

Existenzanalyse und Psychosomatik

Eine empirische Untersuchung an PatientInnen mit chronisch entzündlicher
Darmerkrankung

Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

Mai 2011

Eingereicht von: Mag. Waltraud Lopatka

Eingereicht bei: DDr. Alfried Längle

Angenommen am 28.4.2011 von: DDr. Alfried Längle +

INHALTSVERZEICHNIS	1
KURZZUSAMMENFASSUNG/ABSTRACT	4
EINLEITUNG	5
1 THEORETISCHER HINTERGUND	6
1.1 Zur Geschichte der Psychosomatischen Medizin	6
1.2 Die Anthropologie von Viktor E. Frankl	9
1.3 Das Menschenbild der Existenzanalyse im Spannungsfeld der Existenz	12
1.3.1 Die anthropologischen Aufgaben der Existenz	12
1.3.2 Die existenzanalytische Sichtweise der Ganzheitlichkeit der Person	15
1.3.3 Die Grunddimensionen / GM der Existenz u. ihre Repräsentanzen	17
1.3.4 Das psychosomatische Störungsmodell der EA	19
1.5 Weitere Konzepte zur Erklärung psychosomatischer Krankheiten	
1.5.1 Das Konversionsmodell	23
1.5.2 Die Theorie krankheitsspezifischer Konflikte (F. Alexander)	24
1.5.3 Das Konzept der Alexithymie	26
1.5.4 Max Schur: Die Theorie der De- und Resomatisierung	26
1.5.5 Alexander Mitscherlich: Die zweiphasige Verdrängung	27
1.5.6 Das lerntheoretische Konzept	27
1.5.7 Das Stressmodell	28
1.5.8 Das biopsychosoziale Modell	28
1.5.9 Die Psychoimmunologie	29
1.5.10 H. Weiner: Ein integratives Modell von Krankheit	30
1.5.11 Weitere aktuelle Erklärungsversuche	31
1.6 Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)	
1.6.1 Definition, Symptomatologie; pathologische Anatomie u. Pathophysiologie	32
1.6.1.1 Colitis ulcerosa	32
1.6.1.2 Morbus Crohn	33
1.6.2 Ersterkrankungsalter, Epidemiologie, familiäre Häufung und Vererbung	33
1.6.3 Auslösesituationen	34
1.6.4 Pathogenese der CED	35
1.6.5 Therapie	35
1.6.6 Psychologische Erklärungsmodelle	36
1.6.7 Psychische und psychosomatische Aspekte der CED	36
2 FRAGESTELLUNGEN	
2.1 Fragestellungen	
2.1.1 Fragestellung zu Unterschieden zwischen CED-Pat. und der Normgruppe	38
2.1.2 Fragestellung zu Zusammenhängen zw. existentiellen GM (TEM) und der Persönlichkeitsdarstellung im FPI-R	38

2.1.3	Fragestellungen zu den weiteren unabhängigen Variablen	40
2.1.3.1	Unterschiede zwischen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn	40
2.1.3.2	Unterschiede zwischen Frauen und Männern	40
2.1.3.3	Altersgruppenunterschiede	41
2.1.3.4	Bildungsgruppenunterschiede	41
2.1.3.5	Unterschiede in der Haushaltsform	41

3 METHODE

3.1 Stichprobenauswahl

3.1.1	Beschreibung der Stichprobe	42
-------	-----------------------------------	----

3.2 Stichprobencharakteristika

3.2.1	Alter	43
3.2.2	Geschlecht	44
3.2.3	Schulabschluss	45
3.2.4	Familienstand	47
3.2.5	Haushalt	48
3.2.6	Beruf	49
3.2.7	Berufsgruppe	50

3.3 Instrumente der Datenerhebung

3.3.1	Der Test zur Erfassung der emotionalen Motivation (TEM)	52
3.3.3.1	Theoretischer Hintergrund	52
3.3.3.2	Die 4 GM bzw. die dazugehörenden Items	52
3.3.3.4	Die Auswertung des TEM	55
3.3.2	Das Freiburger Persönlichkeitsinventar -revidierte Form (FPI-R)	56
3.3.2.1	Der theoretische Hintergrund	56
3.3.2.2	Die Testdurchführung	57
3.3.2.3	Die Beschreibung der Skalen des FPI-R	58
3.3.2.4	Die Testauswertung	67

3.4 Ablauf der Untersuchung

3.4.1	Erhebungszeitraum und Durchführung	68
-------	--	----

3.5 Planung

3.5.1	Unabhängige Variablen	69
3.5.2	Abhängige Variablen	69

3.6 Auswertung der Daten

3.6.1	Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen	70
3.6.1.1	Der T – Test	70
3.6.1.2	Die univariate Varianzanalyse	70
3.6.2	Verfahren zur Überprüfung von Zusammenhangshypothesen	70
3.6.2.1	Die Produkt-Moment-Korrelation	70

4 ERGEBNISSE

4.1	Unterschiede zwischen CED-PatientInnen und Normgruppe (TEM)	71
4.2	Zusammenhänge zwischen TEM und FPI-R	72
4.3	Ergebnisse zwischen weiteren unabhängigen Variablen	75
4.3.1	Unterschiede zwischen den Diagnosen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn	75
4.3.1.1	TEM	75
4.3.1.2	FPI-R	76
4.3.2	Unterschiede zwischen den Geschlechtern	77
4.3.2.1	TEM	77
4.3.2.2	FPI-R	78
4.3.3	Unterschiede zwischen den Altersgruppen	79
4.3.3.1	TEM	79
4.3.3.2	FPI-R	80
4.3.4	Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen	81
4.3.4.1	TEM	81
4.3.4.2	FPI-R	82
4.3.5	Unterschiede zwischen den Haushaltsformen	83
4.3.5.1	TEM	83
4.3.5.2	FPI-R	84
4.4	Zusammenfassung der Ergebnisse	85

5	INTERPRETATION UND DISKUSSION	86
----------	--	-----------

6	LITERATURVERZEICHNIS	88
----------	-----------------------------------	-----------

7	ANHANG	91
----------	---------------------	-----------

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die Anthropologie V.E. Frankl's (das Geistige setzt sich mit dem Leiblichen und dem Psychischen auseinander) und die sich daraus entwickelnde Existenzanalyse beschreibt das In-der-Welt-sein der Person und seine Existenz als ein ganzheitliches Sein. Die vier existenziellen Grundmotivationen, welche ein Konstrukt darstellen, bieten eine Grundlage, wie es zu psychisch bedingten Störungen im Körper kommen kann. Auf dieser Basis und dem darin enthaltenen Verständnis, dass besonders die 2. und 3. Grundmotivation bei psychosomatisch Erkrankten blockiert sind, wurde eine empirische Untersuchung an 57 PatientInnen, welche unter Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn leiden, vorgenommen. Hierfür wurden den Personen der Test zur Erfassung der existentiellen Motivation (TEM) und das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) vorgegeben. Die Ergebnisse der Auswertung des TEM zeigten wesentlich höhere Werte für den existenziellen Lebensvollzug (alle vier Grundmotivationen) im Vergleich zu den Personen der Normstichprobe. Unter Berücksichtigung des psychosomatischen Störungsmodells der EA und der Skalen des FPI (z.B. Offenheit) konnte auch eine mögliche Erklärung für dieses (nicht erwartete) Ergebnis gefunden werden. Ein großer Teil der PatientInnenstichprobe (Morbus Crohn) zeigte eine signifikante Reduktion in der Offenheit. Bei den Skalen des FPI-R wurde der Versuch unternommen, sie den vier Grundmotivationen zuzuordnen. Aufgrund der sozialanamnestischen Daten konnten in einzelnen Gruppenvergleichen Auffälligkeiten in bestimmten Skalen festgestellt werden.

Schlüsselwörter: Psychosomatik, V.E. Frankl, Anthropologie, Existenzanalyse, Grundmotivationen, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, TEM, FPI-R.

ABSTRACT

In the anthropological model by V.E. Frankl the mind combines body and psyche. Within this model and the consequential existential analysis, the person and his existence are described as holistic being, which offers a subjectively felt link between the body and psyche. The four existential fundamental motivations (FM) can provide a basis for an explanation how mental disorders arise, even though they are described as a construct. In psychosomatic patients especially the 2nd and 3rd FMs are blocked. 57 patients suffering from ulcerative colitis or Crohn's disease were included in an empirical study. The "Test for Existential Motivation" (TEM) and the "Freiburg Personality Inventory" (FPI-R) were applied. Compared to the normal population, the results were superior in all of the four FMs of the TEM (existential conduct of life), which was not expected. Therefore, single scales of the FPI-R were also considered in this particular analysis. For patients with Crohn's disease, which represent a great part of the study population, the results on the scale of the FPI-R "openness" were significantly reduced. In this examination the author tried to assign the scales of the FPI-R right to the FMs. Based on the social data there were found not only tendential but also significant differences within the groups.

Key words: Psychosomatic, V.E. Frankl, anthropology, existential analysis, existential fundamental motivations, ulcerative colitis, Crohn's disease, TEM, FPI-R

Einleitung

Meine berufliche Tätigkeit als Klinische Psychologin im Universitäts-Klinikum Graz bringt es mit sich, dass mich u.a. psychosomatische Fragestellungen im Konsiliar- und Liaisondienst tagtäglich begleiten und eine Stellungnahme erfordern.

Liaisondienst bedeutet, dass ich zu bestimmten, allgemein bekannten Zeiten, bei Visiten, Besprechungen usw., mich auf der betreffenden Stationen aufhalte und ebendort den PatientInnen (und dem Team) zur Betreuung zur Verfügung stehe (Rudolf 2003). Die Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie ist mein Betätigungsfeld für die Liaisonarbeit. Die psychosomatischen Fragestellungen sind auf einer gastroenterologischen Station ein bedeutsamer Bestandteil. Wenn die Sichtweise noch erweitert wird, gibt es keinen Gesundheitszustand und keine Erkrankung, die *nicht* psychosomatisch wäre, die nicht unter psychosomatischem Blickwinkel betrachtet werden könnte (Fazekas 2006).

In meiner Untersuchung habe ich mich aber mit zwei „klassischen“ psychosomatischen Diagnosen auseinandergesetzt – mit der Colitis ulcerosa und dem Morbus Crohn. Die Diagnose chronisch-entzündliche Darmerkrankung (engl. CED) gestellt zu bekommen, bedeutet zumeist, im jungen Erwachsenenalter mit einer unheilbaren Erkrankung konfrontiert zu sein, deren Verlauf zu Beginn nicht absehbar ist und mit mehr oder weniger großen Einschränkungen im Alltag verbunden ist.

Was bedeutet dies existenzanalytisch gesehen, basierend auf den 4 Grundmotivationen, für den Lebensvollzug? Welche personalen Bereiche werden blockiert, reduziert wahrgenommen oder kompensatorisch hypertroph ins Leben integriert?

Was bedeutet es für die Person, wenn das Erleben sich nicht mehr im Fühlen und Spüren abbildet, sondern im Können und Sollen?

Das Funktionieren der PatientInnen, die Reduktion auf das was sie (noch) können (ressourcenorientiert), steht bei den Behandlern im Vordergrund und der Blickwinkel wird vom psychosomatisch Kranken dorthin geleitet.

1 THEORETISCHER HINTERGRUND

1.1 Zur Geschichte der Psychosomatischen Medizin

Der Psychosomatische Zugang zum Menschen ist wenigstens so alt wie unsere Kultur. So sagte schon Heraklit im 45. Fragment von den Grenzen der Seele, dass wir im Gehen sie nicht ausfindig machen können, auch wenn wir jegliche Strasse abschritten, so tief sei ihr Sinn. Und im Fragment 76a lesen wir, dass gleich einer Spinne, die einen zerrissenen Faden ihres Netzes unverzüglich wieder herstellt, auch die Menschenseele bei der Verletzung irgendeines Körperteiles rasch dorthin wandere, ungehalten über die Verletzung des Körpers, mit dem sie in einem bestimmten Verhältnis fest verbunden sei.

Plutarch überliefert die Kunde von dem um 400 v. Chr. lebenden Sophisten Antiphon, der die Kunst der Leidlosigkeit ersonnen habe. Damit betrieb er die erste, historisch verbürgte psychotherapeutische Praxis. Eine Aufschrift auf seinem Haus in Korinth verkündete, er verstünde Depressive durch Worte zu heilen. Allerdings erachtete der Sophist Antiphon dieses Arbeitsfeld als unter seiner Würde und kehrte bald zu seiner ursprünglichen Kunst, der Rhetorik, zurück. Platon schließlich zeichnete die Grundlinien unserer modernen Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Er verlangt im Kritias vom Arzt, nicht nur den Leib zu behandeln, sondern zugleich auch die Seele, weil die Sorgfalt sich auf das Ganze zu richten habe. Viel weiter zurück reichen natürlich die Traditionen der animistisch-archaischen Heilkunst, der die Psychosomatische Medizin so manche, indes oft verschwiegene Inspiration verdankt.

Wagen wir sogleich den Sprung in das 17. Jahrhundert. Descartes, der große Rationalist, sah den Körper von der Seele bewegt und die Seele unter der Einwirkung des Körpers. Dennoch seien Körper und Seele durch unterschiedliche Begrifflichkeiten zu erfassen, die nicht beide gleichzeitig angewendet werden können. Dieser methodische Dualismus hat in der Folge die Entwicklung naturwissenschaftlicher Modelle begünstigt, entwarf doch Descartes den Körper als Maschine. Oft wird bis heute übersehen, wie der methodische Dualismus den Missverständnissen eines ontologischen Dualismus den Weg gebahnt hat und immer noch bahnt.

Romantische Strömungen formten eine kulturelle Reaktion gegen die Aufklärung. Der Romantiker suchte im geheimnisvollen Grunde der Natur auch das Fundament der eigenen Seele. Daher der starke Sinn für alle Manifestationen des Unbewussten, für die Träume, die Geisteskrankheiten und die Parapsychologie, letztlich für die verborgenen Mächte des Schicksals. Natur ist sichtbarer Geist, Geist hingegen unsichtbare Natur, eine Vorstellung, deren Patenschaft für den Gestaltkreis eines Viktor von Weizsäcker oder den Situationskreis eines Thure von Uexküll kaum übersehen werden kann.

Auch bei Sigmund Freud begegnen uns Ordnungsversuche, so das Gesetz der Polaritäten. Es geht Freud um Lust und Unlust, Aktivität und Passivität, um Subjekt und Objekt, um Eros und Thanatos.

Im Übergang des romantischen Denkens zur naturwissenschaftlichen Medizin disputierten die sogenannten Somatiker und Psychiker über das eigentliche Wesen der seelischen Erkrankungen.

Johann Christian August Heinroth verstand Seelenkunde als einen Leib und Seele zugleich umfassenden Begriff. In seinem Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens von 1818 erscheint erstmals beiläufig, dort nämlich, wo Heinroth die Behandlung der Schlaflosigkeit erörtert, das Adjektiv „psychisch-somatisch“. Später formulierte er „psychisch-krankhaft“ oder einfach „anthropologisch“.

Gustav Carus erklärte 1846 in seinem Buch „Psyche“ das Unbewusstsein zum Schlüssel der Erkenntnis vom Wesen der bewussten Seelentätigkeit, wobei Unbewusstsein somatische und seelische Vorgänge gleichermaßen einschließt.

Zur selben Zeit entwarf Arthur Schopenhauer den Menschen als irrationales Wesen, gelenkt von inneren Kräften, dem eigentlichen Willen, den der Mensch nicht kennt und von dem er kaum ahnt. Es ist dies der Wille zur Selbsterhaltung und der noch weit stärkere zur Fortpflanzung. Im Geschlechtstrieb findet das Leben seine stärkste Bejahung.

Friedrich Nietzsche sah den Menschen getrieben vom Willen zur Macht, welcher als menschlicher Grundtrieb, der alle möglichen Ausgestaltungen erfährt, von illusorischer Befriedigung über Ersatzentladungen und die Hemmung oder gar die Wendung gegen die eigene Person bis hin zur Sublimierung.

Solche Gedanken prägten die Theorien der frühen Psychoanalyse, auf welche ich hier nicht näher eingehen möchte.

Akademisch spielte die psychosomatische Medizin in den 20-iger und 30-iger Jahren des vorigen Jahrhunderts eine untergeordnete Rolle. Namen wie Koch und Pasteur standen im Mittelpunkt des Interesses.

Herausgreifen möchte ich Ludolf von Krehl, der die psychophysische Einheit der konkreten Person in des Satz fasste: „Krankheit als solche gibt es nicht, wir kennen nur kranke Menschen“. Für ihn ist es der Patient als Subjekt, der sein Krankheitsgeschehen entscheidend mitgestaltet.

Viktor von Weizsäcker (1933) beschreibt in seinen Ausführungen, dass Ereignisse zu erlebten Situationen in der sinnvollen oder sinnbrüchigen Abfolge einer Lebensgestalt werden. In der neuen Perspektive erhält das Leiden am Leibe einen Sinn im Leben des Menschen. In der Konzeption des Gestaltkreises gelang es V. von Weizsäcker, die subjektive Erlebnissphäre bis in biologische Vorgänge der Sinnesleistungen und der Motorik hinein aufzuzeigen.

Ein fortlaufendes und wechselseitiges Erscheinen der Seele im Körper wie des Körpers in der Seele, diese Kreisfigur leib-seelischer Verbundenheit ist der Kern des Gestaltkreises. Er bringt auf den Punkt, wie leidenschaftliche Lebensbewegungen eines Menschen sich auf seinen Magen, seinen Darm oder seine Lunge auszuwirken vermögen (Tress 1994).

Frankl benennt die Psychosomatik V. v. Weizsäckers eine Noosomatik, weil sie das Psychische übersprungen hat – lediglich die geistige und die körperliche Dimension werde erfasst (Biller et al, 2008, 278).

Körper und Psyche sind nicht parallel geschaltet, sondern in einem fortlaufenden Hin und Her wie auf einem Kreis rotierend miteinander verbunden. V. Weizsäcker sieht die pathogene Dynamik nicht nur durch die Vergangenheit, durch das Gewesene, durch das, was schon passiert ist, sondern auch durch das Ausstehende. Denn auch das ungelebte Leben und die verhinderte Tat sei wirksam (Bräutigam et al 1997, 78).

Nach v. Weizsäcker ist Gesundheit kein Zustand, sondern ein Prozess, der ständig erzeugt werden muss (Uexküll 1996).

Er wählte den Begriff pathische Kategorien und nahm die Wörter „ich kann, ich muss, ich darf, ich soll, ich will“. Pathisch deshalb, weil das Leben nicht nur ein Vorgang ist, sondern immer erlitten, erfahren und erlebt wird. Entscheidung und Stellungnahme stellen eine Notwendigkeit dar. In dieser Form durch getätigte oder unterlassene Entscheidungen und Stellungnahmen existentiell verstrickt zu sein und in Widerstreit mit sich selbst, mit anderen, mit Institutionen zu geraten, ist konstitutiv für die Konflikte und Krisensituationen der

Leidenden. Das bedeutet, nicht das was ist (Fakten), bestimmt die Krankheit, sondern die pathischen Kategorien entscheiden über den Krankheitswert (Längle 2009, EA 26,2,18).

Der chronologische Überblick soll einen groben Abriss über die Entwicklung psychosomatischer Vorstellungen geben. Auf einzelne Konzepte werde ich im weiteren Verlauf der Arbeit näher eingehen.

Die Bedeutung der Theorie von V. v. Weizsäcker für die Existenzanalyse ist von großer Relevanz und so möchte ich den Bogen zu Viktor Emil Frankl und zur Existenzanalyse spannen.

1.2 Die Anthropologie von Viktor E. Frankl

In Viktor E. Frankl's Beschreibung setzt sich der Mensch nicht „zusammen“ aus Leib, Triebseele und Geist. „Sowohl seine Einheit als auch die damit verbundene Dynamik stamme vielmehr daraus, dass sich das Geistige mit dem Leiblichen und dem Seelischen *auseinandersetzt*“. (Frankl, 1990)

Statt beim Menschen nur das Körperliche vom Psychischen zu unterscheiden (was einer Trennung nach Materiellem und Immateriellem am Menschen gleichkommt), wird in dieser Anthropologie das Immaterielle selbst in zwei Bereiche differenziert: in Psychisches und Geistiges.

Frankl wählte zur Beschreibung des Ineinanders von Soma, Psyche und Nous (Leib, Gefühlsseele und Geist) die geometrische Darstellungsform von Dimensionen. Nach diesem Modell hat der Mensch gleichermaßen Anteil an drei unterschiedlichen Aspekten des Seins. Der Mensch ist von Anfang an und jederzeit eine Einheit und Ganzheit, die sich nicht aufteilen lässt, ohne sein Wesen zu zerstören. In dieser Einheit gibt es verschiedene Aspekte, unterschiedliche „Seinsweisen“. Das Menschsein ist also das gleichzeitige Sein von Leib, Seele und Geist, das Zusammentreffen von drei differenten, mitunter sogar divergierenden Strebungen.

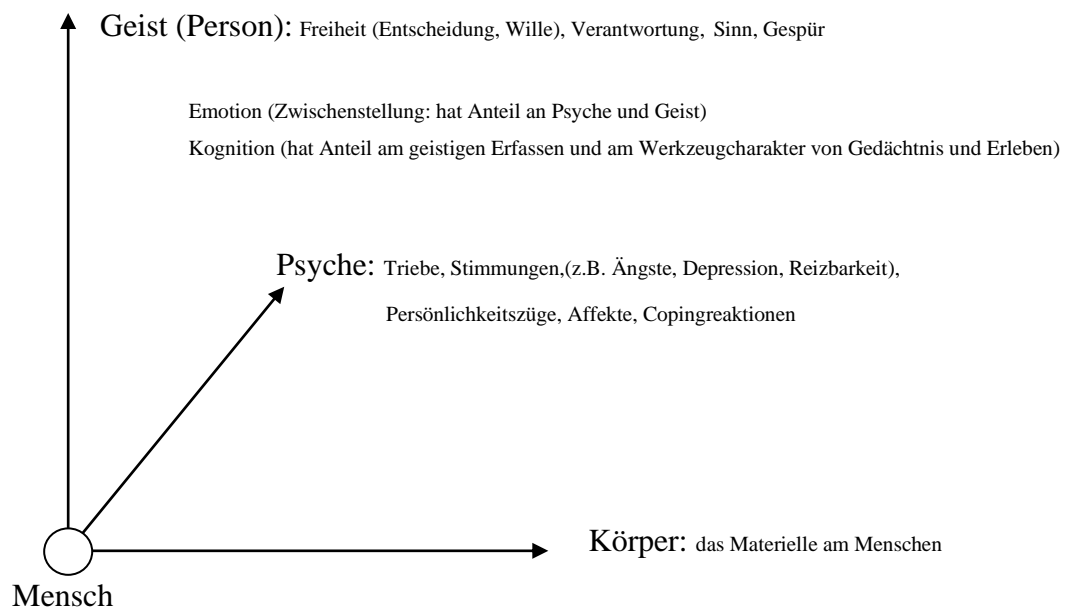


Abb.1 Die „Einheit Mensch“ im dreidimensionalen Menschenbild nach Frankl (Längle 2008, 64 ff)

Als zentrales Thema der existenzanalytischen Anthropologie erweist sich folglich das Verhältnis des Geistigen zum Psychischen und Somatischen. Frankl schreibt jeder Dimension eine Eigenständigkeit zu. Sie unterscheiden sich wesensmäßig voneinander. Dies kommt in der dimensionalen Darstellungsweise durch den orthogonalen Winkel zum Ausdruck, in welchem die Dimensionen zueinander stehen. Dass sich die Einheit und Ganzheit Mensch in so unterschiedlichen Dimensionen aktualisieren kann, zeigt die potentielle Spannung an, die sich innerhalb des Menschen auftut. Anders formuliert: Wenn im Menschen wesensmäßig so differente Dimensionen zu einer Einheit verschmolzen sind, sind Spannungen in der „anthropologischen Tektonik“ der Einheit Mensch aufgrund seiner Ganzheit vorprogrammiert. Eine aus der Spannung resultierende Dynamik z.B. zwischen Bedürfnissen und Vernunft gehört zum Wesen des Menschen. Ebenso gehört zum Menschsein das mit dieser Spannung einhergehende Leiden (Längle 1999, EA 1,18).

