

Aus dem Institut für Psychotherapie
und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg

Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Lang

Coping/Bewältigungsmuster bei PTCA-Patienten

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
vorgelegt von
Katrin Schön
aus Auenwald

Würzburg, Oktober 2001

Referent: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller
Korreferent: Prof. Dr. med. P. J. Schanzenbächer
Dekan: Prof. Dr. med. V. ter Meulen

Tag der mündlichen Prüfung: 06.02.2002

Die Promovendin ist Ärztin

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	1
2	MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN	3
2.1	Koronare Herzkrankheit – KHK	3
2.1.1	Definition und Verlauf	3
2.1.2	Pathophysiologie der Koronarstenose	4
2.1.3	Risikofaktoren der KHK	5
2.1.4	Diagnostische Vorgehensweise	5
2.1.5	Therapie.....	6
2.1.6	Prognose	6
2.2	Perkutane transluminale Koronarangioplastie, PTCA.....	7
2.2.1	Standardmethode der PTCA.....	7
2.2.2	Indikation.....	8
2.2.3	Erfolgsquote der PTCA	8
2.2.4	Komplikationen	9
3	LITERATURÜBERSICHT UND AKTUELLER STAND DER FORSCHUNG....	10
3.1	Bewältigungsmuster bei Krankheit.....	10
3.1.1	Coping/Bewältigungsmuster	10
3.1.1.1	Geschichte der Copingforschung	10
3.1.1.2	Definition des Coping	11
3.1.1.3	Coping/ Krankheitsverarbeitung	12
3.1.2	Stressbewältigungsmodi nach Krohne	15
3.1.3	Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch verschiedene Personen.....	16
3.1.4	Krankheitsverarbeitungsformen/Emotionen bei KHK-Patienten.....	17
3.1.5	Krankheitsverarbeitung/Informationswunsch	20
4	FRAGESTELLUNG, HYPOTHESEN.....	23

5	METHODEN	25
5.1	Rahmen	25
5.2	Auswahl der Probanden und Studienaufbau	25
5.3	Instrumente	26
5.3.1	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV	26
5.3.2	State-Trait-Angstinventar, STAI	28
5.3.3	Symptom-Checkliste, SCL-90-R	29
5.3.4	Angstbewältigungs-Inventar, ABI	30
5.3.5	Fragebogen zum Informationsbedürfnis der Patienten	32
5.3.6	Basisfragebogen zu soziodemographischen Merkmalen	32
5.3.7	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version, IIP	33
5.3.8	Kurzinterview zur Erfassung von Krankheitsgeschehen und Beziehungsmustern bei Patienten mit einer Herzerkrankung (Koepsell 1994)	33
5.3.9	Fragebogen für die Schwester	34
5.3.10	Fragebogen für den Arzt, der die Ballonerweiterung durchgeführt hat	34
5.3.11	Fragebogen für den Interviewer	34
5.3.12	Medizinischer Verlaufsbogen	35
5.4	Datenauswertung	35
6	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	36
6.1	Soziodemographische Merkmale	36
6.2	Medizinische Daten	37
7	ERGEBNISSE	39
7.1	Krankheitsverarbeitung	39
7.1.1	Statistische Kennwerte des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV)	39
7.1.2	Beziehungen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und den FKV- Skalen	40
7.1.3	Interkorrelationen zwischen den FKV-Skalen	43
7.2	Angst	44

7.2.1	Statistische Kennwerte des State-Trait-Angstinventar (STAI)	44
7.2.2	Interkorrelation zwischen Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft	45
7.2.3	Beziehungen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und State-Trait-Angstinventar (STAI).....	45
7.3	Angst und Krankheitsverarbeitung	46
7.3.1	Korrelation zwischen State-Trait-Angstinventar (STAI) und Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)	46
7.3.2	Mittelwertsvergleiche von ängstlichen und wenig ängstlichen Patienten im Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung	48
7.4	Depressivität	50
7.4.1	Statistische Kennwerte der Symptom-Checkliste (SCL-90-R), Depressivitätsskala	50
7.4.2	Beziehungen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und der Depressivitätsskala des SCL-90-R	50
7.5	Depressivität und Krankheitsverarbeitung.....	51
7.5.1	Korrelation zwischen der Depressivitätsskala der SCL-90-R und den FKV-Skalen	51
7.6	Angstbewältigung	52
7.6.1	Statistische Kennwerte des Angstbewältigungs-Inventar (ABI).....	53
7.6.2	Beziehungen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und dem Angstbewältigungs-Inventar.....	53
7.6.2.1	Unterschiedsprüfung zwischen den vier nach der Angstbewältigung gebildeten Gruppen auf den FKV-Skalen	54
7.7	Kognitives Vermeiden und Krankheitsverarbeitung	56
7.7.1	Korrelation zwischen Angstbewältigungs-Inventar-Skalen und FKV-Skalen	56
7.8	Kognitives Vermeiden und Depressivität	57
7.8.1	Korrelation zwischen Angstbewältigungsinventar und Depressivitätsskala des Scl-90-R	57
7.8.2	Unterschiedsprüfung zwischen den vier nach der Angstbewältigung gebildeten Gruppen auf der Depressivitätsskala.....	58
7.9	Angst und Informationsbedürfnis der Patienten.....	58
7.9.1	Fragebogen zum Informationsbedürfnis der Patienten.....	58
7.9.1.1	Statistische Kennwerte	58
7.9.1.2	Beziehungen zwischen soziodemographischen Merkmalen und Informationsbedürfnis	59

7.9.1.3	Korrelation zwischen Informationsbedürfnis und Angst der Patienten (STAI).....	60
8	DISKUSSION	62
8.1	Methodische Einschränkungen	62
8.1.1	Patientenauswahl	62
8.1.2	Rahmen.....	63
8.1.3	Meßzeitpunkt.....	63
8.1.4	Antworttendenzen	63
8.2	Krankheitsverarbeitungsformen	64
9	ZUSAMMENFASSUNG.....	73
10	LITERATURVERZEICHNIS.....	76
11	ANHANG	82
11.1	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV.....	82
11.2	State-Trait-Angstinventar, STAI	83
11.2.1	STAI zur situativen Angst	83
11.2.2	STAI zur dispositionellen Angst	84
11.3	Symptom-Checkliste, SCL-90-R, Skala 4 „Depressivität“.....	85
11.4	Angstbewältigungs-Inventar, ABI.....	86
11.5	Fragebogen zum Informationsbedürfnis der Patienten	88
11.6	Basisfragebogen zu soziodemographischen Merkmalen.....	89

DANKSAGUNG

LEBENSLAUF

1 Einleitung

Seit mehr als dreißig Jahren sind Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung wichtige Forschungsthemen.

Eine tiefere Kenntnis von Krankheitsverarbeitungsprozessen eröffnet Wege für ein umfassendes Patientenverständnis, erweitert und verbessert psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten (Muthny 1988).

Jeder Patient hat sich in mehr oder weniger gezielter und sinnvoller Art und Weise mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen (Heim 1986). Besonders bei chronisch Kranken, wie z.B. Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit (KHK), ist die Art der Krankheitsbewältigung von wesentlicher Bedeutung. Die positiv gestaltete Krankheitsverarbeitung und -bewältigung des Patienten erhöhen seine Lebensqualität und wirken möglicherweise lebensverlängernd.

Es wurden bei der vorliegenden Untersuchung chronisch erkrankte Patienten mit einer KHK befragt, die zur perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) stationär aufgenommen wurden. Bei der koronaren Herzkrankheit, verursacht durch eine Koronarsklerose, bestehen stenosierende Veränderungen im Herzkranzgefäßsystem. In westlichen Industrieländern stellt die koronare Herzkrankheit eine der häufigsten Krankheiten und Todesursachen dar. Bei Männern im mittleren Lebensalter liegt die Prävalenz (Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Population zum Zeitpunkt der Untersuchung) bei 20% und kommt zwei- bis dreimal häufiger vor als bei Frauen. Hauptrisikofaktoren für eine KHK sind Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Übergewicht und Zigarettenrauchen (Herold 1999).

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden mit standardisierten Fragebögen erhoben und von mehreren Untersuchern in Längs- und Querschnittsstudien ausgewertet. An dieser Stelle wird eine Querschnittsstudie vorgestellt, die sich vornehmlich mit den Bewältigungsmustern der befragten KHK-Patienten befaßt. Bewältigungsmuster beschreiben die unterschiedlichen Wege, sich mit einer Erkrankung auseinanderzusetzen und diese zu verarbeiten. Zwei Formen der Krankheitsverarbeitung bilden den Schwerpunkt der Arbeit. Zum einen ist dies die depressive Form der

Krankheitsverarbeitung, die Aspekte wie z.B. Selbstmitleid, Grübeln oder Rückzug des Patienten beinhaltet. Zum anderen wird die aktive Form der Krankheitsverarbeitung genauer betrachtet. Sie umfaßt Aspekte wie der Wille, intensiver zu leben oder aktive Anstrengungen gegen die Krankheit zu unternehmen. In der Arbeit wird ebenso untersucht, welche Bedeutung der Wunsch der Patienten nach Information über die bevorstehende Intervention am Herzen im Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung hat.

Einführend wird im folgenden Kapitel (Kapitel 2) zunächst auf die koronare Herzkrankheit und die perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) eingegangen. Einen Überblick über den theoretischen Hintergrund und den aktuellen Stand der Forschung der Krankheitsverarbeitung gibt Kapitel 3. Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit wird in Kapitel 4 vorgestellt. Die angewandten Methoden und Materialien der Arbeit werden in Kapitel 5 erläutert. Kapitel 6 und 7 stellen die durchgeführten Untersuchungen und Ergebnisse ausführlich dar. In Kapitel 8 werden schließlich die herausgearbeiteten Ergebnisse im Zusammenhang mit den aktuellen Ergebnissen der Literatur diskutiert. Abschließend wird die gesamte Arbeit in Kapitel 9 zusammengefaßt.

2 Medizinische Grundlagen

Im Folgenden wird der Begriff der koronaren Herzkrankheit und der PTCA (perkutane transluminale Koronarangioplastie) näher erläutert.

2.1 Koronare Herzkrankheit – KHK

Die Koronare Herzkrankheit (KHK) gehört zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland.

2.1.1 Definition und Verlauf

Die KHK ist durch eine Reihe von Veränderungen der Morphologie und Funktion der Herzkranzgefäße gekennzeichnet.

Morphologisch liegen arteriosklerotische Gefäßwandveränderungen vor, die zur Verengung der großen Herzkranzgefäße, der Koronarstenose, führen. Selten wurden sklerotische Veränderungen in den kleinen intramuralen Ästen der Herzkranzgefäße oder entzündliche Gefäßprozesse vorgefunden.

Das charakteristische Leitsymptom der KHK ist die Angina pectoris, die Engegefühl und Schmerzen in der Brustregion beinhaltet. Pektanginöse Symptome sind Folge der sklerotischen Herzgefäßwandveränderungen, die zur Durchblutungsstörung des Herzmuskels (Myokardischämie) führen. Sobald die Durchblutungsreserve erschöpft ist und ein Mißverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und Sauerstoffbedarf eintritt, treten Engegefühl und Schmerzen auf.

Für die Klinik sind drei Erscheinungsformen der KHK bedeutsam.

1. *Stabile Angina pectoris*: Die Angina pectoris äußert sich meist in anfallsweise auftretenden Schmerzen, die als „drückend“, „reißend“, „brennend“ oder „krampfartig“ beschrieben werden, meist retrosternal lokalisiert sind und häufig in die linke Thoraxhälfte, in den linken Arm, ins Epigastrium, in den Hals oder in den Zahn-/Mund-/Kieferbereich ausstrahlen.

Die Canadian Cardiovascular Society (CCS) klassifiziert die stabile Angina pectoris wie folgt:

- CCS I: keine Angina bei körperlicher Belastung (evtl. Angina bei sehr langer und extremer Belastung)
- CCS II: Angina pectoris bei starker Anstrengung (schnelles Treppensteigen, Bergaufgehen)
- CCS III: Angina pectoris bei leichter Anstrengung (Ankleiden, langsames Gehen)
- CCS IV: Angina pectoris bei Ruhe

2. *Instabile Angina pectoris*: Hierzu zählt jede Erstangina und die in Ruhe auftretende Angina pectoris. Außerdem werden zur instabilen Angina Schmerzanfälle gerechnet, die an Schwere, Dauer und Häufigkeit zunehmen oder einen zunehmenden Bedarf an antianginösen Medikamenten erforderlich machen.
3. *Myokardinfarkt (Herzinfarkt)*: Beim Myokardinfarkt führt der koronare Gefäßverschluß zur irreversiblen Herzmuskelschädigung.

2.1.2 Pathophysiologie der Koronarstenose

Es werden entsprechend der Querschnittsminderung (in %) des Herzkranzgefäßes vier Schweregrade der Koronarstenosen (Verengung der Herzkranzgefäße) unterschieden:

Grad I:	25-49%	
Grad II:	50-74%	
Grad III:	75-99%	(kritische Stenose)
Grad IV:	100%	(kompletter Gefäßverschluß)

Mit regionalen Perfusionstörungen (Durchblutungsstörungen) des Herzmuskels sind erst bei einer Koronarstenose von mehr als 50% des Gefäßlumens zu rechnen. Hierbei ist jedoch das Ausmaß an ausgebildeten Umgehungsgefäßen (Kollateralen) zu beachten. Sind mehr als 75% des Gefäßlumens eingengt (kritische Stenose), so tritt bei

Nichtvorhandensein von kompensatorisch wirkenden Kollateralen eine belastungsabhängige Angina pectoris auf.

2.1.3 Risikofaktoren der KHK

Für die Entwicklung einer Koronarsklerose und somit einer KHK sind Risikofaktoren bekannt. Dabei werden beeinflussbare und nicht zu beeinflussende Faktoren unterschieden.

Beeinflussbare Faktoren:

1. Ordnung: Fettstoffwechselstörungen (v.a. erhöhtes LDL-Cholesterin, erniedrigtes HDL-Cholesterin), Bluthochdruck, Diabetes mellitus, das metabolische Syndrom (Stammfettsucht, Insulinresistenz und Hyperinsulinämie) und Zigarettenrauchen.
2. Ordnung: Hyperfibrinogenämie, Erhöhung des Lipoproteins (a), Hyperhomocysteinämie, Bewegungsmangel, negativer Streß: Typ-D-Persönlichkeit (Distressed Personality), Typ-A-Persönlichkeit (mit Aggressivität, Hektik, Ehrgeiz).

Nicht zu beeinflussende Risikofaktoren:

Nicht zu beeinflussende Risikofaktoren sind Lebensalter, männliches Geschlecht und familiäre Disposition.

2.1.4 Diagnostische Vorgehensweise

Am Anfang steht die Erhebung der Familien- und Einzelanamnese, der aktuellen Beschwerdesymptomatik und gezieltes Hinterfragen von Risikofaktoren. Fortführende Untersuchungen sind das Erstellen von Laborprofilen, Ruhe- und Belastungs-EKG, Echokardiographie und Röntgenthorax.

Positive Anamnese, pathologische Befunde veranlassen zur Darstellung der Herzkranzgefäße mit einem Kontrastmittel, der Koronarangiographie. Mit dieser invasiven Untersuchungsmethode werden Ausmaß und Grad der Stenosierung erfaßt, die für das weitere therapeutische Vorgehen entscheidend sind.

2.1.5 Therapie

Die medikamentöse Behandlung der KHK basiert auf Medikamenten, die eine Erhöhung der Sauerstoffzufuhr und eine Senkung des Sauerstoffbedarfs bewirken. Angestrebt wird die Reduktion und Vermeidung einer Angina pectoris, eine gesteigerte Belastbarkeit und eine Senkung der Myokardinfarktrate. Die Risikofaktoren sind zu minimieren.

Ein weiteres Ziel der KHK- Therapie ist das Erreichen einer Revaskularisation bei einer signifikanten Koronarstenose. Diese kann mit Hilfe einer invasiven therapeutischen Maßnahme erreicht werden, wobei die Stenose aufgedehnt wird. Als interventionelles Verfahren wird die perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) angewandt.

Als operative Maßnahme verbleibt die Möglichkeit der Bypass-Operation. Es wird die betroffene Gefäßengstelle mit Hilfe eines Gefäßersatzes umgangen. Auch auf diese Art kann eine Revaskularisation erreicht werden.

2.1.6 Prognose

Lokalisation und Ausmaß der Stenosen beeinflussen die Prognose der KHK. Es werden Ein-, Zwei- oder Dreigefäßerkrankungen differenziert. Die jährliche Letalitätsrate steigt ohne Revaskularisation von 3-4% bei der Ein-Gefäßerkrankung bis hin zu 10-13% bei der Drei-Gefäßerkrankung. Ist der Hauptstamm der Herzkranzgefäße betroffen, steigt die jährliche Letalitätsrate bis auf über 30% an. Hinzu kommen das Ausmaß der Myokardischämie und der Funktionszustand des linken Ventrikel. Mitentscheidend ist ebenso die Aktivierung präventiver Maßnahmen wie Bewegungstraining und die Reduktion von Risikofaktoren.

2.2 Perkutane transluminale Koronarangioplastie, PTCA

Im Jahre 1964 wurde die Dilatation arteriosklerotischer Stenosen erstmals von *Dotter* beschrieben. Die Engstellen wurden erweitert, indem die Atherome mit Kathetern zunehmenden Kalibers passiert wurden. Die Erweiterung solcher Engstellen mit Hilfe eines aufdehnbaren Ballons an der Spitze eines feinen Katheters wurde als neue Technik 1976 von *Gruntzig* eingeführt. Gruntzig setzte diesen Katheter ein Jahr später am Koronarkranzgefäßsystem ein. Die entscheidenden Schritte der Vorgehensweise sind im heutigen Namen dieses Verfahrens zusammengefaßt: **p**ercutaneous **t**ransluminal **c**oronary **a**ngioplasty, PTCA (Hellige 1996).

Wie bereits im Abschnitt 2.1.5 beschrieben, dient die PTCA zur Revaskularisation eines verengten Herzkranzgefäßes. Durch die Revaskularisation soll die Symptomatik gelindert, das Infarkt- bzw. Reinfarktisiko gesenkt und die Belastbarkeit des Patienten und die Prognose des KHK-Verlaufs verbessert werden.

2.2.1 Standardmethode der PTCA

Standardmethode ist die Ballonkatheterdilatation. Es sei an dieser Stelle daraufhingewiesen, daß die Untersuchung in der Regel bei Bewußtsein und ohne die Gabe eines Beruhigungsmittels durchgeführt wird. Wie auch bei der diagnostischen Herzkatheteruntersuchung wird der Zugang meist über die Femoralarterie gewählt, ist jedoch heute auch über die Brachial- oder Radialarterie möglich. Zunächst wird ein Führungskatheter eingeführt, der im Bereich des Ostiums der rechten oder linken Herzkranzarterie plaziert wird und über welchen eine optimale Darstellung der zu therapierenden Koronarstenose erfolgen kann. Als nächster Schritt wird über den Katheter ein steuerbarer Führungsdraht (0,014 inch/0,36 mm) eingebracht, der als Leitschiene für den nachfolgenden Ballonkatheter dienen soll. Der Ballonkatheter wird bis zur verengten Herzkranzgefäßstelle vorgeschoben und dort aufgedehnt. In der Regel wird er dort für ca. 90 Sekunden voll entfaltet belassen und dehnt so das verengte Gefäß. Das Ergebnis wird dann angiographisch kontrolliert.

Die Dehnung kann nötigenfalls mit einem sogenannten *Stent* unterstützt werden. Ein Stent ist ein Drahtgerüst, das an dem wieder durchgängig gemachten Gefäßabschnitt aufgedehnt wird und zum Offenhalten des Gefäßes dient. Mit einer *Stentimplantation* kann so ein drohender Gefäßverschluß nach der PTCA verhindert, bei unzureichendem PTCA-Ergebnis die Gefäßdurchgängigkeit verbessert und im Vergleich zur PTCA die Rezidivrate vermindert werden (Schanzenbächer et al. 1991).

Trotz guter Erfolge mit der heutigen Methode der PTCA wird ständig an der Weiterentwicklung der Angioplastie gearbeitet. Stichwortartig sollen an dieser Stelle andere Kathetermöglichkeiten aufgezeigt werden.

Andere Kathetermöglichkeiten:

- Rotationsangioplastie (mit Diamantstaub besetzter Bohrer, Rotablation)
- Direkte koronare Atherektomie (DCA)
- Ultraschall-Koronarangioplastie
- Laserangioplastie
- Intrakoronare Aspirationsthrombektomie (ICAT): Absaugen eines Thrombus bei frischem Herzinfarkt

2.2.2 Indikation

Zum Einsatz kommt die PTCA, wenn eine sogenannte Ein- oder eine Zwei-Gefäßerkrankung vorliegt und die Stenose hochliegend und kurzstreckig ist. Kontraindiziert ist die PTCA, wenn die Hauptstamm der linken Koronararterie betroffen ist. In diesem Fall muß eine Bypass-Operation durchgeführt werden.

2.2.3 Erfolgsquote der PTCA

Die unmittelbare Erfolgsquote nach der durchgeführten PTCA liegt bei 90-95%. Unter einem unmittelbaren Erfolg wird die Verminderung der Stenose auf weniger als 50% verstanden. Die Letalitätsrate der PTCA ist äußerst gering und liegt bei 0,1- 0,5%.

