

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und med. Psychologie
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. M. von Rad, em.)

Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen Versuch einer Subgruppendefinierung aus psychosomatischer Sicht

Günter Fröschl

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin
der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades
eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. M. von Rad, em.
2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 30.08.2005 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin
am 08.02.2006 angenommen.

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und med. Psychologie
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar

Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen

Versuch einer Subgruppendefinierung aus psychosomatischer Sicht

Professor Dr. Michael von Rad
Dr. Gerhard Dammann
Günter Fröschl

Eine Untersuchung von Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, sowie einer gesunden Kontrollgruppe mittels selbstbewertender psychometrischer Tests unter besonderer Berücksichtigung somatischer Parameter im Hinblick auf Definierung strukturell auffälliger Subgruppen mit besonders schweren somatischen Krankheitsverläufen

Die vorliegende Dissertation bildet ein Element aus einer Reihe von Forschungsarbeiten der Arbeitsgruppe um Dr. Gerhard Dammann, einer Gruppe, die sich mit der Diagnostik und der Therapie von schweren Persönlichkeitsstörungen auseinandersetzt. Die Arbeitsgruppe hatte sich bereits während der Tätigkeit Herrn Dr. Dammanns an der Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und medizinische Psychologie der Technischen Universität München, formiert. In dieser Phase wurde auch die vorliegende Arbeit initiiert. Dr. Gerhard Dammann ist gegenwärtig Oberarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, Schweiz.

In Liebe meinen beiden Eltern

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	11
2.	Krankheitsbilder der Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen	15
2.1.	Morbus Crohn	15
2.1.1.	Definition und klinische Merkmale	15
2.1.2.	Diagnose und Einteilung	16
2.1.3.	Epidemiologie	17
2.1.4.	Ätiologie	18
2.1.5.	Therapie	20
2.2.	Colitis ulcerosa	21
2.2.1.	Definition und klinische Merkmale	21
2.2.2.	Diagnose und Einteilung	22
2.2.3.	Epidemiologie	23
2.2.4.	Ätiologie	24
2.2.5.	Therapie	25
3.	Die Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen aus psychosomatischer Sicht – eine Literaturanalyse	27

3.1.	Geschichte der Auseinandersetzung der Psychosomatik mit den Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen	27
3.2.	Aktueller Stand der Forschung	31
4.	Das Konzept der Persönlichkeitsstruktur und der Persönlichkeitsstörungen	35
5.	Fragestellung der vorliegenden Arbeit	43
5.1.	Ziele	43
5.2.	Hypothesen	44
6.	Methodik	47
6.1.	Untersuchte Kollektive	47
6.2.	Testinstrumente	49
6.3.	Ablauf der Untersuchung	62
6.4.	Auswertungsmethodik	63
6.5.	Ausschlußkriterien	64
7.	Ergebnisse	67
7.1.	Deskriptiver Teil	67

7.1.1.	Soziodemographische Daten und somatische Daten der einzelnen Kollektive	67
7.1.2.	Vergleichbarkeit der Sprechstundenpatienten mit den Briefteilnahmepatienten unter besonderer Berücksichtigung der Diagnose Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa	77
7.1.3.	Korrelation zwischen Alter, Krankheitsdauer, und der Partnersituation	78
7.2.	Somatische Krankheitsdaten	79
7.2.1.	Verteilung der einzelnen Gruppen und Diagnosen bezüglich der verwendeten Krankheitsschwere- und Verlaufsschwere-Scores	79
7.2.2.	Zusammenhänge zwischen somatischen Daten und soziodemographischen Daten	82
7.3.	Persönlichkeitsmerkmale	83
7.3.1.	Ergebnisse der einzelnen psychometrischen Tests in der Einzelauswertung	84
7.3.2.	Zusammenfassung der Ergebnisse der Auswertung der Einzelskalen	159
7.3.3.	Konsistenz der Testbatterie	160
7.4.	Versuch einer Untergruppenbildung anhand der Persönlichkeitsmerkmale	161
7.4.1.	Der Psychometrische Gesamtscore	162
7.4.2.	Die Two-Step-Clusteranalyse	164
7.5.	Neuerkrankungen und Patienten mit kurzer Krankheitsgeschichte	169
7.6.	Patienten in Remission	170

8.	Diskussion	173
8.1.	Persönlichkeitsmerkmale und Krankheitsverlauf – Hypothesenanalyse	178
8.2.	Methodologische Bewertung	180
8.3.	Therapeutische Implikationen	182
8.4.	Zukunftsausblick	183
9.	Zusammenfassung	185
10.	Literaturverzeichnis	187
11.	Danksagung	195
12.	Anhang	197
12.1.	Lebenslauf	197
12.2.	Anzeige im „Bauchredner“	198

1. Einleitung

Giovanni Battista Morgagni, Anatom der Universität Padua, berichtet in seiner Veröffentlichung „De Sedibus et Causis Morborum“ (Venedig 1761), einem Resümee über 500 Leichenöffnungen, auch über Veränderungen des Darmes, die mit den pathologischen Phänomenen der heute bekannten chronisch entzündlichen Darmerkrankungen übereinstimmen. Bis zur Entdeckung der Mycobakterien durch Robert Koch 1882 ist eine Abgrenzung der klassischen chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zur Darmtuberkulose in den pathologisch-anatomischen Berichten bis ins späte 19. Jahrhundert aufgrund der makroskopischen Ähnlichkeiten jedoch nicht möglich. Im Rahmen verschiedener Obduktionen fanden Wilks und Moxon 1875 eine entzündliche Erkrankung des Colons, charakterisiert durch ulzeröse Läsionen, für die eine infektiöse Genese ausgeschlossen wurde, sie gelten als die Erstbeschreiber der Colitis ulcerosa (Obduktionsbericht über das Mädchen Isabella 1859).

Dem schottischen Chirurg T.K. Dalziel gelang es bei einer Reihe von Patienten mit Ileocäcal-Tuberculose nicht, die zu erwartenden säurefesten Bacilli nachzuweisen (Dalziel 1913). Aufgrund der makro- wie mikroskopischen Ähnlichkeit der Gewebe sowohl mit als auch ohne Nachweis der Mikroorganismen, ordnete er die betroffenen Fälle ohne diesen Nachweis dennoch als atypische Form der damals weit verbreiteten Darmtuberkulose zu. Er verwies auch auf eine symptomatologisch ähnliche Darmerkrankung bei Wiederkäuern, vornehmlich Rindern, heute in der Veterinärmedizin unter John'scher Krankheit bekannt. Bei dieser Zoonose gelang später der Nachweis von Mycobacterium paratuberculosis, einem Keim der auch in aktuellen Forschungsarbeiten zur Ätiologie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wieder eine Rolle spielt. 1932 schließlich erscheint eine Veröffentlichung von Burill B. Crohn, Leon Ginzburg und Gordon D. Oppenheimer über eine von den Autoren Ileitis regionalis benannte Erkrankung, die sie an 14 Patienten des Mount Sinai Hospitals, New York, untersucht haben (Crohn 1932).

Burill B. Crohn gelang eine Krankheitsübertragung durch Einbringen von erkrankten Darmabschnitten in tierisches Gewebe nicht, er folgerte hieraus eine nichtinfektiöse Genese der Erkrankung. Er selbst hielt später an einer autoimmunen Genese als plausibelster Erklärung fest.

Während für die symptomatologisch verwandte Colitis ulcerosa schon frühzeitig eine psychosomatische Genese vermutet wird, schließt Crohn selbst einen psychischen Faktor aus der Ätiologie der Ileitis regionalis, der mittlerweile nach ihm als Erstbeschreiber auch Morbus Crohn benannten Erkrankung, aus. Die damalige monokausal orientierte Forschungslandschaft spaltete sich in der Folge in Befürworter und Gegner der Hypothese einer psychosomatischen Zuordnung des Morbus Crohn.

Auf somatischer Ebene bereitete zunächst auch die Differenzierung zwischen den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Differenzen. Erst mit der Operationalisierung der diagnostischen Mittel, namentlich der endoskopischen Verfahren und der Röntgenkontrastdarstellung in den 60er und 70er Jahren, erhöhte sich die differentialdiagnostische Trennschärfe. Der Anteil der undeterminierten Fälle unter den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen liegt heute unter 10% (Herold 1998). Mit der beobachteten Zunahme der Prävalenz der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und dem resultierenden

wissenschaftlichen Interesse häufen sich auch die Beiträge zur Ätiologie der Krankheitsentität Crohn, aus den monokausalen Forschungsansätzen der Teilbereiche Immunologie, Mikrobiologie, Soziologie und Psychosomatik heraus kristallisierte sich zusehends das Konzept einer multifaktoriellen Ätiopathogenese. Begriffe wie das neuropsychimmunologische Konzept, oder das biopsychosoziale Krankheitsbild gewinnen an Bedeutung (Engel 1977). Die Auseinandersetzung der psychosomatischen Forschung insbesondere mit dem M. Crohn vollzog hierbei in den letzten fünfzig Jahren einen Wandel, von der Suche nach der pathognomonischen Persönlichkeitsstruktur des Crohn-Patienten, hin zum interdisziplinären Standpunkt einer psychopathologischen Beteiligung an einer multifaktoriellen Genese der Erkrankung, teils wird in der Wahrnehmung supportiver Aufgaben durch psychosomatische Einrichtungen die sich aus dem somato-psychischen Konzept ergeben, also in der Behandlung psychischer Beeinträchtigungen die sich durch die Schwere der Erkrankung als Sekundäreffekt ergeben, Position bezogen.

Auf dem Fachgebiet der Psychosomatik herrscht mittlerweile Einigkeit darüber, dass die typische, pathognomonische Persönlichkeitsstruktur des Morbus Crohn-Patienten als solche nicht existiert, wobei nach wie vor bei Klinikern sowohl somatischer als auch psychologischer Fachrichtungen das Evidenzgefühl einer „Auffälligkeit“, einer psychopathologischen Komponente hoch ist. In verschiedenen, vor allem älteren Arbeiten wird eine auffällige Persönlichkeitsstruktur für Morbus Crohn-Patienten belegt (Stewart 1949, Sperling 1957, Sperling 1960, Riemer 1960, Parfitt 1967, Paulley 1971, Paulley 1974, Savitt 1977, Fürmaier 1980), während andere Veröffentlichung einen derartigen Befund nicht erbringen (Crocket 1952, Feldman 1967, Feline 1979), wobei an diesen frühen Veröffentlichungen besonders methodische Probleme, eine fehlende Operationalisierung von Begrifflichkeiten und diagnostischen Kriterien, sowie eine allzu subjektive, oftmals kasuistische Sichtweise zu kritisieren sind. Die wenigsten Arbeiten ziehen eine Kontrollgruppe, sei es ein Kollektiv an gesunden Personen, oder Patienten mit vergleichbaren chronisch somatischen, oder psychiatrischen Erkrankungen heran. Besonders in Veröffentlichungen der jüngeren Zeit, in denen zunehmend validierte psychometrische Tests zum tragen kommen, in denen über eine unselektierte Patientenrekrutierung und Signifikanzprüfungen auf eine Repräsentativität der Ergebnisse geachtet wird, und in denen zu normativen Zwecken auch Kontrollgruppen herangezogen werden, finden sich nur mehr wenig Hinweise auf Auffälligkeiten in der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur des Morbus Crohn-Patienten per se. Die Befunde weisen hingegen vorwiegend auf Sekundäreffekte hin, also Erscheinungen der somato-psychischen Achse, die Einflüsse der Erkrankung auf die Lebensqualität, und Effekte des Copings dieser Patienten mit ihrer Erkrankung. Besonderes Augenmerk erhält hierbei der Einfluß sogenannter Lebensereignisse, also schwerer Belastungssituationen, im besonderen Objektverlustereignisse, auf die Auslösung der Erkrankung, auf die Auslösung von Schüben bzw. die Aufrechterhaltung des Entzündungsprozesses (Whybrow 1968, Burtscheid 1983, Studt 1986, Freyberger 1982). Die von den meisten Arbeiten herangezogenen Entitäten wie Ängstlichkeit und Depressivität sind hierbei wahrscheinlich wirklich vielmehr volatile Persönlichkeitsmerkmale, die durch Schwere und Dauer der Erkrankung als Folgeerscheinung initiiert und modifiziert werden (Andrews 1987, Tarter 1987). In der vorliegenden Arbeit soll im Kontrast zu derartigen Merkmalen vielmehr die durch Konstanz charakterisierten prämorbidem Persönlichkeitsstrukturen in Betracht gezogen werden.

Die Divergenz der verschiedenen Studienergebnisse verleitet zu dem Schluß, daß ein einheitliches Konzept einer typischen Crohn-Persönlichkeit nicht zu fundieren ist. Eine Ursache des Evidenzgefühls der behandelnden Kliniker, als auch der Befunde der kasuistischen und auf psychosomatischer Ebene selektierenden Studien könnte in der Heterogenität des Patientenkollektivs verankert sein, auf das mögliche Vorhandensein distinkter Untergruppen wurde bereits in mehreren Arbeiten hingewiesen (Andrews 1987, Tarter 1987). So könnte es sein, dass besonders Patienten mit schweren Krankheitsverläufen, also auch diejenigen Patienten, die sich besonders häufig in Behandlung begeben, also in den behandelnden Einrichtungen besonders präsent sind, eine signifikante Ausprägung einer pathologischen prämorbidem Persönlichkeit aufweisen und somit für dieses Evidenzgefühl verantwortlich sind. Ziel der vorliegenden Arbeit ist der Versuch einer Untergruppenbildung anhand somatisch-klinischer Parameter bezüglich Krankheitsaktivität und Krankheitsschwere, und eine Prüfung auf mögliche signifikante Diskriminanzen innerhalb verschiedener psychometrischer Testverfahren.

2. Krankheitsbilder der Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen

2.1. Morbus Crohn

2.1.1. Definition und klinische Merkmale

Der Morbus Crohn wird auch als Ileitis terminalis, oder wie durch seinen Erstbeschreiber Ileitis regionalis, oder auch Enterocolitis regionalis granulomatosa, bezeichnet. Es handelt sich um eine chronische Entzündung des Darmrohres, mit Ausbildung von Granulomen, wobei prinzipiell der gesamte Gastrointestinaltrakt, von den Lippen bis zum Anus, betroffen sein kann. Es herrschen jedoch ein Befall des terminalen Ileums und des proximalen Colons vor. Der Krankheitsbeginn ist oft schleichend, nicht selten vergehen Jahre zwischen Erstmanifestation und Erstdiagnose, eine häufige Fehl- und damit auch Differentialdiagnose ist die Appendicitis (Deltz 1977). Die Betroffenen leiden unter Diarrhoen und Abdominalschmerzen. Blutbeimengungen im Stuhl sind seltener als bei der Colitis ulcerosa anzutreffen, vorwiegend bei Mitbefall des Rectums. Die Entzündung zeigt makroskopisch eine segmentale und mikroskopisch transmurale Ausdehnung, das heißt, daß zwischen befallenen Darmabschnitten entzündungsfreie Areale liegen können, und daß sämtliche Wandschichten des Darms infiltriert sind. Die transmurale Infiltration zeigt durch stärkere Ausprägung in der Submucosa ein sogenanntes disproportioniertes Muster. Die Infiltration der gesamten Darmwand und die Überschreitung der anatomischen Organgrenzen durch den Entzündungsprozeß begünstigt die für den M. Crohn typischen Fistelbildungen (bei bis zu 50% der Patienten), die Fistelungen können zwischen verschiedenen Darmschlingen, zwischen Darm und Organen wie Harnblase oder Vagina, als auch zwischen Darm und der besonders perianalen Haut auftreten. Durch den Entzündungsprozeß kann es auch zu Abszeßbildungen, sowie Bildung von Aphthen und den tieferreichenden Fissuren bis hin zu Ulzerationen kommen. Das ebenso typische Pflastersteinrelief kommt durch die phlogistische Hyperplasie lymphatischen Gewebes zustande.

Mitunter ist ein Konglomerattumor als Resistenz tastbar, hierbei handelt es sich um entzündliche Adhärenzen benachbarter Darmschlingen. Durch den Befall größerer, für die Resorption von Nahrungsinhaltsstoffen wichtiger Darmabschnitte kann ein Malabsorptionssyndrom entstehen, mit Mangelerscheinungen im Bereich einzelner Vitamine und Spurenelemente, kalorischer Mangelernährung mit Gewichtsverlust bis hin zur Kachexie, oder Proteinmangel. Im Kindesalter kann es hierbei zu Wachstumsretardierungen kommen.

Die extraintestinalen Manifestationen kommen beim Morbus Crohn häufiger als bei der Colitis ulcerosa vor, bei bis zu 50% der Patienten. Sie betreffen die Haut (Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum), die Augen (Episcleritis, Iridocyclitis, Chorioiditis), die Gelenke (Arthritis, ankylosierende Spondylitis), und seltener als bei der Colitis ulcerosa das biliäre System (primär sclerosierende Cholangitis). Auffallend ist die autoimmune Genese vieler extraintestinaler Manifestationen, ein Aspekt, der auch bei der Klärung der Ätiologie des Morbus Crohn eine Rolle spielt (Lakatos 2003).

Für Patienten mit Morbus Crohn wird ein erhöhtes Risiko für das kolorektale Karzinom dokumentiert, das Risiko ist, vor allem bedingt durch das junge Erkrankungsalter, um den Faktor 20 gegenüber der

Normalbevölkerung erhöht. Die Inzidenz liegt hierbei innerhalb der ersten 10 Krankheitsjahre bei 0,8%, bei 20 Krankheitsjahren steigt das Risiko nonlinear auf 3% an (Rösch 1999).

2.1.2. Diagnose und Einteilung

Wird aufgrund einer eingehenden Anamnese, auch Familienanamnese, der klinischen und laborchemischen Untersuchung (Entzündungszeichen und Anämie, evtl. Nachweis von BPI-ANCA) der Verdacht einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung geäußert, erfolgt die Abklärung mittels Endoskopie (Coloskopie und Ösophagogastroduodenoskopie) mit Biopsieentnahme, hierbei sind die typischen landkartenförmigen, teils langgestreckten Ulzera, Strikturen, das Pflastersteinrelief und hämorrhagische Läsionen zu erwarten. Die radiologische Darstellung der endoskopisch nicht erreichbaren Abschnitte zeigt als auffällige Befunde fadenförmige Stenosingen sowie das Pflastersteinrelief. Die Differentialdiagnose einer infektiösen Gastroenteritis, bzw. eine Superinfektion muß durch Untersuchung von Stuhlproben auf pathogene Keime ausgeschlossen werden. Eine sonographische Untersuchung ist zum Ausschluß von intraabdominellen Abszessen, Fisteln, sowie zum Nachweis von pathologischen Darmwandveränderungen indiziert. Die einheitliche Instrumentalisierung in der Diagnostik der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wurde im Rahmen verschiedener Arbeiten festgelegt (Schmitz-Moormann 1980, Adler 1983, Malchow 1984).

Die mikroskopische Untersuchung der endoskopisch gewonnenen Biopsien ergibt in einem Drittel aller Fälle den Nachweis von Epitheloidzellgranulomen im entzündlich infiltrierten Gewebe, häufiger findet sich eine auffällige Hyperplasie der lokalen Lymphknoten.

Eingeteilt wird eine Erkrankung an Morbus Crohn nach makroskopisch-anatomischer Ausbreitung, wobei ein isolierter terminaler Ileumbefall in 30% der Fälle vorliegt, ein isolierter Colonbefall in 20%, ein kombinierter Befall von Ileum und Colon in 45% der Fälle. Das Rectum ist in 4% der Fälle betroffen, der obere Gastrointestinaltrakt in 3% der Fälle.

Eine weitere Einteilung erfolgt nach der Schwere der Erkrankung. Hierfür wurden verschiedene Indices entwickelt, die in unterschiedlicher Gewichtung eine Selbstbeurteilung des Patienten, eine Fremdbeurteilung durch den behandelnden Arzt, klinische Befunde, sowie laborchemische Befunde beinhalten. Zweck der Aktivitätsindices ist zum einen die Möglichkeit einer intraindividuellen Verlaufsbeurteilung, zum zweiten die Möglichkeit einer allgemeinen Festlegung von therapeutischen und diagnostischen Standards, sowie die Vergleichbarkeit von verschiedenen Patientenkollektiven bezüglich ihrer Krankheitsschwere. Hierbei sind zu nennen:

Schwere- und Aktivitäts-Index (SAI), er beinhaltet neben subjektiven und objektiven klinischen Parametern auch extraintestinale Manifestationen und Laborparameter

Van-Hees-Index (VHI), beinhaltet wie der SAI objektive klinische Parameter, extraintestinale Manifestationen und Laborparameter, auf subjektive Parameter wie abdominelle Schmerzen wurde verzichtet, beachtet werden dafür gesondert Geschlecht und chirurgische Interventionen

Harvey-and-Bradyshaw-Index (HBI), er stellt im Prinzip eine vereinfachte Form des CDAI (siehe unten) dar, mit nur fünf Variablen, ohne Beachtung von Laborparametern, dieser Index ist somit für die klinische Routinebeurteilung günstig

Crohn's-Disease-Activity-Index (CDAI)

Der CDAI ist mittlerweile der am weitesten verbreitete Aktivitätsindex, ursprünglich ein angloamerikanisches Instrument, entwickelt im Rahmen einer amerikanischen Studie durch Best et al. 1976, wurde der Index in seiner Übersetzung auch im deutschen Sprachraum übernommen. Vom Patienten selbst werden im Verlauf einer Woche Parameter wie Anzahl der Stühle, abdominale Schmerzen und Allgemeinbefinden anhand einer Punkteskala dokumentiert. Hinzu kommt eine objektive Beurteilung durch den behandelnden Arzt. Die einzelnen Scores werden mit verschiedenen Koeffizienten multipliziert und damit untereinander gewichtet, und schließlich zu einem Gesamtscore aufaddiert. Cut-Off-Werte wurden unter anderem durch Malchow 1984 festgelegt, mit einem Score von <150 bei ruhender, und >150 bei aktiver Erkrankung. Der CDAI als weithin bekannter und gebräuchlicher Score bildete die Grundlage vieler Modifikationen, wie beispielsweise beim HBI, oder auch bei der Kurzform des CDAI nach Best.

2.1.3. Epidemiologie

Die Inzidenz wird mit 2-7 pro 100 000 Einwohner angegeben (Fellows 1990, Moum 1996), die Prävalenz ist aufgrund der Chronifizierungsneigung der Erkrankung sehr viel höher, Angaben reichen von 20 bis zu über 140 pro 100 000 (Gollop 1988, Kyle 1992). Die Verteilung zwischen Frauen und Männern wird von verschiedenen Autoren unterschiedlich angegeben, tendenziell wird ein Überwiegen der Frauen angenommen (Frauen: Männer 1:1 bis 2:1; Gollop 1988, Pinchbeck 1988, Moum 1996), mit einem Altersgipfel für die Erkrankung zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr (Bergmann 1975, Pinchbeck 1988, Künsebeck 1993, Moum 1996), eine norwegische Studie ergab für die Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren zwischen den Jahren 1990 und 1993 eine Inzidenz von 11,2/ 100 000 (Moum 1996). Ein niedrigerer zweiter Gipfel betrifft die Altersgruppe um das 60. Lebensjahr (Fellows 1990). Im Verlauf des 20. Jahrhunderts war ein stetiger Anstieg der Inzidenz zu beobachten, Fellows setzt das Plateau dieser Entwicklung in der Dekade zwischen 1976 und 1985 an, aktuell wird von einer Stagnation berichtet. Es besteht ein Stadt-Land-Gefälle bezüglich Inzidenz und Prävalenz des Morbus Crohn (Kyle 1980, Gollop 1988, Pinchbeck 1988, Kyle 1992, Moum 1996), unter der Stadtbevölkerung von Aberdeen fand Kyle für die zweite Hälfte der 80er Jahre eine Inzidenz von 11,6/ 100 000. Für 1981 fand Pinchbeck eine Punktprävalenz von 330/100 000 unter der weiblichen Stadtbevölkerung (Pinchbeck 1988). Eine Differenzierung dieses Aspektes, inwieweit also sozioökonomische und -demographische Aspekte, oder unterschiedliche Lebensweisen in dieses Gefälle mit einfließen, ist aufgrund der Vielschichtigkeit der Variablen bisher nicht erbracht worden.

Insgesamt scheinen Personen mit höherer Schulausbildung und Akademiker ein erhöhtes Risiko zu tragen, an Morbus Crohn zu erkranken (Pinchbeck 1988).

Die Lebenserwartungen werden von verschiedenen Autoren überwiegend als vermindert gegenüber der Normalbevölkerung angegeben, wobei die Prognose grundlegend von der Verlaufsform und der Schwere der Erkrankung abhängig ist. Rösch gibt eine 10-Jahres Überlebensrate von 77% für Patienten mit chronisch rezidivierender Erkrankung an (Rösch 1999).

2.1.4. Ätiologie

Eine einheitliche Ätiopathogenese für den Morbus Crohn ist unbekannt. Nicht von der Hand zu weisen sind kongenitale Faktoren, hierbei leistete unter anderem die Zwillingsforschung einen wichtigen Beitrag, so z.B. eine Studie von Tysk et al. 1988, wobei aus dem Schwedischen Zwillingsregister 25000 Zwillingspaare untersucht wurden, hierbei waren von 18 gefundenen monozygoten Paaren mit mindestens einem an Morbus Crohn erkrankten Geschwisterteil 8 konkordant, von den 26 dizygoten Paaren nur eines, eine Konkordanzrate von 58,3% ergebend (Tysk 1988). Kyle berichtet von einer positiven Familienanamnese in 8,3% der von ihm erfassten Fälle mit Morbus Crohn im Rahmen einer Untersuchung in Schottland (Kyle 1992). Eine Aufklärung der Disposition in Höhe von 20% zur Entwicklung eines Morbus Crohn wird durch das Vorhandensein eines sogenannten CARD 15/ NOD 2-Gens berichtet (Hugot 2004).

Eine zentrale Rolle in der Erforschung der Ätiologie des Morbus Crohn nimmt die Immunologie zur Zeit ein. Eine Vielzahl von Autoantikörpern wurden signifikant häufiger mit erhöhten Titern bei Probanden mit Morbus Crohn als bei Probanden der Normalbevölkerung isoliert. Gegen die Dickdarmschleimhaut gerichtete Antikörper werden allgemein als Anticolon-Autoantikörper bezeichnet (Chapman 1986, Fiocchi 1989). Neben diesen konnten Autoantikörper die gegen Zellen des exokrinen Pancreas gerichtet sind gefunden werden, sowie verschiedene Vertreter der Gruppe der ANCAs (Anti-Neutrophile-Cytoplasmatic-Antibodies). Besonderes Augenmerk ist auf die Tatsache gerichtet, daß viele der extraintestinalen Manifestationen, die beim Morbus Crohn bei bis zu 50% der Fälle auftreten, mit dem Auftreten von Autoantikörpern assoziiert sind, so zum Beispiel die Arthritis, die primär sklerosierende Cholangitis, oder das Erythema nodosum. Die Annahme einer zentralen Rolle von Autoimmunprozessen wird gefestigt durch Berichte von Therapieerfolgen mit immunsuppressiven bzw. immunmodulierenden Pharmaka (Goldstein 1987, Feagan 2001).

In der ätiologischen Diskussion hat der infektiologische Aspekt nach wie vor einen festen Platz. Die Wichtigkeit und Position eines infektiösen Agens in der ätiopathogenetischen Kaskade wird von den Autoren unterschiedlich bewertet, wobei diesbezüglich bereits eine Vielzahl an verschiedenen humanpathogenen Keimen, von Bakterien über Viren bis hin zu Mykosen, aufgeführt wurden. Die Positionen reichen hierbei von der gesteigerten Vulnerabilität der Darmschleimhaut durch eine Infektion, über eine Aktivierung des Immunsystems mit Ausbildung von Auto-Antikörpern durch molekulares Mimikry der pathogenen Organismen, bis hin zum infektiösen Agens als alleinigem Auslöser der Erkrankung. Ein ätiologischer Zusammenhang einer Infektion mit Mycobakterien wurde bereits in der frühen Auseinandersetzung mit den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vermutet und untersucht (Dalziel 1913, Crohn 1932). Eine pathogenetische Rolle der Mycobakterien, insbesondere der Subspezies *M. paratuberculosis*, bei der Genese des Morbus Crohn wird aktuell erneut diskutiert, wobei eine regionale Übereinstimmung von endemischem Vorkommen von *Mycobacterium paratuberculosis* bei Rindern und Morbus Crohn beim Menschen von Tamboli beschrieben wurde (Tamboli 1996). Hierbei konnten die weitgehend hitzeresistenten Mycobakterien in Milchprodukten als einem möglichen Übertragungsweg nachgewiesen werden. Wiederholt wurde vom Nachweis von *M. paratuberculosis* in erkrankten Darmabschnitten von Morbus Crohn-Patienten berichtet, eine methodische Schwierigkeit, und somit auch mögliche Erklärung für viele negative

Resultate in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit einer möglichen infektiösen Genese des Morbus Crohn, sind die von Chiodini beschriebenen langen Anzuchtzeiten für Kulturen des *M. paratuberculosis* (Chiodini 1984, Greenstein 2003). Eine Unwirksamkeit der üblichen antimycobakteriellen Therapieschemata könnte deren erfolglosen Einsatz in diesem Zusammenhang erklären. Hermon-Taylor berichtet über den erfolgreichen Einsatz einer antibiotischen Kombinationstherapie aus einem Macrolid und Rifampicin, deren Wirksamkeit gegenüber *M. paratuberculosis* nachgewiesen werden konnte, er erreicht bei 46 behandelten Patienten eine Remission in 93,5% der Fälle, die zwei Jahre nach Beendigung der Studie in 70% der Fälle noch andauerte (Hermon-Taylor 1997).

Umweltfaktoren, wie zum Beispiel Ernährungsgewohnheiten, scheinen ebenso eine Rolle zu spielen, wie durch demographische Studien belegt werden konnte, wobei Kollektive untersucht wurden, die aus Regionen mit niedriger Inzidenz stammend in Regionen mit höherer Inzidenz umgesiedelt waren. Nach dem Zuzug in Regionen mit erhöhter Inzidenz erkrankten die Angehörigen dieser Gruppen alsbald genauso häufig an Morbus Crohn (Fellows 1988, Probert 1993). Janowitz sieht den Morbus Crohn als eine neu aufgetretene Krankheit des 20. Jahrhunderts an (Janowitz 1981). Auf diesem Standpunkt erscheint wiederholt die Hypothese bezüglich eines Zusammenhangs von Nahrungsgewohnheiten bzw. hygienischen Aspekten und dem Auftreten des Morbus Crohn, da dieser offensichtlich eine endemische Erkrankung der Industrieländer, der sogenannten entwickelten ersten Welt ist. Ein interessanter Ansatz hierzu ist eine Untersuchung von Hugot, der einen Zusammenhang eines Aspektes des modernen Lebens in Form der Nahrungskühlung, der hierdurch bedingten Entwicklung und Isolation von kälteresistenten Keimen (Listerien, Yersinien), und dem Auftreten des Morbus Crohn sieht. Er beschreibt eine parallele Prävalenzentwicklung zwischen der Verbreitung des Kühlschranks und der des Morbus Crohn (Hugot 2003). Einen prädisponierenden Faktor für den Morbus Crohn, im Gegensatz zur Colitis ulcerosa, stellt das Rauchen dar. Außer einer scheinbar höheren Inzidenz wird auch der Verlauf aggraviert, sowie der Bedarf an Antiphlogistika erhöht (Cosnes 2004).

Verschiedene Bestandteile von Nahrungsmitteln kamen ebenso in den Verdacht eine Entstehung des Morbus Crohn zu begünstigen, sei es durch eine direkte chemisch-toxische Wirkung, oder indirekt über die Ausbildung von Antikörpern gegen diese Bestandteile. Hierbei kann es zur Ausbildung von Autoantigenen kommen, die für die Destruktion der Schleimhaut verantwortlich gemacht werden. Als mögliche Agenzien wurden gehärtete Fette, Margarine, Zucker, und Stärke aufgeführt. Eine Schwierigkeit epidemiologischer Studien ist die weite Verbreitung der genannten Stoffe. Umstände wie die steigende Inzidenz des Morbus Crohn im 20. Jahrhundert, als auch sein endemisches Auftreten in den hochindustrialisierten Ländern, werden mit dem gesteigerten Konsum dieser Stoffe im entsprechenden Zeitraum in diesen Ländern in Verbindung gebracht (Martine 1976, Miller 1976, Guthy 1982, Guthy 1983, Järnerot 1983, Guthy 1988, Lochs 1994). Eine internationale Studie die das regionale wie auch zeitliche Inzidenzmuster des Morbus Crohn mit dem Konsumverhalten der Bevölkerung für Zucker und Margarine verglich, ergab hingegen keine signifikante Korrelation zwischen den zwei Variablen (Sonnenberg 1988).

2.1.5. Therapie

Die medikamentöse antiphlogistische Behandlung umfasst bei reinem Colonbefall den Einsatz von 5-Aminosalizylsäure (5-ASA, Mesalazin), oder, durch Koppelung dieses Wirkstoffes an Sulfapyridin, von Salazosulfapyridin, aus dem nach bakterieller Spaltung im Colon wieder 5-ASA freigesetzt wird. Bei zusätzlichem Befall höher liegender Abschnitte sind zusätzlich Corticosteroide indiziert. Der Einsatz von Corticosteroiden in höherer Dosierung gebietet sich auch bei allen schweren Verlaufsformen. Erweist sich die Therapie als insuffizient, bzw. liegt eine chronisch aktive Verlaufsform vor, können Azathioprin oder Mercaptopurin als Immunsuppressiva hinzugezogen werden, auch um eine Dosisminderung der Steroidtherapie, zum Beispiel bei Auftreten möglicher Nebenwirkungen, zu ermöglichen (Goldstein 1987). Bei Fistelbildung hat sich der Einsatz von Metronidazol, einem Antibiotikum mit antianaerober Wirkung, bewährt, aber auch der Einsatz von Immunsuppressiva soll hier einen günstigen Effekt zeigen (Goldstein 1987). Die konservative Therapie wird in der Regel nach 6 Monaten nach Normalisierung der Aktivität beendet. Eine remissionserhaltende Dauertherapie ist im Gegensatz zur Colitis ulcerosa nicht indiziert, da kein Benefit einer prophylaktischen Dauertherapie bezüglich Remissionserhaltung signifikant nachgewiesen werden konnte.

In Anlehnung an die Rolle immunologischer Prozesse in der Pathogenese zeigten immunsuppressive Therapieansätze, z.B. mit anti-TNF-alpha-Antikörpern, endoskopisch nachweisbare Wirksamkeit. Daneben werden der Einsatz von Cyclosporin A, Interleukin-6 und Interleukin-12-Antikörpern erprobt (Hibi 2003). Eine umstrittene Rolle kommt der Diätführung zu, bei nachgewiesener Laktoseintoleranz, die bei bis zu einem Viertel der Patienten bestehen soll, sollte jedoch auf eine laktosefreie Diät geachtet werden. Bei Zeichen und Nachweis eines Malabsorptionssyndroms durch weitreichende Schädigung der für die Resorption der jeweiligen Nahrungsinhaltsstoffe verantwortlichen Darmabschnitte, insbesondere aber nach einer längerstreckigen Ileumresektion, müssen Proteine, Kalorien, die fettlöslichen Vitamine A, D, E und K, Eisen, Vitamin B12, sowie Spurenelemente kalkuliert substituiert werden. In schweren Fällen ist eine parenterale Versorgung des Patienten unumgänglich.

Eine chirurgische Intervention ist in bis zu 25% der Fälle notwendig, beschränkt sich aber rein auf Komplikationen, wie Perforation, Peritonitis, toxisches Megacolon, Hämorrhagie, Ileus, sowie die elektive Behandlung von Fisteln. Eine Resektion von Darmabschnitten wird im Gegensatz zur Colitis ulcerosa zurückhaltend durchgeführt, da die Rezidivrate mit bis zu 50% hoch ist, eine Heilung ist durch Resektion nicht zu erreichen. Im Gegensatz dazu stehen die operativen Komplikationen, sowie die postoperativen Komplikationen wie die Malabsorption bei Kurzdarmsyndrom. Besonders Strikturen entzündeter Abschnitte mit Subileus- und Ileussyndrom stellen eine Operationsindikation dar, eine Alternative zur Resektion stellt die Strikturoplastik dar, hierbei werden die kurzstreckig stenosierten Abschnitte durch Myotomie erweitert.

Die Bedeutung von spezifischen Diäten für die Prophylaxe wie auch für die Therapie des Morbus Crohn sind umstritten, empfohlen werden zum Beispiel Exclusionsdiäten, oder auch Elementardiäten, wobei Nahrungsmittelbestandteile, denen eine Rolle bei der Entstehung der Erkrankung zugeschrieben werden, gemieden werden sollen (Guthy 1988, Riordan 1993, Lochs 1994). Heaton

erreichte mit einer zuckerreduzierten Diät im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Zuckerreduktion eine signifikante Minderung der Hospitalisation (Heaton 1979).

2.2. Colitis Ulcerosa

2.2.1. Definition und klinische Merkmale

Die Colitis ulcerosa ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Colons, die im Gegensatz zum Morbus Crohn durch eine kontinuierliche Ausbreitung gekennzeichnet ist, ausgehend von der Rectumschleimhaut, die nahezu immer betroffen ist. Von dort aus breitet sich die entzündliche Infiltration oralwärts aus, wobei die Entzündung in der Regel auf die Dickdarmschleimhaut beschränkt bleibt. In seltenen Fällen können jedoch auch die letzten bis zu 20 cm des Ileums betroffen sein, hierbei spricht man dann von einer Backwash-Ileitis. Makroskopisch imponieren bei der Colitis ulcerosa im Rahmen der Coloskopie eine Hyperämie der Schleimhaut, es können auch petechiale Einblutungen auftreten. Typisch ist auch eine besondere Vulnerabilität der Schleimhaut, die auch die für die Colitis ulcerosa im Gegensatz zum Morbus Crohn häufigere Hämatochezie erklärt. Es treten ebenso Ulzerationen der Schleimhaut auf, die hier aber eher konfluierend erscheinen. Im Spätstadium kann die Schleimhaut völlig atrophisch imponieren. Gekennzeichnet ist der Entzündungsprozeß durch eine Infiltration der Mucosa und Submucosa, es ist also in der Regel nicht die gesamte Darmwand betroffen, was auch das Fehlen von Fistelbildungen und Fissuren erklärt. Abszesse treten in Form von Kryptenabszessen auf, beschränken sich also in ihrer Ausbreitung auch auf Mucosa und Submucosa. In Abhängigkeit von der anatomischen Ausdehnung der Entzündung variiert entsprechend auch das klinische Bild, bei der leichten Verlaufsform, die etwa 60% der Fälle betrifft, setzt der Patient mehrere eher kleinvolumigere Stühle ab, typisch ist die Beimengung von Schleim und Blut. Die leichten Verlaufsformen betreffen häufig nur das Rectum, also in Form einer Proktitis. Das Allgemeinbefinden der Patienten ist hierbei nur wenig beeinträchtigt. Mit zunehmender Ausdehnung des Areals betroffener Darmabschnitte steigt zumeist auch der Schweregrad der Erkrankung, der Patient leidet vermehrt unter abdominellen krampfartigen Schmerzen, bestehen die Schmerzen besonders bei der Defäkation spricht man von Tenesmen. Das Allgemeinbefinden ist zunehmend beeinträchtigt, hinzu treten subfebrile bis febrile Temperaturen. In etwa 10% der Fälle kommt es zum schweren Schub mit bis zu 30 wäßrigen Stühlen mit Blutbeimengung und septisch-toxischen Allgemeinerscheinungen wie Fieber und positivem Schockindex. Als Komplikation droht hier die Entstehung des toxischen Megacolons, das in etwa 2% der Fälle auftritt, wobei der Entzündungsprozeß die Darmwand durchwandert, es kommt zu einer Dilatation der Colonwand, die in eine Perforation oder eine Durchwanderungsperitonitis münden kann (Herold 1998, Rösch 1999). Die Behandlung des toxischen Megacolons erfordert eine intensivmedizinische Betreuung, die Letalität ist mit 30% hoch.

Die extraintestinalen Manifestationen der Colitis ulcerosa umfassen prinzipiell das selbe Spektrum wie die des Morbus Crohn, treten aber insgesamt sehr viel seltener auf. Lediglich die primär sklerosierende Cholangitis (PSC) hat eine höhere Prävalenz bei den Colitis-Fällen als bei den Crohn-Fällen. 70% der PSC-Patienten insgesamt leiden im Gegenzug auch an einer Colitis ulcerosa, die

Erkrankung mündet schließlich in eine biliäre Zirrhose, in 10 % der Fälle resultiert ein cholangiozelluläres Karzinom mit schlechter Prognose.

Eine weitere Komplikation bei der Erkrankung an Colitis ulcerosa ist das erhöhte Karzinomrisiko. Die Tumorentstehung folgt dabei der Dysplasie-Karzinom-Sequenz, das Risiko ist vom Ausmaß des Kolonbefalls und von der Erkrankungsdauer abhängig.

Die Colitis ulcerosa und der Morbus Crohn stellen zwei voneinander unabhängige Entitäten dar, sie kommen weder nebeneinander vor, noch kann eine Erkrankung in die andere übergehen. In bis zu 10% der Fälle ist die Diagnose jedoch nicht sicher zu stellen, diese Fälle werden als indetermierte Colitiden bezeichnet. Muß aufgrund einer fehlerhaften Zuordnung eine einmal gestellte Diagnose später revidiert werden spricht man im eigentlichen Sinne unkorrekterweise von „Konversionsfällen“.

2.2.2. Diagnose und Einteilung

Wird aufgrund der oben erwähnten klinischen Merkmale und der vom Patienten geäußerten Symptome die Verdachtsdiagnose einer Colitis ulcerosa gestellt, so gelten prinzipiell zunächst die selben diagnostischen Richtlinien wie bereits oben für den Morbus Crohn angeführt. Laborchemisch finden sich unspezifische Entzündungsparameter wie Leukozytose, Thrombozytose, erhöhte BSG, erhöhtes C-reaktives Protein, erhöhtes Fibrinogen und oft auch eine Infektanämie. In etwa 70% der Fälle können Auto-Antikörper vom Typ der Anti-Neutrophilen Cytoplasmatischen Antikörper (ANCA) nachgewiesen werden. Besonders die Abgrenzung zum Morbus Crohn verdient in der diagnostischen Phase besondere Aufmerksamkeit, aber auch die zu einer weiteren häufigen Differentialdiagnose, einer infektiösen Colitis. Hierzu wird wieder neben der Coloskopie, der Gastroskopie und der radiologischen Diagnostik auch eine mikrobiologische Untersuchung des Stuhls durchgeführt, wobei auch wieder nicht selten bakterielle Superinfektionen eine Rolle spielen.

Im Rahmen der Coloskopie, die nach Möglichkeit auch eine Beurteilung des terminalen Ileums beinhalten sollte um eine eventuelle Backwash-Ileitis zu dokumentieren, zeigt sich typischerweise die vom Rectum aus oralwärts kontinuierlich sich ausbreitende Entzündung der Kolonschleimhaut, mit Hyperämie, Petechien, multiplen unscharf begrenzten konfluierenden Ulzerationen, zwischen denen Inseln noch vorhandener Schleimhaut als Pseudopolypen erscheinen können. Stenosierungen sind für die Colitis ulcerosa nicht typisch, das Darmlumen zeigt sich vielmehr häufig erweitert, auffällig ist die ausgeprägte Vulnerabilität der Schleimhaut mit Kontaktblutungen im Verlauf der endoskopischen Untersuchung. Die mikroskopische Aufarbeitung der Biopsien zeigt die für die Colitis ulcerosa typischen Kryptenabszesse, sowie die Infiltration der Mucosa und Submucosa, Epitheloidzellgranulome wie beim Morbus Crohn fehlen. Die Schleimhaut zeigt eine reduzierte Dichte an Becherzellen, im Spätstadium ist sie atrophisch, unter Umständen finden sich bereits vereinzelt Epitheldysplasien. Sind die Epitheldysplasien schwer ausgeprägt, liegt damit ein hohes Risiko einer karzinomatösen Entartung vor, dieser muß durch rechtzeitige Indikationsstellung einer kompletten Proktocolektomie vorgebeugt werden.

Eine Einteilung der Colitis ulcerosa gemäß des Befallsmusters ist aufgrund des damit zu erwartenden schwereren Verlaufs als auch des erhöhten Karzinomrisikos bei fortgeschrittener Ausdehnung wichtig. Eine isolierte Proktitis mit entsprechend geringerem klinischen Impetus besteht in 40% der Fälle, eine

weitere Ausdehnung mit Beschränkung auf das linksseitige Colon in weiteren 40% der Fälle. Die Pancolitis, also ein Befall des gesamten Colons, macht die verbleibenden 20% der Fälle aus.

Die Verlaufsformen umfassen die chronisch rezidivierende Colitis in etwa 85% der Fälle, wobei die rezidivierenden Schübe durch Phasen vollständiger Remissionen abgelöst werden. Mitunter verbleiben die Patienten über Jahre hinweg in Remission. Der chronisch-kontinuierliche Verlauf macht etwa 10 % aller Fälle aus, hier ist eine vollständige Remission nicht zu erreichen, entweder die Erkrankung stagniert über längere Zeit in konstanter Aktivität, oder Phasen stärkerer Exacerbation wechseln mit Phasen geringerer Aktivität. Beim akut fulminanten Verlauf in 5% der Fälle setzt der Schub akut ein mit starker Beeinträchtigung des Patienten, es kommt zum septisch-toxischen Geschehen mit Fieber, heftiger Diarrhoe, Dehydratation, bis hin zum Schock, es droht die Entwicklung des toxischen Megacolons mit Peritonitis- und Perforationsgefahr. In diesem kritischen Stadium besteht eine Letalität von bis zu 30%.

Eine Einteilung des Schweregrades des einzelnen Krankheitsschubes in einen leichten, mittelschweren, oder schweren Krankheitsschub erfolgt im Rahmen verschiedener standardisierter Indices, die subjektive als auch objektivierbare somatische Parameter wie Körpertemperatur, und Frequenz und Qualität der Diarrhoen, als auch Laborparameter mit einbeziehen können. Die hierdurch ermittelten Schweregrade sind ausschlaggebend für die Therapieentscheidung.

2.2.3. Epidemiologie

Die Colitis ulcerosa ist eine Erkrankung der industrialisierten Länder der Nordhalbkugel, bei besonderer Häufung in Nordamerika und Nordeuropa besteht hierbei ein deutliches Nord-Süd-Gefälle und somit auch unterschiedliche Angaben bezüglich Inzidenz und Prävalenz der einzelnen Autoren in Abhängigkeit der Nationalität der Grundgesamtheit. Für Deutschland wird eine Inzidenz von 3 bis 10 Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohnern pro Jahr angegeben, aufgrund der Neigung der Erkrankung zur Chronifizierung liegt die Prävalenz jedoch deutlich höher und wird mit 40 bis 80 Fällen pro 100 000 Einwohner angegeben (Van Gossum 1996, Herold 1998, Rösch 1999). Weiße Bevölkerungsgruppen sind von der Colitis ulcerosa häufiger betroffen als Farbige, besonders Menschen jüdischer Herkunft tragen ein bis zu vierfach erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Das Erkrankungsrisiko von Frauen und Männern wird von einigen Autoren als gleich angegeben, andere geben ein erhöhtes Risiko für die männliche Bevölkerung an (Van Gossum 1996). Der Erkrankungsgipfel liegt geschlechtsunspezifisch zwischen dem 20. und 40 Lebensjahr. Eine familiäre Häufung wird mitunter beschrieben, ist jedoch offensichtlich nicht so deutlich ausgeprägt wie beim Morbus Crohn. Im Gegensatz zum Morbus Crohn scheint die Landbevölkerung in selbem Ausmaß von der Erkrankung betroffen zu sein wie die städtische Bevölkerung (Pinchbeck 1988). Die Lebenserwartung der Colitis ulcerosa-Patienten ist von der anatomischen Ausdehnung und der individuellen Therapieempfindlichkeit abhängig. Patienten mit ausschließlichem Rektumbefall und normalem Therapie-Response haben eine normale Lebenserwartung, bei schweren Verlaufsformen versterben 4 bis 6% der Patienten innerhalb des ersten Erkrankungsjahres (Rösch 1999). Die 10-Jahres-Mortalität wird bei der Pancolitis mit 5 bis 10 % angegeben, in diesem Kollektiv wird bei 25% der Betroffenen im Verlauf eine Proktocolectomie durchgeführt (Herold 1998). Eine Besonderheit der

Colitis ulcerosa im Vergleich zum Morbus Crohn liegt in der prinzipiellen Heilbarkeit der Erkrankung durch eine Proktocolectomie.

2.2.4. Ätiologie

Für die Colitis ulcerosa wird wie für den Morbus Crohn eine familiäre Häufung beschrieben, wobei die familiäre Prädisposition eine geringere Rolle zu spielen scheint. Die von Tysk et al. durchgeführte Zwillingsstudie, die im Kapitel Morbus Crohn bereits angeführt wurde, ergab eine Konkordanzrate von 6,3%, mit einem konkordanten Zwillingspaar von 16 monozygoten Paaren, gegenüber keinem konkordanten Paar unter den 20 dizygoten Zwillingspaaren (Tysk 1988). Verschiedene Arbeiten konnten eine signifikante Assoziation der Erkrankung zu Antigenen der HLA Klasse I und II zeigen, besonders HLA-B27 scheint hierbei im Vordergrund zu stehen, wobei eine Expression der HLA-Antigene mit der Ausbildung extraintestinaler Manifestationen im Zusammenhang steht, so zum Beispiel eine inflammatorische Gelenkbeteiligung. Patienten die einen Morbus Bechterew, also eine Spondylitis ankylosans entwickeln, sind dabei immer HLA-B27-positiv (Lapinski 2002). Eine autoimmunologische Komponente beziehungsweise ein immunregulatorisches Defizit im Rahmen der multifaktoriellen Genese ist allein aufgrund des gehäuften Auftretens anderer autoimmunologischer Erscheinungen als extraintestinale Manifestationen wahrscheinlich (Raedler 1982, Raedler 1992).

Anticolon-Autoantikörper scheinen eine stärkere Rolle als beim Morbus Crohn zu spielen, insbesondere im Zusammenhang mit dem erhöhten Auftreten der primär sclerosierenden Cholangitis bei Patienten mit Colitis ulcerosa. In bis zu 70% der Fälle von Colitis ulcerosa konnten die gegen die Colonschleimhaut gerichteten Autoantikörper nachgewiesen werden, wobei das Spektrum an diesen humoralen Immunfaktoren breit ist, und bisher kein einheitliches zentrales Muster festgelegt werden konnte, das für die Colitis ulcerosa als pathognomonisch angesehen werden könnte. Diskutiert werden Antikörper die unter anderem gegen Zellkernantigene oder Becherzellen gerichtet sind (Chapman 1986, Snook 1989, Hibi 1990, Snook 1991).

Infektiologischen Gesichtspunkten wird von verschiedenen Autoren eine unterschiedliche Gewichtung zugeordnet. Arbeiten die ein infektiöses Agens viraler oder bakterieller Art als direkte Ursache vermuten stehen solchen gegenüber, die im Rahmen einer gestörten Immunregulation eine Aktivierung autoimmunologischer Prozesse durch infektiöse Agenzien sehen. Es wurde, wie auch bereits zuvor beim Morbus Crohn berichtet, von erfolgreichen Therapieversuchen mit Antibiotika berichtet, wobei signifikante Identifizierungen verschiedener Keime berichtet werden (Bohr 2004, Isaacs 2004).

Die erhöhte Inzidenz der Colitis ulcerosa in höher entwickelten Ländern der Nordhalbkugel läßt neben einem Hinweis auf eine genetische Disposition auch die Vermutung eines signifikanten Einflusses von Umweltfaktoren zu, wobei der Gebrauch von Nahrungsinhaltsstoffen, Zahncreme und Umweltnoxen Ziel verschiedener Untersuchungen waren. Eine abnorme Besiedelung der Darmschleimhaut bedingt durch qualitativ gesteigerte hygienische Bedingungen, die wiederum die oben erwähnte Initialisierung defizitärer Immunregulationsmechanismen verursachen könnte, wird diskutiert (Ekbohm 2004).

Zigarettenkonsum scheint im Gegensatz zum Morbus Crohn einen protektiven Faktor darzustellen, was sowohl die Inzidenz als auch den Verlauf der Erkrankung betrifft, dies wird jedoch durch die Risiken für das cardiopulmonale System aufgehoben (Cosnes 2004).

Die Vielfalt der verschiedenen Mechanismen und angeschuldigten Faktoren, ohne daß im Rahmen intensiver Forschungsarbeiten eine einheitliche Ausrichtung zu erkennen wäre, läßt sowohl bei der Colitis ulcerosa, wie auch beim Morbus Crohn, den Schluß zu, daß es sich hierbei um zwei Entitäten handelt deren Genese nur multifaktoriell bedingt sein kann. Dieser Ansatz spiegelt sich auch in Begriffen wie dem Psychoneuroimmunologischen Mechanismus wider. Auf die besondere Rolle der psychischen Faktoren wird später noch eingegangen.

2.2.5. Therapie

Die Therapie der Colitis ulcerosa ist entsprechend der nach wie vor ungeklärten Ätiologie der Erkrankung eine symptomatische, wobei trotz der divergenten Ansichten bezüglich der Rolle psychischer Faktoren im Kontext der Pathogenese die Psychosomatik neben den rein somatischen Disziplinen ihren festen Platz in der interdisziplinären Versorgung der Colitis ulcerosa-Patienten innehat. Die somatische Therapie orientiert sich am Schweregrad des einzelnen Schubes, als auch an der individuellen Schwere der Erkrankung im Allgemeinen, die beispielsweise durch die Schubhäufigkeit oder die Dauer der Hospitalisationsphasen beschrieben werden kann. Die medikamentöse Therapie orientiert sich weitgehend an einem Stufenschema, wobei die Basis in der Anwendung von Aminosalizylaten besteht. Die Salizylate gehören zur Gruppe der Nicht-Steroidalen-Anti-Rheumatika und entwickeln ihre antiphlogistische Wirkung über eine Hemmung der Cyclooxygenase. Da eine Medikamentenwirkung erst im terminalen Ileum und in den weiter distal gelegenen Dickdarmabschnitten erwünscht ist und eine Resorption in den oberen Dünndarmabschnitten zu verhindern ist, liegen die Aminosalizylate entweder in ihrer Galenik durch Ummantelung als Retardpräparate vor, oder durch Koppelung an Sulfapyridin als sogenanntes Schleppermolekül als Salazosulfapyridine, oder durch Koppelung zweier Moleküle der 5-Aminosalizylsäure als Azodisalizylat. In den letzten beiden Formen wird durch bakterielle Spaltung im Colon dort das Salizylat freigesetzt. Als Therapieoption für Linksseiten- und Proktocolitiden liegen Darreichungsformen zur rektalen Anwendung als Klysmen vor.

