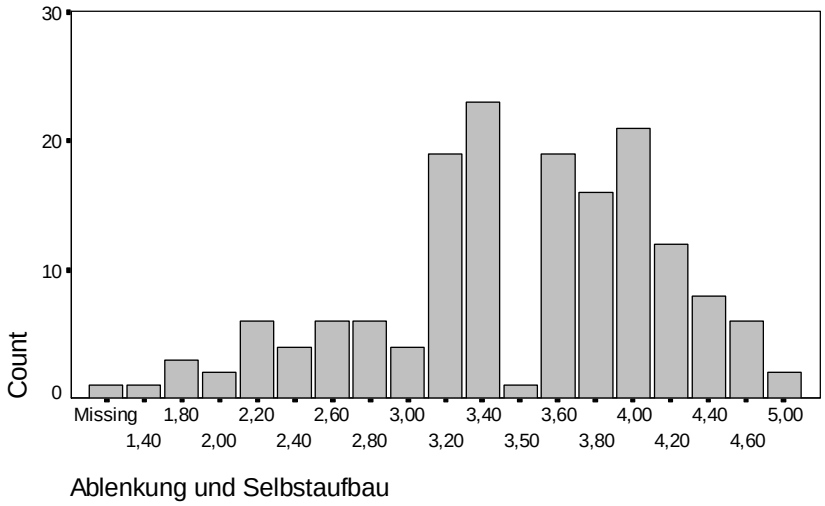


Abb. 9: Häufigkeitsverteilung der Skalenmittelwerte für „Religiosität und Sinnsuche“ (FK 4) bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.

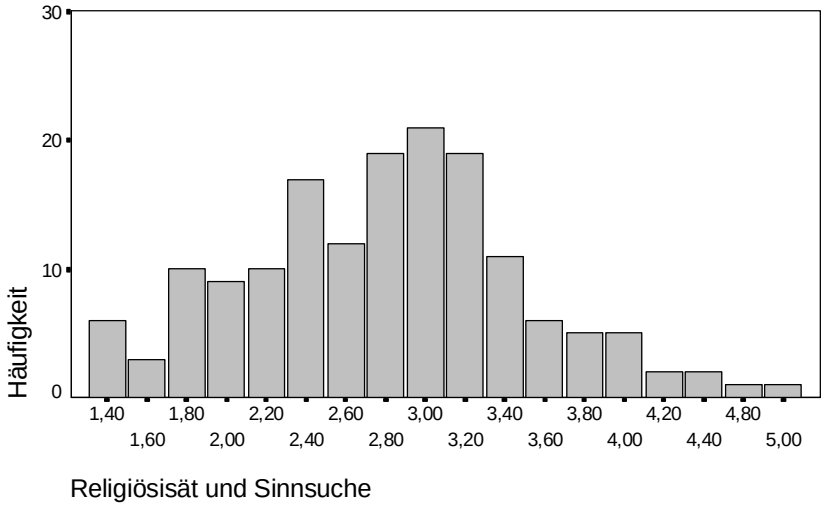
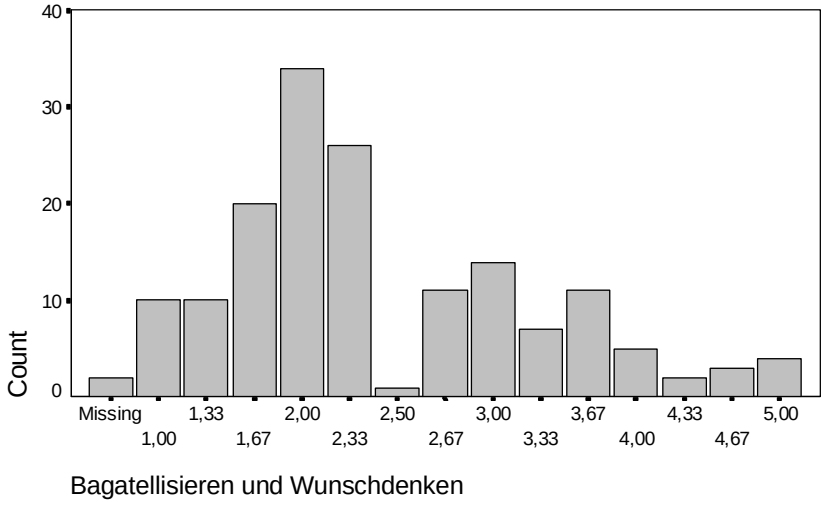


Abb. 10: Häufigkeitsverteilung der Skalenmittelwerte für „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (FK 5) bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.



3.2.1 Vergleich der Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa

Tabelle 11 zeigt die Skalenmittelwerte getrennt für die beiden Krankheitsgruppen und die jeweiligen t-Werte.

Für alle 5 Skalen der Krankheitsverarbeitung nach Muthny (1989) ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen feststellen.

Tabelle 11: Mittelwerte der Verarbeitungsskalen bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.

Skala	**M. Crohn Mittelwerte**	**Colitis ulcerosa Mittelwerte**	**t**	**P**
FK 1	2,14	2,12	0,14	n.s.
FK 2	3,60	3,65	0,41	n.s.
FK 3	3,56	3,36	-1,71	n.s.
FK 4	2,85	2,66	-1,54	n.s.
FK 5	2,48	2,35	0,77	n.s.
Comp	3,68	3,82	1,00	n.s.

3.2.2 Maß der Krankheitsaktivität im Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung

Die verschiedenen Skalen des Krankheitsverarbeitungsfragebogens wurden mit dem Aktivitätsindex korreliert. Für die Skalen „aktives Coping“, „Religiosität und Sinnsuche“ und „Bagatellisierung und Sinnsuche“ konnte kein Zusammenhang mit der Krankheitsaktivität festgestellt werden. Die Skala „depressive Verarbeitung“ korrelierte signifikant ($r = 0,1875$; $p = 0,036$) mit dem Index, ebenso konnte man einen Zusammenhang für die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ erkennen ($r = 0,1762$; $p=0,048$). Siehe Abbildungen 12 und 13.