2.2.4 Komplikationen

Auf zwei mögliche Komplikationen soll hingewiesen werden, die eine PTCA mit sich bringen kann.

Es ist einmal die Dissektion der Koronararterie. Bei zu starker Reißbildung an der verengten Stelle kann ein akuter Verschuß des Gefäßes (5%) und ein Infarkt (2%) die Folge sein. In dieser Situation bringt eine Stentimplantation in 85% der Fälle den therapeutischen Erfolg. Notfalls muß eine Bypass-Operation durchgeführt werden.

Eine weitere Komplikation der PTCA ist die sogenannte Restenosierung. Schanzenbächer (1997) bezeichnet die Restenosierung als „die Achillessehne der Ballondilatation“. In 30% der Fälle ist 1 Jahr nach der PTCA das betroffene Gefäß wieder entscheidend verschlossen. Das wiederholte Auftreten eines Gefäßverschlusses läßt sich durch temporären Einsatz stärker wirksamer Thrombozytenaggregationhemmer vermindern. Die überwiegende Anzahl von Patienten kann jedoch ohne erhöhtes Risiko einer erneuten PTCA oder Stentimplantation unterzogen werden.

3 Literaturübersicht und aktueller Stand der Forschung

3.1 Bewältigungsmuster bei Krankheit

Wie gehen Patienten mit Krankheit um? Welche Bewältigungsmuster gibt es und inwieweit sind diese hilfreich, sinnvoll oder eher nachteilig?

In diesem Kapitel wird mit Literaturbeispielen der Begriff der Krankheitsverarbeitung und die emotionale Situation von KHK-Patienten dargestellt. Zunächst wird auf die geschichtliche Entwicklung dieses Forschungsgebietes und die eigentliche Definition eingegangen. Weiter wird an beispielhaften Studien der Bogen zur vorliegenden Untersuchung gespannt.

3.1.1 Coping/Bewältigungsmuster

3.1.1.1 Geschichte der Copingforschung

Die Copingforschung findet ihren Ursprung in der Streßforschung. Lazarus und Folkman (1984) beschreiben hier einen sogenannten Paradigmenwechsel. Der Betrachtungsschwerpunkt führt weg von objektivierbaren Belastungsbedingungen (Stressoren) hin zur individuellen Bewertung und Reaktion (Bewertungs- und Verarbeitungsprozesse). Es entwickelte sich vor dreißig Jahren die Copingforschung. Im Laufe der Zeit zeichneten sich unterschiedliche Trends ab. Seit den 90er Jahren stellt die Copingforschung neben der Streßforschung eine etablierte Disziplin der psychosozialen Medizin dar (Heim 1998).

Eine eindeutige Übersetzung des Begriffs „Coping“ findet sich nicht in der deutschen Sprache. Am besten wird es mit den Worten Bewältigen bzw. Bewältigung umschrieben. Klinische Forscher beschäftigen sich seit Jahren mit der Bewältigung und mit der Wirksamkeit von Bewältigung. Nach Heim (1998) entscheidet letzten Endes das Kriterium der Erfolgsmessung, ob die Bewältigung hilfreich oder schädlich, passend oder unpassend, geeignet oder ungeeignet, wirksam oder nutzlos ist.

3.1.1.2 Definition des Coping

Es wird im folgenden Abschnitt die wohl bekannteste Coping-Definition vorgestellt. Diese stammt von Lazarus und Folkman (1984). Sie beschreiben Coping „as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person“ (Lazarus u. Folkman 1984, S. 141). Die Erkenntnisse über Coping von Lazarus und Folkman finden nach wie vor größte Beachtung. Daher werden einige ausgewählte Gesichtspunkte ihrer Coping-Definition hervorgehoben: Der Vorgang des Copings ist viel mehr dynamischer Natur als durch die Persönlichkeit der betrachteten Person bedingt. Es wird zwischen automatisierten Verhaltensmuster und eigentlichem Coping, wie oben in der Definition von Lazarus und Folkman dargestellt, differenziert. Dabei zeichnet sich das Coping bzw. die Krankheitsbewältigung (s. unten) durch persönliche Anstrengungen aus, die der Betroffene aufbringen muß. Diese Anstrengungen sind durch die persönlichen Möglichkeiten bzw. Fähigkeiten begrenzt, psychologischen Streß zu ertragen. Dahingegen stellen die automatisierten Verhaltensmuster und Gedankengänge Vorgänge dar, die eine solche Mühe nicht benötigen. Um der Schwierigkeit aus dem Weg zu gehen, Coping über den Erfolg zu definieren, wird der Schwerpunkt auf die Bemühung gelegt, die der Patient in Gedanken oder Taten erbringt. Schließlich betonen Lazarus und Folkman in ihrer Definition, daß Coping ein weiter Begriff ist, der nicht mit völliger Kontrolle über die jeweilige Situation und deren Auswirkung gleichzusetzen ist.

Im nächsten Abschnitt wird auf die Merkmale eingegangen werden, die Coping auszeichnen.

Der Beobachtungsfokus liegt nicht auf dem, was die Person gewöhnlich machen würde, sondern was sie in der zu bewältigenden Situation tut und denkt. Diese Beobachtung wird in einem spezifischen Kontext untersucht. Um ein besseres Verständnis für das Copingverhalten zu erlangen, müssen die Umstände bekannt sein, die die betroffene Person zu bewältigen hat. So können bestimmte Gedanken oder Handlungen leichter einem zusammenhängenden Bedürfnis zugeordnet werden. Coping ist jedoch kein festgelegtes Schema, sondern es paßt sich den jeweiligen Gegebenheiten an. Die in dieser Studie untersuchten Bewältigungsmodi sind also im Zusammenhang mit den gegebenen Umständen zu bewerten. Eine erneute Betrachtung zu einem späteren Zeitpunkt ergäbe

möglicherweise beim selben Patienten andere Ergebnisse. So wie sich das Verhältnis von Person und Umwelt ändert, stützt sich die Person von Zeit zu Zeit auf unterschiedliche Formen des Copings.

Von Lazarus und Folkman werden im wesentlichen zwei Ziele unterschieden, die das Coping verfolgt. Zu nennen ist an dieser Stelle das problemorientierte Coping, welches versucht, den Streßfaktor zu verändern und annehmbar zu gestalten. Weiter wird das emotionsorientierte Coping benannt, welches sich mit den Gefühlen, die der Streßfaktor hervorruft, auseinandersetzt. Diese beiden Copingformen stehen sich gegenüber und beeinflussen sich gegenseitig. Sie können sich gegenseitig im positiven Sinne fördern oder gegenseitig behindern. Im Laufe der Jahre verlagert sich Lazarus (1993a) Schwerpunkt der Betrachtungsweise „von den mehr umfeldbezogenen Aktionen bei problemorientiertem Coping hin zur innerpsychischen Verarbeitung von äußerlich nicht korrigierbaren emotionalen Belastungen“ (Heim 1998, S. 322). Weber und Laux (1990) merken an, daß Emotionen zum einen Folge von Streß zum anderen die eigentlichen Stressoren sein können. So kann man Coping als Reaktion auf Streßemotionen verstehen oder Emotionen selbst als Copingmodalität deuten.

1998 erstellte Lazarus einen Überblick über seine Forschungstätigkeit, in dem er zwei mögliche Bewertungsformen einer Streßsituation benennt. Wie bereits 1984 (s. oben) unterscheidet er zwischen Bewertungs- und Verarbeitungsprozessen. Die primäre Bewertung beinhaltet die Abschätzung, ob ein Ereignis für die jeweilige Person eine positive oder negative Auswirkung hat. Die zweite Bewertung beinhaltet Gedanken, mit denen die jeweilige Person das Ausmaß ihrer eigenen Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsfähigkeiten durchgeht. Coping umfaßt folglich jegliche Bemühung, mit bereits realisierten innerlichen und äußerlichen Anforderungen umzugehen oder sich darauf einzustellen.

3.1.1.3 Coping/ Krankheitsverarbeitung

Im Laufe der Zeit entwickelte sich eine zunehmende Verbindung von der Copingforschung zur Krankheitsverarbeitung. Der englische Begriff „coping with illness“ läßt sich am besten mit Krankheitsverarbeitung bzw. Krankheitsbewältigung beschreiben.

Heim (1986, S. 367) definiert Krankheitsbewältigung (Coping) als „das Bemühen..., bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten“. Daraus ergibt sich das Ziel der Krankheitsbewältigung, nämlich „das Individuum auf die neue durch den manifesten Krankheitsprozeß entstandene Situation optimal einzustellen“. Heim weist jedoch darauf hin, daß „die Meinung darüber, was unter den gegebenen Umständen als Optimum zu verstehen sei, je nach Betrachter recht verschieden sei“. Aus der Sicht des Patienten sei die subjektive Entlastung das vorrangige Ziel. Aus der Sicht des Arztes sei vornehmlich die optimale Kooperation und Behandlung anzustreben und aus der Sicht des Umfeldes schein das Erhalten der familiären und sozialen Anpassung im Vordergrund zu stehen.

Die Ressourcen, eine Krankheit erfolgreich bewältigen zu können, liegen nach Heim in der Persönlichkeit selbst. Sie umfassen die physische Verfassung, Intelligenz, Fähigkeit zum Problemlösen, emotionale Ausgeglichenheit und das erworbene Gesundheits-Krankheits-Modell. Das alles sind Elemente, die den Bewältigungsprozeß beeinflussen. Zum anderen kommt es aber auch auf die Umgebung, insbesondere auf die Stabilität der Kernfamilie und die Tragfähigkeit des engeren und weiteren sozialen Netzwerkes an.

Es wird hiermit deutlich, daß Krankheitsbewältigung keineswegs ein einfaches Reaktionsmuster ist, sondern vielmehr ein „längerdauernder Vorgang, der sich in den einzelnen Phasen der Krankheit wandelt und der gegebenen Situation jeweils neu anpaßt“ (Heim 1986, S. 369).

In Anlehnung an die oben aufgeführten Definitionen (Lazarus u. Folkman 1984, Heim 1986) gibt Muthny (1996, S. XI) die Definition der Krankheitsverarbeitung wie folgt wieder:

„Krankheitsverarbeitung ist die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern. Krankheitsverarbeitung kann sich sowohl auf ein Individuum als auch in systemischer Betrachtung auf eine Sozialstruktur beziehen. Die Krankheitsverarbeitungs-Modi sind prinzipiell unabhängig von Kriterien des Verarbeitungserfolgs zu definieren.“

Mit dieser Definition zeigt sich Krankheitsverarbeitung im Sinne von Coping als zielorientiert: Ein Prozeß, der das Fühlen, Denken und Handeln einschließt und so versucht, Belastungen und deren Auswirkungen, die durch die Krankheit hervorgerufen werden, günstig zu beeinflussen (Muthny 1994).

Motivation zur Erforschung der unterschiedlichen Krankheitsverarbeitungsformen kann die Frage nach der Abhängigkeit der Art der Bewältigungsprozesse von situativen Merkmalen sowie von Persönlichkeitsmerkmalen sein. Es kann dabei auch um die Frage gehen, ob es Zusammenhänge zwischen spezifischen Bewältigungsmechanismen und spezifischen Emotionen gibt (Davies-Osterkamp u. Salm 1988). Über ein besseres Verständnis der Patienten und ihrer krankheitsverarbeitenden Prozesse erhofft man sich auch die Möglichkeit, therapeutische Interventionen erweitern und verbessern zu können (Beutel u. Muthny 1988).

Letztlich werden gegenwärtig zwei grundsätzliche Coping- bzw. Krankheitsbewältigungsstrategien unterschieden: die Annäherung und das Meiden der Auseinandersetzung mit der entsprechenden Situation (van Elderen et al. 1999). In den letzten Jahren wurde diese Unterscheidung unter unterschiedlichen Bezeichnungen angewandt. Für Annäherung/Meiden wurden Begriffe wie Kontrolle/Hinüberwegsehen, Sensibilisierung/Verdrängung und Wachsamkeit/Meidung benutzt. Auch bei der Bearbeitung der vorliegenden Studie kann diese Unterscheidung in gewisser Weise nachvollzogen werden. Zur Untersuchung der Krankheitsverarbeitungsformen wurde der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) angewandt. Der Betrachtungsschwerpunkt lag auf zwei Skalen des Fragebogens. Zum einem auf der Skala des aktiven problemorientierten Copings. Diese beinhaltet v.a. Anstrengungen des Patienten, sich seiner Krankheit anzunähern und sich mit ihr auseinanderzusetzen. Auf der anderen Seite wurde schwerpunktmäßig mit der Skala zur Erfassung der depressiven Verarbeitung gearbeitet. Diese Skala erfaßt eher das passive Verhalten des Patienten gegenüber seiner Erkrankung, das Umgehen einer Konfrontation und den persönlichen Rückzug von seinem Umfeld.

3.1.2 Streßbewältigungsmodi nach Krohne

In diesem Zusammenhang sei das Modell der Streßbewältigungsmodi nach Krohne (1992, S. 57-59) genannt, das bei der Beschreibung von Krankheitsbewältigung häufig angewandt wird. Im Gegensatz zu Coping, das jeweils situationsabhängig ist, sind die Bewältigungsmodi personenbezogen. Krohne geht bei seinem Modell von zwei Dimensionen der kognitiven Orientierung gegenüber einer bedrohlichen Situation aus: Vigilanz und kognitive Vermeidung. Vigilanz beinhaltet ein verstärktes Aufsuchen und Verarbeiten bedrohungsbezogener Information mit dem Ziel, subjektive Unsicherheit, die durch die praktisch in allen Gefahrensituationen vorhandene Mehrdeutigkeit ausgelöst wird, zu reduzieren. Kognitive Vermeidung hingegen zeichnet sich durch die Abwendung von bedrohungsrelevanten Hinweisreizen aus. So soll die emotionale Erregung, die durch diese Hinweisreize, d.h. durch die erwartete Konfrontation mit dem bedrohenden Ereignis ausgelöst wird, gesenkt werden. Insgesamt unterscheidet Krohne vier Bewältigungsmodi. Sie stellen vier Konfigurationen unterschiedlicher Ausprägungen aus Vigilanz und kognitiver Vermeidung dar und sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3.1 Streßbewältigungsmodi nach Krohne

	hohe Ausprägung an kognitiv vermeidenden Strategien	niedrige Ausprägung an kognitiv vermeidenden Strategien
hohe Ausprägung an vigilanten Strategien	instabiles Coping „Ängstlichkeit“	rigide Vigilanz „Sensitization“
niedrige Ausprägung an vigilanten Strategien	rigide kognitive Vermeidung „Repression“	flexibles Coping „Nichtdefensivität“

Personen des Modus „Sensitization“ konzentrieren ihre Aufmerksamkeit konsistent auf die vorliegende bedrohungsbezogene Information. „Tatsächlich ist es auch gar nicht das Hauptproblem dieser Personen, die Beeinflußbarkeit von Bedrohungssituationen zu erhöhen..., sondern ihr Wissen über diese Situation zu verbessern...“.

Im Gegensatz hierzu versuchen Personen des Modus „Repression“, „sich gegen die emotionale Erregung zu wehren, die durch Hinweisreize, die einer Konfrontation vorhergehen, ausgelöst werden“.

Personen des Modus „Ängstlichkeit“ zeichnen sich dadurch aus, daß sie sowohl verstärkt vigilante als auch kognitiv vermeidende Strategien einsetzen. „Da sie nicht beide Arten von Problemen zu gleicher Zeit bewältigen können..., zeigt sich bei ihnen ein instabiles oder fluktuierendes Bewältigungsverhalten“.

Personen des Modus „Nichtdefensivität“ orientieren sich an den jeweiligen situativen Erfordernissen. „Derartige Personen fühlen sich weder durch die in Bedrohungssituationen stets vorhandene Unsicherheit noch durch die über Hinweisreize ausgelöste emotionale Erregung sonderlich belastet“. Es sollte jedoch bei diesen Personen der Einsatz von vigilanten oder kognitiv vermeidenden Strategien insgesamt eher gering sein.

3.1.3 Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch verschiedene Personen

Im Hinblick auf Unterschiede in der Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch unterschiedliche Personen wird an dieser Stelle auf eine Studie von Faller et al. (1992; 1994; 1995; 1999) verwiesen. In dieser Studie werden Patienten mit einem Bronchial-Karzinom nach Diagnosestellung zu ihrem emotionalen Empfinden und zur Krankheitsverarbeitung befragt. Außerdem werden hierzu auch Angehörige, der behandelnde Arzt und betreuende Krankenschwestern befragt. Auffallend war hierbei, daß Patienten ihr emotionales Empfinden positiver darstellten als Außenstehende. Die Patienten selbst sehen sich emotional weniger belastet und besser an die Erkrankung angepaßt als sie es durch die Einschätzung Fremder sind. Außerdem schätzten sie ihr Bewältigungsverhalten günstiger ein als es andere tun.

In einer weiteren Studie zeigt sich, daß die Krankheitsverarbeitungsform „aktives Coping“ in der Fremdeinschätzung, in diesem Falle durch den Interviewer, in geringerem Maße wahrgenommen wird als vom Kranken selbst (Faller et al. 1994).

3.1.4 Krankheitsverarbeitungsformen/Emotionen bei KHK-Patienten

Häufig auftretende Emotionen bei chronisch Kranken, z.B. Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit, sind Angst und Depression. Die genauen Zusammenhänge zwischen Angst und Depression auf der einen Seite und KHK auf der anderen Seite sind nicht einheitlich geklärt. So können diese Stimmungslagen durch die KHK hervorgerufen oder als Risikofaktoren für die KHK angesehen werden. Angst und Depression können auch Einfluß nehmen auf den Verlauf und somit auf die Prognose der Herzerkrankung (Haines et al. 1987, Pochard et al. 1997, Smith 2001). Die Depression wird teilweise sogar als unabhängiger prognostischer Faktor für die KHK eingestuft (Glassman et al. 1998, Musselman et al. 1998, Frasure-Smith, 1993). Die Depression bzw. Depressivität eines Patienten muß selbst bereits als Krankheitsverarbeitungsform interpretiert werden.

Schon leichte depressive Symptome können genauso wie eine schwerwiegende Depression einen signifikanten Einfluß auf die Bewältigung des Alltags der KHK-Patienten haben. Dies gewinnt an Bedeutung, wenn man berücksichtigt, daß leichte depressive Symptome bis zu zwei- bis dreimal häufiger angetroffen werden als schwerwiegende (Sullivan et al. 1999).

Um eine Aussage über die Lebensqualität machen zu können, untersuchten Ahto et al. (1997) das Vorkommen von Depression unter älteren KHK-Patienten (64-91 Jahre). Es konnte gezeigt werden, daß Depression generell häufig bei KHK-Patienten vorkommt. Bei den männlichen Studienteilnehmern war eine Depression signifikant häufiger festzustellen als bei einer männlichen Kontrollgruppe. Auch Gonzalez et al. (1996) untersuchten Depressionen bei Patienten mit einer KHK. Auch sie stellten fest, daß Patienten mit einer KHK depressiver sind als die allgemeine ältere Bevölkerung.

In einer weiteren Studie wurde das Vorkommen von depressiver Verstimmung und depressiven Charakterzügen bei KHK- Patienten und Gesunden verglichen. Unterschieden wurde zwischen Patienten mit einer chronischen kardialen Erkrankung, Patienten mit einer akuten kardialen Erkrankung und einer gesunden Kontrollgruppe. Die Studie zeigte, daß sich die beiden Gruppen der Herzkranken nicht wesentlich in ihrem Depressivitätsniveau voneinander unterschieden. Beide zusammen betrachtet, weisen

jedoch ein signifikant höheres Niveau der depressiven Meßparameter auf als die der gesunden Kontrollgruppe (Holahan et al. 1995).

Eine weitere Studie untersuchte das Vorkommen von Depression bei KHK-Patienten. Es wurden Patienten, die sich einer diagnostischen Herzkatheteruntersuchung und einer Koronarangiographie unterzogen, untersucht. Bei jeweils 17% der 200 Teilnehmer wurde eine schwerwiegende bzw. leichte depressive Phase festgestellt. Ohne Therapie zeigte sich nach 12 Monaten, daß die schwerwiegende Depression bei der Hälfte der Patienten anhaltend war. Die leichte depressive Episode war genauso häufig rückläufig wie der Übergang in eine schwerwiegende Depressivität (Hance et al. 1996). Auch Carney et al. (1997) untersuchten KHK-Patienten auf depressive Symptome und stellte solche bei bis zu 65% der Befragten fest. Überwiegend wurde eine milde Form von Depression diagnostiziert und als „normale“ Reaktion, in diesem Fall auf einen Myokardinfarkt, interpretiert. 16-22% der Patienten wiesen jedoch Anzeichen auf eine schwerwiegende Depression auf. Ganz ähnliche Zahlen sind bei KHK-Patienten in einer weiteren Studie dokumentiert. Knapp 20% zeigten eine schwerwiegende Form der Depression. Die weitreichende Bedeutung dieser emotionalen Stimmung wird nicht zuletzt dadurch verdeutlicht, daß diese Patienten in einem Zeitraum von zwölf Monaten zweieinhalbmal mehr ernsthafte kardiale Komplikationen hatten als Patienten ohne schwerwiegende depressive Symptomatik (Glassman et al. 1998). Hemingway et al. (1999) kommen zu dem Schluß, daß bei KHK-Patienten, speziell Post-Infarkt Patienten, die Depression ein chronisches psychologisches Merkmal darstellt, d.h. kontinuierlich vorhanden und weit verbreitet ist.