Bei mittelschweren Schüben kommen zusätzlich zu den Aminosalizylaten Corticosteroide in mittlerer Dosierung zur Anwendung, zum Beispiel in Form von Prednisolon mit 50mg/die. Sobald eine Remission erreicht ist erfolgt stufenweises Ausschleichen der Steroidtherapie, um das Risiko der Nebenwirkungen einer Langzeittherapie wie Stammfettsucht oder Muskel- und Hautatrophien zu minimieren. Auch die Corticosteroide liegen für die Proktocolitiden als Klysmen vor. Die topische Wirksamkeit kann durch Anwendung als Einläufe auch auf höhere Abschnitte ausgeweitet werden.

Besonders bei schweren Verläufen und bei Therapieresistenz kommen auch Immunsuppressiva wie zum Beispiel Azathioprin zum Einsatz, deren Wirksamkeit jedoch nicht so deutlich wie beim Morbus Crohn zu sein scheint. Ihr therapeutischer Wert wird somit kontrovers diskutiert (Goldstein 1987). Im schweren Schub kann darüber hinaus eine Entlastung des Darmes und Versorgung des Patienten durch eine totale parenterale Ernährung indiziert sein. Im Gegensatz zum Morbus Crohn existiert bei

der Colitis ulcerosa die Option einer Rezidivprophylaxe mittels einer Dauermedikation mit Aminosalizylaten über mehrere Jahre, hierauf können Auslaßversuche unternommen werden (Herold 1998).

Die Indikation zur chirurgischen Intervention wird zum einen in der Akutsituation gestellt bei der sogenannten fulminanten Colitis mit septischem Bild, beim toxischen Megacolon, bei drohender oder stattgehabter Perforation, und bei schweren Blutungen. Hierbei wird eine zweizeitige Versorgung angestrebt mit zunächst subtotaler Colectomie und Stomaanlage. In einer zweiten Operation kann dann eine Zurückverlagerung des Stomas und die totale Proktocolectomie erfolgen. Eine elektive Operationsindikation wird bei Therapieresistenz, besonders häufigen oder schweren Schüben, und bei hohem Karzinomrisiko gestellt. Hierbei kann in einer Operation neben der Proktocolectomie eine kontinenserhaltende ileoanale J-Pouch-Anlage erfolgen. Die Operationsletalität wird mit 3% angegeben, als Komplikationen können sich unter anderem eine Stuhlinkontinenz oder eine sogenannte Pouchitis ergeben. Angemerkt sei, daß durch die Proktocolectomie eine Heilung der Colitis ulcerosa im Gegensatz zum Morbus Crohn möglich ist.

Die aktuelle Bandbreite der psychosomatischen und psychiatrischen Therapieoptionen bei Colitis ulcerosa-Patienten erstreckt sich von supportiven Therapieformen wie der assoziativen Maltherapie oder Entspannungstherapieverfahren bis hin zur tiefenpsychologischen Psychotherapie, wobei die Indikation zur einen oder anderen Therapieform neben der Akzeptanz durch den Patienten auch vom somatischen Verlauf der Erkrankung abhängt. In somatisch schwerwiegenden Krankheitsphasen kommen hierbei eher supportive Maßnahmen in Betracht, während eine explorative, tiefenpsychologisch orientierte Behandlung unter Umständen erst zum Ende einer somatisch-klinischen Behandlung möglich ist. Die supportiven Behandlungsformen können zum Beispiel Ängste und Regressionsneigungen der Patienten im direkten Zusammenhang mit der Erkrankung und ihren psychosozialen Folgen wie Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz oder familiären Problemen aufdecken und behandeln, und sind für ein breiteres Spektrum an Betroffenen geeignet. Im Gegensatz dazu ist die Indikation zu einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie äußerst sorgfältig zu stellen, das Kollektiv der Patienten die von einer derartigen Behandlung profitieren ist wahrscheinlich schon aufgrund der deutlich geringeren sozialen Akzeptanz sehr viel kleiner. Im Rahmen der tiefenpsychologischen Therapie gilt es, reaktive Erscheinungen wie eine erhöhte Depressivität als Folge der Erkrankung, von eventuellen prämorbid strukturellen Defiziten des Patienten abzugrenzen. Ziel ist unter anderem eine Analyse internalisierter Konflikte sowie deren Verarbeitung, als auch Aufdeckung möglicher Ich-Störungen und deren Korrektur (Feiereis 2002).

Abgesehen von den kontrovers diskutierten, möglichen Einflüssen einer psychosomatischen Betreuung auf die Rezidivneigung kann eine Therapie im Remissionsintervall dem Patienten hilfreich für den Weg zurück in den Alltag des Familien-, Berufs-, also des sozialen Lebens ganz allgemein, sein. Auch können im vorangegangenen Schub erlebten reaktiven Psychopathologien für bevorstehende Krankheitsphasen vorgebeugt werden, nicht zuletzt auch durch eine Stärkung der Arzt-Patienten-Beziehung.

3. Die Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen aus psychosomatischer Sicht – eine Literaturanalyse

So kontrovers die Diskussion um die Ätiologie des Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa geführt wird, so mannigfaltig ist auch das Feld der Publikationen und die zum Teil konträren Meinungen der Autoren. Finden sich noch Anmerkungen einzelner Kollegen in älteren Publikationen die eine unzureichende Auseinandersetzung der einzelnen medizinischen Disziplinen, wie auch der Psychosomatik, mit dem Morbus Crohn bemängeln, so steht einem heutzutage eine Fülle an Veröffentlichungen zur Verfügung, wobei besonders auf dem Gebiet der Psychosomatik eine zumindest zahlenmäßige Dominanz der deutschsprachigen Veröffentlichungen auffällt, aber auch zahlreiche Arbeiten aus den Vereinigten Staaten, Italien, den skandinavischen Ländern und England vorliegen. Aus der Fülle der Publikationen kann die vorliegende Literaturanalyse nur exemplarisch gelten und erhebt sicherlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

3.1. Geschichte der Auseinandersetzung der Psychosomatik mit den Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen

Prinzipiell sollten aus psychosomatischer Sicht die Colitis ulcerosa und der Morbus Crohn als eigenständige Entitäten der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen betrachtet werden. Die somatische Differenzierung der beiden Krankheitsbilder bietet im Rahmen der etablierten diagnostischen Standards mittels Endoskopie und histologischer Aufarbeitung nur mehr selten Schwierigkeiten. Im Gegensatz hierzu kommt es jedoch in zahlreichen psychosomatischen Arbeiten zu Unschärfen in der differenzierten Betrachtung der beiden Krankheiten. So werden die Ergebnisse einiger Arbeiten, die zwischen den beiden Patientenkollektiven keine signifikanten Unterschiede der Persönlichkeiten und der Interaktionen zwischen Soma und Psyche konstatieren konnten, offensichtlich von vielen Autoren bereits zum Anlaß genommen, bereits von vornherein nicht mehr zwischen beiden Entitäten zu differenzieren. In der Durchsicht der Publikationen scheint dieser Trend in den angloamerikanischen Arbeiten vorzuherrschen, in denen häufig nur mehr von den IBDs, also den Inflammatory Bowel Diseases, die Rede ist. Dabei sollte doch die zumeist eindeutige somatische Differenzierung und die hieraus sich ergebenden unterschiedlichen Therapieoptionen Anlaß genug sein für eine Disziplin, die sich sowohl der psychischen wie auch der somatischen Nosologie verpflichtet hat, auf eine differenzierte psychosomatische Betrachtung zu bestehen. Darüber hinaus belegt die Mehrheit der Arbeiten nach wie vor Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven, wobei diese zumeist an einzelne psychische Variablen geknüpft sind, kohärente krankheitsspezifische Bilder jedoch fehlen (McKegney 1970). Reindell unterstützt unter Anwendung psychometrischer Tests sowie eines halbstandardisierten Interviews die Hypothese verschiedener Persönlichkeitsstrukturen. Er beschreibt die Crohn-Patienten als depressiver, ängstlicher und rigider im Vergleich zu den Colitis ulcerosa-Patienten (Reindell 1981). Leibig konnte in einer Studie an 30 Colitis ulcerosa- und 30 Crohn-Patienten unter Anwendung des Freiburger Persönlichkeits Inventars (FPI) sowie eines standardisierten Interviews keine relevanten Unterschiede herausarbeiten (Leibig 1985), zu einem ähnlichen Ergebnis kam Ahrens in einer Studie an 22 Colitis ulcerosa- und 22 Crohn-Patienten, wobei

hier eine Tendenz zur Unterdrückung von Affekten sowie eine etwas höhere Affinität zu psychotherapeutischen Therapieoptionen bei den Colitis ulcerosa-Patienten beschrieben wurde (Ahrens 1986). Tarter fand bei Morbus Crohn-Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung eine höhere Lebenszeit-Prävalenz für psychische Störungen wie Depressivität, Ängstlichkeit und Panikstörungen. Eine erhöhte Prävalenz für diese Diagnosen konnte für Colitis ulcerosa-Patienten dabei nicht festgestellt werden (Tarter 1987). Probst untersuchte ein Kollektiv von 63 Patienten mit Morbus Crohn und 58 Patienten mit Colitis ulcerosa anhand des Fragebogens zur Sozialen Integration (FSI) und des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI). Es zeigte sich, daß bei den Crohn-Patienten die Adaptationsvorgänge und Einschränkungen im beruflichen und privaten Bereich deutlich mehr von der Krankheitsaktivität abhängen als bei Patienten mit Colitis ulcerosa. Im Rahmen des FPI zeigten sich für beide Gruppen signifikante Ergebnisse bezüglich der Variablen Nervosität, Gehemmtheit und eingeschränkte Aggressivität, wobei wiederum für die Patienten mit Morbus Crohn die Werte deutlich mehr mit der aktuellen Krankheitsaktivität korrelierten als bei den Colitis-Patienten (Probst 1990).

Betrachtet man beide Krankheitsentitäten getrennt für sich, so beschäftigen sich verschiedene Arbeiten mit der Frage, ob überhaupt für den Morbus Crohn, oder die Colitis ulcerosa, im Vergleich zur Normalbevölkerung Unterschiede bezüglich der Persönlichkeitsstruktur bestehen. Interessant ist hierbei die Entwicklung der Sichtweise wie auch des Selbstverständnisses der Psychosomatik. So sind vor allem ältere Arbeiten geprägt von subjektiven Kasuistiken und Erfahrungsberichten und dem Anspruch der monokausalen Nosologie. Die klinische Evidenz ist nach wie vor ein leitendes Element unter den beteiligten Klinikern. Auch wenn diese Veröffentlichungen von jahrelangen umfassenden Erfahrungen der Untersucher, sowie intensiver Auseinandersetzung mit der Thematik geprägt sind, so entbehren sie doch häufig aufgrund niedriger Fallzahlen und vorgeschalteter Selektion des untersuchten Kollektivs jeglicher Repräsentativität, und werden dem heutigen Anspruch von Allgemeingültigkeit und Validität empirischer Arbeiten nicht mehr gerecht. Die Mehrheit der psychischen Variablen die mit den betrachteten Krankheiten in Verbindung gebracht werden, wurden jedoch in dieser Phase der wissenschaftlichen Auseinandersetzung geprägt. Durch Operationalisierung der beschriebenen Auffälligkeiten sowie Entwicklung adäquater Instrumente zur Erfassung derselbigen war eine empirische Überprüfung in der Folge erst möglich. Durch Erkenntnisse bezüglich der Pathogenese sowohl den Morbus Crohn als auch die Colitis ulcerosa betreffend, die fächerübergreifend zum Beispiel die Genetik, die Immunpathologie und die Neuroendokrinologie mit einbezieht, wie oben bereits berichtet wurde, wurde ein Paradigmenwechsel hin zur multifaktoriellen Ätiologie obligat.

So wird ein auffälliger psychologischer Befund wie zum Beispiel unterdrückte Aggressivität bei 36 von 47 untersuchten Morbus Crohn-Patienten bereits von Stewart beschrieben (Stewart 1949). In einer Metaanalyse an Material von 39 Morbus Crohn-Patienten berichtet Whybrow von einer passiven Abhängigkeit (Whybrow 1968). Sperling berichtet aus der Sicht eines Psychoanalytikers über Erfahrungen im Umgang mit einzelnen Patienten mit Colitis ulcerosa. Der Therapieeffekt wird in der kasuistischen Darstellung als positiv beschrieben (Sperling 1957, Sperling 1959). In einer vergleichbaren Falldarstellung von insgesamt drei Patienten die an Ulcuskrankheit, an Morbus Crohn, und an Colitis ulcerosa litten, führt Savitt die Ätiologie der Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen auf eine Somatisierungsstörung durch konflikthafte Besetzung der Darmfunktion

zurück (Savitt 1977). Einen interessanten Rückschluß zieht Sheffield aus der Tatsache, daß über einen Zeitraum von sechs Jahren zehn Patienten mit Morbus Crohn an seine psychiatrische Ambulanz überwiesen wurden, während bei definiertem Einzugsbereich bei mit einer der Normalbevölkerung vergleichbaren psychiatrischen Morbidität entsprechend der Prävalenz des Morbus Crohn nur ein Fall in über zwanzig Jahren zu erwarten gewesen wäre. Auf dem Boden der hieraus abgeleiteten Vermutung einer höheren Prävalenz psychiatrischer Störungen wurde eine Studie an 28 Patienten mit Morbus Crohn der besagten Ambulanz durchgeführt, unter Anwendung des Eysenck Persönlichkeitsinventars und des Manifest Anxiety Scales zeigten sich die Patienten gegenüber den Testnormen und einer Gruppe von 17 chronisch somatisch kranken Patienten als signifikant introvertierter, neurotischer und ängstlicher (Sheffield 1976). Im Rahmen einer explorativen Untersuchung von 13 Patienten mit Morbus Crohn, die sich fast alle im akuten Schub befanden, ohne daß jedoch genauere somatische Parameter angegeben werden, findet Feline vier Patienten mit zwanghaften, vier Patienten mit ängstlich-depressiven, und fünf Patienten mit passiv-abhängigen Eigenschaften. Eine einheitliche, typische Crohn-Persönlichkeitsstruktur ist für die Autoren aus diesen Daten nicht ableitbar (Feline 1979). Die These einer psychosomatischen Genese des Morbus Crohn wird auch durch die Befunde von Burtscheid unterstützt, der bei 34 Patienten mit gesichertem Morbus Crohn Auffälligkeiten im Sinne gehemmter Aggression und Selbstunsicherheit, wie auch rekonstruierbare auslösende Lebensereignisse im Rahmen eines psychoanalytischen Interviews findet (Burtscheid 1983). Crocket bezweifelte die Existenz einer charakteristischen Crohn-Persönlichkeit, er findet keinen Anhalt für eine besondere Abhängigkeit zu Bezugspersonen der Patienten. Auch scheinen für ihn emotional belastende Lebensereignisse für die Krankheitsauslösung nicht relevant zu sein (Crocket 1952). Zweifel an der psychosomatischen Genese des Morbus Crohn äußerte auch Feldman. Er verglich anhand eines standardisierten Interviews die Persönlichkeiten von 19 Patienten mit Morbus Crohn und einer Kontrollgruppe von 74 Patienten mit anderen gastroenterologischen Erkrankungen. Er konnte weder ein höheres Niveau an psychischen Auffälligkeiten, noch vermehrt adäquate Stressoren im Sinne von auslösenden Lebensereignissen bei den Patienten mit Morbus Crohn feststellen (Feldman 1967).

Während die Frage nach der hypothetischen prämorbid bereits manifesten Crohn-Persönlichkeit auf die dogmatische Einstufung der Erkrankung als dem psychosomatischen Formenkreis zugehörig abzielt, so räumen Konzepte einer multifaktoriellen Krankheitsgenese der Psychosomatik neben einer gewissen Rolle in der Krankheitsauslösung auch einen Platz in der Verlaufsbeeinflussung ein. Einen signifikanten Zusammenhang zwischen psychiatrischem Befund gemäß DSM-III und einer schlechteren Prognose fand Andrews bei 91 untersuchten Morbus Crohn-Patienten, während ein solcher Zusammenhang bei den 71 Colitis ulcerosa-Patienten nicht belegt werden konnte. Die Lebenszeit-Prävalenz psychiatrischer Diagnosen lag bei beiden Erkrankungen auf annähernd gleichem Niveau (Andrews 1987). Dieser Befund suggeriert bereits das mögliche Vorhandensein einer Subgruppe unter den Morbus Crohn-Patienten mit psychologischer Auffälligkeit und entsprechend schlechterem Verlauf, im Gegensatz zum Kollektiv der Colitis ulcerosa-Patienten.

Whybrow vermutet nach Durchführung einer Metaanalyse bei 39 Patienten mit gesichertem Morbus Crohn eine Beeinflussung der Rezidivwahrscheinlichkeit durch psychologische Faktoren, der bereits geschädigte Darm des Morbus Crohn-Patienten scheint diesen psychisch zu vulnerabilisieren. Einen

Hinweis auf eine krankheitsauslösende Funktion psychischer Faktoren sehen die Autoren nicht, vielmehr sehen sie eine psychische Alteration als Folge der schweren chronischen Erkrankung, sowie der häufigen chirurgischen Interventionen und der oft notwendigen Corticoidtherapie (Whybrow 1968). Unter Anwendung des Ich-Funktions-Ratings von Bellak (Bellak 1973) versucht Hartkamp eine Analyse der Ich-Funktion von Morbus Crohn-Patienten. Untersucht und verglichen werden drei Gruppen, 25 Alkoholiker, 25 Patienten mit dem Befund einer Neurose, sowie 25 Patienten mit Morbus Crohn. Hartkamp beschreibt für die Crohn-Patienten eine Störung in den Bereichen der Realitätsprüfung und des Abstraktionsvermögens, und weist auf Ähnlichkeiten dieser Gruppe mit Patienten mit anderen psychosomatischen Krankheiten hin (Hartkamp 1993).

Federschmidt berichtet in einer Querschnittsuntersuchung mittels Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren (z.B. das FPI und die Symptom-Check-List SCL 90-R) an 97 Morbus Crohn-Patienten sowie einer 100 Personen umfassenden Kontrollgruppe über eine Korrelation zwischen Psychodynamik und somatischen Parametern. So zeigten Patienten mit geringer Ausprägung primitiver Abwehrmechanismen bessere Prognosen auf.

Besonderes Interesse auf dem Feld der psychosomatischen Forschung im Zusammenhang sowohl mit dem Morbus Crohn als auch mit der Colitis ulcerosa ruht auf der Theorie der Lebensereignisse, den sogenannten Life Events, also den psychosozialen Stressoren und ihres Einflusses auf die Manifestation der Erkrankungen, die Auslösung von Schüben, beziehungsweise die Modulation des Krankheitsverlaufs. Vor allem Objektverlustereignisse scheinen hierbei im Vordergrund zu stehen (Paulley 1971). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt, wie bereits oben angeführt, Burtscheid in einer Studie an 34 Patienten mit Morbus Crohn (Burtscheid 1983). Auch Freyberger und Studt berichten Anhand psychologischer Interviews von auslösenden Ereignissen, die mit dem Krankheitsbeginn bei Patienten mit Morbus Crohn in zeitlicher Korrelation stehen, wobei Objektverlustereignisse hervorgehoben werden (Freyberger 1982, Studt 1986).

Im Rahmen einer longitudinalen Studie vergleicht v. Wietersheim 57 Patienten mit Morbus Crohn mit 51 Patienten mit Colitis ulcerosa. Für keine der beiden Gruppen findet sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer somatischen Krankheitsaggravierung und vorausgegangenen emotionalen Belastungen. Es zeigt sich lediglich ein Zusammenhang bei den Morbus Crohn-Patienten zwischen der punktuellen Krankheitsaktivität und Belastungen, wie beispielsweise Verlustereignissen (v. Wietersheim 1991).

Zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen Untersuchungen zu Auffälligkeiten in Familien von Betroffenen. Petzold beschreibt die Familienstruktur von Colitis-Patienten als geschlossenes, die Patienten einbindendes System, während die Familien den Crohn-Patienten keinen Rückhalt zu bieten scheinen. Die Patienten sind frühzeitig aus dem Familienverbund herausgelöst (Petzold 1977). Jantschek hingegen kann eine spezifische Familienstruktur bei Morbus Crohn-Patienten nicht festlegen (Jantschek 1989).

3.2. Aktueller Stand der Forschung

Eine Kontroverse in den psychosomatischen Arbeiten die für die Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen psychische Auffälligkeiten der Betroffenen konstatieren können, ist die Frage nach den kausalen Zusammenhängen zwischen Psyche und Soma. Bisweilen als selbstverständlich werden psychische Variablen als Konstanten und prämorbid bestehend angesehen. Eine formale Abgrenzung zwischen prämorbid bereits vorhandenen strukturellen Störungen und im Verlauf der chronischen und schweren Erkrankung aufgetretenen, also reaktiven Störungen ist jedoch problematisch, und durch die meisten Studienkonzepte nicht zu erbringen. Hiervon betroffen sind vor allem potentiell volatile Eigenschaften, affektive Störungen wie Depressivität oder Aggressivität. Tarter fand für eine untersuchte Gruppe an Morbus Crohn-Patienten beispielsweise eine erhöhte Lebenszeit-Prävalenz für die Diagnosen Depressivität, Ängstlichkeit und Panik-Störungen, wobei lediglich für die Panik-Störungen eine erhöhte Prävalenz vor Erstmanifestation des Morbus Crohn belegt werden konnte (Tarter 1987). Problematisch in diesem Zusammenhang ist auch die Auswahl der Vergleichsgruppen, die in den meisten Fällen aus gesunden Personengruppen bestehen und somit unspezifische Effekte einer chronischen Erkrankung nicht neutralisieren können. Hinweise auf prämorbid Strukturen finden sich zum einen in der Betrachtung struktureller Elemente der Persönlichkeit, die durch Lebensereignisse und -umstände weniger beeinflussbar sein sollen. Eine weitere Methode mit der die prämorbid Struktur des Patienten zu erfassen versucht wird ist die Untersuchung von Patienten im ausreichend langen Remissionsintervall, in dem sich die Patienten von möglichen krankheitsbedingten psychischen Veränderungen wieder erholt haben sollen (Leibig 1985). Einzig klärend in diesem Punkt wäre eine Prospektivstudie, die ein gesundes Bevölkerungskollektiv erfasst und somit auch die prämorbid Eigenschaften derer die später an einem Morbus Crohn erkranken werden. Aufgrund der niedrigen Inzidenz der Erkrankung ist aber ein derartiges Projekt nicht vertretbar.

Die theoretische Grundlage der psychosomatischen Forschung hat über die vergangenen Dekaden einen Paradigmenwechsel erfahren, von der Theorie der Triebe hin zur Analyse der Objektbeziehungen (Kernberg 1989, Küchenhoff 1993). Vorwiegend in älteren Arbeiten wird im Rahmen klinischer Erfahrungsberichte, oder einzelner Kasuistiken, der präsentierte Casus aus psychosomatischer Sicht ganzheitlich und facettenreich dargestellt, einer psychoanalytischen Typisierung werden auf dem Feld der Psychosomatik einzelne autonome somatische Körperfunktionen gegenübergestellt. Während diese Arbeiten sich somit einer Vergleichbarkeit mit anderweitigen Darstellungen weitestgehend entziehen, so werden in neueren Arbeiten durch Anwendung standardisierter psychometrischer Test und Interviews, sowie durch die Operationalisierung der untersuchten Entitäten die Persönlichkeitsstrukturen zwar vergleichbar, jedoch künstlich fraktioniert. Eine Typisierung des Kollektivs erfolgt nunmehr anhand einzelner operationalisierter Eigenschaften, die mittels speziell für diesen Zweck entwickelter psychometrischer Tests quantifizierbar sein sollen, wie die Depressivität, Ängstlichkeit, Abhängigkeit, Gehemmtheit und die Alexithymie (Probst 1990, Verissimo 1998). Hierbei werden in den verschiedenen Arbeiten Belege für signifikante Korrelationen für eine Vielzahl an Konstellationen dieser Eigenschaften geliefert. Über die Ausprägung alexithymer Eigenschaften führt Taylor eine Untersuchung an 10 Morbus Crohn-

Patienten, 10 Colitis ulcerosa-Patienten und 20 psychoneurotischen Patienten an. Es zeigt sich eine stärkere Reduktion emotional-verbaler Ausdrucksmöglichkeiten bei den beiden Gruppen der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gegenüber der Gruppe der Psychoneurotiker, während innerhalb der beiden Gruppen der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sich keine signifikanten Unterschiede ergeben (Taylor 1982).

Aus den entstandenen multifaktoriellen Konzepten zur Ätiopathogenese ergibt sich der Boden für interdisziplinäre Behandlungsangebote. Die psychosomatischen Abteilungen der spezialisierten Häuser sehen sich dabei zunehmend mit supportivem Behandlungsbedarf konfrontiert, also mit den somatopsychischen Krankheitsfolgen. Hieraus ergibt sich beispielsweise die Frage nach der Lebensqualität der Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Küchenhoff berichtet über eine höhere Lebenszufriedenheit und emotionale Stabilität der Patienten in der Remissionsphase im Vergleich zu Patienten die sich im akuten Krankheitsschub befinden. Abwehrmechanismen und Coping sind einem dynamischen Prozeß im Krankheitsverlauf unterworfen (Küchenhoff 1993). Andrews ermittelt in einer Studie an 91 Morbus Crohn-Patienten und 71 Colitis ulcerosa-Patienten eine signifikante negative Korrelation zwischen der Remissionstendenz und dem Vorliegen eines pathologischen Befundes unter Anwendung des Hospital Anxiety and Depression-Scale (HAD), wobei den Variablen Ängstlichkeit und Depression veränderliche, also potentiell krankheitsdependente Eigenschaften zugeschrieben werden (Andrews 1987). Verissimo untersuchte den Einfluß der Alexithymie, ermittelt anhand des Toronto Alexithymia Scale (TAS 20), sowie der emotionalen Kontrolle anhand des Emotional Expression and Control-Scale (EEC), auf die Lebensqualität von 74 Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Die Lebensqualität wurde durch das Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) ermittelt, hierbei konnten die Alexithymie wie auch die emotionale Selbstkontrolle als signifikante Prädiktoren der Lebensqualität bei den untersuchten Patienten identifiziert werden (Verissimo 1998). Feline leitet aus dem Befund einer depressiv-ängstlichen Persönlichkeit bei vier von 13 psychiatrisch untersuchten Morbus Crohn-Patienten die Notwendigkeit einer psychiatrischen Mitbetreuung ab (Feline 1979).

In der Durchsicht der Veröffentlichungen die sich mit den psychosomatischen Aspekten der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen auseinandersetzen läßt sich wie oben in diesem Kapitel dargestellt also ein Trend feststellen. Ausgehend von einer frühen Auffassung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen als Entitäten des psychosomatischen Formenkreises auf der Grundlage triebtheoretischer Überlegungen, geprägt von einer hohen klinischen Evidenz für die involvierten Kliniker und einer kasuistischen Beleuchtung des wissenschaftlichen Feldes kommt es in der Folge im Rahmen der Operationalisierung und der Standardisierung der psychiatrischen Diagnostik mit entsprechenden Anforderungen an Validität, Reproduzierbarkeit und Komparabilität zu einem Schisma der Forscher auf der Basis inkohärenter, statistisch geprägter Ergebnisse bezüglich der Ätiopathogenese der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, wobei gleichzeitig ein Paradigmenwechsel hin zur objektbeziehungsorientierten Psychoanalyse stattfindet. In der Folge etabliert sich ein breites Feld an Klinikern, die den psychischen Befunden eine Krankheitsdependenz, also eine somato-psychische Achse zuschreiben, wobei den psychosomatischen Aspekten nunmehr lediglich eine Rolle bei der weiteren Beeinflussung des Krankheitsverlaufs zugesprochen werden. Im Rahmen der zunehmend interdisziplinären Ansätze in der Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn

und der Colitis ulcerosa hat sich auch die Denkweise bezüglich der Ätiopathogenese gewandelt. Versuchten in frühen Arbeiten einzelne Autoren die Genese der Erkrankungen in ihr eigenes Betätigungsfeld zu ziehen, also zum Beispiel um aus dem Morbus Crohn ein Mitglied der klassischen psychosomatischen Krankheitsbilder zu machen, so wird nun im weitesten Sinne von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen, mit vielfachen Erklärungsansätzen bezüglich der verschiedenen Interaktionsmöglichkeiten der einzelnen beteiligten Faktoren. In der Folge wurden Begriffe wie das biopsychosoziale Modell geprägt, Begriffe, die bereits per se auf die Pluralität der vermuteten ätiopathogenetisch relevanten Faktoren hinweisen. Das psychoneuroimmunologische Modell postuliert eine immunmodulatorische Wirkung der Psyche des Betroffenen auf die Immunlage des Gastrointestinaltraktes über das Bindeglied der Neurotransmitter (Stacher 1986).

Bei der überwiegenden Mehrheit der Arbeiten wird das Kollektiv der Patienten innerhalb jeder der beiden Diagnosen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa als homogenes Kollektiv angesehen. Diese Homogenität wird bezüglich des Morbus Crohn jedoch von verschiedenen Autoren deutlich angezweifelt (Reindell 1981, Andrews 1987, Tarter 1987, Keller 2004). Schon allein auf dem Boden der vermuteten, oben bereits besprochenen multifaktoriellen Genese der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erscheint eine Homogenität des Patientenkollektivs, die Existenz zum Beispiel eines alleinigen Morbus Crohn-Typus, als äußerst zweifelhaft. Es stellt sich also die Frage, ob es sich bei den Patienten mit Morbus Crohn nicht vielmehr um ein heterogenes Kollektiv handelt, wobei die einzelnen distinkten Untergruppen durch verschiedene Persönlichkeitsmerkmale differenziert werden könnten. Dies könnte die klinische Evidenz einer psychosomatischen Genese der Erkrankung die von einzelnen Autoren immer wieder angeführt wird erklären. Da eine mögliche Untergruppe mit einer psychischen Störung, die eine Manifestation der somatischen Erkrankung begünstigen würde, unter Umständen mit einer erhöhten Bereitschaft zur Konsultierung psychosomatisch orientierter Einrichtungen vergesellschaftet sein könnte, wäre auch dieser Faktor eine Erklärung für das Evidenzgefühl verschiedener Klinikerguppen. Das Konzept der Heterogenität des Morbus Crohn-Patientengutes ist jedoch nichts neues. Mit dieser Frage der Untergruppenbildung haben sich bereits verschiedene Autoren auseinandergesetzt, wobei bisher kein einheitliches Konzept gefunden werden konnte, das die recht verschiedenen Phänotypisierungen in der Geschichte der psychosomatischen Auseinandersetzung mit dem Morbus Crohn erklären könnte. In einer Untersuchung anhand eines psychoanalytischen Interviews an 52 Patienten mit Morbus Crohn konnte v. Wietersheim kein einheitliches Persönlichkeitsmerkmal für das Gesamtkollektiv eruieren. Eine Clusteranalyse ergab jedoch sieben Untergruppen, wobei die beiden größten Gruppen zum einen ein Kollektiv mit gehemmter Aggression und engen Familienbindungen, und zum anderen ein Kollektiv mit betonter Unabhängigkeit, Aggressivität und Krankheitsverleugnung darstellen (von Wietersheim 1994). Künsebeck führte im Rahmen einer Longitudinalstudie an 110 Patienten mit Morbus Crohn eine Clusteranalyse durch, mit der Differenzierung von vier verschiedenen Verlaufsformen, gemessen über einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Verschlechterung der Körpersymptomatik und dem Ausmaß an Depressivität, sowie im Gegenzug eine Besserung der depressiven Symptomatik bei Besserung der somatischen Beschwerden. Künsebeck sieht hierin einen Beleg für die Krankheitsdependenz der psychischen Beschwerden (Künsebeck 1993). Wie bereits zuvor konstatiert stellt Depressivität jedoch vielmehr einen nicht

überdauernden Befund dar, und sollte von zeitunabhängigen Strukturmerkmalen abgegrenzt werden. Eine randomisierte Multicenterstudie mit dem Ziel, den Effekt einer psychiatrischen Therapie auf den somatischen Verlauf der Erkrankung bei 108 Morbus Crohn-Patienten zu belegen, konnte keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, Psychotherapie vs. rein somatische Behandlung, bezüglich des somatischen Verlaufs sichern. Auch hier wurde auf das mögliche Vorliegen von Untergruppen verwiesen, anhand derer ein Kollektiv von Patienten bestimmt werden könnte das wie in anderen Arbeiten zuvor beschrieben von einer psychiatrischen Betreuung profitieren könnte (Keller 2004).

4. Das Konzept der Persönlichkeitsstruktur und der Persönlichkeitsstörungen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Analyse der Heterogenität der Patientenkollektive mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen unter psychologischen Gesichtspunkten, eine Heterogenität die wie weiter oben bereits ausgeführt von verschiedenen Autoren in früheren Arbeiten mit unterschiedlichen Ergebnissen bereits postuliert wurde (Künsebeck 1993, von Wietersheim 1994). Bezüglich des Morbus Crohn wird von Klinikern immer wieder von einer hypothetischen „Crohn-Persönlichkeit“ gesprochen, eine Entität, die bisher jedoch mit den gebräuchlichen analytischen Instrumenten nicht greifbar gemacht werden konnte, so daß die Existenz einer derartigen spezifischen Persönlichkeit in Zweifel geraten ist. Eine mögliche Auflösung dieses Phänomens könnte die Definierung eben einer auffälligen Untergruppe unter den Patienten mit Morbus Crohn darstellen, einer Untergruppe, die die von verschiedenen Klinikern beschriebenen psychologischen Merkmale vereint und für das konstatierte Evidenzgefühl für die Existenz einer ebensolchen spezifischen Persönlichkeit verantwortlich ist.

Die Inkohärenz der unterschiedlichen Ergebnisse wie auch eine nur schwierige Vergleichbarkeit derselben beruht neben der Problematik heuristischer Gesichtspunkte sicherlich auch auf einer mangelhaften, da nicht einheitlich repräsentierten theoretischen Basis psychischer Störungen wie auch deren Instrumentalisierung. Insbesondere im Rahmen der Gewinnung sowie Interpretation empirischer Daten, mehr noch bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse verschiedener Arbeitsgruppen ist eine derartige gemeinsame, und somit reproduzierbare, erkenntnistheoretische Basis unverzichtbar, neben der Instrumentalisierung der diagnostischen Kriterien, die eine valide und vergleichbare Datenerhebung mittels standardisierter Testinstrumente erst möglich macht.

Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM)

Die Forderung nach einer einheitlichen Klassifizierung geht zurück auf epidemiologische Fragestellungen bezüglich Morbiditäten verschiedener Erkrankungen in unselektierten Gesamtbevölkerungen, wobei der Einsatz der Klassifikationssysteme zu Beginn noch weit von den Bedürfnissen und der Akzeptanz von Seiten der Kliniker entfernt war. Die Koexistenz verschiedener Klassifikationssysteme besteht bis zum heutigen Tage, mit entsprechender problematischer Vergleichbarkeit bzw. Übertragbarkeit der instrumentalisierten Entitäten, wengleich auch eine deutliche Tendenz der Annäherung zumindest der zwei wichtigsten Klassifikationssysteme zu erkennen ist, des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM), und der International Classification of Diseases (ICD).

Auf die Forderung in einem sich im Rahmen der Industrialisierung sich im Umbruch befindenden Europa hin nach einem internationalen Klassifikationssystem zur einheitlichen Nomenklatur von Todesursachen Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die „International Classification of Diseases“ in Europa eingeführt. Mit der sechsten Version (ICD 6) übernahm die WHO 1948 die Verantwortung für die weitere Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung des diagnostischen Klassifikationssystems. Ebenso seit 1948 sind mit der ICD 6 auch psychiatrische Diagnosen in die Systematik mit aufgenommen worden, die sich zunächst noch an der Klassifikation innerhalb eines Vorläufers des

weiter unten näher erläuterten Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM) orientierte. Aufgrund der geforderten internationalen Gültigkeit und Anwendbarkeit der ICD mit allen erforderlichen Berücksichtigungen soziokultureller Besonderheiten der Länder aller Kontinente, distanzierte sich die psychiatrische Nosologie der ICD in den folgenden Jahren von der angloamerikanischen Systematik des DSM. Erst mit dem Erscheinen des DSM IV und der ICD 10 wurde gezielt auf eine erneute Annäherung der beiden Systeme Wert gelegt (Saß 1996).

Die Ursprünge des Diagnostical and Statistical Manuals for Mental Disorders (DSM) gehen zurück auf epidemiologische Erhebungen bezüglich Psychopathologien im Rahmen eines Volkszensus von 1840. Bei der Volkszählung 1880 enthielt das Klassifikationssystem sieben Kategorien für Psychopathologien (Manie, Melancholie, Monomanie, Parese, Demenz, Dipsomanie, Epilepsie), in der 1917 von der Vorläuferorganisation der American Psychiatric Association veröffentlichten Fassung gab es bereits 22 Kategorien. 1933 wurde die Systematik in der Standard Nomenclature of Diseases übernommen. Die 1921 gegründete American Psychiatric Association war schließlich seit 1934 für die Weiterentwicklung der Klassifikation verantwortlich, aus der 1952 auch in Anlehnung an die damals gültige ICD 6 die erste Version des Diagnostical and Statistical Manuals for Mental Disorders (DSM) hervorging. Es erhob als Handbuch psychischer Störungen erstmalig Anspruch auf Anwendbarkeit im klinischen Bereich. Die Weiterentwicklung DSM II erschien 1968 (APA 1994).

Mit der Einführung des DSM III im Jahre 1980 wurde das multiaxiale Diagnosesystem eingeführt, wobei die Persönlichkeitsstörungen, neben den geistigen Behinderungen, auf einer eigenen Achse II von den übrigen klinischen Störungen oder Zuständen der Achse I abgegrenzt wurden. Das multiaxiale System gliedert sich wie folgt:

- Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme
- Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen
- Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren
- Achse IV: Psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme
- Achse V: Global Assessment of Functioning- (GAF) Scale

Darüber hinaus bemühte sich das DSM III um eine neutrale Operationalisierung der Diagnosen, also um eine Einführung eindeutiger diagnostischer Kriterien die sich weitestgehend an validierten Erhebungen orientieren sollten. Hierdurch wurde der wissenschaftlichen Entwicklung neuer strukturierter und standardisierter Tests Rechnung getragen. Eine Revision des multiaxialen Systems erfolgte nach sieben Jahren klinischen Einsatzes mit dem DSM III-R 1987.

Eine intensive Reevaluierung der enthaltenen Diagnosen sowie der nosologischen Kriterien im Rahmen von Metaanalysen neu gewonnener empirischer Datensätze in nosologischen Fragestellungen, sowie Felduntersuchungen durch das National Institute of Medicine and Health (NIMH) ergaben 1994 als weitere Neuentwicklung das DSM IV. Aufgrund einer engen Zusammenarbeit der Arbeitsgruppen die an der Entwicklung sowohl des DSM IV als auch der 1992 veröffentlichten ICD 10 beteiligt waren, kann eine deutliche Angleichung der beiden Klassifikationssysteme verzeichnet werden. 2000 wurde bereits eine neue evidenzbasierte Textrevision (DSM IV-TR) vorgelegt (APA 2000).

Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen in DSM IV-TR

Die Persönlichkeitsstörungen sind im DSM IV-TR der Achse II zugeordnet. Als allgemeines Merkmal aller Persönlichkeitsstörungen gilt ein kontinuierliches, von den jeweiligen soziokulturellen Erwartungen abweichendes Erlebnis- und Verhaltensmuster mit Beginn im frühen Erwachsenenalter. Die Störung ist tiefgreifend, unangepaßt und unflexibel und führt zur Beeinträchtigung des Betroffenen. Auffälligkeiten in mindestens zwei der folgenden sechs Kriterien sollten bestehen:

- A) Kognition, Affektivität, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen oder Impulskontrolle
- B) Das Erlebnis- und Verhaltensmuster ist in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen unflexibel und tiefgreifend
- C) Es führt in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen zu Beeinträchtigungen, bzw. zu subjektivem Leiden
- D) Das Muster ist stabil und lang andauernd und kann bis in das frühe Erwachsenenalter zurückverfolgt werden
- E) Das Muster ist nicht Manifestation oder Folgeerscheinung einer anderen psychischen Störung
- F) Es geht nicht auf eine Substanzwirkung oder auf die Wirkung eines medizinischen Faktors zurück.

Es werden innerhalb der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen insgesamt 10 verschiedene Entitäten kategorial unterschieden und in drei Clustern zusammengefasst:

Cluster A (sonderbar-exzentrisch)

- Paranoide Persönlichkeitsstörung: Mißtrauen, Argwohn, Motive anderer werden als böswillig ausgelegt
- Schizoide Persönlichkeitsstörung: Distanziertheit in sozialen Beziehungen, eingeschränkte Bandbreite emotionaler Ausdrucksmöglichkeiten
- Schizotypische Persönlichkeitsstörung: Starkes Unbehagen in nahen Beziehungen, Verzerrungen des Denkens und der Wahrnehmung, eigentümliches Verhalten (z.B. Sprechweise, Überzeugungen)

Cluster B (impulsiv-unberechenbar)

- Antisoziale Persönlichkeitsstörung: Mißachtung und Verletzung der Rechte anderer, ausbeuterische Beziehungsmotive
- Borderline-Persönlichkeitsstörung: Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild, in Affekten. Deutliche Impulsivität
- Histrionische Persönlichkeitsstörung: Übermäßige Emotionalität, Heischen nach Aufmerksamkeit
- Narzißtische Persönlichkeitsstörung: Gefühl der Großartigkeit des Selbst, Ringen nach Bewunderung, mangelhafte Empathie gegenüber anderen

Cluster C (ängstlich-vermeidend)

- Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung: Soziale Hemmung, Gefühl der Unzulänglichkeit, Überempfindlichkeit gegenüber Kritik
- Dependente Persönlichkeitsstörung: Unterwürfiges, anklammerndes Verhalten, übermäßiges Bedürfnis nach Umsorgung
- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung: Ständige Beschäftigung mit Ordnung, Perfektionismus, Kontrolle

Zusätzlich ist die „Nicht Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörung“ aufgeführt für Störungen, die die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen, aber entweder nicht einer der spezifischen Persönlichkeitsstörungen zugeordnet werden können, oder einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden können die nicht auf der Achse II verzeichnet ist (aber z.B. im Anhang des DSM IV) (Saß 2003).

Theorie der Persönlichkeitsstörungen nach Otto F. Kernberg

Die prominente Rolle der Persönlichkeitsstörungen wie auch die Progredienz der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Entität zeigt sich schon in der Zuordnung der Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV auf einer eigenen Achse II, diese Besonderheit besteht seit der Einführung von DSM III (APA 1980). Eine Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen wurde bereits durch Kraepelin vorgenommen (Kraepelin 1910), bekannt ist auch die Einteilung der Charakterstörungen, dem Vorläuferterminus der Persönlichkeitsstörungen, in orale, anale, und genitale Charaktere durch Freud. Clarkin sieht jedoch insbesondere durch die Instrumentalisierung dieser Gruppe im Rahmen der Klassifikation durch das DSM, das sich in der Anwendung durch ein breites Publikum an Psychotherapeuten und Psychoanalytikern etabliert hat, eine besondere aktuelle Stimulierung des wissenschaftlichen Interesses mit entsprechender Zunahme der Anzahl der Veröffentlichungen auf diesem Gebiet (Clarkin 1996). Dies zeigt sich ebenso durch die Einführung verschiedener Tests wie beispielsweise des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), die neben der Möglichkeit eines standardisierten Screeningverfahrens, unter sowohl für den Untersucher als auch für den Probanden vereinfachten Bedingungen wie zum Beispiel dem Aspekt des Selbsterhebungsverfahrens, auch für den Kliniker supportiv das klinische Interview strukturieren und reproduzierbar machen können. Die Instrumentalisierung des Konstrukts der Persönlichkeitsstörung hat somit auch zur Erhebung einer Fülle empirischer Daten beigetragen, als auch die Diskussion bezüglich der Theorie der Persönlichkeitsstörungen im Sinne von erklärenden Modellen die mit den empirischen Befunden in Einklang zu bringen sind, erneut reanimiert. Eine exemplarische Darstellung verschiedener Theorien der Persönlichkeitsstörungen bietet Clarkin, in seiner Gegenüberstellung von Modellen wie zum Beispiel dem kognitiven Modell, oder dem psychoanalytischen Modell von Kernberg, geht er auf Fragen ein wie die Problematik zwischen dimensionaler und kategorialer Erklärungsmodelle, die Frage der Stabilität überdauernder Persönlichkeitseigenschaften gegenüber volatiler Zustände, oder der multifaktoriellen Genese der Persönlichkeitsstörungen wie zum Beispiel der Rolle neurobiologischer Faktoren (Clarkin 1996). Mit der Entwicklung der Forschung auf dem Gebiet der

Persönlichkeitsstörungen modifiziert sich auch die Vorstellung der Prävalenz der Erkrankung, die aktuell von verschiedenen Autoren im Bereich der 10%-Marke angesiedelt wird (Clarkin 1996, Weissmann 1993).

Als Grundlage der Überlegungen, die zur Durchführung der vorliegenden Studie geführt haben, soll an dieser Stelle das Psychoanalytische Modell von Kernberg beschrieben werden. Kernberg sieht in seinem psychoanalytisch orientierten Modell der Persönlichkeitsstörungen eine Synthese sowohl kategorialer als auch dimensionaler Aspekte. Ein rein kategorialer Ansatz, wie er gerne von Klinikern herangezogen wird, da hierbei ein bestehender Symptomkomplex explizit einzelnen differenzierbaren Störungen zugeordnet werden kann, wird problematisch durch die Frage der Wahl der Einschlusskriterien, als auch der Bandbreite der Nosologie und der Trennschärfe zwischen den einzelnen Kategorien. Der dimensionale Ansatz der zur Grundlage von Modellen wie zum Beispiel dem Fünf-Faktoren-Modell wurde, ist in seinen Augen zu abstrakt in der Repräsentanz der mitunter komplexen klinischen Symptomatik der Patienten, und gleichzeitig auch zu streng an den normativen Erklärungsmodellen der normalen Persönlichkeit der akademischen Psychologie orientiert. Hierbei manifestiert sich auch das Problem der Orientierung diagnostischer Kriterien an oberflächlich anzusiedelnden Verhaltensmustern, wohingegen Kernberg vielmehr die diesen Mustern zugrundeliegenden Strukturen der Persönlichkeitsorganisation berücksichtigen will. In seinem psychoanalytischen Ansatz bilden Störungen im Verlauf der Internalisierung von Objektbeziehungen als auch in der individuellen Entwicklung von Affektantworten mit den entsprechenden Konsequenzen für die übergeordneten Triebmomente tragende Elemente. Frühe Traumatisierungen wie beispielsweise physische Gewalt oder sexueller Mißbrauch können sich in pathologischer Aggression manifestieren, die besonders bei den schwereren Persönlichkeitsstörungen dominierend wirkt (Kernberg 1996).

Das Persönlichkeitsmodell setzt sich für Kernberg aus verschiedenen Facetten zusammen, die für sich dimensionale Aspekte der Persönlichkeitsorganisation beschreiben.

Die Reaktion eines Individuums auf unterschiedliche externe Reize im Sinne von Reizantworten werden als Affektantworten bezeichnet. Das Temperament als wesentliches Element der Persönlichkeitsstruktur bestimmt die Antwortschwelle als auch die Intensität des Affektes als individuelle Reaktion auf einen gegebenen Stimulus. Diese konstitutionelle Disposition ist für Kernberg überwiegend genetisch determiniert, also angeboren. Hier scheint der Ansatzpunkt neurobiologischer Faktoren mit einzuwirken, eine Veränderung der Homöostase von Neurotransmittern könnte zu einer Schwellenveränderung affektiver Reizantworten führen.

Daneben sieht Kernberg im Charakter eines Individuums sein spezifisches Verhaltensmuster durch das seine Identität, die Ich-Funktion und die Ich-Struktur zum Ausdruck kommen. Diese Organisation der Verhaltensmuster bildet einen weiteren elementaren Bestandteil des Persönlichkeitskonstruktes.

Als weitere Determinanten der Persönlichkeitsorganisation werden die psychoanalytischen Konstrukte des Über-Ich als moralisch-ethische Werteinstanz aufgeführt, als auch das konfliktbehaftete, triebmotivierte Es.

Kernberg charakterisiert die normale Entwicklung der Persönlichkeit durch vier Aspekte:

1) Die Ich-Identität wird im Wesentlichen bestimmt durch ein integriertes Konzept des Selbst und wichtiger Anderer, als Bedingung für ein adäquates Maß an Selbstbewußtsein, der Fähigkeit einer

emotionalen Zuwendung, sozialen Bewußtseins, und der Fähigkeit einer reifen Bindung unter gleichzeitiger Wahrung der notwendigen Autonomie.

2) Eine stabile, reife Ich-Identität ist die Grundlage für eine adäquate Fähigkeit zur Kontrolle von Affekten und Impulsen, zur Zuwendung und Auseinandersetzung mit anderen Individuen, zur Entfaltung in beruflichen und privaten Tätigkeiten, ausgedrückt durch die Ich-Stärke.

3) Ein reifes integriertes Über-Ich ermöglicht die Entwicklung von ethisch fundierter Entscheidungsfähigkeit, Verantwortlichkeit, sowie konsistenter Fähigkeit zur Selbstkritik durch die Internalisierung eines stabilen, moralisch-ethischen Wertesystems.

4) Die adäquate und doch zugleich befriedigende Kontrolle über libidinöse, beziehungsweise aggressive Impulse bildet laut Kernberg den vierten Aspekt einer normalen Persönlichkeitsstruktur. Selbstsicherheit und Über-Ich-abhängige Vermeidung unangepaßter Aggressivität ermöglichen die emotionale Beziehung zu Anderen, unter Wahrung eigener Bedürfnisse.

Die normale Entwicklung der Persönlichkeit knüpft Kernberg an die individuelle Internalisierung von Objektbeziehungen als wesentliche Voraussetzung für eine normale Ich-Identität. Diese Entwicklung gliedert sich in verschiedene Phasen, mit den entsprechenden Möglichkeiten der Störungen der einzelnen Entwicklungsphasen. Zunächst die symbiotische Phase, repräsentiert durch die symbiotische Fusion des Selbst und der fürsorgenden Mutter als Objektrepräsentanz. Hierbei werden verschiedene sich gegenseitig ablösende Affektzustände unterschiedlicher Intensität durchlaufen, wobei sich in den Abschnitten hoher Affektivität die übergeordneten Triebe, Libido und Aggression, manifestieren. In der Phase der Individuation-Separation kommt es zu einer progredienten Differenzierung zwischen dem Selbst und dem Bezugsobjekt, wobei die affektive Qualität der Interaktion gespaltenen Charakter durch Attribuierung rein positiver oder rein negativer Qualitäten zeigt. Diese Phase wird abgelöst durch die integrierende Auflösung der gespaltenen Objektrepräsentanzen im Sinne von ambivalenzfähigen realistischen Beziehungen mit wichtigen Anderen.

Die dargestellte Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur manifestiert sich auch in der Entwicklung der Über-Ich-Funktion mit negativ-verbietenden, verfolgenden Impulsen, im Wechsel mit idealisierenden Belegungen, resultierend in ausgeglichenen, realistischen Eigenschaften der Über-Ich-Funktion, entsprechend der Phase der Objektkonstanz der Persönlichkeitsentwicklung.

Besonderen Stellenwert besitzen die den positiven und negativen Affekten übergeordneten Triebe der Libido und der Aggression. Sind die Affekte wie oben erwähnt angeborene Modalitäten die zur primitiven Vermittlung physiologischer Bedürfnisse dienen, so werden sie als Antriebsmomente im Verlauf der weiteren Entwicklung in den Trieben der Libido und der Aggression integriert (Kernberg 1975, Kernberg 1996).

Störungen im Verlauf der eben dargestellten Entwicklungsstufen können zu Störungen der Persönlichkeitsstruktur führen, die Kernberg entsprechend der Dimensionen der Schwere, und des Grades der Introversion/ Extraversion einteilt. Anhand der Schwere der Störung läßt sich die Psychotische Persönlichkeitsstörung mit den atypischen Psychosen als schwerste Störung abgrenzen, gefolgt von den niedrig organisierten Borderline-Störungen (Schizoid, Paranoid, Hypochondrisch, Schizotypisch, Hypomanisch, Maligner Narzißmus, Antisozial, in der Reihenfolge steigender Extraversion). Die höher organisierten Borderline-Störungen umfassen den Sado-

Masochistischen Typ, die Zykllothymie, den Histrionischen und den Dependenden Typ. Die Störungen geringster Schwere werden auch als neurotische Persönlichkeitsorganisationen bezeichnet und umfassen den Obsessiv-Kompulsiven Typ, den Depressiv-Masochistischen Typ, sowie den Hysterischen Typ (wiederum in der Reihenfolge steigender Extraversion).

Die Psychotische Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch mangelhafte Ich-Identität, also einem defizitären Konzept des Selbst und Wichtiger Anderer, durch Identitätsdiffusion, vorwiegend primitiver Abwehrmechanismen, sowie einem Verlust an Realitätsprüfung.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung weist ebenso eine mangelhafte Ich-Identität im Sinne einer Identitätsdiffusion auf, die primitiven Abwehrmechanismen zeigen sich überwiegend in Spaltungstendenzen. Borderline-gestörte Patienten verfügen jedoch über eine ausreichende Realitätsprüfung, was laut Kernberg diese Störung durch eine entsprechende Fixierung mit der Phase der Separation-Individuation korreliert (Kernberg 1975, Kernberg 1996). Die Schizoide Störung ist hierbei eher durch sozialen Rückzug gekennzeichnet und wird hiermit auf der Achse der Introversion/ Extraversion auf der Seite der Introversion angesiedelt, die Impulsivität der Borderline-Patienten in ihren sozialen Interaktionen ist als Extraversion zu deuten. Die Paranoide Persönlichkeit zeigt Abwehrmechanismen im Sinne von Projektion auf das Umfeld, mit resultierendem Bedürfnis der Kontrolle des verfolgenden Umfeldes. Die Hypochondrische Persönlichkeit hingegen projiziert die verfolgenden Objekte in das Innere seines Körpers.