Abb.12: Korrelation der Skala „depressive Verarbeitung“ mit dem Aktivitätsindex bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.

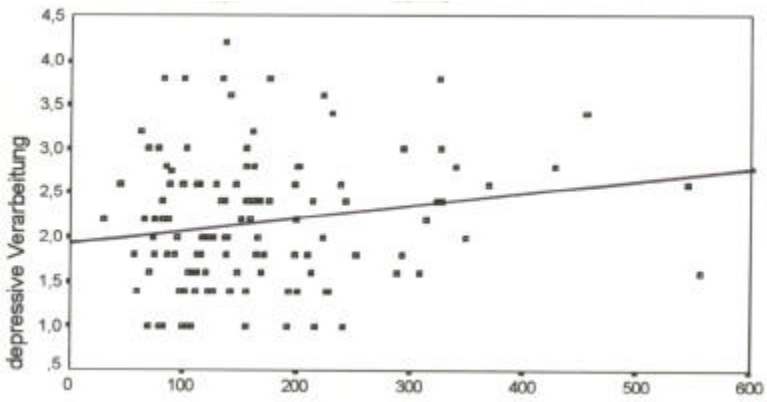


Abb.13: Korrelation der Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ mit dem Aktivitätsindex bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.

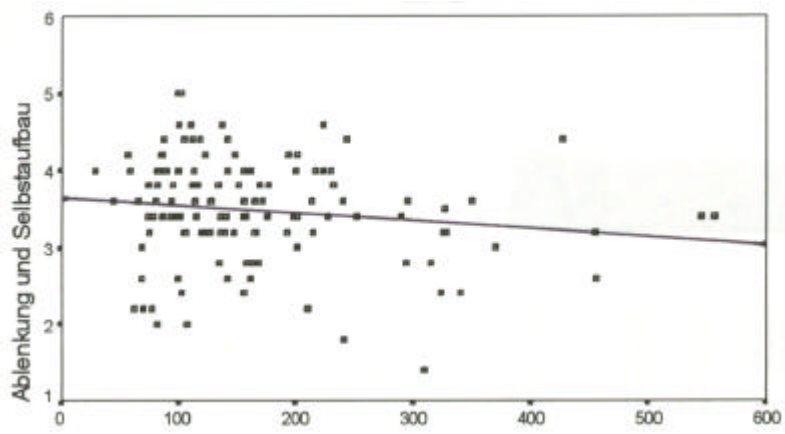


Tabelle 12: Korrelationskoeffizienten der verschiedenen Copingformen mit dem Aktivitätsindex der Patientengruppen.

Copingform	**Korrelationskoeffizient**	**p**
Depressive Verarbeitung	0,1875	0,036
Aktives Coping	0,0855	0,343
Ablenkung und Selbstaufbau	0,1762	0,048
Religiosität und Sinnsuche	0,1060	0,238
Bagatellisierung und Wunschdenken	0,0620	0,492

Es zeigt sich, daß die Skala „depressive Verarbeitung“ positiv mit dem Aktivitätsindex korreliert. Die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ korreliert negativ mit dem Aktivitätsindex.

Zur genaueren Betrachtung der Verarbeitungsformen haben wir das gesamte Patientenkollektiv in zwei Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe, die einen Aktivitätsindex unter 150 aufwiesen, und eine Andere mit einem Aktivitätsindex über 150 (Median-Split). Die Tabelle zeigt deutlich einen Unterschied in der Mittelwertverteilung. Der Mittelwert der Patienten mit geringerer Krankheitsaktivität (Index unter 150) lag für die Skala „depressive Verarbeitung“ recht niedrig mit $\xi = 2{,}03$, für die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ lag der Mittelwert deutlich höher ($\xi = 3{,}6$).

Bei den Patienten mit einer höheren entzündlichen Aktivität (Index über 150) lag der Mittelwert mit $\xi = 2{,}27$ für die „depressive Verarbeitung“ etwas höher als bei den Patienten mit einer niedrigeren Krankheitsaktivität ($\xi = 2{,}03$).

Tabelle 13: Vergleich von Patienten mit Aktivätsindex über und unter 150 hinsichtlich der Skalen „Depressiven Verarbeitung“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“.

Skala	**Aktivitätsindex ≤ 150** n = 69	**Aktivitätsindex > 150** n = 57
Depressive Verarbeitung	ξ = 2,03 ± 0,75	ξ = 2,270 ± 0,72
Ablenkung und Selbstaufbau	ξ = 3,6 ± 0,70	ξ = 3,35 ± 0,63

Signifikante Unterschiede zwischen M. Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten gab es nicht.

Die übrigen Items wurden nicht gesondert dargestellt, da sie das Signifikanzniveau nicht erreichten.

3.2.3 Krankheitsunspezifische Variablen

3.2.3.1 Geschlecht

Vergleicht man die Copingstrategien von Männer und Frauen, so erkennt man Differenzen. Für die Skala „depressive Verarbeitung“ (FK 1) fanden wir einen signifikanten Unterschied. Bei den Männern lag der Mittelwert mit ξ = 1,96 signifikant niedriger als bei den Frauen (ξ = 2,25; p = 0,015).

Der Mittelwert der Männer für die Skala „Religiosität und Sinnsuche“ (ξ = 2,71) lag niedriger als der der Frauen (ξ = 2,86).

Tabelle 14: Mittelwerte und t-Werte der Verarbeitungsskalen von Frauen und Männern der Patientengruppen.