Frankl gibt an, dass die Spannungen nicht zwischen dem Psychischen und dem Physischen anzutreffen sind, weil dort ein „obligater Parallelismus“ (Frankl 1959) regiert und ein homöostatisches Gleichgewicht angestrebt wird. Die Veränderungen im Physischen bewirken

eine paralleles Mitgehen im Psychischen und umgekehrt, wodurch auftretende Spannungen laufend abgebaut werden.

Spannungen treten nur zwischen dem Geistigen und dem Psychophysikum auf. Zwar ist das Geistige mit dem Psychophysikum zeitlebens untrennbar verbunden, aber es steht nicht in einem Parallelismus mit ihm und hat daher eine prinzipielle Unabhängigkeit. Durch diese entsteht ein „Antagonismus“. Das Geistige und das Psychophysikum halten durch gegen-spielende Kräfte den Menschen in Bewegung.

Frankl bezeichnet den aus der geistigen Opposition stammenden Ursprung der personalen Dynamik des Menschen als „psychonoetischen“ oder „noopsychischen Antagonismus“ (Frankl 1959).

Der im Menschen angelegte fakultative Antagonismus des Geistigen ist die Grundlage für das Opponieren-Können des Menschen und führt schließlich zur „Trotzmacht des Geistes“.

„Der Mensch als geistige Person wird nicht von uns geschaffen“. Das Geistige stammt demnach nicht aus dieser Welt und „trete zum Leiblich-Seelischen irgendwie erst hinzu“.

„Die geistige Person ist bereits zeitlebens nicht unmittelbar gegeben – mittelbar aber auch nach dem Tode“ (Frankl 1990).

Der psychophysische Parallelismus ist deshalb möglich, weil das Somatische und Psychische gleichen Ursprungs sind. Das Geistige hingegen, besonders in seiner Verdichtung des Gewissens, wird als Offenheit zur Transzendenz verstanden (Frankl 1979).

Das Geistige besteht über den Tod des Körpers hinaus.

Das Geistige als letztlich jenseitige, unfassliche Kraft, setzt den physischen Leib mit seiner Schwere und Erdverbundenheit in Bewegung. Im Menschen ist der Horizont zwischen Diesseits und Jenseits ständig wirksam. Und gerade das macht die „Signatur des menschlichen Existenz“ aus, nämlich die „Koexistenz zwischen der anthropologischen Einheit und den ontologischen Differenzen“.

Existieren ist in der Konsequenz das Nachvollziehen dieser anthropologischen Linie, nämlich das Aus-sich-Heraustreten und Über-sich-Hinausgehen (Selbsttranszendenz) auf der Basis einer geistigen Distanz zum Psychophysikum (Selbstdistanzierung).

V.E. Frankl gibt für seine Zeit bereits „moderne“ Antworten auf die Frage der Verbundenheit und Verschränkung von Psyche und Körper. Der Tod seines Lagerkameraden, dessen Immunsystem und Abwehrlage durch die erlittene Enttäuschung zusammenbrach, ist ein tragisches Beispiel für das Zusammenwirken der psychosomatischen „Wirkfaktoren“ (Frankl 1982a, 122).

Frankl verweist auf das Vegetative Nervensystem, die Rolle der Hormone und die Auswirkungen auf das Immunsystem („Mit einem Wort, die Immunlage hängt unter anderem von der Affektlage ab“ (Frankl 1982b, 76).

Frankl's Interesse lag nicht in der Emotionalität, Triebhaftigkeit oder Körperlichkeit des Menschen. Logotherapie sollte eine Anwaltschaft für das beschriebene Geistverständnis übernehmen (Längle 1999, EA 16, 1, 20).

1.3 Das Menschenbild der EA im Spannungsfeld der Existenz

1.3.1 Die anthropologischen Aufgaben der Existenz

Durch die Auseinandersetzung von Leib, Seele und Geist ergeben sich für den Menschen Anforderungen, in die sein Dasein eingespannt ist. Das Menschenbild enthält drei Dimensionen, die Pole der Existenz markieren. Dynamisch gesehen, ist das Menschsein demzufolge eingespannt zwischen

1. *Gesundheit* und *Krankheit* auf der körperlichen Ebene,
2. *Lust* und *Unlust* auf der psychischen Ebene,
3. *Erfüllung* und *Leere* bzw. *Glaube* und *Verzweiflung* auf der geistigen Ebene.

Der Körper

Eine Aufgabe des Daseins liegt in der Pflege und Erhaltung der körperlichen Gesundheit. Körperliche Krankheit bzw. Schwäche ist eine Störung in der Funktion der Organe und Systeme und geht oft mit Schmerzen einher.

Die Psyche

Die psychische Dimension ist als Verschaltungsdimension zu verstehen, in die Informationen aus den anderen Dimensionen (Körper und Geist) und aus der Welt eingehen und bezüglich ihrer Bedeutung für das Überleben gewichtet werden. Die Psychodynamik wird daher als Wächterfunktion für die Existenz verstanden (Längle 1998, 15, 1). Die gewonnene Information wird körpernah in Form von Gefühlszuständen abgebildet (Befinden, Angst, ..).

Es entstehen Spannungen, wenn ein Zustand subjektiv als hinderlich oder gar als Gefährdung des Überlebens empfunden wird. Aber auch das Fehlen von Anregung und psychischer Spannung (Z.B. bei Langeweile, Eintönigkeit der Umgebung, depressivem Spannungsverlust) wird als unangenehm empfunden und erzeugt ebenso Unlust, weil auch das eine Bedrohung für die Lebenskraft darstellt und seine Beseitigung angestrebt wird (Längle 2008).

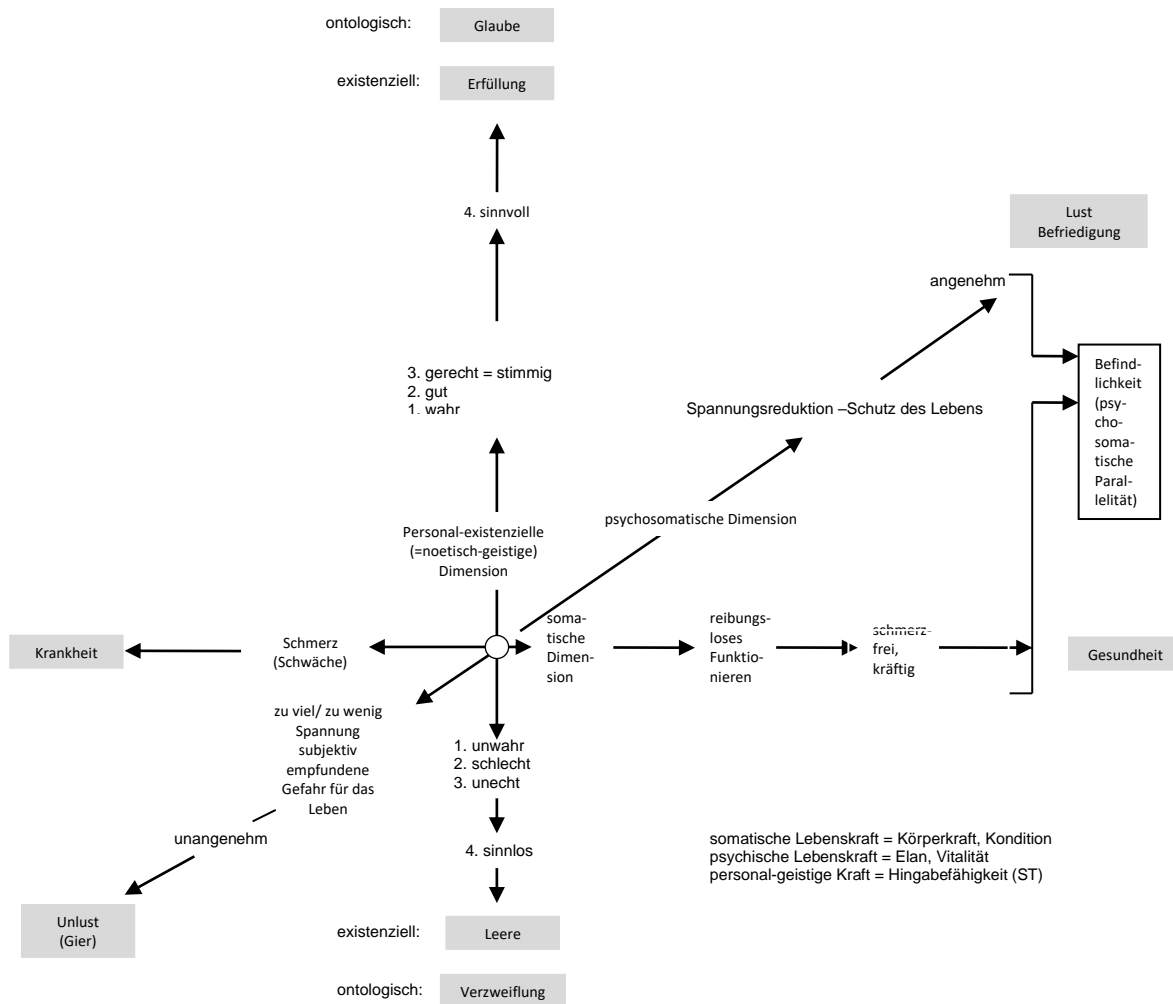
Die Psychosomatische Einheit

Psyche und Körper zusammen bilden die psychosomatische Einheit des Menschen. Die psychische Dimension ist auf das engste mit der somatischen verwoben und die in ihr aufkommenden Gefühle, Affekte und Stimmungen erzeugen eine körperliche Resonanz (bei Frankl der psychophysische Parallelismus). Umgekehrt ist die körperliche Verfassung im psychischen Befinden gespiegelt und körperliche Ungleichgewichtungen werden zu drängend erlebten psychischen Bedürfnissen.

Die Person

Im geistigen Bereich steht der Mensch vor anderen Themen, die für die Existenz des Menschen ebenso lebenswichtig sind. Dies sind die Inhalte der personal-existenziellen Grundmotivationen, durch die die Existenz eine Struktur in den Innen- und Außenbezügen erhält und dadurch gestaltbar wird. Das Geistige im Menschen sucht nach diesen, für den Vollzug der Existenz notwendigen Inhalten, mit denen ein offener, dialogischer Austausch angestrebt wird. Wenn dies gelingt, kann sich der Mensch in seiner Welt selbst verwirklichen.

Abb 2.: Das existenzielle Menschenbild mit den Polen, zwischen denen das Menschsein eingespannt ist und deren Erfüllung die existenzielle Aufgabe des Menschen darstellt (Längle 2008, 69)



Wenn dieser personal-existenzielle Vollzug nicht gelingt, wird das Leben als sinnlos empfunden und eine innere Leere macht sich breit. Wenn sie mit einer geistigen Orientierungslosigkeit verbunden ist, entsteht Verzweiflung.

1.3.2 Die existenzanalytische Sichtweise der Ganzheitlichkeit der Person (Längle 2009, EA 26,2, 15-16)

Das Subjekthafte findet heute eine wesentlich größere Beachtung als die objekthafte Dimension, das Sein hat mehr Bedeutung als das Haben, das Gefühlte wird mehr betont als das Gedachte, die Ganzheitlichkeit des Ichs, statt seiner unterschiedlichen Dimensionen.

Der geistigen Kraft des personalen Ichs kommt eine besondere Bedeutung zu – als integrative Potenz hat sie die Funktion, den Nährboden für das *einheitsstiftende Personsein* zu bilden.

Wir *sind* körperlich und wir *haben* nicht nur unseren Körper. Dies hat zur Konsequenz:

1. Psychisches und Geistiges sind mit dem Körperlichen *vergleichbar*, die Prozesse laufen homolog ab, weil sie Erscheinungsweisen der Einheit Mensch sind. Das heißt, dass das psychische Verarbeiten von Konflikten strukturell homolog zur körperlichen Nahrungsaufnahme abläuft („in kleinen Bissen“).
2. Auf Grundlage des einheitlichen Seins sind die Dimensionen auch *gemeinsam aktiviert*. Sie schwingen in einem Takt, wenngleich in unterschiedlicher Orientierung gemäß ihren Aufgaben, doch sie „wissen“ voneinander.
3. Die Dimensionen können sich ein Stück weit gegenseitig *entlasten*, wenn eine Überforderung in einer Dimension auftritt. Sie haben füreinander eine teilweise Kompensationsfunktion (geistige Überforderung → Kopfschmerzen → Müdigkeit und Lustlosigkeit → Person benötigt Ruhe und Abstand). Das Problem kommt auf eine andere Ebene und wird dort in einem anderen Licht sichtbar. Hier zeigt sich eine antagonistische Zusammengehörigkeit. Durch die Veränderung der Information erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Lösung.

Es findet ein Austausch zwischen den Dimensionen statt, der einerseits durch die Unterschiedlichkeit möglich ist, andererseits durch ihre Einheit (was wiederum mehr ist als Verbundenheit).

In diesem Zusammenhang steht der Körper in einem konstanten Austausch mit Psyche und Geist, wie ihrerseits die Psyche mit dem Körper und der Entscheidungsinstanz personales ICH bzw. dieses wiederum mit der lebenserhaltenden Psyche und der Brücke zum In-der-Welt-sein, dem Körper. Die Psyche erscheint in diesem Verständnis nicht als abgetrennt von Körper und Geist.

Es zeigt sich das Bild einer Emergenz – jede Dimension ruht auf der anderen:

Das Psychische ist „getragen“ vom Körperlichen und durch das Geistige mit ihm verbunden. Damit schwingt im Psychischen auch das Körperliche und Geistige mit. Das Psychische ist aber auch Ausdruck des Körperlichen und Geistigen, ist aber auch noch anders, weil es nicht „das selbige“ wie Körper und Geist ist. Und so verhält es sich mit dem geistigen Ich, das getragen ist vom Psychischen und Körperlichen.

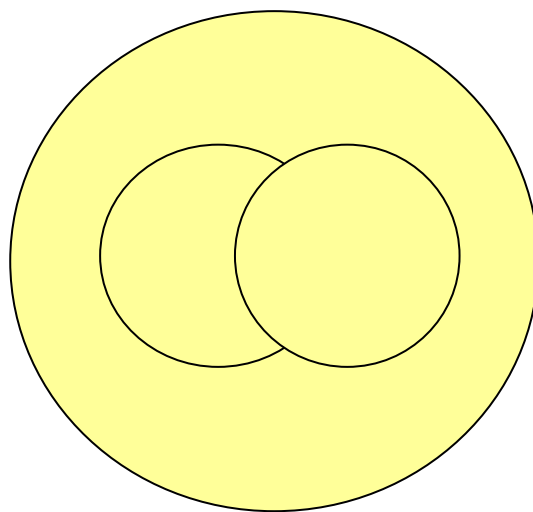


Abb 3: Mögliche grafische Darstellungsform der existenzanalytischen Anthropologie

1.3.3 Die Grunddimensionen/Grundmotivationen der Existenz (Längle 2009, EA 26, 2, 16-17)

Die gegenseitige gänzliche Durchdringung der Dimensionen (Geist, Soma, Psyche) leitet sich von der personalen Beziehung des Menschen zu sich selbst und zur Welt ab. Dieser dynamische Doppelbezug wird getragen von personalen Strukturen, den vier personal-existenziellen Grunddimensionen oder Grundmotivationen (GM):

1. GM: Beziehung zur **Welt** und ihre Bedingungen → KÖNNEN
2. GM: Beziehung zum **Leben** und seiner Kraft → MÖGEN
3. GM: Beziehung zur **Person**, zur eigenen wie zur anderen → DÜRFEN
4. GM: Beziehung zur **Zukunft** und zum größeren Zusammenhang → SOLLEN
→ **WOLLEN**

Die Grundmotivationen sind mit den anthropologischen Dimensionen von Psyche und Soma verwoben. Ihr Muster taucht immer wieder auf und damit kommt ihnen ein Strukturcharakter zu, da sie psychische und körperliche Repräsentanzen bilden.

→ Die primär geistigen Dimensionen der Grundmotivationen sind *strukturbildend* für das Körperliche und Psychische. Die Grundstruktur des personalen Geistes durchwirkt mit demselben Bauplan den Körper wie die Psyche (die vier GM werden im Kap. 3.3.1.2 nochmals angeführt).

Die psychische Repräsentanz der Grundmotivationen zeigt sich

- in Situationsgefühlen (z.B. Spaß – 2. GM),
- in Grundgefühlen oder Stimmungen (z.B. Mut und Sicherheit – 1. GM),
- in den vier Stufen der Copingreaktionen (Unsicherheit, Schwere, Ekel, Leere),
- in den Persönlichkeitszügen (z.B. ängstliche, depressive, hysterische Persönlichkeit),
- in der Psychopathologie (z.B. Angst als anhaltendes Defizit in der 1. GM).

Die personal-existentialen GM verdichten sich auch auf der körperlichen Ebene – es gibt körperliche Repräsentanzen („Ausdrucksorgane“) der geistigen Inhalte. Neben den psychischen Gefühlen schwingt immer auch ein körperliches Erleben mit, das ständig präsent ist: bewusst, mitbewusst, unbewusst, mehr oder weniger stark gefühlt.

Nicht nur am Gefühl, sondern auch an diesen Ausdrucksorganen können wir ablesen, wie es uns geht. Wenn das Psychische als Indikator ausfällt oder nicht beachtet wird, bleibt noch immer das körperliche Geschehen als Orientierungshilfe (dies ermöglicht einen Zugang zum Psychischen über den Körper – z.B. Entspannungsverfahren).

Tab.1: Repräsentation der personal-existentialen Grundstruktur in der somatischen Dimension

	ORGAN	FUNKTION	Funktionelles Erleben	
1. GM	Lunge	Raum und Halt	freier Raum	
2. GM	Herz-Kreislauf	Nähe, Beziehung Bewegung, Leben,	Lebendigkeit	Häute als Berührungsfläche für Nähe, Kontakt, Zärtlichkeit und Organ der Abgrenzung 2. und 3. GM
3. GM	Magen-Darmtrakt Immunsystem Sexualorgane Haut	Abgrenzung, Intimität, Aneignung (bei bestehender Offenheit zur Welt)	in sich sein , innerliches Strömen, Einheitsgefühl, Schwingen der Stimmigkeit	
4. GM	Muskulatur Bewegungsapparat	Handeln, vollziehen können des Inneren in der äußeren Welt, Gesamtzusammenhang des Lebens	„flow“	

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die EA die Einheitlichkeit und Unterschiedlichkeit ineinander verwoben sieht. Dadurch ergibt sich ein komplexes Bild: jede Dimension enthält auch die andere in sich und ist doch verschieden.

1.3.4 Das psychosomatische Störungsmodell der EA (Längle 2009, EA 26, 2, 21-23)

Das zentrale Problem bei psychosomatischen Störungen hängt ganz offensichtlich mit einem Problem im Fühlen und des Sich-Abstimmens in der Auseinandersetzung mit den Belastungen zusammen. Diese allgemeine Grundlage der somatisierenden Störungsbildung addiert sich mit einem somatischen Entgegenkommen durch Disposition, Schwächung, Vorschädigung und/oder psychischer Repräsentationsfunktion der Organe (Organwahl).

In Bezug auf die phänomenologische Anthropologie betrifft diese Problemkonstellation zwei der vier Grundmotivationen, nämlich die zweite und dritte. In der zweiten GM geht es darum, das Geschehene oder Wahrgenommene in seiner Lebensbedeutsamkeit zu erfassen. Dies geschieht durch das Fühlen. In der dritten GM wird das Eigene aufgesucht und gegenüber dem Erlebten abgegrenzt, um sich darauf beziehen zu können. Auch dazu bedarf es eines Gefühls, nämlich des Spürens der Stimmigkeit. Beide Gefühlsfähigkeiten scheinen bei psychosomatischen Störungen behindert zu sein.

Die anderen GM sind nicht betroffen: die sachliche Bezugnahme zur Welt, der Umgang mit den Fakten und Dingen, das Empfinden des Haltgebenden (1. GM) ist von der Blockade nicht betroffen. Der sachlich-nüchterne Realitätsbezug ist erhalten. Die Fähigkeit der 4. GM Zusammenhänge zu erkennen, größere Kontexte zu sehen und sich darin zu bewegen, scheint grundsätzlich erhalten zu sein. Durch die fehlende Abstimmung mit dem Fühlen und Spüren wird diese Fähigkeit zu einer funktionalen, zweckorientierten Kompetenz, der die innere gefühlte Beteiligung fehlt.

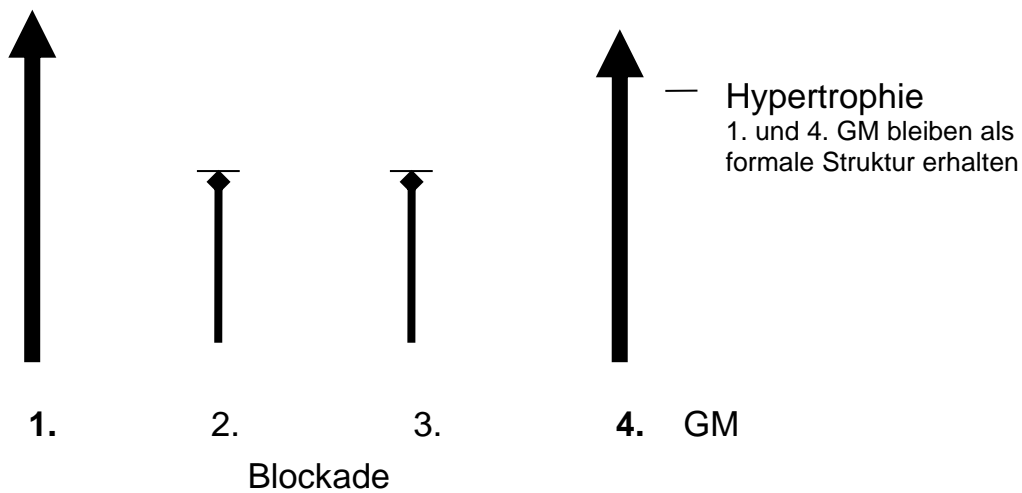
Der Außenbezug, der Umgang mit der zweckgebundenen Sachwelt verläuft ohne Einschränkungen.

Aber es fehlt in diesem Existenzvollzug das Leben. Es besteht keine gefühlte Beziehung zu den Werten und keine gespürte Beziehung zum Eigenen, zum persönlich Wichtigen.

Zusammenfassung: → In der Psychopathogenese der Psychosomatik tritt eine gleichzeitige und **gleich stark ausgebildete Blockade der 2. und 3. GM** auf.

→ Kompensatorisch kommt es zu einem **verstärkten Einsatz der 1. und 4. GM**, der aber ohne Aktivierung der 2. und 3. GM funktional bleibt.

Abb. 4: Das existenzanalytische Psychosomatik-Modell :



Als Ursachen für die Entstehung psychosomatischer Krankheiten können genetische und/oder psychische Disposition, traumatisierende Beziehungserfahrungen in der Kindheit (u./o. im späteren Leben), Traumata, spezifische Lernerfahrungen, usw. angeführt werden.

Entscheidend sind die Auswirkungen auf die psychische Struktur - sprich die Auswirkungen auf die Grundmotivationen.

Auswirkungen auf die 2. GM: Durch Verletzungen und Mängelerlebnisse auf der Ebene der zwischenmenschlichen Beziehungen kommt es zu einer Verarmung der Näheerlebnisse und in der Folge der Gefühle. Einerseits kann es durch die Unerträglichkeit der schmerzenden Gefühle einen Rückzug aus den Beziehungen und aus der Gefühlswelt zur Folge haben. Andererseits kommt es durch die Beziehungsarmut zu einem Aktivismus des Erledigens und Leistens. Gutes sich selbst zu tun fällt schwer.

Das „MÖGEN“, welches bedeutend für jegliche Entscheidungsfindung ist, kann nicht wahrgenommen werden. An Stelle dessen treten rationale oder allgemeingültige Normen und Pflichten als Wertersatz.

Auswirkungen auf die 3. GM: Anhaltender Schmerz aus Beziehungen oder verletzende Reaktionsweisen von nahen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen führen zur inneren Distanzierung von den Gefühlen, der Entfremdung, Entwertung, persönlichen Verletztseins usw. Hält dieser Zustand an, kommt es schließlich zur Dissoziation der Gefühle für sich selbst (Copingreaktionen: auf Distanz gehen und Totstellreflex). Die Gefühle können nun nicht mehr gefühlt, erkannt und daher auch nicht mehr verstanden werden.