In der National Comorbidity Study wird das Vorkommen einer schwerwiegenden Depressivität in 13% der Untersuchten in der allgemeinen Bevölkerung beschrieben. In der Epidemiologic Catchment Area Study werden depressive Symptome in ungefähr 23% der allgemeinen Bevölkerung registriert. Die Symptome liegen jedoch in einem Graubereich und werden als grenzwertig angesehen. Im Vergleich dazu ist eine schwerwiegende Depression bei 6% der Untersuchten nachzuweisen. Untersucht man speziell KHK-Patienten auf eine Depression, so zeigen die Zahlen eine Spannweite von 16-23% mit einem Mittelwert von 19% und einem Median von 18%. Interessanterweise

wird bei zunehmender Schwere der KHK-Erkrankung kein erhöhtes Vorkommen an Depression wahrgenommen (Musselman et al. 1998).

In einer Studie von Chiou et al. (1997) wurden die Beziehungen zwischen Depression und Angst und Krankheitsbewältigungsmodi bei 40 Patienten, die einen Infarkt erlitten hatten, untersucht. 15 der Patienten zeigten ein hohes Angst- und Depressivitätsniveau, die Mehrzahl aber ein niedriges Angst- bzw. Depressivitätsniveau.

Angst ist möglicherweise ein bedeutender Risikofaktor für die Entstehung einer KHK (Kawachi et al. 1994, Haines 1987, Eaker et al. 1992, Kubzansky et al. 1998). Von daher ist es von Bedeutung, herauszufinden, ob ein Zusammenhang zwischen Angst und bestimmten Krankheitsverarbeitungsmodi vorliegt, um mit diesem Wissen den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen zu können.

Nach wie vor stellt es ein Problem dar, herauszufinden, welchen Stellenwert Angst und Verleugnung als Emotionen bzw. Copingmodalitäten im Erleben des akuten Herzinfarkts einnehmen. Faller et al. (1994) konnten zeigen, daß Angst und Verleugnung bei demselben Patienten nebeneinander vorkommen. Der Patient kann seine Aufmerksamkeit auf bedrohliche Aspekte hin- oder aber auch abwenden. Eine einfache Zuordnung in eine der beiden Verarbeitungsformen ist nicht möglich. In der Studie konnte weiter nachgewiesen werden, daß subjektiv-theoretische Elemente im Rahmen der Aufmerksamkeitssteuerung eine große Rolle spielen.

Speziell mit der Bewältigung einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) befaßt sich eine Studie von Jordan (1991, S. 94). Ziel dieser Studie war es, die psychische Bewältigung der PTCA zu untersuchen. Insgesamt nahmen 115 Patienten teil, die alle an der Universitätsklinik Frankfurt koronardilatiert wurden. Mittels verschiedener Fragebögen und unstrukturierter Interviews wurden die Daten erhoben. Es wurde sowohl die psychische Verarbeitung unmittelbar vor und nach dem Eingriff untersucht. An dieser Stelle wird lediglich auf die Ergebnisse eingegangen, die sich auf den Zeitraum vor der PTCA beziehen. Zwei deutlich voneinander unterscheidbare Bewältigungsmuster zeichnen sich ab:

„PatientInnen, die eher depressiv, ängstlich reagieren, sich nervös, müde und angespannt fühlen, die sich Sorgen machen und eher schlechte Laune empfinden.“ Diese Patienten

stellen jedoch nur eine kleine Gruppe dar. Und weiter „PatientInnen, die sich unbekümmert optimistisch fühlen, die bei guter Laune und angstfrei sind, die angeben, sich wenig Sorgen zu machen und die bei hoher Aktiviertheit, nicht angespannt sind“. Jordan faßt zusammen, „daß ein aktiver, emotionskontrollierter, tendenziell ‚hypomanischer‘ sowie Angst und Anspannung meidender Bewältigungsstil bei weitem überwiegt“. Es konnte weiter festgestellt werden, daß sich die meisten Patienten unmittelbar vor dem Eingriff durch eine optimistische Einstellung und großes Vertrauen in die Möglichkeiten der Medizin stabilisieren (Jordan 1993). Anhand der von den Interviewer ausgefüllten Fragebögen konnte gezeigt werden, daß diese Patienten als im Wesentlichen rational, gut informiert und optimistisch charakterisiert werden.

3.1.5 Krankheitsverarbeitung/Informationswunsch

Die Informiertheit und das Informationsbedürfnis der Patienten spielen eine große Rolle im Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung. Von Rotter (1966) wurde das Konzept des „locus of control“ eingeführt. Es unterscheidet zwischen eher „internal“ kontrollierten und „external“ kontrollierten Individuen. Dieses Konzept hat auch in der Erforschung der Krankheitsverarbeitung viel Beachtung gefunden. Es gibt Auskunft über die Beeinflussung durch die internalen und externalen Faktoren. Krohne und Rogner (1982) erweitern das Konzept, indem sie eine Differenzierung zwischen Informationskontrolle (Vorhersagbarkeit) und Verhaltenskontrolle (Kontrollierbarkeit) einführen. Diese Dimensionen sind voneinander unabhängig. Vier Möglichkeiten zeichnen sich ab:

„Bei der Möglichkeit der Informationskontrolle und der Möglichkeit der Verhaltenskontrolle wird keine Angst ausgelöst.“

„Bei der Möglichkeit der Informationskontrolle, aber der Unmöglichkeit der Verhaltenskontrolle treten intrapsychische Reaktionen auf; es entsteht Angst, wenn diese fehlschlagen.“

„Die Unmöglichkeit der Informationskontrolle und die Möglichkeit der Verhaltenskontrolle führt zur Furcht statt Angst (eine Flucht ist möglich).“

„Die Unmöglichkeit der Informationskontrolle und die Unmöglichkeit der Verhaltenskontrolle führt zu „learned helplessness“.“

Bei den Studienteilnehmern war bereits eine Koronarangiographie durchgeführt wurden. So war ihnen der Ablauf der PTCA weitgehend vertraut und eine gewisse Vorhersagbarkeit somit gegeben. Außerdem hatten sie die Möglichkeit je nach eigener Entscheidung, noch mehr Informationen über den bevorstehenden Eingriff einzuholen. Anders verhält es sich jedoch mit der Verhaltenskontrolle. Für diese Intervention mußten sich die Patienten vertrauensvoll in die Hände der Ärzte begeben und konnten die Situation selbst nicht kontrollieren.

In einer Studie von Shaw et al. (1986) werden der Copingstil von Patienten in Zusammenhang mit ihrer Informiertheit untersucht. 97 Patienten nahmen teil. Die Untersuchung erfolgte mit unterschiedlichen psychologischen Meßinstrumenten. Sie alle unterzogen sich erstmals einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA). Ziel der Studie war es, die Beziehung zwischen psychologischen Variablen, medizinischen Komplikationen (wie z.B. Restenosierung des dilatierten Herzkranzgefäßes) und persönlicher psychosozialer Einstellung genauer zu untersuchen.

Dieser Studie lag u.a. ein Klassifizierungsvorschlag von Weinberger et al. (1979) zugrunde. Dieser beinhaltet die Bildung von vier Untergruppen, die je nach Kombination von Copingstil und Informationsgrad zusammengesetzt waren. Dabei gehen die Verfasser davon aus, daß sogenannte Sensitizer gewöhnlich ein hohes, Represser hingegen einen niedrigen Informationsgrad haben (vgl. auch Murphy et al. 1989).

Von den Untersuchungsergebnissen seien folgende hervorgehoben:

Liegt ein Mißverhältnis zwischen Copingstil und Information vor, so erhöht dies das Risiko für spätere Komplikationen nach einer PTCA. Beim sogenannten Represser führt ein Übermaß an Information zu diesem Mißverhältnis. In der gegebenen Situation ist es die Informationsfülle zur bevorstehenden PTCA. Ein Represser kann schwierige, belastende Situationen optimaler bewältigen, wenn das Informationsangebot weniger detailliert ist. Der Sensitizer hingegen bedarf der umfassenden Information in schwieriger, belastender Situation. Der Umgang mit der jeweiligen Situation wird ihm dadurch erleichtert.

Diese Ergebnisse ergeben so auch Hinweise für die Zusammenarbeit von Arzt und Patient. Um spätere Komplikationen zu vermeiden, müßte versucht werden, das Informationsangebot an die jeweiligen Bewältigungsmodi der Patienten anzupassen.

4 Fragestellung, Hypothesen

Die vorliegende Untersuchung ist eine Querschnittsstudie, bei der Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit (KHK) vor einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) befragt wurden. Um die Krankheitsbewältigungsmodi von KHK-Patienten und diese im Zusammenhang mit Emotionen wie Angst und Depressivität genauer zu untersuchen, wurden folgende Fragestellungen und Ergebniserwartungen formuliert:

Welche Bewältigungsmuster findet man bei Patienten mit einer KHK?

Unterscheiden sich Patient und Interviewer in der Einschätzung der Krankheitsverarbeitung?

Hypothese:

H 1: Patienten schätzen ihre Krankheitsverarbeitung günstiger ein als die Interviewer.

Haben ängstliche und depressive Patienten einen weniger aktiven Bewältigungsstil als Patienten, die weniger ängstlich und depressiv sind?

Hypothesen:

H 2: Mit steigender Ängstlichkeit wählt ein Patient eher eine depressive und weniger eine aktive Form der Bewältigungsstrategie.

H 3: Mit steigender Depressivität wählt ein Patient eher eine depressive und weniger eine aktive Form der Bewältigungsstrategie.

H 4: Je mehr ein Patient zum kognitiven Vermeiden neigt, desto eher wählt er aktive Bewältigungsstrategien.

H 5: Je mehr ein Patient zum kognitiven Vermeiden neigt, desto weniger depressiv ist er.

In den vorab aufgeführten Studien wurde gezeigt, daß auch die Informationssuche bzw. der Informationswunsch der Patienten eine bedeutende Rolle bei der Krankheitsverarbeitung spielt.

Für die vorliegende Untersuchung ergibt sich daraus die folgende Fragestellung und Ergebniserwartung:

Welche Rolle spielt der Informationswunsch bei der Krankheitsbewältigung der befragten Patienten?

Hypothese:

H 6: Mit steigender Ängstlichkeit des Patienten steigt das Informationsbedürfnis.

5 Methoden

5.1 Rahmen

Die vorliegende Querschnittsstudie (n=113 Patienten) entstand in Zusammenarbeit des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie (Vorstand Prof. Dr. Dr. H. Lang), der Medizinischen Poliklinik (Direktor Prof. Dr. K. Wilms) und der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg (damaliger Direktor Prof. Dr. K. Kochsiek).

Zunächst wird der Aufbau der Gesamtstudie vorgestellt, wobei die wesentlichen Aspekte für die vorliegende Arbeit besonders hervorgehoben werden.

5.2 Auswahl der Probanden und Studienaufbau

Potentielle Teilnehmer der Studie waren Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit, die in einem definierten Zeitraum (April '94 bis März '97) für eine perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) in der Medizinischen Poliklinik bzw. der Medizinischen Universitätsklinik stationär aufgenommen wurden. Jeweils am Vorabend vor der PTCA wurden die Patienten anhand eines strukturierten Interviews in der jeweiligen Klinik untersucht. Es wurden nur die Patienten befragt, die auf Station angetroffen wurden. Patienten, die aus unterschiedlichsten Gründen nicht anzutreffen waren („zu diesem Zeitpunkt noch bei anderen Untersuchungen“, „Patient hatte Besuch“, „Patient war aus unbekanntem Gründen nicht in der Klinik erschienen“), wurden nicht berücksichtigt. Möglicherweise konnten so unkontrollierbare Selektionseffekte auftreten, die jedoch nicht erfaßt wurden. Bei der Auswahl der Teilnehmer gab es keine Alters- und Geschlechtseinschränkung.

Insgesamt wurden 113 Interviews durchgeführt. Ein Interview dauerte im Durchschnitt zwischen 45 und 60 Minuten.

Die Teilnahme am Interview erfolgte auf freiwilliger Basis. Die Patienten wurden darüber aufgeklärt, daß ihre angegebenen Daten nach den Vorschriften des Datenschutzes

behandelt werden und das Interview unter die ärztliche Schweigepflicht fällt. Weiter wurden die Patienten darauf hingewiesen, daß eine Ablehnung an der Teilnahme in keiner Weise nachteilig für sie wäre. Die Patienten gaben sowohl für das Interview als auch für die Erhebung medizinischer Verlaufsdaten von ihrem Hausarzt ein halbes Jahr nach der PTCA ihr schriftliches Einverständnis. Unmittelbar nach der Einverständniserklärung wurde das Interview durchgeführt.

5.3 Instrumente

In der durchgeführten Untersuchung wurden unterschiedliche Instrumente zur Datenerhebung angewandt. Eines davon ist das strukturierte Interview.

Vorteilhaft hierbei ist, daß eine größere Reichhaltigkeit und Tiefe der Information erfaßt werden kann, mehr Spielraum für die Subjektivität des Befragten bleibt und somit auch eine größere Motivation und Akzeptanz erzielt wird. Die Auswertung ist jedoch schwierig und die Interpretation der erhobenen Daten somit erschwert. Eine größere Objektivität und eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird durch die Datenerhebung anhand von Fragebögen erreicht. Ohne größeren Zeitaufwand können mit vollstrukturierten Instrumenten Daten auch im klinischen Alltag erfaßt werden (Faller 1995).

Im Folgenden werden die angewandten Instrumente genauer beschrieben. Die Fragebögen wurden zum größten Teil von allen 113 Teilnehmern ausgefüllt. Einschränkungen ergeben sich dadurch, daß erneute Überlegungen zum Aufbau der Studie Anlaß dafür waren, den Fragebogenkatalog zu erweitern. So wurde die Skala zur generellen Angst des State-Trait-Angstinventars (s.u.) erst später hinzugefügt.

5.3.1 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV

Muthny (1989) entwickelte diesen Fragebogen zur Erfassung der Selbst- und der Fremdeinschätzung der Krankheitsverarbeitung (siehe Anhang). Er spielt eine bedeutende Rolle in der heutigen Copingforschung. Patient und Interviewer können jeweils den gleichen Fragebogen getrennt voneinander bearbeiten. In der vorliegenden Studie wurde der Fragebogen von Patient und Interviewer ausgefüllt.

Der Testautor versucht bei der Entwicklung des Fragebogens integrativ die Theorien von Lazarus & Folkman (1984) und Heim (1986) zur Krankheitsverarbeitung zu berücksichtigen, um die klinische Relevanz zu erhöhen. Es handelt sich so um ein Verfahren, das sowohl durch breite theoretische Fundierung als auch durch seine klinische Relevanz große Anerkennung findet.

Der Entwicklung des Fragebogens liegen folgende Grundprinzipien zugrunde (Muthny 1988):

In der Erfassung der Krankheitsverarbeitung wird eine breite Dimensionalität erreicht.

- Die Items und Dimensionen besitzen eine gewisse „Klinische Nähe“
- Es werden die Ebenen des Verhaltens, der Kognitionen und Emotionen eingeschlossen.
- Es wird ein Maximum an Vergleichbarkeit mit bestehenden Copingskalen erhalten.
- Es ist eine entwicklungsimplizite Validierung durch den Einsatz des Instruments in Untersuchungen zusammen mit einem großen Spektrum von Adaption- und Rehabilitationskriterien möglich.

In der vorliegenden Studie wurde die Kurzform, der FKV-LIS angewendet. Der Fragebogen besteht aus 35 Einzelitems. Diese Einzelitems werden faktorenanalytisch zu fünf Skalen zusammengefaßt.

Skalen des FKV:

1. „Depressive Verarbeitung“, z.B.: „Sich selbst bemitleiden.“
2. „Aktives problemorientiertes Coping“, z.B.: „Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen.“
3. „Ablenkung und Selbstaufbau“, z.B.: „Sich mehr gönnen.“
4. „Religiosität und Sinnsuche“, z.B.: „Die Krankheit als Schicksal annehmen.“
5. „Bagatellisierung und Wunschdenken“, z.B.: „Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite.“

Die Antwortskalen sind in fünf Ausprägungen abgestuft:

nicht (1) - wenig (2) - mittel (3) - ziemlich (4) - sehr (5).

In der vorliegenden Arbeit wurde schwerpunktmäßig mit drei der fünf FKV-Skalen (1., 2. und 5. Skala) gearbeitet. Die hervorgehobenen Skalen erfassen inhaltlich am ehesten die Themenbereiche, die durch die Arbeit behandelt werden. Es wird u.a. erforscht, ob Gemütsverfassungen wie ein ängstlicher oder depressiver Zustand mit depressiven bzw. aktiven Krankheitsverarbeitungsstilen, bzw. mit der Bagatellisierung der Situation in Zusammenhang stehen.

5.3.2 State-Trait-Angstinventar, STAI

Laux, Glanzmann, Schaffner und Spielberger entwickelten 1981 die deutsche Version des „State-Trait-Anxiety Inventory“ (Spielberger, Gorsuch und Lushene 1970), das State-Trait-Angstinventar (STAI) (siehe Anhang).

Dieses erfaßt Angst als Zustand (State) und Angst als Eigenschaft (Trait). Der Test besteht aus zwei Skalen mit jeweils 20 Items. Von der einen Skala wird die Angst als Zustand (State-Angst) erfaßt, von der anderen Skala die Angst als Eigenschaft (Trait-Angst).

Spielberger (1972) beschreibt die Zustandsangst (State-Angst) als ein emotionaler Zustand, der durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen und durch eine erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems gekennzeichnet ist. Diese Form der Angst kann je nach Situation in ihrer Intensität unterschiedlich sein.

Die 20 Items der State-Angstskala beinhalten Feststellungen, durch die beschrieben werden soll, wie sich der Proband **jetzt**, d.h. **in diesem Moment** fühlt. Dabei ist jeweils eine Hälfte der Feststellungen in Richtung Angst und die andere in Richtung Angstfreiheit formuliert.

Die Angst als Eigenschaft hingegen bezieht sich auf die je nach Person unterschiedliche Neigung, eine Situation als bedrohlich anzusehen und darauf mit einem Anstieg der Zustandsangst zu reagieren (Spielberger, 1972).

Bei der Trait-Angstskala zielen die 20 Feststellungen darauf ab, wie sich der Proband **im Allgemeinen** fühlt. Es soll ein zeitlich überdauerndes Merkmal erfaßt werden. Hier sind dreizehn Feststellungen in Richtung Angst und sieben in Richtung Angstfreiheit formuliert.

Zur Beantwortung kann der Patient eine von vier Antwortkategorien wählen. Die Kategorien liegen in Form unterschiedlicher Intensitätsangaben vor. Ein entsprechender Itemwert ist einer Kategorie jeweils zugeordnet und hier als Zahlenwert in Klammern angegeben:

überhaupt nicht (1) - ein wenig (2) - ziemlich (3) - sehr (4).

Für jeden Patienten wurde aus den angegebenen Antworten für jede Skala getrennt ein Summenwert errechnet. Es ist darauf hinzuweisen, daß die in Richtung Angstfreiheit formulierten Items bei der Skalenwertberechnung umgepolt werden.

Dieser wird als Maß für die jeweils empfundene Angst gewertet. Die möglichen Werte reichen von minimal 20 bis maximal 80.

5.3.3 Symptom-Checkliste, SCL-90-R

Die Symptom-Checkliste gibt Einblick in die psychische Symptombelastung des befragten Patienten. Hierfür entwickelte Derogatis (1977) anhand einer Stichprobe von 1002 ambulanten Psychotherapieklienten einen Fragebogen mit neun Skalen („Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus“). Weiter geben drei globale Kennwerte Auskunft über die Symptombelastung (GSI mißt die grundsätzliche psychische Belastung, PSDI mißt die Intensität der Antworten und PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt). Für die vorliegende Studie wurde die Skala 4 „Depressivität“ ausgewählt (siehe Anhang).

Sie besteht aus 13 Items. Hierbei „geht es um die Bandbreite der Manifestation klinischer Depression“. Gefühlslagen von Traurigkeit bis hin zur schweren Depression werden von den Items erfaßt.

Die Antwort auf die einzelnen Items ist in fünf Ausprägungen abgestuft. Den Ausprägungen ist jeweils ein Zahlenwert zugeordnet (in Klammern aufgeführt):

nicht (1) - wenig (2) - mittel (3) - ziemlich (4) - sehr (5).

Für die Auswertung wurde ein Summenwert aus den einzelnen Itemwerten gebildet. Der minimal zu erreichende Wert 0 und maximal zu erreichender Wert ist 65. Da eine Skala (Skala 4) aus insgesamt 9 Skalen herausgenommen wurde, können die Werte der in dieser Studie befragten Patienten nicht mit den Normwerten der Standardisierungsstichprobe verglichen werden. Die Beschreibung der Werte erfolgt demnach rein deskriptiv.

5.3.4 Angstbewältigungs-Inventar, ABI

Mit diesem Fragebogen wird ermittelt, wie oft vigilante bzw. kognitiv vermeidende Strategien eingesetzt werden (siehe Anhang).