Skala	**Männer** **Skalenmittelwerte**	**Frauen** **Skalenmittelwerte**	**t**
FK 1	1,96	2,26	2,46 (p=0,015)
FK 2	3,72	3,53	-1,59
FK 3	3,51	3,50	-1,0
FK 4	2,71	2,86	1,31 (p=0,039)
FK 5	2,26	2,57	2,08
Comp	3,72	3,73	-0,05

3.2.3.2 Alter

Für die statistische Analyse teilten wir das Gesamtkollektiv in 2 Teilgruppen, in eine jüngere Gruppe bis 30 Jahre und eine ältere Gruppe von über 30jährigen. Beide Gruppen sind ungefähr gleich groß :

bis 30 Jahre 65 Patienten

über 30 Jahre 94 Patienten

Hinsichtlich der verschieden Copingstrategien unterschieden sich die beiden Patientengruppen nicht signifikant.

Tabelle 15: Mittelwerte und t-Werte der Verarbeitungsskalen jüngerer und älterer Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa.

Skala	**bis 30 Jahre** **Mittelwerte**	**über 30 Jahre** **Mittelwerte**	**t**
FK 1	2,22	2,07	1,32
FK 2	3,50	3,69	-1,67
FK 3	3,57	3,46	1,02
FK 4	2,78	2,81	0,23
FK 5	2,46	2,42	0,24
Comp	3,53	3,86	-2,36

3.2.3.3 Erkrankungsdauer

Auch hier haben wir die Gesamtgruppe in Patienten mit einer Erkrankungsdauer bis 1 Jahr (Neuerkrankte) und über 1 Jahr (chronisch Kranke) unterteilt. Auch diese Gruppen waren ungefähr gleich groß:

Neuerkrankte 67 Patienten

chronisch Kranke 92 Patienten

Einen signifikanten Unterschied konnte man für die Skala „Religiosität und Sinnsuche“ erkennen. Der Mittelwert dieser Skala lag bei den Neuerkrankten mit $\xi = 2{,}66$ deutlich niedriger im Vergleich zu $\xi = 2{,}9$ bei den chronisch Kranken ($p = 0{,}047$).

Bei den übrigen Copingformen traten keine signifikanten Unterschiede auf.

Tabelle 16: Mittelwerte und t-Werte der Verarbeitungsskalen von Neuerkrankten und chronisch Kranken beider Patientengruppen.

Skala	**Neuerkrankte** **Mittelwerte**	**chronisch Kranke** **Mittelwerte**	**t**
FK 1	2,19	2,09	0,90
FK 2	3,69	3,55	1,28
FK 3	3,43	3,56	-1,14
FK 4	2,66	2,90	-2,00 (p=0,047)
FK 5	2,49	2,40	0,57
Comp	3,79	3,67	0,93

3.2.3.4 Familienstand

Hier unterschieden wir danach, ob die Patienten verheiratet oder unverheiratet waren. Unter die Kategorie „Verheiratet“ zählten wir zu den Verheirateten auch die Wiederverheirateten, in die Kategorie der „nicht Verheirateten“ gehörten die Ledigen, die Geschiedenen und die Verwitweten. Die Patienten verteilten sich wie folgt:

verheiratet	85 Patienten
nicht verheiratet	72 Patienten

Beim Mittelwertvergleich gab es einen signifikanten Unterschied für die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ (FK 3). Der Mittelwert der nicht Verheirateten liegt mit $\xi = 3,37$ unter dem der Verheirateten ($\xi = 3,60$).

Tabelle 17: Mittelwerte und t-Werte der Verarbeitungsskalen von Verheirateten und nicht Verheirateten beider Patientengruppen.

Skala	**nicht verheiratet** **Mittelwerte**	**Verheiratet** **Mittelwerte**	**t**
FK 1	2,10	2,15	0,36
FK 2	3,60	3,62	0,08
FK 3	3,37	3,60	-2,06 (p=0,041)
FK 4	2,74	2,83	0,75
FK 5	2,46	2,39	0,45
Comp	3,55	3,85	-2,41

3.2.3.5 Erwerbstätigkeit

Für diese Fragestellung haben wir das Patientenkollektiv in die Gruppe der Erwerbstätigen und nicht Erwerbstätigen unterteilt. Unter Erwerbstätigen zählten Beamte, Angestellte, Auszubildende, Arbeiter, Facharbeiter und Selbständige. 135 Patienten waren erwerbstätig, während nur 34 Patienten keiner Erwerbstätigkeit nachgingen.

Auch hier zeigte sich ein Unterschied für die Skala „Religiosität und Sinnsuche“. Für die Berufstätigen war die Bedeutung dieser Copingstrategie geringer als für die nicht Erwerbstätigen.

Tabelle 18: Mittelwerte und t-Werte der Verarbeitungsskalen von Erwerbstätigen und nicht Erwerbstätigen beider Patientengruppen.

Skala	**Erwerbstätig** **Mittelwerte**	**nicht erwerbstätig** **Mittelwerte**	**t**
FK 1	2,15	2,08	0,47
FK 2	3,56	3,81	-1,85
FK 3	3,47	3,62	-1,13
FK 4	2,74	3,01	-1,97 (p=0,05)
FK 5	2,44	2,42	-1,10
Comp	3,67	3,93	-1,72

3.2.3.6 Bildungsstand

Für diese Untersuchung teilten wir das Patientenkollektiv in eine Gruppe mit niedrigem oder keinem Schulabschluß (Hauptschulabschluß, kein Schulabschluss), und in eine Gruppe mit höherem Schulabschluss (mittlere Reife, Fachhochschulreife und Abitur).

niedriger, oder kein Schulabschluß: 59 Patienten

höherer Schulabschluß: 98 Patienten

Tabelle 19: Mittelwerte und t-Werte der Verarbeitungsskalen von Patienten mit unterschiedlichem Schulabschluß beider Patientengruppen.