Das persönlich „Richtige“ geht verloren und deshalb erfolgt die Orientierung an der Pflicht.

Das Konzept der Alexithymie (Kap. 1.5.3) beschreibt dies mit unzureichender Verbalisierungsfähigkeit affektiver Inhalte, Phantasiearmut, Beziehungsabhängigkeit und ausgeprägtes Normverhalten.

Auswirkungen auf die 1. GM: Es kann zur Verunsicherung und zur Entwicklung von Misstrauen kommen in Bezug auf

- die Zuverlässigkeit und den Halt von Beziehungen (Bindungsmangel),
- Begegnungen (Interesse nur an Funktion der Person),
- und den eigenen Gefühlen (Gefühlsschwankungen).

Auswirkungen auf die 4. GM: Dominant verbleibt eine Sinn-Leere und fehlende gefühlte Eingebundenheit in größere Strukturen. Die Orientierung erfolgt am Nutzwert, wodurch eine hohe Funktionalitätsneigung und eine Tendenz zur Zweckgebundenheit bestehen bleibt.

Psychosomatiker passen sich an ihren Kontext an, doch füllen sie ihn nicht mit ihrer Person aus, sondern agieren mit innerlich entleertem Funktionieren (verbleibende strukturelle Kapazität).

Da die beiden letzt genannten GM (1. und 4.) in ihrer Funktion nicht beeinträchtigt sind, kommt es zu einer Gegenreaktion und so kommen diese verstärkt zum Einsatz, was sich vor allem in einer Somatisierung und Funktionalisierung ausdrückt. Aufgrund dieser Tendenzen zur Sachlichkeit, Konkretheit, Anbindung an Faktisches (1. GM) und Funktionalität (4. GM) kommt es zur Hypertrophie des Körpereinsatzes zu einem zweckrationalen Leben. Das Erleben bildet sich in dieser Konstellation nicht im Fühlen und Spüren ab, sondern im Können und Sollen. D.H. der Selbstwert besteht für den psychosomatisch Kranken im Können (Verschiebung von der 3. zur 1. GM). Er spürt nicht den Eigenwert des Personseins aus seinem Wesen, jenseits von Fähigkeiten und Geschicklichkeiten. Freude kann er nicht

fühlen, die gibt es nur in der Zielerfüllung und im Erfolg (Verschiebung der 2. GM auf die 4. GM). Angeleitet durch die Zweckhaftigkeit und Vernünftigkeit besteht ein angepasstes Leben aus einem sich selbst nicht kennen und fühlen.

Die Spannungen werden nicht gefühlt (2.GM) und ihre Anforderungen werden nicht gespürt. Selbstwerterleben und Kritik, Freude und Spannungen werden in zweckhaftes Tun umgesetzt und auf die gleiche Weise wird der Körper instrumentalisiert. Das bedeutet, psychosomatisch Kranke behandeln ihren Körper auch nur mit Können und Sollen, ohne Gefühl und Gespür. Der Körper wird durch den eigenen Umgang zum Objekt für das vernünftige Subjekt.

Durch die Blockade des Fühlens findet das Leben nicht mehr ausreichend in der Innenwelt statt. Um das Leben überhaupt noch greifbar zu machen, bekommt der Körper ein stärkeres Gewicht und eine größere Bedeutung. An zweckhaften Aufgaben wird das Leben vollzogen, weil das Gefühl und das Selbst keine Projektionsfläche für das Erleben bilden. Es zählt nur noch Körper und Leistung. Alles Leben spielt sich am versachlichten Körper und in der Zweckhaftigkeit ab.

Durch dieses Fehlen des gefühlten Innenlebens gerät der psychosomatisch Kranke in eine Außenperspektive zum Körper und zum größeren Kontext. Er betrachtet beide als Objekte. Die Innenperspektive (das Beachten des Erlebens) ist verstellt und nicht präsent (Längle 2009, EA 26, 2, 13-33).

1.5 Weitere Konzepte zur Erklärung psychosomatischer Krankheiten

1.5.1 Das Konversionsmodell

Sigmund Freud entwickelte 1895 in den *Studien über Hysterie* das Konversionsmodell und konzipierte es später gemäß der triebtheoretischen Umformulierung der psychoanalytischen Lehre neu (Köhler 1995).

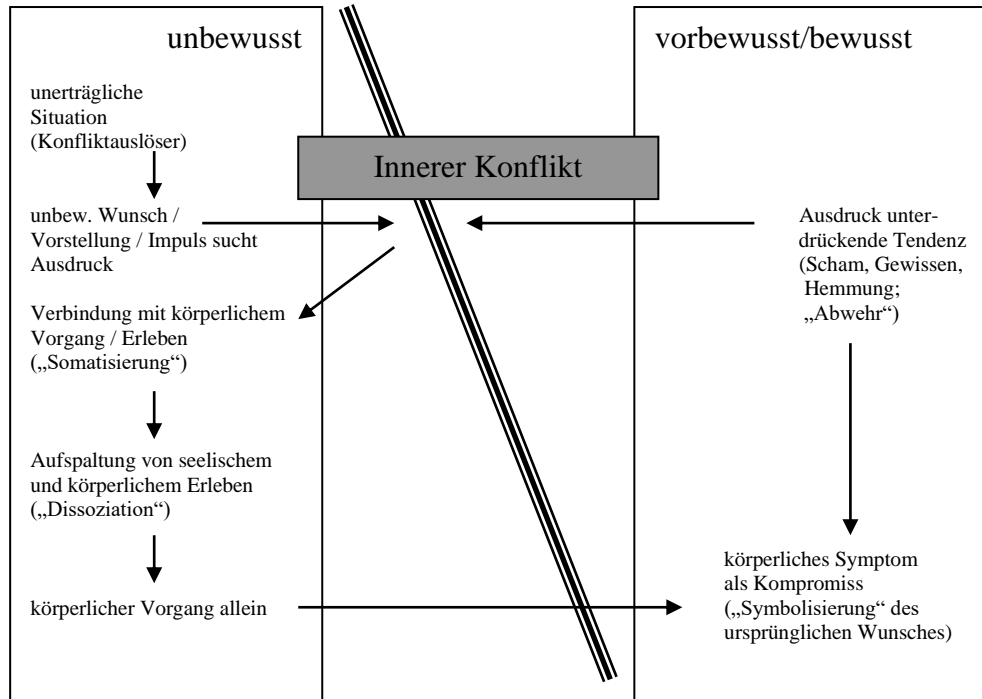
Es erklärt das Zustandekommen gewisser körperlicher Symptome im Bereich des willkürlichen Nervensystems (etwa hysterische Lähmungen) als Folge und Ausdruck *intrapsychischer Konflikte*. Kern des Konflikts ist in aller Regel ein aus der ödipalen Phase der Libidoentwicklung herrührender Wunsch, dessen Vorstellung verdrängt werden muss und dessen begleitende psychische Energie zur Schaffung körperlicher Symptome verwendet wird (Konversion). Die Wahl der Symptome geschieht nicht zufällig, sondern diese verraten symbolisch die Art des zugrundeliegenden Konflikts, der durch die Ausbildung des Symptoms auch eine Lösung erfährt (primärer Krankheitsgewinn).

Dieses Modell sieht im Symptom einen symbolischen Ausdruck psychischer Zustände und wurde von Freud streng auf die Konversionshysterie, eine der *Psychoneurosen*, eingeschränkt.

Die häufig durch vegetative Beschwerden gekennzeichneten *Aktualneurosen* wie Neurasthenie oder Angstneurosen resultieren nach Freud hingegen direkt – ohne Beteiligung psychischer Mechanismen mit der Folge von Symbolbildungen – aus dem weitgehend unspezifischen Umschlag körperlicher Zustände, etwa Verarmung oder Aufstau von Sexualerregung.

Zwei Amerikaner, G.L. Engel und A. Schmale, haben das Konversionsmodell nach dem „Henne-Ei-Prinzip“ untersucht. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass zuerst auch eine körperliche Innervationsstörung vorliegen kann, die sekundär mit Gefühlen, Wünschen und Konflikten besetzt wird. In diesem Sinn prägte Engel die Bezeichnung *somatopsychisch-psychosomatische Krankheiten* (Hänel et al 2008).

Abb. 5: Modell zur Symptombildung bei Konversionsvorgängen (Adler und Hemmeler 1992):



Dieses Modell versucht die Dynamik von unbewussten und bewussten Tendenzen und die Symptombildung als Kompromiss zwischen beiden darzustellen (Hoffmann und Hochapfel 2009).

1.5.2 Die Theorie krankheitsspezifischer Konflikte (Franz Alexander)

Alexander geht davon aus, dass jeder psychosomatischen Störung, wie auch den Neurosen, ein weitgehend *unbewusster emotionaler Konflikt* zugrunde liegt, der im Widerstreit von zwei Bedürfnissen oder von einem Bedürfnis und Verboten liegt. In keinem Fall wird dem Bedürfnis nachgegeben; während die blockierte Bedürfnishandlung jedoch bei der Neurose in der Phantasie ausgeführt wird, wird im Fall der vegetativen (= psychosomatischen) Störung

der Handlung unterlassen; die nicht abgeführte emotionale Spannung ruft chronische vegetative Veränderungen hervor.

Die Form dieser Veränderungen ist zunächst wiederum davon abhängig, welche Bedürfnishandlungen nicht zur Ausführung kommen. Sind dies vornehmlich *aggressive Akte*, so resultiert nach Alexander (1977) eine anhaltende Erregung des sympathischen Nervensystems, wie etwa im Falle von Hypertonikern, wo die angestauten aggressiven Spannungen zunächst zu einer permanenten Blutdruckerhöhung geführt haben sollen, die sich dann sekundär zur Hypertonie entwickelte.

Weitere Krankheiten, die über eine solche sympathische Aktivierung erklärt werden, sind unter anderem Migräne und rheumatoide Arthritis.

Seien es hingegen mehr *passiv-regressive* Wünsche nach Umsorgt- und Behütetsein, die blockiert würden, so komme es vornehmlich zur parasympathischen Erregung mit der Folge von *Ulcus pepticum*, *Colitis ulcerosa* oder Asthma. Welche der Krankheiten innerhalb der beiden großen Kategorien sich entwickelt, hängt gemäß der Theorie wesentlich vom speziellen Charakter des zugrundeliegenden Konfliktes ab (*Konfliktspezifität*), aber auch davon, wie die motivierende psychologische Kraft, d.h. das blockierte Bedürfnis sich eigentlich äußern würde. So kann sich Aggression motorisch durch körperlichen Angriff ausdrücken, ebenso aber in Form von Beschimpfungen oder Vernichtungsphantasien; die vegetativen Folgen der Blockierung dieser verschiedenen aggressiven Handlungen würden dann ebenfalls verschieden sein und zu unterschiedlichen Krankheiten wie Rheuma, Migräne oder auch Hypertonie führen. Ergänzt werden muss, dass nach Alexanders Auffassung die Bedürfnisse oft für lange Zeit in den Hintergrund treten oder anderweitig abgeführt werden können; erst bei ihrer Reaktivierung (wie beim *Ulcus*) oder Zusammenbruch bisheriger Abwehrformen (etwa im Falle der rheumatoiden Arthritis) setze die vegetative Symptomatik ein.

Zu betonen ist, dass sich nach diesem Modell bei den vegetativen Neurosen zwar aus dem Symptom auf den Grundkonflikt schließen lässt, dass die Symptomatik aber nicht, wie bei der Neurose, als Ausdruck intrapsychischer Zustände interpretiert werden kann, und auch der Konflikt durch die Krankheit keine Lösung erfährt.

1.5.3 Das Konzept der Alexithymie

Das Alexithymie –Konzept unterstellt, dass bestimmte Menschen keinen Zugang zu ihrer Emotionalität haben. Französische Autoren (Marty und de M`Uzan) stellten die oft untersuchte Hypothese auf, dass Menschen mit psychosomatischen Krankheiten eine spezifische Persönlichkeitsstruktur besäßen. Das wesentliche Merkmal dieser Struktur sei die Unfähigkeit dieser PatientInnen, ihre Gefühle wahrzunehmen und mit Worten zu beschreiben. Dieses Konzept der „psychosomatischen Struktur“ deckt sich weitgehend mit dem der Alexithymie amerikanischer Autoren (Sifneos, Nemiah). Auch die Schwierigkeit, Gefühlsvorgänge zu „lesen“ (= Alexithymie), die bei vielen PatientInnen mit so genannten Psychosomatischen Krankheiten vorzuliegen scheint, fehlen bis heute Belege für die Spezifität solcher Persönlichkeitszüge, die berechtigten, sie als „psychosomatisch“ zu bezeichnen. Der fehlende Zugang zur Welt der Gefühle und Fantasien kennzeichnet viele Menschen, Gesunde wie Kranke. Ernstzunehmende Forschungsergebnisse machen jedoch wahrscheinlich, dass Menschen, die solchermaßen keinen Kontakt zu ihrer Emotionalität haben, für die Entwicklung psychosomatischer Störungen eher gefährdet sind, das heißt, sie sind bei solchen Störungen statistisch überrepräsentiert. Die Alexithymie genannten Phänomene scheinen demnach psychosomatische Symptome eher zu begünstigen als zu verursachen. Vielleicht erhöhen sie die entsprechende Vulnerabilität (Hoffmann u. Hochapfel 2009, 67ff).

1.5.4 Max Schur: Die Theorie der De- und Resomatisierung

Max Schur beschreibt die Entwicklungs - und Reifungsvorgänge des gesunden Kindes als einen fortlaufenden Prozess der Desomatisierung. Während das Neugeborene aufgrund seiner noch unentwickelten, nicht ausdifferenzierten psychischen und somatischen Strukturen auf Störungen seiner Homöostase körperlich, unkoordiniert, unbewusst, primär-prozesshaft reagiert, erlaubt die zunehmende Reifung und Strukturierung des Ichs im Laufe der Zeit mehr psychisch bewusste, sekundär-prozesshafte Verarbeitungsformen.

Unter bestimmten Bedingungen ist der Reifungsvorgang der Desomatisierung umkehrbar. Wenn zum Beispiel eine bestimmte innere oder äußere Gefahr nicht mehr mit den frei verfügbaren Energien bewältigt werden kann, so kommt es unter dem Druck der dadurch

entstehenden Angst zu einer Regression in somatische Reaktionen. Das ist der Vorgang, den Schur als Resomatisierung bezeichnet.

1.5.5 Alexander Mitscherlich: Das Konzept der zweiphasigen Verdrängung

Grundvoraussetzung menschlichen Lebens und damit also auch menschlicher Krankheit ist für Mitscherlich die Gleichzeitigkeit leiblicher und seelischer Prozesse. Er weist darauf hin, dass nicht nur die bewussten Affekte ihre körperlich korrespondierenden Erregungskorrelate haben, sondern dass dies ebenso für unbewusste Prozesse und Affekte gilt. Mitscherlich ist der Meinung, dass der Mensch zur Lösung einer gravierenden Konfliktsituation die Möglichkeit hat, auf eine körperliche Antwort im Sinne einer somatischen Erkrankung auszuweichen. Dieses Ausweichen ins Körperliche kann prinzipiell einen erfolgreichen Lösungsversuch darstellen. Die erste Phase der Bewältigung einer chronischen Belastung besteht nach Mitscherlich in der Mobilisierung psychischer Abwehrkräfte mit neurotischer Symptombildung um den Preis der Einengung des Ichs. Kann das eingeengte Ich die weiter anhaltende Dauerbelastung nicht mehr bewältigen, erfolgt die zweite Phase der Verdrängung, die eine Verschiebung in körperliche Abwehrvorgänge zur Folge hat und zur Ausbildung eines körperlichen Symptoms führt. In jedem Fall geht der organischen Symptombildung der Konfliktlösungsversuch mit psychischen Mitteln voraus.

1.5.6 Das lerntheoretische Konzept

Das lerntheoretische Konzept geht von der Annahme aus, dass bei der Entstehung und beim Fortbestehen psychischer Störungen Lernprozesse von entscheidender Bedeutung sind. Psychische Störungen werden als Verhaltensstörungen verstanden, die entweder durch unerwünschte oder durch fehlende Lernprozesse entstanden sind und deswegen auch durch erneute Lernprozesse beseitigt werden können. Viele Lerntheoretiker halten die Angst für einen zentralen Faktor bei neurotischen Störungen. Sie gehen davon aus, dass das affektive Verhalten körperliche Reaktionen auf dem Gebiet des autonomen Nervensystems und im endokrinen Bereich einbezieht, welche unter Umständen zu einer Gewebeschädigung führen kann. Das Problem der Organwahl erklären sie durch das Vorhandensein von individuellen Unterschieden in den Mustern vegetativer Reaktionsbereitschaft auf Belastungen. Seit

experimentell belegt wurde, dass nicht nur das vegetative, sondern auch das Immunsystem konditionierbar ist, hat dieses Konzept an Bedeutung gewonnen.

1.5.7 Das Stressmodell

Obwohl sehr unspezifisch hat sich das Stressmodell in der Psychosomatischen Medizin breit durchgesetzt. Stress bedeutet, das Missverhältnis eines äußeren oder inneren Reizes zur „normalen“ Verarbeitungsmöglichkeit. Eine verstärkte Reaktion zur Bewältigung dieser Anforderung ist die Folge. Am Anfang dieser Forschung stand Cannon mit der Beschreibung der *Notfallreaktion* zu Beginn des vorigen Jahrhunderts. Er verstand sie als Ergebnis einer komplexen vegetativen Steuerung, welche eine Homöostase im Organismus zu erhalten bestrebt ist. H. Selye, der eigentliche Autor des Stresskonzepts, entwickelte im Laufe mehrerer Jahrzehnte die Theorie des *Allgemeinen – Anpassungs – Syndroms* (general adaptation syndrome, GAS).

Das GAS umfasst normalerweise drei nacheinander ablaufende Phasen:

- Alarmreaktion (der Körper zeigt Folgen der Stressoreinwirkung, die Leistung fällt ab)
- Widerstand (der Körper beginnt auf den Stressor zu reagieren, Anpassungen erhöhen die Leistungsfähigkeit) und
- Erschöpfung (wenn der Stressor unverändert einwirkt, kommt es zum Zusammenbruch und Tod des Organismus).

Hinsichtlich der Wirkungen des Stresses unterschied Selye auf der einen Seite eine stimulierende Wirkung, die den Organismus trainiert und Leistung fördert (*Eustress*) und den schädigenden Einfluss (*Distress*). Welche Organe von der Schädigung betroffen sind, d.h. welche Krankheiten sich unter Stressbedingungen entwickeln, hielt Selye für das zufällige Ergebnis vorangegangener Konditionierungen.

1.5.8 Das biopsychosoziale Modell

Eine Perspektive zur Überwindung der dichotomen Betrachtungsweise von Leib (Materie) und Seele (Geist) in der Medizin realisiert G.L. Engel (1976) gemeinsam mit G.E.Schwarz

mit der Ausformulierung und Propagierung des biopsychosozialen Modells als eine medizinische Theorie.

Engel formuliert sein Modell entsprechend der allgemeinen Systemtheorie, wonach die Natur als eine hierarchische Ordnung von Systemen anzusehen ist. In dieser Hierarchie repräsentiert jede Ebene ein organisiertes, dynamisches Ganzes oder System. Jedes System verfügt über Qualitäten und Beziehungen, die typisch für das entsprechende Organisationsniveau sind. Jede Änderung auf einer Ebene zieht auch eine Veränderung in den anderen Ebenen nach sich. Die Person wird als Ganzes gesehen, als ein organisiertes System, das wiederum aus Subsystemen besteht, die bis auf die molekulare Ebene reichen, erweitert jedoch um jene Phänomene, die das System Person selbst produziert und die in den darunter liegenden Ebenen noch gar nicht existieren (Egger 2000).

Demzufolge ist Gesundheit ein erfolgreicher Anpassungsprozess auf biochemischer, physiologischer, immunologischer, sozialer und kultureller Ebene.

Aus der Sicht der EA wird dadurch ein Aspekt der Geistigkeit des Menschen herausgehoben, nämlich jener des Umgangs mit der sozialen Welt („Mitwelt“). Andere, intimere Aspekte der Geistigkeit sind dieser Formulierung nicht subsummiert, wie die Beziehungsfähigkeit zur (Umwelt), zur Innenwelt, zur „Überwelt“ (Transzendenz“), sowie die expliziten Fähigkeiten wie Freiheit, Sinnstrebigkeit, Gewissenhaftigkeit, Verantwortlichkeit, usw. (Längle 2008, 70).

1.5.9 Psychoimmunologie

Psychoimmunologie bezeichnet den Forschungsbereich, der sich mit den zahlreichen Wechselwirkungen zwischen seelischem Erleben und Verhalten einerseits und der Aktivität des Immunsystems andererseits auseinandersetzt.

Neuere Beobachtungen zeigen, dass dem zentralen Nervensystem bei der Regulation und Modulation der Abwehrmaßnahmen eine entscheidende Rolle zukommt. Als Schaltstation zwischen höheren zentralnervösen Zentren und der Peripherie hat der Hypothalamus über Neurotransmitter und Neurohormone Einfluss auf viele Körperfunktionen und somit auch auf das Immunsystem.

Den Kortikoidspiegeln, aber auch den Hypophysenhormonen fällt eine wichtige Rolle zu. Auch eine direkte Faserverbindung vom neuralen zum lymphozytären System wurde in der

Milz und in der Haut nachgewiesen. Über das Immunsystem ist die Psyche an der Genese und dem Verlauf der meisten Krankheitsbilder direkt oder indirekt beteiligt. Offensichtlich können psychische Faktoren die Abwehrlage sowohl im Sinne einer Stärkung wie einer Schwächung beeinflussen.

Wiederholt wurde nachgewiesen, dass psychische Belastungen (Verlust durch Tod, Trennung oder Scheidung) zu einer Depression des Immunsystems führen. Das bedeutet eine Reduktion der T-Lymphozyten und der Helferlymphozyten. Stress bedeutet eine schlechtere Reparaturfähigkeit geschädigter DNS, außerdem wird die Aktivität von Killerzellen herabgesetzt und dadurch eine schlechtere Zerstörung und Elimination mutanter Zellen bewirkt. Bei Autoimmunkrankheiten spielt eine inadäquate Immunantwort bei der Auslösung und der Weiterentwicklung der Krankheit eine entscheidende Rolle (Hoffmann und Hochapfel 1999).

1.5.10 H. Weiner: Ein integratives Modell von Krankheit

Nach diesem Modell wird *Gesundheit* nicht als die Abwesenheit von Krankheit, sondern eher als erfolgreiche psychobiologische Anpassung an die Umwelt definiert. *Krankheit* wird als Beeinträchtigung oder Störung bestimmter Anteile der Struktur oder der Funktion eines Menschen verstanden. Krankheit ist nicht der einzige Grund für ein Krankheitsgefühl oder Leiden. Dieses entspringt auch der Unfähigkeit eines Menschen, sich an verschiedene Umweltsituationen oder an eine Krankheit anzupassen. Leiden resultiert aus der Diskrepanz zwischen den adaptiven Möglichkeiten von Menschen und den Anforderungen, denen sie ausgesetzt sind. In diesem Modell hat *Behandlung* die Aufgabe, das adaptive Versagen zu verbessern oder zu korrigieren und nicht dem schwer definierbaren Modell einer „Heilung“ zu folgen.

Die Faktoren, die mit der *Auslösung* von Krankheiten oder Beschwerden verbunden sind, unterscheiden sich oft, wenn nicht immer, von solchen, die den Krankheitsprozess *aufrechterhalten*. So versucht die integrative Sichtweise, die zahlreichen Faktoren zu berücksichtigen, die verantwortlich sind für die Prädisposition, die Auslösung, die Aufrechterhaltung, die Chronifizierung und den unterschiedlichen Spontanverlauf von Krankheit und Leiden – dies mit den Konsequenzen für den Kranken, seine Familie und die Gesellschaft, in der er lebt. Die vielfältigen, interagierenden Faktoren sind genetisch, bakteriell, immunologisch, nutritiv, entwicklungsbestimmt, psychologisch, verhaltensbedingt

und sozial. Also eine multifaktorielle Genese aller Erkrankungen. Der Integrative Standpunkt ist prozess- und nicht strukturorientiert. Er versucht dem Paradoxon Rechnung zu tragen, dass ein Mensch Symptome ohne anatomische Läsion oder physiologische Funktionsstörung haben kann.