Eine besondere Stellung nimmt in diesem Formenkreis die Gruppe der Narzißtischen Störungen ein, mit einem Defizit der Über-Ich-Organisation, dem Merkmal des grandiosen Selbst als Pseudo-Ich-Stärke bei pathologischem Ich-Konzept. Ein völliges Fehlen regulierender Über-Ich-Instanzen kennzeichnet die schwerste Form, die Antisoziale Persönlichkeit.

Eine Gruppe, die zwar Charakteristika der Borderline-Störung aufweist, aber über eine zufriedenstellende soziale Adaptation sowie über eine gewisse Integration der Ich- und Über-Ich-Funktion verfügt, bildet die Gruppe der Höheren Borderline-Persönlichkeitsorganisation.

Die Neurotische Persönlichkeitsorganisation verfügt über eine normale Ich-Identität, eine adäquate Impulskontrolle und Fähigkeit zur Zuwendung und Verantwortlichkeit im Sinne von Ich-Stärke, wird jedoch durch unbewußte Schuldgefühle in interpersonellen Aktivitäten, insbesondere im Erleben der Sexualität, gehemmt, durch ein überstrenge, bestrafendes Über-Ich. Zu dieser Gruppe der Störungen gehört die Obsessiv-Kompulsive Störung, die Depressiv-Masochistische Störung, sowie die Hysterische Störung mit höchstem Ausmaß an Extraversion (Kernberg 1975, Kernberg 1996).

5. Fragestellung der vorliegenden Arbeit

Ausgehend von der immer wiederkehrenden Anmerkung von Klinikern bezüglich einer angeblich evidenten psychischen Besonderheit der Patienten mit Morbus Crohn wie auch der Patienten mit Colitis ulcerosa, und den im Gegensatz dazu stehenden uneinheitlichen Befunden der empirischen psychosomatischen Forschung, die bisher kein einheitliches Konzept bezüglich einer psychosomatischen oder psychopathologischen Typisierung des Patientenkollektivs als geschlossene Entität erbringen konnte, aber auch keine schlüssige Subtypisierung durch eine valide Untergruppenbildung, möchte die vorliegende Arbeit einen erneuten Versuch einer Untergruppenbildung anhand psychischer Variablen innerhalb der Gruppen der Patienten mit Morbus Crohn, wie auch der Patienten mit Colitis ulcerosa, unternehmen.

5.1. Ziele

Gezeigt werden soll anhand einer schlüssigen, nachvollziehbaren Untergruppenbildung mit einer begrenzten Anzahl von Untergruppen, die durch eine begrenzte Anzahl von psychischen Variablen klar definiert werden können, daß das Kollektiv der Patienten die von der Diagnose eines Morbus Crohn betroffen sind, nicht homogen ist. Vielmehr wird vermutet, daß eine abgrenzbare Population mit psychisch auffälligem Profil disponierter ist als die jeweils anderen Gruppen für besonders schwere Krankheitsverläufe, beziehungsweise dementsprechend übernormal häufig in der Gruppe der Patienten zu finden ist, die anhand klinischer Parameter aktuell an einem ausgeprägt schwereren Schub zu leiden hat. Eine Identifizierung einer derartigen Subpopulation könnte eine Erklärungsgrundlage für das Phänomen des persistierenden Gefühls der mit der Behandlung von Patienten mit Morbus Crohn involvierten Kliniker sein, die wiederholt von einer evidenten strukturellen Auffälligkeit des von ihnen behandelten Patientengutes berichten, als auch der Tatsache, daß breit angelegte Studien, die die Identifizierung eines auffälligen „Crohn-Typus“ innerhalb des Gesamtkollektivs zum Ziel hatten, bisher keinen kohärenten Befund erbringen konnten. Die Eigenschaften einer derartigen, zahlenmäßig eher als klein zu vermutenden, Untergruppe hätten sich in, einer möglichen Inhomogenität des Kollektivs nicht Rechnung tragenden Arbeiten in der Varianz des sehr viel größeren Gesamtkollektivs aufgelöst. Eine derartige, für phänomenologische Diskussionen wichtige, Inhomogenität wird in diesem Ausmaß bezüglich des klärenden Gewichtes für das Kollektiv der Patienten mit Colitis ulcerosa nicht erwartet, aufgrund der immer wiederkehrenden Diskussion bezüglich der Abgrenzbarkeit sowohl aus somatischer als auch aus psychosomatischer Sicht, als auch zum direkten Vergleich als eine weitere „Kontrollgruppe“ mit sehr ähnlicher somatischer Belastungssituation und einem entsprechenden Hintergrund psychosomatischer Forschung, wie auch nicht zuletzt aus historischen Gründen, wird die Untersuchung in gleichem Umfang an Patienten mit Colitis ulcerosa durchgeführt. Auch in der Literatur erhält die Frage bei Colitis ulcerosa-Patienten nach möglichen Subgruppierungen nicht den selben Stellenwert wie in Arbeiten, die sich mit dem Morbus Crohn auseinandersetzen.

Wurde in bisherigen Studien die Existenz einer auffälligen Persönlichkeit der Morbus Crohn-Patienten im allgemeinen angezweifelt, wie auch eine klärende Untergruppenbildung nicht erbracht, so konnte auch die Indikation und Effizienz psychotherapeutischer Behandlungsregimes im Rahmen interdisziplinärer Ansätze durch empirisch-prospektive Untersuchungen nicht nachgewiesen werden. Eine schlüssige Untergruppenbildung würde auch eine differenziertere Reevaluation der psychotherapeutischen Möglichkeiten eben in einer kleinen Population der Morbus Crohn-Patienten implizieren.

5.2. Hypothesen

Ausgehend vom in Kapitel 4 erläuterten Konzept der Persönlichkeitsorganisation, dessen theoretischer Hintergrund maßgeblich von Kernberg geprägt wurde, enthält die in der vorliegenden Arbeit eingesetzte Testbatterie psychometrische Fragebögen, die der Beurteilung der Persönlichkeitsorganisation und eventueller Störungen der Persönlichkeit des einzelnen Teilnehmers dienen. Den diagnostischen Kriterien des DSM-IV wird hierbei ebenso Rechnung getragen. Erfasst werden die Identitätsdiffusion und Primitive Abwehr durch das IPO, sowie die Qualität der Abwehr durch das DSQ, es erfolgt ein Zuordnungsverfahren zu den im DSM-IV aufgeführten Kategorien der Persönlichkeitsstörungen durch das SCID II, eine Beurteilung der Alexithymie durch das TAS 20, eine Beurteilung der interpersonellen Beziehungsmuster durch das IIP-C, und ein Borderline-Persönlichkeits-Screening durch das BPI. Schließlich erfolgt eine Zuordnung der Teilnehmer zu Bindungsstil-Prototypen nach Pilkonis.

Aus den ermittelten Daten sollen folgende Fragestellungen bearbeitet werden:

- a) Kann aus den ermittelten Daten eine Untergruppe mit auffälliger Persönlichkeitsorganisation unter den Patienten mit Morbus Crohn ermittelt werden?
- b) Besitzt eine gegebenenfalls gefundene Persönlichkeitsorganisation eine höhere Inzidenz als:
 - in der Gruppe der Patienten mit Colitis ulcerosa und/ oder
 - in der Kontrollgruppe?
- c) Besteht eine signifikante Korrelation zwischen der Zuordnung der Patienten mit Morbus Crohn zu dieser Untergruppe und:
 - einem besonders schweren Krankheitsverlauf, und/ oder
 - einer besonders hohen aktuellen Aktivität der Erkrankung?
- d) Kann innerhalb des Kollektivs der Colitis ulcerosa-Patienten eine vergleichbare signifikante Korrelation belegt werden zwischen Zuordnung zur jeweiligen Untergruppe und
 - einem besonders schweren Krankheitsverlauf, und/ oder
 - einer besonders hohen aktuellen Aktivität der Erkrankung?
- e) Welche Prävalenz haben als alexithym eingestufte Teilnehmer im Vergleich der Gruppen der:
 - Patienten mit Morbus Crohn
 - Patienten mit Colitis ulcerosa
 - Kontrolle?

f) Gibt es eine signifikante Korrelation zwischen als alexithym eingestuften Patienten mit Morbus Crohn und:

- einem besonders schweren Krankheitsverlauf, und/ oder
- einer besonders hohen aktuellen Aktivität der Erkrankung?

f) Gibt es eine signifikante Korrelation zwischen als alexithym eingestuften Patienten mit Colitis ulcerosa und:

- einem besonders schweren Krankheitsverlauf, und/ oder
- einer besonders hohen aktuellen Aktivität der Erkrankung?

g) Welche Verteilung besitzt die Zuordnung der Teilnehmer zu den Bindungsstil-Prototypen in der Gruppe der

- Patienten mit Morbus Crohn
- Patienten mit Colitis ulcerosa
- Kontrolle?

h) Zeigen Patienten mit Morbus Crohn in einer oder mehrerer dieser Bindungsstil-Prototypen:

- einen besonders schweren Krankheitsverlauf, und/ oder
- eine besonders hohe aktuelle Aktivität der Erkrankung?

i) Zeigen Patienten mit Colitis ulcerosa in einer oder mehrerer dieser Bindungsstil-Prototypen:

- einen besonders schweren Krankheitsverlauf, und/ oder
- eine besonders hohe aktuelle Aktivität der Erkrankung?

6. Methodik

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Querschnittsstudie, also um eine einzeitige Erhebung. Die klinisch-somatischen Daten als auch die psychometrische Untersuchung erfolgen anhand eines standardisierten, anonymisierten Selbsterhebungsbogens, der von den Probanden zu Hause ausgefüllt und anonym per Post zur Auswertung zurückgeschickt wurde. Die klinisch-somatischen Daten wurden teils aus Mehrfachauswahlfragen, teils aus Freitextangaben ermittelt. Die psychometrische Testbatterie besteht durchwegs aus anerkannten Einzeltests in Form von Mehrfachauswahlfragen oder Ja-Nein-Fragen.

6.1. Untersuchte Kollektive

a) Internistische Ambulanz für Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen

Die auch chronologisch vom Erhebungsablauf her erste Gruppe an Patienten umfaßt sowohl Morbus Crohn- als auch Colitis ulcerosa-Patienten der Internistischen Ambulanz für Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen („Crohn-Sprechstunde“) der Medizinischen Klinik II des Klinikums Rechts der Isar der Technischen Universität München. In dieser spezialisierten Ambulanz werden zum einen Patienten poststationär fachkompetent weiterbetreut, also Patienten, die wegen ihrer Grunderkrankung einen stationären Aufenthalt in der Medizinischen Klinik, oder nach invasiver Interventionsnotwendigkeit auch Chirurgischen Klinik, durchlaufen haben. Aber auch rein ambulante Patienten werden auf Empfehlung oder entsprechend eigenen Nachforschungen in dieser Ambulanz vorstellig. Etwa 200 Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in mehr oder minder regelmäßiger Betreuung durch diese Fachambulanz, wobei Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Fälle etwa gleich stark vertreten waren. Zwei internistische Fachärzte stehen jeweils Dienstag sowie Donnerstag nachmittags den Patienten zur Verfügung, wobei klinische Verlaufsbeurteilungen erhoben, Laboruntersuchungen durchgeführt, Indikationen für konsiliarische Vorstellungen in anderen Fachabteilungen, oder Indikationen für ein eventuelles weiteres chirurgisches Vorgehen gestellt, sowie Modifikationen der medikamentösen Therapie durchgeführt werden. Nicht selten entscheidet der internistische Kollege in Absprache mit dem Patienten auch über eine konsiliarische Vorstellung in der psychosomatischen Abteilung im Hause.

Über einen Zeitraum von 13 Monaten zwischen Februar 1999 und März 2000 wohnte etwa zweimal pro Monat einer der Autoren den Sprechstunden bei. Im Verlauf einer Sprechstunde wurden zwischen drei und sechs Patienten konsultiert, nach Abzug eventuell aus Vortermine bereits bekannter Patienten ergaben sich somit jeweils zwischen einem und fünf Patienten je Sitzung denen im Anschluß an die medizinische Konsultation die vorliegende psychosomatische Studie mit der Bitte um Teilnahme vorgestellt wurde. Hierbei wurde ausnahmslos jeder noch nicht bekannte Patient angesprochen, bei dem sicher entweder ein Morbus Crohn, oder eine Colitis ulcerosa diagnostiziert worden ist. Patienten mit noch unklarer Diagnose wurden nicht in die Studie mit aufgenommen. Bezüglich des Alters, oder der vorangegangenen Behandlung der Erkrankung, oder sonstiger somatischer oder soziodemographischer Parameter, gab es keine Ausschlüsse.

Eteilte der Patient sein Einverständnis an der Studie teilzunehmen, so wurde ihm ein vollständiger Fragebogen mit somatischem wie psychometrischem Fragenteil ausgehändigt, sowie ein Merkblatt in dem die anonyme Auswertung der Studie nochmals schriftlich versichert wurde, ein Merkblatt das den anonymen sowie kostenfreien Versand mittels vorfrankiertem Briefumschlag erläuterte, sowie ein vorfrankierter Briefumschlag. Die teilnehmenden Patienten wurden auf die Notwendigkeit eines vollständigen sowie korrekten Ausfüllens des Fragebogens nochmals gesondert hingewiesen. Gegebenenfalls wurde im Einzelfall die medizinische Anamnese nochmals detailliert erörtert.

An insgesamt 20 Sprechstunden-Sitzungen wurden insgesamt 49 Patienten gesehen, wobei ein männlicher Patient mit Morbus Crohn die Teilnahme an der Studie a priori verweigerte. Alle verbleibenden 48 Patienten erhielten ein Testpaket wie oben aufgeführt. Von den 48 Patienten die einer Teilnahme zustimmten wurden 35 Fragebögen ausgefüllt zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 72,9%, und einer Teilnahmequote von 71,4% entspricht. Gemessen am gesamten Patientengut von etwa 200 Patienten der Ambulanz wurden etwa 24,5% auf eine Teilnahme hin angesprochen, und etwa 17,5% nahmen schließlich an der Erhebung teil.

b) Mitglieder der Deutschen Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa Vereinigung

Um die Teilnehmerzahl an der Studie zu erhöhen wurde die Deutsche Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa Vereinigung (DCCV) mit der Bitte um Veröffentlichung eines Aufrufes zur Teilnahme an der vorliegenden Studie im Journal „Bauchredner“ der Vereinigung angesprochen. Das Journal erscheint vierteljährlich, und dient als Informations- und Austauschforum aller Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in Deutschland. Es umfasst eine Auflage von 16 000 Exemplaren je Ausgabe. Freundlicherweise konnten wir eine entsprechende Annonce, ein Abdruck derer im Anhang einzusehen ist, in der Ausgabe 03/ 2000 des „Bauchredners“ zur Veröffentlichung bringen. Interessenten, bei denen sicher ein Morbus Crohn oder eine Colitis ulcerosa diagnostiziert worden ist, wurden gebeten, einen im Heft abgedruckten Anforderungsschein mit Namen und Anschrift versehen an unsere Poliklinik einzusenden. Das Heft erschien Anfang Oktober 2000, daraufhin wurden zwischen 16.10.2000 und 16.06.2001 insgesamt 357 Anforderungsscheine an uns eingesandt, an alle 357 Interessierten wurde ein Fragebogenpaket, identisch dem Paket das in der oben erwähnten Sprechstunde verwendet wurde, mit frankiertem Rückumschlag versendet. Neun Anforderungsscheine, die nach dem 16.06.2001 bei uns eintrafen, konnten nicht mehr berücksichtigt werden. Die Interessenten wurden gebeten, die Fragebögen wie auch die Rückumschläge nicht mit Namen oder Adresse zu versehen, um so die Anonymität zu gewährleisten. Von 357 versendeten Fragebögen erhielten wir bis zum Ende des Jahres 2001 304 ausgefüllte Fragebögen wieder zurück. Ein versendeter Fragebogen kam mit dem Vermerk eines unbekanntes Adressaten wieder zurück. Von allen potentiell angesprochenen Mitgliedern die den „Bauchredner“ erhalten, haben sich somit 2,2% als Interessenten auf unsere Annonce gemeldet. Die Rücklaufquote beträgt 85,4%. Gemessen an allen potentiell angesprochenen Betroffenen haben wir in Bezug auf die Auflage von 16 000 Heften von 1,9% der das Journal Beziehenden einen ausgefüllten Fragebogen zurückerhalten.

c) Die Kontrollgruppe

Es bestanden initial Überlegungen bezüglich des Überlagerungseffektes angesichts einer chronischen Erkrankung mit den daraus resultierenden Einschränkungen im familiären, beruflichen und sozialen Bereich, ein anderes Patientenkollektiv mit einer anderweitigen chronischen Erkrankung die nicht im Verdacht steht zum psychosomatischen Formenkreis zu gehören, als Kontrollgruppe heranzuziehen, wie zum Beispiel Patienten mit chronischer Polyarthrit. Aufgrund zu verschiedener Kollektiveigenschaften wie zum Beispiel dem Durchschnittsalter, und einer problematischen Rekrutierung ausreichender Kontrollfallzahlen, haben wir uns dazu entschieden, Personen aus der Allgemeinbevölkerung ohne chronische Erkrankungen als Kontrollgruppe heranzuziehen. Angesprochen wurden Besucher wie auch Studenten des Klinikums Rechts der Isar der Technischen Universität München im März 2001. Die Interessenten erhielten ein Fragebogenpaket, das dem der teilnehmenden Patienten identisch war, mit dem Hinweis, auch die Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand, sowie zu eventuellen aktuellen Symptomen, wie zum Beispiel Körpertemperatur und Stuhlfrequenz, mitzubeantworten. Ausschlusskriterien waren chronische Erkrankungen, sowie Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Insgesamt wurden 57 Interessenten Fragebögen ausgehändigt, von denen wir 42 ausgefüllt zurückerhielten, was einer Rücklaufquote von 73,7% entspricht.

6.2. Testinstrumente

Der verwendete Fragebogen setzt sich aus drei Abschnitten zusammen.

1) Im ersten Teil, der von den Autoren selbst entworfen wurde, werden allgemeine, soziodemographische Daten, sowie anamnestische Daten über den Verlauf und die aktuelle Schwere der Erkrankung erhoben:

Geschlecht

Alter

Beruf

Partnersituation

Art der Erkrankung: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Arthritis, Andere mit Spezifizierung, wobei Krankheiten aus dem psychosomatischen und psychiatrischen Formenkreis gesondert notiert wurden. Ebenso wurden Erkrankungen aus dem Kreis der extraintestinalen Manifestationen eigens zusammengefaßt. Sie bilden einen Bestandteil des später noch genauer erläuterten Verlaufsschwere-Scores. Bei Vorliegen von extraintestinalen Manifestationen ergibt sich ein Punktwert von 1, liegen keine extraintestinalen Manifestationen vor ist der Punktwert 0.

Zeitpunkt des Beginns der Symptome, hieraus wird die Erkrankungsdauer ermittelt, diese bildet ebenso einen Bestandteil des Verlaufsschwere-Scores.

Aktuelle Aktivität, bzw. verstrichene Zeit seit dem letzten Schub. Ist die Krankheit seit über einem Jahr nicht mehr aktiv ergibt sich ein Punktwert von 0. Liegt der letzte Schub 6 bis 12 Monate ($1/2 \leq x < 1$ in Jahren) zurück ergibt sich ein Punktwert von 2, liegt der letzte Schub 3 bis 6 Monate ($1/4 \leq x < 1/2$) zurück ergibt sich ein Punktwert von 5. Ist die Krankheit zur Zeit aktiv bzw. liegt der letzte Schub weniger als 3 Monate zurück ($0 \leq x < 1/4$) ergibt sich ein Punktwert von 7. Der hieraus ermittelte Punktwert geht in den Aktuellen Aktivitäts-Score ein.

Bisherige Schübe, Angabe der Zeiten der Schübe mit Monat und Jahr (Krankheitsschub-Zeitwert). Die Zeitachse wird hierbei in Kalender-Vierteljahre aufgeteilt, jedes betroffene Quartal erhält den Punktwert 0,25. Die Summe aus diesen Punktwerten geht in den Verlaufsschwere-Score ein und repräsentiert einen Zeitwert für die Krankheitsschübe. Der Quotient aus diesem Zeitwert und der weiter oben ermittelten Krankheitsdauer ergibt die Schubdichte, die kennzeichnend für die Verlaufsform ist.

Zeitpunkt und Dauer eventueller stationärer Behandlung (Stationärer Behandlungs-Score). Jeder stationäre Aufenthalt unter einem Monat Dauer wird mit dem Punktwert 1 versehen, Aufenthalte von mehr als einem Monat Dauer erhalten den Punktwert 1 für jeden Monat des Aufenthaltes. Der Behandlungsdauer-Score geht in den Verlaufsschwere-Score ein.

Zeitpunkt und Art einer eventuellen chirurgischen Intervention (Chirurgischer Eingriffsschwere-Score). Liegen keine chirurgischen Interventionen vor ergibt sich ein Punktwert von 0, Fistel- und Abszeßoperationen werden als „leichte Eingriffe“ bezeichnet, sie erhalten den Punktwert 2. Darmteilresektionen, Operationen, die Stenosen und ihre Folgen behandeln, und das Vorliegen von mindestens drei Eingriffen der Kategorie „leichte Eingriffe“ werden als „mittelgradige Eingriffe“ bezeichnet und erhalten den Punktwert 5. Colontotalresektionen und Stomaanlagen, sowie das Vorliegen von mindestens drei „mittelgradigen Eingriffen“ werden als „schwergradige Eingriffe“ bezeichnet und erhalten den Punktwert 7. Der ermittelte Punktwert geht in den Verlaufsschwere-Score ein.

Aktuelle bzw. zurückliegende psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung.

Medikation zum Zeitpunkt der Erhebung. Besteht zur Zeit keine medikamentöse Behandlung wird diese mit dem Punktwert 0 versehen. Basiert die aktuelle Therapie auf Salizylaten oder topischen Steroiden wird diese als „leichtgradige Medikation“ bezeichnet und erhält den Punktwert 2. Enthält das Therapieschema systemische Corticoide in einer Dosierung die kleiner als 20 mg/ die ist, so wird die Therapie als „mittelgradige Medikation“ bezeichnet und erhält den Punktwert 5. Systemische Corticoide in einer Dosierung von mindestens 20 mg/ die und Immunsuppressiva werden als „schwergradige Medikation“ bezeichnet und erhalten den Punktwert 7. Der Punktwert der Medikation geht in den Aktuellen Aktivitäts-Score ein.

Sowohl der Krankheitsschwere-Score, als auch der Krankheits-Verlaufsschwere-Score wurden von den Autoren entworfen, eine Validitätsprüfung konnte lediglich in Form einer Konvergenzprüfung zwischen dem Score der Kurzform des CDAI (BEST-K) und dem Aktuellen Aktivitäts-Score durchgeführt werden, hierbei ergab sich eine signifikante Korrelation auf dem Signifikanzniveau 0,01 von 0,343 nach Pearson ($p < 0,05$). Es erfolgt eine Kombination des BEST-K und des Aktivitäts-Scores zum BEST-K/R, anhand dessen weiterhin die Patientenkollektive verglichen werden sollen.

		Aktivitäts-Score	BEST-K
Aktivitäts-Score	Korrelation nach Pearson	1	,343(**)
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	335	329
BEST-K	Korrelation nach Pearson	,343(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	N	329	333

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

Der Aktuelle Aktivitäts-Score ergibt sich aus dem Score der „Aktuellen Aktivität“ und dem „Medikations-Score“. Die beiden Scores werden gleichgewichtet addiert, der Aktuelle Aktivitäts-Score kann also Werte zwischen 0 und 14 annehmen.

Aktueller Aktivitäts-Score = Aktuelle Aktivität + Medikations-Score

Interpretiert wird er zusammen mit dem Score der nachfolgend beschriebenen CDAI-Kurzform, nachfolgend als BEST-K bezeichnet, die Summe aus dem BEST-K plus den Scores für Fieber, für Schleim und Blut im Stuhl, plus dem zweifachen Aktuellen Aktivitäts-Score ergibt den erweiterten Krankheitsschwere-Score (BEST-K/R). Der Krankheitsschwere-Score ist ein quantitativ-ordinales Merkmal. Seine genaue Berechnung wird unter Punkt II) hier im Anschluß erläutert.

In den Verlaufsschwere-Score hingegen gehen die extraintestinalen Manifestationen ein, sowie die Erkrankungsdauer, der Krankheitsschub-Zeitwert, der stationäre Behandlungs-Score, sowie der chirurgische Eingriffsschwere-Score. Es stellt ebenfalls ein Merkmal mit quantitativ-ordinaler Ausprägung dar. Der Verlaufsschwere-Score berechnet sich wie folgt:

Verlaufsschwere-Score = Extraintestinale Manifestationen x 3 + Erkrankungsdauer + Krankheitsschub-Zeitwert x 3 + stationärer Behandlungs-Score + chirurgischer Eingriffsschwere-Score x 2

Die soziodemographischen Daten werden zur Profilanalyse der einzelnen untersuchten Kollektive herangezogen, mögliche Unterschiede zwischen den Kollektiven werden später noch in den Ergebnissen herausgearbeitet.

Die anamnestischen Daten sollen Aufschluß über den Krankheitsverlauf, und zusammen mit den Daten des CDAI, der hier im Anschluß aufgeführt wird, über die aktuelle Schwere der Erkrankung liefern.

II) Die Kurzform des Crohn's Disease Activity Index nach Best. In ihm wird die aktuelle Aktivität der Erkrankung durch Selbstbeurteilung durch den Betroffenen ermittelt. Die subjektive Selbsterhebung durch den Patienten selbst birgt als problematischen Punkt die fehlende Objektivierbarkeit, die Angaben unterliegen dem individuellen Bias, der durch Krankheitserfahrungen und interindividuell

verschiedenartige Symptomverarbeitung gekennzeichnet ist. Aufgrund der anonymen Erhebung auf dem Postweg und des breiten Patientenkollektivs aus dem gesamten Bundesgebiet war eine Erhebung von Daten mittels objektiver Untersuchung durch medizinisches Personal oder Laborwertermittlung nicht praktikabel. Dieses Instrument enthält neben den Stuhlqualitäten und Stuhlquantitäten, den Bauchschmerzen und dem Allgemeinbefinden auch Angaben zu Fieber, Blut und Schleim im Stuhl. In dieser vom ursprünglichen CDAI abgeleiteten Form wird das Instrument sowohl zur Beurteilung des Morbus Crohn als auch zur Beurteilung der Aktivität der Colitis ulcerosa eingesetzt. Die in der Literatur für Morbus Crohn-Fälle dokumentierten Cut-Off-Werte wurden hierbei bisher nicht für Colitis ulcerosa-Fälle geprüft, eine vergleichbare Anwendbarkeit der subjektiven Parameter auf die Colitis ulcerosa-Fälle ist jedoch, bei darüber hinaus besonderer Berücksichtigung von Blutungsstigmata und Schleimabführung, evident und wird in dieser Arbeit als gegeben angenommen. Der auf die direkt vom Patienten zu ermittelnden Werte reduzierte Index aus Stuhlfrequenz, Abdominalschmerz und Allgemeinbefinden wurde durch von Wietersheim sowohl auf Morbus Crohn- wie auch auf Colitis ulcerosa-Patienten zur Ermittlung der Krankheitsaktivität angewandt, von Wietersheim konnte hierbei durch eine Prüfung der Konvergenz des vollständigen CDAI nach BEST und der Kurzform, die er BEST-K nannte, für die Morbus Crohn-Patienten eine gute Korrelation von $r = 0,93$ ermitteln (v. Wietersheim 1994). Es werden alle Angaben für jeden einzelnen Tag einer Woche ermittelt. Diese Angaben bestehen aus Anzahl der geformten Stühle, Anzahl der breiigen Stühle, und Anzahl der dünnflüssigen Stühle je Tag. Die Ausprägung von abdominellen Schmerzen wird Anhand einer Punkteskala vermerkt, wobei folgende Zuordnung gilt:

- 0 = keine Bauchschmerzen
- 1 = leichte Bauchschmerzen
- 2 = mäßige Bauchschmerzen
- 3 = starke Bauchschmerzen

Ähnlich wird das Allgemeinbefinden dokumentiert:

- 0 = im Allgemeinen gutes Allgemeinbefinden
- 1 = nicht ganz gutes Allgemeinbefinden
- 2 = schlechtes Allgemeinbefinden
- 3 = sehr schlechtes Allgemeinbefinden
- 4 = unerträgliches Allgemeinbefinden

Des Weiteren wird für jeden Tag die Körpertemperatur in Grad Celsius notiert, wobei bei subfebrilen Temperaturen ab $37,5^{\circ}\text{C}$ axillär der Punktwert 1 notiert wird, unter $37,5^{\circ}\text{C}$ ist der Punktwert 0.

Die Blutbeimengung im Stuhl:

- 0 = kein Blut
- 1 = wenig Blut
- 2 = viel Blut

Die Schleimbeimengung

0 = kein Schleim

1 = wenig Schleim

2 = viel Schleim

Die einzelnen Punktwerte für jeden Tag werden in den einzelnen Kategorien für die gesamte Woche aufaddiert und mittels verschiedener Koeffizienten unterschiedlich gewichtet, so dass der BEST-K-Index wie folgt ermittelt wird:

$$\text{BEST-K} = \text{Anzahl nicht fester Stühle der sieben Tage (also der breiigen und der flüssigen Stühle)} \times 2 + \text{Stärke der Abdominalschmerzen der sieben Tage} \times 5 + \text{Ausprägung des Allgemeinbefindens der sieben Tage} \times 7$$

Während für den vollständigen CDAI ein Cut-Off-Score von > 150 für einen Schub gilt, hat von Wietersheim diesen Grenzwert aufgrund der fehlenden Punktwerte für Laborparameter und objektiv durch den Arzt ermittelte Befunde auf 100 festgelegt. Zusätzlich zum BEST-K werden die Wochenwerte für mindestens subfebrile Temperaturen, Schleim und Blut im Stuhl aufaddiert und zum BEST-K-Score hinzuaddiert, dazu der zweifache Aktivitäts-Score (der wiederum aus dem aktuellen Medikations-Score und dem Score der „Aktuellen Aktivität“ für die kurzfristige Remissionszeit besteht) addiert. Der hieraus sich ergebende Punktwert soll, wie bereits unter Punkt I) aufgeführt, als revidierter BEST-K-Wert, als BEST-K/R, oder auch Krankheitsschwere-Score bezeichnet werden.

$$\text{Krankheitsschwere-Score (BEST-K/R)} = \text{BEST-K} + \text{Temperatur-Score} + \text{Schleim-Score} + \text{Blut-Score} + \text{Aktivitäts-Score} \times 2$$

Der Grenzwert für einen Schub für den BEST-K soll 100 sein, entsprechend einer arithmetischen Extrapolation der Einzelscore-Mittelwerte ergibt sich für den Krankheitsschwere-Score (BEST-K/R) als Grenzwert 120. Somit ist ab einem Gesamtscore des Krankheitsschwere-Scores (BEST-K/R) von 120 von einem akuten Schub auszugehen. Für die vorliegende Arbeit soll eine Untergruppe von Patienten mit besonders schwerer Erkrankung von den übrigen Patienten abgegrenzt werden, als Cut-Off-Wert wird hierfür die sogar noch höher liegende Summe aus Mittelwert plus einfacher Standardabweichung festgelegt.

III) Der dritte Teil umfaßt die psychometrische Testbatterie, die gemäß den Einzelinstrumenten in sieben Abschnitte A bis G unterteilt ist

A) Inventory of Personality Organization (IPO)

Es handelt sich hierbei um ein psychodynamisches Selbsterhebungsinstrument aus dem angloamerikanischen Sprachraum, das zum einen der Erfassung der Persönlichkeitsorganisation dient, zum anderen der Erfassung verschiedener Objektbeziehungstypen. Das Instrument basiert auf dem Konzept der Persönlichkeitsorganisation von Kernberg, ausgehend von seinem Modell der

Objektpsychologie (Kernberg 1977). Ausgehend von einem dreiskaligen Vorgängermodell, das die Persönlichkeitsaspekte „Identitätsdiffusion“, „Primitive Abwehr“, und „Realitätsprüfung“ operationalisierte (Oldham 1985), wurde von Clarkin et al. das Instrument IPO entwickelt, das von der selben Arbeitsgruppe in der Folge mehrfach Revisionen unterzogen wurde, wobei der Itempool erweitert und Items mit unbefriedigenden Gütekriterien modifiziert wurden (Clarkin 1995, Clarkin 1996, Clarkin 1998, Clarkin 2000).

Das komplette Instrument umfaßt in der derzeit etablierten Fassung insgesamt 222 Fragen, wobei die ersten 178 Fragen den sechs Hauptskalen der Struktur erfassung und den neun Skalen der Objektbeziehungstypisierung zugeordnet werden. Die jeweils fünf Antwortmöglichkeiten entsprechen der Likert-Skala und reichen von „trifft nie zu“, über „trifft selten zu“, „trifft gelegentlich zu“ und „trifft oft zu“, bis zu „trifft immer zu“, und ergeben entsprechend einen Punktwert je Item zwischen eins und fünf. Die Punktwerte werden gleichwertig zu den jeweiligen Skalenscores aufaddiert, wobei einige Fragen invers bewertet werden müssen. Im Verhältnis zur höchstmöglichen Skalenpunktzahl wird ein Prozentwert berechnet, der folglich von 20% bis 100% reichend die Ausprägung des einzelnen Aspekts angibt.

Die sechs Skalen der erfaßten Persönlichkeitsorganisation umfassen:

Primitive Abwehr

Identitätsdiffusion

Realitätsprüfung

Qualität der Objektbeziehungen

Aggression

Moralische Werte

Die neun Skalen der Objektbeziehungstypologie umfassen die Eigenschaften:

Antisozial

Depressiv-masochistisch

Hysterisch

Infantil

Narzißtisch

Paranoid

Schizoid

Zwanghaft

Normal

Die letzten 45 Fragen des Instruments werden als sogenannte Lügen-Items bezeichnet und entstammen dem Marlow-Crowne-Questionnaire und dem Jackson-Infrequency-Questionnaire, sie werden mit „richtig“ oder „falsch“ beantwortet.

Die Prüfung der Reliabilität ergab überwiegend gute Werte für die internen Konsistenzen, besonders die Hauptskalen zeigen Cronbach-Alpha-Werte von mindestens 0,82. Die Konstruktvalidität wird nach Faktorenanalyse und Konvergenzprüfung mit dem Personality-Disorders-Questionnaire-Revised als gut bezeichnet (Foelsch 1998). In der vorliegenden Arbeit wurden isoliert die Skalen für

„Identitätsdiffusion“ und die Skala zur Evaluierung des „Normalen Objektbeziehungstypus“ verwendet. Die Skala „Identitätsdiffusion“ umfaßt 17 Items, die Skala „Normaler Objektbeziehungstypus“ 20 Items.

B) Structural Clinical Interview for Disorders (SCID – II)

Der in der vorliegenden Arbeit verwendete psychometrische Fragebogen SCID-II stellt prinzipiell nur einen Teil der Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen durch das Structured Clinical Interview for Disorders dar. Er kann als Screeningtest bezeichnet werden, der nach den Maßgaben der Testanleitung im klinischen Bereich durch ein halbstrukturiertes Interview zu ergänzen ist, und sich an den Richtlinien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV der American Psychiatric Association orientiert (APA 1994). Das SCID-II dient der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen die auf der Achse II des DSM-IV aufgeführt sind. Darüber hinaus existiert auch ein entsprechendes klinisches Interview SCID-I, das zur Erfassung der Achse I-Störungen dient. Auf der Achse I sind alle klinischen Störungen und Zustände verzeichnet, lediglich die Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen wurden ausgegliedert und zu einer eigenen Achse II zusammengefaßt. Im Rahmen einer umfassenden Diagnostik werden SCID-I und SCID-II gemeinsam eingesetzt, um zunächst Störungen jenseits der Persönlichkeitsstörungen und eventueller geistiger Behinderungen anhand des SCID-I zu erfassen, um sich mit Hilfe des SCID-II dann den Persönlichkeitsstörungen, und eventuell vorliegenden geistigen Behinderungen, zuzuwenden. In der vorliegenden Arbeit wurde lediglich der Fragebogenteil des SCID-II eingesetzt, eine kritische Stellungnahme hierzu folgt weiter unten im Kapitel „Methodologische Bewertung“ (Kapitel 8.2.). Beurteilt wird durch das SCID-II die Zuordnung des Probanden zu einer oder mehrerer der zehn auf der Achse II, sowie zwei im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen, wobei jeder Persönlichkeitsstörung eine bestimmte Anzahl an Items aus dem Fragebogen zugeordnet sind.

Die Persönlichkeitsstörungen sowie die jeweilige Anzahl an Items sind:

- Vermeidend-Selbstunsichere Störung	7 Items
- Dependente Störung	8 Items
- Zwanghafte Störung	9 Items
- Negativistische Störung	8 Items
- Depressive Störung	8 Items
- Paranoide Störung	9 Items
- Schizotypische Störung	8 Items
- Schizoide Störung	8 Items
- Histrionische Störung	7 Items
- Narzißtische Störung	16 Items
- Borderline-Störung	14 Items
- Antisoziale Störung	15 items

Die Negativistische Störung und die Depressive Störung sind als einzige Störungen nicht auf der Achse II des DSM-IV aufgeführt, sondern sind gesondert im Anhang verzeichnet.

Eine genauere Erläuterung des diagnostischen Systems des DSM-IV, der Aufteilung des Achsensystems, sowie der Aufteilung der Persönlichkeitsstörungen auf der Achse II sowie innerhalb der verschiedenen im DSM-IV aufgeführten Cluster, erfolgt im Kapitel 4.

Der Fragebogen SCID-II umfaßt insgesamt 117 Einzelfragen (Items), die einzelnen Fragen können mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Innerhalb der einzelnen Kategorien werden die Items zur Beurteilung von einzelnen für die jeweilige Persönlichkeitsstörung spezifischen Kriterien zusammengefaßt, teilweise erfaßt ein einzelnes Item dabei auch ein Kriterium allein, so daß für jede Persönlichkeitsstörung eine Anzahl an Kriterien erfaßt wird, die in ihrer Zahl kleiner oder gleich der Zahl der Items für die jeweilige Störung sein kann. Alle Kriterien, die innerhalb einer Persönlichkeitsstörung als erfüllt gelten, werden aufaddiert. Liegt der hiermit ermittelte Score jenseits eines für jede Störung gesondert angegebenen Cut-Off-Wertes, so gilt die jeweilige Persönlichkeitsstörung anhand des Fragebogens als diagnostiziert. Besondere Beachtung muß auf den Fragenteil gelegt werden, der der Diagnostik der Antisozialen Störung dient. Hier werden lediglich Kriterien erfaßt, die den Lebensabschnitt des Probanden vor seinem 15. Lebensjahr betreffen. Zwei der 15 Fragen betreffen sogar den Lebensabschnitt vor dem 13. Lebensjahr. Der Fragebogenscore entspricht in diesem Punkt nicht dem Kriterienkatalog des DSM-IV (Saß 2003).

C) Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-C)

Das IIP basiert auf dem interpersonalen Modell, einem System, das zunächst eine Reihe verschiedener interpersonaler Beziehungsmuster beschreibt, wobei in diesen Mustern adaptive und maladaptive Interaktionen erfaßt werden sollen. Diese Überlegung geht unter anderem auf das Konzept zur Differenzierung von Persönlichkeiten von Leary zurück (Leary 1957). Dieses Konzept wurde in der Weiterentwicklung empirisch validiert, neuere Ansätze gehen davon aus, daß alle interpersonalen Verhaltensmuster durch zwei Variablen zu beschreiben sind, die sich an zwei Achsen folglich zweidimensional anordnen lassen, wobei die erste Dimension mit „Zuneigung“ bezeichnet wird und von feindseligem Verhalten als einem Extremwert bis zu liebevollem Verhalten als entgegengesetztem Extremwert reicht. Die zweite Achse trägt die Bezeichnung „Dominanz“, und trägt unterwürfiges und dominantes Verhalten als einander entgegengesetzte Extremwerte. Das IIP wurde von Horowitz et al. entwickelt und dient als Selbstbeurteilungs-Instrument der Erfassung problematischen interpersonalen Verhaltens (Horowitz 1988, Horowitz 1996, Horowitz 2000). Das ursprüngliche Instrument umfaßte 129 Items, nach Entwicklung des zweidimensionalen Konzepts interpersonalen Verhaltens wurde das IIP von Alden auf seine sogenannte circumplexe, also die das zweidimensionale Konzept implizierende Struktur hin analysiert und validiert. Die in der vorliegenden Arbeit verwendete Version ist die heute übliche, auf die Revision von Alden zurückgehende kürzere Version des IIP mit 64 Items, das sogenannte IIP-C (Alden 1990).

Gemäß Alden lassen sich die 64 Items zu acht Skalen zusammenfassen, die einer Aufteilung der Achsen des zweidimensionalen Modells in acht Oktanten entsprechen:

Zu autokratisch/ dominant

Zu streitsüchtig/ konkurrierend

Zu abweisend/ kalt

Zu introvertiert/ sozial vermeidend
Zu selbstunsicher/ unterwürfig
Zu ausnutzbar/ nachgiebig
Zu fürsorglich/ freundlich
Zu expressiv/ aufdringlich

Das Instrument gliedert sich in zwei Abschnitte. Im ersten Abschnitt erhält der Proband die Möglichkeit, seine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen anhand spezifischer angegebener Situationen mittels einer fünfstufigen Skala als nicht schwierig, über mittelmäßig schwierig, bis sehr schwierig einzustufen. Im zweiten Abschnitt soll der Proband eine eventuelle Unangemessenheit, oder Übermäßigkeit, in seinem Verhalten anderen Menschen gegenüber beschreiben. Diese Übermäßigkeit soll wieder anhand einer fünfstufigen Skala als nicht vorhanden, über mittelmäßig, bis sehr ausgeprägt eingestuft werden. Die Werte der einzelnen Items werden dann entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den acht oben aufgeführten Skalen zusammengefasst. Um individuelle Tendenzen bei der Beantwortung der Fragen zu neutralisieren erfolgt eine sogenannte Ipsatierung der ermittelten Werte durch Abzug des Individuellen Gesamtfragebogen-Durchschnittswertes (ein Wert, der also der individuellen Tendenz entspricht, Fragen im Bogen eher hoch, oder eher niedrig anhand der angegebenen Skala zu beantworten), somit sollen die Werte zwischen den einzelnen Probanden vergleichbar gemacht werden. Anhand großangelegter Erhebungen wurden für die einzelnen Skalen nach Alters- und Geschlechtergruppen differenziert Mittelwerte und Standardabweichungen ermittelt, anhand derer die Ergebnisse jeder Skala in neun Bereiche, Stanine (Standard Nine) genannt, aufgeteilt wurden. Als „auffällig“ werden die Ergebnisbereiche angesehen, die in den obersten und untersten zwei Bereichen dieser neun Stanine liegen. Neben den acht Skalen-Scores besteht die Möglichkeit, für die beiden Achsen „Zuneigung“ und „Dominanz“ des zweidimensionalen Modells der Beziehungsmuster für den Probanden einen „Zuneigungs“- und einen „Dominanz“-Score zu ermitteln.

Der IIP-Test wurde mehrfach teststatistischen Prüfungen unterzogen, zum einen anhand klinischer und nicht-klinischer Stichproben (Horowitz 2000), wie auch anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe an 3047 Probanden (Brähler 1999). Hierbei ergaben sich für die direkt übersetzte, also nicht faktorenanalytisch neu zusammengestellte, deutsche Version Konsistenzkoeffizienten für die einzelnen Skalen zwischen 0,36 und 0,64, was von den Autoren als zufriedenstellend betrachtet wurde. In der zweiten Auflage des Testmanuals des IIP liegen anhand der von Brähler durchgeführten Repräsentativerhebung an 3047 Bundesbürgern Normwerte vor, wiederum nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert.

D) Defence Style Questionnaire - Kurzversion (DSQ-kurz)

Das psychoanalytische Konzept der Persönlichkeit, auf dessen Nosologie und Operationalisierung im Kapitel 4 näher eingegangen wurde, basiert nach Kernberg im Wesentlichen auf der Ich-Funktionalität. Daneben spielen auch die Qualität von Objektbeziehungen, und das Niveau der vorliegenden Abwehrmechanismen eine entscheidende Rolle. Während eine Evaluierung der Ich-Funktion beispielsweise durch das IPO (A), und der Qualität der Objektbeziehungen innerhalb des IIP

(C) erfolgt, so soll eine Bewertung der bei den einzelnen Teilnehmern vorliegenden Abwehrmechanismen, und damit der Abwehrorganisation, mittels des „Defence Style Questionnaires“ (DSQ) erfolgen. Dieses Instrument basiert auf einer englischsprachigen Version eines Selbstbewertungs-Instrumentes mit 88 Items, das von Bond entwickelt wurde (Bond 1983, Bond 1986). Das zugrundeliegende psychoanalytische Modell der Abwehrorganisationen wurde von Vaillant aufgestellt.

Das Modell klassifiziert die verschiedenen Abwehrmechanismen und die Organisationen der Abwehr in vier Gruppen:

- Psychotische Abwehr, eine Organisation die gehäuft bei Psychosen besteht. Als Beispiel sei hier der Abwehrmechanismus der Entstellung zu nennen.
- Unreife Abwehr, hierzu gehören Abwehrmechanismen wie die Verleugnung oder die Projektion.
- Neurotische Abwehr, als Beispiele seien hier die Intellektualisierung und die Verschiebung zu nennen.
- Reife Abwehr mit den Abwehrmechanismen Sublimierung und Altruismus (Vaillant 1971, Vaillant 1986, Reister 1993)

Das Instrument liegt in einer von Reister ins Deutsche übersetzten Form vor. Es erfolgte Validierung des DSQ an einer Stichprobe mit 301 Teilnehmern der Normalbevölkerung, hierbei ergab sich nach Faktorenanalyse ein Fünf-Faktoren-Modell, das mit dem Faktorenmodell von Bond vergleichbar ist. Entsprechend der Itemladungen, als auch unter Beibehalt einzelner, von erfahrenen Klinikern als relevant angesehener Faktoren, wurden Items mit niedrigen Ladungen eliminiert, wobei die Kurzversion des DSQ mit 36 Items entstand, die auch in der vorliegenden Studie Verwendung fand. Nach erneuter Faktorenanalyse ergaben sich vier Faktoren, die verschiedene Abwehrorganisationen beschreiben, sowie eine sogenannte „Offenheitsskala“:

Faktor 1: Unreife Abwehr

Faktor 2: Neurotische Abwehr

Faktor 3: Omnipotenz mit den Items Abwertung, Omnipotenz und Verleugnung

Faktor 4. Reife Abwehr

Faktor 5: Offenheit

In einer Untersuchung an „183 Probanden mit einem erhöhten Risiko für psychogene Erkrankungen aus der Mannheimer Interventionsstudie“ (Reister 1993) zeigte sich eine positive Korrelation zwischen der Schwere der Beeinträchtigung der Patienten, und jeweils den Scores für „Unreife Abwehr“, wie auch für „Neurotische Abwehr“. „Omnipotenz“ und „Reife Abwehr“ zeigten keine Korrelationen mit der Beeinträchtigung der Patienten. Darüber hinaus wurde die Korrelation der Diagnosen zwischen Ratern, die die Patienten gemäß der Klassifizierung der Abwehrorganisation von Vaillant einstufen sollten, und den Fragebogenergebnissen geprüft. Die Korrelation bei der Organisation „Unreife Abwehr“ war hierbei signifikant, der Pearson-Koeffizient mit 0,30 jedoch niedrig. Die Rater-Fragebogen-Korrelation für die „Reife Abwehr“ war nicht signifikant (Reister 1993).

Die Itemwerte werden entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den verschiedenen Faktoren aufaddiert, normative Werte liegen nicht vor, so daß die quantitativ-diskreten Scores im Vergleich zwischen den einzelnen Gruppen, und im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe, bewertet werden müssen.

E) Toronto Alexithymia Scale, 20 Item-Version (TAS-20)

Der Begriff der Alexithymie, der der griechischen Etymologie entspringt und wortwörtlich „keine Worte für Gefühle“ bedeutet, wurde von Sifneos geprägt, der bei einer Vielzahl von psychosomatischen Patienten diese Unfähigkeit bemerkte, ihre eigenen Gefühle zu identifizieren und zu beschreiben (Sifneos 1967, Sifneos 1973). Zwei besondere Aspekte schienen sich hierbei herauszukristallisieren, zum einen die Unfähigkeit, grundlegende normale menschliche Emotionen zu identifizieren und zu beschreiben, zum zweiten aber auch der kognitive Gedankeninhalt, der durch eine Fixierung auf oberflächliche Details eines Ereignisses und Mangel an Phantasie bei der Beschreibung und Darlegung innerer Antriebe geprägt ist. Diese oberflächlich akribische Detailtreue wird auch als „Pensée Opératoire“ bezeichnet (Nemiah 1970). Das Konstrukt der Alexithymie wurde besonders von Sifneos selbst als primärer Aspekt einer unter psychosomatischen Gesichtspunkten auffälligen Persönlichkeitsstruktur angesehen (Sifneos 1973, Sifneos 1977). Taylor sieht in der Alexithymie einen Ausdruck eines insuffizienten Copingprozesses, der sich besonders im Verlauf schwererer Erkrankungen manifestiert (Taylor 1991). Alexithyme Patienten scheinen einer psychotherapeutischen Behandlung weniger zugänglich zu sein als nicht-alexithyme (Sifneos 1973, Sifneos 1983). Zur Erfassung des Alexithymie-Konstruktes, als auch zur Verlaufsbeurteilung im Rahmen therapeutischer Konzepte wurden verschiedene Testverfahren entwickelt, so zum Beispiel die Schalling-Sifneos-Personality-Scale (SSPS), das Beth-Israel-Hospital-Psychosomatic-Questionnaire (BIQ), oder die Alexithymie-Skala des Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory (Apfel 1979, Kleiger 1980). Das gebräuchlichste Testverfahren das nach testtheoretischen Überlegungen konzipiert wurde stellt jedoch die von Taylor entwickelte Toronto-Alexithymia-Scale dar (Taylor 1985). Die ursprüngliche 26-Item-Version wurde nach einer Revision durch die Urheber selbst durch die 23-Item-Version ersetzt. Weitere Gütekriterienüberprüfungen der selben Arbeitsgruppe ergaben schließlich die aktuelle 20-Item-Version, mit einem faktorenanalytisch erstellten, stabilen Drei-Faktoren-Modell, und guten Werten in der Test-Retest-Reliabilität ($r = 0,77$; $p < 0,01$), der inneren Konsistenz (mit einem Cronbach-Alpha von 0,81), sowie der Konvergenz- und Divergenz-Validität (Bagby 1994).

Die Faktoren sind vom inhaltlichen Gesichtspunkt wie folgt den Alexithymiemerkmale zuzuordnen:

Faktor 1: Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen und Diskrimination von körperlichen Sensationen

Faktor 2: Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen

Faktor 3: Extern orientierter Denkstil, Pensée Opératoire

Es erfolgte für den deutschen Sprachraum eine Übersetzung der TAS 20, Bach prüfte im Rahmen einer Studie an 306 Normalpersonen und 101 psychiatrischen Patienten die Validität und Reliabilität der deutschen Version. Faktorenanalytisch zeigten die drei Hauptfaktoren eine dem englischen Original vergleichbare Itemverteilung mit zufriedenstellender innerer Konsistenz, mit Cronbach-Alpha-

Werten zwischen 0,66 und 0,81 für die Faktoren 1 und 2, sowie von 0,55 bzw. 0,45 für Faktor 3 (Bach 1996). Die von Bach als zufriedenstellend validierte deutsche Version der TAS-20 wurde in vorliegender Arbeit verwendet.

Die einzelnen Items werden entsprechend einer Likert-Skala mit fünf Möglichkeiten von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft immer zu“ beantwortet, analog ergibt sich für jedes Item ein Punktwert zwischen eins und fünf, wobei die inverse Berechnung einzelner Items beachtet werden muß. Die Punktwerte der Items werden gleichwertig zu den drei faktoriellen Subskalenscores, als auch zu einem Gesamtscore addiert, der also Werte zwischen 20 und 100 annehmen kann.

F) Borderline Persönlichkeits Inventar (BPI)

Das BPI ist ein Selbstbeurteilungs-Instrument zur kategorialen Einstufung der Persönlichkeitsorganisation, es zielt also auf die Frage ab, ob eine Störung vom Borderline-Typ vorliegt oder eine Persönlichkeitsorganisation auf psychotischem oder neurotischem Niveau. Darüber hinaus ermöglicht es auch eine dimensionale Einschätzung, also eine quantifizierende Einstufung der Persönlichkeitsorganisation in Bezug auf die Kriterien des Ausmaßes der Identitätsdiffusion, der Verwendung primitiver Abwehrmechanismen, der Beeinträchtigung der Realitätsprüfung sowie des Ausmaßes der Angst vor Nähe. Dabei orientiert sich das Verfahren am theoretischen Konzept der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg (Kernberg 1981). Das Testinstrument kann in seiner kategorialen Funktion als Screeningverfahren eingesetzt werden, darüber hinaus ist eine dimensionale Untersuchung von Borderline-Patienten bei Achse I- und II-Störungen möglich. Die Items und Skalen des Instruments sind vereinbar mit den Kriterien des DSM-III-R und DSM-IV, sowie mit den sieben Kriterien zur Abgrenzung der Borderline-Störung von Gunderson (Gunderson 1978).

Die in der vorliegenden Arbeit verwendete Version des BPI ist eine aus dem längeren, zuvor entwickelten Instrument hervorgegangene neue Version mit 53 Items, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden müssen.

Die Subskala „Identitätsdiffusion“, die das Ausmaß von Depersonalisations- und Derealisationserlebnissen beurteilt, umfaßt 12 Items.

Die Subskala „Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“ zur Beurteilung von Spaltungs- und Projektionsmechanismen in Objektbeziehungen umfaßt 8 Items.

Die Subskala „Gestörte Realitätsprüfung“, die ein typisches Defizit bei psychotischen Störungen erfaßt, besteht aus 5 Items.

Die Subskala „Angst vor Nähe“ in zwischenmenschlichen Beziehungen umfaßt 8 Items.

Die Subskala zur kategorialen Beurteilung einer Störung vom Borderline-Typ besteht aus 20 Items. Ab einem Cut-Off-Wert von 10 ist das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation wahrscheinlich.