Skala	**niedriger Schulabschluss** **Mittelwerte**	**höherer Schulabschluss** **Mittelwerte**	**t**
FK 1	2,21	2,08	1,10
FK 2	3,67	3,56	0,92
FK 3	3,40	3,55	-1,33
FK 4	2,80	2,79	0,02
FK 5	2,69	2,27	2,71 (p=0,000)
Compl	3,86	3,64	1,77

Einen deutlichen Mittelwertunterschied gab es für die Skala „Bagatellisieren und Wunschdenken“ (FK 5). Bei Patienten mit einem niedrigerem Schulabschluss lag der Mittelwert dieser Verarbeitungsform signifikant höher (ξ = 2,69) als bei Patienten mit höherem Schulabschluss (ξ = 2,27). Für die übrigen Copingstrategien ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

4 Diskussion

4.1 Durchführung der Studie

Unsere Studie wurde multizentrisch durchgeführt, so daß ein breitgestreutes Patientenkollektiv befragt werden konnte. Die Erhebung wurde in 5 verschiedenen Akutkrankenhäusern im Großraum Düsseldorf, sowie in 2 Rehabilitationskliniken durchgeführt. Durch die Auswahl internistischer Patienten bestand keine Vorselektion, wie es beispielsweise bei der Rekrutierung von Patienten aus psychosomatischen Kliniken oder Selbsthilfegruppen der Fall sein könnte.

Die Studie schloß sowohl Patienten in einem akutem Krankheitsschub als auch solche in Remission ein, so daß diese miteinander hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Krankheitsverarbeitung und Krankheitsaktivität verglichen werden konnten.

Aufgrund der zufälligen Rekrutierung der Patienten aus den verschiedenen Krankenhäusern war die Verteilung der beiden Krankheitsbilder nicht ausgewogen. Der Anteil der Morbus Crohn-Patienten (n= 114) liegt deutlich höher als der der Colitis ulcerosa-Patienten (n= 45).

Zur Zeit gibt es keinen Aktivitätsindex, der für Morbus Crohn und Colitis ulcerosa gleichermaßen anwendbar ist. Da wir die beiden Patientengruppen miteinander vergleichen wollten orientierten wir uns an dem Index von Goebell (1990). Dies erschwert einen Vergleich mit anderen Studien, bei denen zum größten Teil der Crohn's Disease Activity Index, CDAI (Best et al. 1976) verwendet wird.

4.2 Unterschiede im Bewältigungsverhalten von Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten.

Die Auswertung der Daten zeigt, daß sich die untersuchten Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa kaum in ihrem Bewältigungsverhalten unterscheiden, was auch der Beobachtung von Dohrenbusch (1988) entspricht. Er verglich die Krankheitsverarbeitung von drei Gruppen mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen (rheumatoide Arthritis n=45, Spondylitis ankylosans n=45, chronisch-entzündliche Darmerkrankung n=48). Im Streßverarbeitungsbogen von Janke et al. (1985) fanden sich innerhalb der Gruppe der Darm-Patienten (20 Colitis-, 28 Crohn-Patienten) keine signifikanten Unterschiede. Im Vergleich zu den anderen Erkrankungsgruppen konnten sie den Streß schlechter abschirmen oder abschwächen.

Da beide Erkrankungen im allgemeinen schubweise verlaufen, und in etwa ähnliche, sehr schmerzhafte Symptome haben, ist es nicht erstaunlich, daß beide Patientengruppen ähnliches Bewältigungsverhalten zeigen.

In unserer Studie lagen die Mittelwerte der Verarbeitungsformen „depressive Verarbeitung“, „Religiosität und Sinnsuche“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ niedrig („depressive Verarbeitung“: ξ = 2,13; „Religiosität und Sinnsuche“: ξ = 2,80; „Bagatellisierung und Wunschdenken“: ξ = 2,44). Entsprechend lagen die Mittelwerte der Skalen „aktives Coping“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“ höher (Mittelwerte für „aktives Coping“: ξ = 3,60 und für „Ablenkung und Selbstaufbau“: ξ = 3,50)

Das gesamte Patientenkollektiv hatte eine eher aktiv kämpferische Einstellung der Krankheit gegenüber. Küchenhoff und Manz (1993). konnten in ihrer Studie feststellen, daß diese Einstellung der Genesung förderlich ist. Die Compliance ist bei beiden Gruppen recht gut. Normann und Kordy (1991) postulierten, daß sich dieses Verhalten ebenfalls günstig auf den Krankheitsverlauf auswirkt.

Die Krankheitsverarbeitung unserer Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind durch solche Copingformen gekennzeichnet, wie sie von anderen chronisch kranken Patienten bekannt ist, z. B. bei rückenoperierten Patienten (Valach et al. 1988), Patienten mit Apoplex, chronischer Arthritis, und Krebspatienten (Broda 1988).

Muthny (1988) untersuchte mittels des FKV-Lis das Bewältigungsverhalten von insgesamt 947 Patienten, die an chronischer Niereninsuffizienz (n=272), koronarer Herzkrankheit (n=350) und multipler Sklerose (n=325) erkrankt waren. In der Ausprägung der Krankheitsverarbeitung unterschieden sich die verschiedenen Gruppen kaum. Bei der Mehrheit der Patienten standen

problemorientierte, aktive Copingformen im Vordergrund. Soziodemographische Variablen zeigten einige Bezüge zur Ausprägung der Krankheitsverarbeitung. Höheres Alter stand beispielsweise mit compliancebezogenen Strategien in Verbindung. Der Grund könnte eine gewisse „altersbedingte Vernunft“ sein, ärztlichen Rat zu befolgen. Jüngere Patienten sind vielleicht eher skeptisch Ärzten gegnüber. Im Gegensatz dazu korrelierte die Erkrankungsdauer negativ mit der Compliance. Diese Beobachtungen konnten wir nicht bestätigen.