Weiner sieht Leiden und Krankheit als einen Zusammenbruch der biologischen Anpassung, der zu anatomischen Läsionen führen kann, aber nicht muss. Der Zusammenbruch kann sich auf verschiedenen Ebenen der biologischen Organisation – von der psychologischen bis zur immunologischen – abspielen; er kann zahlreiche Formen annehmen und auf unterschiedlichen Wegen zur gleichen Erkrankung führen. Diese Sicht vertritt also eine nichtlineare Natur der Ätiologie, der Aufrechterhaltung und der Behandlung von Leiden und Krankheit und versucht unser Wissen über die Rolle psychischer und sozialer Faktoren in jedem Stadium einzubeziehen (Hochmann u. Hochapfel 2009, 84 ff).

1.5.11 Weitere aktuelle Erklärungsversuche

Mithilfe neuer Untersuchungsmethoden (z.B. der funktionellen Magnetresonanz-Tomografie) und neuer Erkenntnisse in der Neurologie (Neuroplastizität) und in der Genetik (Epigenetik, Genregulation) wurden neue Einsichten in das Zusammenspiel von Erleben und Körpervorgängen, aber auch Bestätigungen für den Sinn alter Konzepte gefunden (Kollbrunner 2010, S31).

Die epigenetische Forschung konnte nachweisen, dass Umwelteinflüsse und ganz besonders Beziehungserfahrungen entscheidende Auswirkungen darauf haben, ob bestimmte Gene zu bestimmten Zeitpunkten abgelesen (transkribiert) werden oder nicht. Damit zeigte sich die fortwährende Synthese der Grundsubstanz des individuellen Lebens – der Eiweiße in Form von Strukturproteinen, Peptiden, Enzymen und Antikörpern – als in hohem Maß abhängig von unserer individuellen Lebensgeschichte und Lebenssituation.

In der Neurologie wurde unter dem Stichwort „Neuroplastizität“ deutlich, wie stark unser zentrales Nervensystem von Lernerfahrungen abhängig ist, und zwar nicht nur funktionell, sondern auch morphologisch (Deneke 2001, 120): „Die Korrelation von Lernen mit funktionellen hirnhysiologischen Veränderungen hat uns zwar nicht überrascht, wohl aber der Nachweis, dass bestimmte Hirnregionen durch bestimmte Arten chronischer psychosozialer Belastungen verkümmern oder unter bestimmten lebensgeschichtlichen Bedingungen an Hirnsubstanz zunehmen können“.

Frühe psychobiologische „Narben“ führen zu emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen mit

- signifikanten Häufungen unreifer Konfliktbewältigungsstrategien,
 - reduziertem Selbstwerterleben,
 - eingeschränkter sozialer Kompetenz,
 - gesundheitlichen (und oft sexuellem) Risikoverhalten,
 - entsprechender Gefahr der Retraumatisierung,
 - Alkohol, Drogen und anderen Selbstverletzungen. (Loeb 2008, S339 f.)
- Es zeigen sich Defizite in allen vier Grundmotivationen, besonders aber ein eingeschränkter Lebensvollzug in der 2. und 3. Grundmotivation.

1.6 Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)

1.6.1 Definition und Symptomatologie; pathologische Anatomie und Pathophysiologie

1.6.1.1 Colitis ulcerosa (Cu)

Die Colitis ulcerosa ist eine schubweise verlaufende Entzündung der oberflächlichen Dickdarmschleimhaut. Das Rektum (Mastdarm) ist zu 95% befallen, und sie dehnt sich von hier nach proximal aus. Die Patienten leiden bis zu 30-mal am Tag unter blutig-schleimigen Durchfällen, die mit krampfartigen Schmerzen einhergehen. Oft kommen Übelkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Fieber, Anämie, Eiweiß- und Elektrolytverlust mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens hinzu. Die schwerwiegendste Komplikation stellt das toxische Megakolon bzw. eine Kolonperforation dar. Das relative Karzinomrisiko ist zwanzigfach erhöht und hängt von der Erkrankungsaktivität ab (Moser 2007). Die Erkrankung verläuft zu 90 % chronisch-rezidivierend.

Extraintestinale Manifestationen, die den Verlauf der CU wesentlich mitbestimmen können, korrelieren nur zum Teil mit der Krankheitsausbreitung und – aktivität. Sie können der intestinalen Symptomatik auch Jahre vorausgehen und sollten bei Auftreten immer an die Möglichkeit des Vorliegens einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung denken lassen.

Erwähnenswert sind Entzündungen im Bereich der Haut, der Augen, der Mundschleimhaut, der Gelenke und die weitaus gefährlichste extraintestinale Manifestation stellt die primär sklerosierende Cholangitis (Gallengangsobstruktion) dar (die Häufigkeit beträgt 3 %).

1.6.1.2 Morbus Crohn (MC)

Der Morbus Crohn ist eine schubweise verlaufende, diskontinuierlich segmentale Entzündung auch der tiefen Wandschichten, die den gesamten Gastrointestinaltrakt befallen kann. Am häufigsten ist das terminale Ileum (ein Teil des Dünndarms) betroffen; zu 50 % greift die Entzündung auf das Kolon über. Andere Abschnitte sind seltener befallen (Hänel et al. 2008). Pathologisch-histologisch werden nicht nur Entzündungen und Geschwürbildungen im Bereich der Schleimhaut, sondern auch entzündliche Veränderungen und granulomatöse Einlagerungen in der restlichen Darmwand und den umgebenden Lymphknoten gefunden. Das klinische Bild kann breit gefächert sein: schleimig-wässrige Durchfälle, krampfartige Unterbauschmerzen, Fieber, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust; begleitende Entzündungserscheinungen speziell im Bereich der Gelenke, Augen, Haut und Leber. Diese extraintestinalen Manifestationen können auch unabhängig von der entzündlichen Krankheitsaktivität des Darmes auftreten (Moser 2007)

Eine häufige Komplikation ist die Ausbildung von perianalen Läsionen und Fisteln (Verbindungsgängen), die oft in die benachbarten Darmschlingen, in die Haut oder andere Hohlräume (z.B. Vagina) durchbrechen. Ca. 90 % aller Mb. Crohn Patienten brauchen mindestens einmal im Leben wegen einer Komplikation eine Operation (Stenosen, Fisteln, Abszesse, Perforationen...). Bei 20 % der operierten Patienten wird innerhalb von 5 Jahren ein Rezidiveingriff erforderlich.

1.6.2 Ersterkrankungsalter, Epidemiologie, familiäre Häufung und Vererbung

Nach Angaben der meisten Autoren fällt der Beginn der Colitis ulcerosa etwa zwischen das 15. und 40. Lebensjahr. Erkrankungen im Kindesalter sind selten, aber häufiger als Neuerkrankungen im höheren Lebensalter. Die Krankheit verläuft im Allgemeinen schubförmig mit weitgehender zwischenzeitlicher Ausheilung und längeren beschwerdefreien Intervallen. Die Geschlechterverteilung ist nahezu ausgeglichen.

Die ersten Symptome eines Morbus Crohn treten bei den meisten Patienten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auf. Allerdings gibt es auch noch zahlreiche Ersterkrankungen nach dem 50. Lebensjahr. Die Krankheit verläuft schubweise, wobei jedoch eine völlige Ausheilung zwischen den Schüben selten ist (Köhler 1995).

An einer Cu erkranken etwa 40 von 100 000 Personen (Hänel et al 2008). In der Literatur gibt es hier unterschiedliche Angaben (bis 100 / 100 000 Einwohner) (Moser 2007). Damit ist die Cu eine letztlich eher seltene Erkrankung, etwa 20-50mal seltener als eine Ulkuserkrankung.

Die Prävalenzrate für Morbus Crohn liegt in Mitteleuropa bei etwa 36 pro 100 000 Einwohner.

Beide Geschlechter sind etwa gleich betroffen, möglicherweise mit einem leichten Überwiegen der Frauen bei Colitis ulcerosa.

Hohe Konkordanzraten bei eineiigen, verhältnismäßig niedrige bei zweieiigen Zwillingen legen eine ausgeprägte Erbkomponente sowohl für Cu als auch für MC nahe (Martini 1988).

1.6.3 Auslösesituationen

Bei dem meist relativ angegrenzten Beginn der Cu oder eines ihrer Rezidive hat man immer wieder versucht, typische auslösende Situationen herauszufinden. Insbesondere psychoanalytisch orientierte Forscher haben diesen Auslösesituationen eine wesentliche psychodynamische Bedeutung zugemessen. Wissenschaftlichen Untersuchungen dazu zeigen höchst unterschiedliche Ergebnisse. Die Bewertung dieser widersprüchlichen Befunde ist schwierig. Man kann wohl sagen, dass – wenn überhaupt Lebensereignisse den Verlauf der CED negativ beeinflussen – dies eher ein Effekt von unspezifischer Belastung sein dürfte als das Ergebnis psychodynamisch wirksamer besonderer Vorkommnisse.

1.6.4 Pathogenese der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

Die Ätiologie und Pathogenese der CEDs ist nach wie vor nicht geklärt.

Es handelt sich dabei um Erkrankungen mit multifaktorieller Genese, wobei das Verständnis derselben in einem Zusammenspiel bzw. der Interaktion zwischen dem genetisch determinierten darmassoziierten Immunsystem und Umweltfaktoren (Infektionen, Ernährungsgewohnheiten) zu suchen ist.

Aus dieser Interaktion lassen sich neben familiären und ethnischen Dispositionen auch sozioökonomische und geographische Faktoren ableiten.

Man geht heute von einer genetisch determinierten überschießenden Immunantwort der Darmwand auf ein exogen zugeführtes primäres Agens aus, wobei hier insbesondere als Einflussgrößen für Entstehung und Verlauf Mikroben, Ernährung und eventuell das Rauchverhalten diskutiert werden (Kraus 2000).

1.6.5 Therapie

Neben der medikamentösen Therapie der Cu (Corticosteroide, Salicylate, Immunsuppressiva, Antibiotika) kann bei einer konservativ nicht beherrschbaren schweren Colitis (toxisches Megakolon bzw. Komplikationen wie Perforation oder schwerster Blutung) eine Entfernung des Kolon mit oder ohne Rektum notwendig sein (Hammer 2005,119). Diätmaßnahmen zeigten wenig Erfolg.

Die therapeutischen Notwendigkeiten sind beim Morbus Crohn ähnlich gelagert, wie bei der Cu. Chirurgische Interventionen sind allerdings wegen der hohen Komplikationsraten wesentlich häufiger indiziert (Stenosen, Fisteln, Abszesse). Auf Seiten der Ernährung zeigt eine totale parenterale Ernährung eine deutliche Reduktion der entzündlichen Aktivität (Hahn u. Riemann 2000).

1.6.6 Psychologische Erklärungsmodelle

Relativ typisch soll für Colitis-Patienten eine Art symbiotische Beziehung zur Mutter sein, die allgemein von den Patienten als kontrollierend und herrschsüchtig beschrieben wird. Die weiblichen Patientinnen bezeichnen ihre Mutter dabei als kalt und lieblos, männliche eher als liebend rücksichtsvoll, ohne dabei die Komponente der Herrschsucht zu übersehen. In dieser symbiotischen Beziehung, die typischerweise bis ins Erwachsenenalter hinein fortbesteht, seien die Patienten ausgesprochen empfindsam für Gefühle und Verhalten der Mutter und würden sich ihrer Herrschaft vollständig unterwerfen, die Liebe der Mutter hänge weitgehend vom Wohlverhalten des Kindes ab (Engel 1981).

Die Beschreibung der Väter ist weniger einheitlich: Die Patientinnen erleben ihn nach Engel meist sanft und passiv, männliche Patienten teils als brutal und strafend, teils auch passiv und schwach. Die Familieninteraktion wird als emotional einengend beschrieben.

Die Familiensituation bei Morbus Crohn wird teilweise ähnlich wie bei Personen mit Colitis ulcerosa beschrieben: eine herrschsüchtige kontrollierende Mutter, mit der das Kind in symbiotisch abhängiger Beziehung stehen soll.

Es gibt aber auch Studienergebnisse die Allgemeingültigkeit dieser Aussagen in Frage stellen (Köhler 1995).

Einige Autoren sehen in den Durchfällen ein symbolisches Ausstoßen eines introjizierten Objekts. Durch die anale Entleerung werde versucht sich von der feindseligen einverleibten Mutter zu befreien (Sperling 1946 In: Köhler 1995).

All diese Gedankengänge sind für den nicht psychoanalytisch orientierten Leser nur bedingt nachvollziehbar, ebenso etwa Modelle, die Colitis ulcerosa als Trauerreaktion begreifen und dabei die Symptomatik als Aggression deuten, welche vom Verlustobjekt weg gegen das eigenen Selbst verschoben ist (Karush 1968 In: Köhler 1995).

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Methodik vieler (älterer) Studien unter testtheoretischen Mängeln leiden.

1.6.7 Psychische und psychosomatische Aspekte der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

Die wissenschaftlichen Daten sprechen nicht für das Vorliegen einer sog. CED-spezifischen Persönlichkeitsstruktur vor Erkrankungsbeginn, die dann zur Entstehung der Erkrankung beiträgt. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen weisen eine komplexe Beziehung

zwischen emotionalen und physischen Symptomen auf und haben einen großen Einfluss auf das soziale Leben der Betroffenen. Frühere Annahmen einer spezifischen Konfliktsituation bei Betroffenen mit CED führten zu Missverständnissen bezüglich der Rolle psychosozialer Faktoren bei diesen Erkrankungen. An einer CED zu leiden bedarf einer Anpassung an die Erkrankung und der Bewältigung von krankheitsspezifischen Sorgen und Ängsten. Studien zeigten einen Einfluss von chronischem Stress und depressiver Stimmung auf den Krankheitsverlauf der CED (Moser 2007).

Das Auftreten von psychischen Störungen, wie Angstsyndromen und Depressionen, korreliert mit dem Schweregrad des Krankheitsbildes und ist eher Folge als Ursache (Drossmann 1992, Helzer 1984 in: Hahn u. Riemann 2000).

Durch die Beschreibung des intrinsischen enterischen Nervensystems wurde die morphologische Grundlage für eine wechselseitige Beeinflussung von Nervensystem und Immunsystem gelegt.

Tab.2: Übersicht psychischer Befunde bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn (Uexküll 1996, 858)

Colitis ulcerosa	Morbus Crohn
STRUKTUR: Selbstentwicklung redatiert, Selbstwertgefühl labil, aggressionsgehemmt, depressiv – zwanghaft	STRUKTUR: selbstsicher, „pseudounabhängig“? zwanghaft-rigide aggressionsgehemmt, nachgiebig emotionale (Pseudo-?)Stabilität
AUSLÖSUNG: Verlusterlebnisse (real, drohend, imaginiert) Versagungen	AUSLÖSUNG: Abhängigkeits-/Trennungskonflikt Ambivalenzkonflikt Überforderung (in-between-Situation, Stress)
KRANKHEITSFOLGE: Depressivität, Kränkbarkeit, verstärktes Bedürfnis nach Regression und Abhängigkeit	KRANKHEITSFOLGE: Depressivität, Stimmungslabilität Dissimulationstendenz anorektische Entwicklung kontraphobisches Verhalten psychosoziale Desintegration

2 FRAGESTELLUNGEN

Die vorliegende Arbeit versucht die existenzanalytische Sichtweise der Psychosomatik und die empirischen Befunde aus der Befragung von PatientInnen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen zu verknüpfen. Die 1. und 4. GM, welche in ihrer Funktionalität erhalten sind und überdimensionale Bedeutung erlangen und die 2. und 3. GM, deren Blockade den Zugang zum Gefühl und Gespür für das Eigene verwehrt.

2.1..Fragestellungen

2.1.1 Fragestellung zu Unterschieden zwischen CED-PatientInnen und der Normgruppe

Fragestellung 1: Unterscheiden sich die CED-PatientInnen in ihrem existentiellen Lebensvollzug (gemessen mittels der Skalen des TEM, welche die 4 GM abbilden) von der Normgruppe?

Der TEM wurde in der Studie von P. Eckhardt (2000) an 1013 Personen aller Alters- und Berufsgruppen vorgegeben (= Normgruppe). Mit diesen Werten der Normalbevölkerung werden die TEM-Werte der CED-PatientInnen verglichen.

In der Studie von D. Grabner (2008) zeigten sich signifikant erniedrigte TEM-Scores in allen vier existentiellen Dimensionen in der Gruppe der Psychotherapie-PatientInnen im Vergleich zur Normgruppe.

2.1.2 Fragestellung zu Zusammenhängen zwischen existentiellen GM und der Darstellung der Persönlichkeit

Fragestellung 2: Gibt es Zusammenhänge zwischen den 4 GM (TEM-Werte) und der Persönlichkeitsdarstellung (gemessen mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar, FPI-R) der Personen mit einer CED-Erkrankung?

Inhaltliche Zuordnung der Skalen (Erläuterung in Kap 3.3.2.3) zu den einzelnen GM:

Folgende Skalen des FPI-R werden der 1. GM zugeordnet:

- Gehemmtheit (auch 3. GM)
- Aggressivität (in allen 4 GM als Copingmechanismus möglich)
- Gesundheitssorgen
- Emotionalität (auch 2. u. 3. GM)

Folgende Skalen werden der 2. GM zugeordnet:

- Aggressivität
- Leistungsorientierung (auch 3. GM)
- Soziale Orientierung (auch 3. GM)
- Lebenszufriedenheit
- Beanspruchung
- Extraversion
- Emotionalität

Folgende Skalen werden der 3. GM zugeordnet:

- Gehemmtheit
- Soziale Orientierung
- Erregbarkeit
- Aggressivität
- Offenheit
- Emotionalität
- Leistungsorientierung
- Extraversion

Folgende Skalen werden der 4. GM zugeordnet:

- Aggressivität
- Leistungsorientierung

2.1.3 Fragestellungen zu den weiteren unabhängigen Variablen

2.1.3.1 Unterschiede zwischen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn

Fragestellung 3: Unterscheiden sich Colitis ulcerosa - PatientInnen von Morbus Crohn-Erkrankten in der Beantwortung des TEM?

Fragestellung 4: Unterscheiden sich Colitis ulcerosa – PatientInnen von Morbus Crohn-Erkrankten im Antwortverhalten des FPI-R?

In den meisten Studien wird nicht zwischen den beiden Diagnosen differenziert, sondern sie werden als Gesamtstichprobe oder als einzelne Diagnose mit gesunden Personen oder anderen (psychosomatischen) PatientInnen verglichen.

In einigen Studien zeigten sich bei Morbus Crohn – PatientInnen erhöhte Hypochondrie – und Neurotizismus-Werte (Köhler 1995). Robertson et al (1989) verglichen die beiden Diagnosegruppen getrennt voneinander mit Diabetes-PatientInnen. Auch hier fanden sich erhöhte Neurotizismus-Werte bei beiden CED-Diagnosen.

2.1.3.2 Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit der Diagnose CED

Fragestellung 5: Gibt es Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Antwortverhalten den TEM betreffend?

Fragestellung 6: Gibt es Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Antwortverhalten das FPI-R betreffend?

Häuser (1985) stellte mit dem FPI bei Morbus Crohn – Patientinnen gegenüber den Normwerten eine ausgeprägte Aggressionshemmung fest. Bei den männlichen Probanden mit Crohnscher Erkrankung ließ sich diese Aggressionshemmung nicht nachweisen; im Gegenteil sie zeigten überdurchschnittliche Werte in der Skala Erregbarkeit und Neurotizismus. Da hier nur für die Diagnose Mb. Crohn eine Aussage getroffen wurde, kann nicht auf die Gesamtstichprobe CED geschlossen werden.

2.1.3.3 Altersunterschiede

Fragestellung 7: Gibt es Unterschiede in den Altersgruppen in der Beantwortung des TEM?

Fragestellung 8: Gibt es Unterschiede in den Altersgruppen im Antwortverhalten das FPI-R betreffend?

2.1.3.4 Bildungsgruppenunterschiede

Fragestellung 9: Gibt es aufgrund des Bildungsniveaus Unterschiede in der Beantwortung des TEM?

Fragestellung 10: Gibt es aufgrund des Bildungsniveaus Unterschiede in der Beantwortung das FPI-R betreffend?

2.1.3.5 Unterschiede in der Haushaltsform (allein oder in Partnerschaft lebend)

Fragestellung 11: Gibt es Unterschiede in der Beantwortung aufgrund der Haushaltsform den TEM betreffend?

Fragestellung 12: Gibt es Unterschiede in der Beantwortung aufgrund der Haushaltsform das FPI-R betreffend?

3 METHODE

3.1 STICHPROBENAUSWAHL

3.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Daten für die statistische Auswertung wurden an einer klinischen Stichprobe von 57 Personen mit den Diagnosen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn erhoben. Die Untersuchungsteilnehmer wurden im Universitätsklinikum Graz in der Spezialambulanz für chronisch entzündliche Darmerkrankungen der Gastroenterologie und Hepatologie rekrutiert. Die PatientInnen verfügen über einen zuvor vereinbarten Ambulanztermin und im Rahmen dieses Besuches wurden die Fragebögen, wenn die/der PatientIn einverstanden war, ausgehändigt. Von 60 ausgeteilten Fragebögen wurden 57 zurückgegeben, von welchen aber nicht alle auswertbar waren.

Eine Probandin nutzte das Angebot der Nachbesprechung der Untersuchungsergebnisse und eines supportiven Psychotherapieangebotes.

Insgesamt nahmen 57 PatientInnen an der Untersuchung teil.

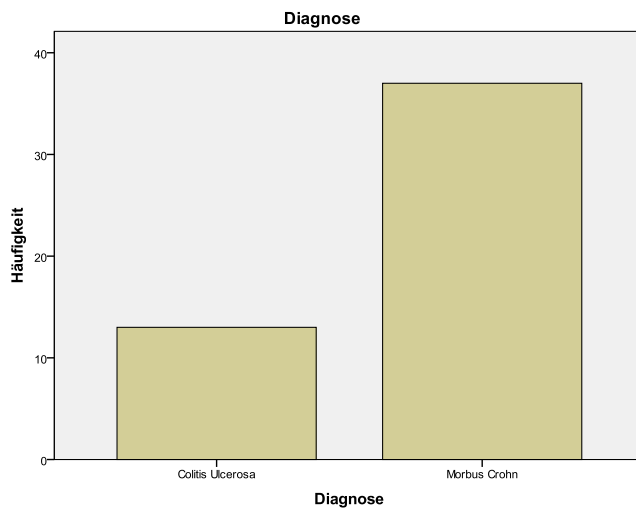
7 TeilnehmerInnen machten keine Angaben eine differenzierte Diagnose betreffend. Es kann angenommen werden, dass nicht für alle PatientInnen die genaue Diagnosestellung bereits vollzogen worden ist, da diese erst über einen längeren Beobachtungszeitraum gestellt werden kann. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass alle befragten Personen an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung „leiden“.

Tab. 3 und Abb. 6 zeigen die Anzahl und die Diagnosen der befragten Personen.

Tab. 3: Anzahl der untersuchten Personen und Diagnosezugehörigkeit

	Colitis ulcerosa	Morbus Crohn	ohne Diagnose*	Gesamt
Stichprobengröße	n = 13	n = 37	n = 7	N = 57
Prozent	22,8	64,9	12,3	100,0

Abb. 6: Diagnosenverteilung:



3.2 Stichprobencharakteristika

3.2.1 Alter

Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 38 Jahre, wobei die Altersuntergrenze bei 20 Jahren und die Altersobergrenze bei 81 Jahren lag. Das Alter war über die Gesamtstichprobe hinweg normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov Anpassungstest, $p= 0.23$, n.s.). Für die Auswertung wurde die Gesamtstichprobe in drei etwa gleich große Altersgruppen geteilt. Die erste Gruppe umfasste 20 bis 30-Jährige, die zweite Gruppe 31-45-Jährige und die dritte Gruppe 46-81-Jährige.

Tab. 4 veranschaulicht die Altersverteilung.