Anhand einer teststatistischen Überprüfung des BPI bei 538 Gesunden und psychiatrischen Patienten wurde durch Leichsenring eine gute Retest-Reliabilität von 0,73 bis 0,89 ermittelt, die Prüfung der internen Konsistenz ergab ein Cronbach-Alpha von 0,68 bis 0,86. Die dem Test zugrunde liegenden Dimensionen der Persönlichkeits-Organisation nach Kernberg konnten faktorenanalytisch bestätigt werden. Die hierzu benötigte Trennschärfe in der Diagnostizierung zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen wird durch das Instrument erbracht, die Kohärenz zwischen den

Konstrukten, die durch die einzelnen Subskalen abgegrenzt werden, und den Ergebnissen aus anderen diagnostischen Verfahren wird von Leichsenring als signifikant angegeben. Die Sensitivität in der Erfassung einer Persönlichkeitsstörung liegt bei 0,85 bis 0,89, die Spezifität bei 0,78 bis 0,89 (Leichsenring 1999).

G) Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Ranking (EBPR)

Das EBPR basiert auf der Bindungstheorie im Kontext der Entwicklungspsychologie. John Bowlbys psychoanalytisch orientierten, von Zeitgenossen noch als eigensinnig bezeichneten, Bindungsmodelle stellen einen bedeutenden Erklärungsversuch dar, die Persönlichkeitsentwicklung sowie eventuelle Störungen im Sinne von Psychopathologien auf die spezifischen Bindungen im Kindesalter zurückzuführen (Bowlby 1969, Bowlby 1977). Im Rahmen der Entwicklung der verschiedenen Instrumente zur Erfassung der Bindungsstile wurden auch Korrelationen zwischen den einzelnen Bindungsprototypen und einem zu erwartenden möglichen psychotherapeutischen Therapieerfolg gezeigt. Eines der am weitesten verbreiteten Instrumente zur Erfassung von Bindungsstilen bei Erwachsenen wurde von Pilkonis entwickelt, das Adult-Attachment-Prototype-Rating (AAPR), zunächst im Kontext einer Studie die sich mit der Ätiologie der Depression befaßte (Pilkonis 1988). Die Prototypen des AAPR wurden entsprechend aus Eigenschaften heraus entwickelt die, primär als autonom oder als abhängig einzustufenden, Patienten zuzuordnen waren die an Depression litten. Durch eine hierarchische Clusteranalyse wurden drei autonome Typen mit unsicher vermeidenden Bindungsstilen mit folgenden Bezeichnungen definiert:

„Zwanghafte Züge“ oder auch „Zwanghaft Selbstgenügsam“ enthält Eigenschaften wie Rigidität, Perfektionismus, Fehlen von Spontaneität, Produktivität, Intellektualität, Selbstkontrolle.

„Übersteigertes Autonomiebestreben“ bezeichnet eine defensive Position gegenüber Anderen, Beziehungen aufgrund möglicher daraus resultierender Verpflichtungen vermeidend, gar Angst vor interpersonalen Beziehungen, nur sich selbst vertrauend.

„Emotionale Bindungslosigkeit, Antisoziale Züge“ beschreibt einen Mangel an interpersonaler Feinfühligkeit, Armut an zwischenmenschlichen Beziehungen bis hin zu antisozialem Verhalten.

Die zwei abgeleiteten abhängigen Prototypen sind:

„Übersteigert Abhängig“ mit emotionaler Abhängigkeit und ängstlich ambivalenter Bindung.

„Borderline Züge“ ist charakterisiert durch Affektlabilität, geringe Frustrationstoleranz, sowie die Tendenz, die Zuwendung von Bezugspersonen manipulativ zu erzwingen. In der deutschen Version wird dieser Prototyp auch als „Instabil Beziehungsgestaltend“ bezeichnet.

Daneben wurde als sechster Prototyp ein von Bowlby beschriebener Bindungstyp hinzugefügt:

„Zwanghaft Fürsorglich“ bedeutet eine narzißtische übermäßige Autonomie mit der Tendenz zu Bindungen zu labilen Partnern.

Die Prototypen „Übersteigert Abhängig“, „Instabil Beziehungsgestaltend“ und „Zwanghaft Fürsorglich“ werden zur Gruppe der ambivalent unsicheren Bindungstypen zusammengefaßt.

Ein den sechs aufgeführten, Bindungsunsicherheit repräsentierenden Typen gegenüberstehender Bindungsstil wird durch den siebten Prototyp beschrieben:

„Sichere Bindung“ (Strauß 1999).

Das von Pilkonis entwickelte Instrument zur Prototypenzuordnung beinhaltet drei Bausteine:

1) Beziehungsinterview, ein halbstrukturiertes Interview mit Augenmerk auf die Erfahrungen in Beziehungen in der Vergangenheit wie auch aktuell.

2) Prototypenbeurteilung der Bindungsstile, hierbei wird durch geschulte Rater aus den Informationen die im zuvor durchgeführten Interview gesammelt wurden, eine Zuordnung des Patienten anhand einer sieben Punkte-Skala zu den einzelnen Prototypen durchgeführt, gefolgt von einer Ranglistung der Prototypen.

3) Selbstbeurteilung anhand eines von Pilkonis entworfenen Selbstbeurteilungsbogens. Dieser Bogen enthält sieben charakteristische Beschreibungen von interpersonalen Beziehungen, die entsprechend den sieben oben aufgeführten Bindungsprototypen zuzuordnen sind. Der Patient wird aufgefordert, anhand einer 5 Punkte-Skala, die von 0: „überhaupt nicht“, bis 4: „sehr“ reicht, zu beschreiben, in welchem Maße seine eigenen Beziehungen durch die sieben Beschreibungen jeweils repräsentiert werden. Anschließend trägt der Patient die Beschreibungen in eine Rangliste ein, die von „Ihnen am ähnlichsten“ bis zu „Ihnen am unähnlichsten“ reicht.

Das AAPR von Pilkonis liegt mittlerweile auch in einer deutschen Fassung, dem Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Ranking, vor, die Itemlisten die im Ratingverfahren genutzt werden wurden seither ebenfalls modifiziert. In der vorliegenden Arbeit wurde aus zeitökonomischen und verfahrenstechnischen Gründen lediglich das Selbstbeurteilungs-Instrument, also der dritte Baustein des AAPR von Pilkonis, genutzt, auch wenn die Korrelation zwischen dem Fremd- und dem Selbstbeurteilungsverfahren unterschiedlich hoch eingestuft wird.

6.3. Ablauf der Untersuchung

Der zeitliche Ablauf der Untersuchung bezüglich der Rekrutierung der Teilnehmer wurde bereits ausführlicher im Kapitel 6.1, „Untersuchte Kollektive“ erläutert.

Über einen Zeitraum von 13 Monaten zwischen Februar 1999 und März 2000 wurden in Zusammenarbeit mit der Ambulanz für Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen des Klinikums Rechts der Isar der Technischen Universität München 35 Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa für die Teilnahme an der Studie gewonnen.

Zur Erweiterung der Patientenzahlen erschien im Oktober 2000 eine Annonce im Journal „Bauchredner“ der Deutschen Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa Vereinigung, mit dem Betroffene um Teilnahme an der Studie gebeten wurden. Zwischen Oktober 2000 und Juni 2001 konnten so weitere 304 betroffene Patienten rekrutiert werden.

Im März 2001 wurden zur Erhebung einer Kontrollgruppe 42 Personen unter Besuchern wie Studenten des Klinikums Rechts der Isar der Technischen Universität München in die Studie mit eingeschlossen.

Da es sich bei den Fragebögen nicht um maschinenlesbare Bögen handelte wurde in den Monaten nach Abschluß der Datenerhebungsphase im Juni 2001 das Rohdatenmaterial manuell in eine Datenbank des Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version 11.0, übertragen. Die Berechnungen anhand des somit verfügbaren Datensatzes erfolgten mit Hilfe der im SPSS integrierten Berechnungsinstrumente.

6.4. Auswertungsmethodik

Nach Eingang aller Fragebögen aller drei Gruppen, nämlich der Sprechstundenpatienten, der Fragebogengruppe des DCCV, sowie der Kontrollgruppe, wurde das Rohdatenmaterial in eine Datenbank des SPSS eingegeben. Pro Fragebogen handelte es sich hier um insgesamt 355 Einzeldaten aus allen drei Fragebogen-Bereichen, dem allgemeinen Fragenteil, dem somatischen Erhebungsteil, und dem Testfragebogenteil. Insgesamt waren 381 Fragebögen in die Datenbank aufzunehmen. Für die weitere Bearbeitung wurde das Gesamtkollektiv in die drei Bereiche Sprechstundenpatient, Fragebogengruppe, sowie Kontrollgruppe unterteilt, die beiden Patientengruppen dann nochmals in je zwei Gruppen, die Morbus Crohn-Patienten, und die Colitis ulcerosa-Patienten. Zunächst erfolgte eine rein deskriptive statistische Auswertung dieser einzelnen Gruppen anhand verschiedener kategorialer oder dimensionaler Parameter, die Ergebnisse dieser Auswertung können im Kapitel 7.1 („Deskriptiver Teil“) eingesehen werden.

Für die weitere psychometrische Auswertung wurden die Gruppen der Ambulanz-Patienten, der DCCV-Teilnehmer, sowie der Kontroll-Teilnehmer auf signifikante Unterschiede in den einzelnen psychometrischen Scores überprüft, ebenso erfolgte eine Überprüfung der Kollektive der Morbus Crohn- und der Colitis ulcerosa-Patienten auf signifikante Unterschiede. All diese Gruppierungen können als unabhängige Stichproben angesehen werden. Als abhängige Testvariable wird der psychometrische Score eingesetzt. Bei durch einen vorgegebenen Cut-Off-Wert definierten dichotomen nominalen Verteilungen wird der Chi²-Test eingesetzt. Bei diskret skalierten, quantitativen Verteilungen erfolgt zunächst eine Prüfung der Normalverteilung des Scores mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests. Liegt Normalverteilung vor wird der t-Test für unverbundene Stichproben eingesetzt, bei fehlender Normalverteilung der U-Test nach Mann und Whitney für zwei unverbundene Stichproben. Bei mehr als zwei unverbundenen Stichproben kommt der Kruskal-Wallis-H-Test zum Einsatz. Der Spalten-Z-Test wird bei Prüfung der Verteilung von kategoriell verteilten Merkmalen mit mehr als zwei Merkmalsausprägungen, zum Beispiel im Rahmen der Auswertung von vergleichenden Tabellen, angewendet.

Es erfolgt innerhalb eines jeden psychometrischen Fragebogenelements die Definition eines Cut-Off-Wertes, der also innerhalb aller Teilnehmer dieser Studie zwischen einer Gruppe mit einem Testindiz einer Störung, und einer Gruppe ohne dieses Indiz, unterscheidet. Diese beiden Möglichkeiten eines Ergebnisses für jedes einzelne Fragebogenelement bilden in der weiteren Auswertung die unabhängige Variable. In Korrelation hierzu sollen als abhängige Variablen zum einen der Krankheitsschwere-Score, zum anderen der Verlaufsschwere-Score gesetzt werden. Es erfolgt zunächst eine Korrelationsprüfung zwischen dem CDAI (BEST-K) und dem Aktuellen Aktivitäts-Score, und für die weitere somatische Beurteilung der einzelnen Patientenkollektive eine Kombination der beiden Scores zum Krankheitsschwere-Score (BEST-K/R). Die so ermittelte Variable Krankheitsschwere-Score wird anhand eines Cut-Off-Wertes in die zwei Gruppen „schwer erkrankt“ und „nicht schwer erkrankt“ aufgeteilt. Ähnlich erfolgt eine Klassifizierung des Merkmals Verlaufsschwere-Score anhand eines Cut-Off-Wertes in eine Gruppe mit der Ausprägung eines

schweren Verlaufes, im Gegensatz zu einer Gruppe mit der Ausprägung eines nicht schweren Verlaufes. Die Gruppenvergleiche erfolgen jedoch unabhängig davon anhand der dimensionalen Werte sowohl des Krankheitsschwere- als auch des Verlaufsschwere-Scores.

Für den gestörten, bzw. nicht gestörten Anteil jeder Gruppe als unabhängige Variable wird anschließend die Korrelation zu den beiden Merkmalen der Krankheitsschwere und des Krankheitsverlaufes als abhängige Variablen überprüft. Es wird zunächst durch den Kolmogorov-Smirnov-Test die Normalverteilung des Krankheitsschwere- und des Krankheitsverlaufes-Scores überprüft:

Eine Normalverteilung liegt weder für den Krankheitsschwere-Score ($Z = 1,816$; $p = 0,003$), noch für den Verlaufsschwere-Score ($Z = 1,510$; $p = 0,021$) vor, somit wird der für nicht-normalverteilte Scores gebräuchliche U-Test nach Mann und Whitney angewendet.

Als Signifikanzniveau wird a priori ein Alpha von 5% festgelegt.

Ähnlich werden die Einflüsse, bzw. Korrelationen, soziodemographischer und allgemeiner Faktoren auf die Verteilung der Patienten zu den verschiedenen untersuchten Gruppen, bzw. zu den verschiedenen Diagnosen, bei qualitativ-kategorialen Merkmalen mittels χ^2 -Test, bei quantitativ-stetigen Merkmalen mittels t-Test, quantifiziert. Die Korrelation zweier dichotomer Variablen wird mittels der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson ermittelt. Bei diskreten Merkmalen mit mehr als zwei Ausprägungen, wie der Partnersituation und der beruflichen Tätigkeit der Teilnehmer, wird der Spalten-Z-Test angewendet.

Eine besondere Stellung nimmt das Prototypenranking von Pilkonis ein, also der Testabschnitt G. Zunächst wird dargestellt, mit welcher Häufigkeit die einzelnen Gruppen einen bestimmten Prototypen gewählt haben, gefolgt von einer Prüfung, ob die Zuordnung eines bestimmten Prototypen korreliert ist mit einer schwereren Erkrankung oder einem schwereren Verlauf. Darüber hinaus wird entsprechend dem Auswertungsmanual eine Gruppe an Bindungsstil-Prototypen mit Neigung zu ambivalent-vermeidendem Bindungsstil abgegrenzt und gesondert auf signifikante Korrelationen zu Verlaufsschwere- und Krankheitsschwere-Score überprüft.

6.5. Ausschlußkriterien

Fragebogenanteile, sei es zur Erhebung somatischer, oder psychometrischer Parameter, bei denen im Rahmen der Rohdateneingabe ein Fehlen von 10% oder mehr der Einzeldaten festgestellt wurde, wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Bei den hiervon betroffenen Fällen (Teilnehmern) konnten aber die verbleibenden Fragebogenanteile, bei denen weniger als 10% der Einzeldaten fehlten, für die Berechnungen dennoch herangezogen werden. Fehlende Einzeldaten wurden bei allen gültigen Skalen durch eine arithmetische Extrapolation aus dem Skalenmittelwert der jeweils betroffenen Skala reproduziert.

Insgesamt wurden anhand dieser Kriterien fünf Fragebogenteile nicht in die Berechnungen mit einbezogen:

Bei einem Fall bei den Ambulanz-Patienten konnte Abschnitt F nicht gewertet werden.

Bei den DCCV-Teilnehmern konnten einmal der Abschnitt B, zweimal der Abschnitt C, und einmal der Abschnitt F nicht gewertet werden.

7. Ergebnisse

Bevor eine Unterteilung der einzelnen Patientenkollektive anhand psychometrischer Parameter erfolgt, sowie eine Klassifizierung anhand verschiedener somatischer Parameter mit dem Ziel der Prüfung der Korrelation dieser beiden Merkmale, werden zunächst die einzelnen für diese Studie rekrutierten Gruppen deskriptiv vorgestellt.

7.1. Deskriptiver Teil

7.1.1. Soziodemographische Daten und Somatische Daten der einzelnen Kollektive

Die folgenden Aufstellungen ergeben sich aus den Daten, die im ersten, allgemeinen Fragenteil des Fragebogens ermittelt wurden. Die Darstellung erfolgt bereits gesondert nach Zugehörigkeit zur Gruppe der Ambulanz-Sprechstundenpatienten bzw. der DCCV-Patienten, sowie nach Zugehörigkeit zur Gruppe der Patienten mit der Diagnose Morbus Crohn bzw. der Diagnose Colitis ulcerosa.

- Allgemeine Kollektivgröße

Die zahlenmäßige Zusammensetzung der drei Gruppen, nämlich der Sprechstundenpatienten, der Fragebogenpatienten, sowie der Kontrollgruppe, stellt sich wie folgt dar:

		Gruppenzugehörigkeit			
		Patienten Ambulanz	Patienten DCCV	Kontrolle	Gesamt
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Diagnose	Morbus Crohn	19	186	0	205
	Colitis ulcerosa	16	118	0	134
	Summe Crohn und Colitis	35	304	0	339
	Gesund	0	0	42	42
	Gesamt	35	304	42	381

- Häufigkeit der Diagnosen

Die Häufigkeit, mit der Patienten mit der Diagnose eines Morbus Crohn, oder einer Colitis ulcerosa in den Gruppen vertreten waren, zeigt folgende Tabelle:

		Gruppenzugehörigkeit		
		Patienten Ambulanz	Patienten DCCV	Gesamt
		Anzahl	Anzahl	Anzahl
Diagnose	Morbus Crohn	19	186	205
	Colitis ulcerosa	16	118	134
	Gesamt	35	304	339

- Geschlechterverteilung

Die Geschlechterverteilung in den Gruppen unter Berücksichtigung der beiden Diagnosen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zeigt folgende Tabelle:

				Geschlecht	
				männlich Anzahl	weiblich Anzahl
Gruppenzugehörigkeit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	8	11
			Colitis ulcer.	10	6
			gesund	0	0
			Gesamt	18	17
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	37	149
			Colitis ulcer.	34	84
			gesund	0	0
			Gesamt	71	233
	Kontrolle	Diagnose	Morbus Crohn	0	0
			Colitis ulcer.	0	0
			gesund	23	19
			Gesamt	23	19
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	45	160
			Colitis ulcer.	44	90
			gesund	23	19
			Gesamt	112	269

- Altersverteilung. Die Altersverteilung in allen Gruppen stellt sich wie folgt dar:

Gruppenzugehörigkeit	Geschlecht	Diagnose	N	Mittelwert	Standard-abw.	Minimum	Maximum
Patienten Ambulanz	männlich	Morbus Crohn	8	40,8750	10,32940	29,00	60,00
		Colitis ulcer.	10	47,5000	11,98379	29,00	61,00
		Insgesamt	18	44,5556	11,46464	29,00	61,00
	weiblich	Morbus Crohn	11	37,0909	15,00969	20,00	69,00
		Colitis ulcer.	6	40,3333	18,12917	19,00	69,00
		Insgesamt	17	38,2353	15,68650	19,00	69,00
	Insgesamt	Morbus Crohn	19	38,6842	13,05141	20,00	69,00
		Colitis ulcer.	16	44,8125	14,44169	19,00	69,00
		Insgesamt	35	41,4857	13,84870	19,00	69,00
Patienten DCCV	männlich	Morbus Crohn	37	40,1622	13,29476	18,00	82,00
		Colitis ulcer.	34	40,5294	11,65472	21,00	72,00
		Insgesamt	71	40,3380	12,44869	18,00	82,00
	weiblich	Morbus Crohn	149	36,1946	9,65393	16,00	63,00
		Colitis ulcer.	84	37,2381	9,56225	19,00	63,00
	Insgesamt	Insgesamt	233	36,5708	9,61345	16,00	63,00
		Morbus Crohn	186	36,9839	10,55819	16,00	82,00
		Colitis ulcer.	118	38,1864	10,26732	19,00	72,00
		Insgesamt	304	37,4507	10,44572	16,00	82,00
Kontrolle	männlich	gesund	23	42,8261	14,86501	21,00	71,00
		Insgesamt	23	42,8261	14,86501	21,00	71,00
		weiblich	gesund	19	30,8421	10,27545	21,00
	Insgesamt	Insgesamt	19	30,8421	10,27545	21,00	60,00
		gesund	42	37,4048	14,19045	21,00	71,00
	Insgesamt	Insgesamt	42	37,4048	14,19045	21,00	71,00
Insgesamt	männlich	Morbus Crohn	45	40,2889	12,71474	18,00	82,00
		Colitis ulcer.	44	42,1136	11,95965	21,00	72,00
		gesund	23	42,8261	14,86501	21,00	71,00
		Insgesamt	112	41,5268	12,82169	18,00	82,00
	weiblich	Morbus Crohn	160	36,2563	10,04847	16,00	69,00
		Colitis ulcer.	90	37,4444	10,21467	19,00	69,00
		gesund	19	30,8421	10,27545	21,00	60,00
		Insgesamt	269	36,2714	10,20777	16,00	69,00
	Insgesamt	Morbus Crohn	205	37,1415	10,78736	16,00	82,00
		Colitis ulcer.	134	38,9776	10,99588	19,00	72,00
		gesund	42	37,4048	14,19045	21,00	71,00
		Insgesamt	381	37,8163	11,28076	16,00	82,00

- Ausbildung/ Beruf:

				Beruf					
				Schule/ Ausbil- dung	Haus- frau	nicht akad Beruf	akadem Beruf	Arbeits- los	Rente
				Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Gruppen- zugehörig- keit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	2	1	10	3	0	3
			Colitis ulcer.	1	0	7	4	0	4
			gesund	0	0	0	0	0	0
			Gesamt	3	1	17	7	0	7
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	14	8	116	24	1	22
			Colitis ulcer.	11	5	63	27	3	8
			gesund	0	0	0	0	0	0
			Gesamt	25	13	179	51	4	30
	Kontrolle	Diagnose	Morbus Crohn	0	0	0	0	0	0
			Colitis ulcer.	0	0	0	0	0	0
			gesund	9	0	20	9	0	4
			Gesamt	9	0	20	9	0	4
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	16	9	126	27	1	25
			Colitis ulcer.	12	5	70	31	3	12
			gesund	9	0	20	9	0	4
			Gesamt	37	14	216	67	4	41

- Partnersituation

Die Verteilung der einzelnen Gruppen auf die Frage nach ihrer Partnersituation bezüglich der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gibt folgende Tabelle wieder:

				Partnersituation		
				zusammen lebend	getrennt lebend	kein fester Partner
				Anzahl	Anzahl	Anzahl
Gruppenzugehörigkeit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	11	2	6
			Colitis ulcer.	13	0	3
			Gesund	0	0	0
			Gesamt	24	2	9
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	111	25	46
			Colitis ulcer.	73	21	23
			Gesund	0	0	0
			Gesamt	184	46	69
	Kontrolle	Diagnose	Morbus Crohn	0	0	0
			Colitis ulcer.	0	0	0
			Gesund	26	7	9
			Gesamt	26	7	9
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	122	27	52
			Colitis ulcer.	86	21	26
			Gesund	26	7	9
			Gesamt	234	55	87

- Krankheitsdauer. Während die bisherigen Parameter unter Einbezug der Kontrollgruppe verglichen werden konnten, folgen nun krankheitsbezogene Parameter:

				Krankheitsdauer				
				Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Gruppenzugehörigkeit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	19	13,05	7,73	,50	28,00
			Colitis ulcer.	16	14,66	11,29	,50	35,00
			Gesamt	35	13,79	9,41	,50	35,00
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	186	13,27	8,40	,75	48,00
			Colitis ulcer.	118	10,76	7,32	,80	36,00
			Gesamt	304	12,29	8,08	,75	48,00
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	205	13,25	8,32	,50	48,00
			Colitis ulcer.	134	11,22	7,94	,50	36,00
			Gesamt	339	12,45	8,22	,50	48,00

- Alter bei Erstmanifestation der chronisch entzündlichen Darmerkrankung:

				Anzahl	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Gruppen- zugehörig- keit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	19	25,63	9,76	5,00	45,00
			Colitis ulcer.	16	30,16	13,02	17,00	60,50
			Gesamt	35	27,70	11,42	5,00	60,50
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	186	23,71	9,81	1,00	58,00
			Colitis ulcer.	118	27,43	9,94	9,00	63,00
			Gesamt	304	25,16	10,01	1,00	63,00
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	205	23,89	9,80	1,00	58,00
			Colitis ulcer.	134	27,75	10,34	9,00	63,00
			Gesamt	339	25,42	10,18	1,00	63,00

- Remissionsdauer

Hier wird bei allen Patienten die sich in Remission befinden nach der Dauer gefragt, über die die Remission bereits anhält:

				Remissionszeit				
				Anzahl	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Gruppen- zugehörig- keit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	19	,34	,47	,00	1,50
			Colitis ulcer.	16	1,12	1,58	,00	5,00
			Gesamt	35	,70	1,17	,00	5,00
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	186	1,73	2,95	,00	21,00
			Colitis ulcer.	118	1,41	2,73	,00	17,00
			Gesamt	304	1,60	2,86	,00	21,00
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	205	1,60	2,84	,00	21,00
			Colitis ulcer.	134	1,37	2,62	,00	17,00
			Gesamt	339	1,51	2,75	,00	21,00

- Aktuelle Medikation

Hier wurden die Patienten nach ihrer Medikation befragt, die sie im Zusammenhang mit ihrer chronisch entzündlichen Darmerkrankung einnehmen, wobei eine eventuell bestehende Medikation in drei Schweregrade eingeteilt wird, unter Beachtung der stufenweisen, vom Schweregrad der Erkrankung abhängigen Indikation und damit verbundener Nebenwirkungen:

				Medikation			
				leicht Anzahl	mittel Anzahl	stark Anzahl	keine Anzahl
Gruppen- zugehörig- keit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	8	5	6	0
			Colitis ulcer.	9	3	4	0
			Gesamt	17	8	10	0
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	48	55	42	41
			Colitis ulcer.	48	37	19	14
			Gesamt	96	92	61	55
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	56	60	48	41
			Colitis ulcer.	57	40	23	14
			Gesamt	113	100	71	55

- Vorangegangene Operationen

Wie weiter oben bereits im Abschnitt 6.2. im Rahmen der Vorstellung des somatischen Fragebogenteils erläutert, werden die vorangegangenen operativen Interventionen, denen sich der einzelne Patient in Bezug auf seine chronisch entzündliche Darmerkrankung bisher unterziehen mußte, in drei Schweregrade unterteilt:

				operative Behandlung			
				leicht Anzahl	mittel Anzahl	schwer Anzahl	keine Anzahl
Gruppen- zugehörig- keit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	4	8	4	3
			Colitis ulcer.	2	1	2	11
			Gesamt	6	9	6	14
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	20	66	29	70
			Colitis ulcer.	2	4	6	106
			Gesamt	22	70	35	176
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	24	74	33	73
			Colitis ulcer.	4	5	8	117
			Gesamt	28	79	41	190

-Stationäre Aufenthalte

Inwieweit wurden die Patientengruppen durch bisherige stationäre Aufenthalte belastet:

				stationäre Aufenthalte				
				Anzahl	Mittelwert	Standard-abwei-chung	Minimum	Maximum
Gruppen-zugehörig-keit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	17	3,00	1,50	1,00	7,00
			Colitis ulcer.	11	2,73	1,90	1,00	7,00
			Gesamt	28	2,89	1,64	1,00	7,00
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	162	5,56	5,41	1,00	30,00
			Colitis ulcer.	74	3,23	2,76	1,00	13,00
			Gesamt	236	4,83	4,85	1,00	30,00
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	179	5,32	5,22	1,00	30,00
			Colitis ulcer.	85	3,16	2,66	1,00	13,00
			Gesamt	264	4,63	4,66	1,00	30,00

- Stomaträger

Als Hinweis auf einen komplizierten Krankheitsverlauf, und für viele Patienten repräsentativ für eine Stigmatisierung durch ihre chronische Erkrankung:

		Stoma
		Summe
Patienten Ambulanz	Morbus Crohn	0,00
	Colitis ulcer.	1,00
	Gesamt	1,00
Patienten DCCV	Morbus Crohn	8,00
	Colitis ulcer.	2,00
	Gesamt	10,00
Gesamt	Morbus Crohn	8,00
	Colitis ulcer.	3,00
	Gesamt	11,00

- Aktuelle Krankheitsaktivität

Es erfolgt ein Vergleich zwischen den einzelnen untersuchten Gruppen, zwischen Patienten mit aktuell aktiver Erkrankung und Patienten in Remission:

				Aktivität aktuell		
				ja Anzahl	nein Anzahl	keine Ang Anzahl
Gruppenzugehörigkeit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	10	9	0
			Colitis ulcer.	5	11	0
			Gesamt	15	20	0
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	52	133	1
			Colitis ulcer.	41	77	0
			Gesamt	93	210	1
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	62	142	1
			Colitis ulcer.	46	88	0
			Gesamt	108	230	1

- Modifizierter Crohns Disease Aktivität Index (BEST-K)

Die folgende Tabelle gibt Aufschluß über die Verteilung der von uns untersuchten Patienten anhand dieses etablierten Meßinstrumentes zur Evaluierung der aktuellen Krankheitsaktivität:

				BEST-K				
				Anzahl	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Gruppenzugehörigkeit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	19	149,18	90,29	51,00	351,00
			Colitis ulcer.	16	101,06	89,04	,00	308,00
			Gesamt	35	127,19	91,68	,00	351,00
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	186	115,13	91,02	,00	468,50
			Colitis ulcer.	118	95,59	93,83	,00	490,00
			Gesamt	304	107,53	92,46	,00	490,00
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	205	118,35	91,28	,00	468,50
			Colitis ulcer.	134	96,26	92,95	,00	490,00
			Gesamt	339	109,59	92,44	,00	490,00

- Krankheitsschwere-Score (BEST-K/R)

Die Berechnung dieses Instrumentes ist dem Kapitel 6.2. zu entnehmen, in dem die verschiedenen somatischen Parameter und Scores vorgestellt werden:

				BEST-K/R				
				Anzahl	Mittelwert	Standard-abwei-chung	Minimum	Maximum
Gruppen-zugehörig-keit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	19	169,87	93,83	61,00	369,00
			Colitis ulcer.	16	120,44	99,33	4,00	350,00
			Gesamt	35	147,27	98,18	4,00	369,00
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	186	131,86	98,08	,00	502,50
			Colitis ulcer.	118	115,51	100,37	2,00	532,00
			Gesamt	304	125,42	99,14	,00	532,00
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	205	135,55	98,09	,00	502,50
			Colitis ulcer.	134	116,11	99,87	2,00	532,00
			Gesamt	339	127,76	99,12	,00	532,00

- Verlaufsschwere-Score

Mit diesem Score wird der bisherige Krankheitsverlauf in seiner Ausprägung evaluiert:

				Verlaufsschwere-Score				
				Anzahl	Mittelwert	Standard-abwei-chung	Minimum	Maximum
Gruppen-zugehörig-keit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	19	33,21	16,89	3,00	78,00
			Colitis ulcer.	16	31,50	21,04	2,00	77,00
			Gesamt	35	32,43	18,63	2,00	78,00
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	186	34,80	21,77	2,75	113,50
			Colitis ulcer.	118	22,63	16,02	2,10	98,50
			Gesamt	304	30,04	20,57	2,10	113,50
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	205	34,64	21,31	2,75	113,50
			Colitis ulcer.	134	23,73	16,88	2,00	98,50
			Gesamt	339	30,30	20,35	2,00	113,50

- Psychotherapeutisch-Psychosomatische Vorerfahrung

Mit dieser Frage wurde jeder Patient über einen eventuellen bisherigen Kontakt mit dem Angebot psychotherapeutischer oder psychosomatischer Einrichtungen befragt:

				Anzahl Patienten
				Summe
Gruppenzugehörigkeit	Patienten Ambulanz	Diagnose	Morbus Crohn	,00
			Colitis ulcer.	,00
			Gesamt	,00
	Patienten DCCV	Diagnose	Morbus Crohn	19,00
			Colitis ulcer.	7,00
			Gesamt	26,00
	Gesamt	Diagnose	Morbus Crohn	19,00
			Colitis ulcer.	7,00
			Gesamt	26,00

7.1.2. Vergleichbarkeit der Sprechstundenpatienten mit den Briefteilnahmepatienten unter besonderer Berücksichtigung der Diagnose Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa

Dieser Punkt bildet den Übergang aus dem rein deskriptiven Teil heraus, da nun folgend signifikante Differenzen zwischen den Gruppen der DCCV-Patienten und der Sprechstundenpatienten, sowie zwischen den Patienten mit Morbus Crohn und den Patienten mit Colitis ulcerosa herausgearbeitet werden sollen. Eingegangen wird hier auf die Aspekte Alter, Geschlecht, Partnersituation, und berufliche Tätigkeit.

- Alter:

Es zeigte sich keine signifikante Korrelation zwischen Alter und Gruppenzugehörigkeit bzw. Alter und Diagnose:

Korrelationskoeffizient:

Alter – Gruppe (Ambulanz – DCCV): $t = 1,67$; $p = 0,10$

Alter – Gruppe (Ambulanz – Kontrolle): $t = 1,27$; $p = 0,21$

Alter – Gruppe (DCCV - Kontrolle): $t = 0,02$; $p = 0,98$

Alter – Diagnose (Crohn – Colitis): $t = 1,51$; $p = 0,13$

Alter – Diagnose (Crohn – Gesund): $t = 0,11$; $p = 0,91$

Alter – Diagnose (Colitis – Gesund): $t = 0,66$; $p = 0,51$

-Geschlecht:

Es zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen Geschlecht und Gruppenzugehörigkeit, sowie zwischen Geschlecht und der Diagnose, wobei Frauen in der Diagnosegruppe des Morbus Crohn im

Vergleich zur Colitis ulcerosa, sowie in der Fragebogengruppe im Vergleich zur Ambulanz-Gruppe, überrepräsentiert waren:

Korrelationskoeffizient:

Geschlecht – Gruppe: $\chi^2 = 26,55$; $p < 0,05$

Geschlecht – Diagnose: $\chi^2 = 19,26$; $p < 0,05$

-Partnersituation:

Es zeigte sich keine signifikante Korrelation zwischen der Partnersituation und der Gruppenzugehörigkeit (siehe auch Kapitel 7.1.3.) bzw. Partnersituation und Diagnose:

Korrelationskoeffizient:

Partnersituation – Gruppe: $\chi^2 = 3,86$; $p = 0,70$

Partnersituation – Diagnose: $\chi^2 = 3,62$; $p = 0,73$

-Berufliche Tätigkeit:

Es zeigte sich keine signifikante Korrelation zwischen der Tätigkeit der Patienten und der Gruppenzugehörigkeit bzw. der Tätigkeit und der Diagnose (Spaltenanteilvergleich mit Z-Test).

Berufliche Tätigkeit – Gruppe: $p > 0,05$

Berufliche Tätigkeit – Diagnose: $p > 0,05$

Insgesamt können somit die Gruppen der Ambulanz-Patienten, der DCCV-Patienten, sowie der Kontrolle durchaus als vergleichbar angesehen werden, ebenso repräsentiert sich die Zuordnung zu den Diagnosen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa anhand der gezeigten soziodemographischen Parameter als vergleichbar. Lediglich der Anteil an Frauen war, in Einklang mit den von anderen Autoren ermittelten Geschlechterverteilungen, in der Diagnosegruppe des Morbus Crohn im Vergleich zur Colitis ulcerosa signifikant erhöht. Eine gesonderte Analyse der Partnersituation in Korrelation zu verschiedenen Einflußfaktoren wird im folgenden Kapitel 7.1.3. aufgeführt.

7.1.3. Korrelation zwischen Alter, Krankheitsdauer, und der Partnersituation

- Die Partnersituation im Vergleich zwischen den verschiedenen Kollektiven stellte sich wie folgt dar:

		Diagnose		
		Colitis ulcer. Anzahl	Morbus Crohn Anzahl	gesund Anzahl
Partnersituation	keine Angabe	1	4	0
	getrennt lebend	21	27	7
	kein fester Partner	26	52	9
	zusammen lebend	86	122	26

Signifikante Unterschiede zwischen den Personen der einzelnen Kollektive bezüglich ihrer Partnersituation ergeben sich nicht:

Spalten-Z-Test: $p > 0,05$

- Alter

Ältere Patienten zeigten in signifikantem Ausmaß mehr feste Partnerschaften als jüngere Patienten:

$t = 3,31$ $p < 0,05$ Mittelwerte: fester Partner: 41,28 Jahre; kein fester Partn.: 34,89 Jahre

- Krankheitsdauer

Patienten mit länger dauernder Anamnese waren signifikant mit einer festen Partnerschaft korreliert:

$t = 3,10$ $p < 0,05$ Mittelwerte: fester Partner: 12,63 Jahre; kein fester Partn.: 8,78 Jahre

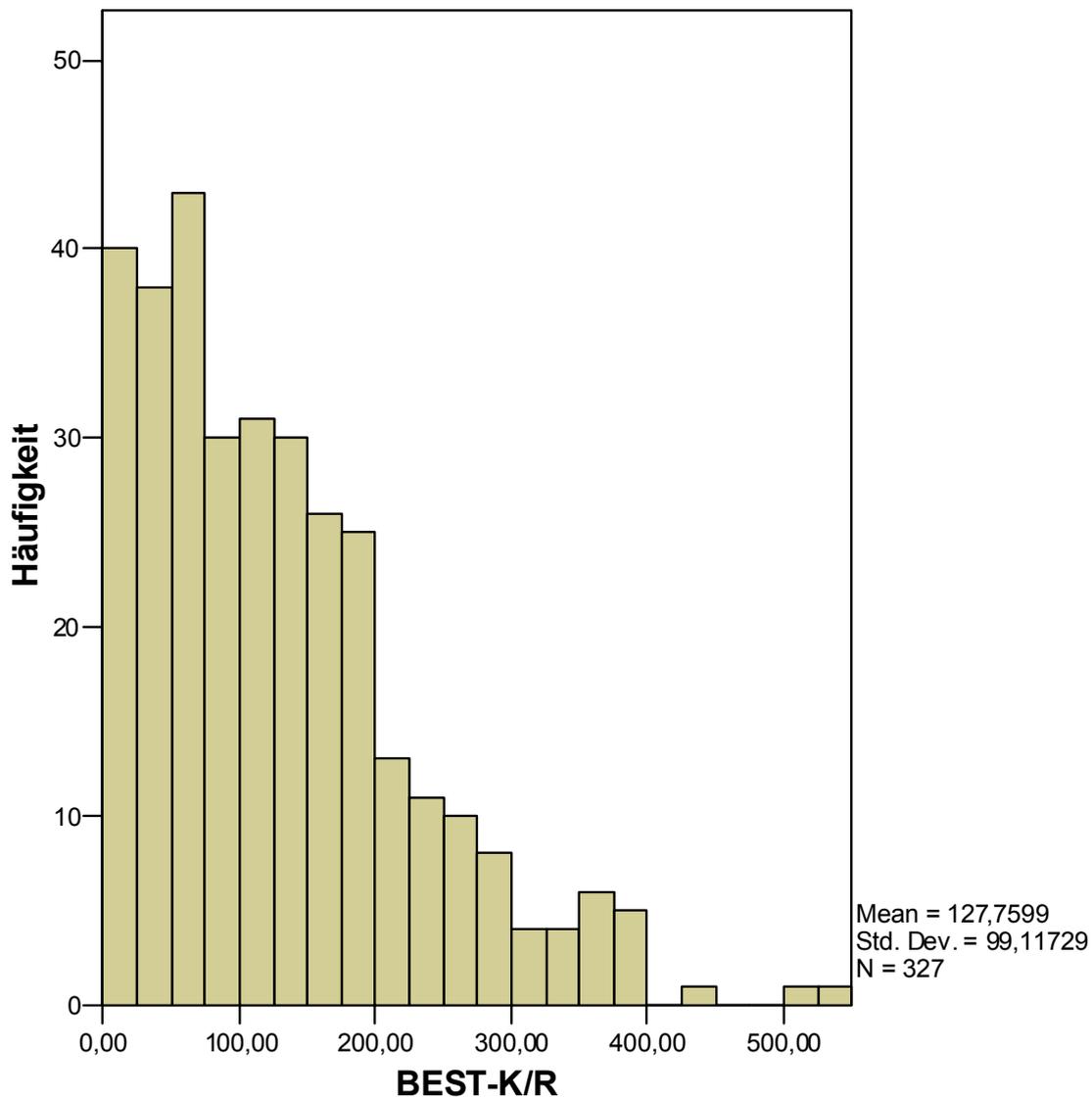
7.2. Somatische Krankheitsdaten

7.2.1. Verteilung der einzelnen Gruppen und Diagnosen bezüglich der verwendeten Krankheitsschwere- und Verlaufsschwere-Scores

Im Kapitel 6.2. wurden die Scores für die Krankheitsschwere und den Verlauf der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vorgestellt. Für jeden teilnehmenden Patienten konnte auf diese Weise jeweils ein Zahlenwert ermittelt werden, der zum einen die aktuelle Krankheitsschwere, zum anderen den individuellen Verlauf der Erkrankung repräsentiert. Im Folgenden soll zunächst allgemein die Verteilung der Patienten bezüglich dieser beiden Parameter dargestellt werden, und zwar abhängig von ihrer Zugehörigkeit zum einen zur Gruppe der DCCV-Patienten oder der Ambulanz-Patienten, zum anderen zur Diagnosegruppe des Morbus Crohn oder der Colitis ulcerosa. Für den Krankheitsschwere-Score (BEST-K/R) wurde im Kapitel 6.2. bereits ein Cut-Off-Wert für einen aktuellen Schub angegeben. Demnach ist ab einem Punktwert von 120 von einem Schub auszugehen. In der vorliegenden Arbeit soll eine überzufällige Prävalenz hoher Krankheitsaktivität bzw. schwerer Verläufe bei Patienten mit Hinweisen auf eine Störung der Persönlichkeit aufgedeckt werden. Vom somatischen Aspekt her sei hiermit als Gruppe hoher aktueller Krankheitsschwere der Teil der Patienten definiert, der einen Krankheitsschwere-Score zeigt der höher als der Mittelwert plus eine Standardabweichung ist, bzw. als Gruppe schwerer Verläufe der Teil der Patienten der einen Verlaufsschwere-Score zeigt, der höher als der Mittelwert des Verlaufsschwere-Scores plus eine Standardabweichung ist. Die somit ermittelten Grenzwerte bilden Cut-Off-Werte für Aktivität und Verlauf, und ermöglichen eine Einteilung der teilnehmenden Patienten in Fälle mit hoher versus niedriger Aktivität, sowie in Fälle mit schwerem versus leichterem Verlauf. Für die statistische Analyse im Vergleich der psychometrischen und der somatischen Parameter in Kapitel 7.3.1. werden jedoch die stetigen, dimensional Skalen der Krankheits- und der Verlaufsschwere herangezogen.

Aktuelle Krankheitsschwere:

		BEST-K/R			
		Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Gruppenzugehörigkeit	Patienten Ambulanz	147,27	98,18	4,00	369,00
	Patienten DCCV	125,42	99,14	,00	532,00
Diagnose	Morbus Crohn	135,55	98,09	,00	502,50
	Colitis ulcer.	116,11	99,87	2,00	532,00
	Gesamt	127,76	99,12	,00	532,00



Aus dem Gesamtmittelwert plus der Gesamtstandardabweichung ergibt sich für den Krankheitsschwere-Score (BEST-K/R) ein Cut-Off-Wert von 227 (gerundet). Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Zugehörigkeit zu den Gruppen Ambulanz- und DCCV-Patienten (U-Test nach Mann und Whitney):

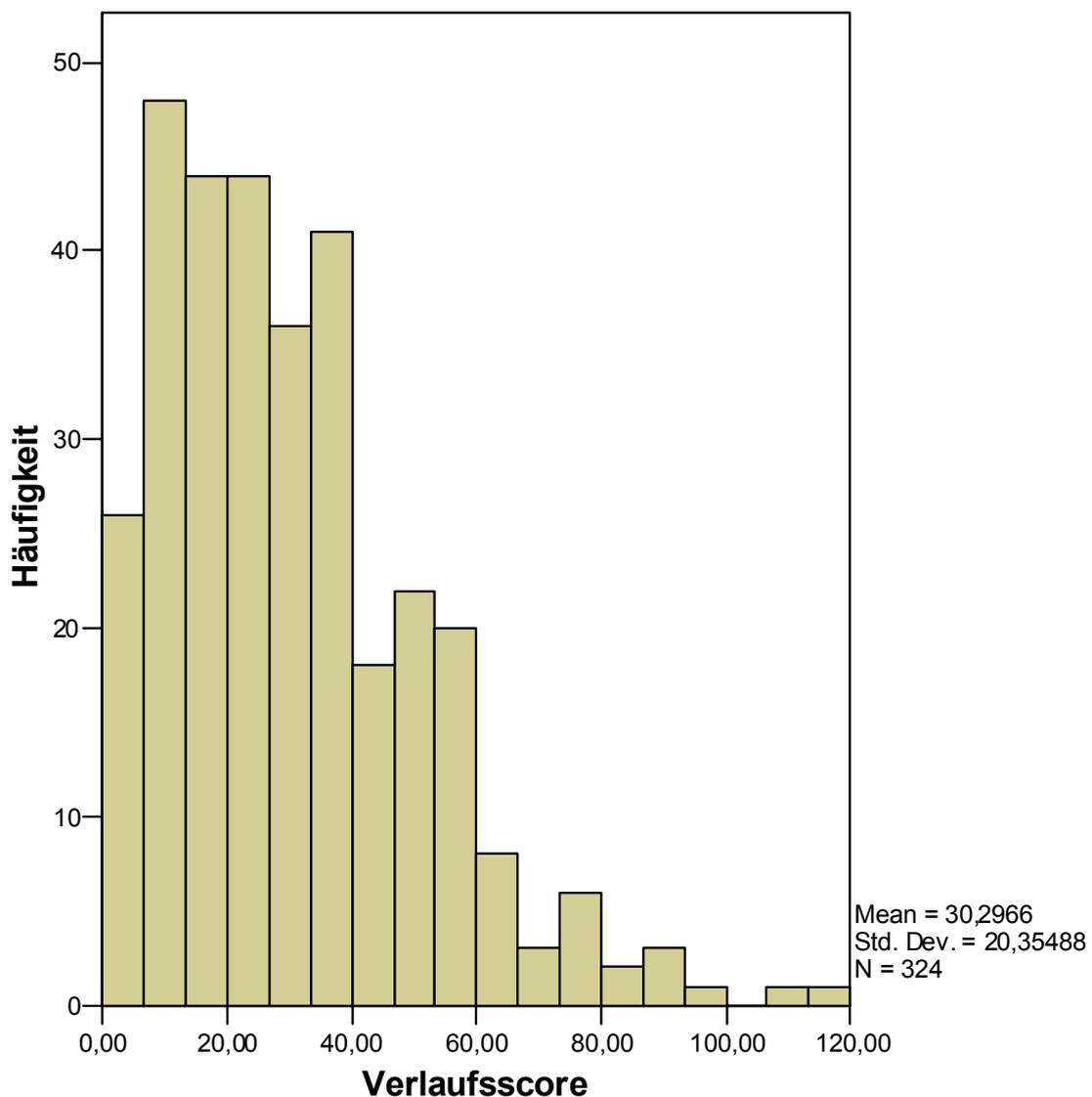
U = 4331 p = 0,14

Es ergaben sich jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa bezüglich des Krankheitsschwere-Scores, mit höheren Werten für die Morbus Crohn-Patienten:

U = 10959 p < 0,05 Mittelwerte: 135,55 vs 116,11

Verlaufsschwere:

		Verlaufsschwere-Score			
		Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Gruppenzugehörigkeit	Patienten Ambulanz	32,43	18,63	2,00	78,00
	Patienten DCCV	30,04	20,57	2,10	113,50
Diagnose	Morbus Crohn	34,64	21,31	2,75	113,50
	Colitis ulcer.	23,73	16,88	2,00	98,50
	Gesamt	30,30	20,35	2,00	113,50



Aus dem Gesamtmittelwert plus der Gesamtstandardabweichung ergibt sich für den Verlaufsschwere-Score ein Cut-Off-Wert von 51. Ein signifikanter Unterschied im Verlaufsschwere-Score zwischen den Patienten aus der Ambulanz und den Patienten des DCCV zeigte sich nicht (U-Test nach Mann und Whitney):

U = 4471 p = 0,26

Es ergeben sich jedoch signifikant höhere Werte im Verlaufsschwere-Score für Patienten mit Morbus Crohn im Vergleich zu Patienten mit Colitis ulcerosa:

U = 8494 p < 0,05 Mittelwerte: 34,64 vs 23,73

Insgesamt zeigten also Patienten mit Morbus Crohn sowohl im Krankheitsschwere- als auch im Verlaufsschwere-Score höhere Werte als die Colitis ulcerosa-Patienten. Zwischen den Ambulanz- und den DCCV-Patienten gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der beiden Scores.

7.2.2. Zusammenhänge zwischen somatischen Daten und soziodemographischen Daten

Die zuvor beschriebenen Scores der Krankheitsschwere und des Krankheitsverlaufs werden auf mögliche Korrelationen zu den soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Partnersituation und Beruf überprüft.

- Krankheitsschwere:

Alter: Es besteht eine signifikante positive Korrelation zum Alter:

Korrelations-Koeffizient (Spearman) 0,13; p < 0,05

Geschlecht: Es besteht keine signifikante Korrelation zum Geschlecht:

Z (Mann-Whitney-U) = 0,07; p = 0,95

Partnersituation: Es besteht keine signifikante Korrelation zur Partnersituation: Kruskal-Wallis-Test (mehr als zwei unverbundene Stichproben, nicht-normalverteilt):

p = 0,06

Beruf: Es besteht eine signifikante Korrelation zur Tätigkeit der Patienten, wobei berentete Patienten erwartungsgemäß einen signifikant höheren Score haben als die anderen Berufsgruppen: Kruskal-Wallis-Test (mehr als zwei unverbundene Stichproben, nicht-normalverteilt):

p < 0,05

- Krankheitsverlauf:

Alter: Es besteht erwartungsgemäß eine signifikante positive Korrelation zum Alter:

Korrelations-Koeffizient (Spearman) 0,36; p < 0,05

Geschlecht: Es besteht keine signifikante Korrelation zum Geschlecht:

Z (Mann-Whitney-U) = 0,98; p = 0,33

Partnersituation: Es besteht eine signifikante Korrelation zur Partnersituation, wobei mit dem Partner zusammen lebende Patienten signifikant höhere Krankheitsverlaufs-Scores haben als getrennt lebende: Kruskal-Wallis-Test (mehr als zwei unverbundene Stichproben, nicht-normalverteilt):

p < 0,05

Beruf: Es besteht eine signifikante Korrelation zur Tätigkeit der Patienten, wobei berentete Patienten erwartungsgemäß einen signifikant höheren Score haben als die anderen Berufsgruppen: Kruskal-Wallis-Test (mehr als zwei unverbundene Stichproben, nicht-normalverteilt):

$$p < 0,05$$

7.3. Persönlichkeitsmerkmale

Bisher wurden die drei Gruppen der Teilnehmenden der vorliegenden Studie, namentlich die Gruppe der Patienten der Ambulanz für chronisch entzündliche Darmerkrankungen, die Gruppe der Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Betroffenen der DCCV, sowie die Gruppe der Kontrollpersonen, anhand somatischer und soziodemographischer Parameter analysiert. Die Patienten werden hierbei entsprechend in die beiden Kollektive Morbus Crohn und Colitis ulcerosa separiert. Entsprechend der Hypothese der vorliegenden Arbeit soll eine Subgruppe mit besonders schweren Verläufen bzw. hoher Krankheitsaktivität, identifiziert werden, die durch ein auffälliges, also gestörtes Persönlichkeitsprofil abzugrenzen ist. Die unabhängige Variable einer Korrelationsprüfung soll also der Grad der Auffälligkeit der entsprechenden Patienten in den einzelnen psychometrischen Testfragebögen sein. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der einzelnen Fragebögenabschnitte, die im Fragebogen mit den Buchstaben A bis G bezeichnet werden, vorgestellt. Gegenübergestellt werden zunächst die Verteilungen der Ergebnisse innerhalb der beiden Kollektive Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, sowie der Ergebnisse innerhalb der Gruppen der Ambulanz-Patienten und der Teilnehmer der DCCV. Abgegrenzt werden dabei auch die Ergebnisse der Kontrollgruppe. Definiert werden anschließend die Subgruppen der unter psychometrischen Gesichtspunkten auffälligen gegenüber den unauffälligen Patienten. Geprüft wird schließlich auch der Einfluß eventueller sogenannter Confounder, also extrinsischer Parameter, die für scheinbare Korrelationen verantwortlich sein können, wie zum Beispiel das Alter, oder die Partnersituation der Teilnehmer. Abschließend wird in jedem Abschnitt geprüft, inwieweit signifikante Unterschiede in der Prävalenz schwerer Krankheitsverläufe und hoher Krankheitsaktivität im Sinne entsprechend hoher Scores in den Subgruppen der auffälligen und unauffälligen Patienten vorliegen.

7.3.1. Ergebnisse der einzelnen psychometrischen Tests in der Einzelauswertung

A) Inventory of Personality Organization (IPO)

Aus dem Inventory of Personality Organization wurden die Skalen „Identitätsdiffusion“ und „Normaler Objektivbeziehungstyp“ angewandt. Cut-Off-Werte liegen für beide Skalen in der Literatur nicht vor.

- Skala „Identitätsdiffusion“:

Die Skala besteht aus 17 Items, der Summenwert wird in Prozent des maximal möglichen Scores (80 Punkte) angegeben. Der Grad der Identitätsdiffusion wird dimensional dargestellt, die Verteilung ist hinreichend normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Z = 1,35; $p = 0,05$), daraus ergibt sich eine Bearbeitung mit dem t-Test. Folgende Tabelle gibt die Verteilung wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Identitätsdiffusion	205	47,48	12,44	24,71	83,53
Colitis ulcer.	Identitätsdiffusion	134	46,50	12,24	21,18	88,24
Gesund	Identitätsdiffusion	42	41,11	10,70	20,00	61,18
Gesamt	Identitätsdiffusion	381	46,43	12,31	20,00	88,24

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 1,37 \quad p = 0,17$$

Es gab signifikante Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 2,49 \quad p < 0,05$$

Wobei die Teilnehmer des DCCV höhere Werte aufwiesen als die Ambulanz-Patienten (Mittelwerte: 39,49 vs 47,45).