Das ABI „dient der Erfassung von Persönlichkeitsunterschieden, wie sie bei Prozessen der Aufmerksamkeitsausrichtung auftreten, die bei der Konfrontation von Individuen mit Hinweisen auf Bedrohungen beobachtet werden können“ (Krohne, Schumacher und Egloff 1989). Um diese Prozesse näher beschreiben zu können, wurden folgende Begriffe eingeführt: „Vigilanz“ und „kognitive Vermeidung“.

Der „Vigilanz“ zuzuordnen sind Strategien, „in denen eine verstärkte Aufnahme und Verarbeitung bedrohlicher Informationen zum Ausdruck kommt“. Es soll ein Gefühl der Unsicherheit vermieden werden. Beispiele: „In meiner Situation erinnere ich mich an frühere unangenehme medizinische Behandlungen.“ oder „In meiner Situation frage ich Mitpatienten, wie es ihnen ergangen ist oder lasse mir vom Arzt alles noch einmal erklären.“

„Kognitive Vermeidung“ hingegen steht für die „Abwendung von bedrohungsbezogenen Hinweisreizen“. Hierbei ist es das Gefühl der emotionalen Erregung, das durch die verschiedenen Bewältigungsmechanismen vermieden werden soll. Beispiele: „In meiner Situation sage ich mir: So schlimm wird's schon nicht werden.“; „In meiner Situation sage ich mir, daß es für die Ärzte ein ungefährlicher Routineeingriff ist.“

Mit diesem Fragebogen werden der vorliegenden Situation (Vorabend einer PTCA) 18 Reaktionsmöglichkeiten zugeordnet. Die vorgegebenen Reaktionsmöglichkeiten enthalten jeweils zur Hälfte vigilante bzw. vermeidende Bewältigungsstrategien.

Zur Beantwortung hat der Befragte zwei Möglichkeiten: „trifft zu“ und „trifft nicht zu“. Zur Auswertung werden die Antworten auf die Vigilanz- und die Vermeidungsitems getrennt aufsummiert.

Im vorgestellten Testverfahren werden „Vigilanz“ und „kognitive Vermeidung“ als separate Dimensionen erfaßt. So ergibt sich die Möglichkeit zu prüfen, ob sich diese Bewältigungsformen auf der Ebene der Persönlichkeitsdispositionen ausschließen oder nicht, d.h. ob sie unterschiedlich oder sogar gleich stark bei einer Person nebeneinander existierend angetroffen werden können.

Laut Krohne (1989) können weiter je nach Ausprägung der Dimensionen verschiedene sogenannte Bewältigungsmodi abgeleitet werden. Anhand des Medians werden die Patienten der vorliegenden Stichprobe so in vier Gruppen unterteilt, nämlich hoch und niedrig vigilante bzw. kognitiv vermeidende. Die Aufteilung ist in Tabelle 5.1 dargestellt.

Tabelle 5.1 Dimensionen der Angstbewältigung

	hohe Ausprägung an kognitiv vermeidenden Strategien	niedrige Ausprägung an kognitiv vermeidenden Strategien
hohe Ausprägung an vigilanten Strategien	Ängstlichkeit	Sensitization
niedrige Ausprägung an vigilanten Strategien	Repression	Nichtdefensivität

Die oben aufgeführten Bewältigungsmodi werden von Krohne wie folgt definiert:

Als „Sensitizer“ werden Personen mit „hoher Unsicherheitsintoleranz und niedriger Erregungsintoleranz“ bezeichnet. Sie üben eine „konsistente Überwachung“ aus, d.h. sie lenken ihre Aufmerksamkeit ständig auf gefahrenrelevante Informationen.

Als „Represser“ werden Personen mit „hoher Erregungsintoleranz und niedriger Unsicherheitsintoleranz“ bezeichnet. Sie üben eine „konsistente Vermeidung“ aus, d.h. es wird versucht, sich möglichst nicht mit bedrohlichen Informationen zu befassen.

Als „Ängstliche“ werden Personen mit hoher Toleranz gegenüber Erregung und Unsicherheit bezeichnet. Sie sind „also in starkem Maß mit der Gefahr beschäftigt, negativ überrascht zu werden, wie auch mit der Möglichkeit, daß starke Emotionen sie überwältigen“. Dies sollte sich in der Tendenz zeigen, die Angst intrapsychisch (vigilant und vermeidend) zu bewältigen.

Als „Nichtdefensive“ werden Personen mit jeweils geringer Intoleranz gegenüber Erregung und Unsicherheit bezeichnet. In unangenehmen Situationen können sie relativ gut sowohl mit Unsicherheit als auch mit Erregung umgehen. Dadurch können sie recht flexibel auf unterschiedliche Situationen eingehen.

5.3.5 Fragebogen zum Informationsbedürfnis der Patienten

Mit diesem Fragebogen wird das Informationsbedürfnis der befragten Patienten erfaßt (siehe Anhang). Er besteht aus drei selbst formulierten Einzelitems:

1. Infowunsch 1: „Ich bin über den bevorstehenden medizinischen Eingriff informiert.“
2. Infowunsch 2: „Ich möchte gerne mehr über den bevorstehenden medizinischen Eingriff erfahren.“
3. Infowunsch 3: „Wenn ich mehr weiß, macht es mich nur nervös.“

Die Auswertung erfolgt auf Einzelitemebene. Als mögliche Antworten standen fünf Ausprägungen zur Auswahl:

nicht (1) - wenig (2) - mittel (3) - ziemlich (4) - sehr (5).

5.3.6 Basisfragebogen zu soziodemographischen Merkmalen

Für die Studie wurde ein Fragebogen entwickelt, der die soziodemographischen Daten der Teilnehmer erfaßt (siehe Anhang). Dazu gehören:

- Geburtsdatum, Alter
- Geschlecht
- Familienstand (ledig, verheiratet/Lebenspartner, getrennt, verwitwet)

- höchster Schulabschluß (Sonderschule, Hauptschule, Mittlere Reife, Abitur/Fachhochschulreife, ohne Abschluß)
- eigener Beruf, Beruf des Vaters
- höchster Berufsabschluß (noch in Ausbildung, Lehre, Meister/Fachschule, Fachhochschule/Universität, ohne Abschluß, angelernt, keine Lehre)
- Berufssituation (arbeitsunfähig, arbeitslos, berentet, berufstätig)
- Todeszeitpunkt und Todesursache der Eltern

5.3.7 Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version, IIP

Mit diesem Fragebogen werden zwischenmenschliche Probleme erfaßt. Die verwendeten Skalen orientieren sich an dem interpersonalen Kreismodell (Circumplex), das ursprünglich von Leary 1957 „zur Klassifikation interpersonalen Verhaltens“ vorgeschlagen wurde. Es bestehen acht Subskalen.

Als Antwortkategorien gibt es jeweils fünf Ausprägungen:

nicht (0) - wenig (1) - mittelmäßig (2) - ziemlich (3) - sehr (4).

Mit dem IIP werden interpersonale Probleme gemessen. Hierbei wird die relative Position einer Person zu einer Referenzgruppe bestimmt. Die hierzu vorliegenden Norm-Tabellen sind nach den Merkmalen Alter und Geschlecht differenziert, da sich von diesen Merkmalen in der Standardisierung eine Abhängigkeit zeigte.

Die im Folgenden aufgeführten Fragebögen wurden nicht von den Patienten, sondern von Krankenschwester, Arzt oder Interviewer ausgefüllt. Die Antwortskala war jeweils in fünf Ausprägungen unterteilt:

nicht (1) - wenig (2) - mittel (3) - ziemlich (4) - sehr(5).

5.3.8 Kurzinterview zur Erfassung von Krankheitsgeschehen und Beziehungsmustern bei Patienten mit einer Herzerkrankung (Koepsell 1994)

In diesem Kurzinterview wurden dem Patienten Fragen zur Krankengeschichte, aktuellen Lebenssituation und seiner Krankheitsverarbeitung gestellt. Weiter beschrieb der Befragte kurz seinen Partner, sich selbst, seinen Vater und seine Mutter.

5.3.9 Fragebogen für die Schwester

Der „Fragebogen für die Schwester“ wurde von einer den Patienten betreuenden Krankenschwester bzw. einem Pfleger ausgefüllt.

Die Befragung erfolgte zum einen zur Gefühlslage des Patienten und zum anderen sollte die Beziehung zur betreuenden Schwester näher erfaßt werden.

Beispiel: „Der Patient wirkte depressiv verstimmt.“ oder „Der Patient war im Umgang schwierig.“

5.3.10 Fragebogen für den Arzt, der die Ballonerweiterung durchgeführt hat

Auch hier gab es Fragen zum einen zur Gefühlslage des Patienten und zur Beziehung des Patienten zum dilatierenden Arzt. Weiter wurde mit zwei Fragen noch die Schwere und die Prognose der Erkrankung des jeweiligen Patienten erfaßt.

Beispiele: „Der Patient wirkte depressiv verstimmt.“
„Der Patient war im Umgang schwierig.“
„Der Patient hat eine gute Prognose.“

5.3.11 Fragebogen für den Interviewer

Dieser Fragebogen wurde anschließend an das Interview vom Interviewer selbst ausgefüllt. Mit diesem wurden folgende Themen nach Einschätzung des Interviewers in bezug auf den Patienten erfaßt:

- Gefühlslage des Patienten, Bsp.: „Der Patient wirkte depressiv verstimmt.“
- Krankheitsbewältigung des Patienten, Bsp.: „Der Patient verleugnete seine Krankheit.“
- Beziehung zum Interviewer, Bsp.: „Die Mitarbeit des Patienten war gut.“
- Kognitive Funktionen des Patienten, Bsp.: „Der Patient war sprachlich gewandt.“
- Verhalten des Patienten, Bsp.: „Der Patient war dominant.“
- Eigenes Erleben des Interviewers während des Gesprächs, Bsp.: „Ich fühlte mich frei und ungezwungen.“

5.3.12 Medizinischer Verlaufsbogen

Dieser Bogen wurde ein halbes Jahr nach dem Interview am Vorabend der PTCA von dem jeweiligen Hausarzt der Patienten ausgefüllt. Auf diesem Wege wurden folgende medizinische Daten abgefragt:

- Dauer der Erkrankung
- Herzinfarkt vor PTCA
- Bypass-Operation
- Risikofaktoren vor PTCA
- Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Stadien)
- Anzahl der Gefäßverschlüsse
- Komplikationen während der PTCA
- Erfolg der PTCA
- Nach-Angiographie
- erneute PTCA durchgeführt

5.4 Datenauswertung

Folgende statistische Testverfahren kamen bei der vorliegenden Arbeit zur Anwendung:

- Häufigkeitsauszählungen
- Gruppenvergleiche: t-Test nach Student, U-Test nach Mann und Whitney, H-Test nach Kruskal und Wallis, einfache Varianzanalyse
- Korrelationen (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman für ordinal skalierte oder nicht normalverteilte intervallskalierte Variablen)

Als Grundlage für die statistische Auswertung diente SPSS Version 8.0 für Windows. Diese erfolgte am Rechenzentrum der Universität Würzburg.

6 Beschreibung der Stichprobe

6.1 Soziodemographische Merkmale

Im Folgenden werden die soziodemographischen Merkmale der Studienteilnehmer dargestellt. Insgesamt nahmen 113 Patienten an der Studie teil.

Tabelle 6.1 Soziodemographische Daten

		n	%
Alter	MW= 63 Jahre, Median= 63Jahre, SD= 8 Minimum 36 Jahre, Maximum 82 Jahre		
Geschlecht	männlich	90	80
	weiblich	23	20
Familienstand	ledig	4	4
	verheiratet/Lebenspartner	91	81
	getrennt	8	7
	verwitwet	10	9
Schulabschluß	ohne Abschluß	2	2
	Hauptschule	88	88
	Mittlere Reife	14	12
	Abitur/Fachhochschulreife	9	8
Berufsabschluß	angelern	11	10
	keine Lehre	14	12
	ohne Abschluß	7	6
	Lehre	47	42
	Meister/Fachschule	24	21
	Fachhochschule/Universität	10	9
Berufssituation	berentet	63	56
	berufstätig	29	26
	arbeitsunfähig	15	13
	Hausfrau	4	3
	arbeitslos	2	2

Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei knapp 63 Jahren mit einer Spannweite von 36-82 Jahren. Die Studienteilnehmer sind zum größten Teil männlich und verheiratet. Die Mehrzahl der befragten Patienten hatte die Hauptschule abgeschlossen, in bezug auf den Berufsabschluß hatte die Mehrzahl eine Lehre abgeschlossen. Zum Zeitpunkt des Interviews waren über die Hälfte der Teilnehmer schon berentet und nur der kleinere Teil war noch berufstätig.

6.2 Medizinische Daten

In Tabelle 6.2 werden die medizinischen Daten der Stichprobe vorgestellt. Die Daten wurden ein halbes Jahr nach dem Interview vom Hausarzt eingeholt. Eine vollständige Sammlung der Daten war nicht möglich. Dies erklärt die unterschiedlichen Angaben der absoluten Anzahl der Patienten.

Knapp die Hälfte der befragten Patienten litt bereits bis zu 5 Jahren an einer KHK. Weit über die Hälfte der Befragten hatten schon vor der PTCA einen Herzinfarkt erlitten. Ungefähr bei jedem zehnten war vor der Ballondilatation eine Bypass-Operation durchgeführt worden.

Die häufigsten Risikofaktoren für die KHK waren in dieser Stichprobe die Hypercholesterinämie und die arterielle Hypertonie. Auch war über die Hälfte der Befragten übergewichtig.

Im Hinblick auf den Schweregrad der Herzinsuffizienz waren knapp drei Viertel der Befragten in NYHA-Stadium I bzw. II einzuordnen. Bei gut der Hälfte der Patienten lag eine Ein-Gefäß-Erkrankung vor.

In der Mehrzahl der Fälle konnte ein befriedigender Erfolg der PTCA verzeichnet werden, bei einem Drittel der Befragten war der Erfolg sogar gut. In den wenigsten Fällen ist die PTCA nicht gelungen.

Anhaltend gute Gefäßverhältnisse wurden bei knapp ein Drittel der Studienteilnehmer gefunden. Bei mindestens jedem fünften Patienten war nach einem halben Jahr eine Restenosierung nachzuweisen. Dies entspricht der allgemein bekannten Komplikationsrate. Teilweise mußte eine erneute PTCA durchgeführt werden.

Tabelle 6.2 Medizinische Daten

		n	%
Dauer der Erkrankung (n=110)	bis 1 Jahr	41	37
	bis 5 Jahre	53	48
	bis 10 Jahre	16	15
Herzinfarkt vor PCTA (n = 109)		64	59
Bypass-Operation (n = 104)	Vor PTCA	10	10
	Nach PTCA	7	7
Risikofaktoren vor PCTA (n=110)	Nikotin	39	36
	Arterielle Hypertonie	72	66
	Hypercholesterinämie	80	72
	Diabetes mellitus	24	22
	Adipositas	59	54
	Hyperurikämie	29	26
Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Stadien) (n = 110)	NYHA-Stadium I	41	37
	NYHA-Stadium II	40	36
	NYHA-Stadium III	22	20
	NYHA-Stadium IV	7	6
Anzahl der Gefäßverschlüsse (n = 109)	Ein-Gefäß-Erkrankung	57	50
	Zwei-Gefäß-Erkrankung	36	32
	Drei-Gefäß-Erkrankung	16	15
Komplikationen während der PTCA (n = 110)		5	4
Erfolg der PTCA (n = 109)	nicht gelungen	8	7
	befriedigend	68	62
	gut	33	30
Nach-Angiographie (n = 106)	Anhaltend gut	30	28
	Restenosierung >50%	21	20
	Unbekannt	10	9
	nicht durchgeführt	45	43
Erneute PTCA durchgeführt (n= 102)		16	16
Restenosierung nach 6 Monaten (n = 103)		31	27

7 Ergebnisse

7.1 Krankheitsverarbeitung

Die erste Hypothese H 1 lautet:

Patienten schätzen ihre Krankheitsverarbeitung günstiger ein als die Interviewer.

7.1.1 Statistische Kennwerte des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Zunächst wird die deskriptive Statistik zum FKV vorgestellt. Außerdem sind die Ergebnisse der Zusammenhangs- und Unterschiedsprüfung zwischen Selbsteinschätzung durch den Patienten und Interviewereinschätzung aufgeführt.

*Tabelle 7.1 Selbst- und Interviewereinschätzung der Krankheitsverarbeitung (FKV) Antwortskala von 1=nicht bis 5=sehr, n=113 (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman, t-Test für abhängige Stichproben), *=p<.05, **=p<.01, ***=p<.001*

Skala	r	Patient		Interviewer		t	df	p <
		M	SD	M	SD			
Depressive Verarbeitung	0,21*	1,82	0,71	1,98	0,70	-1,89	112	n.s.
Aktives problemorientiertes Coping	0,57**	3,09	0,80	2,83	0,74	3,87	112	0.001
Ablenkung und Selbstaufbau	0,15, n.s.	2,80	0,84	2,53	0,66	2,87	112	0.01
Religiosität und Sinnsuche	0,52**	2,89	0,80	2,57	0,65	4,85	112	0.001
Bagatellisierung und Wunschdenken	0,23*	1,82	0,80	1,95	0,79	-1,23	112	n.s.

Sowohl für den Patienten als auch für den Interviewer nimmt die Skala „aktives problemorientiertes Coping“ den größten Stellenwert ein. Es folgen die Skalen „Religiosität und Sinnsuche“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“.

Zusammenhänge zwischen Selbst- und Interviewereinschätzung

Vergleicht man nun die Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch den Patienten mit der Einschätzung durch den Interviewer, so zeigen sich für die Skalen „aktives problemorientiertes Coping“ und „Religiosität und Sinnsuche“ ein signifikanter, mittelhoher Zusammenhang. Bei den Skalen „Depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ besteht ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang, der niedrig ist. Für die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ läßt sich kein Zusammenhang feststellen.

Unterschiede zwischen Selbst- und Interviewereinschätzung

Signifikante Unterschiede zwischen der Selbst- und der Interviewereinschätzung zeigen sich bei den Skalen „aktives problemorientiertes Coping“, „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Religiosität und Sinnsuche“. Diese werden von den Patienten jeweils höher bewertet als von den Interviewern.

7.1.2 Beziehungen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und den FKV- Skalen

Fernerhin wurde untersucht, ob Zusammenhänge zwischen bestimmten soziodemographischen Merkmalen und den FKV-Skalen vorliegen.

Alter

In Tabelle 7.2 sind die Zusammenhänge zwischen den FKV-Skalen mit dem Alter der Patienten aufgeführt.

Ein positiver, signifikanter Zusammenhang zeigt sich in der Einschätzung der Patienten zwischen der Skala „Religiosität und Sinnsuche“ und dem Alter.

Tabelle 7.2 Selbst- und Interviewereinschätzung der Krankheitsverarbeitung (FKV) und Alter, n=113 (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman)

	Alter
Depressive Verarbeitung Patient Interviewer	r = -0,05 n.s. r = -0,04 n.s.
Aktives problemorientiertes Coping Patient Interviewer	r = 0,03 n.s. r = -0,09 n.s.
Ablenkung und Selbstaufbau Patient Interviewer	r = -0,14 n.s. r = -0,09 n.s.
Religiosität und Sinnsuche Patient Interviewer	r = 0,25 p<.01 r = 0,13 n.s.
Bagatellisierung und Wunschdenken Patient Interviewer	r = -0,08 n.s. r = -0,06 n.s.

Geschlecht

Untersucht wurde, ob sich Männer und Frauen in der Ausprägung der einzelnen Bewältigungsmodi unterscheiden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7.3 dargestellt.

Ein signifikanter Unterschied zeigt sich in der von den Patienten selbst eingeschätzten depressiven Verarbeitung. Die Frauen der untersuchten Stichprobe stufen sich deutlich depressiver in ihrer Verarbeitung ein als Männer. Bezogen auf die Skala „aktives problemorientiertes Coping“ zeigt sich sowohl in der Selbst- als auch in der Interviewereinschätzung ein signifikanter Unterschied. Männer schätzen ihre Krankheitsverarbeitung aktiver ein als Frauen und werden auch vom Interviewer in ihrer Verarbeitung aktiver eingeschätzt. Für die Skala „Bagatellisierung und Wunschdenken“ liegt zwischen den Geschlechtern kein signifikanter Unterschied vor.

Tabelle 7.3 Selbst - und Interviewereinschätzung der Krankheitsverarbeitung (FKV) und Geschlecht (t-Test für unabhängige Stichproben)

	Männer, n=90		Frauen, n=23		t	df	p<
	M	SD	M	SD			
Depressive Verarbeitung							
Patient	1,74	0,66	2,10	0,81	-2,16	111	0.05
Interviewer	1,95	0,72	2,10	0,61	-0,92	111	n.s.
Aktives Problem. Coping							
Patient	3,19	0,81	2,70	0,64	2,69	111	0.01
Interviewer	2,91	0,73	2,50	0,72	2,40	111	0.05
Ablenkung und Selbstaufbau							
Patient	2,75	0,86	2,97	0,78	-1,12	111	n.s.
Interviewer	2,51	0,69	2,61	0,54	-0,63	111	n.s.
Religiosität und Sinnsuche							
Patient	2,82	0,79	3,15	0,77	-1,75	111	n.s.
Interviewer	2,52	0,63	2,75	0,71	-1,52	111	n.s.
Bagatellisierung u. Wunschdenken							
Patient	1,83	0,78	1,87	0,90	-1,12	111	n.s.
Interviewer	1,90	0,76	2,14	0,88	-0,63	111	n.s.