Tab. 4: Altersgruppen

Altersgruppen		Häufigkeit	Prozent
20-30-Jährige	1	n = 23	40,4
31-45-Jährige	2	n = 17	29,8
46-81-Jährige	3	n = 17	29,8
Gesamt		N = 57	100,0

3.2.2 Geschlecht

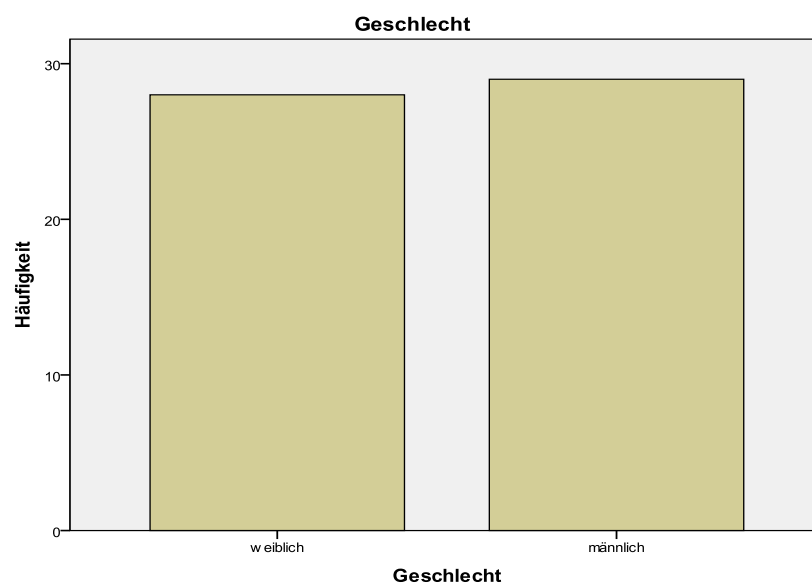
Insgesamt nahmen 28 Frauen und 29 Männer an der Untersuchung teil.

Tab. 5 und Abb. 7 veranschaulichen die Geschlechtsverteilung und ihre Diagnosenzugehörigkeit.

Tab. 5: Geschlechtsverteilung und Diagnosen in der Stichprobe

Geschlecht	Colitis ulcerosa	Morbus Crohn	CED (ohne nähere Bezeichnung)	Häufigkeit
Weiblich	3	22	3	28
Männlich	10	15	4	29
Gesamt	13	37	7	57

Abb. 7: Geschlechtsverteilung



3.2.3 Schulabschluss

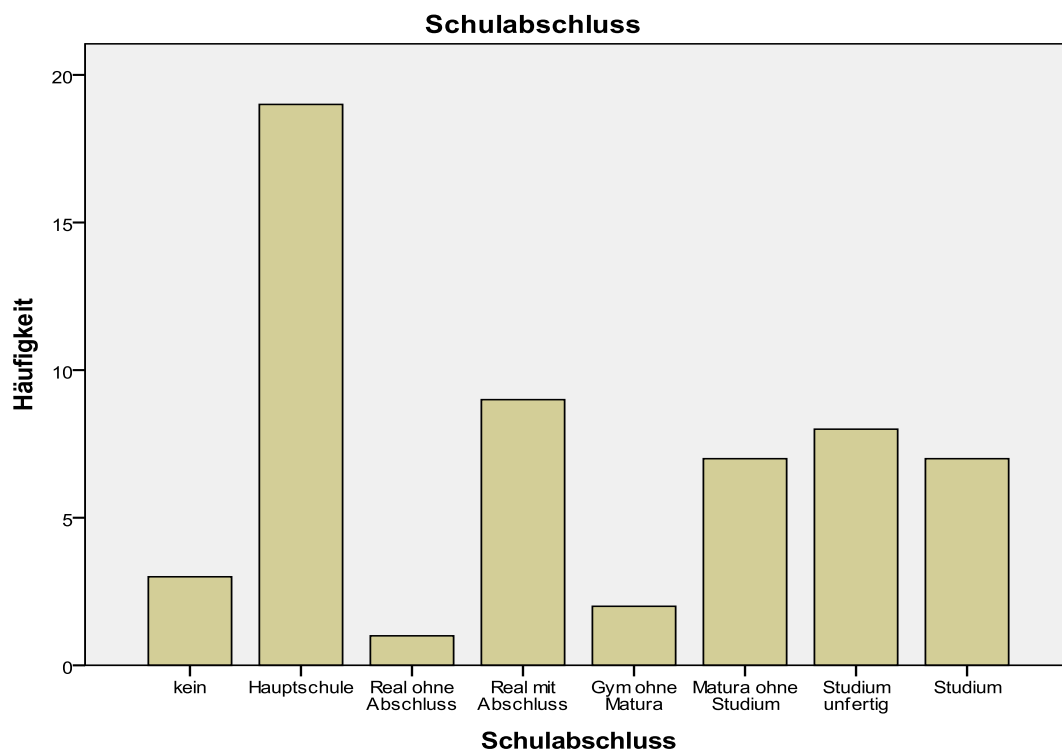
Von den 57 befragten Personen hinterließ eine Person diese Kategorie unausgefüllt.

Das Bildungsniveau bzw. den Schulabschluss zeigt Tab. 6 bzw. Abb. 8.

Tab. 6: Schulabschluss

Schulabschluss	Häufigkeit	Gültige Prozente
Kein Schulabschluss	3	5,4
Hauptschule	19	33,9
Realschule ohne Abschluss	1	1,8
Realschule mit Abschluss	9	16,1
Gymnasium ohne Matura	2	3,6
Matura ohne Studium	7	12,5
Studium ohne Abschluss	8	14,3
Studium	7	12,5
Ohne Angabe	1	

Abb. 8:



Für die Auswertung wurde der Schulabschluss (Bildungsniveau) in 2 Gruppen geteilt, wobei die erste Bildungsgruppe „kein Abschluss, Hauptschule, Lehre, Fachschule“ beinhaltet; die zweite Bildungsgruppe die Bildungsstufen „Matura, un abgeschlossenes Studium und abgeschlossenes Studium“ beinhaltet. Tab. 7 zeigt diese Aufteilung und deren Häufigkeiten.

Tab.7: Bildungsgruppen

Bildungsgruppen		Häufigkeit	Gültige Prozente
Hauptschule, Lehre, Fachschule	1	34	60,7
Matura, Studium	2	22	39,3
Ohne Angabe		1	
Gesamt		57	100

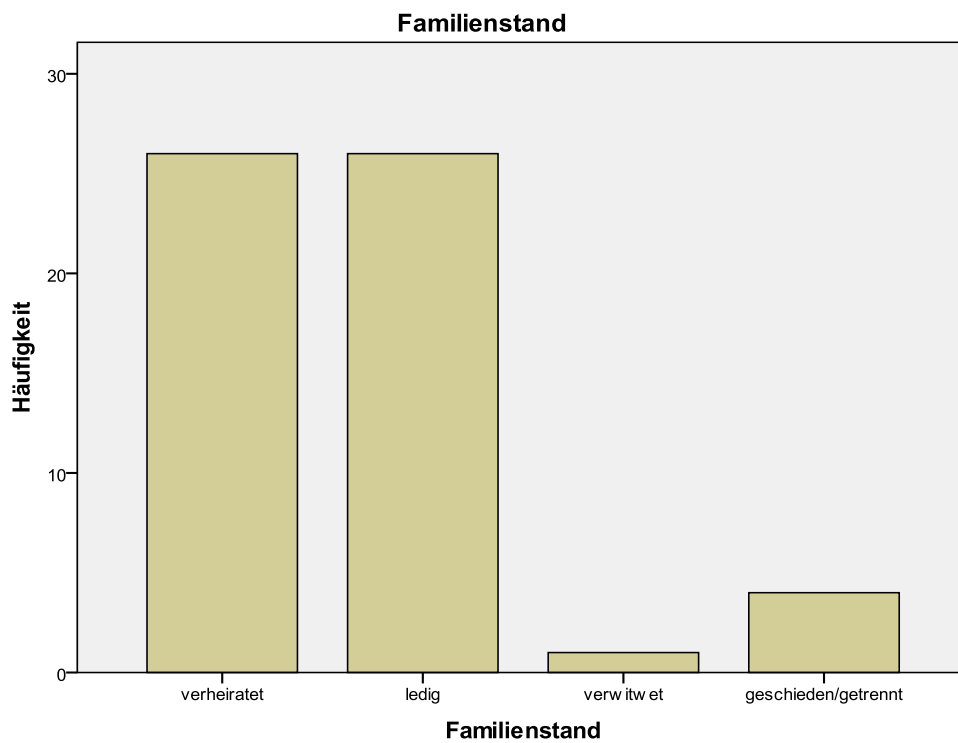
3.2.4 Familienstand

Zum Familienstand wurden 4 Kategorien abgefragt. Tab. 8 und Abb. 9 zeigen die Kategorien und ihre Frequenzen und deren grafische Darstellung.

Tab. 8: Frequenzen zur Familienstandsangehörigkeit

Kategorien	Häufigkeit	Prozent
verheiratet	26	45,6
ledig	26	45,6
verwitwet	1	1,8
geschieden/getrennt	4	7,0
Gesamt	57	100,0

Abb. 9:



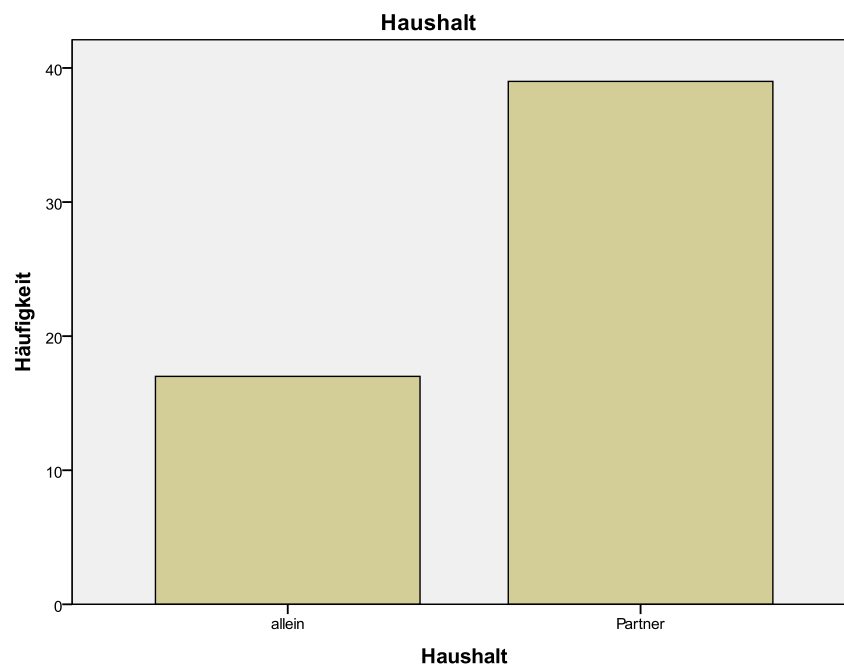
3.2.5 Haushalt

Um die Lebenssituation abzufragen, wurde die PatientInnen über die Form ihrer Haushaltsführung befragt. Eine Person machte dazu keine Angaben. Es standen 2 Kategorien zur Auswahl: „allein lebend“ oder „zusammenlebend mit Ehepartner(in)/Lebenspartner(in)“. Tab. 9 und Abb. 10 veranschaulicht diese Verteilung.

Tab. 9:

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Allein lebend	17	30,4
Zusammenlebend mit Ehepartner(in)/Lebenspartner(in)	39	69,6
Ohne Angaben	1	
Gesamt	57	100,0

Abb. 10:



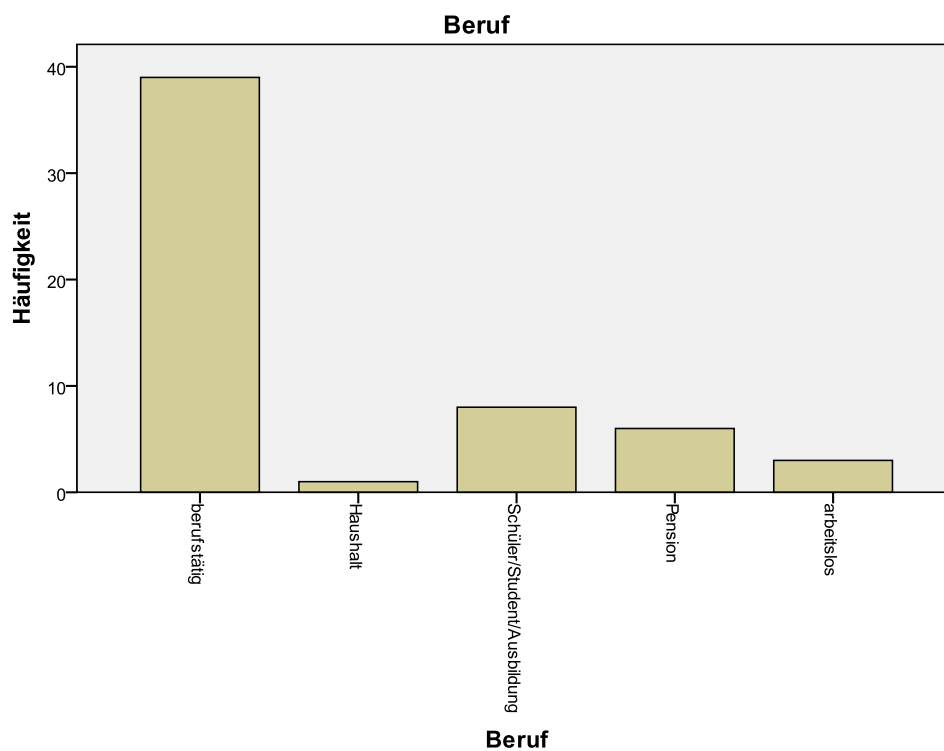
3.2.6 Beruf

Der nächste Aspekt betrifft die Berufstätigkeit bzw. welche andere Form der Tätigkeit den Lebensmittelpunkt darstellt. Tab. 10 und Abb. 11 bilden dies ab.

Tab. 10: Beschäftigungsstatus

Tätigkeit	Häufigkeit	Prozent
berufstätig	39	68,4
im Haushalt tätig	1	1,8
Schüler / Student / in Ausbildung	8	14,0
Pension	6	10,5
arbeitslos	3	5,3
Gesamt	57	100

Abb. 11:



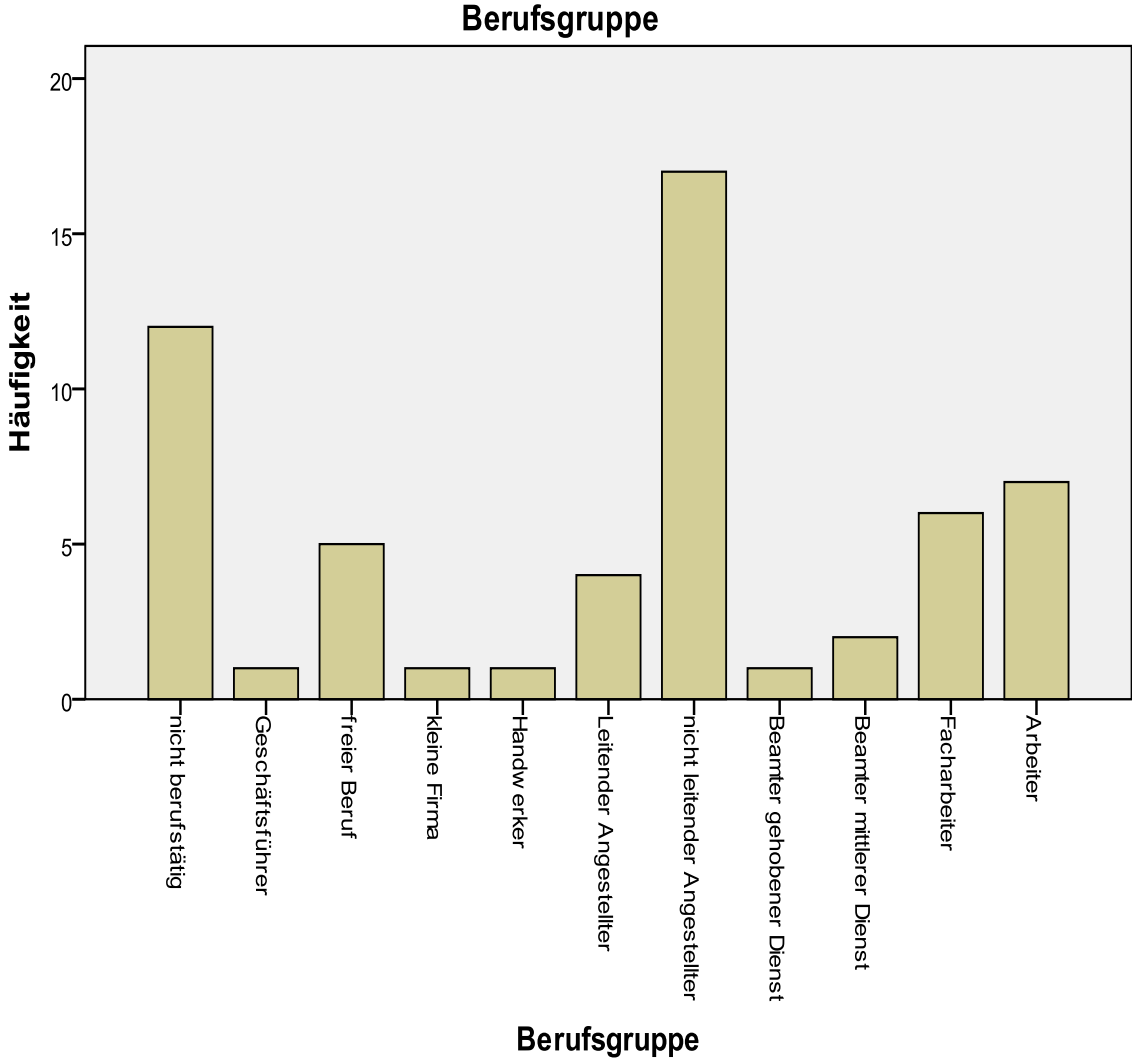
3.2.7 Berufsgruppe

Der letzte Punkt der soziodemografischen Befragung gibt Auskunft über die Form der beruflichen Tätigkeit. Tab.11 und Abb. 12 gibt Aufschluss über deren Verteilung.

Tab. 11: Zuordnung zur jeweiligen Berufsgruppe

Berufstätigkeit	Häufigkeit	Prozent
Nicht berufstätig	12	21,2
Inhaber(in)/Geschäftsführer(in) eines größeren Unternehmens	1	1,8
Freier Beruf	5	8,8
Selbstständige Geschäftsleute in kleiner/mittlerer Firma	1	1,8
Selbstständige(r) Handwerker(in)	1	1,8
Leitende(r) Angestellte(r)	4	7,0
Nichtleitende(r) Angestellte(r)	17	29,8
Beamter(in) des gehobenen Dienstes	1	1,8
Beamter(in) des einfachen Dienstes	2	3,5
Facharbeiter(in) mit abgelegter Prüfung	6	10,5
Sonstige(r) Arbeiter(in)	7	12,3
Gesamt	57	100,0

Abb. 12:



3.3 Instrumente der Datenerhebung

3.3.1 Test zur Erfassung der emotionalen Motivation (TEM)

3.3.1.1 Theoretischer Hintergrund

Der von Petra Eckhardt (2000) konzipierte „Test zur Existentiellen Motivation“ versucht anhand von 56 Fragen die existenzielle Erfüllung auf der Grundlage der *vier existentiellen Grundmotivationen* zu erfassen.

Der TEM misst die Ausstattung der Person bezüglich der Grundbedingungen der Existenz. Er ist somit ein Maß der strukturellen Verfasstheit der Person. Störungen der Grundmotivationen stellen den Hintergrund der Psychopathologie dar. Gelingt das Ausbilden der Grundmotivationen nicht, so führt dies zu existentiellen Mangelgefühlen, die sich bei weiterer Fixierung zu psychischen Störungen formieren.

Die vier Subskalen des TEM *Seinsgrund, Grundwert, Selbstwert und Sinn des Lebens* bestehen aus je 14 Items, die in einer 6-stufigen Beantwortungskategorie von „stimmt“ bis „stimmt nicht“ fein abgestuft sind. Eine neutrale Kategorie gibt es nicht, da diese keine Aussagekraft hätte. Für die Testentwicklung wurden 1013 Personen befragt.

3.3.1.2 Die 4 Grundmotivationen

1. Seinsgrund und Grundvertrauen:

Im Zentrum der ersten Grundmotivation steht das „Dasein-Können“. Es geht um das Erleben von Halt, Raum und Schutz um in dieser Welt sein zu können. Induziert wird dies einerseits durch das Angenommen-Sein und verlangt andererseits das Annehmen-Können der Bedingungen. Die Grundfrage lautet daher: „Kann ich sein in dieser Welt mit ihren Bedingungen und meiner Ausstattung?“.

Die Themen in dieser Grundmotivation sind Schutz-, Raum- und Halt-haben-Können.

Die Items zum Grundvertrauen (GV) lauten:

- 1.* *Ich habe meinen Platz im Leben gefunden.*
2. *Ich kann die Umstände, unter denen ich lebe, gut annehmen.*
3. *Ich kann mir meinen Raum immer verschaffen, den ich zum Leben brauche.*
4. *Ich spüre selten, dass ich lebe.*
10. *Nichts in meinem Leben gibt mir wirklich Halt.*
12. *Ich fühle mich wohl in meinem Körper.*
13. *Ich habe oft ein Gefühl, als ob ich den Boden unter den Füßen verlieren könnte.*
22. *Ich habe das Gefühl, genügend Raum zum Leben zu haben.*
24. *Ich fühle mich meistens unsicher.*
25. *Ich kann mich selber schlecht annehmen.*
32. *Die Unsicherheit in meinem Leben macht mir Angst.*
33. *Ich fühle mich manchmal vom Leben erdrückt.*
41. *Ich habe das Gefühl, Halt in meinem Leben zu haben.*
54. *Ich bin ein verzagter Mensch.*

*Die Nummerierung entspricht der tatsächlichen Platzierung innerhalb des Fragebogens.

2. Der Grundwert (GW)

Die zweite Grundmotivation beschäftigt sich mit der Frage nach dem Wert des Lebens (Leben-Mögen) und den zugehörigen Themen Beziehung, Zeit und Nähe. Induziert wird dies einerseits durch Zuwendung und verlangt andererseits die Fähigkeit sich Wertvollem zuzuwenden.

Folgende Items des TEM drücken den Grundwert aus:

16. *Ich möchte am liebsten vom Erdboden verschwinden.*
18. *Es macht mich ganz trübsinnig, dass es so wenig gibt, das mich freut.*
20. *Ich bin ein trauriger Mensch.*
23. *Ich erlebe viel Freude.*
28. *Ich erlebe oft, dass man mich mag.*
30. *Ich empfinde das Leben als eine Last.*
31. *Dass ich lebe, lehne ich im Grunde ab.*

- 35. *Ich bin mir gut gesonnen.*
- 39. *Ich bin überzeugt, dass es gut ist, auf der Welt zu sein.*
- 46. *Ich liebe das Leben.*
- 48. *Ich erlebe regelmäßig, dass ich für etwas gut bin.*
- 49. *Ich spüre: „Es ist im Grunde gut, dass es mich gibt“.*
- 51. *Ich lebe gerne.*
- 53. *Ich erhalte kaum Zuwendung von anderen Menschen.*

3. Der Selbstwert (SW)

So-sein-Dürfen - „darf ich so sein, wie ich bin?“. Es geht um das Spüren von Wertschätzung, Individualität und Abgrenzung. Induziert wird dies einerseits durch Gesehen-Werden, Wertschätzung und Respekt durch andere und verlangt andererseits die Anerkennung des Eigenen durch sich selbst.

Erkennbar in folgenden Items:

- 5. *Im Großen und Ganzen bin ich mit mir zufrieden.*
- 7. *Ich muss mich oft schämen.*
- 8. *Ich kann mich nicht achten.*
- 9. *Eigentlich ist es mir recht so wie ich bin.*
- 11. *Ich kann zu mir stehen.*
- 14. *Ich fühle mich oft einsam.*
- 15. *Ich bin oft unzufrieden.*
- 17. *Ich kann vor dem kritischen Blick anderer gut bestehen.*
- 26. *Ich bin ein heiterer Mensch.*
- 29. *Ich schätze mich für das, was ich leiste.*
- 36. *Meine Wünsche und Entscheidungen werden von meiner Umgebung meistens respektiert.*
- 38. *Ich habe das Gefühl: „Andere haben eher Recht als ich!“*
- 42. *Ich mag mich so, wie ich bin.*
- 43. *Ich leiste nach meiner Meinung zuwenig.*

4. Der Sinn des Lebens (SINN)

Als vierte Grundmotivation wurde aus der Frankl'schen Theorie der Fähigkeit der Sinnverwirklichung übernommen. Das Streben nach Sinn und Erfüllung und Offensein für Sinnvolles (Wille zum Sinn) stellen die zentralen Inhalte dar. Induziert wird dies einerseits durch das Erleben von Sinnzusammenhängen und verlangt andererseits ein sich –Einlassen auf den Sinnanspruch der jeweiligen Situation.