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$t = 0,72 \quad p = 0,47$$

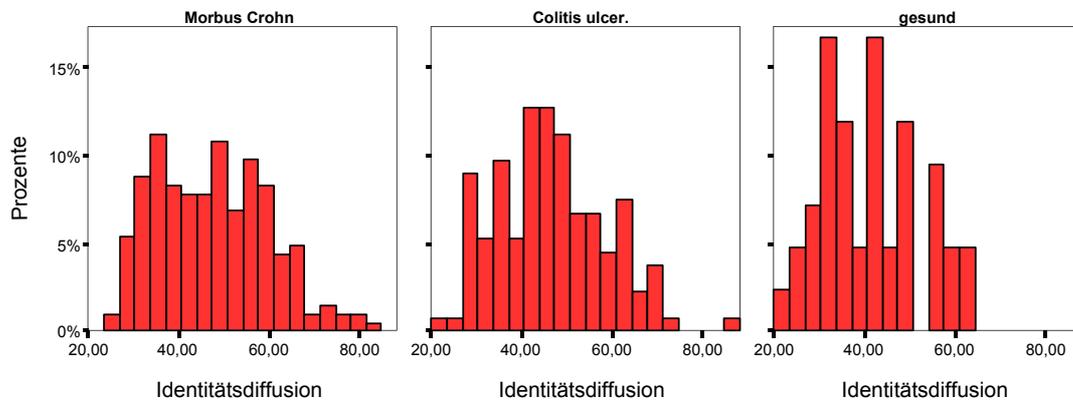
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 3,10 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 47,48 \text{ vs } 41,11$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 2,56 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 46,50 \text{ vs } 41,11$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich auch signifikante Korrelationen zwischen den Werten der Identitätsdiffusion und dem Alter, dem Geschlecht, der Partnersituation und dem Beruf der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Identitätsdiffusion	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	-0,17**	t = 3,20**	**	**
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Signifikant höhere Scores zeigten Teilnehmer mit höherem Alter, Frauen, sowie Patienten ohne festen Partner. Niedrigere Scores ergaben sich bei Akademikern.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (58,74).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der Identitätsdiffusion und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 3045 \quad p = 0,73$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Score der Identitätsdiffusion und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2325 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte : 126,31 vs 170,48}$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der Identitätsdiffusion und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1169 \quad p = 0,58$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Score der Identitätsdiffusion und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 903 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: 163,08 vs 105,03}$$

- Skala „Normaler Objektbeziehungstyp“:

Die Skala besteht aus 20 Items, der Summenwert wird in Prozent des maximal möglichen Scores (100 Punkte) angegeben. Der Grad der Normalität der Objektbeziehung wird dimensional dargestellt, die Verteilung ist hinreichend normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Z = 1,31; p = 0,07). Der Score überprüft den Bestand eines normalen Objektbeziehungstyps, überprüft werden soll eine pathologische Konstellation, also eine Einstufung in einen niedrigen Score-Bereich. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Test-Werte wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Normal	205	76,07	9,18	40,00	96,00
Colitis ulcer.	Normal	134	75,98	9,32	52,00	97,00
Gesund	Normal	42	76,95	8,19	53,00	91,00
Gesamt	Normal	381	76,14	9,11	40,00	97,00

Es gab signifikante Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 1,99 \quad p < 0,05$$

Wobei die Ambulanz-Patienten niedrigere Werte aufwiesen als die Teilnehmer des DCCV (Mittelwerte: 72,11 vs 76,48)

Es gab signifikante Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 3,04 \quad p < 0,05$$

Wobei die Teilnehmer des DCCV niedrigere Werte aufwiesen als die Ambulanz-Patienten (Mittelwerte: 75,11 vs 82,44).

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$t = 0,09 \quad p = 0,93$$

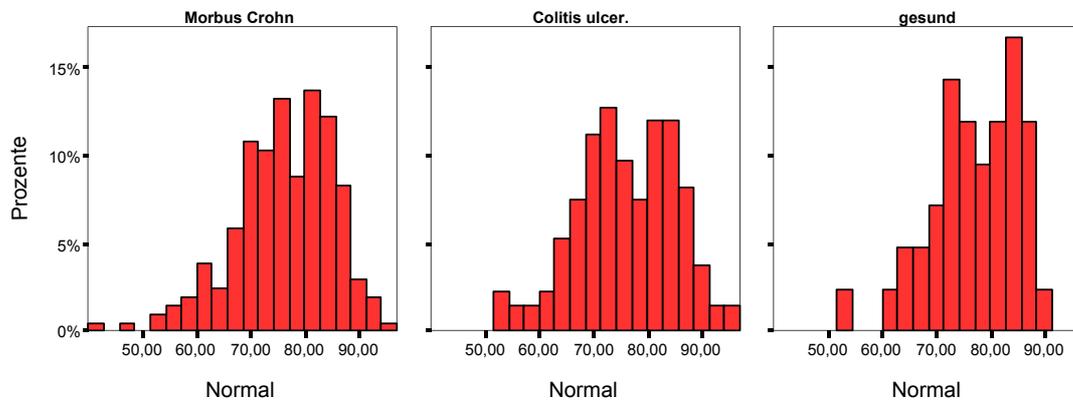
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 0,58 \quad p = 0,57$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 0,60 \quad p = 0,55$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Werten des Normalen Objektbeziehungstyp und dem Alter, dem Geschlecht, der Partnersituation, oder dem Beruf der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Normal	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	0,01	t = 0,35	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,90	p = 0,73	p > 0,05	P > 0,05

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

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, eine Einstufung als pathologischer Befund erfolgt bei Unterschreitung eines unteren Grenzwertes. Dieser wird für die folgenden Berechnungen als die Differenz aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (67,03).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score „Normal“ und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2456 \quad p = 0,77$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score „Normal“ und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2541 \quad p = 0,96$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score „Normal“ und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 972 \quad p = 0,20$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score des „Normalen Objektbeziehungstyps“ und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1037 \quad p = 0,46$$

B) Structural Clinical Interview for Disorders (SCID – II)

Dieser Test besteht aus 12 Skalen, die voneinander unabhängig ausgewertet werden. Für alle Skalen liegen Cut-Off-Werte vor, so daß jeweils a priori zwei getrennte Gruppen definiert werden können.

- Skala „Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von sieben erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind vier der sieben Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Selbstunsicher	205	2,61	2,06	0,00	7,00
Colitis ulcer.	Selbstunsicher	134	2,63	2,13	0,00	7,00
gesund	Selbstunsicher	42	1,36	1,38	0,00	5,00
Gesamt	Selbstunsicher	381	2,48	2,06	0,00	7,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,75 \quad p = 0,39$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 1,79 \quad p = 0,18$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,01 \quad p = 0,94$$

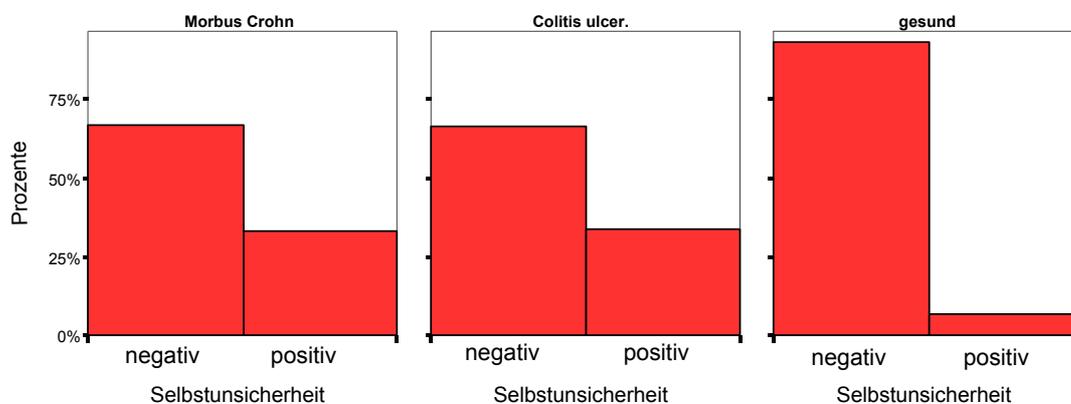
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 11,53 \quad p < 0,05 \quad \text{Anteil Test-Positiver: } 33\% \text{ vs } 7,1\%$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 11,27 \quad p < 0,05 \quad \text{Anteil Test-Positiver: } 34\% \text{ vs } 7,1\%$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen der Skala „Selbstunsicherheit“ und dem Geschlecht der Patienten, mit höherem Anteil an Positiven bei den Frauen (34% vs 21%):

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Selbstunsicher	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 1,43	Chi ² =6,09**	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 015	P < 0,05	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der „Selbstunsicherheit“ und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 3881 \quad p = 0,45$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Score der „Selbstunsicherheit“ und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2685 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 117,71 \text{ vs } 172,34$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Score der „Selbstunsicherheit“ und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1259 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte : } 20,53 \text{ vs } 30,12$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Score der „Selbstunsicherheit“ und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1399 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 100,02 \text{ vs } 149,05$$

- Skala „Dependente Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von acht erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind fünf der acht Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Dependent	205	2,22	1,57	0,00	8,00
Colitis ulcer.	Dependent	134	2,28	1,63	0,00	7,00
Gesund	Dependent	42	1,38	1,21	0,00	5,00
Gesamt	Dependent	381	2,15	1,57	0,00	8,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,04 \quad p = 0,84$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,34 \quad p = 0,56$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,13 \quad p = 0,72$$

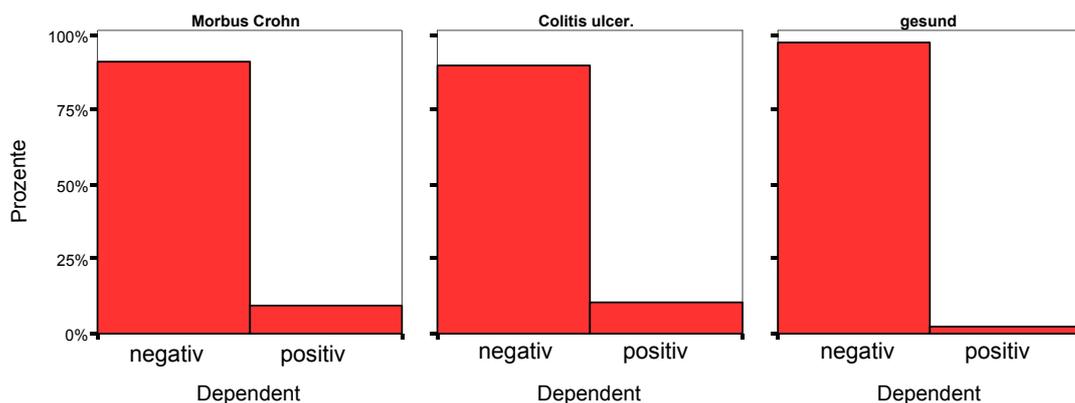
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 2,22 \quad p = 0,14$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 2,67 \quad p = 0,10$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Werten der „Dependenz“ und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Dependent	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 1,41	Chi ² = 0,15	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,17	p = 0,70	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der „Dependenz“ und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1440 \quad p = 0,74$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der „Dependenz“ und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1042 \quad p = 0,07$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der „Dependenz“ und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 653 \quad p = 0,43$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der „Dependenz“ und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 688 \quad p = 0,33$$

- Skala „Zwanghafte Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von acht erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind vier der acht Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Zwanghaft	205	3,90	1,70	0,00	8,00
Colitis ulcer.	Zwanghaft	134	4,12	1,62	0,00	8,00
gesund	Zwanghaft	42	3,46	1,42	1,00	5,50
Gesamt	Zwanghaft	381	3,93	1,65	0,00	8,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,94 \quad p = 0,33$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 3,73 \quad p = 0,05$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 1,29 \quad p = 0,26$$

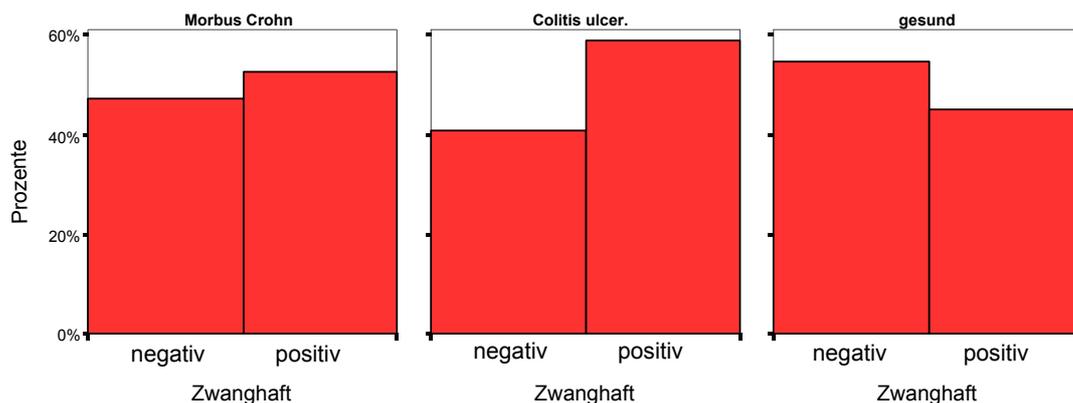
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,77 \quad p = 0,38$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 2,44 \quad p = 0,12$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Werten der „Zwanghaftigkeit“ und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Zwanghaft	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 1,82	Chi ² =2,11	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,07	p = 0,15	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der „Zwanghaftigkeit“ und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 4456 \quad p = 0,46$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der „Zwanghaftigkeit“ und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 4628 \quad p = 0,68$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der „Zwanghaftigkeit“ und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1910 \quad p = 0,58$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score der „Zwanghaftigkeit“ und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1899 \quad p = 0,43$$

- Skala „Negativistische Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von sieben erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind vier der sieben Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Negativistisch	205	1,95	1,72	0,00	7,00
Colitis ulcer.	Negativistisch	134	1,72	1,70	0,00	6,50
gesund	Negativistisch	42	1,12	1,17	0,00	4,50
Gesamt	Negativistisch	381	1,78	1,68	0,00	7,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 2,84 \quad p = 0,09$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 3,19 \quad p = 0,07$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,41 \quad p = 0,52$$

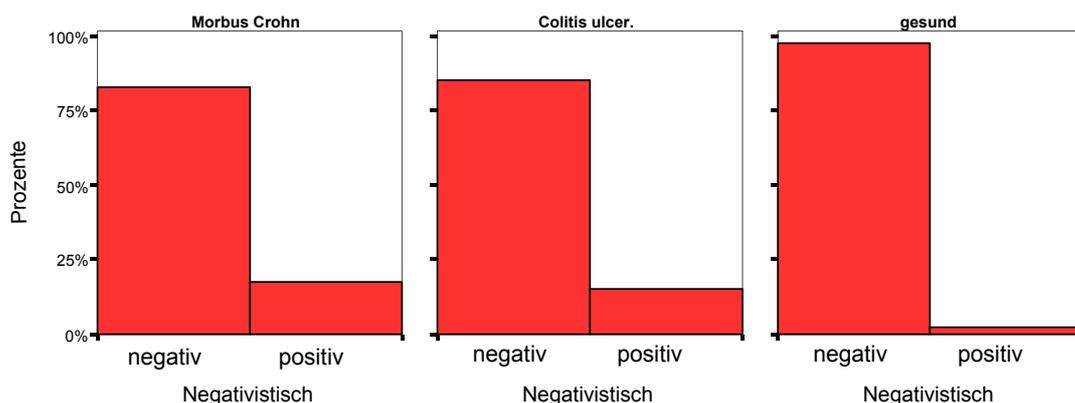
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 6,31 \quad p < 0,05 \quad \text{Anteil Test-Positiver: } 18\% \text{ vs } 2,4\%$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 4,79 \quad p < 0,05 \quad \text{Anteil Test-Positiver: } 15\% \text{ vs } 2,4\%$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich auch signifikante Korrelationen zwischen den Werten der „Negativistischen Störung“ und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Negativistisch	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 0,97	Chi ² = 0,76	--	**
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,34	p = 0,39	p > 0,05	p < 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen Akademikern und negativem Testergebnis.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2577 \quad p = 0,46$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2222 \quad p = 0,12$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 783 \quad p = 0,08$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 780 \quad p = 0,06$$

- Skala „Depressive Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von sieben erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind fünf der sieben Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Depressiv	205	2,36	2,10	0,00	7,00
Colitis ulcer.	Depressiv	134	2,59	1,92	0,00	7,00
gesund	Depressiv	42	1,04	1,25	0,00	5,00
Gesamt	Depressiv	381	2,29	2,01	0,00	7,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 1,08 \quad p = 0,30$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 3,00 \quad p = 0,08$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 1,60 \quad p = 0,21$$

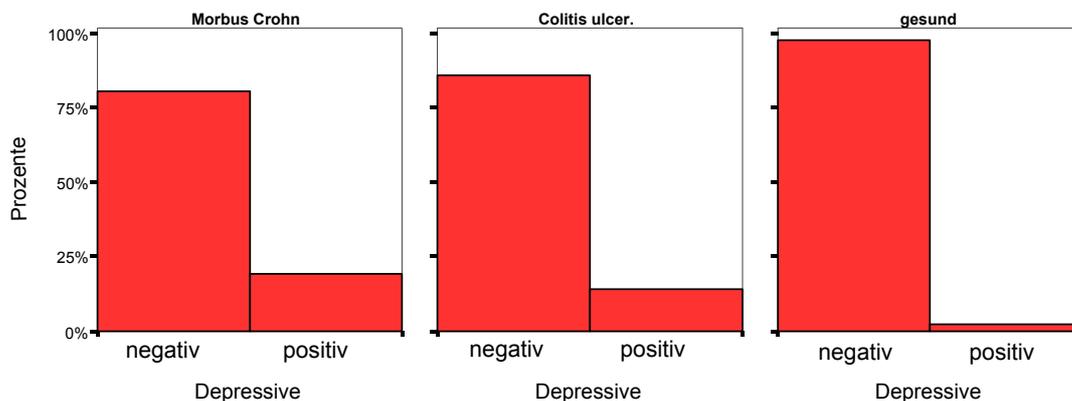
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 7,39 \quad p < 0,05 \quad \text{Anteil Test-Positive: } 20\% \text{ vs } 2,4\%$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 4,42 \quad p < 0,05 \quad \text{Anteil Test-Positive: } 14\% \text{ vs } 2,4\%$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Depressiv	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 1,83	Chi ² = 3,03,	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,07	p = 0,08	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2687 \quad p = 0,34$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1825 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 123,50 \text{ vs } 187,30$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 955 \quad p = 0,76$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 706 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 110,58 \text{ vs } 148,68$$

- Skala „Paranoide Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von sieben erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind vier der sieben Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Paranoid	205	2,64	1,82	0,00	7,00
Colitis ulcer.	Paranoid	134	2,40	1,73	0,00	7,00
gesund	Paranoid	42	1,35	1,12	0,00	4,00
Gesamt	Paranoid	381	2,42	1,76	0,00	7,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,25 \quad p = 0,62$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 2,91 \quad p = 0,09$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,32 \quad p = 0,57$$

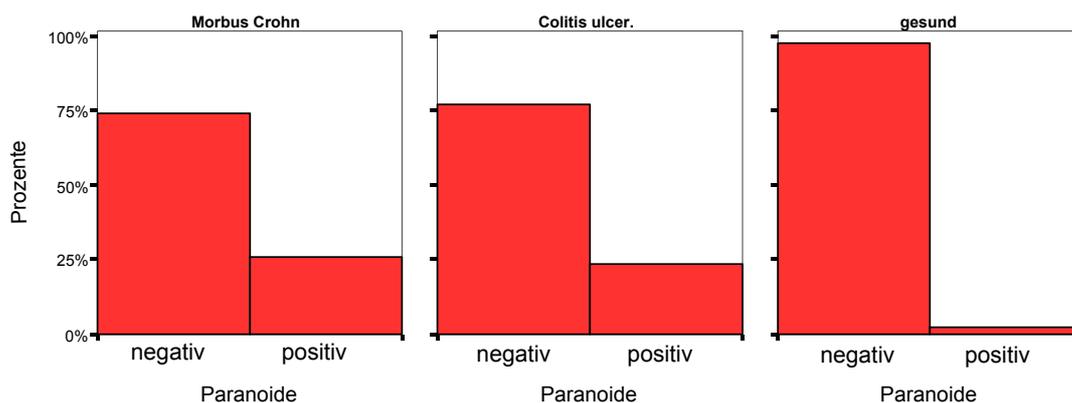
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 11,24 \quad p < 0,05 \quad \text{Anteil Test-Positive: } 26\% \text{ vs } 2,4\%$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 9,26 \quad p < 0,05 \quad \text{Anteil Test-Positive: } 23\% \text{ vs } 2,4\%$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Paranoide	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = -1,40	Chi ² = 1,16	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,16	p = 0,28	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 3369 \quad p = 0,46$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 3291 \quad p = 0,44$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 979 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 21,97 \text{ vs } 30,09$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1120 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 103,88 \text{ vs } 157,30$$

- Skala „Schizotypische Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von neun erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind fünf der neun Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Schizotypisch	205	3,54	1,70	0,00	8,00
Colitis ulcer.	Schizotypisch	134	3,54	1,83	0,00	8,50
gesund	Schizotypisch	42	2,27	1,65	0,00	6,00
Gesamt	Schizotypisch	381	3,40	1,78	0,00	8,50

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 2,29 \quad p = 0,13$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 3,38 \quad p = 0,07$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,07 \quad p = 0,79$$

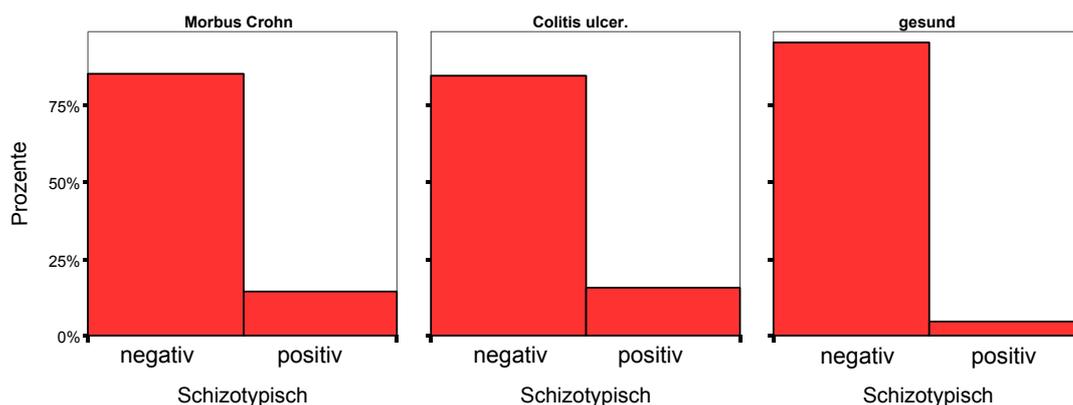
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 3,01 \quad p = 0,08$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 3,35 \quad p = 0,07$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Schizotypisch	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 0,38	Chi ² = 1,35	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,71	p = 0,25	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2271 \quad p = 0,63$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1622 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 128,08 \text{ vs } 178,52$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 878 \quad p = 0,27$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 940 \quad p = 0,28$$

- Skala „Schizoide Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von sieben erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind vier der sieben Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Schizoid	205	2,41	1,57	0,00	7,00
Colitis ulcer.	Schizoid	134	2,21	1,43	0,00	6,00
Gesund	Schizoid	42	1,52	1,36	0,00	5,00
Gesamt	Schizoid	381	2,24	1,52	0,00	7,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,00 \quad p = 0,95$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 2,01 \quad p = 0,16$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,06 \quad p = 0,81$$

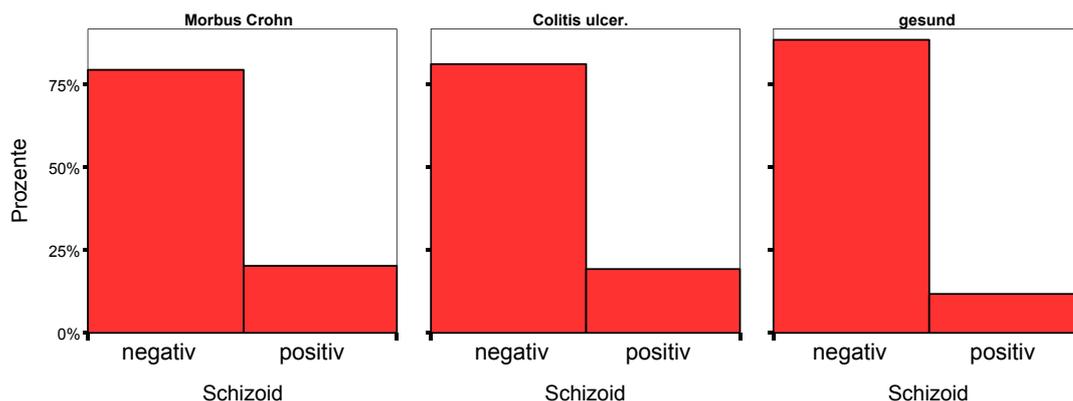
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 1,67 \quad p = 0,20$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 1,24 \quad p = 0,27$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Schizoid	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 3,17**	Chi ² = 0,02	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p = 0,88	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation mit dem Alter, wobei das Durchschnittsalter bei den Test-Positiven höher ausfiel.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2993 \quad p = 0,88$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 3099 \quad p = 0,81$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1173 \quad p = 0,60$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 985 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 105,67 \text{ vs } 160,36$$

- Skala „Histrionische Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von acht erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind fünf der acht Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Histrionisch	205	1,99	1,82	0,00	6,86
Colitis ulcer.	Histrionisch	134	1,79	1,86	0,00	8,00
gesund	Histrionisch	42	1,88	2,06	0,00	8,00
Gesamt	Histrionisch	381	1,91	1,86	0,00	8,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 1,77 \quad p = 0,18$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 1,47 \quad p = 0,23$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,01 \quad p = 0,91$$

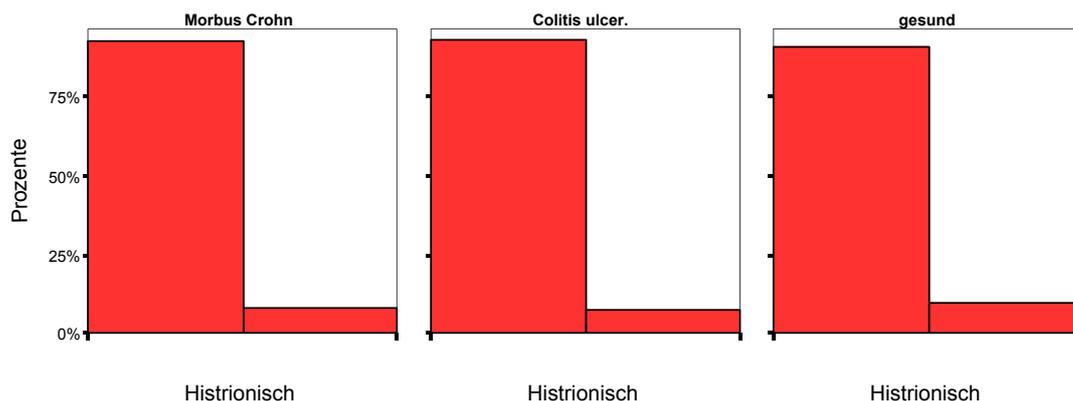
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,14 \quad p = 0,71$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,19 \quad p = 0,67$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Histrionisch	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 1,99	Chi ² = 0,01	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,05	p = 0,94	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1408 \quad p = 0,91$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1141 \quad p = 0,31$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 404 \quad p = 0,21$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 522 \quad p = 0,47$$

- Skala „Narzißtische Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von neun erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind fünf der neun Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Narzißtisch	205	1,74	1,55	0,00	7,00
Colitis ulcer.	Narzißtisch	134	1,88	1,55	0,00	6,50
gesund	Narzißtisch	42	1,63	1,16	0,00	4,67
Gesamt	Narzißtisch	381	1,77	1,51	0,00	7,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 2,45 \quad p = 0,12$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 1,00 \quad p = 0,23$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,34 \quad p = 0,56$$

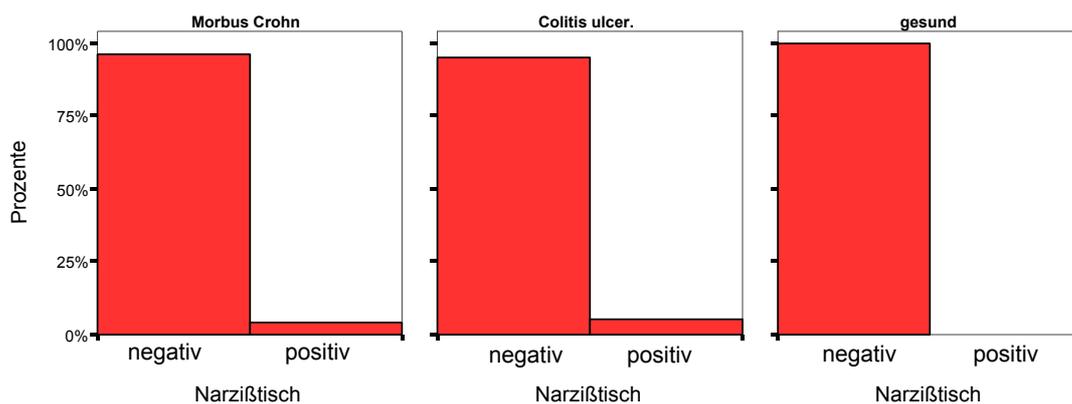
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 1,69 \quad p = 0,19$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 2,29 \quad p = 0,13$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Narzißtisch	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 1,89	Chi ² =7,05**	**	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,06	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Geschlecht mit vermehrt positiven Fällen bei den Frauen, sowie zur Partnersituation, wobei partnerlose Patienten signifikant mehr Testpositive aufwiesen als mit ihrem Partner zusammen lebende.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 726 \quad p = 0,89$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 568 \quad p = 0,24$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 244 \quad p = 0,06$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 192 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 110,14 \text{ vs } 240,42$$

- Skala „Borderline-Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von neun erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind fünf der neun Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Borderline	205	3,47	2,07	0,00	8,50
Colitis ulcer.	Borderline	134	3,06	2,01	0,00	8,33
gesund	Borderline	42	2,18	1,74	0,00	7,50
Gesamt	Borderline	381	3,18	2,05	0,00	8,50

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,19 \quad p = 0,66$$

Es gab signifikante Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern, wobei bei den DCCV-Patienten signifikant mehr Test-Positive zu finden waren:

$$\text{Chi}^2 = 4,17 \quad p < 0,05 \quad \text{Anteil Test-Positive: } 0\% \text{ vs } 21\%$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 3,34 \quad p = 0,07$$

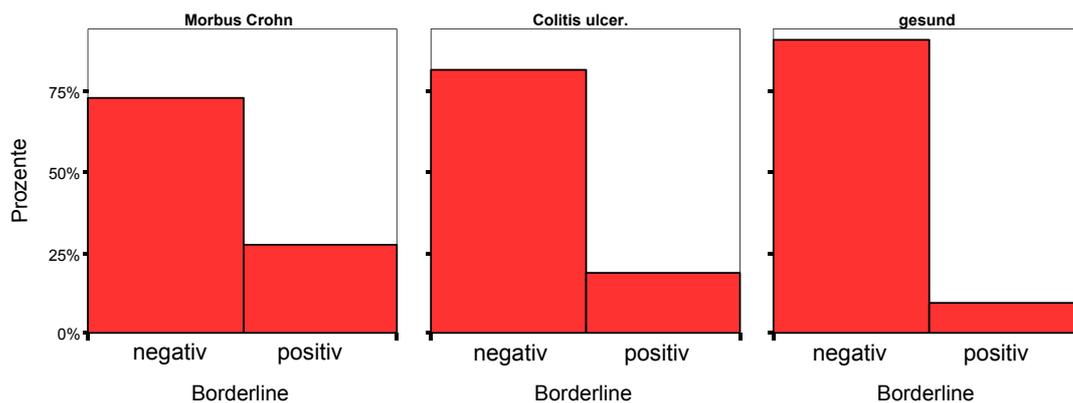
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 6,00 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 27\% \text{ vs } 9,5\%$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 1,94 \quad p = 0,16$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Borderline	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 0,89	Chi ² = 7,28	**	**
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,38	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Geschlecht, wobei Frauen einen signifikant höheren Anteil an Borderline-positiven Testergebnissen hatten, zur Partnersituation mit einem signifikant höheren Anteil an Test-Positiven unter den Alleinstehenden im Vergleich zu denen mit festem Partner, sowie zur beruflichen Tätigkeit, wobei Personen mit akademischem Beruf einen signifikant geringeren Anteil an Test-Positiven aufwiesen.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 3412 \quad p = 0,22$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2794 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 123,52 \text{ vs } 168,84$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 984 \quad p = 0,06$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 978 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 106,43 \text{ vs } 157,16$$

- Skala „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“:

Die Skala kann einen maximalen Punktwert von 15 erreichen, Cut-Off-Wert für eine Störung sind drei der 15 Punkte. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Antisozial	205	1,20	1,72	0,00	10,00
Colitis ulcer.	Antisozial	134	1,18	1,56	0,00	7,00
gesund	Antisozial	42	1,60	2,06	0,00	7,00
Gesamt	Antisozial	381	1,24	1,71	0,00	10,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,23 \quad p = 0,63$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,07 \quad p = 0,79$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,03 \quad p = 0,88$$

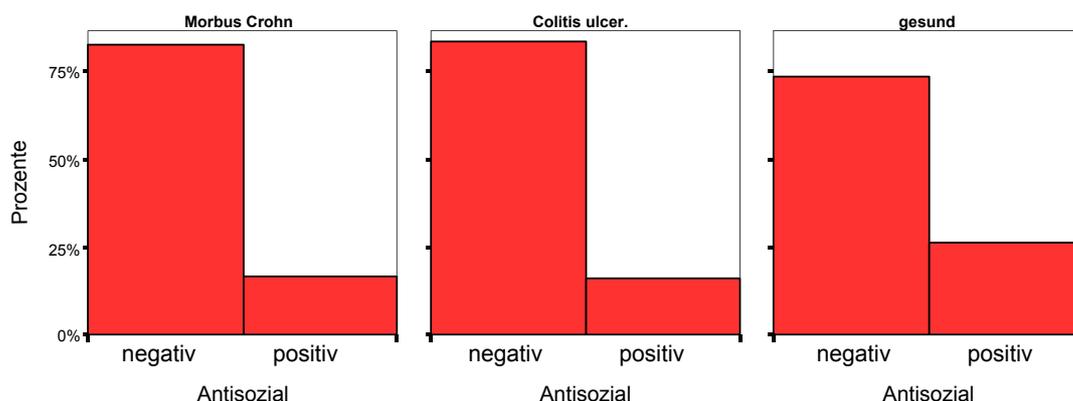
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe, wobei der Anteil an positiven Testergebnissen in der Gruppe der Crohn-Patienten (nicht-signifikant) niedriger war als in der Kontrollgruppe (16% vs 26%):

$$\text{Chi}^2 = 1,91 \quad p = 0,17$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 2,01 \quad p = 0,16$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Antisozial	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 2,28**	Chi ² =7,00**	**	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen der Skala für „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“ und dem Alter, wobei jüngere Teilnehmer, Männer, und Alleinstehende höhere Anteile an positiven Testergebnissen zeigten.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2431 \quad p = 0,31$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2526 \quad p = 0,74$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1090 \quad p = 0,78$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1155 \quad p = 0,99$$

C) Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-C)

Die in der vorliegenden Arbeit angewandte Kurzform des Inventars besteht aus 64 Items. Es ist in acht Einzelskalen zu je acht Items untergliedert. Die Antworten werden zum Skalen-Score der einzelnen Skalen aufaddiert. Um Antworttendenzen der einzelnen Teilnehmer zu neutralisieren werden diese Skalenrohwerte ipsatiert, das heißt, von jedem Skalenrohwert wird der durchschnittliche Skalenwert des gesamten Tests abgezogen. Die Summe der acht ipsatierten Skalenwerte ergibt also immer Null. Im Manual des IIP sind sogenannte Stanine aufgeführt, das sind Aufteilungen der Skalenwerte in neun Wertebereichsgruppen gemäß der Verteilung einer erhobenen Normgruppe. In der vorliegenden Arbeit gilt als auffällig eine Zugehörigkeit des Skalenergebnisses zu den zwei höchsten Wertebereichen der neun Stanine. Es besteht somit für jede Skala ein Cut-Off-Wert. In den Tabellen die eingangs in den Absätzen aufgeführt sind, sind die auffällig hohen Werte den mittleren und niedrigen Werten gegenübergestellt.

- Skala „autokratisch/ dominant“:

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

	autokratisch/ dominant		
	niedrig	mittel	hoch
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Morbus Crohn	38	134	33
Colitis ulcer.	30	83	21
gesund	4	30	8
Gesamt	72	247	62

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,38 \quad p = 0,54$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,14 \quad p = 0,71$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,01 \quad p = 0,92$$

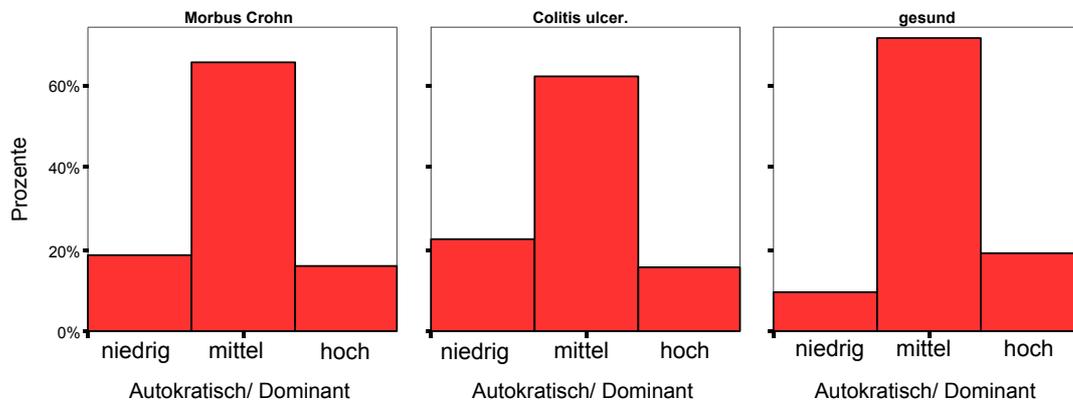
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,22 \quad p = 0,64$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,27 \quad p = 0,61$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Autokratisch	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 1,98	Chi ² =4,85**	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,05	p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Geschlecht mit höheren Werten bei den Frauen.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2419 \quad p = 0,39$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2465 \quad p = 0,75$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1068 \quad p = 0,88$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1030 \quad p = 0,61$$

- Skala „streitsüchtig/ konkurrierend“:

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

	streitsüchtig/ konkurrierend		
	niedrig	mittel	hoch
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Morbus Crohn	11	163	31
Colitis ulcer.	8	107	19
gesund	1	33	8
Gesamt	20	303	58

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,35 \quad p = 0,56$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 3,00 \quad p = 0,08$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,06 \quad p = 0,81$$

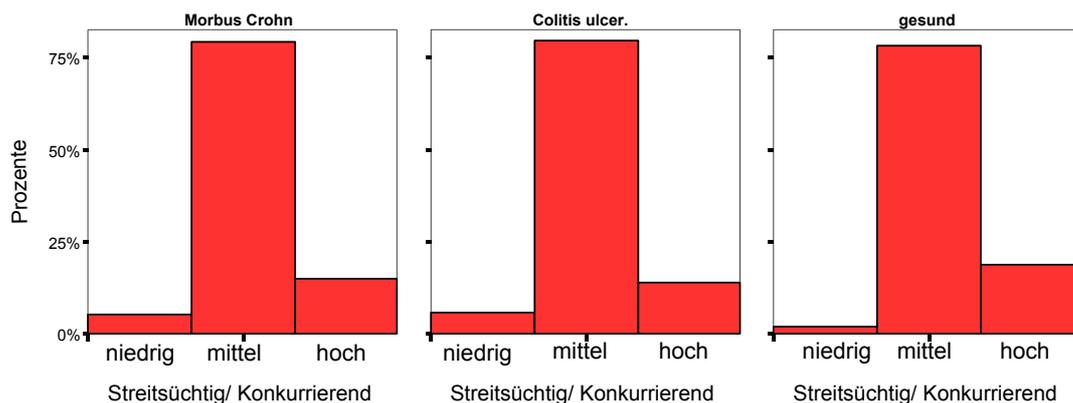
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,44 \quad p = 0,53$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,58 \quad p = 0,45$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Streitsüchtig	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 0,61	Chi ² =0,85	--	**
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,54	p = 0,36	p > 0,05	p < 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zur Tätigkeit der Teilnehmer, wobei Personen in Schule/ Ausbildung einen signifikant höheren Anteil an Test-Positiven hatten.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2422 \quad p = 0,68$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1919 \quad p = 0,07$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 795 \quad p = 0,27$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 881 \quad p = 0,36$$

- Skala „abweisend/ kalt“:

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

	abweisend/ kalt		
	niedrig	mittel	hoch
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Morbus Crohn	14	166	25
Colitis ulcer.	11	105	18
gesund	1	36	5
Gesamt	26	307	48

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,05 \quad p = 0,82$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,01 \quad p = 0,91$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,11 \quad p = 0,74$$

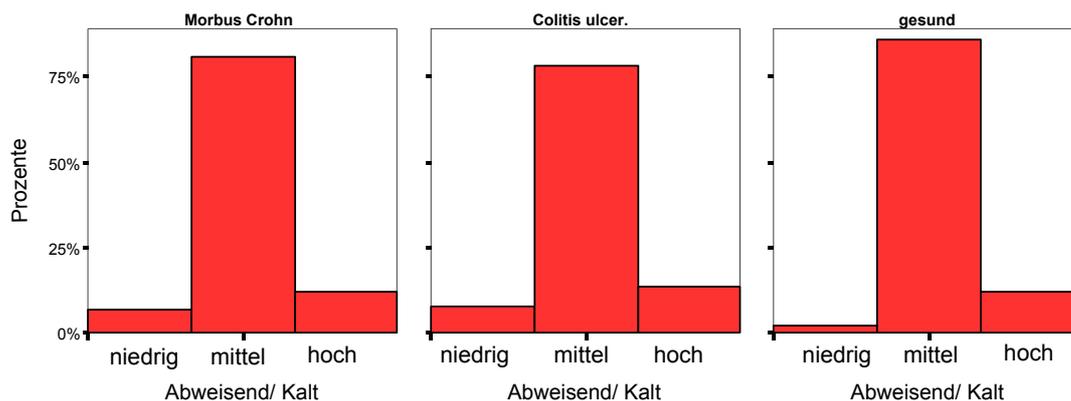
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,00 \quad p = 0,96$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,07 \quad p = 0,80$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Abweisend	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 0,64	Chi ² =7,15**	**	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,52	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Geschlecht und zur Partnersituation, mit einem höheren Anteil an Test-Positiven bei den Männern und den Alleinstehenden.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1725 \quad p = 0,32$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1610 \quad p = 0,08$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 862 \quad p = 0,35$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 742 \quad p = 0,12$$

- Skala „introvertiert/ sozial vermeidend“:

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

	introvertiert/ sozial vermeidend		
	niedrig	mittel	Hoch
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Morbus Crohn	24	156	25
Colitis ulcer.	17	92	25
gesund	5	34	3
Gesamt	46	282	53

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,05 \quad p = 0,82$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 1,84 \quad p = 0,18$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 2,69 \quad p = 0,10$$

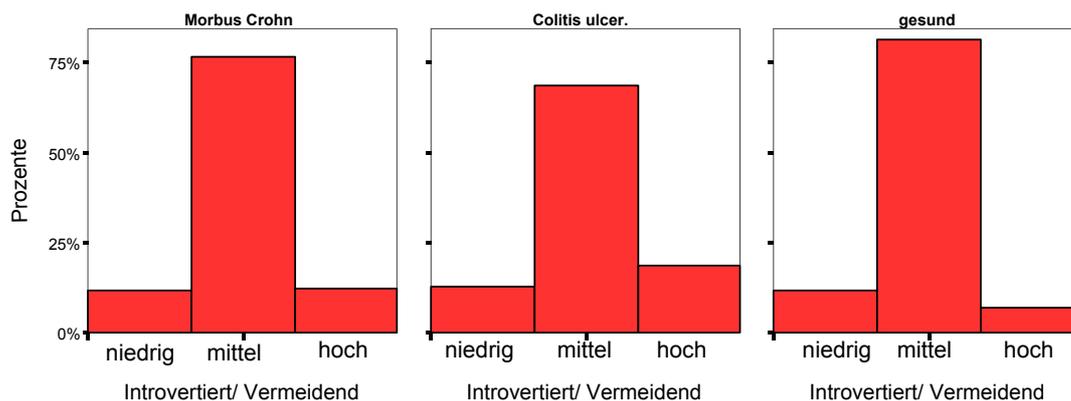
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,89 \quad p = 0,35$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 3,17 \quad p = 0,08$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Introvertiert	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 0,01	Chi ² =9,37**	**	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,99	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Geschlecht und zur Partnersituation, wobei Männer und Alleinstehende höhere Anteile an Test-Positiven aufwiesen.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1885 \quad p = 0,71$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1632 \quad p = 0,16$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1235 \quad p = 0,88$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1109 \quad p = 0,30$$

- Skala „selbstunsicher/ unterwürfig“:

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

	selbstunsicher/ unterwürfig		
	niedrig	mittel	hoch
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Morbus Crohn	37	147	21
Colitis ulcer.	19	96	19
gesund	7	33	2
Gesamt	63	276	42

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,57 \quad p = 0,45$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,04 \quad p = 0,84$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 1,21 \quad p = 0,27$$

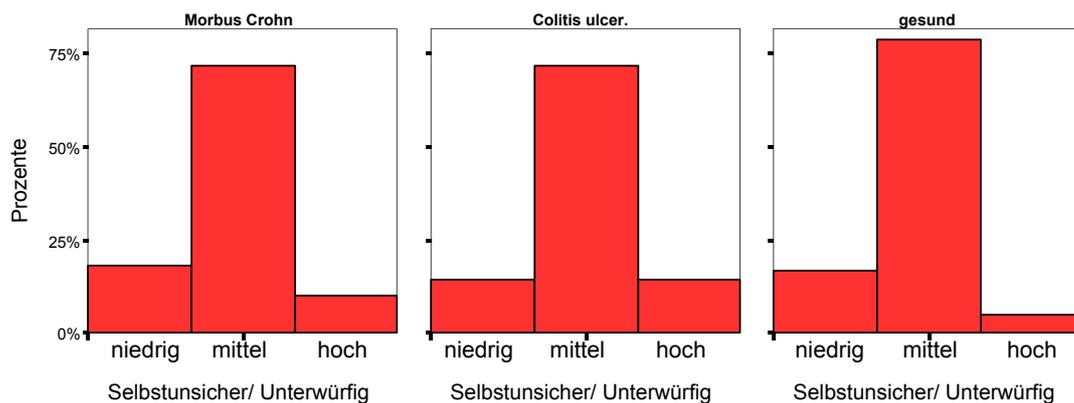
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 1,24 \quad p = 0,27$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 2,70 \quad p = 0,10$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Selbstunsicher	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 0,78	Chi ² = 0,02	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,44	p = 0,90	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1784 \quad p = 0,86$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1621 \quad p = 0,38$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 848 \quad p = 0,19$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1017 \quad p = 0,76$$

- Skala „ausnutzbar/ nachgiebig“:

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

	ausnutzbar/ nachgiebig		
	niedrig	mittel	hoch
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Morbus Crohn	37	155	13
Colitis ulcer.	29	93	12
Gesund	6	34	2
Gesamt	72	282	27

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,04 \quad p = 0,84$$

Es gab einen signifikanten Unterschied bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern, mit einem höheren Anteil an Test-Positiven bei den Ambulanz-Patienten (31% vs 5,9%):

$$\text{Chi}^2 = 11,08 \quad p < 0,05$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,81 \quad p = 0,37$$

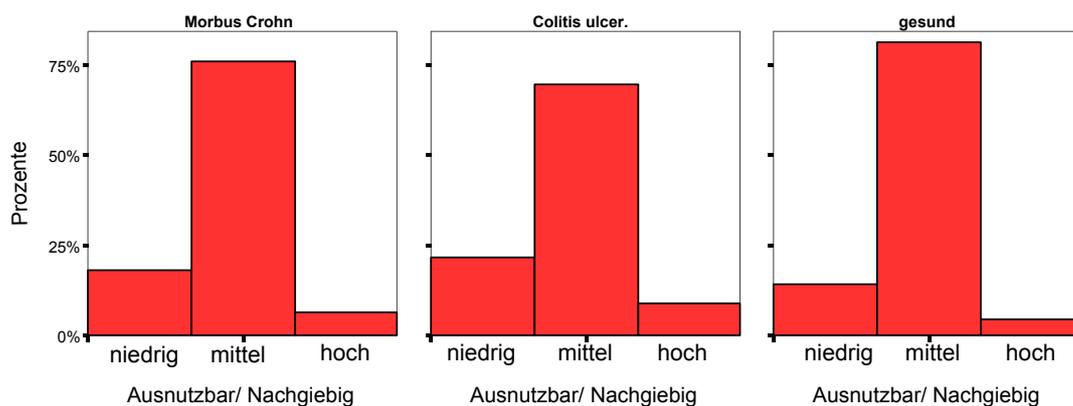
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,15 \quad p = 0,70$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,77 \quad p = 0,38$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Ausnutzbar	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 1,87	Chi ² = 1,66	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,07	p = 0,20	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1016 \quad p = 0,40$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1146 \quad p = 0,82$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 571 \quad p = 0,29$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 661 \quad p = 0,67$$

- Skala „fürsorglich/ freundlich“:

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

	fürsorglich/ freundlich		
	niedrig	mittel	hoch
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Morbus Crohn	23	157	25
Colitis ulcer.	15	103	16
gesund	5	35	2
Gesamt	43	295	43

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,05 \quad p = 0,82$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,80 \quad p = 0,37$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,01 \quad p = 0,94$$

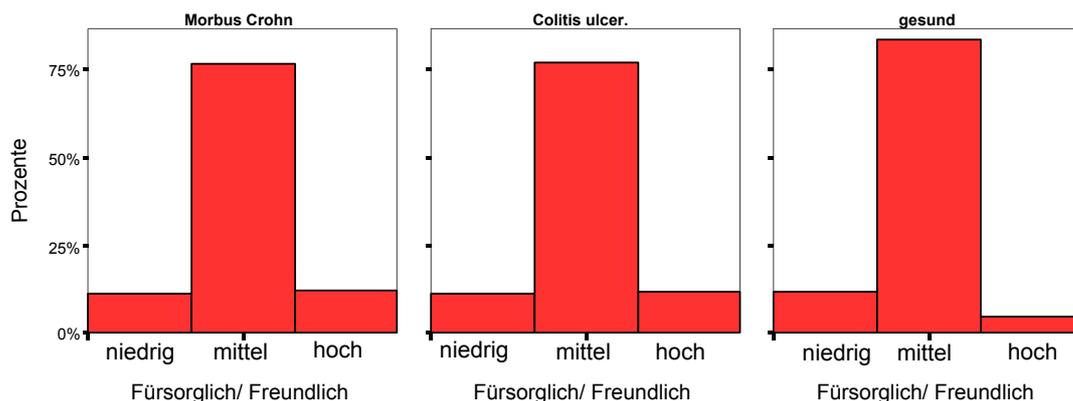
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 1,98 \quad p = 0,16$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 1,80 \quad p = 0,18$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Fürsorglich	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 1,57	Chi ² =5,57**	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,12	p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Geschlecht, wobei Frauen einen höheren Anteil an Test-Positiven aufwiesen.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1602 \quad p = 0,08$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1686 \quad p = 0,15$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 695 \quad p = 0,14$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 731 \quad p = 0,31$$

- Skala „expressiv/ aufdringlich“:

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

	expressiv/ aufdringlich		
	niedrig	mittel	hoch
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Morbus Crohn	27	142	36
Colitis ulcer.	32	81	21
gesund	3	30	9
Gesamt	62	253	66

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 2,19 \quad p = 0,14$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,14 \quad p = 0,71$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 0,21 \quad p = 0,65$$

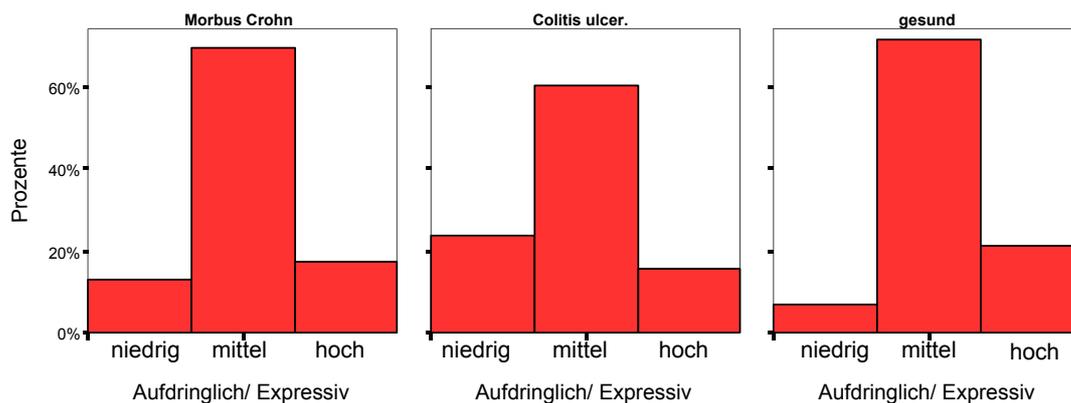
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,35 \quad p = 0,55$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,75 \quad p = 0,39$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich eine signifikante Korrelation zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Expressiv	Test	t-Test	Chi ² -Test	Z-Test	Z-Test
	Test-Wert	t = 3,12**	Chi ² = 1,02	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p = 0,31	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Alter der Teilnehmer, wobei der Anteil Test-Positiver unter den jüngeren Patienten höher war.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2170 \quad p = 0,09$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score, wobei Test-Positive einen niedrigeren Krankheitsschwere-Score aufwiesen:

$$U = 2177 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 141,83 \text{ vs } 106,63$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 932 \quad p = 0,30$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1034 \quad p = 0,45$$

D) Defence Style Questionnaire - Kurzversion (DSQ-kurz)

Der Test besteht aus 36 Items, die zur Beurteilung der Abwehrorganisation zu fünf Skalen aufaddiert werden. Es liegen weder normative Werte, noch Cut-Off-Werte vor, so daß Vergleiche nur innerhalb der in dieser Studie beteiligten Gruppierungen durchgeführt werden können. Die Skalen „Neurotische Abwehr“ und „Offenheit“ sind normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Z 0,71 und 1,05; $p = 0,70$ und $p = 0,22$) und werden mit dem t-Test bearbeitet. Die übrigen Skalen sind nicht normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Z zwischen 1,69 und 2,04; Für diese Skalen gilt $p < 0,05$), sie werden mit dem U-Test nach Mann und Whitney bearbeitet.