Familienstand

Um Unterschiede in der Form der Krankheitsverarbeitung in Hinblick auf den Familienstand zu erfassen, wurde die Stichprobe in eine Gruppe mit Partner und eine Gruppe ohne Partner unterteilt. Ein signifikanter Unterschied ($p < .05$, U-Test nach Mann und Whitney) ergab sich beim aktiven problemorientierten Coping. In der Einschätzung durch den Interviewer sind die Patienten mit Partner in ihrer Krankheitsverarbeitung aktiver als die Patienten ohne Partner. In der Selbsteinschätzung zeigen sich zum Familienstand keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung der Krankheitsverarbeitung.

Schulabschluß

Anhand des Korrelationskoeffizienten nach Spearman konnte zwischen dem Schulabschluß der befragten Patienten sowohl in der Selbst- als auch in der Interviewereinschätzung ein geringer Zusammenhang mit der Skala „aktives problemorientiertes Coping“ gefunden werden (Selbsteinschätzung: $r = 0,19$, $p = < .05$; Fremdeinschätzung: $r = 0,30$, $p = < .001$).

7.1.3 Interkorrelationen zwischen den FKV-Skalen

In Tabelle 7.4a werden die Interkorrelationen der Skalen, die für die vorliegende Arbeit überwiegend in Betracht gezogen wurden, in der Selbsteinschätzung, in Tabelle 7.4b die Interkorrelationen in der Interviewereinschätzung dargestellt.

*Tabelle 7.4a Interkorrelationen der FKV-Skalen in der Selbsteinschätzung (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman), *= $p < .05$, **= $p < .01$, ***= $p < .001$*

	Aktives problemorientiertes Coping	Bagatellisierung und Wunschdenken
Depressive Verarbeitung	$r = 0,20^*$	$r = 0,36^{***}$
Aktives problemorientiertes Coping	--	$r = 0,14$ n.s.

In der Selbsteinschätzung hängen depressive Verarbeitung und aktives problemorientiertes Coping schwach positiv zusammen.

Zwischen der Skala „depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ besteht in der Selbsteinschätzung ein mittelhoher, signifikanter Zusammenhang. Je depressiver der Bewältigungsmodus ist, desto eher neigen die Patienten dazu, ihre Situation zu bagatellisieren und die Gedanken ihren Wünschen anzupassen.

*Tabelle 7.4b Interkorrelation der FKV-Skalen in der Interviewereinschätzung (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman), *= $p < .05$, **= $p < .01$, ***= $p < .001$*

	Aktives problemorientiertes Coping	Bagatellisierung und Wunschdenken
Depressive Verarbeitung	$r = 0,01$, n.s.	$r = 0,28^{**}$
Aktives problemorientiertes Coping	--	$r = -0,41^{***}$

Der positive, signifikante Zusammenhang zwischen depressiver Verarbeitung und Bagatellisierung und Wunschdenken zeigt sich auch in der Einschätzung durch den Interviewer.

Weiter fällt in der Interviewereinschätzung ein mittelhoher gegenläufiger Zusammenhang zwischen den Skalen „aktives problemorientiertes Coping“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ auf. Je aktiver die Krankheitsverarbeitung eines Patienten nach Einschätzung des Interviewers ist, desto weniger bagatellisiert er seine Situation.

7.2 Angst

7.2.1 Statistische Kennwerte des State-Trait-Angstinventar (STAI)

In Tabelle 7.5 ist die deskriptive Statistik bezüglich der Angst als Eigenschaft (dispositionelle Angst) und der Angst als Zustand (situative Angst) der Patienten aufgeführt. Die geringe Anzahl der Befragten bei der Skala zur Angst als Eigenschaft erklärt sich dadurch, daß diese zu Beginn der Datenerhebung noch nicht Bestandteil der von den Patienten zu bearbeitenden Fragebogensammlung war. Diese wurde erst im Verlauf hinzugenommen.

Tabelle 7.5 State-Trait-Angstinventar (STAI)

	n	M	SD	Median	Min	Max
dispositionelle Angst	62	36,82	9,43	35,50	22	58
situative Angst	106	42,28	11,94	40	20	74

Ein Wert von 20 entspricht dem Nichtvorhandensein und ein Wert von 80 der maximalen Intensität des Angstgefühls. Unsere Stichprobe zeigt somit weder für die dispositionelle noch für die situative Angst eine starke Ausprägung.

7.2.2 Interkorrelation zwischen Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft

In Tabelle 7.6 wird dargestellt, inwieweit es zwischen der dispositionellen Angst und der situativen Angst der Befragten einen Zusammenhang gibt.

Tabelle 7.6 State-Trait-Angstinventar (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman), ***= $p < .001$

	dispositionelle Angst (n=62)
situative Angst (n=106)	$r = 0,72^{***}$

Es zeigt sich, daß die dispositionelle Angst und die situative Angst der Patienten stark positiv zusammenhängen.

7.2.3 Beziehungen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und State-Trait-Angstinventar (STAI)

Alter

In Tabelle 7.7 sind die Ergebnisse der Zusammenhangsprüfung zwischen der Angst als Eigenschaft bzw. der Angst als Zustand und dem Alter der befragten Patienten aufgeführt.

Tabelle 7.7 State-Trait-Angstinventar und Alter (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman)

	dispositionelle Angst (n=62)	situative Angst (n=106)
Alter	$r = -0,03$ n.s.	$r = 0,04$ n.s.

Die dispositionelle bzw. die situative Angst der Patienten stehen in keinem Zusammenhang mit dem Alter.

Geschlecht

Untersucht wurden, ob sich Männer und Frauen in ihrer Angst als Eigenschaft bzw. in ihrer Angst als Zustand unterscheiden.

Tabelle 7.8 State-Trait-Angstinventar und Geschlecht (t-Test für unabhängige Stichproben)

	Männer			Frauen			df	p<
	M	SD	n	M	SD	n		
dispositionelle Angst	36,04	9,65	51	0,46	7,75	11	60	n.s.
situative Angst	40,08	10,33	84	50,68	14,07	22	104	0.01

Bezogen auf die dispositionelle Angst, zeigen Männer und Frauen keinen signifikanten Unterschied. Allerdings zeigt sich, daß Frauen situativ ängstlicher sind als Männer.

Familienstand/ Schulabschluß

Bei der Untersuchung, inwieweit sich die befragten Patienten in ihrer Angst als Eigenschaft bzw. ihrer Angst als Zustand in bezug auf den Familienstand bzw. den Schulabschluß unterscheiden, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (H-Test nach Kruskal und Wallis).

7.3 Angst und Krankheitsverarbeitung

Die zweite Hypothese H 2 lautet:

Mit steigender Ängstlichkeit wählt ein Patient eher eine depressive und weniger eine aktive Form der Bewältigungsstrategie.

7.3.1 Korrelation zwischen State-Trait-Angstinventar (STAI) und Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Zunächst wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der Angst als Eigenschaft bzw. der Angst als Zustand und den in dieser Arbeit untersuchten FKV-Skalen gibt.

Tabelle 7.9 Zusammenhang zwischen Angst und Krankheitsverarbeitung, FKV-Skalen in Selbst- und Interviewereinschätzung (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman),

*= $p < .05$, **= $p < .01$, ***= $p < .001$

	dispositionelle Angst (n=62)	situative Angst (n=106)
Depressive Verarbeitung		
Patient	r = 0,60***	r = 0,51***
Interviewer	r = 0,23 n.s.	r = 0,25*
Aktives problemorientiertes Coping		
Patient	r = 0,20 n.s.	r = 0,14 n.s.
Interviewer	r = 0,05 n.s.	r = 0,05 n.s.
Bagatellisierung und Wunschdenken		
Patient	r = 0,52***	r = 0,30**
Interviewer	r = 0,09 n.s.	r = -0,12 n.s.

Es besteht ein starker, signifikanter Zusammenhang zwischen der dispositionellen Angst und der Selbsteinschätzung der „depressiven Krankheitsverarbeitung“. Je ängstlicher ein Patient im allgemeinen ist, desto eher wählt er auch eine depressive Form der Bewältigungsstrategie.

Auch bezogen auf die situative Angst zeigt sich nach Einschätzung der Patienten und der Interviewer ein signifikanter Zusammenhang mit der Wahl einer depressiven Krankheitsverarbeitung. Somit bestätigt sich die Hypothese. Da jedoch die beiden Angstskalen hoch miteinander korrelieren, ist diese gleichsinnige Korrelation nicht überraschend.

Wird nun die dispositionelle und die situative Angst im Zusammenhang mit der „aktiven Krankheitsverarbeitung“ betrachtet, lassen sich sowohl in der Selbst- als auch in der Interviewereinschätzung nur sehr schwache, nicht signifikante Zusammenhänge erkennen. Diese sind zudem entgegen der in der Hypothese formulierten Erwartung positiv, nicht negativ.

7.3.2 Mittelwertsvergleiche von ängstlichen und wenig ängstlichen Patienten im Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung

In Tabelle 7.10 werden die Ergebnisse der Unterschiedsprüfung zwischen dispositionell ängstlichen und wenig ängstlichen Patienten mit den Skalen „depressive Verarbeitung“ und „aktives problemorientiertes Coping“ des FKV dargestellt.

Für diese Untersuchung wurden die Patienten anhand des Medians, jeweils auf den beschriebenen STAI- Skalen, in zwei Gruppen aufgeteilt.

In der Selbsteinschätzung ist der Unterschied zwischen dispositionell ängstlichen und wenig ängstlichen Patienten auf der Skala der depressiven Verarbeitung hochsignifikant. Bei dispositionell ängstlichen Patienten wird diese Form der Krankheitsverarbeitung verstärkt eingesetzt. Das Ergebnis der Korrelationsprüfung wird dadurch bestätigt.

Ein Unterschied in der depressiven Verarbeitung zwischen dispositionell ängstlichen und wenig ängstlichen Patienten wird in der Einschätzung durch den Interviewer nicht gesehen.

Beim aktiven problemorientierten Coping zeigt sich zwischen den ängstlichen und wenig ängstlichen Patienten kein signifikanter Unterschied (in Selbst- und Interviewereinschätzung).

Tabelle 7.10 Dispositionell wenig ängstliche und ängstliche Patienten (STAIG) und Selbst- und Interviewereinschätzung der Krankheitsverarbeitung (t-Test für unabhängige Stichproben)

	dispositionell wenig ängstlich n=31		dispositionell ängstlich n=31		df	p<
	M	SD	M	SD		
Depressive Verarbeitung						
Patient	1,35	0,48	2,12	0,63	60	0.001
Interviewer	1,91	0,72	2,23	0,76	60	n.s.
Aktives Problem. Coping						
Patient	2,83	0,85	3,10	0,79	60	n.s.
Interviewer	2,70	0,77	2,75	0,74	60	n.s.
Bagatellisierung u. Wunschdenken						
Patient	1,48	0,67	2,15	0,89	60	0.001
Interviewer	2,02	0,80	2,18	0,87	60	n.s.

Tabelle 7.11 Situativ wenig ängstliche und ängstliche Patienten (STAIS) und Selbst- und Interviewereinschätzung der Krankheitsverarbeitung (t-Test für unabhängige Stichproben)

	situativ wenig ängstlich n=54		situativ ängstlich n=52		df	p<
	M	SD	M	SD		
Depressive Verarbeitung						
Patient	1,48	0,53	2,17	0,73	92,6	0.001
Interviewer	1,86	0,71	2,08	0,69	104	n.s.
Aktives Problem. Coping						
Patient	2,97	0,88	3,18	0,74	104	n.s.
Interviewer	2,78	0,77	2,85	0,75	104	n.s.
Bagatellisierung u. Wunschdenken						
Patient	1,65	0,70	2,03	0,86	104	0.05
Interviewer	2,01	0,84	1,90	0,76	104	n.s.

Auch bei der situativen Angst zeigt die Tabelle 7.11, daß in der Einschätzung durch den Patienten die ängstlichen Patienten verstärkt eine depressive Verarbeitungsform einsetzen. Der Unterschied zwischen wenig Ängstlichen und Ängstlichen ist hier hochsignifikant. An dieser Stelle wird die Korrelationsprüfung bestätigt. Wie auch bei der generellen Angst ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in Hinblick auf das aktive problemorientierte Coping.

7.4 Depressivität

7.4.1 Statistische Kennwerte der Symptom-Checkliste (SCL-90-R), Depressivitätsskala

In Tabelle 7.12 wird zunächst die deskriptive Statistik zum Summenwert der Depressivitätsskala dargestellt.

Tabelle 7.12 Depressivitätsskala der SCL-90-R

	n	M	SD	Median	Min	Max
Depressivitätsskala (SCL-90-R)	106	7,81	6,77	7,00	0,00	28,00

Die Mittelwerte für die Studienteilnehmer bewegen sich überwiegend im unteren Viertel der zu erreichenden Summenwerte der Depressivitätsskala.

7.4.2 Beziehungen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und der Depressivitätsskala des SCL-90-R

Alter

Es wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen dem Summenwert der Depressivitätsskala und dem Alter der befragten Patienten besteht.

Tabelle 7.13 Depressivitätsskala (SCL-90-R) und Alter (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman)

	Depressivitätsskala (SCL-90-R), n=103
Alter	r = -0,01 n.s.

In der untersuchten Stichprobe besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Depressivität der Patienten.

Geschlecht

Im Folgenden wurde untersucht, ob sich Männer und Frauen in der Depressivität unterscheiden.

Tabelle 7.14 Geschlecht und Depressivität (t-Test für unabhängige Stichproben)

	Männer (n=90)		Frauen (n=23)		p
	M	SD	M	SD	
Depressivitätsskala (SCL-90-R)	7,66	6,79	8,43	6,84	n.s.

Hierbei zeigte sich bezüglich der Depressivität kein signifikanter Unterschied zwischen den befragten Männern und Frauen.

Familienstand/ Schulabschluß

Im Hinblick auf die Depressivität der Befragten gibt es sowohl in bezug auf den Familienstand als auch auf den Schulabschluß keine signifikanten Unterschiede (H-Test nach Kruskal und Wallis).

7.5 Depressivität und Krankheitsverarbeitung

Die dritte Hypothese H 3 lautet:

Mit steigender Depressivität wählt ein Patient eher eine depressive und weniger eine aktive Form der Bewältigungsstrategie.

7.5.1 Korrelation zwischen der Depressivitätsskala der SCL-90-R und den FKV-Skalen

Es wird zunächst untersucht, ob zwischen der Depressivitätsskala der SCL-90-R und den in der vorliegenden Arbeit untersuchten FKV-Skalen ein Zusammenhang besteht.

Tabelle 7.15 Selbst- und Interviewereinschätzung der FKV-Skalen und Depressivitätsskala (SCL-90-R) (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman), $*=p<.05$, $**=p<.01$, $***=p<.001$

	Depressivitätsskala (SCL-90-R)
Depressive Verarbeitung Patient Interviewer	$r = 0,58^{***}$ $r = 0,28^{**}$
Aktives problemorientiertes Coping Patient Interviewer	$r = 0,25^{**}$ $r = 0,26^{**}$

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Depressivitätsskala und der „depressiven Krankheitsverarbeitung“. Je depressiver die Patienten sind, desto eher wählen sie auch eine depressive Form der Krankheitsverarbeitung.

Zwischen Depressivitätsskala und „aktivem problemorientiertem Coping“ zeigt sich sowohl bei der Selbst- als auch bei der Interviewereinschätzung ein schwacher, signifikanter Zusammenhang. Entgegen der Erwartungen, die in der zweiten Hypothese formuliert sind, ist dieser jedoch positiv. Für die befragte Stichprobe würde dies bedeuten, daß Patienten, je depressiver sie sind, eher aktiv die Krankheit bewältigen.

7.6 Angstbewältigung

In der vorliegenden Arbeit wurde zur Erfassung der Angstbewältigung das Angstbewältigungs-Inventar angewendet. Mit diesem Fragebogenverfahren wird erfaßt, wie häufig vigilante und vermeidende Strategien der Angstbewältigung eingesetzt werden. Vigilante Strategien beinhalten Bewältigungsmechanismen, die versuchen, möglichst viel über die Gefahrensituation in Erfahrung zu bringen, um so unangenehmen Überraschungen aus dem Weg zu gehen. Durch kognitiv vermeidende Bewältigungsmechanismen soll eine emotionale Erregung vermieden werden. Unter diese Form der Bewältigungsmechanismen fällt u.a. das Verleugnen.

7.6.1 Statistische Kennwerte des Angsbewältigungs-Inventar (ABI)

In Tabelle 7.16 ist die deskriptive Statistik der beiden Skalen dieses Fragebogens dargestellt.

Tabelle 7.16 Angsbewältigungs- Inventar

	n	M	SD	Median	Min	Max
Vigilante Bewältigungsstrategien	98	4,22	1,84	4,00	1,00	9,00
Kognitiv vermeidende Bewältigungsstrategien	98	7,17	1,62	7,50	3,00	9,00

Die Teilnehmer dieser Studie liegen im Hinblick auf die vigilanten Bewältigungsstrategien im mittleren Skalenbereich. Hingegen zeigen sie in bezug auf die kognitiv vermeidenden Bewältigungsstrategien einen deutlich höheren Mittelwert. Die befragten Patienten neigen also eher dazu, sich von bedrohungsbezogenen Hinweisreizen, in diesem Falle vom bevorstehenden Eingriff, abzuwenden. So soll eine emotionale Erregung vermieden werden, die nur schlecht toleriert werden würde.

7.6.2 Beziehungen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und dem Angsbewältigungs-Inventar

Alter

Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen den vom ABI erfaßten Bewältigungsstrategien und dem Alter (vgl. Tabelle 7.17).

Tabelle 7.17 Angsbewältigungs-Inventar und Alter (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman)

	Vigilante Bewältigungsstrategien	Kognitiv vermeidende Bewältigungsstrategien
Alter	r = 0,05 n.s.	r = 0,09 n.s.

Geschlecht

Ob es Unterschiede zwischen Männer und Frauen bezüglich vigilanter und kognitiv vermeidenden Bewältigungsstrategien gibt, wird in Tabelle 7.18 gezeigt.

Tabelle 7.18 Angstbewältigungs-Inventar und Geschlecht (t-Test für unabhängige Stichproben)

	Männer (n=79)		Frauen (n= 19)		df	p
	M	SD	M	SD		
Vigilante Bewältigungsstrategien	4,06	1,83	4,89	1,79	96	n.s.
Kognitiv vermeidende Bewältigungsstrategien	7,25	1,60	6,82	1,74	96	n.s.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in der von ihnen angegebenen Bewältigungsstrategien.

Familienstand/ Schulabschluß

Im Hinblick auf die Bewältigungsstrategien zeigen sich bezogen auf Familienstand und Schulabschluß keine signifikanten Unterschiede (H-Test nach Kruskal und Wallis).

7.6.2.1 Unterschiedsprüfung zwischen den vier nach der Angstbewältigung gebildeten Gruppen auf den FKV-Skalen

Wie bereits angesprochen, ist das Angstbewältigungs-Inventar unterteilt in Fragen, die sich auf vigilante Bewältigungsstrategien beziehen, und andere, die sich auf Bewältigungsstrategien der kognitiven Vermeidung beziehen (vgl. 7.5.2).

Anhand des Medians (Median-split) wurde in der Beantwortung der Fragen eine Unterscheidung zwischen hoch und niedrig vigilant bzw. zwischen hoch und niedrig kognitiv vermeidend vorgenommen. Entsprechend dieser Unterscheidung wurden die Patienten, wie in Tab. 7.19 dargestellt, vier Gruppen zugeordnet.

Tabelle 7.19 Einteilung der Patienten (n=98) im Hinblick auf die Angstbewältigung (niedrig= Werte<= Median, hoch= Werte>Median)

Gruppe		Bewältigungsstrategien		n	%
		Vigilante	Kognitiv vermeidende		
1	Ängstliche Patienten	hoch	hoch	22	19,5
2	Sensitizer	hoch	niedrig	19	16,8
3	Represser	niedrig	hoch	27	23,9
4	Nicht defensive Patienten	niedrig	niedrig	30	26,5

Es wurde nun untersucht, inwieweit sich die einzelnen Gruppen in Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung unterscheiden.

Tabelle 7.20 Selbst- bzw. Interviewereinschätzung der FKV-Skalen und Angstbewältigung (Gruppe 1= ängstliche Patienten, Gruppe 2= Sensitizer, Gruppe 3= Repressor, Gruppe 4= nicht defensive Patienten), (einfaktorielle ANOVA)

	Gruppe 1 n= 22		Gruppe 2 n= 19		Gruppe 3 n= 27		Gruppe 4 n= 30		p<	df
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
Depr. Verarb. Patient	1,82	0,79	2,32	0,80	1,55	0,52	1,75	0,62	0.05	97
Interviewer	1,64	0,51	2,19	0,78	2,00	0,77	2,03	0,64	n.s.	97
Ak.p.Coping Patient	3,13	0,94	3,26	0,63	2,96	0,78	3,02	0,89	n.s.	97
Interviewer	2,77	0,81	2,88	0,62	2,80	0,78	2,74	0,84	n.s.	97
Bag. u. Wun. Patient	1,83	0,80	2,19	0,96	1,67	0,72	1,72	0,74	n.s.	97
Interviewer	1,61	0,63	1,75	0,53	2,23	0,97	2,19	0,77	0.01	97

Es gibt zwischen den vier nach dem Angstbewältigungs-Inventar eingeteilten Gruppen einen signifikanten Unterschied in Hinblick auf die depressive Verarbeitung

(Selbsteinschätzung). Die Gruppe der sogenannten Sensitizer schätzt sich deutlich depressiver ein als der Rest der Befragten.