4.3 Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Krankheitsaktivität und speziellen Copingformen

Bei unserer Untersuchung konnte für die Verarbeitungsformen „aktives Coping“, „Religiosität und Sinnsuche“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ kein Zusammenhang mit dem Ausmaß der entzündlichen Aktivität gefunden werden, jedoch korrelierten die „depressive Verarbeitung“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“ signifikant mit dem Aktivitätsindex der Krankheiten: Je größer das Ausmaß der entzündlichen Aktivität ist, desto stärker gaben die Patienten depressive Verarbeitungsformen an. Für die Liste „Ablenkung und Selbstaufbau“ verhält es sich genau umgekehrt: Je geringer der Aktivitätsindex ist, desto eher wurde diese Copingstrategie als „stark zutreffend“ bezeichnet.
Patienten mit eher depressiven Verarbeitungsformen haben also im Durchschnitt eine höhere entzündliche Aktivität ihrer Erkrankung, während Patienten, die sich von ihrer Krankheit ablenken eher eine niedrige Krankheitsaktivität aufweisen.

Es stellt sich nun die Frage, ob die Depressivität Ursache oder Folge der Krankheitsaktivität ist. Da andere Faktoren, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Erkrankungsdauer etc. ebenfalls einen Einfluß auf den Krankheitsverlauf haben (Kordy und Normann 1992), lässt sich diese Frage aus unseren Daten nicht eindeutig beantworten. Normann und Kordy (1991)

fanden, daß sich tendenziell resignative, depressive Copingstrategien ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirken, lange Erkrankungsdauer und hohe Krankheitsaktivität können zu eher depressiven Verarbeitungsformen führen.

Andererseits konnte gezeigt werden, daß im Verlauf einer internistischen oder psychotherapeutischen Behandlung mit Besserung der körperlichen Beschwerden auch die Depression abnimmt (Künsebeck et al. 1987).

4.4 Einfluß von krankheitsunspezifischen Variablen auf das Bewältigungsverhalten

In der Literatur gibt es einige Hinweise auf den Zusammenhang zwischen einigen soziodemographischen Variablen, wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand auf der einen Seite, und Formen des Coping auf der anderen Seite (Muthny 1988, Görres et al. 1988, Büchi et. al 1989). Wir haben untersucht, inwieweit solche Merkmale zu den beobachteten Unterschieden in der interindividuellen Variabilität des Copings von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen beitragen.

4.4.1 Geschlecht

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung überwogen in unserer Studie die Frauen mit 58 % gegenüber den Männern mit 41 %. Bei den Patienten mit Colitis ulcerosa war das Geschlechterverhältnis ausgeglichen (44 % Frauen und 55 % Männer). Bei den Morbus Crohn Patienten überwog der Frauenanteil mit 64 % deutlich. Einige Studien geben ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis bei Morbus Crohn Patienten an (Mörl et al. 1978, Malchow 1983). Neuere Untersuchungen kamen zu Ergebnissen, bei denen Frauen überwogen. So fanden sich in der großen Minnesota-Studie 66% Frauen (Gollop et al. 1988). In der Heidelberger Morbus Crohn-Studie lag der Anteil des weiblichen Geschlechts bei 69% (Küchenhoff 1993). Das Geschlechterverhältnis unserer Patienten entspricht in etwa den Werten der beiden zuletzt genannten Studien.

Beim Vergleich des Bewältigungsverhalten von Frauen und Männern kann man einige interessante Unterschiede feststellen. Bei den Männern lag der Mittelwert für die Skala „depressive Verarbeitung“ mit $\xi = 1{,}96$ signifikant niedriger als bei den Frauen ($\xi = 2{,}25$; $p = 0{,}015$).

Der Mittelwert für die Skala „Religiosität und Sinnsuche“ der Männer ($\xi = 2{,}71$) lag niedriger als der der Frauen ($\xi = 2{,}86$).

In unserer Studie schienen Frauen eher zu depressiven Verarbeitungsformen zu neigen als Männer. Der Skala „Religiosität und Sinnsuche“ gaben Männer für sich seltener eine Bedeutung als Frauen.

Muthny (1988) berichtete über ähnliche Geschlechtsunterschiede bei chronisch niereninsuffizienten und Herzinfarkt-Patienten. Männer gaben häufiger ein aktives problemlösendes Coping und seltener „Bagatellisieren“ an als Frauen.

Auch Moos und Cronkite (1984) stellten geschlechtsspezifische Unterschiede im Coping-Verhalten fest. Frauen tendierten eher als Männer zu einem „Vermeidungs-Coping“. Das „Vermeiden“ stand ebenfalls in enger Verbindung mit Depressivität (Billings, Cronkite, Moos 1983).

Hingegen fanden Büchi et al.(1989) in ihrer Studie bei MS-Kranken eine optimistischere Haltung bei Frauen. Sie fühlten sich durch die Krankheit seltener „beschädigt“ und waren religiöser.

4.4.2 Alter

Altersspezifische Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung haben wir bei unseren Patienten nicht gefunden. Auch Scholz (1989) und Broda (1988) fanden in ihren Untersuchungsgruppen keine Zusammenhänge zwischen Alter und Coping.

Muthny (1988) berichtete in seiner Vergleichsuntersuchung von Dialyse- und Herzinfarktpatienten über eine negative Korrelation zwischen Alter und depressiver Verarbeitung, welche zwar „signifikant, aber nicht „substantiell“ sei.

4.4.3 Erkrankungsdauer

Hinsichtlich der Chronizität der Erkrankung konnten wir einen Unterschied für die Skala „Religiosität und Sinnsuche“ feststellen. Die chronisch Kranken (Erkrankungsdauer über 1 Jahr) gaben dieser Verarbeitungsform häufiger eine Bedeutung als die Neuerkrankten (Erkrankungsdauer unter 1 Jahr). Für fast 20% der chronisch kranken Patienten hatten „Religion und Sinnsuche“ eine große Bedeutung. Bei den anderen Copingformen gab es kaum Unterschiede, was auch den Beobachtungen von Muthny (1988) entspricht.