- Skala „Unreife Abwehr“

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Unreife Abwehr	205	19,14	9,54	1,00	50,00
Colitis ulcer.	Unreife Abwehr	134	19,31	10,64	0,00	54,00
Gesund	Unreife Abwehr	42	14,69	6,66	4,00	32,00
Gesamt	Unreife Abwehr	381	18,71	9,76	0,00	54,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 1747 \quad p = 0,93$$

Es gab signifikante Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern mit niedrigeren Werten bei den Ambulanz-Patienten:

$$U = 623 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 13,44 \text{ vs } 20,10$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$U = 13682 \quad p = 0,95$$

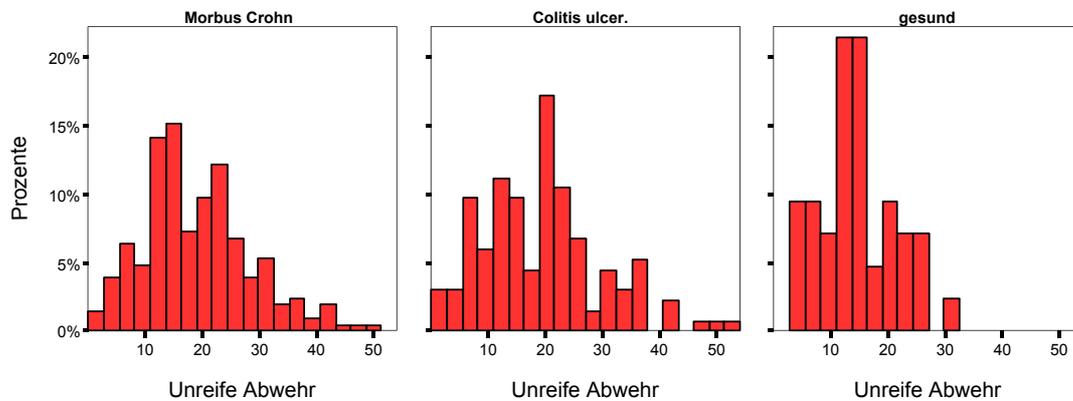
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 3124 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 19,14 \text{ vs } 14,69$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2101 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 19,31 \text{ vs } 14,69$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Unreife Abwehr	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	0,01	t = 1,65	--	**
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,88	p = 0,10	p > 0,05	p < 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zur Tätigkeit der Teilnehmer mit höheren Werten für Arbeitslose.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (28,47).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2468 \quad p = 0,63$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1972 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 129,17 \text{ vs } 169,47$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1202 \quad p = 0,72$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 710 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 102,19 \text{ vs } 178,17$$

- Skala „Neurotische Abwehr“

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Neurotische Abwehr	205	30,18	10,60	6,00	67,00
Colitis ulcer.	Neurotische Abwehr	134	30,23	10,33	5,00	54,00
gesund	Neurotische Abwehr	42	24,23	8,50	8,00	44,00
Gesamt	Neurotische Abwehr	381	29,54	10,44	5,00	67,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 0,60 \quad p = 0,55$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 1,25 \quad p = 0,21$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$t = 0,04 \quad p = 0,97$$

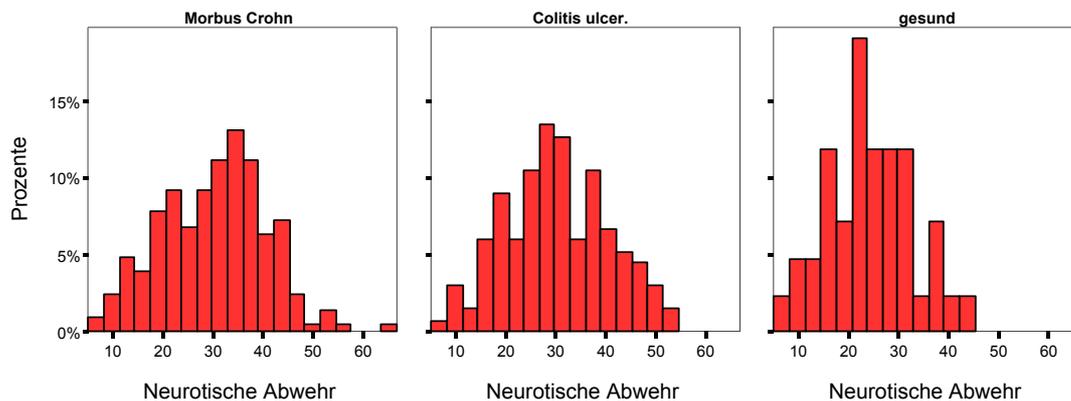
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 3,42 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 30,18 \text{ vs } 24,23$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 3,42 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 30,23 \text{ vs } 24,23$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Neurotische Abw.	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	0,04	t = 0,05	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,41	p = 0,96	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (39,98).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2854 \quad p = 0,68$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2270 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 127,63 \text{ vs } 168,47$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1059 \quad p = 0,10$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1028 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 105,85 \text{ vs } 155,63$$

- Skala „Omnipotenz“

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Omnipotenz	205	9,00	5,39	0,00	29,00
Colitis ulcer.	Omnipotenz	134	9,01	5,38	0,00	26,00
gesund	Omnipotenz	42	10,19	6,53	0,00	27,00
Gesamt	Omnipotenz	381	9,13	5,52	0,00	29,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 1458 \quad p = 0,21$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 843 \quad p = 0,49$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$U = 13629 \quad p = 0,91$$

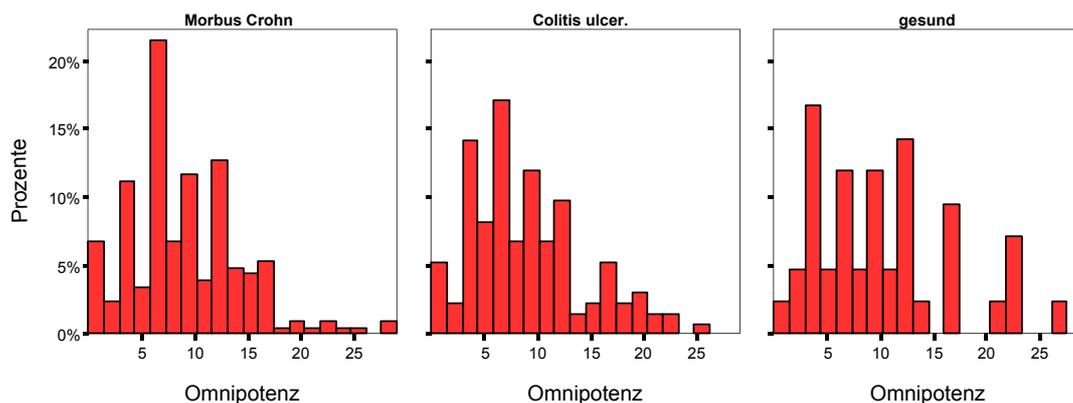
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 3960 \quad p = 0,41$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2569 \quad p = 0,39$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Omnipotenz	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	0,05	t = 3,70	**	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,35	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Geschlecht und zur Partnersituation, wobei Männer und Alleinstehende höhere Werte aufwiesen.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (14,65).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2291 \quad p = 0,52$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2080 \quad p = 0,15$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 785 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 22,41 \text{ vs } 30,94$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1066 \quad p = 0,41$$

- Skala „Reife Abwehr“

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Reife Abwehr	205	11,05	3,23	3,00	18,00
Colitis ulcer.	Reife Abwehr	134	10,49	3,45	1,00	17,00
gesund	Reife Abwehr	42	10,26	3,11	4,00	15,00
Gesamt	Reife Abwehr	381	10,77	3,30	1,00	18,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 1384 \quad p = 0,12$$

Es gab signifikante Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 639 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 12,03 \text{ vs } 10,28$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$U = 12576 \quad p = 0,19$$

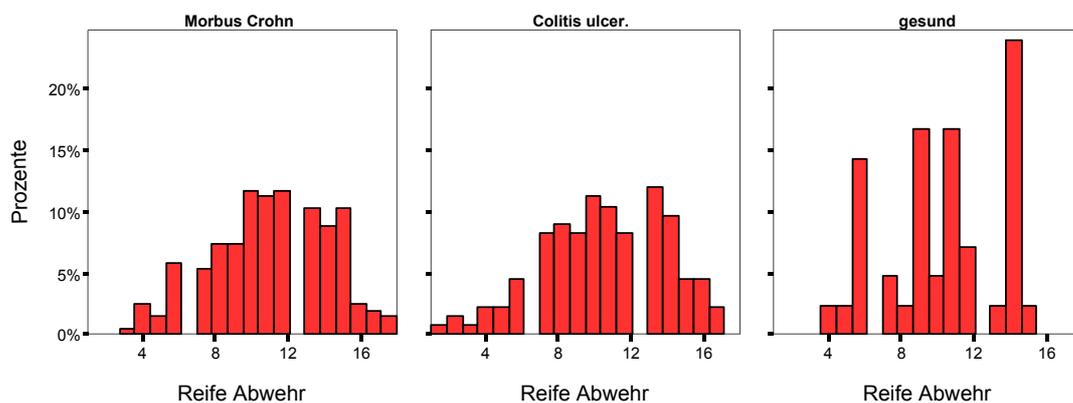
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 3725 \quad p = 0,17$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2697 \quad p = 0,68$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Reife Abwehr	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	0,11**	t = 0,31	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p = 0,76	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Alter, wobei ältere Teilnehmer höhere Werte bezüglich der „Reifen Abwehr“ aufwiesen.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, eine Einstufung als pathologischen Befund erfolgt bei Unterschreitung eines unteren Grenzwertes, der für die folgenden Berechnungen als die Differenz aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt wird (7,47).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2393 \quad p = 0,60$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2256 \quad p = 0,21$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1271 \quad p = 0,69$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1112 \quad p = 0,21$$

- Skala „Offenheit“

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Offenheit	205	19,06	5,22	3,00	35,00
Colitis ulcer.	Offenheit	134	18,39	5,10	8,00	31,00
gesund	Offenheit	42	18,36	4,76	7,00	28,00
Gesamt	Offenheit	381	18,74	5,13	3,00	35,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 0,20 \quad p = 0,84$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 1,11 \quad p = 0,27$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$t = 1,17 \quad p = 0,25$$

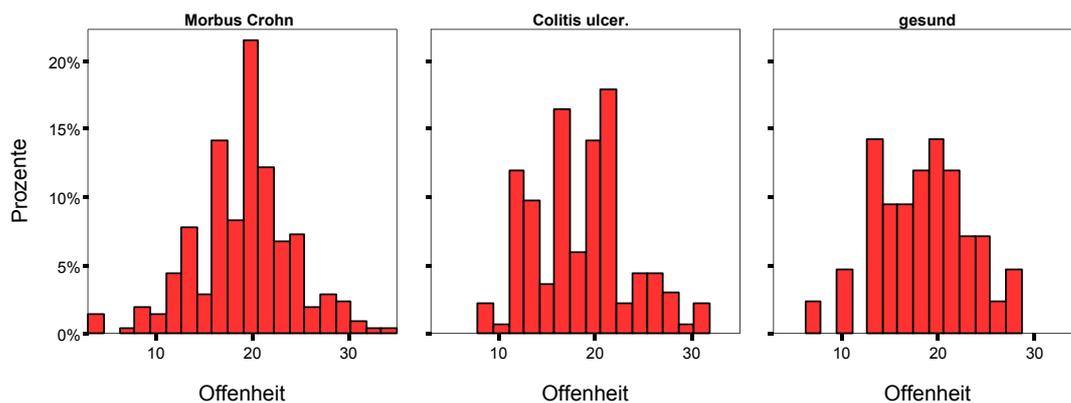
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 0,80 \quad p = 0,42$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 0,03 \quad p = 0,97$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Offenheit	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	0,16**	t = 0,79	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p = 0,43	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Alter, wobei jüngere Teilnehmer höhere Werte für „Offenheit“ aufwiesen.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor. Eine Einstufung als pathologischen Befund erfolgt in der Skala für „Offenheit“ bei Unterschreitung eines unteren Grenzwertes. Für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Differenz aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (13,61).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2189 \quad p = 0,98$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2022 \quad p = 0,48$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1159 \quad p = 0,40$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1244 \quad p = 0,64$$

E) Toronto Alexithymia Scale, 20 Item-Version (TAS-20)

Der Test besteht aus 20 Items, die zu drei Skalen zusammengefaßt werden. Daneben wird ein sogenannter TAS-20-Gesamtscore als vierte Skala gebildet. Die Skalen „Pensée Opératoire“ und „TAS-20“ sind annähernd normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Z 1,14 und 1,19; $p = 0,15$ und $p = 0,12$), sie werden mit dem t-Test bearbeitet, die beiden anderen Skalen „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ und „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ sind nicht normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Z 2,08 und 1,70; Für diese Skalen gilt: $p < 0,05$), sie werden mit dem U-Test nach Mann und Whitney bearbeitet. Es liegen keine Cut-Off-Werte vor. Als auffällig werden Werte jenseits der Schwelle Mittelwert plus einfache Standardabweichung angesehen.

- Skala „Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen“

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Gefühlsidentifizierung	205	16,44	5,44	7,00	32,00
Colitis ulcer.	Gefühlsidentifizierung	134	15,85	5,40	7,00	34,00
gesund	Gefühlsidentifizierung	42	13,01	4,10	7,00	22,00
Gesamt	Gefühlsidentifizierung	381	15,86	5,38	7,00	34,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 1670 \quad p = 0,69$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 762 \quad p = 0,21$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$U = 12707 \quad p = 0,24$$

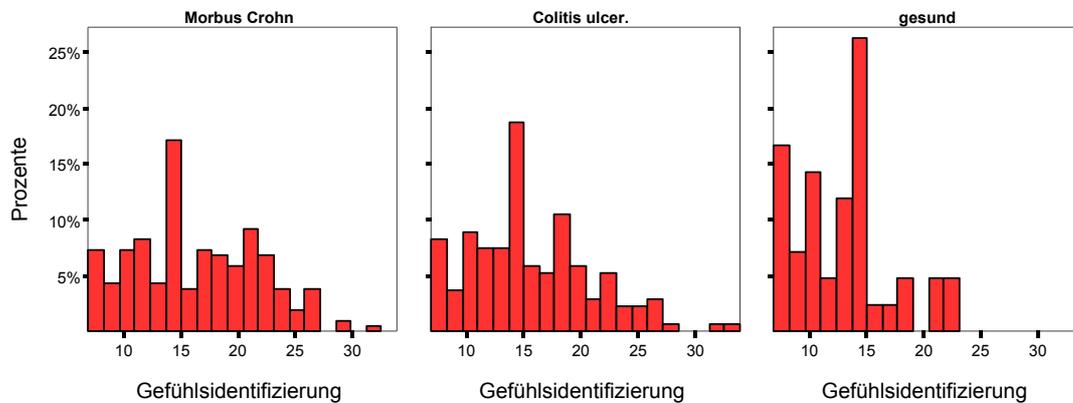
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2712 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 16,44 \text{ vs } 13,01$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 1936 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 15,85 \text{ vs } 13,01$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Gefühlsidentifiz.	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	0,02	t = 2,26	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,65	p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Geschlecht, wobei Frauen signifikant höhere Werte aufwiesen als Männer.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (21,24).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2576 \quad p = 0,35$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2044 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 126,55 \text{ vs } 176,94$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 781 \quad p = 0,14$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 635 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 103,90 \text{ vs } 183,90$$

- Skala „Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen“

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Gefühlsbeschreibung	205	13,06	4,16	5,00	23,00
Colitis ulcer.	Gefühlsbeschreibung	134	13,16	4,25	5,00	24,00
gesund	Gefühlsbeschreibung	42	11,86	3,81	5,00	18,00
Gesamt	Gefühlsbeschreibung	381	12,96	4,16	5,00	24,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 1439 \quad p = 0,18$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 896 \quad p = 0,74$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$U = 13602 \quad p = 0,88$$

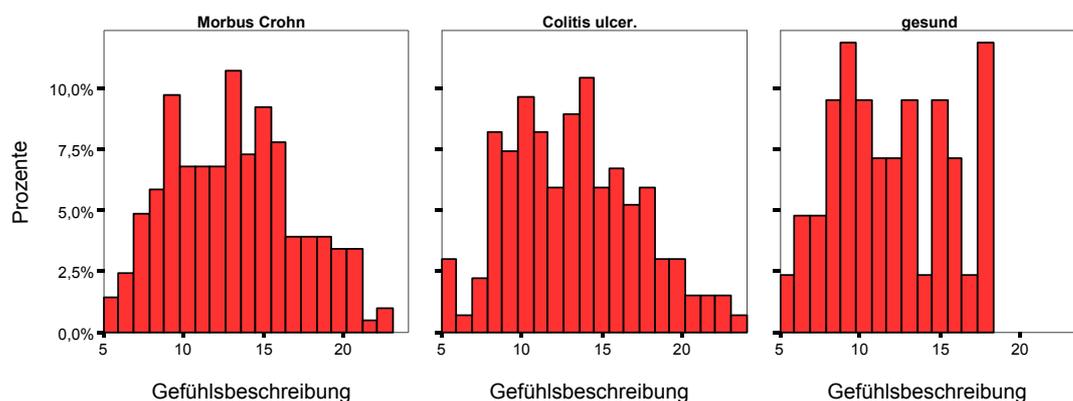
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 3633 \quad p = 0,11$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2347 \quad p = 0,10$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Gefühlsbeschreib.	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	0,08	t = 3,10	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,12	p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Geschlecht, wobei Männer höhere Werte aufwiesen als Frauen.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (17,12).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2382 \quad p = 0,58$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2181 \quad p = 0,13$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1189 \quad p = 0,85$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1090 \quad p = 0,50$$

- Skala „Extern orientierter Denkstil/ Pensée opératoire“

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Pensée opératoire	205	18,21	4,20	9,00	28,57
Colitis ulcer.	Pensée opératoire	134	19,05	4,14	10,00	32,00
gesund	Pensée opératoire	42	18,09	4,92	9,00	28,00
Gesamt	Pensée opératoire	381	18,49	4,27	9,00	32,00

Es gab signifikante Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern, wobei die Ambulanz-Patienten höhere Werte aufwiesen als die Teilnehmer des DCCV:

$$t = 2,58 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 20,54 \text{ vs } 17,98$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 0,62 \quad p = 0,54$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$t = 1,80 \quad p = 0,07$$

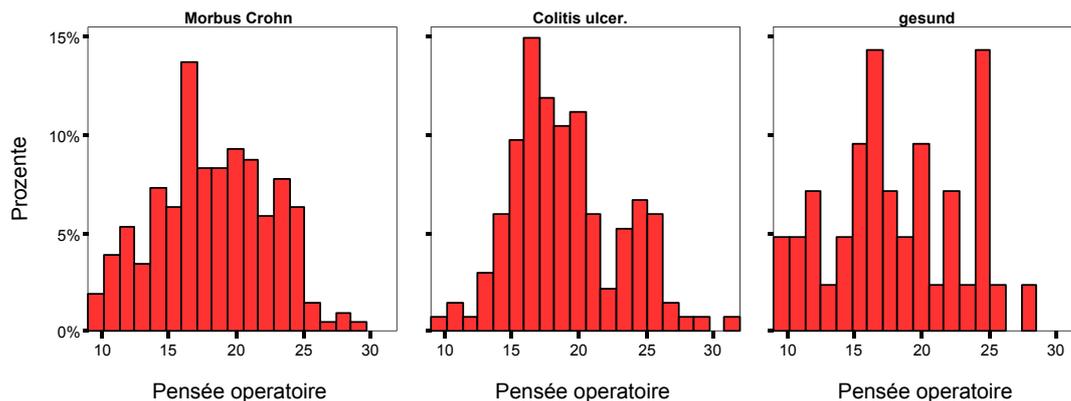
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 0,17 \quad p = 0,87$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 1,25 \quad p = 0,21$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Pensée Opératoire	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	0,17**	t = 4,15**	**	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Alter, zum Geschlecht, und zur Partnersituation, mit höheren Werten bei Älteren, Männern und mit ihrem Partner zusammen lebende.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (22,76).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2599 \quad p = 0,80$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2407 \quad p = 0,25$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1288 \quad p = 0,47$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1465 \quad p = 0,94$$

- Gesamtskala „TAS-20“

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	TAS-20-Gesamtscore	205	47,71	10,67	27,00	75,00
Colitis ulcer.	TAS-20-Gesamtscore	134	48,06	10,30	23,00	75,00
gesund	TAS-20-Gesamtscore	42	42,95	10,34	25,00	64,00
Gesamt	TAS-20-Gesamtscore	381	47,31	10,59	23,00	75,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 1,54 \quad p = 0,12$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 0,61 \quad p = 0,55$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$t = 0,30 \quad p = 0,77$$

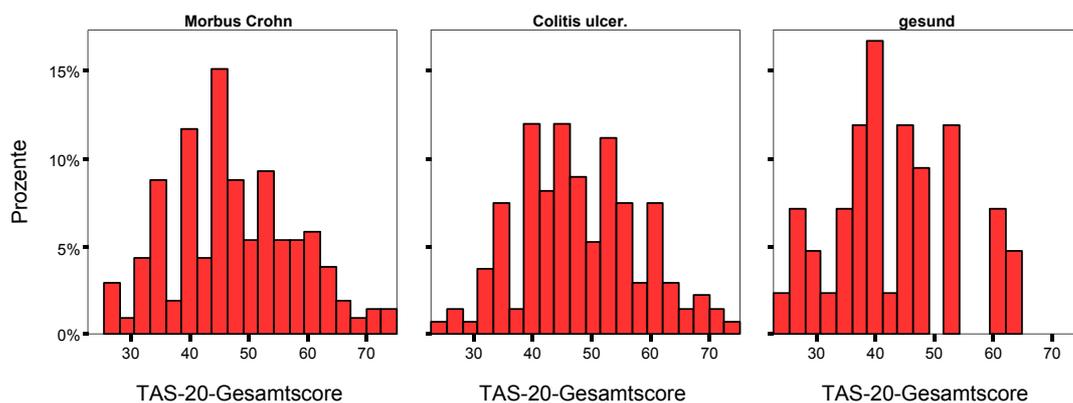
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 2,65 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 47,71 \text{ vs } 42,95$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 2,80 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 48,06 \text{ vs } 42,95$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
TAS-20 gesamt	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	0,11**	t = 1,73	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p = 0,09	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Alter mit höheren Werten bei älteren Patienten.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (57,90).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2445 \quad p = 0,44$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1864 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 127,19 \text{ vs } 175,37$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 981 \quad p = 0,22$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1049 \quad p = 0,16$$

F) Borderline Persönlichkeits Inventar (BPI)

Das „Borderline Persönlichkeits Inventar“ besteht aus 53 Items, die zu fünf Skalen zusammengefaßt werden. Lediglich für die letzte Skala, die Skala „Borderline“, liegt ein Cut-Off-Wert vor. Eine Wert von zehn oder mehr Punkten von insgesamt 20 Punkten wird als Indiz für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung angesehen. Für die übrigen Skalen liegen keine Grenzwerte vor, für die Auswertung wurde die Schwelle bei Mittelwert plus einfacher Standardabweichung angesiedelt. Alle Skalen sind nicht normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Z zwischen 3,10 und 9,33; Für alle Skalen gilt $p < 0,05$), sie werden mit dem U-Test nach Mann und Whitney bearbeitet.

- Skala „Identitätsdiffusion“:

Die Skala besteht aus 12 Items. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Identitätsdiffusion	205	2,41	2,50	0,00	10,00
Colitis ulcer.	Identitätsdiffusion	134	2,20	2,43	0,00	10,00
gesund	Identitätsdiffusion	42	1,43	1,91	0,00	7,00
Gesamt	Identitätsdiffusion	381	2,23	2,43	0,00	10,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 1653 \quad p = 0,64$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 706 \quad p = 0,10$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$U = 13101 \quad p = 0,46$$

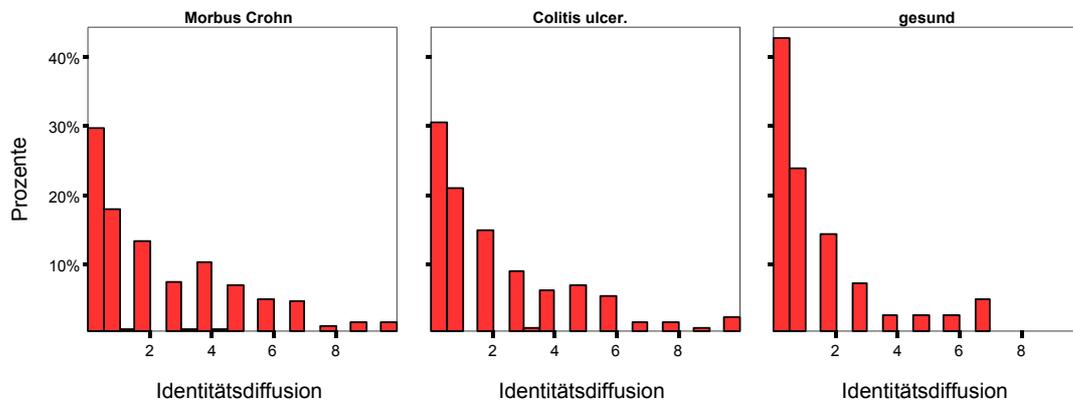
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 3312 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 2,41 \text{ vs } 1,43$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2276 \quad p = 0,06$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Identitätsdiffusion	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	-0,15**	t = 2,86**	**	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Alter, zum Geschlecht und zur Partnersituation, wobei jüngere Teilnehmer, Frauen, sowie Alleinstehende höhere Werte an Identitätsdiffusion aufwiesen.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (4,66).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2796 \quad p = 0,34$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2551 \quad p = 0,08$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1166 \quad p = 0,57$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1009 \quad p = 0,10$$

- Skala „Primitive Abwehr“:

Die Skala besteht aus acht Items. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Primitive Abwehr	205	2,15	2,14	0,00	8,00
Colitis ulcer.	Primitive Abwehr	134	1,81	1,97	0,00	8,00
gesund	Primitive Abwehr	42	0,76	1,30	0,00	6,00
Gesamt	Primitive Abwehr	381	1,88	2,04	0,00	8,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 1690 \quad p = 0,75$$

Es gab signifikante Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern mit niedrigeren Werten bei den Ambulanz-Patienten:

$$U = 654 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 0,88 \text{ vs } 1,94$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$U = 12521 \quad p = 0,16$$

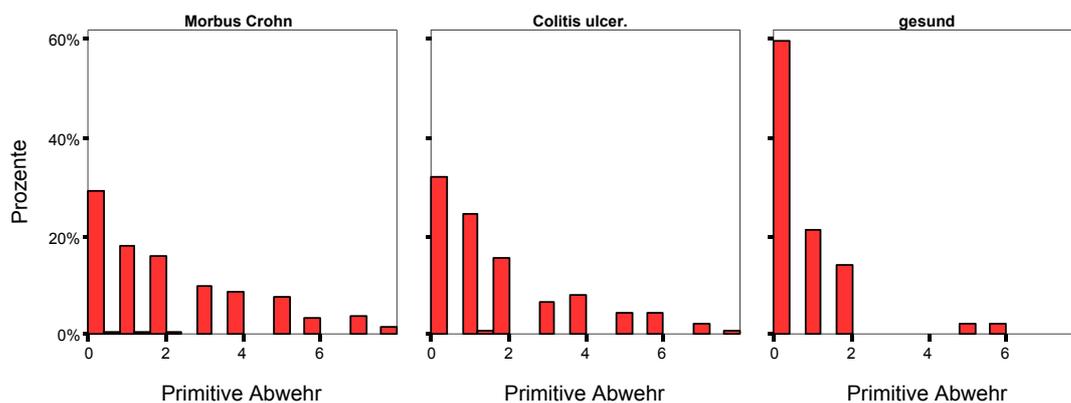
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2528 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 2,15 \text{ vs } 0,76$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 1846 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 1,81 \text{ vs } 0,76$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Primitive Abwehr	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	-0,10**	t = 3,36**	--	**
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05	p < 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Alter, zum Geschlecht und zur Tätigkeit der Teilnehmer, wobei jüngere Teilnehmer, Frauen, und Teilnehmer ohne Arbeit höher Werte aufwiesen. Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (3,92).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 3611 \quad p = 0,86$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2596 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 122,59 \text{ vs } 174,43$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1188 \quad p = 0,51$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 962 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 104,56 \text{ vs } 160,59$$

- Skala „Gestörte Realitätsprüfung“:

Die Skala besteht aus fünf Items. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Gestörte Realitätsprüfg.	205	0,28	0,68	0,00	4,00
Colitis ulcer.	Gestörte Realitätsprüfg.	134	0,23	0,64	0,00	5,00
gesund	Gestörte Realitätsprüfg.	42	0,12	0,40	0,00	2,00
Gesamt	Gestörte Realitätsprüfg.	381	0,24	0,64	0,00	5,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 1534 \quad p = 0,17$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 832 \quad p = 0,23$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$U = 13358 \quad p = 0,52$$

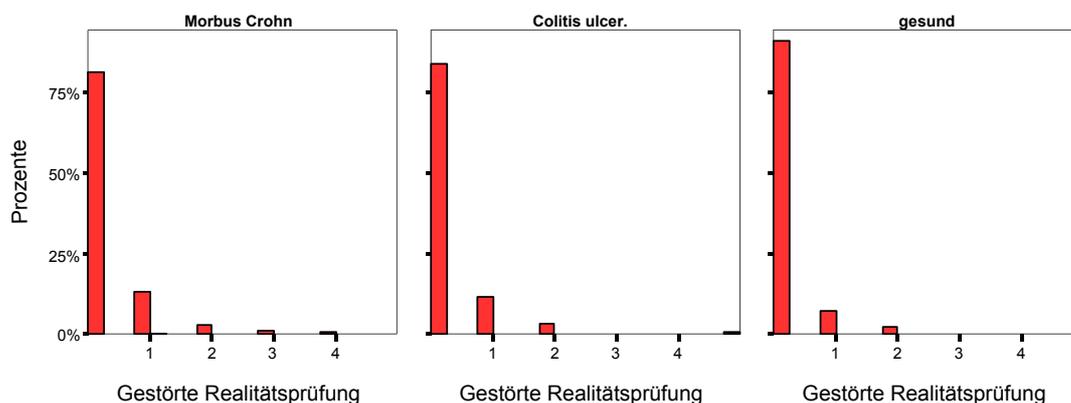
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 3890 \quad p = 0,14$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2619 \quad p = 0,27$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Realitätsprüfung	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	-0,06	t = 0,03	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,24	p = 0,98	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (0,88).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2900 \quad p = 0,79$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2466 \quad p = 0,13$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 971 \quad p = 0,20$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 903 \quad p = 0,07$$

- Skala „Angst vor Nähe“:

Die Skala besteht aus acht Items. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Angst vor Nähe (Fusion)	205	2,00	1,68	0,00	7,00
Colitis ulcer.	Angst vor Nähe (Fusion)	134	1,98	1,84	0,00	8,00
gesund	Angst vor Nähe (Fusion)	42	1,31	1,28	0,00	4,00
Gesamt	Angst vor Nähe (Fusion)	381	1,92	1,71	0,00	8,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 1670 \quad p = 0,69$$

Es gab signifikante Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern mit niedrigeren Werten bei den Ambulanz-Patienten:

$$U = 645 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 1,08 \text{ vs } 2,10$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$U = 13295 \quad p = 0,61$$

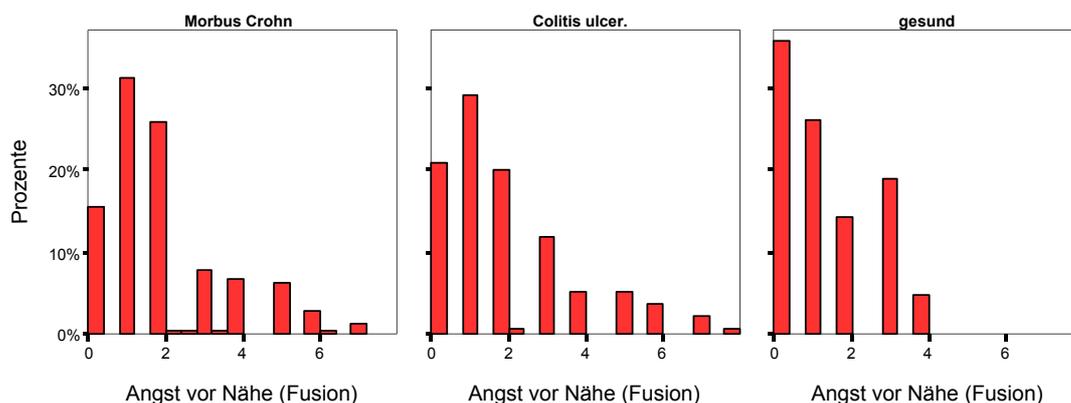
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 3301 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 2,00 \text{ vs } 1,31$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2269 \quad p = 0,05$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Angst vor Nähe	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	-0,05	t = 0,45	**	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,38	p = 0,65	p < 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zur Partnersituation, wobei Alleinstehende höhere Werte aufwiesen.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Skala nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung festgelegt (3,63).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2656 \quad p = 0,50$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 2441 \quad p = 0,15$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 880 \quad p = 0,06$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 789 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 107,09 \text{ vs } 158,48$$

- Skala „Borderline“:

Die Skala besteht aus 20 Items. Als Schwellenwert gilt ein Summenwert von mindestens zehn Punkten. Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests wieder:

		Anzahl	Mittelwert	Std-Abweich	Minimum	Maximum
Morbus Crohn	Borderline-Cut-Off-Score	205	4,99	3,88	0,00	17,00
Colitis ulcer.	Borderline-Cut-Off-Score	134	4,50	3,91	0,00	17,00
gesund	Borderline-Cut-Off-Score	42	3,10	2,95	0,00	12,00
Gesamt	Borderline-Cut-Off-Score	381	4,61	3,84	0,00	17,00

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$U = 1576 \quad p = 0,44$$

Es gab signifikante Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern mit niedrigeren Werten bei den Ambulanz-Patienten:

$$U = 649 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 2,58 \text{ vs } 4,76$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$U = 12527 \quad p = 0,17$$

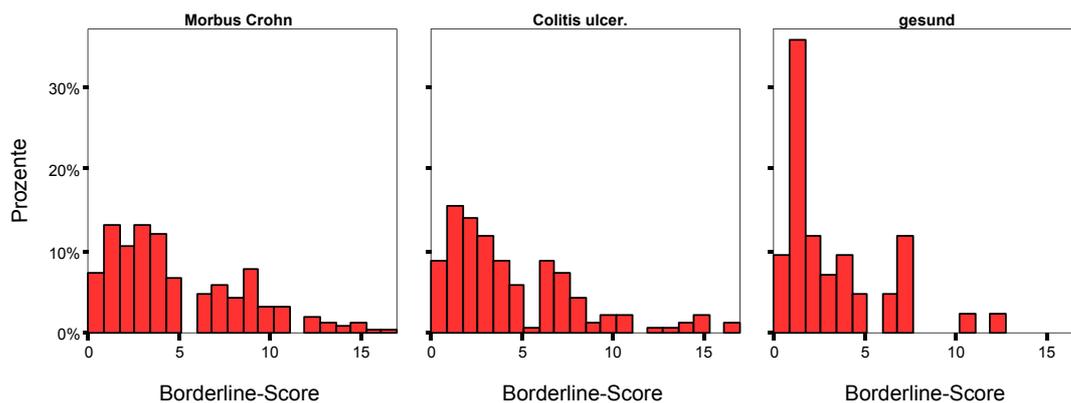
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2986 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 4,99 \text{ vs } 3,10$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$U = 2187 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 4,50 \text{ vs } 3,10$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
Borderline	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	-0,13**	t = 2,44**	**	**
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Alter, zum Geschlecht, zur Partnersituation und zur Tätigkeit, wobei jüngere Teilnehmer, Frauen, Alleinstehende, und Nicht-Akademiker höhere Werte aufwiesen.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2012 \quad p = 0,35$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1762 \quad p = 0,06$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 771 \quad p = 0,80$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 621 \quad p = 0,07$$

G) Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Ranking (EBPR)

Bei diesem Test wurden den Teilnehmern sieben verschiedene Beschreibungen von Personen vorgelegt, wobei jede einen Bindungstypen repräsentiert. Die Teilnehmer wurden gebeten, anhand einer Skala von null bis vier anzugeben, wie sehr sie sich mit der jeweiligen Beschreibung identifizieren konnten. Schließlich sollten sie in einem Ranking angeben, mit welchem Bindungstyp sie sich am meisten identifizieren konnten. Ein Ranking an erster Stelle der Bindungsprototypen „zwanghaft selbstgenügsam“, „übersteigert autonomiestrebend“ oder „emotional ungebunden“ gilt als Indiz für ambivalent-vermeidende Bindungsstrategien.

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte des Tests für das jeweils höchste Ranking der Prototypen des einzelnen Teilnehmers wieder:

	Pilkonis Erwachsenen-Bindungs-Prototyp						
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Morbus Crohn	85	23	9	29	36	16	7
Colitis ulcer.	54	13	7	14	25	15	6
gesund	27	0	1	3	8	2	1
Gesamt	166	36	17	46	69	33	14

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 0,06 \quad p = 0,80$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$\text{Chi}^2 = 1,96 \quad p = 0,16$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$\text{Chi}^2 = 1,17 \quad p = 0,28$$

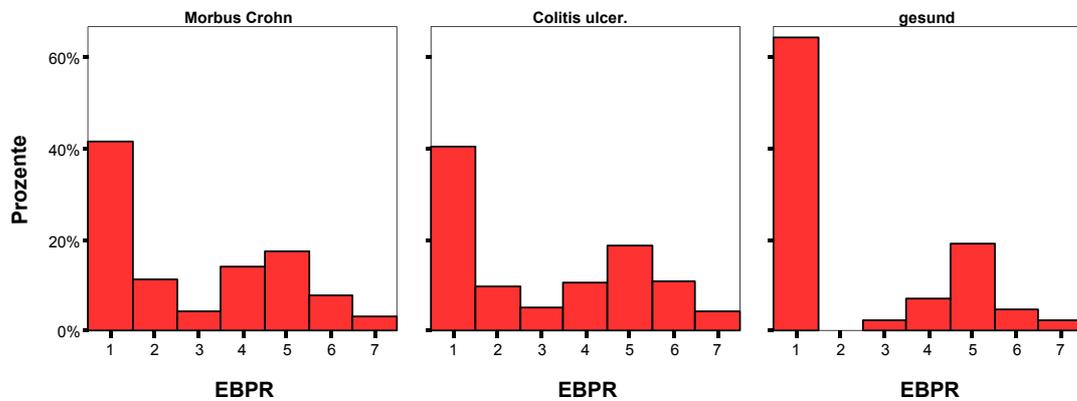
Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,12 \quad p = 0,73$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$\text{Chi}^2 = 0,97 \quad p = 0,33$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



- 1: sichere Züge
- 2: übersteigert abhängig
- 3: instabil beziehungsgestaltend
- 4: zwanghaft fürsorglich
- 5: zwanghaft selbstgenügsam
- 6: übersteigert autonomiestrebend
- 7: emotional ungebunden

Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Test-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
EBPR	Test	t-Test	Chi ²	Spalten-Z	Spalten-Z
	Test-Wert	t = 3,57**	Chi ² = 26,09**	--	--
	Signifikanz (2-seitig, p)	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zum Alter und zum Geschlecht, wobei ältere Teilnehmer und Männer signifikant zu ambivalent-vermeidenden Bindungsstrategien neigen.

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Ergebnis bezüglich einer ambivalent-vermeidenden Bindungsstrategie und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 3074 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 32,40 \text{ vs } 40,07$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 3819 \quad p = 0,87$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 1853 \quad p = 0,93$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score:

$$U = 1763 \quad p = 0,40$$

Für alle Crohn- und Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich bei der differenzierten Betrachtung der sieben Bindungsprototypen keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Verlaufsschwere-Scores (Kruskal-Wallis-H-Test: $p = 0,56$) oder des Krankheitsschwere-Scores (Kruskal-Wallis-H-Test: $p = 0,05$).

Für die Crohn-Patienten allein ergab sich ebenso bei der differenzierten Betrachtung der sieben Bindungsprototypen keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Verlaufsschwere-Scores (Kruskal-Wallis-H-Test: $p = 0,11$) oder des Krankheitsschwere-Scores (Kruskal-Wallis-H-Test: $p = 0,22$).

Auch für die Colitis-Patienten allein ergab sich bei der differenzierten Betrachtung der sieben Bindungsprototypen keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Verlaufsschwere-Scores (Kruskal-Wallis-H-Test: $p = 0,10$) oder des Krankheitsschwere-Scores (Kruskal-Wallis-H-Test: $p = 0,17$).

Sowohl die Crohn-Gruppe, als auch die Colitis-Gruppe hatten einen signifikant geringeren Anteil an Fällen mit „Sicherem Bindungsstil“ als die Kontrollgruppe (Spalten-Z; $p < 0,05$), während die übrigen Bindungsprototypen keine signifikanten Unterschiede bezüglich ihres Vorkommens innerhalb der drei Gruppen zeigten.

7.3.2. Zusammenfassung der Ergebnisse der Auswertung der Einzelskalen

Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den Teilnehmern des DCCV:

In der Skala des „Normalen Objektbeziehungstyps“ (IPO) zeigten die Ambulanz-Patienten signifikant niedrigere Werte als die DCCV-Teilnehmer, in der Skala des „Pensée Opératoire“ (TAS-20) dagegen höhere Werte als die DCCV-Teilnehmer.

Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den Teilnehmern des DCCV:

Die Ambulanz-Patienten zeigten höhere Werte in folgenden Skalen: „Normaler Objektbeziehungstyp“ (IPO), „ausnutzbar/ nachgiebig“ (IIP), „Reife Abwehr“ (DSQ);

Die Ambulanz-Patienten zeigten signifikant niedrigere Werte in folgenden Skalen: „Borderline“ (SCID), „Unreife Abwehr“ (DSQ), „Primitive Abwehr“ (BPI), „Angst vor Nähe“ (BPI), „Borderline“ (BPI).

In keiner einzigen Skala zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten.

Unterschiede zwischen Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

Die Morbus Crohn-Patienten zeigten in folgenden Skalen höhere Werte als die Kontrollpersonen:

„Identitätsdiffusion“ (IPO), „Selbstunsicher“ (SCID), „Negativistisch“ (SCID), „Depressiv“ (SCID), „Paranoid“ (SCID), „Borderline“ (SCID), „Unreife Abwehr“ (DSQ), „Neurotische Abwehr“ (DSQ), „Schwierigkeiten bei der Gefühlsidentifizierung“ (TAS-20), „TAS-Gesamtscore“ (TAS-20), „Identitätsdiffusion“ (BPI), „Primitive Abwehr“ (BPI), „Angst vor Nähe“ (BPI), „Borderline“ (BPI).

Darüber hinaus hatten Crohn-Patienten einen niedrigeren Anteil an sicheren Bindungstypen als die Kontrollgruppe (EBPR).

Unterschiede zwischen Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

Die Colitis-Patienten zeigten in folgenden Skalen signifikant höhere Werte als die Kontrollpersonen:

„Identitätsdiffusion“ (IPO), „Selbstunsicher“ (SCID), „Negativistisch“ (SCID), „Depressiv“ (SCID), „Paranoid“ (SCID), „Unreife Abwehr“ (DSQ), „Neurotische Abwehr“ (DSQ), „Schwierigkeiten bei der Gefühlsidentifizierung“ (TAS-20), „TAS-Gesamtscore“ (TAS-20), „Primitive Abwehr“ (BPI), „Borderline“ (BPI).

Darüber hinaus hatten auch die Colitis-Patienten einen niedrigeren Anteil an sicheren Bindungstypen als die Kontrollgruppe (EBPR).

Zusammenhänge bei den Crohn-Patienten zwischen psychometrischen Werten und dem Verlaufsschwere-Score ergaben sich nur im EBPR mit höheren Verlaufsschwere-Scores bei Hinweisen auf ambivalent-vermeidende Bindungsstrategien.

Positive Zusammenhänge bei den Crohn-Patienten zwischen psychometrischen Werten und dem Krankheitsschwere-Score ergaben sich bei folgenden Skalen:

„Identitätsdiffusion“ (IPO), „Selbstunsicher“ (SCID), „Depressiv“ (SCID), „Schizotypisch“ (SCID), „Borderline“ (SCID), „Unreife Abwehr“ (DSQ), „Neurotische Abwehr“ (DSQ), „Schwierigkeiten bei der Gefühlsidentifizierung“ (TAS-20), „TAS-Gesamtscore“ (TAS-20), „Primitive Abwehr“ (BPI).

Ein negativer Zusammenhang mit niedrigeren Krankheitsschwere-Scores bei höheren psychometrischen Testwerten ergab sich in der Skala „expressiv/ aufdringlich“ des IIP.

Zusammenhänge bei den Colitis-Patienten zwischen psychometrischen Werten und dem Verlaufsschwere-Score ergaben sich in folgenden Skalen:

„Selbstunsicher“ (SCID), „Paranoid“ (SCID), „Omnipotent“ (DSQ).

Zusammenhänge bei den Colitis-Patienten zwischen psychometrischen Werten und dem Krankheitsschwere-Score ergaben sich in folgenden Skalen:

„Identitätsdiffusion“ (IPO), „Selbstunsicher“ (SCID), „Depressiv“ (SCID), „Paranoid“ (SCID), „Schizoid“ (SCID), „Narzißtisch“ (SCID), „Borderline“ (SCID), „Unreife Abwehr“ (DSQ), „Neurotische Abwehr“ (DSQ), „Schwierigkeiten bei der Gefühlsidentifizierung“ (TAS-20), „Primitive Abwehr“ (BPI), „Angst vor Nähe“ (BPI).

Keinerlei signifikante Differenzen konnten in folgenden Skalen nachgewiesen werden:

„Dependent“ (SCID), „Zwanghaft“ (SCID), „Histrionisch“ (SCID), „Antisozial“ (SCID), „autokratisch/ dominant“ (IIP), „streitsüchtig/ konkurrierend“ (IIP), „abweisend/ kalt“ (IIP), „introvertiert/ vermeidend“ (IIP), „selbstunsicher/ unterwürfig“ (IIP), „fürsorglich/ freundlich“ (IIP), „Offenheit“ (DSQ), „Schwierigkeiten bei der Gefühlsbeschreibung“ (TAS-20), „Gestörte Realitätsprüfung“ (BPI).

7.3.3. Konsistenz der Testbatterie

Die Auswahl der einzelnen Tests die in der vorliegenden Studie als Testbatterie zur Anwendung kam umfaßt etablierte psychometrische Verfahren, über die im Rahmen anderer Studien oder durch die Verfasser der Testverfahren selbst in unterschiedlichem Ausmaß Datenmaterial vorliegt. Zwischen den einzelnen Tests kommt es hierbei zu einzelnen Überschneidungen bezüglich der Evaluierung der operationalisierten Entitäten. Eine exemplarische Konsistenzprüfung des Gesamtkonstruktes der in dieser Studie verwendeten Testbatterie soll im Folgenden anhand einer Gegenüberstellung einzelner Skalen erfolgen, die ähnliche Merkmale der Probanden operationalisieren. Die Ausführung soll an dieser Stelle nicht den Anspruch einer auf jedem Niveau vollständigen statistischen Konsistenzprüfung tragen, vielmehr sollen einzelne Skalen die offensichtlich dasselbe Substrat besitzen und damit enge Korrelationen erwarten lassen, gegenübergestellt werden. Als statistisches Berechnungsinstrument wird der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman eingesetzt, bei allen Vergleichen mit dem „Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Ranking“ mit insgesamt sieben unabhängigen Prototypen-Gruppen findet der Test nach Kruskal-Wallis Anwendung.

Der „Normale Objektbeziehungstyp“ (IPO) und der „Sichere Bindungsprototyp“ (EBPR):
Keine signifikante Korrelation ($p = 0,28$)

Die „Dependente Persönlichkeitsstörung“ (SCID) und „Übersteigerte Abhängigkeit“ (EBPR):
Hier zeigt sich eine signifikante Korrelation, der „Übersteigert Abhängige“ Bindungsprototyp befindet sich auf dem ersten Rangplatz ($p < 0,05$).

Der „fürsorglich/ freundliche“ Typ (IIP) und „Zwanghafte Fürsorglichkeit“ (EBPR):
Hier zeigt sich eine signifikante Korrelation, der „Zwanghaft Fürsorgliche“ Bindungsprototyp befindet sich auf dem ersten Rangplatz ($p < 0,05$).

Der „expressiv/ aufdringliche“ Typ (IIP) und die „Histrionische Persönlichkeitsstörung“ (SCID):
Hier zeigt sich eine signifikante Korrelation (Spearman-Rho = 0,39; $p < 0,05$)

Die „Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ (SCID) und der „selbstunsicher/ unterwürfige“ Typ (IIP):
Hier zeigt sich eine signifikante Korrelation (Spearman-Rho = 0,44; $p < 0,05$)

Der „introvertiert/ vermeidende“ Typ (IIP) und die „ambivalent-vermeidenden“ Bindungsstrategien (EBPR):
Hier zeigt sich eine signifikante Korrelation (Spearman-Rho = 0,18; $p < 0,05$)

Die „Unreife Abwehr“ (DSQ) und die „Primitive Abwehr“ (BPI):
Hier zeigt sich eine signifikante Korrelation (Spearman-Rho = 0,65; $p < 0,05$)

Die „Identitätsdiffusion“ (IPO) und „Identitätsdiffusion“ (BPI):
Hier zeigt sich eine signifikante Korrelation (Spearman-Rho = 0,58; $p < 0,05$)

Die „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (SCID) und der „Borderline“-Score (BPI):
Hier zeigt sich eine signifikante Korrelation (Spearman-Rho = 0,65; $p < 0,05$)

Insgesamt zeigt sich eine gute Konvergenz der aufgeführten gegenübergestellten Skalen, die aufgeführten Korrelationsprüfungen lassen eine adäquate interne Konsistenz vermuten. Lediglich die Skalen des „Normalen Objektbeziehungstyp“ (IPO) und des „Sicheren Bindungsprototyp“ (EBPR) zeigten keine signifikante Korrelation trotz evidenter Kongruenz der operationalisierten Entitäten.

7.4. Versuch einer Untergruppenbildung anhand der Persönlichkeitsmerkmale

Im folgenden Kapitel soll versucht werden, eine Untergliederung des Patientengutes anhand der psychometrischen Parameter durchzuführen. Die Untergliederung soll durch zwei verschiedene Methoden erfolgen.

Als erstes werden die Patienten nach ihrem additiven „Gesamtgrad“ einer psychischen Störung aufgeteilt. Das heißt, es werden Fälle mit vielen beziehungsweise hohen pathologischen Scores von Fällen mit insgesamt wenigen beziehungsweise niedrigen pathologischen Scores abgegrenzt. Hierbei soll es zunächst keine Rolle spielen, in welchen psychometrischen Tests die einzelnen Fälle nun genau pathologische Werte erreicht haben. Hierfür wird ein Summationsscore aus allen Einzelskalen gebildet, wobei die einzelnen Skalen durch Anwendung entsprechender Koeffizienten auf ein gleiches Niveau gewichtet werden. Skalen, die „normale“ Aspekte prüfen werden zuvor invertiert, wie zum Beispiel der „Normale Objektbeziehungstyp“ des Inventory of Personality Organisation (IPO), die Skala „Reife Abwehr“ und die Skala „Offenheit“ des Defence Style Questionnaire (DSQ). Als Grenzwert wird konform zur vorangegangenen differenzierten Auswertung der Einzelskalen die Summe aus Mittelwert und Standardabweichung dieses Gesamtscores eingesetzt. Wiederum konform zur vorangegangenen Auswertung werden die so gebildeten zwei Untergruppen auf signifikante Differenzen zwischen den Ambulanz-Patienten und den Teilnehmern des DCCV, sowie auf Differenzen zwischen den Kollektiven der Morbus Crohn-Patienten und der Colitis ulcerosa-Patienten überprüft werden. Die beiden Patientengruppen werden schließlich mit der Kontrollgruppe verglichen. Schließlich werden die Korrelationen zwischen der Zugehörigkeit zu einer der beiden Gesamtscore-Gruppen, dem Verlaufsschwere-Score, und dem Krankheitsschwere-Score auf Signifikanzen überprüft.

Die zweite Methode umfaßt eine Aufteilung der Fälle mittels der Two-Step-Clusteranalyse, wobei Untergruppen unter den Fällen definiert werden sollen, die ein jeweils ähnliches Profil bezüglich Ihrer einzelnen Skalenwerte aufweisen. Nach einer Gegenüberstellung der Crohn-Patienten und der Colitis ulcerosa-Patienten werden die so gefundenen Untergruppen auf signifikante Korrelationen zu Verlaufsschwere-Score und zu Krankheitsschwere-Score überprüft.

7.4.1. Der Psychometrische Gesamtscore

Es erfolgt zunächst eine Invertierung derjenigen Skalen, die „normale“ Aspekte evaluieren, namentlich der „Normale Objektbeziehungstyp“ des Inventory of Personality Organisation (IPO), die Skala „Reife Abwehr“ und die Skala „Offenheit“ des Defence Style Questionnaire (DSQ). Alle Einzelskalen werden nun mittels eines Koeffizienten G einer Gleichgewichtung unterzogen, wobei der neue Maximalscore jeder einzelnen Skala 10 betragen soll, der Koeffizient für jede Skala S ergibt sich also aus:

$$G_S = 10 / \text{Skalenmaximalscores}_S$$

Für jeden Fall werden die Skalenergebnisse nun jeweils mit ihrem Koeffizienten G_S multipliziert, die so gewonnenen neuen gleichgewichteten Skalenwerte zu einem „Psychometrischen Gesamtscore“ aufaddiert. Der maximal erreichbare Gesamtscore ergibt sich also aus der Anzahl der Skalen (36) multipliziert mit 10, also 360. Der Psychometrische Gesamtscore ist hinreichend normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Z = 1,20; $p = 0,11$).