Einen weiteren signifikanten Unterschied gibt es im Hinblick auf die Bagatellisierung und das Wunschdenken. Nach Einschätzung der Interviewer wird diese Form der Verarbeitung am stärksten von der Gruppe der Represser eingesetzt.

7.7 Kognitives Vermeiden und Krankheitsverarbeitung

Die vierte Hypothese H 4 lautet:

Je mehr ein Patient zum kognitiven Vermeiden neigt, desto eher wählt er aktive Bewältigungsstrategien.

7.7.1 Korrelation zwischen Angstbewältigungs-Inventar-Skalen und FKV-Skalen

In Tabelle 7.21 sind die Ergebnisse der Zusammenhangsprüfung zwischen den vom ABI erfaßten Bewältigungsstrategien der Patienten und den FKV- Skalen aufgeführt.

*Tabelle 7.21 Selbst- und Interviewereinschätzung der FKV-Skalen und Angstbewältigungsstrategie (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman), *=p<.05, **=p<.01, ***=p<.001*

	Vigilante Bewältigungsstrategien	Kognitiv vermeidende Bewältigungsstrategien
Aktives problemorientiertes Coping Patient Interviewer	r = 0,18 n.s. r = 0,10 n.s.	r = -0,07 n.s. r = -0,08 n.s.
Depressive Verarbeitung Patient Interviewer	r = 0,27** r = -0,06 n.s.	r = -0,24* r = -0,19 n.s.

Zwischen den kognitiv vermeidenden Bewältigungsstrategien und dem aktiven problemorientierten Coping zeigt sich in der Selbst- und in der Fremdeinschätzung kein signifikanter Zusammenhang. Die Hypothese wird nicht bestätigt. Jedoch besteht zwischen den kognitiv vermeidenden Strategien und der depressiven Verarbeitungsform

ein schwacher, gegenläufiger Zusammenhang, der in der Einschätzung durch den Patienten signifikant ist. Je mehr die Angst durch kognitiv vermeidende Strategien bewältigt wird, desto weniger wird eine depressive Form der Krankheitsverarbeitung gewählt. Zwischen den vigilanten Bewältigungsstrategien und der Skala der „depressiven Verarbeitung“ besteht in der Einschätzung durch den Patienten ein positiver, signifikanter Zusammenhang.

7.8 Kognitives Vermeiden und Depressivität

Die fünfte Hypothese H 5 lautet:

Je mehr ein Patient zum kognitiven Vermeiden neigt, desto weniger depressiv ist er.

7.8.1 Korrelation zwischen Angstbewältigungsinventar und Depressivitätsskala des Scl-90-R

In Tabelle 7.22 wird aufgeführt, ob ein Zusammenhang zwischen der Wahl von vigilanten Bewältigungsstrategien und einer depressiven Krankheitsverarbeitung besteht.

*Tabelle 7.22 Angstbewältigungsstrategien und Depressivitätsskala (SCL-90-R) (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman), *= $p < .05$, **= $p < .01$, ***= $p < .001$*

	Depressivitätsskala (SCL-90-R)
Vigilante Bewältigungsstrategien	$r = 0,25^*$
Kognitiv vermeidende Bewältigungsstrategien	$r = -0,21^*$

Im Hinblick auf die kognitiv vermeidenden Bewältigungsstrategien zeigt sich ein schwacher, gegenläufiger Zusammenhang mit der Depressivität der befragten Patienten. Patienten, die diese Form der Angstbewältigungsstrategien bevorzugt einsetzen, sind auch weniger depressiv. Die Hypothese wird somit bestätigt.

Es zeigt sich weiter ein schwacher, positiver Zusammenhang zwischen der Wahl von vigilanten Bewältigungsstrategien und der Depressivität der befragten Patienten. Je mehr

ein Patient vigilante Strategien zur Bewältigung seiner Angst einsetzt, desto depressiver ist er.

7.8.2 Unterschiedsprüfung zwischen den vier nach der Angstbewältigung gebildeten Gruppen auf der Depressivitätsskala

Ob es Unterschiede zwischen den vier Gruppen der Angstbewältigung (vgl. 7.5.2) im Hinblick auf die Depressivität gibt, soll in folgender Tabelle gezeigt werden.

Tabelle 7.23 Angstbewältigung und Depressivität (Gruppe 1= ängstliche Patienten, Gruppe 2= Sensitizer, Gruppe 3= Represser, Gruppe 4= nicht defensive Patienten), (einfaktorielle ANOVA)

	Gruppe 1 n= 22		Gruppe 2 n= 18		Gruppe 3 n= 27		Gruppe 4 n= 25		p<	df
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
Depressivitätsskala (SCL-90-R)	7,73	7,65	12,56	6,17	7,26	6,94	6,12	5,68	0.05	91

Bei den befragten Patienten besteht innerhalb der vier Gruppen der Angstbewältigung ein signifikanter Unterschied im Hinblick auf ihre Depressivität.

Die sogenannten Sensitizer (Gruppe 2) weisen einen deutlich höheren Wert auf der Depressivitätsskala auf als die ängstlichen Patienten (Gruppe 1), die Represser (Gruppe 3) und die nicht defensiven Patienten (Gruppe 4).

7.9 Angst und Informationsbedürfnis der Patienten

Die sechste Hypothese H 6 lautet:

Mit zunehmender Ängstlichkeit der Patienten steigt das Informationsbedürfnis.

7.9.1 Fragebogen zum Informationsbedürfnis der Patienten

7.9.1.1 Statistische Kennwerte

Es soll zunächst die deskriptive Statistik der Einzelitems Infowunsch 1 („Ich bin über den bevorstehenden medizinischen Eingriff informiert.“), Infowunsch 2 („Ich möchte gerne

mehr über den bevorstehenden medizinischen Eingriff erfahren.“) und Infowunsch 3 („Wenn ich mehr weiß, macht es mich nur nervös.“) dargestellt werden.

Die Antwortskala war in fünf Stufen unterteilt, wobei der Wert 1 der Aussage „nicht“ und der Wert 5 der Aussage „sehr“ entsprach.

Tabelle 7.24 Fragebogen zum Informationsbedürfnis: Infowunsch1: „Ich bin über den bevorstehenden medizinischen Eingriff informiert.“ Infowunsch2: „Ich möchte gerne mehr über den bevorstehenden medizinischen Eingriff erfahren.“ Infowunsch 3: „Wenn ich mehr weiß, macht es mich nur nervös.“

	n	M	SD	Median	Min	Max
Infowunsch 1	106	4,26	0,69	4,00	2	5
Infowunsch 2	106	1,5	1,08	1,0	1	5
Infowunsch 3	106	2,45	1,53	2,00	1	5

In der untersuchten Stichprobe zeigt sich, daß die Patienten nach ihrer Einschätzung überwiegend gut über den bevorstehenden Eingriff informiert waren. Sie hatten kaum das Bedürfnis, mehr über die Untersuchung zu erfahren. Die Behauptung, mehr Wissen führe zu Nervosität, wird im Durchschnitt weniger ablehnend beantwortet.

7.9.1.2 Beziehungen zwischen soziodemographischen Merkmalen und Informationsbedürfnis

Alter

Tabelle 7.25 Informationsbedürfnis und Alter Infowunsch1: „Ich bin über den bevorstehenden medizinischen Eingriff informiert.“, Infowunsch2: „Ich möchte gerne mehr über den bevorstehenden medizinischen Eingriff erfahren.“ Infowunsch 3: „Wenn ich mehr weiß, macht es mich nur nervös.“ (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman)

	Infowunsch 1	Infowunsch 2	Infowunsch 3
Alter	r = 0,18 n.s.	r = -0,10 n.s.	r = -0,00 n.s.

Es zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Informationsbedürfnis der Patienten und dem Alter.

Geschlecht

Es wurde kein signifikanter Unterschied in der Stichprobe zwischen Männern und Frauen in bezug auf das Informationsbedürfnis gefunden (U-Test nach Mann-Whitney).

Familienstand/ Schulabschluß

Das Informationsbedürfnis der befragten Patienten ist je nach Familienstand bzw. je nach Schulabschluß nicht signifikant unterschiedlich (H-Test nach Kruskal und Wallis).

7.9.1.3 Korrelation zwischen Informationsbedürfnis und Angst der Patienten (STAI)

Es sollte herausgefunden werden, ob für die für die Hypothese relevanten Fragen zum Informationsbedürfnis der Patienten ein Zusammenhang mit ihrer Angst besteht.

*Tabelle 7.26 Informationsbedürfnis und Angst (STAI) (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman) Infowunsch2: „Ich möchte gerne mehr über den bevorstehenden medizinischen Eingriff erfahren. Infowunsch 3: „Wenn ich mehr weiß, macht es mich nur nervös.“, *= $p < .05$, **= $p < .01$, ***= $p < .001$*

	Infowunsch 2	Infowunsch 3
dispositionelle Angst	r = 0,32*	r = 0,32*
situative Angst	r = 0,22*	r = 0,26**

Je ängstlicher die Patienten sind (sowohl dispositionell, als auch situativ), um so mehr wollen Patienten auch über den bevorstehenden medizinischen Eingriff erfahren. An dieser Stelle bestätigt sich die aufgestellte Hypothese.

Es zeigt sich weiter, je ängstlicher die Patienten am Vorabend der PTCA und dispositionell sind, desto nervöser würden sie durch weitere Informationen über den bevorstehenden Eingriff gestimmt. Dies erscheint zunächst widersprüchlich. Jedoch schließt die eine Aussage des Korrelationsergebnisses die andere nicht aus.

Es kann zu einer Art Zwiespalt kommen. Auf der einen Seite wollen die Patienten, je ängstlicher sie sind umso mehr Aufklärung und Information haben, auf der anderen Seite werden sie dadurch nervöser.

8 Diskussion

Die vorliegende Arbeit ist eine Querschnittsstudie. Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit wurden am Abend vor einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) interviewt. Ziel war es, die Bewältigungsmuster der befragten Patienten zu untersuchen. Weiter sollte herausgearbeitet werden, ob Zusammenhänge zwischen Emotionen und bestimmten Krankheitsbewältigungsmodi bestehen. Es wurde die Frage formuliert, ob ängstliche und depressive Patienten einen weniger aktiven Bewältigungsstil haben als Patienten, die weniger ängstlich und depressiv sind. Außerdem wurde untersucht, welche Rolle der Wunsch nach mehr Informationen über den bevorstehenden Eingriff bei den befragten Patienten spielt.

8.1 Methodische Einschränkungen

Bevor die Ergebnisse im einzelnen diskutiert werden, sollen methodische Einschränkungen erörtert werden.

8.1.1 Patientenauswahl

Die Teilnehmer der untersuchten Stichprobe bildeten eine relativ homogene Gruppe. Der größte Teil der Patienten waren Männer, die im Schnitt 63 Jahre alt waren. Die Teilnehmer waren überwiegend verheiratet und hatten die Schule mit dem Hauptschulabschluß beendet. In einer Untersuchung von Salm und Gottwik (1980) wurde festgestellt, daß Patienten, die die Untersuchung noch nicht „am eigenen Leib“ erfahren hatten, anfälliger für psychische Auffälligkeiten waren. Es zeigte sich, daß „erfahrene Patienten“ sich durch mehr Konzentration und Anteilnahme und bessere Laune sowie eine eher vigilante Art der Angstverarbeitung auszeichneten. Im Gegensatz dazu versuchen „Neulinge“, die Auseinandersetzung mit den bedrohlichen Aspekten ihrer Krankheit eher zu vermeiden und sich zurückzuziehen. Die befragten Patienten hatten sich schon einer Koronarangiographie unterzogen. So war ihnen der Vorgang der bevorstehenden PTCA weitgehend bekannt. Es muß somit berücksichtigt werden, daß das Wissen über den Eingriff möglicherweise Einfluß nimmt auf die Emotionen wie der Angst. Die befragten Patienten reagieren darauf jedoch weitgehend einheitlich. Die

Stichprobe spiegelt in ihrer Homogenität sicherlich einen Großteil der gesamten KHK-Patienten wider. Seltener muß sich ein Patient im Rahmen eines kardialen Erstereignisses notfallmäßig einer Intervention, z.B. PTCA, am Herzen stellen.

8.1.2 Rahmen

In einer Studie von Jordan und Kocher (1988), in der Patienten zu ihrem Erleben der transluminalen Koronarangioplastie befragt wurden, konnte beobachtet werden, daß Kontakte zwischen den Patienten großen Einfluß auf die individuellen Copingmechanismen hatten. Derartige Kontakte entziehen sich aber meistens der Kenntnis der betreuenden Ärzte und der psychosozialen Forscher und sind somit nicht zu objektivieren.

8.1.3 Meßzeitpunkt

Mit der vorliegenden Arbeit soll mittels einer Querschnittsstudie beschrieben werden, welche Bewältigungsmuster zu einem bestimmten Zeitpunkt in einem Patientenkollektiv anzutreffen sind. Somit wird in dieser Arbeit der Schwerpunkt nicht auf die Erfassung der Bewältigungsmuster in ihrer Prozeßhaftigkeit und so in der möglichen Wandlungsfähigkeit gelegt. Krohne (1992) postuliert, daß die Untersuchungsergebnisse deutlich durch den Meßzeitpunkt beeinflußt werden. Dabei bestünde die Gefahr, Korrelationen irrtümlicher Weise als Kausalitäten zu interpretieren. Dies könnte bedeuten, daß man Schlüsse, die aus gefundenen Korrelationen der vorliegenden Arbeit gezogen werden, nicht bestätigen könnte, wären die Daten zu einem anderen Zeitpunkt erhoben worden. Die jeweiligen Ergebnisse sind also streng im Zusammenhang mit den vorgegebenen Rahmenbedingungen zu interpretieren.

8.1.4 Antworttendenzen

Es bleibt zu berücksichtigen, daß die soziale Erwünschtheit der Bewältigungsreaktion bei der Beantwortung der Fragen eine gewisse Rolle spielt. Faller (1995) stellte bei einer Untersuchung fest, daß Befragte dazu neigen, Bewältigungsformen, die im allgemeinen als günstig und erwünscht angesehen werden, beim Ausfüllen eines Fragebogen deutlich häufiger zu nennen, als Bewältigungsformen, die ungünstige und/oder unerwünschte Verhaltensweisen widerspiegeln.

8.2 Krankheitsverarbeitungsformen

Mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung wurden die Bewältigungsmuster bei einer Stichprobe von Patienten mit koronarer Herzkrankheit am Vorabend einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) untersucht. Der Fragebogen wurde vom Patienten und vom Interviewer unabhängig voneinander ausgefüllt.

Dabei nimmt in der Einschätzung der Patienten und der Interviewer die aktive problemorientierte Krankheitsbewältigungsform den größten Stellenwert ein. An zweiter und dritter Stelle stehen aus der Sicht des Patienten die Skalen „Religiosität und Sinnsuche“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“. Die „depressive Verarbeitung“ hingegen nimmt einen deutlich geringeren Stellenwert ein. Es muß bei der Beurteilung der Ergebnisse beachtet werden, daß schon allein im Ausfüllen der Fragebögen eine aktive Handlung der psychischen Verarbeitung gesehen werden kann (Jordan 1991).

Chiou et al. (1997) untersuchte ebenfalls KHK-Patienten und fand als häufigsten und am effektivsten beurteilten Copingstil das optimistische Coping. Die Patienten versuchten durch positives Denken und mit einem optimistischen Blick in die Zukunft mit ihrer Erkrankung umzugehen. Am wenigsten in Anspruch genommen und auch am wenigsten effektiv war eine Copingform, die als emotionsorientiert zusammengefaßt wurde. In einer Studie von Jordan und Kocher (1988), in der Patienten zu ihrem Erleben der transluminalen Koronarangioplastie befragt wurden, können folgende Copingmechanismen am häufigsten beobachtet werden: Angstvermeidung bzw. -reduzierung mittels Intellektualisierung, Bagatellisierung, Verleugnung, Technikorientierung, Zukunftsplanung, Identifikation mit behandelnden Ärzten. Auch diese Faktoren weisen große Parallelen mit dem von Lazarus und Folkman (1984) formulierten „problem focused coping“ auf. In einer von Muthny (1988) durchgeführten Untersuchung, in der Dialyse- und Herzinfarktpatienten zur Verarbeitung der Diagnosemitteilung bzw. des Erkrankungsbeginns befragt wurden, war ebenfalls das aktive Coping meist gewählter Krankheitsverarbeitungsstil. Es stellt sich die Frage, inwieweit sich die Einschätzung des Bewältigungsmodus bzw. der Krankheitsverarbeitung von Patient und eines Außenstehenden, z.B. der Interviewer, unterscheiden. Die Krankheitsbewältigungsmodi wurden mit dem Freiburger Fragebogen

zur Krankheitsverarbeitung (FKV) erfaßt. Zugrunde lag an dieser Stelle folgende Hypothese (H1): Patienten schätzen ihre Krankheitsverarbeitung günstiger ein als die Interviewer. Wie bereits erwähnt, nimmt das „aktive Coping“ bei der untersuchten Stichprobe übereinstimmend in der Einschätzung der Patienten und der Interviewer den größten Stellenwert ein. Bemerkenswert ist, daß dennoch ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung vorliegt: Die Patienten beurteilen ihr Coping aktiver als die Interviewer. Auch die Skalen „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Religiosität und Sinnsuche“ nehmen einen signifikant größeren Stellenwert ein als beim Interviewer. Keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Einschätzungen ergeben sich aus den Skalen „depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschenken“. Wird die Krankheitsverarbeitung einer gewissen Wertung unterzogen und das aktive Coping als positiv und vorteilhaft, die depressive Verarbeitung als nachteilige Bewältigung beurteilt, so wird die Hypothese bestätigt, daß die Patienten ihre Krankheitsverarbeitung günstiger einschätzen als die Interviewer. Auch andere Studien zeigten, daß Patienten selbst ihr Bewältigungsverhalten positiver einschätzen als Außenstehende und die Krankheitsverarbeitungsform „aktives Coping“ von anderen in geringerem Maße wahrgenommen wird als vom Kranken selbst (Faller et al. 1992; 1994; 1995; 1999). Insgesamt ist dies ein positives Ergebnis. Die Krankheitsverarbeitung wird von den Patienten und von den Interviewer überwiegend günstig eingestuft. Die Tatsache, daß der Unterschied in der Einschätzung dennoch signifikant ist, zeigt, daß die Patienten ihre Situation vorteilhafter gestalten als von Außenstehenden angenommen. Es muß jedoch berücksichtigt werden, daß möglicherweise die Patienten bei der Bearbeitung der Fragebögen, bewußt oder unbewußt, dem Druck der sozialen Erwünschtheit nachgegeben haben (vgl. 8.1.4).

Im Folgenden wird aufgeführt, welchen Einfluß soziodemographische Faktoren auf die Krankheitsverarbeitung nehmen:

In einigen Untersuchungen wurde bereits beobachtet, daß Frauen eher einen emotional orientierten Bewältigungsstil zeigen als Männer (Folkman u. Lazarus 1980, Jordan 1991). In der vorliegenden Studie besteht ein signifikanter Unterschied in der Krankheitsverarbeitung zwischen den Geschlechtern. Die Frauen der untersuchten Stichprobe stufen ihre Verarbeitung deutlich depressiver ein als die Männer. Zu diesem

Ergebnis kommen auch Holahan et al. (1995). Bei den von ihnen untersuchten KHK-Patienten zeigten Frauen signifikant häufiger eine depressive Verstimmung und depressive Charakterzüge als Männer. Unterschiede erwiesen sich auch bei der Einschätzung des aktiven problemorientierten Copings sowohl durch die Interviewer als auch durch die Patienten selbst. Männer schätzen sich in ihrer Krankheitsverarbeitung aktiver ein als Frauen. Zu diesem Ergebnis kommt auch Muthny (1988). Entsprechend des Geschlechtstereotyps geben Männer mehr aktives Problemlösungsverhalten an als Frauen. Ein Unterschied zwischen den Gruppen des Schulabschlusses bei der Krankheitsverarbeitung kann in der Einschätzung durch den Interviewer im aktiven problemorientierten Coping beobachtet werden. Nickel et al. (1990) untersuchten Patienten, die einen Myokardinfarkt durchgemacht hatten. Festgestellt wurde, daß ältere Studienteilnehmer ein niedrigeres Angst- und Depressionsniveau hatten als jüngere. Bei der vorliegenden Arbeit wurde kein nennenswerter Zusammenhang im Hinblick auf Bewältigungsformen mit Alter und auch nicht mit dem Familienstand gefunden.