Normann und Kordy (1991) zeigten in einer Studie, daß sich Neuerkrankte hinsichtlich der Copingform weniger voneinander unterschieden als chronisch Kranke. Sie waren durch die Diagnose, obwohl eventuell Unterschiede in der individuellen Ausprägung der Beschwerden vorlagen, eher vor eine überindividuelle Belastungssituation gestellt. Die Information, nämlich lebenslang krank zu sein, war zu diesem Zeitpunkt nur ein mögliches Schicksal, welches für alle Patienten zum Zeitpunkt der Diagnosestellung gleich war. Bei erstmaliger Erkrankung überwogen Einstellungen wie

„Entschlossenheit gegen die Krankheit anzukämpfen“, “sich selbst Mut machen“, und „genau den ärztlichen Rat befolgen“.

Die chronisch Kranken verfügten bereits über persönliche Erfahrungen mit dem Verlauf ihrer Krankheit. Da diese Erfahrungen sehr unterschiedlich sein können, kam es zu entsprechenden interindividuellen Differenzierung der Verarbeitungsformen. Oft zeigte sich ein Abfall der Compliance. Es traten persönlichkeitseigentümliche Züge, aber auch depressive Verarbeitung mit Selbstmitleid auf. Weiterhin konnte man einen Rückzug von anderen Menschen und passive Tendenzen beobachten.

Der Unterschied zwischen chronisch Kranken und Neuerkrankten bezüglich „Religiosität und Sinnsuche“ ist zwar signifikant, jedoch gering, so daß er klinisch nur von geringer Bedeutung ist.

4.4.4 Familienstand

Die Unterscheidung zwischen Verheirateten und Unverheirateten kommt eventuell im Hinblick auf den „social support“ eine besondere Bedeutung zu.

Die Lebenssituation, und insbesondere dem sozialen Netzwerk des Patienten wird von vielen Autoren eine besondere Rolle zugemessen (Parekh et al. 1988, Görres et al. 1988). Hilfreiche und intakte Familien scheinen aktiv-kognitives Coping zu fördern (Billings und Moos 1982).

Man muß dabei bedenken, daß gerade jüngere Patienten in einer nicht-ehelichen Partnerschaft leben, die bei unserer Befragung leider unberücksichtigt blieb. Bis auf die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“

verhielten sich beide Gruppen ähnlich. Der Mittelwert der nicht Verheirateten liegt mit 3,37 unter dem von 3,60 der Verheirateten (p= 0,041). Patienten, die eine gute soziale Unterstützung seitens von Freunden und Familie haben, wurden von ihrer Erkrankung auch gelegentlich abgelenkt und neigten eher zu aktiven Copingformen. Dies wiederum wirkte sich in den Studien von Kinash et al.(1993) und Küchenhoff (1993) günstig auf den Krankheitsverlauf aus.

4.4.5 Bildungsstand und Erwerbstätigkeit

Der Einfluß von Bildungsstand und Berufstätigkeit auf die Krankheitsverarbeitung wurde bisher kaum untersucht. Kohn und Scholer (1983) haben festgestellt, daß berufliche Erfahrungen die Copingstrategie eines Menschen beeinflussen können, wobei ein hohes Maß an Autonomie, Innovation und Unterstützung zum Einsatz von aktivem Coping führten. Einen Unterschied zwischen Berufstätigen und nicht Berufstätigen konnten wir nicht finden.

Teilt man das Patientenkollektiv in eine Gruppe mit höherem und eine Gruppe mit niedrigerem Schulabschluß, so findet man einen deutlichen Unterschied für die Skala „Bagatellisierung und Wunschdenken“. Patienten mit einem höheren Schulabschluß stuften diese Verarbeitungsform wesentlich geringer für sich ein als Patienten mit einem niedrigeren Schulabschluß.

5 Literatur

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

Best W. R., Becktel J. M., Singleton J. W., Kern F. (1976):
Development of a Crohn's Disease Activity Index. Gastroenterology 70, 439-444

Beutel M. (1988):
Spezifische und generelle Aspekte der Verarbeitung chronischer Erkrankungen.
In: KächeleH., Steffens W. (Hrsg.): Bewältigung und Abwehr. Springer, Berlin

Beutel M., Muthny F. A. (1988):
Konzeptualisierung und klinische Erfassung von Krankheitsverarbeitung, Hintergrundtheorien, Methodenprobleme und künftige Möglichkeiten. Psychother. med- Psychol. 38, 19-27

Bielefeld K.(1989):
Aktivitätsindizes bei Morbus Crohn. Klinikarzt, 11: 601-604

Billings A., Cronkite R., Moos R. (1983):
Social-environmentel factors in unipolar depression: Comparison of depressed patients and nondepressed controls. Journal of Abnorm Psychologie 92, 119-133

Billings A., Moos R. (1982):
Family invironments and adaption: A clinically-applicable typology.
American Journal of Family Therapy 10, 26-38

Binder V., Hendriksen C., Kreiner S. (1985):
Prognosis in Crohn's disease - based on results from a regional patient from the county of Copenhagen. Gut 26, 146-150

Broda M. (1988):
Erleben belastender Krankheitsereignisse und deren Verarbeitung bei verschiedenen chronischen Erkrankungen - eine Vergleichsuntersuchung. Psychother. med Psychol. 38, 67-76

Büchi S., Buddenberg C., Sieber M. (1989):
Die Bedeutung somatischer und psychosozialer Faktoren für die Krankheitsverarbeitung von multiple Sklerose-Kranken. Nervenarzt 60, 641-646

Cronkite R., Moos R. (1984):
The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship.
Journal of Health and Social Behavior 25, 372-393

Deter C.-H. 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

Dohrenbusch R. (1988):
Copinganalyse bei chronisch Kranken - diagnostische und therapeutische Implikationen.
Report Psychologie 13, 28-33

Enck P., Schäfer R. (9196):
Psychosoziale Faktoren beim Morbus Crohn - eine Übersicht.
Z Gastroenterologie 34: 708-713

Faller H., Kraus M.R. (1996):
Der Einfluß somatischer und psychischer Faktoren auf Entstehung und Verlauf chronisch entzündlicher Darmerkrankungen. Psychotherapeut 41, 339-354