Folgende Tabelle gibt die Verteilung der Werte dieses Gesamtscores wieder:

		Psychometrischer Gesamtscore				
		Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Diagnose	M. Crohn	205	120,41	37,16	53,24	236,23
	Colitis ulcer.	134	120,91	36,55	50,83	237,57
	gesund	42	94,46	24,80	52,30	137,67
	Gesamt	381	117,73	36,64	50,83	237,57

Es gab keine signifikanten Unterschiede bei den Crohn-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern:

$$t = 0,09 \quad p = 0,93$$

Es gab signifikante Unterschiede bei den Colitis-Patienten zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern, mit niedrigeren Werten bei den Ambulanz-Patienten:

$$t = 3,20 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 103,19 \text{ vs } 123,31$$

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten:

$$t = 0,12 \quad p = 0,90$$

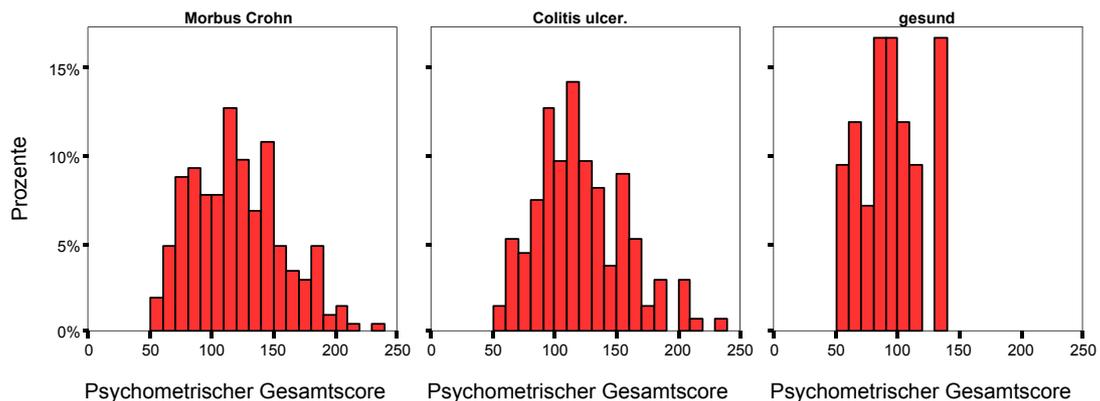
Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Crohn-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 5,61 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 120,41 \text{ vs } 94,46$$

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe:

$$t = 5,33 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 120,91 \text{ vs } 94,46$$

Die folgenden Histogramme zeigen die Verteilung der Werte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen:



Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Psychometrischen Gesamtscore-Werten und folgenden soziodemographischen Daten der Patienten:

Psychometrischer Gesamtscore		Alter	Geschlecht	Partnersit.	Beruf
	Test	Pearson	t-Test	Spalten-T	Spalten-T
	Test-Wert	-0,01	t = 0,86	**	**
Signifikanz (2-seitig, p)	p = 0,92	p = 0,39	p < 0,05	p < 0,05	

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zur Partnersituation mit signifikant höheren Werten für Teilnehmer ohne Partner, sowie zur Tätigkeit der Teilnehmer mit signifikant höheren Werten für Arbeitslose gegenüber Akademikern und Schülern/ Auszubildenden.

Ein normativer Cut-Off-Wert liegt für die Gesamtsumme aller Skalen nicht vor, für die folgenden Berechnungen wird als Grenzwert die Summe aus Mittelwert und einfacher Standardabweichung des „Psychometrischen Gesamtscores“ festgelegt (154,37).

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 2771 \quad p = 0,50$$

Für alle Crohn-Patienten gemeinsam ergab sich jedoch ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score mit signifikant höheren Krankheitsschwere-Score-Werten bei Patienten mit hohen Psychometrischen Gesamtscore-Werten:

$$U = 2008 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 125,41 \text{ vs } 177,67$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Verlaufsschwere-Score:

$$U = 957 \quad p = 0,17$$

Für alle Colitis-Patienten gemeinsam ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Test-Score und dem Krankheitsschwere-Score mit signifikant höheren Krankheitsschwere-Score-Werten bei Patienten mit hohen Psychometrischen Gesamtscore-Werten:

$$U = 817 \quad p < 0,05 \quad \text{Mittelwerte: } 103,93 \text{ vs } 173,30$$

Zusammenfassend hatten sowohl die Patienten mit Morbus Crohn als auch die Patienten mit Colitis ulcerosa signifikant höhere Werte im Psychometrischen Gesamtscore als die Kontrollgruppe. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen hohen Psychometrischen Gesamtscore-Werten und hohen Verlaufsschwere-Scores bestätigte sich weder für die Patienten mit Morbus Crohn noch für die Patienten mit Colitis ulcerosa. Es gibt jedoch sowohl innerhalb der Gruppe der Crohn-Patienten als auch innerhalb der Gruppe der Colitis-Patienten einen signifikanten Zusammenhang zwischen hohen Psychometrischen Gesamtscore-Werten und hohen Werten des Krankheitsschwere-Scores. Die Inhomogenität innerhalb der Colitis-Gruppe mit signifikanten Unterschieden zwischen den Ambulanz-Patienten und den DCCV-Teilnehmern, mit pathologischeren Werten bei den DCCV-Teilnehmern, deutete sich bereits bei der Einzelanalyse der Testskalen an.

7.4.2. Die Two-Step-Clusteranalyse

Die Two-Step-Clusteranalyse ist ein computergestütztes, automatisiertes Clusteranalyseverfahren, es ermöglicht dabei die gleichzeitige Verarbeitung von kategorialen als auch von dimensional Variablen, zwei Variablentypen, wie sie auch beide in dieser Studie vorliegen. Eine Einteilung der Fälle, also der an der vorliegenden Studie teilnehmenden Personen, in die sogenannten Cluster, oder auch Untergruppen, erfolgt anhand der Neigung dieser Gruppen, in einer bestimmten Anzahl von Skalen im Vergleich zu den Angehörigen anderer Gruppen höhere oder niedrigere Werte zu

erreichen. Dieses Variablenprofil einer solchen Gruppe zeichnet diese also aus. Die Anzahl der Cluster wird hierbei durch die verwendete Software des SPSS 12.01 automatisch generiert, je nachdem wie viele Gruppen mit ähnlichem Variablenprofil zusammengestellt werden können. Im Gegensatz zur Version 11.0 des SPSS, das zur Eingabe der Rohdaten angewendet wurde, lag zur Auswertung der Daten die Version 12.01 vor. Das Binnenprofil eines Clusters wird durch besonders hoch ladende Variablen für eben dieses Cluster gekennzeichnet. Das Außenprofil bedeutet die unterschiedliche Gewichtung einer bestimmten Variable über den einzelnen Clustern. Als Distanzmaß wurde das Likelihood-Maß gewählt. Als Signifikanzniveau für die Clusterrelevanz der einzelnen Skalen gilt ein Alpha von 5%.

Da in der weiter oben aufgeführten Einzelanalyse der Skalen der Testabschnitt C, das „Inventory of Interpersonal Problems“ (IIP), keinerlei signifikante Unterschiede zeigte zwischen den drei Gruppen Crohn-Patienten, Colitis-Patienten und Kontrollgruppe, und ebenso wenig zwischen den Gruppen leichte und schwere Verläufe beziehungsweise niedrige und hohe Krankheitsschwere, wurde dieser Testabschnitt bei der Two-Step-Clusteranalyse nicht berücksichtigt. Das gleiche gilt für die Skalen „Reife Abwehr“ und „Offenheit“ des Testabschnitts D, des „Defence Style Questionnaire“ (DSQ), zwei Skalen, deren Validität auch durch die Autoren der deutschen Version des DSQ in Frage gestellt wurde (Reister 1993).

Als stetige Variablen wurden eingesetzt:

Identitätsdiffusion (IPO)	Normal (IPO)
Unreife Abwehr (DSQ)	Neurotische Abwehr (DSQ)
Omnipotenz (DSQ)	Schwierigkeiten bei Gefühlsidentifizierung (TAS)
Schwierigk. bei Gefühlsbeschreibung (TAS)	Pensée Operatoire (TAS)
Identitätsdiffusion (BPI)	Primitive Abwehr (BPI)
Gestörte Realitätsprüfung (BPI)	Angst vor Nähe (BPI)
Borderline-Score (BPI)	

Als kategoriale Variablen wurden eingesetzt

Selbstunsichere (SCID)	Dependente (SCID)
Zwanghafte (SCID)	Negativistische (SCID)
Depressive (SCID)	Paranoide (SCID)
Schizotypische (SCID)	Schizoide (SCID)
Histrionische (SCID)	Narzißtische (SCID)
Borderline (SCID)	Antisozial (SCID)

Ambivalent-Vermeidend (EBPR)

Sowohl für die Gruppe der Morbus Crohn-Patienten, als auch für die Gruppe der Colitis ulcerosa-Patienten, ergab sich eine automatisch generierte Aufteilung in zwei Cluster.

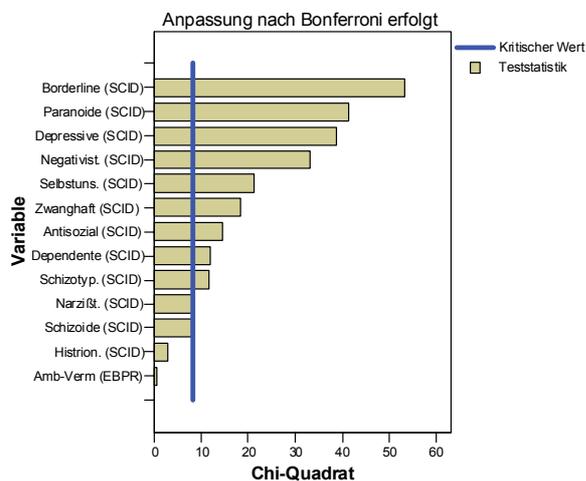
Morbus Crohn-Patienten:

Die Cluster innerhalb der Crohn-Patienten-Gruppe zeigten folgende Verteilung:

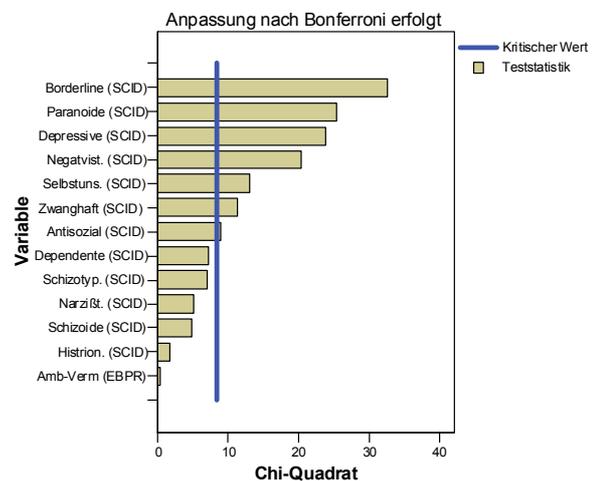
		N	% der Kombination
Cluster	1	78	38,0%
	2	127	62,0%
	kombiniert	205	100,0%

Die dem Cluster 1 zugeordneten Teilnehmer wiesen in allen kategorialen Skalen des SCID und des Ambivalent-Vermeidenden Bindungsstils des EBPR einen höheren Anteil als die dem Cluster 2 zugeordneten Teilnehmer an Test-positiven Ergebnissen auf. In den übrigen stetigen Skalen ergaben sich für die Zugehörigen des Clusters 1 in allen Skalen höhere Mittelwerte als für die Zugehörige des Clusters 2, lediglich die Skala „Normaler Objektbeziehungstyp“ (IPO) ergab für die Zugehörigen des Clusters 1 niedrigere Werte als für die Zugehörigen des Clusters 2. Somit kann der Cluster 1 als „Gestörte Untergruppe“ gedeutet werden, während der Cluster 2 als „Unauffällige Untergruppe“ bezeichnet werden kann. Die folgenden Diagramme zeigen Rangfolgen der Variablen im Hinblick auf ihre Relevanz für die Zuordnung des jeweiligen Falles zu einem der beiden Cluster, aufgeteilt nach kategorialen Variablen und stetigen Variablen. Als Signifikanzniveau für die Unterschiede der Ergebnistendenzen gilt ein Alpha von 5%:

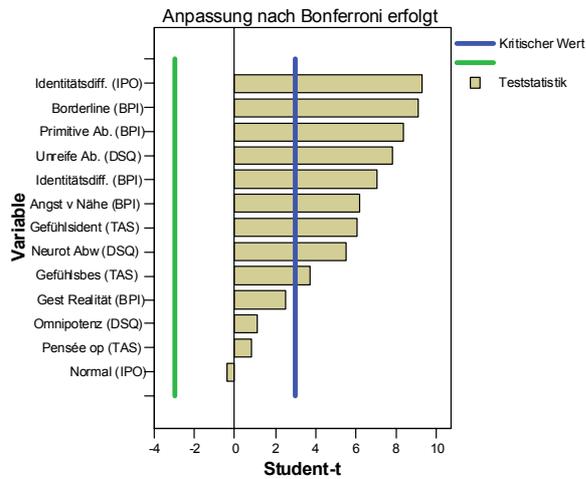
Nummer des TwoStep Clusters = 1



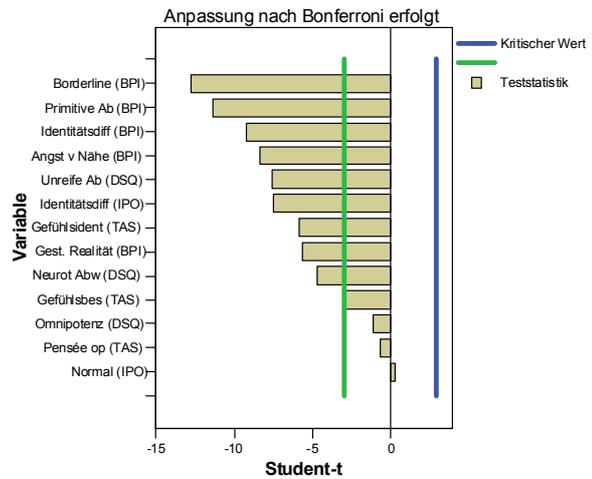
Nummer des TwoStep Clusters = 2



Nummer des TwoStep Clusters = 1



Nummer des TwoStep Clusters = 2



Auffällig bei der Differenzierung der beiden Cluster ist die hohe Bedeutung von Skalen, die Entitäten des Formenkreises der Borderline-Störungen, sowie unreife Abwehrformen erfassen.

Die beiden Cluster innerhalb der Gruppe der Morbus Crohn-Patienten wurden nun auf signifikante Unterschiede bezüglich der Verlaufsform und der Krankheitsschwere (BEST-K/R) der somatischen Darmerkrankung hin überprüft. Als abhängige Variablen werden hierbei der Verlaufsschwere- und der Krankheitsschwere-Score eingesetzt, aufgrund ihrer nicht-normalen Verteilung kommt der U-Test nach Mann und Whitney zum Einsatz:

	Verlaufsscore	BEST-K/R
Mann-Whitney-U	4254,500	3695,000
Wilcoxon-W	7104,500	11321,000
Z	-,640	-,2069
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,522	,039

a Gruppenvariable: Nummer des TwoStep Clusters

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied des Verlaufsschwere-Scores zwischen den beiden Clustern, jedoch ein signifikanter Unterschied bezüglich des Krankheitsschwere-Scores, mit höheren Werten in der „gestörten“ Gruppe (Cluster 1).

Mittelwerte: Cluster 1: 154,87 Cluster 2: 124,08

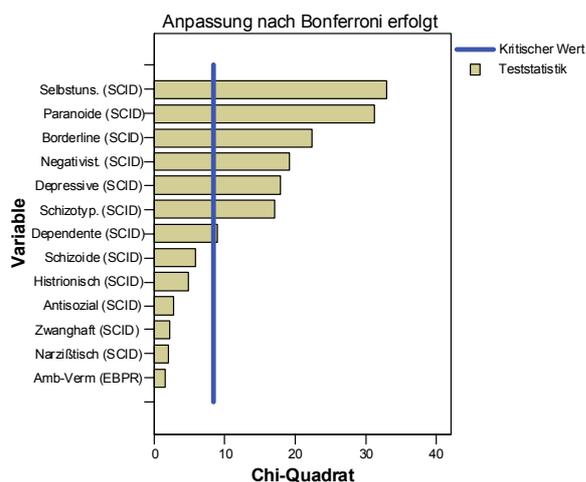
Colitis ulcerosa-Patienten:

Die Cluster innerhalb der Colitis-Patienten-Gruppe zeigten folgende Verteilung:

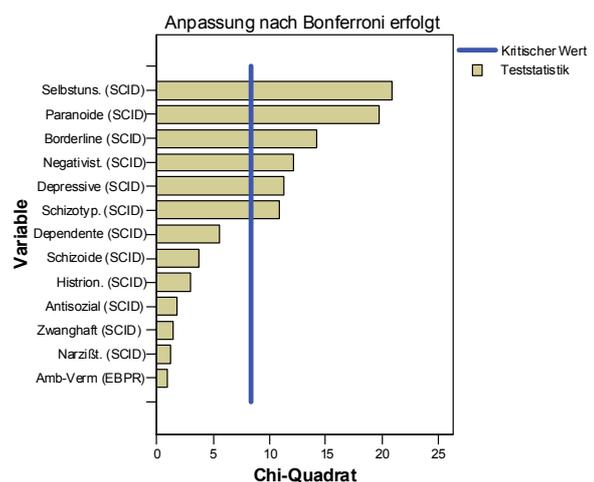
		N	% der Kombination
Cluster	1	52	38,8%
	2	82	61,2%
	kombiniert	134	100,0%

Teilnehmer, die dem Cluster 1 zugeordnet wurden zeigen in allen kategorialen Skalen des SCID und des EBPR einen höheren Anteil an Test-Positiven als solche, die dem Cluster 2 zugeordnet wurden. Bei den stetigen Skalen ergaben sich für alle Skalen höhere Mittelwerte für dem Cluster 1 zugeordnete Fälle im Vergleich zu dem Cluster 2 zugeordneten Fällen. Lediglich die Skalen „Normaler Objektbeziehungstyp“ (IPO) und „Omnipotenz“ (DSQ) ergaben durchschnittlich niedrigere Werte innerhalb des Clusters 1 im Vergleich zum Cluster 2. Somit kann der Cluster 1 ähnlich der Interpretation der Morbus Crohn-Subgruppen auch bei den Colitis-Patienten als „Gestörte Untergruppe“ gedeutet werden, während der Cluster 2 wiederum als „Unauffällige Untergruppe“ bezeichnet wird. Die folgenden Diagramme zeigen Rangfolgen der Variablen im Hinblick auf ihre Relevanz für die Zuordnung des jeweiligen Falles zu einem der beiden Cluster, aufgeteilt nach kategorialen Variablen und stetigen Variablen. Als Signifikanzniveau für die Unterschiede der Ergebnistendenzen gilt ein Alpha von 5%:

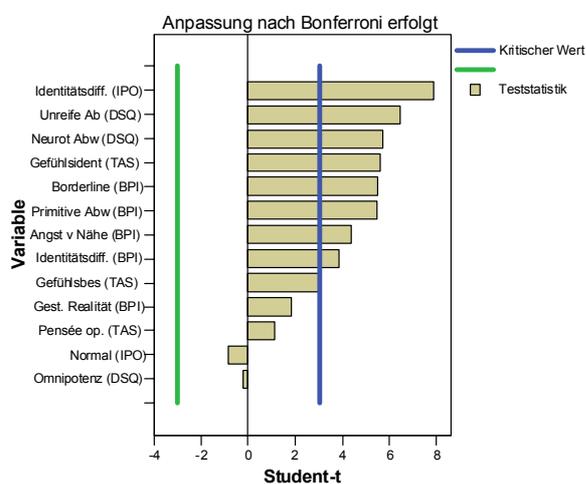
Nummer des TwoStep Clusters = 1



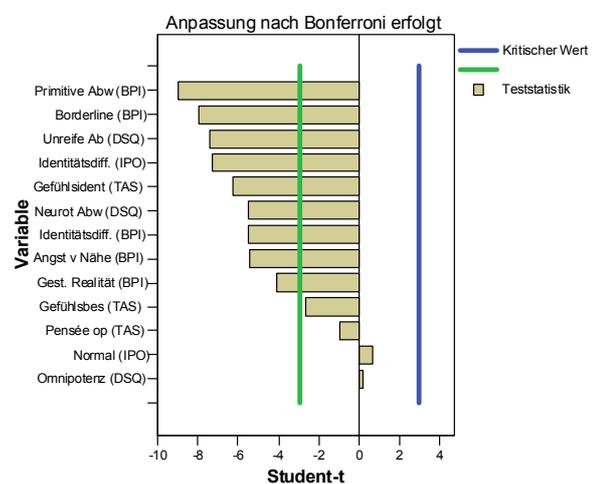
Nummer des TwoStep Clusters = 2



Nummer des TwoStep Clusters = 1



Nummer des TwoStep Clusters = 2



Wie schon bei den Morbus Crohn-Patienten fällt bezüglich der Zuordnung zu den beiden beiden Clustern erneut die hohe Bedeutung der Skalen auf, die Borderline-Störungen und unreife Abwehrformen erfassen. Die beiden Cluster werden ebenso anhand des U-Tests nach Mann und Whitney auf signifikante Unterschiede bezüglich der Werte des Verlaufsschwere-Scores und des Krankheitsschwere-Scores überprüft:

	Verlaufsscore	BEST-K/R
Mann-Whitney-U	1525,500	1401,000
Wilcoxon-W	4765,500	4722,000
Z	-2,109	-2,957
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,035	,003

a Gruppenvariable: Nummer des TwoStep Clusters

Für die Colitis ulcerosa-Patienten ergibt sich im Gegensatz zu den Morbus Crohn-Patienten ein signifikanter Unterschied der Verteilungen zwischen den beiden Clustern sowohl für den Verlaufsschwere-, als auch für den Krankheitsschwere-Score.

Mittelwerte Verlaufsschwere-Score: Cluster 1: 27,86 Cluster 2: 21,20

Mittelwerte Krankheitsschwere-Score: Cluster 1: 147,50 Cluster 2: 96,73

7.5. Neuerkrankungen und Patienten mit kurzer Krankheitsgeschichte

Ein problematischer Punkt bei Arbeiten, die Aussagen treffen wollen über einen kausal festgelegten Zusammenhang zwischen einer psychischen prämorbidem Störung und hierdurch beeinflussten Besonderheiten bezüglich des somatischen Krankheitsverlaufes ist der Nachweis des prämorbidem Bestehens der diagnostizierten Störung. Einen validen Beleg könnte eine breitangelegte Kohortenstudie an einer ausreichend großen Grundgesamtheit bieten, mit der Überlegung, alle Fälle mit psychischen Störungen zu erfassen, und im zeitlichen Verlauf eine gegebenenfalls erhöhte Wahrscheinlichkeit in dieser Untergruppe zu belegen, eine psychosomatische Erkrankung, in diesem Falle beispielsweise den Morbus Crohn, zu entwickeln, und auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit bei dieser Erkrankung einen schwereren Verlauf zu bieten als Erkrankte ohne die prämorbid festgehaltene psychische Störung. Aufgrund der niedrigen Inzidenz ist ein derartiger Ansatz im Rahmen einer umschriebenen Studie quasi unmöglich, die benötigten Fallzahlen wären zu hoch, um in der Folge ausreichend hohe Patientenzahlen zu erhalten und valide Aussagen treffen zu können. Von besonderem Interesse sind daher innerhalb der Gruppe der bereits erkrankten Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen diejenigen Patienten mit einer bisher besonders kurzen Erkrankungsdauer, beziehungsweise die Neuerkrankten, da hier die Krankheitsdauer als ausreichend kurz angesehen wird, als daß die somatische Erkrankung Ursache einer möglichen gefundenen psychischen Störung sein könnte und nicht vielmehr eben Folge, in ihrer Entstehung oder ihrem Verlauf, der psychischen Störung, wenn denn eine signifikante Assoziierung zwischen psychischer Störung und somatischer Schwere der Erkrankung festgehalten werden kann.

Um diesen Ansatz zu erhellen wurden alle Patienten dieser Studie herausgefiltert, die eine Krankheitsdauer von einem Jahr oder weniger aufweisen konnten. Wie bereits zu vermuten war, sind die dabei zu verzeichnenden Fallzahlen zu klein um valide Aussagen treffen zu können. Vielmehr kasuistisch sollen deshalb hier die Fälle vorgestellt werden.

Morbus Crohn:

Sowohl bei den Ambulanz-Patienten, als auch bei den DCCV-Patienten wiesen insgesamt fünf Patienten eine Krankheitsdauer von höchstens einem Jahr auf, das Durchschnittsalter war mit 28,8 Jahren erwarteterweise niedriger als im gesamten Kollektiv. Der Krankheitsschwere-Score lag im Durchschnitt bei 96,8. Bei allen Skalen hatten zwischen 0 und 2 Fälle als pathologisch anzusehende hohe Werte, lediglich bei der Skala „Zwanghafte Störung“ (SCID) ergaben sich drei Fälle.

Colitis Ulcerosa:

Bei den Colitis-Fällen gab es lediglich zwei Fälle mit Krankheitsdauern von höchstens einem Jahr, ein 61-jähriger Mann mit einem Krankheitsschwere-Score von 140, und eine 46-jährige Frau mit einem Krankheitsschwere-Score von 183. In keiner der Skalen hatten beide Fälle gleichzeitig hohe Werte.

7.6. Patienten in Remission

Wie soeben im Kapitel der Neuerkrankungen angedeutet, aber durch die niedrigen Fallzahlen der heranziehenden Patienten nicht klärbar, bildet im Rahmen einer kritischen Ausarbeitung der Frage bezüglich des kausalen Zusammenhangs zwischen psychometrischen Variablen und somatischen Parametern der Ansatz einer krankheitsdependenten psychischen Auffälligkeit eine der zentralen alternativen Hypothesen. Zum einen können volatile psychische Erscheinungen durch unmittelbare Beeinträchtigung des Patienten, zum Beispiel durch einen akuten Schub, einen positiven Zusammenhang zwischen pathologischen psychometrischen Variablen und einem erhöhten Krankheitsschwere-Score erklären. Als häufige Entitäten werden hierbei die Depressivität genannt, aber auch Ängstlichkeit (Anxiety). Eine weitere Erklärung könnte eine Verzerrung der Testergebnisse bieten, durch eine veränderte Identifizierung, Verarbeitung, und Wiedergabe psychischer Merkmale durch die unmittelbare Beeinträchtigung des Betroffenen durch seine aktive Erkrankung, die so im Rahmen eines Testverfahrens zu falsch positiven Werten führen könnte.

Eine wichtige Information bietet hierbei die differenzierte Betrachtung derjenigen Patienten, die zum Zeitpunkt der Testerhebung sich in Remission befinden. Es erfolgte eine Filterung der Patienten, die zum einen eine schubfreie Remissionszeit von mindestens einem Jahr angaben, zum anderen einen Krankheitsschwere-Score von höchstens 60 aufwiesen, was der Hälfte des Schubschwellenwertes entspricht. Wie in Kapitel 7.3.1. ausführlich bearbeitet und in Kapitel 7.3.2. zusammengefasst, zeigten sowohl die Morbus Crohn- als auch die Colitis ulcerosa-Patienten in der Mehrzahl der Skalen signifikante Unterschiede zu den Kontrollpersonen. Es stellt sich also die Frage, ob diese Signifikanz auch für Patienten gilt, die sich ausreichend lange und bezüglich ihrer Beschwerden deutlich in Remission befinden.

Innerhalb der gesamten Gruppe der Morbus Crohn-Patienten fanden sich 34 Patienten mit einer Remissionszeit von mindestens einem Jahr und einem Krankheitsschwere-Score von höchstens 60.

Dabei waren 29 Patienten Frauen, die übrigen fünf Patienten Männer, das Durchschnittsalter lag bei 38,32 Jahren. Zur Berechnung diente bei den dichotomen Variablen der Chi²-Test, bei stetigen normalverteilten psychometrischen Variablen der t-Test, bei stetigen nicht-normalverteilten Variablen der U-Test nach Mann und Whitney. Lediglich in der Skala „Paranoide Persönlichkeitsstörung“ (SCID) ergab sich ein signifikanter Unterschied zu den Kontrollpersonen:

p < 0,05; Anteil Test-Positive: 21% vs 2,4%

Wie in Kapitel 7.3.1. aufgeführt zeigte bezüglich der Skala „Paranoide Persönlichkeitsstörung“ auch das Gesamtkollektiv der Morbus Crohn-Patienten signifikant mehr Test-Positive im Vergleich zur Kontrollgruppe, eine signifikante Korrelation zum Krankheitsschwere- oder Verlaufsschwere-Score konnte aber nicht belegt werden.

In allen anderen Skalen ergab sich kein signifikanter Unterschied. Somit muß bei den Morbus Crohn-Patienten davon ausgegangen werden, daß nur Patienten, die unmittelbar physisch von ihrer somatischen Erkrankung betroffen sind auch ein signifikant pathologischeres Profil als gesunde Personen in den angewandten Tests aufzuweisen haben.

Bei den Colitis ulcerosa-Patienten fanden sich 24 Patienten in Remission, davon 12 Frauen und 12 Männer, das Durchschnittsalter lag bei 39,42 Jahren. Es fanden sich signifikante Unterschiede zu den Kontrollpersonen in folgenden Skalen:

Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (SCID):	p < 0,05; Anteil Test-Positive: 25% vs 7,1%
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (SCID):	p < 0,05; Anteil Test-Positive: 71% vs 45%
Introvertiert/ vermeidend (IIP):	p < 0,05; Anteil Test-Positive: 25% vs 7,1%
Selbstunsicher/ unterwürfig (IIP):	p < 0,05; Anteil Test-Positive: 21% vs 4,8%

Die letzten drei genannten Skalen ergaben bei der in Kapitel 7.3.1. aufgeführten Analyse beim Vergleich der Colitis-Gesamtgruppe mit den Kontrollpersonen keine signifikanten Unterschiede, es handelt sich hier also offensichtlich um eine Abgrenzung, die bei Patienten, die aktuell oder in jüngster Vergangenheit nicht von ihrer somatischen Erkrankung betroffen sind, in ihrer Differenzierung gegenüber Gesunden eine signifikante Rolle spielt, nicht aber bezüglich einer allgemeinen Abgrenzung der Colitis-Patienten, und insbesondere der aktuell aktiv erkrankten Colitis-Patienten, gegenüber Gesunden. Es muß damit auch bei den Colitis ulcerosa-Patienten davon ausgegangen werden, daß überwiegend Patienten, die unmittelbar von ihrer somatischen Erkrankung betroffen sind, die in Kapitel 7.3.1. aufgeführten Unterschiede zu den Kontrollpersonen bestimmen. Patienten in Remission scheinen hingegen diese Trennschärfe wieder aufzulösen.

Auffällig ist jedoch die Skala „Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ (SCID), hier zeigten sich einerseits signifikant mehr Test-Positive bei den Patienten mit Colitis ulcerosa in Remission als bei den Kontrollpersonen, wie auch das Gesamtkollektiv der Colitis-Patienten signifikant mehr Test-Positive als das Kontrollkollektiv zu verzeichnen hatte, andererseits boten im Gesamtkollektiv der Colitis ulcerosa-Patienten diejenigen mit einem positiven Testergebnis in dieser Skala auch signifikant höhere Verlaufsschwere-, als auch Krankheitsschwere-Scores, so daß in Bezug auf die

„Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ auch eine prämorbid Persönlichkeitsstörung vorliegen könnte, die entsprechend für einen schwereren Krankheitsverlauf und eine höhere Symptomausprägung prädisponieren könnte.

8. Diskussion

Die Auswertung der in dieser Arbeit zur Anwendung gekommenen psychometrischen Testverfahren erfolgte unter Berücksichtigung der jedem einzelnen Fall zugrundeliegenden Diagnose, so soll auch im Folgenden zunächst auf die Ergebnisse der Patienten mit Morbus Crohn eingegangen werden, gefolgt von einer Analyse der Ergebnisse bei den Colitis ulcerosa-Patienten. Dabei kann vorweg angemerkt werden, daß bei keiner der 36 Einzelskalen ein signifikanter Unterschied zwischen den Morbus Crohn-Patienten und den Colitis ulcerosa-Patienten zu belegen war. Auch bezüglich der Abgrenzung der Fälle zu den Kontrollfällen einerseits, als auch in Bezug auf die Korrelationen zu den als abhängige Variablen eingesetzten somatischen Parameter andererseits, zeigten die beiden großen Gruppen der zwei Diagnosen eine auffällige Kohärenz, so daß die zu Beginn der Arbeit festgelegte, auch auf psychosomatischer Ebene anzunehmende Diskriminanz zwischen den beiden Diagnosen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa in Frage gestellt erscheint. Eine derartige Schwierigkeit der Differenzierung anhand psychosozialer Merkmale der beiden Diagnosegruppen wird auch in der Literatur vielfach angeführt (Leibig 1985, Ahrens 1986). Die Morbus Crohn-Patienten in der vorliegenden Studie waren jedoch tendenziell jünger, tendenziell länger erkrankt, und wiesen folglich ein niedrigeres Alter bei Erstmanifestation auf als die Colitis ulcerosa-Patienten.

Innerhalb des Kollektivs der Morbus Crohn-Patienten fällt, hier im Gegensatz zu den Colitis ulcerosa-Patienten, zunächst eine Homogenität der Testwertergebnisse zwischen den Teilnehmern aus der Ambulanz und den DCCV-Teilnehmern auf, lediglich bei zwei Skalen ergaben sich signifikante Differenzen zwischen diesen beiden Gruppierungen („Normaler Objektbeziehungstyp“ (IPO) mit niedrigeren Werten bei den Ambulanzpatienten; „Pensée Opératoire“ (TAS) mit höheren Werten bei den Ambulanzpatienten). Da die Ambulanzpatienten in fortlaufender Reihenfolge des Ambulanzablaufes angesprochen wurden, läßt dieser Umstand als eine mögliche Erklärung vermuten, daß die DCCV-Teilnehmer, die sich eigenständig zur Teilnahme entschließen konnten, dies tendenziell in Abhängigkeit von einer eventuell bestehenden Störung bezüglich dieser zwei Skalen abgelehnt haben. Angemerkt sei hierbei eine, epidemiologisch zu erwartende, Mehrheit weiblicher Teilnehmer bei den Morbus Crohn-Patienten die über die DCCV teilgenommen haben im Vergleich zu allen anderen Gruppen. Die Crohn-Patienten zeigten erwarteterweise im Vergleich zur Kontrollgruppe in fast allen Skalen, die primitive Abwehrformen und Borderline-Störungen erfassen, signifikant höhere Werte. Ebenso signifikant höhere Werte ergaben sich für die Skalen „Schwierigkeiten bei der Gefühlsidentifizierung“ und „TAS 20-Gesamtscore“ der „Toronto Alexithymia Scale“. Dieser Befund steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen verschiedener Arbeiten die für Patienten mit Morbus Crohn ein typisches alexithymes Verhalten konstatieren konnten, sowohl unter Zuhilfenahme der auch in der vorliegenden Arbeit zur Anwendung gekommenen Toronto Alexithymia Scale, als auch durch andere, sprachanalytische Verfahren (Hartmann 1995, Porcelli 1995). Vergleichbar ist das Skalenprofil, innerhalb dessen sich ein signifikanter Zusammenhang innerhalb der Gruppe der Crohn-Patienten mit dem Krankheitsschwere-Score ergab. Pathologische Test-Scores waren dabei positiv mit hohen Krankheitsschwere-Scores zu korrelieren. Die Zusammenhänge mit dem Verlaufsschwere-Score fielen dabei gleichzeitig enttäuschend aus, lediglich eine „Ambivalent-Vermeidende“ Konstellation im EBPR war signifikant mit einem erhöhten Verlaufsschwere-Score zu korrelieren, für

alle anderen Skalen, also auch Borderline und primitive Abwehrformen kodierende Skalen, konnten keine signifikanten Zusammenhänge belegt werden.

Die einfache Aufteilung der Patienten anhand des Summenindexes sämtlicher Testskalen, des „Psychometrischen Gesamtscores“, ergab zwei Gruppen, die als „gestört“ und „nicht gestört“ interpretiert wurden. Auch hier konnte der erwartete Zusammenhang zum Verlaufsschwere-Score nicht als signifikant belegt werden. Es ergab sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang zum Krankheitsschwere-Score. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kam die Two-Step-Clusteranalyse mit zwei mit den Gruppen des „Psychometrischen Gesamtscores“ vergleichbaren Clustern, ein signifikanter Zusammenhang zum Verlaufsschwere-Score ergab sich nicht, der Zusammenhang mit dem Krankheitsschwere-Score war jedoch signifikant, mit höheren Werten des Krankheitsschwere-Scores innerhalb des „gestörten“ Clusters. Die Hypothese, daß also Patienten mit einer pathologischen Konstellation innerhalb der psychometrischen Variablen auch signifikant schlechtere Verläufe aufweisen, kann nicht angenommen werden. Wie kommt es aber, daß die Krankheitsschwere, also die aktuelle Aktivität der und Beeinträchtigung durch die somatische Erkrankung, signifikant mit Skalen korreliert, die Entitäten wie Borderline-Störungen oder primitive Abwehrformen kodieren. Ein Patient, der einen schwereren Verlauf seiner somatischen Erkrankung zeigt, also häufige Schübe beispielsweise, wird auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in einem seiner häufigen Schübe anzutreffen sein, es zeigte sich jedoch explizit ein signifikanter Zusammenhang mit hohen Werten der die aktuelle Situation beschreibenden Krankheitsschwere bei gleichzeitigem Fehlen einer Korrelation zu einem schweren Verlauf, das heißt, daß in der erfaßten Gruppe der aktuell schwer Erkrankten diejenigen Fälle nicht die entscheidende Rolle spielen, die aufgrund ihres schwereren Verlaufes eben häufiger in dieser Gruppe der schwereren aktuellen Krankheitsaktivität anzutreffen sind. Es handelt sich also wirklich um Patienten, die einen mittelmäßigen Verlauf aufweisen, aber gerade in einem Schub sich befinden, einem zufälligen Umstand sozusagen entsprechend, ohne zuvor eine deutlich höhere Anzahl an deutlich schwereren Schüben gehabt zu haben, da dies ja eine entsprechend höhere Einstufung im Verlaufsschwere-Score nach sich ziehen würde mit entsprechend zu erwartendem signifikantem Zusammenhang des Verlaufsschwere-Scores mit der auffälligen psychometrischen Konstellation. Es ist also nicht anzunehmen, daß eine gefundene psychische Auffälligkeit eines Patienten einen positiv verstärkenden Effekt auf die Manifestation und Aggravation eines aktuellen Schubes gehabt hat, da bei damit zugrundegelegter prä-morbider psychischer Konstellation derselbe Effekt auch auf die zuvor abgelaufenen Schübe eingewirkt haben und somit wiederum eine stärkere Tendenz zu schwererem Verlauf nach sich ziehen müßte. Es muß somit vielmehr von einem krankheitsdependenten Einfluß auf die Persönlichkeit ausgegangen werden, oder vielmehr wahrscheinlich von einem krankheitsdependenten Einfluß auf die Antworttendenzen der Teilnehmer in den psychometrischen Tests mit entsprechendem Überwiegen damit falsch positiver Testergebnisse, da besonders bei der Persönlichkeitsorganisation von einer nur wenig volatilen Entität auszugehen ist, die eben nicht durch somatische Krankheitseinflüsse kurz- bis mittelfristig verändert wird, sondern in ihrer Erfassbarkeit durch die angewendeten Methoden verzerrt erscheint. Einen wichtigen Anhaltspunkt liefert hier die Analyse der Crohn-Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in Remission befanden. Sie konnten bis auf die Skala „Paranoide Persönlichkeitsstörung“ (SCID) in sonst keinem Merkmal

signifikante Unterschiede zu den Kontrollpersonen bieten. Das heißt, daß die oben aufgeführte deutliche psychometrische Abgrenzung der Crohn-Patienten zu den Kontrollpersonen von Patienten bestimmt wird, die unmittelbar von ihrer somatischen Erkrankung betroffen sind. Von einer derartig schwachen Ausprägung eines differenzierenden Effektes psychopathologischer Merkmale berichtet auch Leibig in einer Studie an 30 Crohn- und 30 Colitis-Patienten (Leibig 1985). Es handelt sich damit um ein weiteres Indiz, daß die gefundenen signifikanten Korrelationen zwischen den psychometrischen Scores und den somatischen Krankheitsschwere-Parametern auf einer somatisch-krankheitsdependenten Beeinflussung der psychometrischen Testergebnisse beruht. Einen wichtigen Beitrag könnten hierbei Patienten mit erst kurzer Anamnese ihres Morbus Crohn leisten, aufgrund der niedrigen Fallzahlen bei den neuerkrankten Patienten können aus dieser Gruppe jedoch keine validen Schlußfolgerungen gezogen werden. Eine kasuistische Darstellung dieses Kollektivs erfolgt in Kapitel 7.5..

Die innerhalb der Gruppe der Morbus Crohn-Patienten oben beschriebene Homogenität läßt sich für die Colitis ulcerosa-Patienten nicht in demselben Maße konstatieren. Die DCCV-Patienten zeigten in einer ganzen Reihe von Skalierungen signifikant pathologischere Ergebnisse als die Ambulanz-Patienten. So ergaben sich signifikant niedrigere Werte für die Ambulanz-Patienten in den Skalen „Borderline“ (SCID), „Unreife Abwehr“ (DSQ), „Primitive Abwehr“ (BPI), „Angst vor Nähe“ (BPI) und „Borderline“ (BPI). Entsprechend hatten die Ambulanz-Patienten höhere Werte in den Skalen „Normaler Objektbeziehungstyp“ (IPO) und „Reife Abwehr“ (DSQ) als „Normalität“ kodierenden Skalen. Die DCCV-Subgruppe bei den Colitis-Patienten kann also als anhand dieser signifikanten Unterschiede der Testergebnisse insgesamt als „gestörter“ bezeichnet werden. Mögliche Erklärungen hierfür könnte ein geringerer Einfluß einer Antworttendenz im Sinne einer sozialen Erwünschtheit unter der Rahmenbedingung der absoluten Anonymität bei den DCCV-Patienten sein. Durch den direkten persönlichen Kontakt mit einem Mitarbeiter der Poliklinik für Psychosomatische Medizin können die Ambulanz-Patienten die ihnen zugesicherte Anonymität bei der Auswertung der Fragebögen als fraglich angesehen haben und sich für sozial akzeptablere Antworten entschieden haben. Die Inhomogenität spielt wie bereits angedeutet eine größere Rolle bei den Colitis-Patienten als bei den Crohn-Patienten, schon allein aufgrund der viel höheren Anzahl an Skalierungen mit signifikanten Unterschieden, wobei nochmals angemerkt sei, daß in keiner der Skalierungen ein signifikanter Unterschied zwischen den Crohn-Patienten und den Colitis-Patienten insgesamt zu erheben war. Ebenso wie die Crohn-Patienten heben sich auch die Colitis-Patienten ganz deutlich von der Kontrollgruppe ab, mit signifikant pathologischeren Werten insbesondere bei den Skalen der Borderline-Störung und der primitiven Abwehr.

Signifikante Korrelationen zwischen den psychometrischen Testskalen und dem Verlaufsschwere-Score ergaben sich entsprechend den Befunden bei den Crohn-Patienten auch bei den Colitis-Patienten wieder nur für eine geringe Zahl an Skalierungen. Eine positive Korrelation zeigte sich bei den Skalen „Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ (SCID), „Paranoide Persönlichkeitsstörung“ (SCID) und „Omnipotenz“ (DSQ). Für die Skalen der Borderline-Störung oder der primitiven Abwehrfunktionen, die bei beiden somatischen Krankheitsentitäten bei der Abgrenzung gegenüber der Kontrollgruppe, beziehungsweise in Korrelation zum Krankheitsschwere-Score, eine offensichtlich entscheidende Rolle spielen, ergaben sich wie bei den Crohn-Patienten auch für die Colitis-Patienten

keine signifikanten Korrelationen zum Verlaufsschwere-Score. Deutliche Korrelation bei einer Vielzahl von Einzelskalen konnten wiederum in Zusammenhang mit dem Krankheitsschwere-Score belegt werden, auch hier wiederum vordergründig betroffen die Skalen der Borderline-Störung und der primitiven Abwehrfunktionen (IPO, SCID, BPI).

Die Subgruppenanalyse anhand des „Psychometrischen Gesamtscores“ (siehe Kapitel 7.4.1.) zeigte auch für die Colitis-Patienten wie bei den Crohn-Patienten lediglich eine signifikante Korrelation der „gestörten“ Subgruppe mit dem Krankheitsschwere-Score, ein signifikanter Zusammenhang zum Verlaufsschwere-Score ergab sich nicht. Zu einem etwas anderen Ergebnis kommt die Two-Step-Clusteranalyse. Wie schon bei den Morbus Crohn-Patienten ergibt die Clusteranalyse eine automatisch generierte Clusterzahl von zwei Subgruppen, wobei ein kleinerer Cluster mit größtenteils signifikant pathologischeren Werten in fast allen Skalierungen als „gestörte“ Gruppe bezeichnet werden kann, die sich von einem Cluster mit fast durchwegs „normaleren“ Werten abgrenzt. Dieses zweite Cluster kann damit als „Ungestörte Untergruppe“ bezeichnet werden. Im Gegensatz zu den Ergebnissen innerhalb der Morbus Crohn-Gruppe zeigt sich bei den Colitis ulcerosa-Patienten nun jedoch nicht nur eine signifikante Korrelation zwischen einer Zuordnung zur „Gestörten Untergruppe“ und höheren Werten beim Krankheitsschwere-Score, sondern auch eine signifikante Korrelation dieser „Gestörten Untergruppe“ zum Verlaufsschwere-Score. So scheint für die Colitis-Patienten eine erhöhte Prädisposition zum einen für schwerere Schübe, zum anderen bei einer Aneinanderreihung einer Vielzahl dieser schwereren Schübe im Sinne eines schweren Verlaufes auch eine erhöhte Prädisposition für schwerere Krankheitsverläufe für genau diejenigen Patienten zu bestehen, die im Rahmen der angewandten psychometrischen Testverfahren ein pathologisches Profil aufweisen. Eine vordergründige Rolle scheinen hierbei wiederum diejenigen Skalen zu spielen, die sowohl Borderline-Störungen, als auch primitive Abwehrfunktionen kodieren. Diese Skalen zeigten im Rahmen der Two-Step-Clusteranalyse eine deutlich höhere Gewichtung (siehe Kapitel 7.4.2.). Nur geringfügig, aber doch deutlicher als bei den Morbus Crohn-Patienten, grenzten sich bei den Colitis ulcerosa-Patienten diejenigen Fälle von der Kontrollgruppe ab, die sich in Remission befanden, die also einen, wenn überhaupt, so nur geringen kausalen Einfluß der somatischen Beeinträchtigung auf ihre psychischen Merkmale vermuten lassen. Bei dieser Abgrenzung spielten jedoch die Skalen, die Borderline-Störungen und primitive Abwehrfunktionen erfassen, durchwegs keine signifikante Rolle. Lediglich kasuistisch erfaßt werden konnten auch hier wiederum nur die neuerkrankten Fälle aufgrund der nur geringen Fallzahl.

Eine auch abschließend zu konstatierende Inkohärenz der aufgeführten Ergebnisse und der resultierenden Interpretation bleibt bestehen durch die Vermutung eines somato-psychischen Einflußmoment bei den Patienten mit Morbus Crohn. Unter zusammenfassender Deutung aller korrelativen Verhältnisse bei den einzelnen Untergruppierungen innerhalb des Kollektivs der Morbus Crohn-Patienten erscheint die somato-psychische Polarisierung als einzige den verschiedenen Befunden gerecht werdende Deutung. Hierbei müßte folglich aber auch von einem ähnlichen somato-psychischen Moment bezüglich des Krankheitsschwere-Parameters bei den Colitis ulcerosa-Patienten ausgegangen werden, eine vergleichbare somato-psychische Vulnerabilität vorausgesetzt. Inwieweit hier eventuell ein additiver Effekt vorliegt bleibt zunächst ungeklärt, evident jedoch ist dabei die signifikante Korrelation bei den Colitis-Patienten zwischen den psychometrischen Variablen und dem

Verlaufsschwere-Score im Rahmen der Two-Step-Clusteranalyse als deutlichem Hinweis auf eine psycho-somatisch bedingte negative Beeinflussung der einzelnen Schübe, und daraus resultierend auch des Krankheitsverlaufes.

Eine gesonderte Behandlung soll dem Begriff der Alexithymie zukommen, da es sich hier um eine Entität handelt die sich in das Konzept der Persönlichkeitsorganisation nicht ohne weiteres einordnen läßt, vielmehr handelt es sich bei diesem Konstrukt um ein Verhaltensmerkmal. Ein auffälliges Defizit der emotionalen Kommunikation, der Phantasie im Sinne eines betont zweckorientierten Denkens bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erhält in der Literatur eine gesonderte Aufmerksamkeit (Hartmann 1995, Verissimo 1998). In der vorliegenden Studie wurde zur Beurteilung des operationalisierten Konstruktes der Alexithymie die „Toronto Alexithymia Scale“ (TAS) in der deutschen 20-Item-Version angewendet. Bei den drei Faktoren ließen sich für die Faktoren „Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen“ und „Pensée Operatoire“ keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen der Crohn-Patienten, der Colitis-Patienten und der Kontrollgruppe finden, weder bei den Crohn- noch bei den Colitis-Patienten ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen Skalenwert und Verlaufsschwere- oder Krankheitsschwere-Score. Auch eine Abgrenzung der Patienten in Remission konnte keinen relevanten Unterschied bezüglich dieser beiden Faktoren erbringen. Der Faktor „Schwierigkeit bei der Identifizierung von Gefühlen“ zeigte eine signifikante Abgrenzung sowohl der Crohn-Patienten als auch der Colitis-Patienten gegenüber der Kontrollgruppe. Für beide Diagnosegruppen konnte auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem hohen Skalenwert und höheren Krankheitsschwere-Scores belegt werden. Die Zusammenhänge mit dem Verlaufsschwere-Score waren hierbei nicht signifikant, eine signifikante Abgrenzung von Patienten in Remission ergab sich ebensowenig. Der TAS 20-Gesamtscore als Summenscore ergab ebenso eine gute signifikante Abgrenzung der beiden Diagnosegruppen von der Kontrollgruppe. Ein signifikanter positiver Zusammenhang mit dem Krankheitsschwere-Score ergab sich nur für die Morbus Crohn-Patienten. Signifikante Zusammenhänge mit dem Verlaufsschwere-Score ergaben sich auch beim TAS 20-Gesamtscore nicht. Eine signifikante Abgrenzung von Patienten in Remission ließ sich auch durch den Gesamtscore nicht erklären. Wie überwiegend für die Skalen der Persönlichkeitsorganisation und der Abwehrformen geltend zeigt sich auch für das Instrument der Alexithymie lediglich ein signifikanter Zusammenhang einzelner Sub-Skalen mit dem Krankheitsschwere-Score. Ein signifikanter Einfluß auf die Ausprägung einzelner Krankheitsepisoden und damit des erfaßten Krankheitsverlaufes ergibt sich insgesamt nicht. Auch unterscheiden sich Patienten in Remission nicht signifikant in den Alexithymie-Skalen von Personen der Kontrollgruppe. Es scheint sich also auch innerhalb des Konstruktes der Alexithymie bei den gefundenen Korrelationen um somato-psychisch bedingte Effekte zu handeln. Die gute Abgrenzbarkeit der beiden Diagnosegruppen von der Kontrollgruppe ist hierbei offensichtlich überwiegend von den Fällen geprägt, die durch eine aktuell erhöhte Krankheitsaktivität beeinträchtigt sind.

Ein interessantes Instrument wurde mit dem Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Ranking nach Pilkonis in die Testbatterie mit einbezogen. Die initial vermutete signifikante Zuordnung der einzelnen Gruppen zu einem der aufgeführten Prototypen gelang dabei jedoch nicht. Es zeigte sich lediglich eine signifikant höhere Zuordnung der Personen der Kontrollgruppe zu der Gruppe des „Sicheren Bindungsstils“ im Vergleich zu den Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Die weitere

differenzierte Betrachtung der einzelnen nicht-sicheren Prototypen konnte keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Gruppierungen erbringen. Eine Differenzierung einer ambivalent-vermeidenden Gruppierung innerhalb der verschiedenen Prototypen ergab als einzig nennenswerten Befund einen signifikanten Zusammenhang für die Patienten mit Morbus Crohn zwischen der ambivalent-vermeidenden Subgruppe und erhöhten Verlaufsschwere-Scores. Es ist somit zu vermuten, daß bei den Patienten mit Morbus Crohn eine Untergruppe mit ambivalent-vermeidendem Bindungsstil zu schwereren Krankheitsverläufen neigt, wobei eine dabei zu erwartende signifikante Korrelation auch zu höheren aktuellen Krankheitsaktivitäten nicht zu finden war. Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen scheinen insgesamt in geringerem Ausmaß zu einem sicheren Bindungsstil in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen fähig zu sein als vergleichbare gesunde Personen.

8.1. Persönlichkeitsmerkmale und Krankheitsverlauf – Hypothesenanalyse

Neben der Abhandlung der verschiedenen signifikanten Ergebnisse und einem Versuch der Interpretation der Befunde in ihrem Kontext der psychosomatischen Auseinandersetzung mit den Erkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sollte im Rahmen eines standardisierten epidemiologischen Erhebungsverfahrens eine Überprüfung der in Kapitel 5.2. bereits vorgestellten Hypothesen erfolgen. Nach Durchführung der statistischen Auswertung der Inhalte der angewandten Testbatterie würde eine etwas anders geartete Gewichtung der einzelnen Arbeitshypothesen sinnvoll erscheinen, eine valide Auswertung ist jedoch nur dann zu sichern, wenn die initial festgelegten Arbeitshypothesen, wie auch die initial festgelegten Signifikanzniveaus, unverändert beibehalten werden. Im folgenden werden die in Kapitel 5.2. aufgeführten Hypothesen den aus der Auswertung der Studie sich ergebenden Antworten gegenübergestellt.

a) Kann aus den ermittelten Daten eine Untergruppe mit auffälliger Persönlichkeitsorganisation unter den Patienten mit Morbus Crohn ermittelt werden?

Ja, es ergibt sich bei beiden Cluster-Analyseverfahren eine Untergruppe mit signifikant höheren Werten vor allem der Skalen der Borderline-Persönlichkeitsorganisation und der primitiven Abwehrformen.

b) Besitzt eine gegebenenfalls gefundene Persönlichkeitsorganisation eine höhere Inzidenz als:

- in der Gruppe der Patienten mit Colitis ulcerosa

Nein, es ergibt sich keine signifikant unterschiedliche Verteilung zwischen den Patienten mit Morbus Crohn und den Patienten mit Colitis ulcerosa.

- und/ oder in der Kontrollgruppe?

Ja, es läßt sich eine signifikante Abgrenzung zu den Personen der Kontrollgruppe belegen.

c) Besteht eine signifikante Korrelation zwischen der Zuordnung der Patienten mit Morbus Crohn zu dieser Untergruppe und:

- einem besonders schweren Krankheitsverlauf,

Nein, eine derartige Korrelation läßt sich nicht signifikant belegen.