Das Ausmaß der Sinnerfüllung bildet sich in folgenden Items ab:

- 6. *Ich fühle mich den Anforderungen gewachsen.*
- 19. *Ich habe keine Interessen.*
- 21. *Das meiste was ich tat war zwecklos.*
- 27. *Mein Leben ist sinnlos und leer.*
- 34. *Was ich will, tu` ich auch.*
- 37. *Aus Angst vor Misserfolg fange ich vieles gar nicht an.*
- 40. *Das meiste was ich tat, war zwecklos.*
- 44. *Mein Handeln macht mich lebendig.*
- 45. *Ich weiß selten, was ich will.*
- 47. *Meine Pläne und absichten realisiere ich nur selten.*
- 50. *Ich bin erfolgreich.*
- 52. *Ich weiß oft nicht, worum es in meinem Leben gehen soll.*
- 55. *Meistens weiß ich, wofür ich etwas mache.*
- 56. *Ich führe ein sinnvolles Leben.*

3.3.1.3 Die Auswertung des TEM

Der Punktwert jedes Items wird durch Abzählen von rechts nach links bis zur Markierung durch den Probanden erzielt.

Z.B.: *Ich liebe das Leben.*

Stimmt o o o o o stimmt nicht

6 5 4 3 2 1

„Negative“ Items sind umgekehrt gepolt. Ihr Punktwert wird durch Abzählen von links nach rechts gewonnen.

Z.B. *Mein Leben ist sinnlos und leer.*

Stimmt o o o o o stimmt nicht
1 2 3 4 5 6

Die Summe der Rohwertpunkte der 4 Skalen ergibt den Summenscore des TEM.

3.3.2 Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)

3.3.2.1 Der theoretische Hintergrund

In meiner Untersuchung habe ich die 8. überarbeitete und neu normierte Auflage des Freiburger Persönlichkeitsinventares verwendet. Die Autoren Jochen Fahrenberg, Rainer Hampel und Herbert Selg haben aus theoretischen Interessen an bestimmten Persönlichkeitseigenschaften dieses Testinstrument entwickelt.

Das FBI ist ein faktorenanalytisch und itemmetrisch begründetes Persönlichkeitsverfahren. Seine Konstruktionsbereiche sind nicht nach theoretischen Vorentscheidungen oder im Hinblick auf eine festgelegte Anzahl von Dimensionen ausgewählt, sondern pragmatisch als Konstruktbereiche, die den Autoren auf Grund ihrer Erfahrungen und der Literatur interessant und wichtig erschienen. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar wurde in den sechziger Jahren entwickelt als es noch keine repräsentativ normierten deutschen Persönlichkeitsinventare gab, sondern nur einige Übersetzungen angloamerikanischer Tests vorhanden waren. Anlässlich der 4. Auflage im Jahre 1982 wurde eine große Repräsentativerhebung, welche als Grundlage für die Erweiterung und Teilrevision diente, durchgeführt (Fahrenberg et al 2010).

Das FPI kann aufgrund der in der Handanweisung enthaltenen Informationen korrekt angewendet und interpretiert werden.

Die Testform umfasst insgesamt 138 Items, die 10 Standardskalen mit jeweils 12 Items und 2 Sekundärskalen mit jeweils 14 Items beinhalten.

Skalen:

10 Standardskalen

- FPI-R 1 Lebenszufriedenheit
- FPI-R 2 Soziale Orientierung
- FPI-R 3 Leistungsorientierung
- FPI-R 4 Gehemmtheit
- FPI-R 5 Erregbarkeit
- FPI-R 6 Aggressivität
- FPI-R 7 Beanspruchung
- FPI-R 8 Körperliche Beschwerden
- FPI-R 9 Gesundheitsorgen
- FPI-R 10 Offenheit

2 Sekundärskalen

- FPI-R E Extraversion
- FPI-R N Emotionalität

Diese Skalen wurden bei der ursprünglichen FPI-Konstruktion getrennt von den Standardskalen entwickelt. Sie umfassen 14 statt 12 Items; von den E-Items sind 6 und von den N-Items sind 5 Items in den 10 FPI-R-Standardskalen enthalten.

Die Skalen Extraversion und Emotionalität (Emotionale Labilität, Neurotizismus) entsprechen inhaltlich den von Hans Jürgen Eysenck entwickelten Skalen E und N (Fisseni 1991).

3.3.2.2 Testdurchführung

Für eine Untersuchung mit dem FPI wird als Testmaterial allein der Fragebogen benötigt. Ein Antwortblatt erübrigt sich, da die Antworten in den Fragebogen eingetragen werden.

Die Testinstruktion steht als Anleitung auf der ersten Seite des FPI-Fragebogens. Sie lautet:

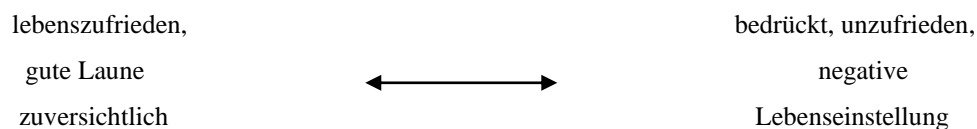
Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten finden. Sie können jede entweder mit „stimmt“ oder mit „stimmt nicht“ beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz (X) in den dafür vorgesehenen Kreis. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft..

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- *Überlegen sie bitte nicht erst, welche Antwort vielleicht den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, dass Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.*
- *Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Natürlich können mit diesen kurzen Fragen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht gut auf Sie. **Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an**, und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.*

3.3.2.3 Die Beschreibung der Skalen des FPI-R

1. FPI-R Lebenszufriedenheit (LEB)



Itembeispiel:

138. Meistens blicke ich voller Zuversicht in die Zukunft.

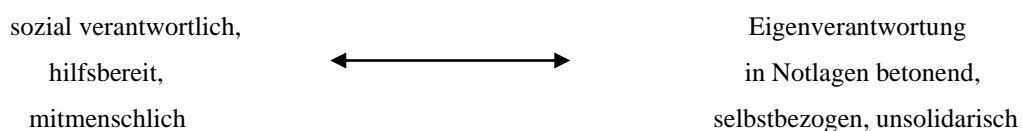
Personen mit einem hohen Testwert betonen ihre allgemeine Lebenszufriedenheit, sie bezeichnen ihre Partnerbeziehung als gut und sind (waren) von ihrem Beruf voll befriedigt. Sie möchten rückblickend nicht anders gelebt haben, sehen zuversichtlich in die Zukunft und scheinen mit sich selbst in Frieden zu leben. Diese Lebensgrundstimmung äußert sich als gelassenes Selbstvertrauen, in Ausgeglichenheit und meist guter Laune.

Personen mit niedrigem Testwert sind mit den gegenwärtigen und früheren Lebensbedingungen, Partnerbeziehungen und Beruf oft unzufrieden und meinen, dass sie das, was in ihnen steckt, kaum verwirklichen konnten. Deswegen grübeln sie viel über ihr Leben nach. Oft haben sie alles satt und äußern eine bedrückte, unglückliche Stimmung, Depressivität und negative Lebenseinstellung.

Höhere Testwerte der Skala FBI-R LEB finden sich bei ausgeprägter Leistungsorientierung, geringer Gehemmtheit und Erregbarkeit, relativ geringer Beanspruchung und wenigen körperlichen Beschwerden sowie bei niedrigen Werten der Offenheit. Mit dieser Skala werden die Grundstimmung und die eher positive oder eher negative Lebenseinstellung und Lebenserfahrung erfasst, welche sich auch auf Leistungsmotivation und körperliches Befinden auswirken.

Aus existenzanalytischer Sicht ist diese Skala am ehesten der 2. GM (Beziehungen) und 4. GM (Orientierung in die Zukunft) zuordenbar.

2. FPI-R Soziale Orientierung (SOZ)



Itembeispiel:

2 . Ich fühle mich auch über meine Familie hinaus für andere Menschen verantwortlich.

Personen mit hohem Testwert fühlen eine soziale Verantwortung für andere Menschen und drücken ihre Hilfsbereitschaft aus. Sie gehen auf die Sorgen anderer ein und sind motiviert, zu helfen, zu trösten und zu pflegen. Sie empfinden auch ein schlechtes Gewissen über

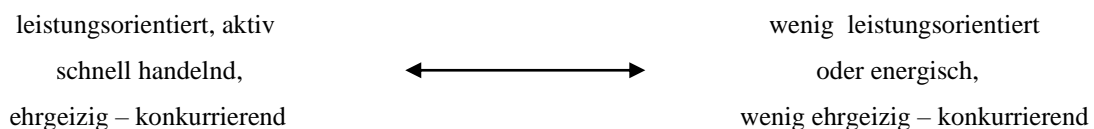
eigenen Wohlstand und Konsum im Vergleich zu anderen und sind zu Geldspenden und zur Mithilfe in sozialen Einrichtungen bereit.

Personen mit niedrigem Testwert betonen einerseits die Verantwortung des Einzelnen für seine Lebensbedingungen, andererseits sehen sie für Sozialhilfe den Staat als zuständig an. Bitten um Geldspenden sind ihnen lästig, und bei karitativen Aufgaben würden sie sich wahrscheinlich nicht engagieren.

Die Skala FBI-R SOZ ist von allen übrigen Skalen praktisch unabhängig. Bemerkenswert ist die niedrige negative Korrelation mit der Skala Offenheit, d.h. eine Tendenz, Normen einzuhalten und einen guten Eindruck zu machen. Die Skala Soziale Orientierung erfasst die mehr oder minder ausgeprägte Disposition zu mitmenschlichem Interesse und zu Hilfsbereitschaft.

Diese Skala könnte der 3. Grundmotivation zugerechnet werden (Abgrenzung des Eigenen und Grenzziehung zur Außenwelt).

3. FBI-R Leistungsorientierung (LEI)



Itembeispiel:

5. Ich glaube, dass ich mir beim Arbeiten mehr Mühe gebe als die meisten anderen Menschen.

Personen mit hohem Testwert sind leistungsorientiert und – motiviert. Sie sehen sich als Tatmenschen, welche die wesentlichen Aufgaben energisch anpacken und dann schnell und effizient bewältigen. Berufliches Engagement ist ihnen wichtiger als Freizeitbeschäftigungen.

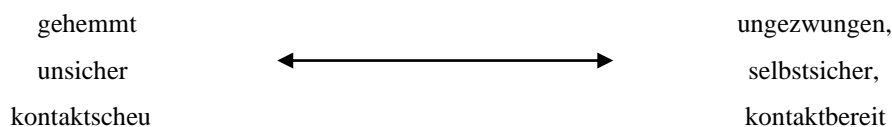
Personen mit niedrigem Testwert zeigen wenig Ehrgeiz oder Konkurrenzverhalten. Sie lehnen diese Leistungsorientierung vielleicht grundsätzlich ab oder sind eher passiv und wenig

leistungsmotivierte Menschen, für die beruflicher Erfolg und engagierte Arbeit wesentlich sind.

Korrelativ besteht ein Zusammenhang zwischen der Skala FBI-R LEI und höherer Lebenszufriedenheit und geringerer Gehemmtheit. Diese Skala erfasst individuelle Unterschiede der Leistungsorientierung im beruflichen und außerberuflichen Bereich, ohne jedoch Aussagen über direkte, aufgabenbezogene Leistungsmotivation oder die tatsächliche Leistungsfähigkeit zu gestatten.

Die Skala Leistungsorientierung entspricht am ehesten der 3. (in der Arbeitswelt konkurrierend) und 4. GM (Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns).

4. FPI-R Gehemmtheit (GEH)



Itembeispiel:

11. Ich bin ungern mit Menschen zusammen, die ich noch nicht kenne.

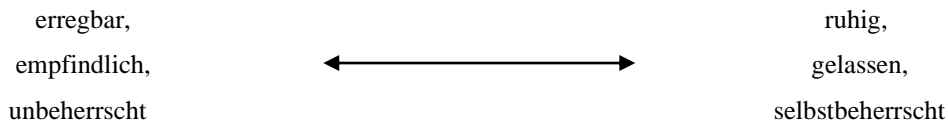
Personen mit hohem Testwert fühlen sich im sozialen Umgang gehemmt: sie scheuen sich, in einen Raum zu gehen, in dem bereits andere zusammensitzen, sie möchten bei Geselligkeiten lieber im Hintergrund bleiben, und es fällt ihnen schwer, vor einer Gruppe zu sprechen oder in Erscheinung zu treten. Sie sind leicht verlegen oder sogar ängstlich und erröten schnell. Mit Menschen, die sie nicht kennen, sind sie ungern zusammen; sie kommen dann kaum in ein Gespräch und schließen nur langsam Freundschaften.

Personen mit niedrigem Testwert sind ungezwungen und kontaktbereit. Sie finden leicht Umgang, indem sie auf andere zugehen, sie ansprechen und sich selbstsicher in einer Gruppe bewegen.

Diese Skala erfasst eine vielfältig bedingte Gehemmtheit, welche vor allem als soziale Hemmung und Schüchternheit, aber auch als Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit erlebt wird.

Diese Skala Gehemmtheit kann wohl der 1. GM (soziale Verunsicherung) und der 3. GM (Selbstunsicherheit) zugeordnet werden.

5. FPI-R Erregbarkeit (ERR)



Itembeispiel:

86. *Mein Blut kocht, wenn man mich zum Narren hält.*

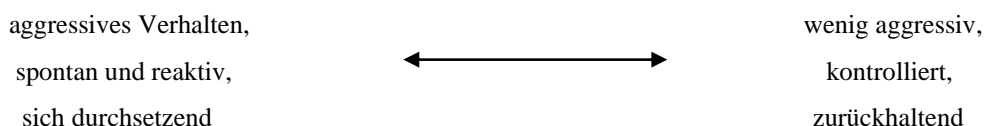
Personen mit hohem Testwert schildern sich als leicht erregbar und reizbar. Sie sind leicht aus der Ruhe gebracht und können oft ihren Ärger nicht recht beherrschen, werden dann auch aggressiv mit unbedachten Äußerungen und Drohungen. Sie können die Dinge nicht leicht nehmen, sondern reagieren empfindlich oder hastig, auch wenn es eigentlich nicht wichtig war.

Personen mit niedrigem Testwert zeichnen sich durch Gelassenheit aus. Auch durch viele Ereignisse und Störungen sind sie nicht leicht aufzuregen, zu provozieren oder zu verärgern; sie bleiben geduldig, ruhig und lassen sich nicht hetzen.

Diese Skala erfasst die empfindlich-reizbare Komponente des Temperaments, welche mit aggressiven Zügen und dem Gefühl der Überforderung und allgemeinen Unzufriedenheit verbunden sein kann.

Diese Skala könnte der 3. GM zugerechnet werden (Ärger als Copingmechanismus der 3. GM).

6. FPI-R Aggressivität (AGGR)



Itembeispiel:

90. *Wenn ich wirklich wütend werde, bin ich in der Lage, jemandem eine runterzuhauen.*

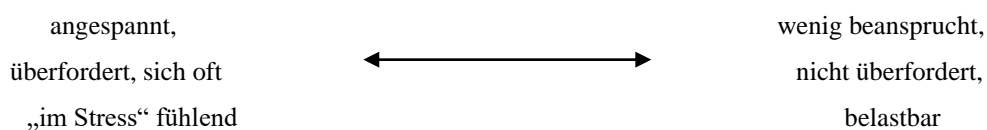
Personen mit hohem Testwert lassen die Bereitschaft zu aggressiver Durchsetzung erkennen. Dies kann sich sehr verschieden äußern, z.B. kann es ihnen Spaß machen, anderen Menschen Fehler nachzuweisen oder grobe Streiche auszuüben. Fühlen sie sich beleidigt oder in ihren Rechten betroffen, so setzen sie sich zur Wehr und wenden dabei vielleicht auch körperliche Gewalt an. Sie regieren leicht wütend und unbeherrscht.

Personen mit niedrigem Testwert schildern sich als wenig aggressiv in spontaner oder reaktiver Hinsicht. Sie sind entweder mehr zurückhaltend, passiv und aggressiv gehemmt oder können sich so kontrollieren, dass es nicht zu aggressiven Reaktionen kommt. Sie bedienen sich nicht körperlicher Gewalt und handfester Auseinandersetzungen zu Durchsetzung ihrer Rechte.

Der Testwert FPI-R AGGR hängt mit der Skala Erregbarkeit zusammen. Außerdem ist noch die Korrelation zur Skala Offenheit hervorzuheben. Einerseits entsprechen sich aggressive Verhaltenstendenz, Verletzung gängiger Normen und ungeniertes Zugeben alltäglicher Fehler, andererseits könnte die geringe Anzahl aggressiver Aussagen bei zugleich niedriger Offenheit auch eine Folge der Antworttendenz sein, einen guten Eindruck machen zu wollen. Deshalb muss das Testwertprofil vorsichtig interpretiert werden. Hohe Testwerte brauchen noch nicht manifeste Aggressivität bedeuten.

Da die Aggression als Copingmechanismus allen 4 Grundmotivationen innewohnt, verzichte ich auf eine Zuordnung.

7. FPI-R Beanspruchung (BEAN)



Itembeispiel:

28. *Ich bin oft nervös, weil zu viel auf mich einströmt.*

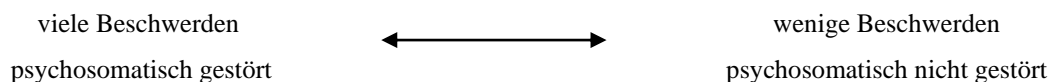
Personen mit hohem Testwert fühlen sich stark beansprucht: sie haben viele Aufgaben, erleben starke Anforderungen und Zeitdruck bei ihrer Arbeit. Sie arbeiten viel und möchten einigen dieser Verpflichtungen eigentlich entgehen und z. B. am Wochenende mehr Zeit für sich haben oder sich schonen. Die starke Anspannung kann zur Überforderung führen: Nervosität, Mattigkeit, Erschöpfung, zum Gefühl, oft „im Stress“ zu sein, und zu anderen Klagen.

Personen mit niedrigem Testwert fühlen sich wenig beansprucht oder überarbeitet. Sie sind den Anforderungen, die an sie gestellt werden, gewachsen und können ihre Aufgaben, ohne in Hetze oder Nervosität zu geraten, bewältigen.

Die Skala erfasst die individuellen Unterschiede der subjektiv erlebten Beanspruchung oder Überforderung, u. U. auch Klagsamkeit. Es ist eine markante Disposition, doch kann über die tatsächliche Belastung oder objektive Belastbarkeit nichts ausgesagt werden.

Die Skala Beanspruchung kann der 2. GM zugeordnet werden (Schwerpunkt liegt im Anfühlen der Anforderungen des Lebens).

8. FPI-R Körperliche Beschwerden (KÖRP)



Itembeispiel:

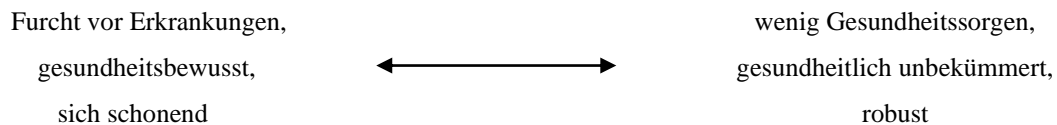
16. Ich habe häufig Kopfschmerzen.

Personen mit hohem Testwert haben ein gestörtes körperliches Allgemeinbefinden: Schlafstörungen, Wetterfühligkeit, Kopfschmerzen. Sie klagen außerdem über speziellere Beschwerden: Unregelmäßigkeiten der Herzaktivität /Arrhythmien), Hitzewallungen, kalte Hände und Füße, empfindlichen Magen, Verstopfung, Engegefühl in der Brust, Kloß im Hals, nervöses Zucken (Tics) und zittrige Hände.

Personen mit niedrigem Testwert klagen über wenige Befindensstörungen oder Beschwerden.

Alle 4 GM sind bei psychosomatischen Symptomen, wie beschrieben betroffen.

9. FPI-R Gesundheitssorgen (GES)



Itembeispiel:

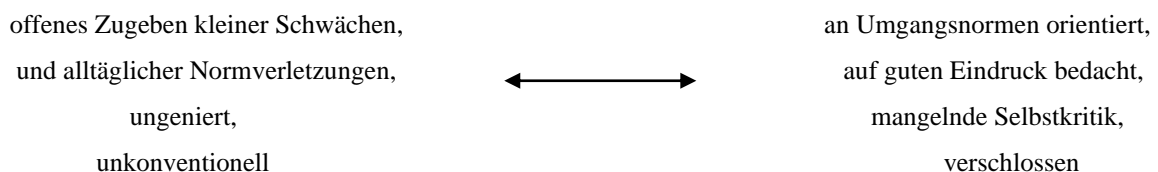
89. *Ich passe auf, dass ich nicht zuviel Autoabgase und Staub einatme.*

Personen mit hohem Testwert schildern ein sehr gesundheitsbewusstes und gesundheitsbesorgtes Verhalten. Sie versuchen die Risiken einer möglichen Ansteckung oder Schädigung zu vermeiden und sich durch ihren Lebensstil zu schonen. Aus dieser besorgten und u. U. etwas hypochondrischen Tendenz haben sie sich um medizinisches Wissen bemüht und suchen, obwohl sie misstrauisch bleiben, relativ oft ärztlichen Rat.

Personen mit niedrigem Testwert machen sich weniger Sorgen um ihre Gesundheit. Sie gehen die alltäglichen Ansteckungsrisiken ein, sind in dieser Hinsicht unbekümmert, robust und schonen sich nicht besonders.

Die empfundene Bedrohung ist der 1. GM zuzuordnen.

10. FPI-R Offenheit (OFF)



Itembeispiel:

83. *Meine Tischmanieren sind zu Hause schlechter als im Restaurant.*

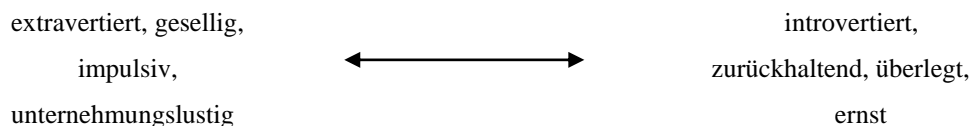
Personen mit hohem Testwert räumen selbstkritisch eine Vielzahl kleiner Schwächen und Fehler, die vermutlich jeder hat, ein: Zu spät kommen, aufschieben wichtiger Dinge, Schadenfreude, gelegentliches Lügen oder Angeben, hässliche Bemerkungen und Gedanken usw. Sie geben diese Abweichungen von der gängigen Norm und den „guten Sitten“ offen

und ungeniert zu oder sehen, da ihnen diese Konventionen unwichtig sind, in jenen Verhaltensweisen keine besonderen Normverletzungen.

Personen mit niedrigem Testwert orientieren sich entweder sehr stark an konventionellen Umgangsnormen (Konformität) oder sie sind auf einen guten Eindruck bedacht. Dies könnte verschiedenen Motive haben: mangelnde Selbstkritik bzw. Selbstidealisation, Verschlossenheit gegenüber solchen Fragen oder die Absicht, als sozial unerwünscht angesehene Verhaltensweisen zu leugnen.

Zum eigenen Selbst zu stehen ist Inhalt der 3. GM.

FPI-R Extraversion (E)



Itembeispiel:

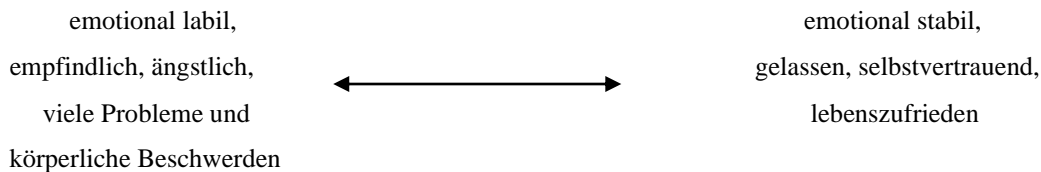
17. Ich bin unternehmungslustiger als die meisten meiner Bekannten.