Davies-Osterkamp und Salm (1988) fassen die Motivationsgründe zur Erforschung der unterschiedlichen Krankheitsverarbeitungsformen zusammen (vgl. Kapitel 3) und zeigen auf, daß es dabei auch um die Frage gehen kann, ob es Zusammenhänge zwischen spezifischen Bewältigungsmechanismen und spezifischen Emotionen gibt. Diesem Aspekt wurde mit der Frage nachgegangen, ob ängstliche und depressive Patienten einen weniger aktiven Bewältigungsstil haben als Patienten, die weniger ängstlich und depressiv sind. Die Ängstlichkeit der Patienten wurde durch das State-Trait-Angstinventar (STAI) erfaßt. Wir postulierten, daß der Patient mit steigender Ängstlichkeit eher eine depressive als eine aktive Bewältigungsstrategie wählt (H2).

Die meisten Patienten der Stichprobe zeigten ein insgesamt niedriges Angstniveau. Auch Jordan (1991), der ebenfalls Patienten in Hinblick auf ihre psychische Verarbeitung einer PTCA untersuchte, stellte ein niedriges Angstniveau fest. Seine Ergebnisse vom Tag vor der PTCA sprechen für eine hohe emotionale Selbstkontrolle. Die von Chiou et al. (1997) untersuchten Infarktpatienten zeigten ebenfalls ein niedriges Angstniveau.

Nach Einschätzung der Patienten zeichnet sich in der vorliegenden Arbeit ab, daß bei zunehmender Wahl einer depressiven Krankheitsverarbeitung die generelle Angst ansteigt. Auch für die situative Angst zeigt sich sowohl in der Selbst- als auch in der

Interviewereinschätzung ein Zusammenhang mit der Wahl einer depressiven Bewältigungsstrategie. Auch hier gilt, mit steigender situativer Angst wird eine depressive Krankheitsverarbeitungsform vermehrt angewandt. Die Hypothese trifft somit im Hinblick auf die depressive Verarbeitungsform zu. In den vorliegenden Ergebnissen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen depressiver Verarbeitung und der Angst der Patienten. Dies läßt jedoch keine Schlußfolgerungen zu, ob nun die Emotion, hier die Angst, etwa Folge der Krankheitsverarbeitung ist, oder ob durch die bestehende Angst der Patient zur Depression neigt und somit zu einer depressiven Verarbeitungsform.

Bei der Wahl eines aktiven Bewältigungsmodus bestanden keine Zusammenhänge mit der situativen und der generellen Angst. Berücksichtigt werden muß hierbei, daß möglicherweise durch die Bearbeitung der Fragebögen Einfluß auf die Angst der Patienten genommen wird und die situative Angst dadurch verändert sein kann (Dalbert et al. 1991).

Chiou et al. (1997) konnten bei ihrer Untersuchung von KHK-Patienten hingegen zeigen, daß mit eingesetzten effektiven Copingformen, in diesem Falle optimistische Copingformen, das Niveau von Angst und Depression niedriger ist.

Neben der Angst wurde weiter das Vorhandensein von Depression der Patienten in Zusammenhang mit ihrer Krankheitsverarbeitung untersucht. Als Meßinstrument diente die Depressivitätsskala aus der Symptom-Checkliste, Scl-90-R. Es ist davon auszugehen, daß es letztlich eine Frage der Interpretation ist, ob man einen Menschen in seinem Umgang mit seiner Krankheit als depressiv beschreibt oder aber von einer depressiven Form der Krankheitsverarbeitung spricht. Eine klare Abgrenzung zwischen depressiver Verstimmung und depressiver Verarbeitung ist nicht möglich. Die Definitionen fließen ineinander über. Wir postulierten, daß mit steigender Depressivität eher eine depressive und weniger eine aktive Bewältigungsstrategie anzutreffen ist (H3).

Bei der untersuchten Stichprobe zeigte sich für die Depressivitätsskala ein gemittelter Summenwert von 7,81 bei einer SD von 6,77. Der Summenwert liegt im unteren Viertel der zu erreichenden Werte. Als transformierter T-Wert entspricht er einem Wert von 58 für die Gesamtstichprobe. Damit liegt der Mittelwert im Normbereich und zeigt somit für die überwiegende Patientenzahl keine psychische Belastung an. Es muß der sogenannte

Skalenwert ermittelt werden, um einen Vergleich mit den ermittelten Daten ermöglichen zu können. Der Skalenwert wird berechnet, indem man den Summenwert durch die Anzahl der Items der entsprechenden Skala teilt. Für die vorliegende Studie findet sich so ein Skalenwert der Depressivitätsskala von 0,60. Im Vergleich zu einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe (Skalenwert= 0,4) geben die befragten Patienten eine stärkere Belastung durch depressive Verstimmung an. Im Vergleich zu HIV-Patienten (Skalenwert= 0,75), Psychotherapiepatienten (Skalenwert= 1,1) und psychiatrischen Ambulanzpatienten (Skalenwert= 1,25) wird jedoch eine geringere Belastung durch depressive Verarbeitung gesehen (Scheidt et al. 1998).

Wird die Depressivitätsskala mit der Skala zur depressiven Verarbeitung korreliert, besteht ein signifikanter Zusammenhang sowohl in der Einschätzung des Patienten als auch des Interviewers. Mit steigender Depressivität wählen Patienten eher eine depressive Verarbeitungsform. Dies würde bestätigen, daß keine eindeutige Trennung zwischen Emotionen und Copingformen im Hinblick auf Depression möglich ist. Daraus kann nicht geschlossen werden, daß die depressive Verstimmung die depressive Verarbeitung bedingt oder umgekehrt, sondern Emotion und Coping sind so eng miteinander verbunden, daß das eine das andere bedingt. Es besteht das sogenannte Problem der Zirkularität (Faller 1994).

Zwischen Depressivitätsskala und aktivem Coping findet sich sowohl in der Selbst- als auch in der Interviewereinschätzung ein schwacher, signifikanter Zusammenhang. Entgegen der formulierten Erwartung ist der Zusammenhang jedoch positiv. Für unsere Stichprobe würde somit gelten, daß mit steigender Depressivität der Patient auch eher einen aktiv problemorientierten Bewältigungsform wählt. Holahan et al. (1995) kommen jedoch zu dem Ergebnis, daß bei aktiver Anpassung an die gegebene Situation depressive Symptome seltener auftreten.

Die vorliegende Stichprobe wurde nach den Streßbewältigungsmodi nach Krohne in vier Gruppen aufgeteilt und die Krankheitsbewältigung untersucht. Eine hohe Ausprägung an kognitiv vermeidenden Strategien und an vigilanten Strategien ergab die Gruppe der Ängstlichen. Die Sensitizer zeigten eine niedrige Ausprägung an kognitiv vermeidenden und eine hohe an vigilanten Strategien. Ebenso wurde eine niedrige Ausprägung an vigilanten, jedoch eine hohe Ausprägung an kognitiv vermeidenden Strategien in der

Gruppe der Represser vorgefunden. Eine niedrige Ausprägung sowohl an kognitiv vermeidenden als auch an vigilanten Strategien äußerten die Nichtdefensiven. In der Einschätzung der Patienten waren die Sensitizer die Gruppe, die sich in ihrer Verarbeitung deutlich depressiver einschätzten als die anderen Patienten. Die Patienten waren depressiv verstimmt, was auch zur gleichgerichteten Einschätzung der Verarbeitung führte.

Nach wie vor besteht ein Problem, herauszufinden, welchen Stellenwert Angst und Verleugnung einnehmen (Faller et al. 1994). Unberücksichtigt bleibt, ob kognitives Vermeiden als Emotion oder Copingmodalität eingeordnet wird. Es beinhaltet die Abwendung von aversiven Hinweisreizen. Es kommt darauf an, durch die Bewältigungsmechanismen eine emotionale Erregung zu vermeiden (Krohne 1992). Es wurde untersucht, ob zwischen dem kognitiven Vermeiden und der aktiven Krankheitserarbeitung ein signifikanter Zusammenhang besteht. Wir postulierten, daß je mehr ein Patient zum kognitiven Vermeiden neigt, der Patient auch umso eher eine aktive Bewältigungsstrategie wählt (H4).

Es konnte jedoch weder in der Selbst- noch in der Interviewereinschätzung ein Zusammenhang gefunden werden. Zwischen kognitiver Vermeidung und depressiver Verarbeitung konnte ein schwacher, gegenläufiger Zusammenhang festgestellt werden: Je mehr die Angst durch kognitive Vermeidungsstrategien bewältigt wird, desto weniger wird eine depressive Form der Verarbeitung gewählt.

Als weitere Erwartung wurde formuliert: Je mehr ein Patient zum kognitiven Vermeiden neigt, desto weniger depressiv ist er (H5). Dies konnte bestätigt werden. Der Zusammenhang zwischen kognitiver Vermeidung und Depressivität ist schwach und gegenläufig. Bestätigend wurde im Zusammenhang mit der depressiven Verarbeitung dasselbe Ergebnis gefunden. Ein schwach positiver Zusammenhang zeigt sich zwischen vigilanten Strategien zur Angstbewältigung und Depressivität. Je mehr ein Patient vigilante Strategien zur Angstbewältigung einsetzt, desto depressiver ist er. Bei der vigilanten Verarbeitung soll durch Aufnahme und Verarbeitung bedrohlich erscheinender Hinweisreize ein Gefühl der Unsicherheit vermieden werden.

Van Elderen et al. (1999) untersuchten die Beziehungen zwischen Krankheitsbewältigungsmodi auf der einen Seite und Ängstlichkeit, Depressivität und „well-being“ auf der anderen Seite. Die Untersuchungen erfolgten sowohl im Rahmen von Querschnittsstudien als auch in Längsschnittstudien (Meßzeitpunkt T1=1 Monat, T2= 3 Monate und T3= 12 Monate nach einem kardialen Ereignis). Die Querschnittsstudie, die den Zusammenhang zwischen Annäherung und Depressivität untersucht, zeigt zu allen drei Meßzeitpunkten positive Zusammenhänge. Dies läßt darauf schließen, daß Annäherungsstrategien mit einem hohen Grad an Depressivität einhergehen. Es zeigt sich ein einheitliches Bild mit der vorliegenden Studie. Positive Zusammenhänge zeigten sich zwischen der Anwendung von Annäherungsstrategien und ein verstärktes Gefühl von Ängstlichkeit in der durchgeführten Querschnittsstudie. Negative Querschnittsstudienergebnisse zeigten sich nur zum Zeitpunkt T1 zwischen Vermeidungsstrategien und Ängstlichkeit. Die Vermeidungsstrategien standen zum Zeitpunkt T1 mit einem geringeren Angstniveau in Zusammenhang.

Zur Prüfung einer weiteren Hypothese dienten der Fragebogen zum Informationsbedürfnis der Patienten und das State-Trait-Angstinventar (STAI). Es sollte die folgende Aussage geprüft werden: Mit steigender Ängstlichkeit des Patienten wird auch das Informationsbedürfnis größer (H6). In der vorliegenden Arbeit konnte festgestellt werden, daß Patienten, je ängstlicher sie sind, um so mehr über die PTCA wissen wollen. Dies gilt sowohl für die situative Angst vor dem Eingriff als auch für die dispositionelle Angst. Die formulierte Hypothese wird bestätigt. Es konnte weiter gezeigt werden, daß mit steigender Ängstlichkeit der Patienten auch die Nervosität bei weiteren Informationen über die PTCA zunimmt.

Von Shaw et al. (1986) wurde eine Untersuchung durchgeführt, in der Copingstil und Informationsbedürfnis in Zusammenhang miteinander gebracht wurden. Sie konnten zeigen, daß ein Mißverhältnis zwischen Copingstil und Informiertheit zu einem erhöhten Risiko späterer Komplikationen führt. Ein Mißverhältnis liegt dann vor, wenn ein sogenannter Represser viel Information, in diesem Fall über die bevorstehende PTCA, erfährt. Ein Represser kann mit schwierigen, belastenden Situationen besser umgehen, wenn er sich nicht mit genaueren Informationen befaßt. Bei einem Sensitizer werden im Gegensatz dazu ungünstige Bedingungen geschaffen, wenn diese nur wenig informiert

sind. Ein Sensitizer kann mit schwierigen, belastenden Situationen besser umgehen, wenn er möglichst viele Informationen darüber besitzt.

Wie sich zeigt, stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Studie zum Teil mit Ergebnissen vorangegangener Studien überein, weichen jedoch in manchen Punkten auch davon ab. Dies verdeutlicht die Komplexität von Krankheitsverarbeitungsprozessen.

Ergänzend folgt eine Anmerkung zur grundsätzlichen Anwendung von Fragebögen. Bei der vorliegenden Arbeit wurden ausschließlich die durch die Fragebögen erfaßten Daten ausgewertet. Das durchgeführte teilstrukturierte Interview wurde nicht berücksichtigt. Faller (1995) macht auf den sogenannten Reaktivitätseffekt aufmerksam. Dieser besagt, daß Fragebogenverfahren größere Häufigkeiten der angegebenen Copingverhaltensweisen erbringen. Beim Erfassen von Daten mittels Fragebögen werden weiter nur Aspekte erfaßt, die im Fragebogen auch angesprochen werden. Für den Fall, daß für den Patienten noch andere Aspekte von Bedeutung sind, fehlen diese bei der Erfassung. Auf der anderen Seite werden neue Gedanken und Bewältigungsmechanismen angesprochen, an die der Patient ohne Fragebögen vielleicht nicht gedacht hätte. Rüger et al. (1990) zeigen, daß Versuchspersonen Schwierigkeiten haben, „ihr eigenes Repertoire an Bewältigungsformen von jenem zu unterscheiden, das durch den Fragebogen vorgegeben wird.“ Die Anwendung von Fragebögen ist dennoch gerechtfertigt, da diese im Vergleich zum Interview eine größere Objektivität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleisten (Faller 1995).

Unter Berücksichtigung der Homogenität der Stichprobe, v.a. in bezug auf Alter und Geschlecht, kann insgesamt anhand der gefundenen Ergebnissen eine positive Bilanz gezogen werden. Als Bewältigungsmodus wurde überwiegend das „aktive Coping“ angetroffen. Auch zeigten die Patienten eine weitgehend ausgeglichene emotionale Verfassung. Das den KHK-Patienten häufig zugesprochene Angstgefühl liegt bei dieser Stichprobe auf einem sehr niedrigen Niveau. Dadurch entsteht der Eindruck, daß die Patienten in ihrer medizinischen Betreuung eine ausreichend gute psychologische Führung erfahren.

Das Vorkommen bestimmter Copingstile bei invasiven diagnostischen und therapeutischen Eingriffen muß jedoch weiter untersucht werden, um ein möglichst

vollständiges Bild zu erhalten und den Patienten in ihrer Betreuung gerecht werden zu können. Weitere Untersuchungen sollten Copingstile auch im Verlauf einer Erkrankung erfassen. Die Ergebnisse sind zu berücksichtigen und in der Kommunikation zwischen Patient und medizinischem Personal zu integrieren. Im Klinikalltag bedeutet dies, der Arzt-Patient-Begegnung einen größeren Stellenwert und mehr Zeit einzuräumen.

Abschließend sei erwähnt, daß die der Studie zugrunde liegenden Daten auch in weiteren Untersuchungen verwendet wurden. In diesen wurde unter anderem der Einfluß psychischer Bewältigungsmaßnahmen, wie Angst und Depression, auf den Verlauf der Erkrankung bei Ballonerweiterung beobachtet (Röckle, 1999). In einer weiteren Arbeit werden die Beziehungsstrukturen der KHK-Patienten untersucht. Es soll herausgefunden werden, ob sich ein vorherrschenden Persönlichkeitstyp im Zusammenhang mit der KHK darstellt.

9 Zusammenfassung

Die vorgestellte Arbeit ist eine Querschnittsstudie, deren Ziel es war, Bewältigungsmuster von Patienten darzulegen. Durch die Erfassung der Bewältigungsmodi soll ein besseres Verständnis der Patienten erzielt werden, um dadurch positiven Einfluß auf deren Umgang mit der Erkrankung nehmen zu können. Es wurden dabei Patienten untersucht, die vor einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) standen. Im Vordergrund der Untersuchung stand dabei der Zusammenhang zwischen Emotionen und bestimmten Krankheitsbewältigungsmodi.

Der überwiegende Anteil der 113 untersuchten Patienten war männlich mit einem Durchschnittsalter von 63 Jahren. Die Krankheitsverarbeitung der Patienten wurde anhand des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung untersucht, den sowohl Patient als auch Interviewer unabhängig voneinander ausfüllten. Zur Erfassung der Emotionen diente das State-Trait-Angstinventar (STAI) und die Skala zur „Depressivität“ der Symptom-Checkliste (SCL-90R). Weiter wurde ein eigens erstellter Fragebogen zum Informationsbedürfnis der Patienten angewandt. Vor der Behandlung waren die Patienten umfassend über den Ablauf und den damit verbundenen möglichen Risiken informiert worden.

Der statistischen Erhebung und ihrer Auswertung und Beurteilung ist ein theoretischer Teil vorangestellt. Dieser beschreibt zunächst das Krankheitsbild der koronaren Herzkrankheit (KHK) und die Indikationen und den Ablauf einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA). Weiter wird die Entwicklung der Copingforschung sowie der aktuelle Forschungsstand im Hinblick auf die vorliegende Arbeit dargestellt.

Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Beim Großteil der Teilnehmer fand sich ein aktiver Krankheitsbewältigungsmodus. Die Form der depressiven Verarbeitung nahm hingegen einen deutlich kleineren Stellenwert ein. Vergleichbare Ergebnisse fanden sich auch in weiteren Studien (Chiou et al. 1997, Jordan und Kocher 1988). Insgesamt wurde die Krankheitsverarbeitung durch die

Patienten selbst als aktiver eingeschätzt als durch den Interviewer. Bei der „depressiven Verarbeitung“ zeigten sich in den verschiedenen Einschätzungen keine Unterschiede.

Entsprechend des Geschlechtsstereotyps stuften die weiblichen Teilnehmer ihre Verarbeitung deutlich depressiver ein als die männlichen (vgl. Holahan et al. 1995, Muthny 1988). Beim Einfluß weiterer soziodemographischer Faktoren wie Alter, Schulbildung oder Familienstand konnten in dieser Arbeit keine nennenswerten Zusammenhänge im Hinblick auf die Bewältigungsform festgestellt werden.

Der Zusammenhang zwischen spezifischen Bewältigungsmechanismen und spezifischen Emotionen, insbesondere unter dem Aspekt der Frage, ob ängstliche und depressive Patienten eher einen depressiven und weniger einen aktiven Bewältigungsstil haben als weniger ängstlich und depressive Patienten, konnte in der vorgelegten Studie voll bestätigt werden. Es wurde ein positiver Zusammenhang zwischen depressiver Verarbeitung und situativer bzw. genereller Angst der Patienten festgestellt. Es muß jedoch weiterhin offen bleiben, ob die Emotionen nun die Art der Krankheitsbewältigung bestimmen oder aber ob die Art der Krankheitsbewältigung Einfluß auf die Emotionen nimmt. Signifikante Zusammenhänge zwischen der Angst der Patienten und einem aktiven Bewältigungsmodus konnten jedoch nicht gefunden werden. Zwischen der Depressivität der Patienten und einem aktiven Krankheitsbewältigungsmodus konnte ein schwach signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Entgegen der aufgestellten Erwartung war dieser jedoch positiv. Mit den gefundenen Ergebnissen konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Skala zur Erfassung der Depressivität der Patienten und einem depressiven Bewältigungsmodus bestätigt werden. Dieses Ergebnis muß aber unter dem Aspekt der Zirkularität gesehen werden. Eine klare Abgrenzung zwischen depressiver Verstimmung und depressiver Verarbeitung ist hierbei nicht möglich. Dies bedeutet, daß Emotion und Coping so eng miteinander verbunden sind, daß sie sich gegenseitig bedingen.

Zudem wurde die dargelegte Stichprobe auch nach den durch Krohne aufgestellten Streßbewältigungsmodi in vier Gruppen aufgeteilt und bezüglich der Krankheitsbewältigung untersucht. Besonders berücksichtigt wurde hierbei die kognitive Vermeidung. Die These jedoch, daß ein Patient, je eher er zum kognitiven Vermeiden neigt, auch um so eher eine aktive Bewältigungsstrategie wählt, konnte nicht bestätigt

werden. Anders war dies mit der Erwartung, daß ein Patient, je eher er zum kognitiven Vermeiden neigt, auch weniger depressiv ist. Der Zusammenhang zwischen kognitiver Vermeidung und der Depressivität der Patienten war gegenläufig. Dieses Ergebnis konnte auch bei der depressiven Verarbeitung gefunden werden.

Zuletzt wurden die Studienteilnehmer im Hinblick auf ihr Informationsbedürfnis in Zusammenhang mit ihrer Angst untersucht. Es wurde - die formulierte Erwartung bestätigend - ein positiver Zusammenhang gefunden. Umso ängstlicher die befragten Patienten sind, desto mehr wollen sie auch über den bevorstehenden Eingriff erfahren. Es konnte sogar gezeigt werden, daß je stärker die Angst der Patienten ist, desto nervöser machte sie jede weitere Information über die PTCA. Insgesamt konnten also einige der aufgeführten Studien durch die vorgelegte Arbeit bestätigt werden, andere jedoch nicht. Dies weist noch einmal auf die Komplexität von Krankheitsverarbeitungsprozessen hin.