Farmer R.G., Whelan G., Fazio V.W. (1985):
Long-Term Follow-up of patients with Crohn's disease. Gastroenterology 88, 1818-1825

Friebel V. (1992):
Beratung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen.
Prax. Klin. Verhaltensmed. Rehabilitation 19, 198-208

Goebell H., Wienbeck M., Schomerus H., Malchow H. (1990):
Evaluation of the Crohn's disease Aktivity Index (CDAI) and the Dutch Index for severity and activity of Crohn's disease. Med. Klin. 85, 573-576

Goebell H., Dirks E:, Förster S., Strey B., Quebe-Fehling E. (1994):
A prospective analysis of zhe incidence and prevalence of Crohn's disease in an urban population of Germanny. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 6, 1039-1045

Gollop J.H., Phillips S.F., Melton L.J., Zinsmeister A.R. (1988):
Epidemiologic aspects of Crohn's disease. A population -based study in Olmsted County, Minnesota, 1943-1982. Gut 29, 49-56

Görres H.-J., Ziegler G., Friedrich H. (1988):
Krankheit und Bedrohung. Formen psychosozialer Bewältigung der multiplen Sklerose.
Zschr. psychosom Med. 34, 274-290

Haan N.(1977):
Coping and Defending. Academic Press, New York

Heim E. (1986):
Krankheitsauslösung - Krankheitsverarbeitung. In: Heim E., Willi J. (Hrsg.): Psychosoziale Medizin - Gesundheit und Krankheit aus bio-sozialer Sicht, Bd. 2: Klinik und Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, New York

Heim E. (1988):
Coping und Adaptivität. Gibt es ein geeignetes oder ungeeignetes Coping ?
Psychother. med. Psychol. 38, 8-18

Heim E., Augustiny K.-F., Blaser A., Kühne D., Rothenbühler M., Schaffner L. (1990):
Stabilität und Variabilität von Copingstrukturen über Zeit. In: Muthny F.A.: Krankheitsverarbeitung. Springer, berlin, Heidelberg, New York

Helzer J.H., Chammas S., Norland C.C., Stillings W.A., Alpers D.H. (1984):
A study of the association between Crohn's disease ang psychiatric illness.
Gastroenterology 86, 324-330

Janke W., Erdmann G., Kallus W. (1985):
Streßverarbeitungsbogen (SVK), Hogrefe, Göttingen

Kinash R.G., Fischer D.G., Lukie B.E., Carr T.L. (1993):
Coping patterns and related characteristics in patients with inflammatory bowel disease.
Rehabil. Nurs. 18, 12-19

Koch U., Heim E. (1988):
Editorial zum „Schwerpunktheft": Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen
Psychother. Psychosom. med. Psychol. 38, 1-2

Kordy H., Normann D. (1992):
Psychische und somatische Faktoren des Krankheitsverlaufs bei Morbus Crohn.
Psychother. Psychosom. med. Psychol. 42, 141-149

Küchenhoff J. (1993):
Psychosomatik des Morbus Crohn. Enke, Stuttgart.

Küchenhoff J., Manz R. (1993):
Zum Zusammenspiel von Abwehr und Coping im Krankheitsverlauf .
Psychother. Psychosom. med. Psychol. 43, 318-324

Küchenhoff J. (1995):
Biosoziale Wechselwirkung im Krankheitsverlauf des Morbus Crohn.
Z. Psychosom Med. 43, 306-328

Langholz E., Munkholm P., Nielsen O.H., et al. (1991):
Incidence and prevalence of ulcerative colitis in Copenhagen County from 1962 to 1987.
Scand. J. Gastroenterol. 26, 1247-1256

Lazarus R.S. (1966):
Psychological stress and the coping process. McGraw, Hill New York

Lazarus R.S., Lounier R. (1978):
Sress-related transaction between person and environment. In. Pervin L.A., Lewis M. (eds.):
Perpectives in Interactional Psychology. Plenum Press, New York, 287-372

Lazarus R.S., Folkmann S. (1984):
Stress, apprasial, and coping. Springer, New York

Lind E., Fausa O., Mogensen S.B. (1985):
Crohn's disease. Treatment and outcome. Scand. J. Gastroenterol. 20, 1014-1018

Malchow H. (1983):
Morbus Crohn. In: Caspary W.F. (Hrsg.): Handbuch der inneren Medizin, Bd. III: Dünndarm. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 47-83

Mörl M., Zöberlein H.G., Classen M. (1978):
Morbus Crohn - Verlauf und Prognose bei 169 Kranken. DMW 103, 1325-1329

Muthny F.A. (1988):
Wege der Krankheitsverarbeitung und Verarbeitungserfolg im Vergleich verschiedener chronischer Erkrankungen. In: Speidel H., Strauß B.: Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo

Muthny F.A. (1988):
Zur Erkrankungsspezifität der Krankheitsverarbeitung - ein empirischer Vergleich mit Dialyse- und Herzinfarktpatienten. Zschr. Psychosom. Med. 34, 259-273

Muthny F.A. (1989):
Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung FKV: Manual. Beltz-Verlag, Weinheim

Normann D., Kordy H. (1991):
Coping bei Morbus Crohn-Patienten unter differentieller Perspektive: Ein Beitrag zur Spezifitätsdiskussion. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 41, 11-21

Paar G.H., Bezzenberger U., Lorenz-Meyer H. (1988):
Über den Zusammenhang von psychosozialem Stress und Krankheitsaktivität bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Z. Gastroenterologie 26, 648-657

Parekh H., Manz R., Schepank H. (1988):
Life-events, Coping, Social Support: Versuch einer Integration aus psychoanalytischer Sicht. Zschr. psychosom. Med. 34, 226-246

Scholz O.B. (1989):
Zur Bedeutung belastender Lebensereignisse und deren Bewältigung bei Patienten mit rheumatoider Arthritis, essentieller Hypertonie und Ulcus ventriculi et duodeni.
Psychother. Psychosom. med. Psychol 39, 135-140