Personen mit hohem Testwert schildern sich als gesellig und impulsiv. Sie gehen abends gern aus, schätzen Abwechslung und Unterhaltung, schließen schnell Freundschaften, fühlen sich in Gesellschaft anderer wohl und können sich unbeschwert auslassen. Im Umgang mit anderen sind sie lebhaft, eher gesprächig und schlagfertig, aber auch zu Streichen aufgelegt. Unternehmungslustig und energisch sind sie bereit, Aufgaben zu übernehmen.

Personen mit niedrigem Testwert sind im sozialen Umgang zurückhaltend, lieber für sich allein als auf Geselligkeit aus. Sie sind ruhig und ernst, wenig unterhaltsam oder mitteilhaft, beherrscht statt impulsiv, wenig unternehmungslustig.

Sich der Außenwelt zuzuwenden, entspricht der 2. GM.

FPI-R Emotionalität (N)



Itembeispiel:

28. Ich bin oft nervös, weil zu viel auf mich einströmt.

Personen mit hohem Testwert lassen viele Probleme und innere Konflikte erkennen. Einerseits sind sie reizbar und erregbar, andererseits fühlen sie sich abgespannt und matt oder auch teilnahmslos. Ihre Laune wechselt oft, ihre Stimmung ist überwiegend bedrückt oder ängstlich getönt. Sie grübeln viel über ihre Lebensbedingungen, neigen zu Tagträumerei, fühlen sich aber von Verwandten und Bekannten kaum richtig verstanden. Gesundheitlich machen sie sich Sorgen, denn sie fühlen sich oft im Stress, fühlen sich nervös und psychosomatisch gestört.

Personen mit niedrigem Testwert sind mit sich und ihrem Leben relativ zufrieden. Sie sind gelassen, nehmen die Dinge leicht. Ihre Stimmung ist ausgeglichen, sie sind wenig ängstlich oder empfindlich. Sie haben wenig Sorgen oder innere Konflikte. Psychosomatische Störungen und Gesundheitssorgen fehlen weitgehend.

Der Inhalt der Skala Emotionalität findet sich in allen 4 GM wieder, ist aber vor allem mit der 2. GM verbunden (Wie stark bin ich am Leben angeknüpft?).

3.3.2.4 Testauswertung

Mittels einer Schablone erfolgt die Auswertung. Diese muss exakt angelegt werden und hat der Proband den darunterliegenden Kreis im Testformular angekreuzt, wird dieser Punkt für die betreffende Skala gewertet. Im FPI-R werden überwiegend die „stimmt“- Reaktionen gezählt, bei einigen Items aber die „stimmt-nicht“ – Reaktionen. Die Schablone

berücksichtigt bereits diese Polung, so dass jede Übereinstimmung von Kreismarkierung der Schablone und Kreuz im FPI-R-Formular als ein Punkt für die Skala zählt, deren Nummer neben der Kreismarkierung der Schablone steht.

Die Anzahl der Punkte für jede FPI-R-Skala wird nacheinander für jede der vier Formulareseiten gezählt und als Rohwert der Skala notiert. Ist der FPI-R ausgezählt, so liegen für jeden Probanden zwölf Rohwerte vor.

Aus praktischen Gründen, d.h. um den Vergleich zwischen Skalen und zwischen Personen zu erleichtern, und wegen der Geschlechts- und Altersabhängigkeiten einiger Skalen empfiehlt es sich die FPI-R-Rohwerte in FPI-R-Standardwerte umzuwandeln. Diesem Zweck dienen die Normtabellen im Testmanual, welche nach dem Geschlecht und nach den sieben Altersgruppen gegliedert sind.

Die FPI-R-Rohwerte können in normalisierte (flächentransformierte) Stanine (Abkürzung von standard nine) – Werte mit einem Mittelwert 5 und einer Standardabweichung 1.96 umgewandelt werden. Die neunstufige Stanine-Skala gibt Grobnormen, welche für die praktische Testdiagnostik ausreichen.

Die individuellen Stanine-Werte können als Skalenwerte in den Auswertungsbogen eingetragen werden, um die Testergebnisse als Profil darzustellen und als Grundlage der Testinterpretation anschaulich zusammenzufassen. Ein Stanine – Wert von 4 bis 6 ist in 54 % der Fälle zu erwarten; dieser „unauffällige“ Normbereich ist grafisch hervorgehoben worden (ein Auswertungsbogen befindet sich im Anhang).

3.4 Ablauf der Untersuchung

3.4.1 Erhebungszeitraum und Durchführung

Der Befragungszeitraum für die CED-PatientInnen erstreckte sich von November bis März 2011. Die PatientInnen wurden im Universitätsklinikum in der Ambulanz der Gastroenterologie und Hepatologie befragt, wo sie Erst- bzw. Kontrolltermine wahrnahmen. Am Dienstag und Donnerstag wird die Ambulanz ausschließlich von PatientInnen mit

chronisch entzündlichen Darmerkrankungen frequentiert. Zum besseren Verständnis wurde den ProbandInnen vor der Vorlage der beiden Fragebögen auch ein Schriftstück gereicht, welches die Verantwortliche (meine Person) der Untersuchung und die Diensttelefonnummer samt Dienort benennt. Der Zweck und die Anonymität der Untersuchung fanden ebenso Erwähnung. Die beiden Fragebögen (TEM und FPI-R) wurden danach, in dieser Reihenfolge, den Personen ausgehändigt. Das Angebot der Ergebnisbesprechung nach Auswertung der Testinstrumente nahmen zwei Personen in Anspruch, wobei eine Person auch eine weiterführende supportive psychotherapeutische Unterstützung annahm.

Auf die Ermittlung einer Kontrollgruppe wurde verzichtet, da dies den Rahmen gesprengt hätte. Um Vergleiche anstellen zu können, wurden die Daten der Erhebung durch Mag. Petra Eckhardt (2000) herangezogen.

3.5 Planung

3.5.1 Unabhängige Variablen

Die wichtigste unabhängige Variable war das Vorhandensein einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung

- Colitis ulcerosa oder
- Morbus Crohn bzw.
- die Daten der Normierungsgruppe.

Weitere Variable, die miterhoben wurden und deren Einfluss in der statistischen Auswertung mitberücksichtigt wurde, sind für die PatientInnenstichprobe

- Alter
- Geschlecht
- Schulabschluss (Bildungsgruppen)
- Haushalt

3.5.2 Abhängige Variablen

Als abhängige Variablen gelten

- die Skalenwerte (Mittelwerte) des Tests für emotionale Motivation (TEM)

- die Skalenwerte des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R)

3.6 Auswertung der Daten

Die statische Auswertung des Datenmaterials erfolgte nach den Richtlinien von Bortz (1984,1989) unter Verwendung des statischen Programmpaketes SPSS 11.0 für Windows.

3.6.1 Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen

3.6.1.1 Der T -Test

Mit dem T- Test für zwei unabhängige Stichproben werden Mittelwertsunterschiede hinsichtlich einer intervallskalierten Variable überprüft. Durchführung eines t – Test setzt voraus, dass die beiden Stichproben voneinander unabhängig sind. Weiters ist bei kleineren Stichproben wichtig, dass sich die Grundgesamtheiten, aus denen die Stichproben entnommen wurden, normalverteilen. Sind die Varianzen dabei heterogen, werden die Freiheitsgrade korrigiert.

3.6.1.2 Die univariate Varianzanalyse

Mittels der univariaten Varianzanalyse (ANOVA) wird der Einfluss einer oder mehrerer unabhängiger Variablen auf eine abhängige Variable untersucht. Voraussetzungen für dieses Verfahren sind die Intervallskalierung der abhängigen Variablen, die Normalverteilung der Daten sowie die Homogenität der Varianzen. Die Normalitätsüberprüfung erfolgt mittels Kolmogorov-Smirnov-Test, Auskunft über der Varianzhomogenität gibt der F-Test nach Levéne. Einzelvergleiche bei signifikanten Ergebnissen können a posteriori nach Scheffé überprüft werden. Festzuhalten gilt, dass die Varianzanalyse ab einer Stichprobengröße von $N > 30$ gegen Verletzungen der Voraussetzung von Normalverteilung und Varianzhomogenität relativ robust ist.

3.6.2 Verfahren zur Überprüfung von Zusammenhangshypothesen

3.6.2.1 Die Produkt-Moment Korrelation

Zusammenhänge zwischen intervallskalierten, normalverteilten Variablen werden mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson überprüft.

4 ERGEBNISSE

Die Ergebnisse der Voraussetzungsprüfungen werden im Ergebniskapitel nicht gesondert angeführt, deren Berechnung erfolgte jedoch bei Anwendung der verschiedenen Verfahren wie dort beschrieben. Alle Rohdaten für das FPI-R erfüllen das Kriterium einer Normalverteilung. Dies gilt ebenso für den TEM – mit Ausnahme der Roh- und Mittelwerte der Skala „Grundwert“.

Die Ergebnisse gelten bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ als signifikant, bei $p < 0,01$ als sehr signifikant. Ergebnisse, deren Irrtumswahrscheinlichkeit zwischen 0,05 und 0,1 liegt ($0,05 < p < 0,1$) werden als Tendenz ausgezeichnet.

4.1 Unterschiede zwischen CED –PatientInnen und Normgruppe

Fragestellung 1 sollte klären, ob sich die CED- Gruppe in TEM-Werten von der Normgruppe unterscheidet. Die Überprüfung erfolgte mittels T-Test. Tab. 10 zeigt die Mittelwerte des TEM der PatientInnengruppe im Vergleich zu den Mittelwerten der Normgruppe.

Tab. 11 Vergleich TEM-Werte der PatientInnengruppe und der Normierungsgruppe

Grund-motivation	N	MW der Pat.	Standard-abweichung	Vergleichs-MW	T	df	p
1. GM - GV	57	5,23	0,79	4,83	3,804	56	0,000*
2. GM - GW	57	5,54	0,64	5,29	3,004	56	0,004*
3. GM – SW	57	5,20	0,67	4,81	4,383	56	0,000*
4. GM - SINN	57	5,29	0,60	5,06	2,933	56	0,005*

CI = 0,95

Signifikanz bei $p < 0,05^*$

GM: GV = Grundvertrauen, GW = Grundwert, SW = Selbstwert, SINN = Streben nach Sinnhaftigkeit

CED – PatientInnen zeigen in allen 4 Grundmotivationen signifikant höhere Werte in der existentiellen Motivation als die Probanden der Normstichprobe.

4.2 Zusammenhänge zwischen existentiellen GM (TEM) und Persönlichkeit (FPI-R)

Fragestellung 2 befasste sich mit Zusammenhängen zwischen existentiellen GM und der Darstellung der Persönlichkeit. Zur Veranschaulichung der Zusammenhänge wurde eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet, deren Ergebnisse in Tab. 11 dargestellt sind.

Tab. 12: Zusammenhänge zwischen Skalen von TEM und FPI-R (n=54)

FPI-R -Skalen	Korr. n. Pearson	TEM - Skalen			
		GV	GW	SW	Sinn
Lebenszufriedenheit	R p (2-seit.)	0,662** 0,000	0,551** 0,000	0,630** 0,000	0,694** 0,000
Soziale Orientierung	R p (2-seit.)	-0,391** 0,003	-0,241 0,079	-0,103 0,460	-0,186 0,178
Leistungsorientierung	R p(2-seit.)	0,108 0,437	0,114 0,410	0,273* 0,046	0,372** 0,006
Gehemmtheit	R p(2-seit.)	-0,096 0,489	-0,015 0,912	-0,145 0,297	-0,253 0,065
Erregbarkeit	R p (2-seit.)	-0,435** 0,001	-0,312* 0,022	-0,473** 0,000	-0,400** 0,003
Aggressivität	R p(2-seit.)	-0,282* 0,039	-0,333* 0,014	-0,101 0,468	-0,289* 0,034
Beanspruchung	R p(2-seit.)	-0,483** 0,000	-0,302* 0,070	-0,299* 0,028	-0,237 0,084
Körperl. Beschwerden	R p(2-seit.)	-0,409** 0,002	-0,242 0,078	-0,318* 0,019	-0,338* 0,012
Gesundheitssorgen	R p(2-seit.)	0,001 0,996	0,135 0,331	0,052 0,710	0,039 0,779
Offenheit	R p(2-seit.)	-0,118 0,396	0,005 0,969	-0,145 0,294	0,091 0,511
Extraversion	R p(2-seit.)	-0,006 0,967	0,062 0,656	0,154 0,266	0,218 0,113
Emotionalität	R p(2-seit.)	-0,582** 0,000	-0,466** 0,000	-0,532** 0,000	-0,534** 0,000

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant.

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

Die Ergebnisse weisen auf (zum Teil sehr) signifikante Zusammenhänge zwischen den GM und den Skalen des FPI-R.

Aus Sicht der Grundmotivationen:

Die 1. GM (= Grundvertrauen) korreliert sehr positiv mit der Skala Lebenszufriedenheit; weiters korreliert sie negativ mit den Skala Aggressivität und weist eine hohe negative Korrelation mit den Skalen Soziale Orientierung, Erregbarkeit, Beanspruchung, Körperliche Beschwerden und Emotionalität auf.

→ Personen mit einem hohem Grundvertrauen verfügen über eine hohe Lebenszufriedenheit, zeigen eine geringe Tendenz sich aggressiv zu verhalten; verfügen über eine sehr geringe Tendenz sich sozialorientiert zu verhalten (betonen die Eigenverantwortung, sind selbstbezogen,unsolidarisch), verfügen über eine geringe Erregbarkeit (geringe Empfindlichkeit, sind gelassen), fühlen sich wenig beansprucht, weisen kaum körperliche Beschwerden auf und zeigen sich emotional stabil.

Die 2. GM (= Grundwert) korreliert sehr positiv mit der Skala Lebenszufriedenheit; sie korreliert negativ mit den Skalen Erregbarkeit, Aggressivität und Beanspruchung; eine sehr negative Korrelation mit der Skala Emotionalität.

→ Personen mit einem hohen Grundwert zeigen eine hohe Lebenszufriedenheit, erleben sich wenig erregbar, nehmen wenig Aggressivität wahr, fühlen sich wenig beansprucht und empfinden sich emotional sehr stabil.

Die 3. GM (=Selbstwert) korreliert sehr positiv mit der Skala Lebenszufriedenheit und positiv mit der Skala Leistungsorientierung. Des Weiteren hängt sie mit den Skalen Beanspruchung und Körperliche Beschwerden negativ zusammen und korreliert ausgeprägt negativ mit den Skalen Erregbarkeit und Emotionalität.

→ Personen mit einem hohen Selbstwert verfügen über eine ausgeprägte Lebenszufriedenheit und hohe Tendenz zur Leistungsorientierung. Sie zeigen sich wenig beansprucht und klagen kaum über körperliche Beschwerden. Es zeichnet sie eine sehr geringe Erregbarkeit und eine ausgeprägte emotionale Stabilität aus.

Die 4. GM (Sinn des Lebens) korreliert ausgeprägt positiv mit den Skalen Lebenszufriedenheit und Leistungsorientierung. Eine negative Korrelation besteht mit den Skalen Aggressivität und körperliche Beschwerden; ausgeprägt negativ korreliert die 4. GM mit den Skalen Erregbarkeit und Emotionalität.

→ Personen, welche eine hohe Sinnhaftigkeit in sich tragen, zeigen auch eine sehr hohe Lebenszufriedenheit und Leistungsorientierung. Sie zeigen wenig Aggressivität und haben kaum körperliche Beschwerden. Die Erregbarkeit ist sehr gering ausgeprägt und sie empfinden sich emotional sehr stabil und gelassen.

Zusammenfassung aus der Sicht der FPI-R- Skalen:

- Die 1., 2. und 4. Grundmotivation (GM) korrelieren negativ mit der Skala *Aggressivität* (Ausnahme Selbstwert – hier kein Zusammenhang gegeben).
- Die Skala *Lebenszufriedenheit* steht in einem ausgeprägten positiven Zusammenhang mit allen 4 GM.. D.h. die PatientInnen betonen ihre allgemeine Lebenszufriedenheit, sind mit Partner und Beruf sehr zufrieden. Sie sehen voller Zuversicht in die Zukunft. Sie verfügen über gelassenes Selbstvertrauen und sind ausgeglichen.
- Die Skala *Erregbarkeit* zeigt eine sehr ausgeprägte negative Korrelation mit allen 4 GM. Die Personen mit hohen Werten im TEM zeichnen sich durch Gelassenheit aus. Sie lassen sich nicht leicht aufregen oder provozieren.
- Die Skala *Emotionalität* korreliert mit allen 4 GM bedeutsam negativ. D.h. Probanden mit hohen TEM-Scores schildern sich als emotional stabil, gelassen, selbstvertrauend und lebenszufrieden.
- Die Skala *Beanspruchung* steht mit den Grundmotivationen Grundvertrauen, Grundwert und Selbstwert in einem negativen Zusammenhang. Probanden mit hohen TEM-Werten in den genannten Skalen (GM) zeigen eine subjektiv gering erlebte Beanspruchung. Die Personen sind nicht überfordert und belastbar.
- Die Skala *Leistungsorientierung* korreliert positiv mit dem SW und sehr positiv mit dem Sinn.
- Die Skala *Körperliche Beschwerden* steht in einem negativen Zusammenhang mit dem Grundvertrauen, dem Selbstwert und dem Sinn des Lebens. D. h. hohe TEM-Werte in den genannten Skalen (GM) stehen in Verbindung mit geringen Beschwerden und einer psychosomatischen Unauffälligkeit.

4.3 Ergebnisse zu weiteren unabhängigen Variablen

4.3.1 Unterschiede zwischen den Diagnosen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn

4.3.1.1 Unterschiede in der Beantwortung des TEM

Fragestellung 3 sollte prüfen, ob es Unterschiede im Antwortverhalten bzgl. der GM zwischen den Diagnosen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn gibt. Mit einem T-Test wurden mögliche Unterschiede überprüft.

Tab. 13: Unterschiede in der Beantwortung zwischen den beiden Diagnosegruppen im TEM (n=50)

Skalen	D	N	M	SD	Levene -Test		T-Test		
					F	p	T	df	p 2-seit
Grundvertrauen	1	13	5,30	0,918	1,474	,231	,213	48	,833
	2	37	5,25	0,721					
Grundwert	1	13	5,66	0,539	0,291	,592	,614	48	,542
	2	37	5,53	0,682					
Selbstwert	1	13	5,40	0,491	2,051	,159	,931	48	,356
	2	37	5,22	0,646					
SINN	1	13	5,41	0,586	0,050	,824	,530	48	,599
	2	37	5,31	0,595					

D steht für „Diagnose“: 1 = Colitis ulcerosa

2 = Morbus Crohn

M = Mittelwert

p < 0,05*, p < 0,01**, 0,05 < p < 0,1 (*)

Homogenitätstest nach Levene: p > 0,05

Es gab zu 7 Personen keine differenzierte Diagnose Cu oder MC betreffend (n=50).

Die beiden Diagnosegruppen zeigen keine Unterschiede in der Beantwortung des TEM.

4.3.1.2 Unterschiede in der Beantwortung des FPI-R zwischen den beiden Diagnosen

Fragestellung 4 sollte klären, inwieweit es Unterschiede zwischen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn PatientInnen im Antwortverhalten des FPI-R gibt.

Tab. 14: Unterschiede in der Beantwortung des FPI zwischen den beiden Diagnosen (n=50)

Skalen	D	N	M	SD	Levine - Test		T - Test		
					F	p	T	df	p 2-s
Lebenszufriedenheit	1	13	5,62	1,557	4,444	,041	-0,568	30,813	,574
	2	34	5,94	2,201					
Soziale Orientierung	1	13	5,69	1,974	0,514	,477	0,219	45	,828
	2	34	5,56	1,829					
Leistungsorientierung	1	13	5,08	1,801	0,046	,831	-0,127	45	,900
	2	34	5,15	1,654					
Gehemmtheit	1	13	4,54	1,450	1,755	,192	0,295	45	,769
	2	34	4,35	2,073					
Erregbarkeit	1	13	5,15	2,115	0,080	,779	0,590	45	,558
	2	34	4,79	1,771					
Aggressivität	1	13	4,23	2,166	0,600	,443	0,265	45	,792
	2	34	4,06	1,922					
Beanspruchung	1	13	5,69	1,932	0,402	,529	1,221	45	,228
	2	34	4,97	1,766					
Körperlichkeit	1	13	5,23	2,088	0,062	,804	0,438	45	,663
	2	34	4,97	1,714					
Gesundheits-sorgen	1	13	4,77	1,739	0,324	,572	-0,291	45	,773
	2	34	4,94	1,841					
Offenheit	1	13	5,00	1,528	0,335	,565	2,054	45	,046*
	2	34	3,91	1,658					
Extraversion	1	13	5,46	1,664	0,600	,442	0,347	45	,730
	2	34	5,26	1,763					
Emotionalität	1	13	5,69	1,601	0,687	,412	1,411	45	,165
	2	34	4,91	1,730					

Homogenität bis auf eine Skalen gegeben (Ausnahme: Skala Lebenszufriedenheit, $p = 0,41$). Test der Homogenität durch Levene-Test ($p > 0,05$)

D steht für „Diagnose“: 1 = Colitis ulcerosa,

2 = Morbus Crohn

M = Mittelwert

$p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $0,05 < p < 0,1$ (*)

Es gab zu 7 Personen keine differenzierte Diagnose Cu oder MC betreffend (n=50).

Morbus Crohn - PatientInnen sind signifikant **verschlossener** als Colitis ulcerosa-PatientInnen.

4.3.2 Geschlechtsunterschiede

4.3.2.1 Unterschiede in der Beantwortung des TEM

Fragestellung 5: Gibt es Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Antwortverhalten des TEM?

Tab. 15: Mögliche Unterschiede zwischen Frauen zu Männern im Antwortverhalten im TEM (n=57)

TEM - Skalen	G	N	M	SD	Levene -Test		T-Test		
					F	p	T	df	p 2-seit.
Grundvertrauen	1	28	5,18	0,918	2,446	,124	-,470	55	,640
	2	29	5,28	0,662					
Grundwert	1	28	5,55	0,660	0,176	,677	,053	55	,958
	2	29	5,54	0,628					
Selbstwert	1	28	5,20	0,757	3,352	,073	,001	55	,999
	2	29	5,20	0,597					
SINN	1	28	5,32	0,568	0,333	,566	,331	55	,742
	2	29	5,27	0,633					

G = Geschlecht, 1 = weiblich, 2 = männlich

M = Mittelwert

p < 0,05*, p < 0,01**, 0,05 < p < 0,1 (*)

Es zeigen sich **keine** Unterschiede im Antwortverhalten von Frauen und Männern im TEM.

4.3.2.2 Unterschiede in der Beantwortung des FPI-R

Fragestellung 6: Gibt es Geschlechtsunterschiede im Antwortverhalten des FPI-R?

Tab. 16: Unterschiede im Antwortverhalten im FPI zwischen Frauen und Männern (n=54)

FPI - Skalen	D	N	M	SD	Levine - Test		T - Test		
					F	p	T	df	p(2 seit.)
Lebenszufriedenheit	1	28	5,75	2,222	1,788	,187	,240	52	,812
	2	26	5,62	1,878					
Soziale Orientierung	1	28	5,57	1,425	5,732	,020	,222	43,3	,826
	2	26	5,46	2,121					
Leistungsorientierung	1	28	5,07	1,538	4,071	,049	,634	47,85	,529
	2	26	4,77	1,925					
Gehemmtheit	1	28	4,29	1,941	0,066	,799	-1,414	52	,163
	2	26	5,04	1,969					
Erregbarkeit	1	28	4,79	1,912	0,663	,419	-,357	52	,722
	2	26	4,96	1,685					
Aggressivität	1	28	4,36	2,077	1,627	,208	1,394	52	,169
	2	26	3,62	1,813					
Beanspruchung	1	28	4,71	1,883	0,872	,355	-1,936	52	,058(*)
	2	26	5,62	1,499					
Körperlichkeit	1	28	5,11	1,524	1,890	,175	-,178	52	,860
	2	26	5,19	1,980					
Gesundheits-sorgen	1	28	5,11	1,729	0,104	,749	1,194	52	,238
	2	26	4,54	1,772					
Offenheit	1	28	4,14	1,715	0,543	,464	-,198	52	,844
	2	26	4,23	1,531					
Extraversion	1	28	5,57	1,526	1,373	,247	2,141	52	,037*
	2	26	4,58	1,880					
Emotionalität	1	28	5,00	1,866	2,199	,144	-1,109	52	,273
	2	26	5,50	1,393					

G = Geschlecht, 1 = weiblich (n=28), 2 = männlich (n=26)

M = Mittelwert

p < 0,05*; p < 0,01**, 0,05 < p < 0,1 (*)

Homogenitätstest nach Levene: p > 0,05;

Ausnahme Skala *Soziale Orientierung* und *Leistungsorientierung* (p < 0,05)

Männer zeigen eine Tendenz der stärkeren Beanspruchung als Frauen (statische Tendenz).