- und/ oder einer besonders hohen aktuellen Aktivität der Erkrankung?

Ja, eine signifikante Korrelation zum Krankheitsschwere-Score ergab sich sowohl in der Analyse des „Psychometrischen Gesamtscores“, als auch in der Two-Step-Clusteranalyse.

d) Kann innerhalb des Kollektivs der Colitis ulcerosa-Patienten eine vergleichbare signifikante Korrelation belegt werden zwischen Zuordnung zur jeweiligen Untergruppe und

- einem besonders schweren Krankheitsverlauf,

Ja, in der Two-Step-Clusteranalyse ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Zuordnung der Patienten zum Cluster der „Gestörten Untergruppe“ und einem schwereren Krankheitsverlauf. Dieser Befund zeigte sich jedoch nicht in der Analyse des „Psychometrischen Gesamtscores“.

- und/ oder einer besonders hohen aktuellen Aktivität der Erkrankung?

Ja, sowohl die Analyse des „Psychometrischen Gesamtscores“, als auch die Two-Step-Clusteranalyse ergaben einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer Zuordnung der Patienten zur „Gestörten Untergruppe“ und einer erhöhten aktuellen Krankheitsaktivität.

e) Welche Prävalenz haben als alexithym eingestufte Teilnehmer im Vergleich der Gruppen der:

- Patienten mit Morbus Crohn

- Patienten mit Colitis ulcerosa

- Kontrolle?

Es ergibt sich eine signifikante Abgrenzbarkeit der beiden Diagnosegruppen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa mit signifikant höheren Alexithymie-Skalenwerten für die „Schwierigkeit bei der Identifizierung von Gefühlen“ und den TAS 20-Gesamtscore von der Gruppe der Kontrollpersonen.

f) Gibt es eine signifikante Korrelation zwischen als alexithym eingestuften Patienten mit Morbus Crohn und:

- einem besonders schweren Krankheitsverlauf,

Nein, es ergeben sich bezüglich den Skalen der Alexithymie keine signifikanten Korrelationen zum Krankheitsverlauf.

- und/ oder einer besonders hohen aktuellen Aktivität der Erkrankung?

Ja, sowohl in der Skala „Schwierigkeit bei der Identifizierung von Gefühlen“, als auch im TAS 20-Gesamtscore sind erhöhte Skalenwerte mit höheren Krankheitsschwere-Scores signifikant korreliert.

f) Gibt es eine signifikante Korrelation zwischen als alexithym eingestuften Patienten mit Colitis ulcerosa und:

- einem besonders schweren Krankheitsverlauf,

Nein, es ergeben sich auch bei den Patienten mit Colitis ulcerosa bezüglich den Skalen der Alexithymie keine signifikanten Korrelationen zum Krankheitsverlauf.

- und/ oder einer besonders hohen aktuellen Aktivität der Erkrankung?

Es ergibt sich lediglich für die Skala „Schwierigkeit bei der Identifizierung von Gefühlen“ eine signifikante Korrelation zum Krankheitsschwere-Score. Eine Korrelation zum TAS 20-Gesamtscore ergibt sich nicht, die Fragestellung dieser Hypothese muß somit mit „Nein“ beantwortet werden.

g) Welche Verteilung besitzt die Zuordnung der Teilnehmer zu den Bindungsstil-Prototypen in der Gruppe der

- Patienten mit Morbus Crohn

- Patienten mit Colitis ulcerosa

- Kontrolle?

Bei der differenzierten Betrachtung der verschiedenen Bindungsstil-Prototypen zeigen sich die Personen der Kontrollgruppe im Vergleich zu den beiden Diagnosegruppen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa in signifikant höherem Maße zu einem sicheren Bindungsstil fähig.

h) Zeigen Patienten mit Morbus Crohn in einer oder mehrerer dieser Bindungsstil-Prototypen:

- einen besonders schweren Krankheitsverlauf,

Ja, Crohn-Patienten die einen ambivalent-vermeidenden Bindungsstil zu favorisieren scheinen, haben signifikant höhere Verlaufsschwere-Scores.

- und/ oder eine besonders hohe aktuelle Aktivität der Erkrankung?

Nein, weder bei der differenzierten Analyse der einzelnen Prototypen, noch bei der Abgrenzung der ambivalent-vermeidenden Bindungsstile ergeben sich signifikante Korrelationen zum Krankheitsschwere-Score.

i) Zeigen Patienten mit Colitis ulcerosa in einer oder mehrerer dieser Bindungsstil-Prototypen:

- einen besonders schweren Krankheitsverlauf, und/ oder

- eine besonders hohe aktuelle Aktivität der Erkrankung?

Nein, es ergibt sich für die Patienten mit Colitis Ulcerosa eine signifikante Korrelation weder zum Verlaufsschwere-Score, noch zum Krankheitsschwere-Score.

8.2. Methodologische Bewertung

Wie für die Mehrheit der Arbeiten auf dem Gebiet der Psychosomatik, die den Sachverhalt einer psychischen Genese der betrachteten somatischen Störung erleuchten wollen, und somit letztendlich die psychosomatische Ätiologie belegen wollen, gilt auch für die vorliegende Arbeit ein Schwachpunkt zu bemängeln: Es handelt sich lediglich um eine Querschnittsstudie. Aus epidemiologischer Sicht kann die Signifikanz eines ätiologischen Faktors für die Entstehung einer Erkrankung eigentlich nur durch eine Erfassung des Faktors vor Erstmanifestation der Erkrankung erfolgen, also durch eine Längsschnittstudie anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe vor Manifestation der Erkrankung. Dieses Verfahren ist jedoch für eine Erkrankung mit einer derart niedrigen Inzidenz wie sie für den Morbus Crohn oder die Colitis ulcerosa vorliegt, nicht praktikabel, zumindest nicht im Kontext einer doch gewissen Rahmenbedingungen unterliegenden Studie. Eine Möglichkeit bieten diesbezüglich beispielsweise Krankheitsregister, die automatisiert eine große Gesamtheit der Bevölkerung erfassen könnten. Die der vorliegenden Arbeit zugrundegelegte Kausalität entspringt demgegenüber einer dogmatischen Auffassung der Persönlichkeitsstörungen als sogenannte Traits, also kürzerfristigen zeitlichen und situativen Schwankungen nicht unterliegenden Persönlichkeitsmerkmalen. Merkmale, die zeitüberdauernd sind, die, wenn überhaupt, so eben nur protrahierten Veränderungen unterliegen. Persönlichkeitsmerkmale, die im Rahmen dieser Studie also erhoben wurden zu einem Zeitpunkt, zu dem die somatische Erkrankung sich bereits manifestiert hat, werden als zeitüberdauernd und somit als bereits vor der Erstmanifestation der somatischen Erkrankung bestehende Entitäten angesehen. Diese stabile Eigenschaft der Persönlichkeitsstörungen, aber auch von Störungen wie dem alexithymen Sprachverhalten wird von verschiedenen Autoren als

gegeben angesehen (Taylor 1985, Kernberg 1996). Dieser Punkt wird dem skeptischen Betrachter jedoch sicherlich als Hauptstandbein für eine kritische Opposition dienen.

Eine weitere nur schwer interpretierbare Schwäche stellt das Auswahlverfahren der von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa betroffenen Kollektive dar. Während die Patienten der Crohn-Sprechstunde der Medizinischen Klinik II der Technischen Universität München zumindest innerhalb des Patientengutes der Sprechstunde aufgrund der unvorselektierten Kontaktaufnahme und der hohen Rücklaufquote als wenig Bias-belastet anzusehen ist, so gilt doch für das Patientengut der Sprechstunde an sich, daß es sich hier um somatisch medizinisch sowohl behandelte, als auch behandlungswillige Patienten handelt. Demgegenüber ist von einem deutlichen Bias innerhalb der DCCV-Teilnehmer auszugehen, da hier doch nur diejenigen einen Fragebogen angefordert haben werden, die an derartigen psychosomatisch orientierten Studien auch Interesse zeigen. Bezüglich dieser Patienten fehlte auch der direkte Arzt-Patienten-Kontakt, also auch ein professioneller Nachdruck, der sicher auch so manchen weniger Interessierten Sprechstunden-Patienten dazu bewogen hat, seinen Fragebogen auszufüllen und einzusenden.

Die somatischen Parameter entspringen allesamt dem Patienten-Fragebogen, gehen also aus einem Selbsterhebungsverfahren hervor, so auch beispielsweise die in der vorliegenden Studie verwendete Version des BEST-Index. Die hieraus gewonnenen Daten sind stark subjektiv beeinflusst, unterliegen den interindividuell verschiedenen Einschätzungen der eigenen Erkrankung, objektivierbare Parameter werden nicht erhoben. Besonders hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die fehlende Validierung des Verlaufsschwere-Scores. Während der Krankheitsschwere-Score hauptsächlich durch den etablierten Crohn's Disease Activity Index bestimmt wird, der sowohl in der ursprünglichen Form, als auch in verschiedenen Modifikationen in der Vergangenheit zahlreiche Anwendung gefunden hat mit entsprechendem Datenbestand, so wurde der Verlaufsschwere-Score durch die Autoren der vorliegenden Arbeit aus theoretischen Überlegungen heraus entwickelt, entbehrt also jeglichen validierenden Verfahrens im Vorfeld. Dies kann und muß als eine mögliche Erklärung für die fehlenden, aber auch in selbem Maße für die gefundenen Korrelationen zum Beispiel im Rahmen der Clusteranalyse bei den Colitis ulcerosa-Patienten, in der vorliegenden Arbeit in Erwägung gezogen werden.

Auch alle psychometrischen Fragebögen wurden in einem reinen Selbsterhebungsverfahren angewendet, unterliegen somit ebenfalls der Subjektivität des einzelnen Betroffenen, es fehlt die neutrale Sichtweise eines auswertenden und interpretierenden Klinikers. So sind einige psychometrische Fragebögen für ein derartiges Selbsterhebungsverfahren ausgelegt, andere wiederum wurden entgegen der für sie festgelegten Durchführung durch einen Kliniker, oder zumindest einer Mitbeurteilung durch einen Kliniker, ohne das objektivierende Auge eines solchen angewandt (z.B. SCID, EBPR). Eine Vorgehensweise, die natürlich eine Vergleichbarkeit mit anderen Arbeiten die eine ordnungsgemäße Durchführung der entsprechenden Tests wählen, fragwürdig erscheinen läßt. Besonders der für die Validität wichtige Punkt der sozialen Erwünschtheit bei der Beantwortung der Fragen ist hierbei keiner Überprüfung zugänglich. Insgesamt jedoch kann davon ausgegangen werden, daß die ohne den klinischen Teil durchgeführten Tests zumindest tendenziell pathologische Merkmale zu erfassen wissen. Es ist also auch bei der nicht den Richtlinien

entsprechenden Anwendung eines Tests doch eine gewisse interne Konsistenz innerhalb des selben untersuchten Kollektivs zu vermuten.

Eine häufige Vorgehensweise bei Arbeiten mit ähnlichen Zielsetzungen wie die der vorliegenden ist die Ermittlung und Definition neuer Faktoren aus einer Vielzahl von verwendeten Skalen, zum Beispiel durch Anwendung einer Faktorenanalyse. Auf dieses Verfahren wurde bewußt verzichtet, da es nicht Ziel der vorliegenden Arbeit war, ein neues Testverfahren zur Beschreibung pathologischer Persönlichkeiten innerhalb der Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zu entwickeln, sondern anhand etablierter Verfahren eine umschriebene Untergruppe zu identifizieren, die eine entsprechende Korrelation aufweist zwischen pathologischen psychometrischen Parametern, und somatischen Parametern. Die einzelnen Tests und ihre untergeordneten Skalen stehen damit Vergleichen offen, unter Berücksichtigung der zuvor bereits genannten teils unorthodoxen Anwendung der einzelnen Testverfahren per se.

Hingewiesen sei des Weiteren auf einzelne korrelative Befunde, die Inhomogenitäten in den einzelnen Subgruppierungen betreffen, wie beispielsweise unterschiedliche Geschlechterverteilungen mit einer Überrepräsentanz weiblicher Patienten in der DCCV-Gruppe bei den Morbus Crohn-Patienten. Ein Umstand, der in der deskriptiven Datenanalyse zwar aufgeführt, auf den aber analytisch weiter nicht eingegangen werden konnte (siehe Kapitel 7.1.2.).

8.3. Therapeutische Implikationen

Die therapeutischen Konsequenzen aus den Befunden der vorliegenden Arbeit ergeben sich aus den kausalen Zusammenhängen, die zwischen psychischem Befund und somatischer Anamnese zu erheben sind. Für die Patienten mit Morbus Crohn, bei denen eine Einflußnahme psychischer Merkmale auf den Verlauf der somatischen Erkrankung nicht zu belegen war, sondern bei denen offensichtlich eine Beeinflussung der Ergebnisse in den psychometrischen Testverfahren durch die somatische Beeinträchtigung des betroffenen Patienten eine Rolle spielt, ist aus den vorliegenden Befunden heraus eine günstige Modulierung des somatischen Krankheitsverlaufs durch eine psychotherapeutische Intervention nicht erklären. Es besteht jedoch scheinbar eine psychische Vulnerabilität, die in Phasen erhöhter Krankheitsaktivität zu einer Deteriorierung der psychischen Situation des Patienten führt. In diesem Fall könnte der Patient in der akuten Situation eines Krankheitsschubes beispielsweise von einer supportiven therapeutischen Situation profitieren. Eine weitere Erklärung des somato-psychischen Einflusses, der ja in der vorliegenden Arbeit eigentlich lediglich bedeutet, daß Patienten mit erhöhter Krankheitsaktivität in einer Reihe psychometrischer Testskalen zu pathologischeren Werten neigten, wäre eine gerichtete Verschiebung der Antworttendenzen der Patienten zu Zeiten stärkerer physischer Beeinträchtigung, mit dem Effekt einer Verzerrung der psychometrischen Ergebnisse. In diesem Fall wären die Testergebnisse aufgrund eines als systematisch zu bezeichnenden Fehlers im Sinne falsch positiver Werte als nicht valide zu bezeichnen. Dieser Umstand müßte bei der Auswertung psychometrischer Verfahren zukünftig berücksichtigt werden, eine Analyse und Klärung dieses hypothetischen Faktors bleibt die vorliegende Arbeit jedoch schuldig.

Anders verhält es sich für die Patienten mit Colitis ulcerosa. Hier konnte ein signifikanter Zusammenhang der pathologischen psychometrischen Befunde nicht nur mit einem erhöhten Krankheitsschwere-Score, sondern auch mit einem erhöhten Verlaufsschwere-Score belegt werden. Es scheint bei den Patienten mit Colitis ulcerosa also doch eine Untergruppe zu geben, die vor allem auffällt durch primitive Abwehrfunktionen und Merkmale, die für eine Borderline-Störung typisch sind, mit einer signifikanten Neigung eben dieser Untergruppe zu schwereren Krankheitsschüben, und in der Konsequenz als kumulativem Effekt dieser schwereren Krankheitsschübe auch zu schwereren Krankheitsverläufen. Es ist zu vermuten, daß diese Untergruppe, sofern sie zum Beispiel durch entsprechende einfache Screening-Testverfahren identifiziert werden kann, auch bezüglich ihres somatischen Krankheitsverlaufs von einer psychotherapeutischen Intervention, oder auch von einer prophylaktischen psychotherapeutischen Mitbetreuung, profitieren könnte. Im Rahmen eines breit angelegten, standardisierten Screeningverfahrens im Vorfeld der interdisziplinären Therapieplanung sollten in Anlehnung an die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Skalen vor allem solche Tests zum Tragen kommen, die auf primitive Abwehrfunktionen und Borderline-Störungen abzielen. Sinnvoll erscheint aus der Durchsicht der Studienlage heraus auch die Anwendung eines Depressionsinventars (zum Beispiel das Becks Depressionsinventar, BDI).

8.4. Zukunftsausblick

Die vorliegende Arbeit sollte als ein neues Element, ein in die Reihe der bisherigen empirischen Studien zu dem Thema der Analyse der Einflußnahme der psychischen Faktoren bei der Ätiologie und Verlaufsmodulierung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sich einfügender Baustein, angesehen werden. Eine kohärente, bestandsfähige Klärung der Problematik konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht erbracht werden, vielmehr sollten die Ergebnisse in der Zusammenschau mit Ergebnissen anderer Autoren bewertet und bei der Planung und Evaluierung zukünftiger Behandlungskonzepte berücksichtigt werden. Weitere Studien, vielleicht anhand noch größerer Patientenkollektive, zum Beispiel im Rahmen von breit angelegten Multi-Center-Studien, oder Krankheitsregistern, erscheinen sinnvoll, besonders um relevante und dabei gleichzeitig sehr kleine Gruppierungen wie zum Beispiel Neuerkrankungen in ausreichend großer Fallzahl erfassen und auch valide auswerten zu können. Kausalitäten können letztlich nur durch longitudinale Studien hinreichend geklärt werden, die sicherlich der Rahmenbedingungen von Multi-Center-Studien bedürfen. Eine kritische Frage ist sicherlich die Auswahl der relevanten Testinstrumente, die wiederum von den erklärten Arbeitshypothesen einer Studie abhängen. Bei großangelegten Studien sollte jedoch das Spektrum der erfaßten Merkmale breit gesteckt sein, um verschiedenen Erklärungsmodellen auch parallel im Kontext gerecht werden zu können. Aussagen, die durch empirische Arbeiten getroffen werden sind natürlich immer mit Vorsicht in therapeutische Konzepte umzusetzen, denn letztlich sind empirische Daten immer nur an Standardsituationen, also Screeningsituationen, gebunden, die therapeutischen Implikationen bedürfen jedoch des Geistes erfahrener Kliniker. Gegeben werden können durch derart theoretische Ansätze lediglich Hinweise, die durch den erfahrenen Kliniker in die

praktische Handlungsweise umgesetzt werden muß, und Denkanstöße für den klinischen Alltag, und für die Planung und Umsetzung zukünftiger Studien.

9. Zusammenfassung

Abschließend kann auch die vorliegende Studie keinen deutlichen Hinweis auf eine psychisch bedingte Prädisposition einer „gestörten“ Subgruppe der Morbus Crohn-Patienten zu schwereren Krankheitsverläufen erbringen. Eine rein psychosomatische Genese der Krankheitsentität spielt im Rahmen der aktuellen Abkehr von monokausalen Erklärungsmodellen entsprechend der Durchsicht der aktuellen Literatur der psychosomatischen Arbeiten über die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ohnehin nurmehr eine scheinbar untergeordnete Rolle, das gesetzte Ziel jedoch, zumindest einen modulierenden Effekt einer psychischen Auffälligkeit, zum Beispiel bei Hinweisen auf primitive Abwehrfunktionen, oder einer Zuordnung zu einer Borderline-Störung, auf den Krankheitsverlauf bei Morbus Crohn-Patienten im Sinne einer Aggravierung zu belegen, konnte nicht erreicht werden. Es ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen einer „Gestörten Untergruppe“ der Morbus Crohn-Patienten und einer höheren aktuellen Krankheitsaktivität, bei fehlender Korrelation zu schwereren Verläufen, und inadäquater Abgrenzbarkeit von Fällen in Remission von der mituntersuchten Kontrollgruppe, muß hierbei aber vielmehr von einem somato-psychischen Einflußmoment ausgegangen werden. Anders ergibt sich die Sachlage bei den Patienten mit Colitis ulcerosa, sie weisen, bei etwas deutlicherer Differenzierbarkeit auch der Fälle in Remission von der Kontrollgruppe, im Rahmen der Two-Step-Clusteranalyse eine signifikante Korrelation der gefundenen „Gestörten Untergruppe“ zu schwereren aktuellen Krankheitsaktivitäten einerseits, als auch zu schwereren Krankheitsverläufen andererseits auf, so daß hier sehr wohl auch eine frühe Einflußnahme der psychischen Merkmalskonstellation auf die somatische Anamnese im Sinne einer Aggravierung anzunehmen ist. Das für die Colitis ulcerosa auch in der Literatur häufig konstatierte psychosomatische Einflußmoment ist also auch in der vorliegenden Studie evident. Eine besondere Rolle konnte hier dem Merkmal der primitiven Abwehrfunktion zugeschrieben werden, die wiederum als eines der Charakteristika der Borderline-Störungen gelten. Daneben konnte auch die von Kernberg aufgeführte Identitätsdiffusion einen signifikanten Beitrag zur Differenzierung der beiden Cluster der Two-Step-Clusteranalyse erbringen, namentlich als Teilskala zum einen des IPO, als auch des BPI. In der Einzelskalenanalyse zeigten die Colitis-Patienten auch signifikante Korrelationen zwischen Krankheitsverlauf und Krankheitsschwere einerseits, und den Skalen „Paranoide Persönlichkeitsstörung“ und „Schizoide Persönlichkeitsstörung“ (beide Bestandteile des SCID) andererseits, Skalen von verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, die zur übergeordneten Kategorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung gehören. Kernberg berichtet über häufige interpersonale Probleme in dieser Kategorie (Kernberg 1996), wobei der in der vorliegenden Studie angewandte Test zur „Beurteilung Interpersonaler Probleme“ (IIP) fast keinen signifikanten differenzierenden Beitrag leisten konnte. Aus diesem Grund wurden die Skalen des IIP auch in der weiteren Clusteranalyse nicht berücksichtigt. Besonders defizitär stellen sich im Kontext der interpersonalen Problematik die intimen Beziehungen heraus, aber auch die allgemeine Unsicherheit und eine mangelhafte Zielsetzung auf unterschiedlichen Niveaus der Lebensführung. Für ein höheres Organisationsniveau jedoch innerhalb der Borderline-Störungen spricht die gefundene Neigung der Patienten, sowohl mit höherem Alter, als auch mit längerer Krankheitsdauer signifikant mehr feste Beziehungen zu führen. Sie haben dabei zwar nicht signifikant, so aber doch tendenziell in höherem Maße feste Beziehungen

als die Personen der Kontrollgruppe (siehe Kapitel 7.1.3.). Inwieweit hier jedoch eine subordinierende Abhängigkeit, oder auch eine Pseudounabhängigkeit eine Rolle spielen, bleibt offen. Die Skala „Selbstunsicher/ unterwürfig“ (IIP) ergab diesbezüglich keine klärenden signifikanten Ergebnisse. Hierbei zeigten sowohl Morbus Crohn- als auch Colitis ulcerosa-Patienten im „Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating“ (EBPR) in signifikant niedrigerem Ausmaß eine Fähigkeit zu sicheren Bindungsstilen.

Bezüglich des Konstruktes der Alexithymie zeigte sich für den Faktor „Schwierigkeit bei der Identifizierung von Gefühlen“ eine Korrelation beider Diagnosegruppen mit dem Krankheitsschwere-Score, für den TAS 20-Gesamtscore ergab sich diese Signifikanz lediglich für die Patienten mit Morbus Crohn. Da eine Korrelation zur Ausprägung der Krankheitsverläufe einerseits, als auch eine signifikante Abgrenzbarkeit der Patienten in Remission von der Kontrollgruppe andererseits, fehlt, ist auch bei den gefundenen Korrelationen vielmehr von einem somato-psychischen Effekt durch die Beeinträchtigung des Patienten durch seine aktuelle erhöhte Krankheitsaktivität auszugehen. Der Patient scheint also in der Kommunikation mit seinem Umfeld bezüglich seines emotionalen Gefüges in Episoden des Krankseins und des Sichkrankfühlers inhibiert zu sein.

10. Literaturverzeichnis

- Ahrens S, Deffner G, Feiereis H; Zur Differenzierung von Colitis- und Morbus Crohn-Kranken anhand psychosozialer Variablen. *Zschr Psychosom Med.* 1986; 32: 301-315.
- Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *J Pers Assess.* 1990 Winter;55(3-4):521-36.
- American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III. Washington, DC, American Psychiatric Association. 1980.
- American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised, DSM-III-R. Washington, DC, American Psychiatric Association. 1987.
- American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Washington, DC, American Psychiatric Association. 1994.
- American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, DSM-IV-TR. Washington, DC, American Psychiatric Association. 2000.
- Andrews H, Barczak P, Allan RN; Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut.* 1987 Dec;28(12):1600-4.
- Apfel RJ, Sifneos PE; Alexithymia: Concept and Measurement. *Psychother Psychosom.* 1979; 32(1-4):180-90.
- Bach M, Bach D, de Zwaan M, Serim M, Bohmer F; Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1996 Jan;46(1):23-8.
- Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ; The twenty-item Toronto Alexithymia Scale -- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res.* 1994 Jan;38(1):23-32.
- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD; The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale -- II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res.* 1994 Jan;38(1):33-40.
- Bellak L, Chassan JB, Gediman HK, Hurvich M; Ego function assessment of Analytic psychotherapy combined with drug therapy. *J Nerv Ment Dis.* 1973 ; 157: 465-469.
- Bohr UR, Glasbrenner B, Primus A, Zagoura A, Wex T, Malfertheiner P; Identification of enterohepatic *Helicobacter* species in patients suffering from inflammatory bowel disease. *J Clin Microbiol.* 2004 Jun;42(6):2766-8.
- Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ; Empirical study of self-related defense styles. *Arch Gen Psychiatry.* 1983; 40, 333-338.
- Bond M, Vaillant JS; An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry.* 1986; 43, 285-288.
- Bowlby J; Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books, 1969.
- Bowlby J; The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *Br J Psychiatry.* 1977 May; 130: 421-31.
- Brähler E, Horowitz LM, Kordy H, Schumacher J, Strauß B; Zur Validierung des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie.* 1999 Nov; 49 (11): 422-431.

- Burtscheidt W; Psychosomatische Aspekte bei Morbus Crohn: Eine Untersuchung zur Persönlichkeitsstruktur und zum Einfluß psychischer Faktoren auf den Krankheitsverlauf. Düsseldorf. 1983.
- Chapman RW, Cottone M, Selby WS; Serum autoantibodies, ulcerative colitis and primary sclerosing cholangitis. *Gut*. 1986; 27: 86-91.
- Chiodini RJ, Van Kruiningen HJ, Thayer WR, Merkal RS, Coutu JA; Possible role of mycobacteria in Inflammatory Bowel Disease. An unclassified Mycobacterium species isolated for patients with Crohn's disease. *Digest Dis and Sci*. 1984 Dec; 29: 1073-1079.
- Clarkin JF, Dammann G; Psychometrische Verfahren zur Diagnostik und Therapie der Borderline-Störungen. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse; *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer-Verlag, Stuttgart. 2000; S. 125-148.
- Clarkin JF, Foelsch PA, Kernberg OF; *The Inventory of Personality Organization*. Personality Disorders Institute, Cornell University Medical College, New York. 1995, rev. 1996, rev. 1998, rev. 2000.
- Clarkin JF, Lenzenweger MF; *Major Theories of Personality Disorder*. The Guilford Press, New York, London. 1996.
- Cosnes, J; Tobacco and IBD: relevance in the understanding of disease mechanisms and clinical practice. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2004 Jun;18(3):481-96.
- Crocket RW; Psychiatric findings in Crohn's disease. *Lancet*. 1952 May 10;1(19):946-9.
- Dalziel TK; Chronic interstitial enteritis. *British Medical Journal*. 1913; 2: 1068-70.
- Deltz E, Hantschmann N.; Diagnostic errors in Crohn's granulomatous enterocolitis and their avoidance *Med Welt*. 1977 Mar 11; 28(10): 478-81.
- Ekbom A, Montgomery SM; Environmental risk factors (excluding tobacco and microorganisms): critical analysis of old and new hypotheses. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2004 Jun; 18(3): 497-508.
- Engel GL; The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8; 196(4286): 129-36.
- Feagan BG, Enns R, Fedorak RN, Panaccione R, Pare P, Steinhart AH, Wild G; Infliximab for the treatment of Crohn's disease: efficacy, safety and pharmacoconomics. *Can J Clin Pharmacol*. 2001 Winter; 8(4): 188-98.
- Feldman F, Cantor D, Soll S, Bachrach W; Psychiatric study of a consecutive series of 19 patients with regional ileitis. *Br Med J*. 1967 Dec 23; 4(581): 711-4.
- Feline A, Ferrand I; Aspects psychiatriques de la maladie de Crohn. *Sem Hôp Paris*. 1979; 55 : 564-566.
- Fellows IW, Freeman JG, Holmes GK; Crohn's disease in the city of Derby, 1951-85. *Gut*. 1990 Nov;31(11):1262-5.
- Fellows IW, Mayberry JF, Holms GK; Crohn's disease in West Indians. *Am. J. Gastroenterol*. 1988; 83 S. 752 – 755.
- Fiocchi C, Roche JK, Michener WM; High prevalence of antibodies to intestinal epithelial antigens in patients with inflammatory bowel disease and their relatives. *Ann Intern Med*. 1989; 110: 786-794.

- Foelsch PA, Clarkin JF, Kernberg OF, Somavia J, Normandin L, Lenzenweger MF; The Inventory of Personality Organization: Theoretical and Empirical Results. Personality Disorders Institute, Cornell University Medical College, New York, 1998.
- Freyberger H, Otte H, Wellmann W; Unterschiede der Persönlichkeitsstrukturen bei Colitis Ulcerosa- und Morbus Crohn-Patienten. In: Angermeyer MC, Freyberger H; Chronisch Kranke Erwachsene in der Familie. Enke-Verlag, Stuttgart. 1982; 76-84.
- Fürmaier A; Einige Bemerkungen zur Psychodynamik der Ersterkrankungen des Morbus Crohn. Materialien Psychoanalyse. 1980; 6: 198-216.
- Goldstein F; Immunosuppressant therapy of inflammatory bowel disease. Pharmacologic and clinical aspects. J Clin Gastroenterol. 1987 Dec;9(6):654-8.
- Gollop JH, Phillips SF, Melton LJ 3rd, Zinsmeister AR; Epidemiologic aspects of Crohn's disease: a population based study in Olmsted County, Minnesota, 1943-1982. Gut. 1988 Jan;29(1):49-56.
- Greenstein RJ; Is Crohn's disease caused by a mycobacterium? Comparisons with leprosy, tuberculosis, and Johne's disease. Lancet Infect Dis. 2003 Aug; 3(8): 507-14.
- Gunderson JG, Kolb JE; Discriminating features of borderline patients. Am J Psychiatry. 1978 Jul; 135(7): 792-6.
- Guthy E; Crohn's disease and nutritional lipids. Hypothesis on etiology of regional enteritis. Dtsch Med Wochenschr. 1982 Jan 15;107(2):71-3.
- Guthy E, Schroder A, Paranype S.; Fat consumption, communal meals and the use of suppositories in patients with Crohn disease. Dtsch Med Wochenschr. 1983 Nov 11;108(45):1719-20.
- Guthy E; Gibt es pathogenetisch wichtige Ernährungsfaktoren beim Morbus Crohn? Ernährungs-Umschau 35 (Sonderheft). 1988; 484-486.
- Hartkamp N, Davies-Osterkamp S, Standke G, Heigel-Evers A; Morbus Crohn – Sucht - Neurose: Ich-Funktionen im Vergleich. Psychosom Med Psychol. 1993; 43: 75-81.
- Hartmann S; Alexithymes Sprachverhalten bei Morbus-Crohn-Kranken. Psychother Psychosom med Psychol. 1995; 45, 176-182.
- Heaton KW, Thornton JR, Emmett PM; Treatment of Crohn's disease with an unrefined-carbohydrate, fiber-rich diet. Br. Med. J. 1979; 2:764-766.
- Hermon-Taylor J, Gui GP, Thomas PR, Tizard ML, Lake J, Sanderson JD; Two-year outcomes analysis of Crohn's disease treated with Rifabutin and macrolide antibiotics. J Antimicrob Chemother. 1997 Mar; 39(3): 393-400.
- Herold G et al.; Innere Medizin. Herausgeber: G Herold, Köln. 1998.
- Hibi T, Ohara M, Toda K ; In vitro anticolon antibody production by mucosal or peripheral blood lymphocytes from patients with ulcerative colitis. Gut. 1990; 31:1371-1376.
- Hibi T, Inoue N, Ogata H, Naganuma M; Introduction and overview: recent advances in the immunotherapy of inflammatory bowel disease. J Gastroenterol. 2003 Mar; 38 Suppl 15:36-42. Review.
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS; Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. J Consult Clin Psychol. 1988 Dec;56(6):885-92.

- Horowitz LM; The study of interpersonal problems: a Leary legacy. *J Pers Assess.* 1996 Apr; 66(2):283-300.
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H; Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Handanweisung; 2. Auflage. Beltz Test Gesellschaft, Weinheim. 2000.
- Hugot, JP; Crohn's disease: the cold chain hypothesis. *Lancet.* 2003 Dec 13; 362(9400):2012-5.
- Hugot JP; Inflammatory bowel disease: a complex group of genetic disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004 Jun; 18(3):451-62.
- Isaacs KL, Sartor RB; Treatment of inflammatory bowel disease with antibiotics. *Gastroenterol Clin North Am.* 2004 Jun; 33(2): 335-45.
- Järnerot G, Järnmark I, Nilsson K; Consumption of refined sugar by patients with Crohn's disease, ulcerative colitis, or irritable bowel syndrome. *Scand. J. Gastroenterol.* 1983; 18: 999-1002.
- Janowitz HD; Crohn's disease--50 years later. *N Engl J Med.* 1981 Jun 25; 304(26): 1600-2.
- Jantschek G, Jantschek I, v.Wietersheim J, Drewes C, Drossard U, Kröger F, Petzold E, Becker S; Familienuntersuchungen bei chronischen entzündlichen Darmerkrankungen. In: Speidel H, Strauss B (Hrsg); *Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin.* Springer, Berlin Heidelberg New York. 1989.
- Keller W, Pritsch M, Von Wietersheim J, Scheib P, Osborn W, Balck F, Dilg R, Schmelz-Schumacher E, Doppl W, Jantschek G, Deter HC. The German Study Group on Psychosocial Intervention in Crohn's Disease. Effect of psychotherapy and relaxation on the psychosocial and somatic course of Crohn's disease: main results of the German Prospective Multicenter Psychotherapy Treatment study on Crohn's Disease. *J Psychosom Res.* 2004 Jun; 56(6):687-96.
- Kernberg OF; *Borderline Conditions and Pathological Narcissism.* Janson Aronson, New York. 1975
- Kernberg OF; The structural diagnosis of borderline personality organization; In: Hartocollis P; *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient.* International Universities Press, New York. 1977; 87-121.
- Kernberg OF, Goldstein EG, Carr AC, Hunt HF, Bauer SF, Blumenthal R; Diagnosing borderline personality. A pilot study using multiple diagnostic methods. *J Nerv Ment Dis.* 1981 Apr; 169(4): 225-31.
- Kernberg OF; An ego psychology object relations theory of the structure and treatment of pathologic narcissism. An overview. *Psychiatr Clin North Am.* 1989 Sep; 12(3): 723-9.
- Kernberg OF; In: Clarkin JF, Lenzenweger MF; *Major Theories of Personality Disorder.* The Guilford Press, New York, London. 1996; 106-140.
- Kleiger JH, Kinsman RA; The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychother Psychosom.* 1980; 34(1): 17-24.
- Kraepelin, E; *Klinische Psychiatrie.* 1910
- Küchenhoff J; *Psychosomatik des Morbus Crohn: Zur Wechselwirkung seelischer und körperlicher Faktoren im Krankheitsverlauf.* Enke-Verlag, Stuttgart. 1993.
- Küchenhoff J, Manz R; Zum Zusammenspiel von Abwehr und Coping im Krankheitsverlauf. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1993; 43: 318-324
- Künsebeck HW; *Morbus Crohn und Persönlichkeit.* Roderer Verlag, Regensburg. 1993.

- Lakatos L, Pandur T, David G, Balogh Z, Kuronya P, Tollas A, Lakatos PL; Extra-intestinal manifestation of IBD in Veszprem county (of Hungary): results of a 25-years follow-up study. *Orv Hetil.* 2003 Oct 5; 144(40): 1965-75.
- Lapinski TW, Puzanowska B, Ziarko S; Prevalence of HLA class I and II antigens and extra-bowel manifestations in ulcerative colitis. *Pol Merkuriusz Lek.* 2002 Aug; 13(74): 133-6.
- Leary, T; *Interpersonal Diagnosis of Personality.* Ronald Press, New York. 1957.
- Leibig Th, Wilke E, Feiereis H; Zur Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit Colitis ulcerosa und M.Crohn, eine testpsychologische Untersuchung während der Krankheitsremission. *Zschr Psychosom Med.* 1985; 31: 380-392.
- Leichsenring, F; Development and first results of the Borderline Personality Inventory: a self-report instrument for assessing borderline personality organization. *J Pers Assess.* 1999 Aug; 73(1): 45-63.
- Lochs H, Wyatt J, Wotapek A ; Nahrungsmittelantikörper im Serum von Patienten mit M. Crohn: Bedeutung der intestinalen Permeabilität. *Aktuelle Ernährungs-Medizin.* 1994; 19(1), 62.
- Nemiah J, Sifneos P; Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill O: *Modern trends in psychosomatic medicine—2.* Butterworths, London. 1970; 26–34.
- Macura-Biegun A, Blaut A; Immunologic methods in diagnosis of inflammatory bowel disease. *Przegl Lek.* 2002; 59(6): 468-71.
- Malchow H, Ewe K, Brandes JW, Goebell H, Ehms H, Sommer H, Jesdinsky H; European Cooperative Crohn's Disease Study (ECCDS): results of drug treatment. *Gastroenterology.* 1984 Feb; 86(2): 249-66.
- Martine GA, Brandes JW; Increased consumption of refined carbohydrates in patients with Crohn,s disease. *Klin. Wochenschr.* 1976; 54: 367-371.
- McKegney FP, Gordon RO, Levine SM; A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Psychosom Med.* 1970; 32: 153-166.
- Miller B, Fervers F, Rohbeck R, Strohmeyer G; Zuckerkonsum bei Patiententen mit Morbus Crohn. *Verh Dtsch Ges Inn Med.* 1976; 82: 922-924.
- Moum B, Vatn MH, Ekbohm A, Aadland E, Fausa O, Lygren I, Stray N, Sauar J, Schulz T; Incidence of Crohn's disease in four counties in southeastern Norway, 1990-93. A prospective population-based study. The Inflammatory Bowel South-Eastern Norway (IBSEN) Study Group of Gastroenterologists. *Scand J Gastroenterol.* 1996 Apr; 31(4): 355-61.
- Oldham J, Clarkin J, Appelbaum A, Carr A, Kernberg P, Lotterman A, Haas G; A self-report instrument for borderline personality organization. In: McGlashan TH; *The Borderline: Current empirical research.* American Psychiatric Press, Washington DC. 1985; 3-18.
- Parfitt HL; Psychiatric aspects of regional enteritis. *Can Med Assoc J.* 1967 Sep 23; 97(13): 807-11.
- Paulley JW; Crohn's disease. Treatment by corticosteroids, antibiotics and psychotherapy. *Psychother Psychosom.* 1971; 19(1): 111-7.
- Paulley JW; Psychological management of Crohn's disease. *Practitioner.* 1974 Jul; 213(1273): 59-64.
- Petzold E, Reindell A (1977) Psychosomatische Diagnostik und Therapie bei Herzinfarkt, Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. *Prax Psychother Psychosom.* 1977; 3: 109-115.

- Pilkonis PA; Personality Prototypes among Depressives: Themes of Dependency and Autonomy. *Journal of Personality Disorders*. 1988; 2: 144-152.
- Pinchbeck BR, Kirdeikis J, Thomson AB; Inflammatory bowel disease in northern Alberta. An epidemiologic study. *J Clin Gastroenterol*. 1988 Oct; 10(5): 505-15.
- Porcelli P, Zaka S, Leoci C, Centonze S, Taylor GJ; Alexithymia in Inflammatory Bowel Disease. *Psychother Psychosom*. 1995; 64: 49-53.
- Probert CS, Jayanthi V, Hughes AO, Thompson JR, Wicks AC, Mayberry JF; Prevalence and family risk of ulcerative colitis and Crohn's disease: an epidemiological study among Europeans and south Asians in Leicestershire. *Gut*. 1993; 34: 1547–1551.
- Probst B, v.Wietersheim J, Wilke E, Feiereis H; Soziale Integration von Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten: Eine Studie zur Wechselwirkung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren. *Zschr Psychosom Med*. 1990; 36: 258-275.
- Raedler A, Schmiegel WH, Thiele HG; Are Crohn disease and ulcerative colitis the results of an immunoregulatory disturbance? *Immun Infekt*. 1982 Sep; 10(5): 175-9.
- Raedler A, Schreiber S; Ist die Colitis ulcerosa eine Autoimmunerkrankung? *Dtsch Med Wochenschr*. 1992 Aug 28; 117(35): 1333-8.
- Reindell A, Ferner H, Gmelin K; Zur psychosomatischen Differenzierung zwischen Colitis ulcerosa und Ileitis terminalis (M.Crohn). *Zschr Psychosom Med*. 1981; 27: 358-371.
- Reister G, Fellhauer RF, Franz M, Wirth T, Schellberg D, Schepank H, Tress W; Psychometrische Erfassung von Abwehrmechanismen: Zusammenhang zwischen Fragebogen und Expertenrating. Erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1993; 1: 15-20.
- Riemer, MD; Ileitis-underlying aggressive conflicts. *NY St J Med*. 1960; 60: 552-557.
- Riordan, AM, Hunter OJ, Cowan ER; Treatment of active Crohn s disease by exclusion diet: East Anglian Multicentre Controlled Trial. *The Lancet*. 1993, 342(Nov); 1131-1134.
- Rösch W, Baenkler HW, Fritze D et al.; *Innere Medizin*. Hippokrates Verlag, Stuttgart. 1999.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M; In: Deutsche Übersetzung, Bearbeitung und Einführung von: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV, American Psychiatric Association. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. 1996.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M; Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. 2003.
- Savitt RA; Conflict and somatization: psychoanalytic treatment of the psychophysiologic response in the digestive tract. *Psychoanal Q*. 1977; 46(4): 605-22.
- Schmitz-Moormann P; Anatomische Pathologie von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. *Röntgenblätter*. 1980 Jul; 33(7): 313-9.
- Sheffield BF, Carney M; Crohn`s disease, a psychosomatic illness? *Brit J Psychiat*. 1976; 128: 446-450.
- Sifneos PE; Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Proceedings of the Seventh European Conference on Psychosomatic Research*. *Acta Medica Psychiatrica*, Roma, Italia. 1967 Sep 11–16; 452–8.

- Sifneos PE. The presence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1973; 22: 255-62.
- Sifneos PE, Apfel-Savitz R, Frankel FH; The phenomenon of 'alexithymia'. Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1977; 28(1-4): 47-57.
- Sifneos PE; Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients. *Psychother Psychosom.* 1983; 40(1-4): 66-73.
- Snook JA, de Silva HJ, Jewell DP; The association of autoimmune disorders with inflammatory bowel disease. *QJM* 1989; 72: 835-840.
- Snook JA, Lowes JR, Wu KC; Serum and tissue autoantibodies to colonic epithelium in ulcerative colitis. *Gut.* 1991; 32: 163-166.
- Sonnenberg A; Geographic and temporal variations of sugar and margarine consumption in relation to Crohn's disease. *Digestion.* 1988; 41(3): 161-71.
- Sperling M; The psycho-analytic treatment of ulcerative colitis. *Int J Psychoanal.* 1957 Sep-Oct; 38(5): 341-9.
- Sperling M; Psychiatric aspects of ulcerative colitis. *N Y State J Med.* 1959 Oct 15; 59: 3801-6.
- Sperling M; The psycho-analytic treatment of a case of chronic regional ileitis. *Int J Psychoanal;* 1960; 41: 612-618.
- Stacher G, Blum AL; Psyche, zentrales Nervensystem und Gastrointestinaltrakt. 2. Pathophysiologie *Dtsch Med Wochenschr.* 1986 Mai 23; 111(21): 828-33.
- Stewart WA; Psychosomatic aspects of regional ileitis. *New York State Journal of Medicine.* 1949; 49: 2820-2824.
- Strauß B; Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen. *Zeitschrift für klinische Psychologie.* 1999; 47: 347-364.
- Studt HH, Mast H; Zur Ätiopathogenese der Colitis Ulcerosa und des Morbus Crohn; In: Studt HH; *Psychosomatik in der Inneren Medizin.* Springer-Verlag Heidelberg. 1986; 44-54.
- Tamboli CP; A hypothesis for explaining the geographical distribution of Crohn's disease. *Can J Gastroenterol.* 1996; 10(3): 173-177.
- Tarter RE, Switala J, Carra J, Edwards KL, Van Thiel DH; Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset. *Int J Psychiatry Med.* 1987; 17(2): 173-81.
- Taylor G, Doody K; Psychopathology and verbal expression in psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychother Psychosom.* 1982; 38(1): 121-7.
- Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM; Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom.* 1985; 44(4): 191-9.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD; The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics.* 1991 Spring; 32(2): 153-64.
- Tysk C, Lindberg E, Järnerot G, Floderus-Myrhed B; Ulcerative colitis and Crohn's disease in an unselected population of monozygotic and dizygotic twins. A study of heritability and the influence of smoking. *Gut.* 1988 Jul; 29(7): 990-6.
- Vaillant GE; Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch Gen Psychiatry.* 1971; 24: 107-118.

- Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO; An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*. 1986; 43: 786-794.
- Van Gossum A, Adler M, De Reuck M, Devis G, Fiasse R, Vanheuverzwijn R, Willocx R; Epidemiology of inflammatory bowel disease in Brussels' area (1992-1993). *Acta Gastroenterol Belg*. 1996 Jan-Mar; 59(1): 7-9.
- Verissimo R, Mota-Cardoso R, Taylor G; Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom*. 1998; 67(2): 75-80.
- Weissman M; The Epidemiology of Personality Disorders: A 1990 Update. *Journal of Personality Disorders*. 1993; 7: 44-62.
- Whybrow PC, Kane FJ Jr, Lipton MA; Regional ileitis and psychiatric disorder. *Psychosom Med*. 1968 Mar-Apr; 30(2): 209-21.
- Wietersheim J von; Die Bedeutung belastender Lebensereignisse für die Rezidivauslösung bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Lang, Frankfurt/M, Bern, New York. 1991.
- Wietersheim J von, Overbeck A, Kiel K, Kohler T, Jantschek G, Feiereis H; Die Bedeutung belastender Lebensereignisse für die Rezidivauslösung bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Ergebnisse einer prospektiven Longitudinalstudie über drei Jahre. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1994 Feb; 44(2): 58-64.
- Wietersheim J von; Zur Frage der Spezifität bei Morbus-Crohn-Patienten – Ergebnisse einer Clusteranalyse über Persönlichkeitsmerkmale. *Zschr Psychosom Med*. 1994; 40: 68-76.

11. Danksagung

Zu allererst möchte ich den beiden Menschen danken, ohne die es auch diese vorliegende Arbeit nicht gegeben hätte, die nicht nur alle Widrigkeiten des Medizinstudiums mit getragen haben, sondern auch die direkte Verlängerung desselbigen in Form dieser Dissertation und in der Ausprägung meiner Absenz und persönlichen als auch telephonischen Unerreichbarkeit so lange und so gutmütig tollert haben: Meinen beiden Eltern.

Als zweites möchte ich all denjenigen meinen herzlichsten Dank gegenüber aussprechen, ohne die die Durchführung dieser Arbeit undenkbar, oder vielmehr, unmöglich gewesen wäre: All den Teilnehmern, die bereit waren, für die Komplettierung des Fragebogens ihre wertvolle Zeit zu opfern. Wenn man wirklich von den von uns für die Ausfüllung des Fragebogens veranschlagten 45 Minuten ausgeht, dann haben die Teilnehmer zusammen 286 Stunden hierfür aufgewendet. Nach Vollendung der vorliegenden Arbeit scheint es mir doch unwahrscheinlich, daß auch nur ein einziger Teilnehmer wirklich mit dieser Zeit ausgekommen ist. Für die diesem Umstand zum Trotz dennoch phänomenale Rücklaufquote möchte ich also allen Teilnehmern ganz herzlich danken.

Mein ganz besonderer Dank gilt natürlich Dir, Gerhard (Dr. G. Dammann; Psychiatrische Universitätsklinik Basel), für die geduldige Einführung eines laienhaften Studenten in die gehobenen Sphären der Psychosomatik, für all die vielen Starthilfen, und die eiserne Ausdauer und entspannte Geduld während all der zwischenzeitlichen Ruhepausen.

Herrn PD Dr. G. Reister möchte ich sehr herzlich für die Zurverfügungstellung aller für die Auswertung und Interpretation des DSQ notwendigen Unterlagen danken.

Herr Dr. H.-J. Rumpf (Universität Lübeck) hat mir freundlicherweise bei der Bearbeitung des SCID geholfen, hierfür, und auch für die freundliche Bereitstellung einer Ausgabe des Manuals für die deutsche Version des SCID, möchte ich Herrn Dr. Rumpf gerne danken.

Einen herzlichen Dank auch an Herrn Dr. F. Leichsenring, für die prompte Beantwortung aller lästigen Fragen, und das Überlassen der Auswertungsunterlagen für das BPI.

Ich möchte Herrn Prof. Dr. B. Strauß danken für die Hilfe bezüglich der Auswertung und Interpretation des IIP, sowie auch für die unkomplizierte und prompte Zusendung eines Exemplars des Manuals des IIP.

Einen ganz besonderen Dank Herrn W. Tönnemann, dem Redaktionsmitglied des „Bauchredners“, dem Journal der Deutschen Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa Vereinigung. Er hat sich für den Aufruf zur Teilnahme Betroffener an unserer Studie eingesetzt, und uns die Platzierung einer entsprechenden Annonce im „Bauchredner“ ermöglicht. Herzlichen Dank.

Schon allein gemessen am zeitlichen Aufwand mit dem unsere Zusammenarbeit in der Crohn-Sprechstunde des Klinikums Rechts der Isar verbunden war, gebührt ein außerordentlicher Dank den Herren Dres. W. Huber und M. Ott, die als Ärzte in der Internistischen Ambulanz für Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen („Crohn-Sprechstunde“) der Medizinischen Klinik II des Klinikums Rechts der Isar der Technischen Universität München tätig sind. Darüber hinaus standen sie mir jederzeit freundlich mit ihrem nicht nur somatisch orientierten Fachwissen zur Seite.

Vielen Dank Herrn Dr. M. Henning des Instituts für Medizinische Statistik und Epidemiologie (IMSE) der Technischen Universität München für die freundliche Bestätigung, daß die für die vorliegende Studie ausgewählten Berechnungsverfahren gar nicht so falsch gewählt waren.

12. Anhang

12.1. Lebenslauf

Name: Günter Fröschl
Geboren am: 14.06.1972
Geburtsort: München
Nationalität: deutsch

9/1979 – 8/1983 Grundschole Sauerlach
9/1983 – 7/1989 Gymnasium Oberhaching
8/1989 – 7/1990 Westerville North High School/ Ohio/ USA
7/1990 Amerikanischer High School-Abschluß
9/1990 – 5/1992 Gymnasium Oberhaching (Kollegstufe)
5/1992 Deutsches Abitur

10/1992 – 9/1993 Sanitätslehrbataillon 851 und Sanitätsakademie der Bundeswehr

10/1993 – 11/2000 Studium der Medizin an der Technischen Universität München,
Praktika in Milano und Palermo/ Italien und Harare/ Zimbabwe
17.11.2000 Abschluß des Studiums mit der ärztlichen Prüfung

21.05.2001 - 30.11.2001 Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der II. Inneren Abteilung/
Infektiologie, Tropenmedizin und Hepatologie des Krankenhauses
Prenzlauer Berg, Berlin

01.12.2001 - 20.11.2002 Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der I. und II. Inneren Abteilung/
Angiologie, Kardiologie, Gastroenterologie des Krankenhauses
Königin Elisabeth Herzberge, Berlin

20.11.2002 Beendigung der AiP-Zeit, Vollapprobation

24.12.2002 - 23.06.2003 Tätigkeit als ärztlicher Koordinator im Rahmen einer Mission von Ärzten
ohne Grenzen in Guinea, Westafrika. Betreuung von zwei
Flüchtlingslagern mit insgesamt 25000 Bewohnern, sowie Leitung
einer mobilen Klinik an der Grenze zu Liberia und zur Elfenbeinküste.

Seit 01.02.2004 Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Internisten in der II.
Medizinischen Klinik des Helios Klinikum Wuppertal/ Barmen

12.2. Anzeige im „Bauchredner“

Folgender Anzeigentext erschien in der Ausgabe 3 des „Bauchredners“ des Jahres 2000, der vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift der Selbsthilfevereinigung DCCV e.V. (Deutsche Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa Vereinigung). Durch diesen Anzeigentext ermöglichte uns die DCCV einen Aufruf an die Leser der Zeitschrift zu richten, an der Studie anonym und auf dem Postweg teilzunehmen. Das Blatt hat eine Auflage von 16 000, und kann regelmäßig nur durch die Mitglieder der DCCV bezogen werden.

Medizin Aktuell

Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa – Krankheit als Spiegel der Seele?

Dieses oft aufgegriffene Thema versucht eine Gruppe der Technischen Universität München neu zu beleuchten. Mit Hilfe eines anonymen Fragebogens wird versucht, eine Gruppe unter den entzündlich darmerkrankten Menschen zu identifizieren, bei der besondere Belastungen bzw. Schwierigkeiten im Umgang mit bestimmten Lebenssituationen den Beginn bzw. den Verlauf der Erkrankung beeinflussen können. Wurde bei Ihnen Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa sicher diagnostiziert und haben Sie Interesse, durch Ausfüllen eines anonymen Fragebogens (Dauer ca. 50 Minuten) an dieser Studie teilzunehmen, so fordern Sie bitte unter folgender Adresse den Fragebogen an:

Poliklinik für Psychosomatische Medizin
Dr. med. G. Dammann
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3
81675 München

Sie erhalten einen anonymen Fragebogen zusammen mit einem frankierten Rückumschlag, den Sie ohne Angabe des Absenders an uns zurückschicken, weitere Untersuchungen werden sich nicht anschließen. Für Ihre freundliche Unterstützung möchten wir uns schon jetzt bedanken.

Anforderungsabschnitt bitte an gestrichelter Linie abtrennen und an die o.g. Anschrift senden!

Ich möchte an der Studie der Poliklinik für Psychosomatik der TU München über die entzündlichen Darmerkrankungen teilnehmen. Bei mir wurde Morbus Crohn bzw. Colitis ulcerosa sicher diagnostiziert. Bitte senden Sie mir einen Fragebogen und einen frankierten Rückumschlag an folgende Adresse:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

(Ihre persönlichen Daten werden sofort nach Versand des Fragebogens zusammen mit diesem Abschnitt vernichtet)