Schönpflug W. (1979):
Regulation und Fehlregulation im Verhalten. I. Verhaltensstruktur, Effizienz und Belastung - theoretische Grundlagen eines Untersuchungsprogramms. Psychol. Beiträge 21, 174-202

Schüssler G. (1993):
Bewältigung chronischer Krankheiten. Konzepte und Ergebnisse. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht

Schüssler G., Leibig E. (1994):
Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheiten. Hogrefe

Steffens W., Kächele H. (1988):
Abwehr und Bewältigung - Vorschläge zu einer integrativen Sichtweise
Psychother. Psychosom. med. Psychol. 38, 3-7

Valach L. Augustiny K.-F., Dvorak J., Blaser A., Führimann P.,
Tschagellar W., Heim E. (1988):
Coping von rückenoperierten Patienten - psychosoziale Aspekte.
Psychother. Psychosom. med. Psychol. 38, 28-36

Anhang

Allgemeine Angaben

Am Anfang bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person.

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an oder tragen Sie die Antworten in die entsprechenden Spalten ein.

Geschlecht:	weiblich	männlich
Alter:	.... Jahre	
Familienstand:	ledig	
	verheiratet	
	geschieden	
	verwitwet	
	wiederverheiratet	
Haben Sie Kinder?	Ja	nein
	Wenn ja, wieviele:.....	
Schulabschluß:	Hauptschule	
	mittlere Reife	
	Fachhochschulreife	
	Abitur	
	kein Abschluß	

Beruf: Beamter/Angestellter

leitender Angestellter/Beamter

Schüler/Lehrling

Arbeiter

Facharbeiter

Hausfrau

ohne Beruf

Rentner

Selbständiger

arbeitslos

sonstiges

Dauer der Erkrankung:.....Monate

Fragebogen zu somatischen Daten

Name:	Geb.Datum:	Code Nummer:
Geschlecht:	weiblich	männlich
Körpergröße: ..... cm	Körpergewicht: .... kg	
Morbus Crohn	Befall	nur Kolon
		Nur Dünndarm
		Ileocolitis
		Fisteln anal sonstige
Colitis ulcerosa		Proktitis
		Linkes Kolon
		Ganzes Kolon
Diagnose gesichert: 19.....		Histologie positiv
Extraintestinale Manifestationen:		Knochen (M. Bechterew)
		Innere Organe (Cholangitis)
		Augen
		Haut
		Sonstige
		Keine
Operationen	nei n	
	Ja, 19...., 19..... , 19.....	
	Was:	I leocöcal-Resektion
		Hemi Kolektomie
		Kolektomie mit Pouchanlage

Aktuelle Symptomatik:

Stuhlfrequenz in der vergangenen Woche: .....Stühle/Tag

Stuhlkonstistenz: hart geformt weich flüssig

Blut im Stuhl: ja nein

Bauschmerzen: ja nein

Laborwerte: Hb: Leuko: Thrombo:

BSG: Albumin:

Sonstiges:

Datum: Untersucher:

Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung

Wir wollen im folgenden genauer erfahren, wie es Ihnen in der jetzigen Krankheitssituation geht, was Sie denken und tun und wie weit dies Ihnen hilft, mit der Situation fertig zu werden.

Wir wissen aus vielen Gesprächen mit Patienten, daß es sehr verschiedene, sich zum Teil auch widersprechende, unter Umständen rasch wechselnde Gefühle, Gedanken und Handlungen sein können, die in einer solchen Situation auftreten.

Bitte kreuzen Sie für jeden Begriff an, wie stark er für die jetzige Situation zutrifft.

	Diese Aussage trifft zu ...				
	gar nicht	wenig	mittel-mäßig	ziem-lich	sehr stark
1. Information über Krankheit und Behandlung suchen	☐	☐	☐	☐	☐
2. Nicht-wahrhaben-wollen des Geschehens	☐	☐	☐	☐	☐
3. Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	☐	☐	☐	☐	☐
4. Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sich selbst die Schuld	☐	☐	☐	☐	☐
6. Andere verantwortlich machen	☐	☐	☐	☐	☐
7. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	☐	☐	☐	☐	☐
8. Einen Plan machen und danach handeln	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	☐	☐	☐	☐	☐
10. Gefühle nach außen zeigen	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	☐	☐	☐	☐	☐
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐	☐
13. Sich mehr gönnen	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sich vornehmen, intensiver zu leben	☐	☐	☐	☐	☐
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	☐	☐	☐	☐	☐

	Diese Aussage trifft zu ...				
	gar nicht	wenig	mittel-mäßig	ziem-lich	sehr stark
16. Sich selbst bemitleiden	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sich selbst Mut machen	☐	☐	☐	☐	☐
18. Erfolge und Selbstbestätigung suchen	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sich abzulenken versuchen	☐	☐	☐	☐	☐
20. Abstand zu gewinnen suchen	☐	☐	☐	☐	☐
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen	☐	☐	☐	☐	☐
22. Ins Grübeln kommen	☐	☐	☐	☐	☐
23. Trost im religiösen Glauben suchen	☐	☐	☐	☐	☐
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	☐	☐	☐	☐	☐
25. Sich damit trösten, daß es andere noch schlimmer getroffen hat	☐	☐	☐	☐	☐
26. Mit dem Schicksal hadern	☐	☐	☐	☐	☐
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen	☐	☐	☐	☐	☐
28. Vertrauen in die Ärzte setzen	☐	☐	☐	☐	☐
29. Den Ärzten mißtrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	☐	☐	☐	☐	☐
30. Anderen Gutes tun wollen	☐	☐	☐	☐	☐
31. Galgenhumor entwickeln	☐	☐	☐	☐	☐
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen	☐	☐	☐	☐	☐
33. Sich gerne umsorgen lassen	☐	☐	☐	☐	☐
34. Sich von anderen Menschen zurück ziehen	☐	☐	☐	☐	☐
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschägen besinnen	☐	☐	☐	☐	☐