Frauen zeigen sich signifikant extrovertierter als Männer.

4.3.3 Altersgruppenunterschiede

4.3.3.1 Unterschiede zwischen den Altersgruppen in der Beantwortung des TEM

Fragestellung 7: Gibt es Unterschiede zwischen den Altersgruppierungen in der Beantwortung des TEM?

Tab. 17: Mögliche Unterschiede im TEM zwischen den einzelnen Altersgruppen (N=57)

TEM - Skaler	AG	N	M	SD	ANOVA			
					df 1	df 2	F	p
Grundvertrauen	1	23	5,26	0,703	2	54	0,202	,818
	2	17	5,29	0,855				
	3	17	5,13	0,878				
Grundwert	1	23	5,51	0,630	2	54	0,585	,560
	2	17	5,68	0,535				
	3	17	5,45	0,751				
Selbstwert	1	23	5,23	0,570	2	54	0,592	,557
	2	17	5,31	0,657				
	3	17	5,06	0,824				
SINN	1	23	5,36	0,593	2	54	0,464	,631
	2	17	5,32	0,660				
	3	17	5,18	0,555				

Altersgruppen (AG): 1 = 20 – 30 Jahre

2 = 31 – 45 Jahre

3 = 46 – 81 Jahre

N = 57

ONEWAY ANOVA, $p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $0,05 < p < 0,1$ (*)

Homogenitätstest nach Levene: $p > 0,05$

4.3.3.2 Altersgruppenunterschiede in der Beantwortung des FPI-R

Fragestellung 8: Gibt es Unterschiede in der Beantwortung des FPI-R zwischen den Altersgruppen?

Tab. 18: Mögliche Unterschiede im FPI-R zwischen den einzelnen Altersgruppen (n=54)

FPI - Skalen	AG	N	M	SD	df 1	df 2	F	p
Lebenszufriedenheit	1	22	5,68	1,985	2	51	0,014	,986
	2	16	5,75	2,380				
	3	16	5,63	1,893				
Soziale Orientierung	1	22	5,77	1,688	2	51	0,494	,613
	2	16	5,50	1,461				
	3	16	5,19	2,198				
Leistungsorientierung	1	22	5,23	1,974	2	51	0,992	,378
	2	16	4,44	1,315				
	3	16	5,00	1,713				
Gehemmtheit	1	22	4,27	1,778	2	51	0,864	,427
	2	16	5,13	2,094				
	3	16	4,69	2,120				
Erregbarkeit	1	22	5,14	1,807	2	51	0,575	,566
	2	16	4,50	1,932				
	3	16	4,88	1,668				
Aggressivität	1	22	3,82	1,967	2	51	0,729	,487
	2	16	3,75	1,693				
	3	16	4,50	2,251				
Beanspruchung	1	22	4,95	1,362	2	51	0,345	,710
	2	16	5,13	2,029				
	3	16	5,44	1,999				
Körperlichkeit	1	22	5,18	1,651	2	51	0,027	,974
	2	16	5,06	2,016				
	3	16	5,19	1,682				
Gesundheits-sorgen	1	22	4,86	1,910	2	51	0,025	,975
	2	16	4,75	1,653				
	3	16	4,88	1,746				
Offenheit	1	22	4,55	1,535	2	51	1,324	,275
	2	16	3,69	1,815				
	3	16	4,19	1,471				
Extraversion	1	22	5,27	1,518	2	51	1,046	,359
	2	16	4,56	1,632				
	3	16	5,38	2,156				
Emotionalität	1	22	5,45	1,438	2	51	0,441	,646
	2	16	4,94	1,948				
	3	16	5,25	1,693				

Altersgruppen (AG): 1 = 20 – 30 Jahre

2 = 31 – 45 Jahre

3 = 46 – 81 Jahre

N = 54

ONEWAY ANOVA, $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $0,05 < p < 0,1$ (*)

Homogenitätstest nach Levene: $p > 0,05$

Es gibt **keine** Unterschiede in der Beantwortung zwischen den Altersgruppen.

4.3.4 Bildungsgruppe

4.3.4.1 Unterschiede in der Beantwortung des TEM zwischen den Bildungsgruppen

Fragestellung 9: Gibt es Unterschiede in der Beantwortung des TEM zwischen den Bildungsgruppen?

Tab. 19: Unterschiede in Beantwortung des TEM zwischen den Bildungsgruppen (n=56)

TEM - Skalen	BG	N	M	SD	Levene -Test		T-Test		
					F	p	T	df	p 2-seit.
Grundvertrauen	1	34	5,24	0,853	1,464	,232	0,104	54	,918
	2	22	5,22	0,724					
Grundwert	1	34	5,62	0,550	0,658	,421	0,463	54	,645
	2	22	5,55	0,556					
Selbstwert	1	34	5,23	0,745	2,452	,123	0,182	54	,856
	2	22	5,20	0,526					
SINN	1	34	5,30	0,643	2,745	,103	0,256	54	,799
	2	22	5,34	0,456					

Bildungsgruppen (BG): 1 = HS, Lehre, Fachschule

2 = Matura, Studium

n = 56 (eine Person machte bzgl. Bildungsgrad keine Angaben)

M = Mittelwert

$p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $0,05 < p < 0,1$ (*)

Homogenitätstest nach Levene: $p > 0,05$;

Es gibt **keine** Unterschiede im Antwortverhalten des TEM zwischen den Bildungsgruppen.

4.3.4.2 Unterschiede im Bildungsgrad in der Beantwortung des FPI-R

Fragestellung 10: Gibt es Unterschiede in der Beantwortung des FPI-R aufgrund des Bildungsgrades?

Tab. 20: Mögliche Unterschiede in den Skalen des FPI-R zwischen den Bildungsgruppen (n=54)

FPI - Skalen	BG	N	M	SD	Levine - Test		T - Test		
					F	p	T	df	p(2 seit.)
Lebenszufriedenheit	1	33	5,64	2,104	0,057	,812	-,218	52	,828
	2	21	5,76	1,998					
Soziale Orientierung	1	33	5,12	1,691	0,755	,389	-2,126	52	,038*
	2	21	6,14	1,769					
Leistungsorientierung	1	33	4,82	1,828	0,739	,394	-,572	52	,570
	2	21	5,10	1,578					
Gehemmtheit	1	33	4,85	1,856	0,326	,571	,934	52	,355
	2	21	4,33	2,153					
Erregbarkeit	1	33	4,67	1,797	0,021	,886	-1,048	52	,299
	2	21	5,19	1,778					
Aggressivität	1	33	4,36	2,133	4,493	,039	1,852	50,81	0,70(*)
	2	21	3,43	1,568					
Beanspruchung	1	33	5,12	1,883	0,006	,938	-,140	52	,889
	2	21	5,19	1,662					
Körperlichkeit	1	33	5,39	1,731	0,002	,963	1,309	52	,196
	2	21	4,76	1,729					
Gesundheits-sorgen	1	33	4,76	1,659	0,029	,866	-,394	52	,695
	2	21	4,95	1,936					
Offenheit	1	33	4,27	1,859	9,604	,003	0,548	51,99	,586
	2	21	4,05	1,161					
Extraversion	1	33	5,30	1,759	0,069	,794	1,1021	52	,275
	2	21	4,76	1,758					
Emotionalität	1	33	5,12	1,781	0,471	,496	-,660	52	,512
	2	21	5,43	1,469					

- Bildungsgruppen (BG): 1 = HS, Lehre, Fachschule

2 = Matura, Studium

- n = 54

- M = Mittelwert

p < 0,05*; p < 0,01**; 0,05 < p < 0,1 (*)

Homogenitätstest nach Levine: p > 0,05; Ausnahme Skala Aggressivität und Offenheit

Die beiden Bildungsgruppen unterscheiden sich in der Skala *Soziale Orientierung* dahingehend, dass sich Personen mit **höherem Bildungsgrad sozial engagierter** zeigen.

In der Beantwortung zum Bereich *Aggressivität* zeigen Personen mit **höherem Bildungsgrad** eine statistische Tendenz zu **verminderten aggressiven** Reaktionen.

4.3.5 Haushalt

4.3.5.1 Unterschiede in den Grundmotivationen in Abhängigkeit zur Lebensform (in Partnerschaft oder allein lebend)

Fragestellung 11: Gibt es Unterschiede im Antwortverhalten des TEM zwischen den beiden Haushaltsformen?

Tab. 21: Mögliche Unterschiede in der Beantwortung des TEM zwischen den Haushaltsformen (n=56)

TEM - Skalen	HH	N	M	SD	Levene -Test		T-Test		
					F	p	T	df	p 2-seit.
Grundvertrauen	1	17	5,18	0,882	0,519	,474	-0,490	54	,626
	2	39	5,28	0,737					
Grundwert	1	17	5,45	0,670	0,925	,340	-,874	54	,386
	2	39	5,61	0,600					
Selbstwert	1	17	5,26	0,712	0,539	,466	0,298	54	,767
	2	39	5,21	0,645					
SINN	1	17	5,33	0,639	1,495	,227	0,092	54	,927
	2	39	5,32	0,530					

HH = Haushaltsgruppen: 1 = allein lebend

2 = in Partnerschaft zusammenlebend

n = 56 (eine Person gab zu diesem Punkt keine Angaben ab)

M = Mittelwert

p < 0,05*, p < 0,01**, 0,05 < p < 0,1 (*)

Homogenitätstest nach Levene: p > 0,05;

Es gibt **keine** Unterschiede im Antwortverhalten des TEM zwischen allein Lebenden und sich in Partnerschaft befindlichen ProbandInnen.

4.3.5.2 Unterschiede in der Persönlichkeit (FPI-R) die Haushaltsform betreffend

Fragestellung 12: Gibt es Unterschiede in der Persönlichkeitsdarstellung (FPI-R) zwischen allein lebenden Personen und in Partnerschaft lebenden Personen?

Tab.: 22: Mögliche Unterschiede in der Beantwortung des FPI-R die Haushaltsform betreffend (n=54)

FPI - Skalen	HH	N	M	SD	Levine - Test		T - Test		
					F	p	T	df	p(2 seit.)
Lebenszufriedenheit	1	16	5,00	1,966	0,002	,962	-1,849	51	,070(*)
	2	37	6,08	1,949					
Soziale Orientierung	1	16	6,00	1,826	0,197	,659	1,267	51	,211
	2	37	5,32	1,765					
Leistungsorientierung	1	16	5,25	2,295	7,829	,007	0,624	19,8	,539
	2	37	4,86	1,378					
Gehemmtheit	1	16	4,40	2,066	0,008	,930	-,293	51	,770
	2	37	4,68	1,973					
Erregbarkeit	1	16	4,38	1,746	0,000	,999	-1,267	51	,211
	2	37	5,05	1,810					
Aggressivität	1	16	4,31	2,301	3,987	,051	0,796	51	,430
	2	37	3,84	1,849					
Beanspruchung	1	16	5,13	1,668	0,357	,553	-,070	51	,945
	2	37	5,16	1,834					
Körperlichkeit	1	16	4,94	2,235	2,476	,122	-,527	51	,600
	2	37	5,22	1,530					
Gesundheits-sorgen	1	16	4,94	1,436	1,202	,278	0,394	51	,695
	2	37	4,73	1,880					
Offenheit	1	16	3,88	1,893	2,381	,129	-0,981	51	,331
	2	37	4,35	1,495					
Extraversion	1	16	5,13	1,628	0,524	,473	-0,019	51	,985
	2	37	5,14	1,828					
Emotionalität	1	16	5,31	1,815	0,195	,661	0,301	51	,765
	2	37	5,16	1,608					

HH = Haushaltsgruppen: 1 = allein lebend

2 = in Partnerschaft zusammenlebend

n= 54

M = Mittelwert

p < 0,05*, p < 0,01**, 0,05 < p < 0,1 (*)

Homogenitätstest nach Levine: p > 0,05; Ausnahme Skala Leistungsorientierung

Es gibt **keine signifikanten** Unterschiede in den Persönlichkeitseigenschaften zwischen Personen mit PartnerIn und Alleinlebenden.

Eine statistische Tendenz ist in der Skala *Lebenszufriedenheit* zu erkennen: demnach dürften PatientInnen mit Partner über eine **tendenziell höhere Lebenszufriedenheit** verfügen.

4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

1. CED-PatientInnen zeigen signifikant höhere TEM-Werte als dies die Normgruppe (Allgemeinbevölkerung) aufgewiesen hat. Alle weiteren Gruppenvergleiche unabhängiger Variablen mit dem TEM weisen keine signifikanten (aussagekräftigen) Ergebnisse auf.
2. Es zeigen sich (sehr) signifikante Zusammenhänge zwischen den Grundmotivationen des TEM und den Skalen des FPI-R (S 73-74).
3. Morbus Crohn – Erkrankte sind signifikant verschlossener (auf einen guten Eindruck bedacht) als Colitis ulcerosa – Pat.
4. Männliche Patienten fühlen sich (subjektiv) tendenziell höher beansprucht (belastet) als Patientinnen.
Weibliche Patienten präsentieren sich signifikant extrovertierter (geselliger, unternehmungslustiger) als ihre männlichen Leidensgenossen.
5. Es zeigen sich keine Auffälligkeiten in den Skalen des FPI-R in Bezug auf das Alter der PatientInnen.
6. PatientInnen mit höherer Bildung (Matura, Studium) zeigen ein signifikant höheres Engagement in sozialen Belangen (soziale Verantwortung für andere Menschen, Hilfsbereitschaft) als PatientInnen mit niedrigerem Bildungsniveau.
In der Beantwortung zum Bereich *Aggressivität* zeigen Personen mit höherem Bildungsabschluss eine Tendenz zu verminderten aggressiven Reaktionen (kontrolliert, zurückhaltend).
7. In Partnerschaft lebende PatientInnen zeigen eine (tendenziell) höhere Lebenszufriedenheit als allein lebende PatientInnen.

5 INTERPRETATION UND DISKUSSION

Das Ergebnis des Testes zur Erfassung der emotionalen Motivation (TEM), das wesentlich höhere Werte für PatientInnen mit der Diagnose chronisch entzündliche Darmerkrankungen als für die „gesunde“ Normalbevölkerung zeigte, war anfangs „irritierend“. Es kamen Zweifel an der Testqualität, an der Testvorgabe, etc. hoch. Es zeigte sich deutlich, dass die TeilnehmerInnen gezielt die hohen (positiven) Scores für die Beschreibung ihres existenziellen Lebensvollzuges wählten und sich kaum bis gar nicht für die Feinabstimmungen „interessierten“. Die Antworttendenz liegt eindeutig in der positiven Darstellung der persönlichen Struktur und findet auch bei den negativ gepolten Items diesen Niederschlag.

Ein möglicher Erklärungsversuch bietet sich mit der situativen Beschreibung der Testvorgabe an: die PatientInnen befinden sich im Wartebereich der Ambulanz, erleben sich mehr oder weniger angespannt, mitunter in reduziertem Allgemeinzustand und auf das ärztliche Gespräch wartend. In diesem Umfeld kann es sich als schwierig herausstellen, eine ausreichende Motivation für die differenzierte Auseinandersetzung mit den vielen Antwortmöglichkeiten zu finden. Warum aber die Strategie gewählt sich durchgängig positiv im Lebensvollzug darzustellen, kann damit nicht beantwortet werden. Nicht das Ergebnis der Testscores und damit die Zuordnung zu den einzelnen Grundmotivationen sind für eine Interpretation bedeutsam, sondern die Beweggründe für die „geschönte“ Selbstdarstellung.

Der fehlende Zugang zu den eigenen Gefühlen und dem Gespür, die geschönte Darstellung des Daseins und des Beziehungslebens könnten als Folge ihren Niederschlag in der (signifikanten) verminderten Offenheit (FPI-R) der Crohn-PatientInnen finden. Sie präsentieren in der Darstellung im TEM die volle Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und dem eigenen So-sein; und schließlich eine positive Zukunftsperspektive. Nicht, dass dies alles in Frage gestellt werden soll, aber es geht um Personen, die an einer unheilbaren Erkrankung leiden und deren Symptome (je nach Schubaktivität), massive Auswirkungen auf den Alltag haben können.

Der Zusammenhang des TEM mit dem FPI-R, welcher in einigen Skalen sehr signifikante Ergebnisse zeigte ergänzt das Bild: die durchgängig hoch ausgeprägte Lebenszufriedenheit, die verminderte Erregbarkeit, die sie gelassen, ruhig und selbstbeherrscht sein lässt; die fast durchgängige Aggressionshemmung und die kaum vorkommenden Befindensstörungen

(psychosomatische Beschwerden vertreten in der Skala Körperliche Beschwerden). Hohe TEM-Werte stehen in einem ausgeprägten Zusammenhang mit sich wenig Sorgen machend und kaum innere Konflikte habend, d.h. mit hoher emotionaler Stabilität.

Eine eindeutige Zuordnung der einzelnen FPI-R Skalen zu den einzelnen GM war nicht möglich, aber statistische Zusammenhänge konnten dargestellt werden.

Zur fehlenden Offenheit der Crohn PatientInnen möchte ich noch anmerken, dass wahrscheinlich kein anderes Krankheitsbild im klinischen Alltag eine so große Offenheit vom Patienten abverlangt wie dies bei CED - Erkrankten nötig ist. Jeder, der bereits eine Koloskopie (meist wird eine Gastroskopie auch durchgeführt) hinter sich gebracht hat, weiß wovon hier die Rede ist. Die PatientInnen müssen dies in regelmäßigen Abständen absolvieren und ihr (körperliches) Inneres preisgeben. Bei Fistel- bzw. Abszessbildung im Intimbereich (Vagina, Anus) geht jegliche Intimität in diesem Bereich verloren, weil es für den Arzt erforderlich ist, wenigstens „einen Blick darauf zu werfen“. Es ist wohl ein Schutzmechanismus (Copingstrategie) sich eine Autonomie in anderen (psychisch, physischen) Bereichen zu bewahren und sich zu verschließen. Sehr häufig habe ich die CED-PatientInnen im stationären Kontext daran erkennen können, dass sie die Bettdecke bis zum Kinn hochziehen, den Halsbereich bedeckt halten, um möglichst keine „Angriffsfläche“ zu bieten.

Im psychotherapeutischen Kontext hat sich gezeigt, dass körperliche Symptome und Beschwerden für die PatientInnen gut und ausführlich darstellbar und beschreibbar sind. Eine tiefer gehende Beziehungsaufnahme zur eigenen Person (gilt auch für die therapeutische Beziehung) benötigt viel Geduld und Ausdauer. Die Gefahr der Einladung durch die/den Patientin/Patienten nachzukommen und auf der funktionellen Ebene zu verbleiben, ist auf jeden Fall gegeben.

Durch die vorliegende Arbeit und die damit verbundene Auseinandersetzung hat sich für mich eine existenzanalytische Herangehensweise an das weite Feld der Psychosomatik verstärkt und sind mir neue Einblicke gewährt worden (wofür ich dankbar bin).

LITERATURVERZEICHNIS

- Billier KH, Lourdes Stiegeler M de (2008) Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor Emil Frankl. Wien: Böhlau
- Bortz J (1984) Lehrbuch der empirischen Forschung. Berlin: Springer
- Bortz J (1989) Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer, 3. Aufl.
- Bräutigam W, Christian P, von Rad M (1992) Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme, 5. Aufl.
- Deneke FW (2001) Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten. Stuttgart: Schattauer, 2. Aufl.
- Drossmann DA (1992) The irritable bowel syndrome: Review a graduated multicomponent treatment approach. Ann. Intern. Med. 116, 1009-1016, In: Köhler T (1995) Psychosomatische Krankheiten. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Aufl.
- Eckhardt P (2000) Skalen zur Erfassung von existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. Univ. Dissertation, Universität Wien
- Egger JW (2000) Die evolutionäre Erkenntnistheorie und der biopsychosoziale Krankheitsbegriff in der Medizin. In: Pieringer W, Ebner F: Zur Philosophie in der Medizin. Wien: Springer
- Engel GL (1981) Colitis ulcerosa, In: v Uexküll T et al. (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. München: Urban&Schwarzenberg, 5. Aufl.
- Fahrenberg J, Hampel R, Selg H (2010) Freiburger Persönlichkeitsinventar. Göttingen: Hogrefe, 8. Auflage
- Fazekas C (2006) Psychosomatische Intelligenz. Spüren und Denken – ein Doppelleben. Wien: Springer
- Fisseni HJ (1991) Persönlichkeitspsychologie. Ein Theorienüberblick. Göttingen: Hogrefe, 2. Aufl.
- Frankl V (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In Frankl V, v Gebattel, Schultz JH (Hrsg.), Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München: Urban&Schwarzenberg, Bd. 3, 663-736
- Frankl V (1979) Der unbewußte Gott. Psychotherapie und Religion. München: Kösel
- Frankl V (1982a)trotzdem Ja zum Leben sagen. dtv: München
- Frankl V (1982b) Theorie und Therapie der Neurosen. Basel:UTB (Reinhardt)

- Frankl V (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München: Piper
- Grabner D (2008) Die Anwendung des Tests zur Existentiellen Motivation (TEM) in einer psychotherapeutischen Einrichtung. In Existenzanalyse 25, 1, 64-69
- Hammer H (2005) Therapielexikon. Gastroenterologie & Hepatologie. Berlin: Heidelberg
- Hänel J, Enders A, Davis S (2008) Psychosomatik und Psychotherapie. München: Urban&Fischer
- Häuser W (1985) Psychosomatische Aspekte des Morbus Crohn. Psychother. med. Psychol. 35, 273-280
- Hahn E, Riemann J (2000) Klinische Gastroenterologie. Band 1. Stuttgart: Thieme, 3. Aufl.
- Helzer JE (1984) A study on the association between Crohn`s disease und psychiatric illness. Gastroenterology 86, 324-333, In: Hahn E, Riemann J (2000) Klinische Gastroenterologie. Stuttgart: Thieme
- Hoffmann S O, Hochapfel G (1999) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer, 6. Aufl.
- Hoffmann S O, Hochapfel G (2009) Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer, 8. Aufl.
- Karush A (1968) The response to psychotherapy in chronic ulcerative colitis. Psychosom. Med. 30, 255-276, In: Köhler T (1995) Psychosomatische Krankheiten. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Aufl.
- Köhler T (1995) und Psychosomatische Krankheiten. Eine Einführung in die Allgemeine und Spezielle Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Aufl.
- Kohlbrunner J (2010) Die Reanimation der Psychosomatik. Kritische Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Kosarz P, Traue H (1997) Psychosomatik chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen. Bern: Huber
- Kraus M , Csef H (2000) Psychosomatik in der Gastroenterologie. München: Urban & Fischer
- Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. In: Existenzanalyse 15,1, 16-27
- Längle A (1999) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). In: Existenzanalyse 16,1, 18-25
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas)

- Längle A (2009) Das eingefleischte Selbst. Existenz und Psychosomatik. In: Existenzanalyse 26, 2, 13-34
- Loeb P (2008) Psychosomatik – Integration oder Polarisierung? In: Primary Care 8,17, 339-341
- Martini GA (1988) Morbus Crohn. Dt. Ärztblatt 85, C1555-C 1559
- Moser G (2007) Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie. Wien: Springer
- Robertson DA et al (1989) Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. Gut 30, 623-626, In Köhler T (1995) Psychosomatische Krankheiten. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Aufl.
- Rudolf G, Eich W (2003) Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und – psychiatrie. Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer
- Tress W (1994) Psychosomatische Grundversorgung. Stuttgart: Schattauer
- Uexküll T v (1996) Psychosomatische Medizin. In: Adler R, Herrmann J, Köhle K, Schonecke O, v Uexküll T, Wesiack W : Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg, 5. Aufl.

8 ANHANG

Fragebogen „Test zur Erfassung existentieller Motivation“ (TEM)

Fragebogen „Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Form“ (FPI-R)

Auswertungsbogen FPI-R