Trotz dieser Schwierigkeiten, denen man sich als Forscher im Bereich des Coping stellen muß, ist immer wieder aufs Neue auf den außerordentlichen praktischen Nutzen dieser Forschungstätigkeit hinzuweisen, insofern sie auf der deskriptiven Ebene auf viele wichtige Phänomene aufmerksam macht und die am Prozeß beteiligten Personen somit sensibilisieren kann (Jordan 1991).

10 Literaturverzeichnis

1. Ahto, M., Isoaho, R., Puolijoki, H., Laippala, P., Romo, M., Kivela, S.: Coronary heart disease and depression in the elderly - a population-based study. *Family Practise*. 1997;14(6):436-45.
2. Beutel, M., Muthny, F.A.: Konzeptualisierung und klinische Erfassung von Krankheitsverarbeitung- Hintergrundtheorien, Methodenproblem und künftige Möglichkeiten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 1988;38(1):19-27.
3. Carney, R.M., Fremdland, K.E., Sheline, Y.I., Weiss, E.S.: Depression and Coronary Heart Disease: A Review for Cardiologists. *Clinical Cardiology*. 1997;20:196-200.
4. Chiou, A., Potempa, K., Buschmann, M.B.: Anxiety, depression and coping methods of hospitalized patients with myocardial infarction in Taiwan. *International journal of nursing studies*. 1997;34(4):305-11.
5. Dalbert, C., Strack, K., Boesken, W.H., Schwenkmezger, P.: Beeinflußt die Auseinandersetzung mit Bewältigungsverhalten das Angsterleben?. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*. 1991;XX(1):65-74.
6. Davies-Osterkamp, S., Salm, A.: Psychische Bewältigungsprozesse in kardiologischen Belastungssituationen. *Psychosoziale Kardiologie*, herausgegeben von Klapp, B.F., Dahme, B.. 1988.
7. Eaker, E.D., Pinsky, J., Castelli, W.P.: Myocardial infarction and coronary death among women: Psychosocial predictors from a 20-year follow-up of women in the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*. 1992;135(8):854-64.
8. van Elderen, T., Maes, S., Dusseldorp, E.: Coping with coronary heart disease: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999;47(2):175-83.
9. Faller, H.: Zur multimodalen Erfassung von Coping - Ein Vergleich von Interview und Fragebogen in Selbst- und Fremdeinschätzung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*. 1995;4:37-46.
10. Faller, H., Bulzebruck, H., Drings, P., Lang, H.: Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(8):756-62.

11. Faller, H., Lang, H., Schilling, S.: Subjektive Krankheitstheorie und Krankheitsverarbeitung bei Hirntumorpatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. Juni 1994;44(6):207-14.
12. Faller, H., Lang, H., Schilling, S., Wagner, J.: Krankheitsverarbeitung bei Bronchialkarzinom aus der Sicht der Patienten, ihrer Angehörigen und der Betreuer. Eine Fünf- Ebenen- Untersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 1992;42:322-31.
13. Faller,H., Schilling,S., Lang, H.: Verbessert Coping das emotionale Empfinden? Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung mit Bronchialkarzinompatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. Sept.-Okt. 1994;44(9-10):355-64.
14. Folkman, S., Lazarus, R.S.: An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*. 1980;21:219-39.
15. Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M.: Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *The Journal of the American Medical Association*. 1993;270:1819-25.
16. Glassman, A.H., Shapiro, P.A.: Depression and the Course of Coronary Artery Disease. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(1):4-11.
17. Gonzalez, M.B., Snyderman, T.B., Colket, J.T. Arias, R.M., Jiang, J.W. O'Connor, C.M., Krishnan, K.R.: Depression in patients with coronary artery disease. *Depression*. 1996;4(2):57-62.
18. Haines, A.P., Imeson, J.D., Meade, T.W.: Phobic anxiety and ischaemic heart disease. *British Medical Journal Clinical Research Ed.*. 1987;295(6593):297-99.
19. Hance, M., Carney, R.M., Freedland, K.E., Skala, J.: Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow-up. *General Hospital Psychiatry*. 1996;18:61-65.
20. Heim, E.: Krankheitsauslösung – Krankheitsverarbeitung. Heim, E., J. Willi (Hrsg.): *Psychosoziale Medizin – Gesundheit und Krankheit aus bio-psycho-sozialer Sicht*, Bd. 2: Klinik und Praxis. Springer, Berlin u.a.. 1986;343-90.
21. Heim, E.: Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. Sept.-Okt. 1998;48(9-10):321-37.

22. Hellige, G.: Koronare Herzkrankheit von A bis Z. Medikon Verlag München. 1996.
23. Hemingway, H., Marmot, M.: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*. 1999;318:1460-67.
24. Herold, G. et al. : *Innere Medizin*. 1999.
25. Holahan, C.J., Holahan, C.K., Moos, R.H., Brennan, P.L.: Social Support, Coping, and Depressive Symptoms in a Late-Middle-Aged Sample of Patients Reporting Cardiac Illness. *Health Psychology*. 1995;14(2):152-63.
26. Jordan, J: Zum Erleben und zur psychischen Bewältigung medizinischer Technologie am Beispiel der percutanen transluminalen Coronarangioplastie. VAS-Verlag, Frankfurt. 1991.
27. Jordan, J.: Erleben und psychische Bewältigung medizinischer Technologie. *Fortschritte in der Medizin*. 1993;111.Jg.(25):385-88.
28. Jordan, J., Kocher, K.: Zum Erleben der transluminalen Coronarangioplastie. *Jahrbuch der medizinischen Psychologie*. 1988:172-84.
29. Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E.B., Giovannucci, E., Stampfer, M.J., Willet, W.C.: Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation*. 1994;89(5):1992-97.
30. Krohne, H.W.: Streßbewältigung bei Operationen. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*. 1992.
31. Krohne, H.W., Kleemann, P.P., Hardt, J., Theisen, A.: Beziehungen zwischen Bewältigungsstrategien und präoperativen Streßreaktionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*. 1989;XVIII(4):350-64.
32. Krohne, H.W., Rogner J.: Repression-sensitization as a central construct in coping research. Krohne, H.W., Laux, L. (eds): *Achievement, stress, and anxiety*. Hemisphere, New York. 1982:249-315.
33. Krohne, H.W., Schumacher, Egloff: *Das Angstbewältigungsinventar (ABI)*. 1989.
34. Kubzansky, L.D., Kawachi, I., Weiss, S.T., Sparrow, D.: Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. *Annals of Behavioral Medicine*. 1998;20(2):47-58.

35. Lazarus, R.S.: Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic medicine*. 1993a;55:234-47.
36. Lazarus, R.S.: Fifty years of the research and theory of R.S. Lazarus. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum 1998.
37. Lazarus, R.S., Folkman, S.: Stress, appraisal and coping. New York, Springer. 1984; Kapitel 5: 117-140, Kapitel 6:141-180.
38. Murphy, M.C., Fishman, J., Shaw, R:E.: Education of patients undergoing coronary angioplasty: factors affecting learning during a structured educational program. *Heart Lung*. 1989;18(1):36-45.
39. Musselman, D.L., Evans, D.L., Nemeroff, C.B.: The relationship of Depression to Cardiovascular Disease - Epidemiology, Biology and Treatment. *Archives of general psychiatry*. July 1998;55:580-92.
40. Muthny, F.A.: Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch Patienten, Ärzte und Personal- Gemeinsamkeiten, Diskrepanzen und ihre mögliche Bedeutung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*. 1988;XVII(4):319-33.
41. Muthny, F.A.: Zur Erkrankungsspezifität der Krankheitsverarbeitung - ein empirischer Vergleich mit Dialyse- und Herzinfarkt-Patienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*. 1988;34(3):259-73.
42. Muthny, F.A.: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Weinheim: Beltz. 1989.
43. Muthny, F.A.: Krankheitsverarbeitung bei Kranken und Gesunden. Coping, Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit, Schüßler, G., Leibing, E. (eds.), Hogrefe. Verlag für Psychologie. 1994;17-34.
44. Muthny, F.A.: Erfassung von Verarbeitungsprozessen mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Hinweise auf Bewertungsinstrumente zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation- Blatt 6. *Rehabilitation*, Stuttgart. 1996;35:IX-XVI.

45. Muthny, F.A., Bechtel, M., Spaete, M.: Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Psychotherapie. Psychosomatik, medizinische Psychologie. 1992;42:41-53.
46. Nickel, J.T., Brown, K.J., Smith, B.A.: Depression and anxiety among chronically ill heart patients: age differences in risk and predictors. Research in Nursing and Health. 1990;13:87-97.
47. Pochard, F., Bellivier, F., Faessel, A.I., Squara, P.: Troubles anxieux et dépressifs dans les pathologies cardiovasculaires. L'Encéphale. 1997;XXIII:412-9.
48. Röckle, N.A.: Depressivität, Angst und Krankheitsverlauf bei perkutaner transluminaler koronarer Angioplastie (PTCA). Dissertation. 1999.
49. Rotter, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological monographs. 1966;609:80.
50. Rüger, U., Blomert, A.F., Förster, W.: Coping. Vanderhoeck & Ruprecht, Göttingen. 1990.
51. Salm, A., Gottwik, G.: Die Herzkatheteruntersuchung als psychische Belastung. Müncher medizinische Wochenschrift. 1980;122(10):355-56.
52. Schanzenbächer, P.: Ballon, Laser, Stent- Wem gehört die koronare Zukunft? Medical Tribune. 1997;7:20.
53. Schanzenbächer, P., Kromer, E.P., Ludwig, M., Langenfeld, H., Walter, U., Kochsiek, K.: Primäre koronare Stent-Implantation bei komplexer Stenosemorphologie oder ungenügendem Angioplastieergebnis. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1991;116:1169-74.
54. Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F., Strasser, P., Wirsching, M.: Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. Psychotherapeut. 1998;43:92-101.
55. Shaw, R.E., Cohen, F. Fishman-Rosen, J., Murphy, M.C., Stertz, S.H., Clark, D.A., Myler, R.K.: Psychological Predictors of Psychosocial and Medical Outcomes in

- Patients Undergoing Coronary Angioplasty. *Psychosomatic Medicine*. Nov./Dec. 1986;48(8):582-97.
56. Smith, D.F.: Negative emotions and coronary heart disease: Causally related or merely coexistent? A review. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2001;42(1):57-69.
57. Spielberger, C.D., Gorsuch, Lushene, Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P.: *Das State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz. 1981.
58. Stone, A.A., Neale, J.M.: New measure of daily coping: Developments and preliminary results. *Personality and social psychology*. 1984;46:892-906.
59. Sullivan, M., LaCroix, A., Russo, J., Swords, E., Sornson, M., Katon, W.: Depression in Coronary Heart Disease. What is the appropriate diagnostic threshold? *Psychosomatics*. July-August 1999;40:286-92.
60. Weber, H. und Laux, L.: *Subjektive Intentionen in der Bewältigung: Entwurf einer Taxonomie*. Memorandum Nr.7, Lehrstuhl Psychology IV. Universität, Bamberg. 1990.
61. Weinberger, D.A., Schwartz, G.E., Davidson, R.J.: Low-anxious, high-anxious, and depressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral physiological responses to stress. *Journal of abnormal psychology*. 1979;88:369-80.

11 Anhang

11.1 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV

Bitte kreuzen Sie für jeden der folgenden Begriffe an, wie stark er für Ihre in der Instruktion beschriebene Situation zutrifft.

Wie stark trifft diese Aussage für Sie zu?

	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
1. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	1	2	3	4	5
2. Nicht-wahrhaben-Wollen des Geschehenen	1	2	3	4	5
3. Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	1	2	3	4	5
4. Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	1	2	3	4	5
5. Sich selbst die Schuld geben	1	2	3	4	5
6. Andere verantwortlich machen	1	2	3	4	5
7. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	1	2	3	4	5
8. Einen Plan machen und danach handeln	1	2	3	4	5
9. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	1	2	3	4	5
10. Gefühle nach außen zeigen	1	2	3	4	5
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	1	2	3	4	5
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	1	2	3	4	5
13. Sich mehr gönnen	1	2	3	4	5
14. Sich vornehmen intensiver zu leben	1	2	3	4	5
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	1	2	3	4	5
16. Sich selbst bemitleiden	1	2	3	4	5
17. Sich selbst Mut machen	1	2	3	4	5
18. Erfolge und Selbstbestätigung suchen	1	2	3	4	5
19. Sich abzulenken versuchen	1	2	3	4	5
20. Abstand zu gewinnen versuchen	1	2	3	4	5
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen	1	2	3	4	5
22. Ins Grübeln kommen	1	2	3	4	5
23. Trost im religiösen Glauben suchen	1	2	3	4	5
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	1	2	3	4	5
25. Sich damit trösten, daß es andere noch schlimmer getroffen hat	1	2	3	4	5
26. Mit dem Schicksal hadern	1	2	3	4	5
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen	1	2	3	4	5
28. Vertrauen in die Ärzte setzen	1	2	3	4	5
29. Den Ärzten mißtrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	1	2	3	4	5
30. Anderen Gutes tun wollen	1	2	3	4	5
31. Galgenhumor entwickeln	1	2	3	4	5
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen	1	2	3	4	5
33. Sich gerne umsorgen lassen	1	2	3	4	5
34. Sich von anderen Menschen zurückziehen	1	2	3	4	5
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	1	2	3	4	5

11.2 State-Trait-Angstinventar, STAI

11.2.1 STAI zur situativen Angst

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich <u>jetzt</u> , d. h. in diesem Moment, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt.	ÜBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	ZIEMLICH	SEHR
1. Ich bin ruhig	1	2	3	4
2. Ich fühle mich geborgen	1	2	3	4
3. Ich fühle mich angespannt	1	2	3	4
4. Ich bin bekümmert	1	2	3	4
5. Ich bin gelöst	1	2	3	4
6. Ich bin aufgeregt	1	2	3	4
7. Ich bin besorgt, daß etwas schiefgehen könnte	1	2	3	4
8. Ich fühle mich ausgeruht	1	2	3	4
9. Ich bin beunruhigt	1	2	3	4
10. Ich fühle mich wohl	1	2	3	4
11. Ich fühle mich selbstsicher	1	2	3	4
12. Ich bin nervös	1	2	3	4
13. Ich bin zappelig	1	2	3	4
14. Ich bin verkrampft	1	2	3	4
15. Ich bin entspannt	1	2	3	4
16. Ich bin zufrieden	1	2	3	4
17. Ich bin besorgt	1	2	3	4
18. Ich bin überreizt	1	2	3	4
19. Ich bin froh	1	2	3	4
20. Ich bin vergnügt	1	2	3	4

11.2.2 STAI zur dispositionellen Angst

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen.				
	FAST NIE	MANCHMAL	OFT	FAST IMMER
21. Ich bin vergnügt	1	2	3	4
22. Ich werde schnell müde	1	2	3	4
23. Mir ist zum Weinen zumute	1	2	3	4
24. Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten	1	2	3	4
25. Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann	1	2	3	4
26. Ich fühle mich ausgeruht	1	2	3	4
27. Ich bin ruhig und gelassen	1	2	3	4
28. Ich glaube, daß mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen	1	2	3	4
29. Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge	1	2	3	4
30. Ich bin glücklich	1	2	3	4
31. Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen	1	2	3	4
32. Mir fehlt es an Selbstvertrauen	1	2	3	4
33. Ich fühle mich geborgen	1	2	3	4
34. Ich mache mir Sorgen über mögliches Mißgeschick	1	2	3	4
35. Ich fühle mich niedergeschlagen	1	2	3	4
36. Ich bin zufrieden	1	2	3	4
37. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich	1	2	3	4
38. Enttäuschungen nehme ich so schwer, daß ich sie nicht vergessen kann	1	2	3	4
39. Ich bin ausgeglichen	1	2	3	4
40. Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke	1	2	3	4

11.3 Symptom-Checkliste, SCL-90-R, Skala 4 „Depressivität“

Wie sehr litten Sie unter

5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
20. Neigung zum Weinen	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
29. Einsamkeitsgefühlen	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
30. Schwermut	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr

11.4 Angstbewältigungs-Inventar, ABI

Auf dieser Seite finden Sie Gedanken und Vorstellungen, die bei einer Ballonerweiterung auftreten können. Hinter jedem Satz stehen zwei Antwortmöglichkeiten, nämlich „trifft zu“ und „trifft nicht zu“. Kreuzen Sie bitte in dem jeweiligen Kreis an, ob die aufgeführten Gedanken oder Vorstellungen auf Sie zutreffen oder nicht. Bitte beantworte Sie jeden Satz. Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten.

In meiner Situation...	trifft zu	trifft nicht zu
1. erinnere ich mich an frühere unangenehme medizinische Behandlungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. sage ich mir: „So schlimm wird´s schon nicht werden.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. bin ich froh, daß ich nicht so leicht aus der Ruhe zu bringen bin wie die meisten anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. denke ich: „Mir bleibt leider nichts erspart.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. sage ich mir, daß es für die Ärzte ein ungefährlicher Routineeingriff ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. frage ich Mitpatienten, wie es ihnen ergangen ist oder lasse mir vom Arzt alles noch einmal erklären.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. denke ich, daß ich mit solchen Situationen nicht so gut fertig werde wie die meisten anderen Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. versuche ich, nicht an die Behandlung zu denken, mich abzulenken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. bleibe ich ganz ruhig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | | |
|---|---|---|
| 10.nehme ich mir vor, in Zukunft genau die ärztlichen Ratschläge zu beachten, damit eine derartige Behandlung nicht noch einmal notwendig wird. | o | o |
| 11. möchte ich am liebsten wieder nach Hause gehen. | o | o |
| 12. sage ich mir: „Bisher ist alles gutgegangen, warum soll ausgerechnet dieses Mal etwas passieren?“ | o | o |
| 13. sage ich mir: „Ich bin schon mit ganz anderen Situationen fertig geworden.“ | o | o |
| 14. lese ich das Informationsblatt durch und versuche, mir genau vorzustellen, was der Arzt im einzelnen machen wird. | o | o |
| 15. stelle ich mir vor, daß es wohl ziemlich unangenehm und schmerzhaft werden wird. | o | o |
| 16. sage ich mir, daß ich hinterher keine Beschwerden mehr haben werde und nicht operiert werden muß. | o | o |
| 17. sage ich mir: „Ich kann meinem Arzt vertrauen, daß er alles tun wird, um den Eingriff gefahrlos und erfolgreich durchzuführen. | o | o |
| 18. überlege ich mir, was der Arzt wohl tun wird, wenn irgendetwas schief geht. | o | o |

11.5 Fragebogen zum Informationsbedürfnis der Patienten

1. Ich bin über den bevorstehenden
medizinischen Eingriff informiert. nicht wenig mittel ziemlich sehr

2. Ich möchte gerne mehr über den
bevorstehenden medizinischen
Eingriff erfahren. nicht wenig mittel ziemlich sehr

3. Wenn ich mehr weiß, macht
es mich nur nervös. nicht wenig mittel ziemlich sehr

11.6 Basisfragebogen zu soziodemographischen Merkmalen

Interviewdatum:

Patient-Nr.:

Name:

Straße:

Ort:

Geburtsdatum:

Alter:

Hausarzt:

Name:

Straße:

Ort:

Familienstand:

- ledig
- verheiratet, Lebenspartner
- getrennt
- verwitwet

höchster Schulabschluß:

- Sonderschule
- Hauptschule
- Mittlere Reife
- Abitur/Fachhochschulreife
- ohne Abschluß

Beruf:

selbst

Vater

höchster Berufsabschluß:

- noch in Ausbildung
- Lehre
- Meister/Fachschule
- Fachhochschule/Universität
- ohne Abschluß
- angelernt
- keine Lehre

Berufssituation:

- arbeitsunfähig
- arbeitslos
- berentet
- berufstätig

Todesursache der Eltern:

Vater gestorben	<input type="radio"/>	ja,	<input type="radio"/>	nein, wann (Jahr):	Ursache:
Mutter gestorben	<input type="radio"/>	ja,	<input type="radio"/>	nein, wann (Jahr):	Ursache:

Danksagung

Ich bedanke mich vielmals bei Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Faller für die stets engagierte und hilfreiche Betreuung und Förderung meiner Arbeit sowie für die freundliche Übernahme des Referates.

Bei Herrn Prof. Dr. med. Schanzenbächer bedanke ich mich für die freundliche Übernahme des Korreferates.

Ein herzliches Dankeschön an Frau Dr. Koepsell für die Überlassung des Themas und langzeitige, engagierte Betreuung.

Vielen Dank sage ich der Medizinischen Universitätsklinik (damaliger Direktor Prof. Dr. med. Kochsiek) und der Medizinischen Poliklinik (Direktor Prof. Dr. med. Wilms) für die Ermöglichung und Unterstützung der Studiendurchführung. Danke auch an die leitenden Kardiologen Herrn Prof. Dr. med. Schanzenbächer (Medizinische Universitätsklinik) und Herrn Dr. med. Inselmann (Medizinische Poliklinik), den Assistenzärzten, Schwestern und Pflegern der kardiologischen Abteilungen für ihre Mitarbeit.

Besonders danken möchte ich all den PTCA-Patienten, die sich bereit erklärt hatten, am Interview teilzunehmen.

Nicht zuletzt geht mein Dank auch an Herrn Prof. Dr. med. Nellessen, ehemals Medizinische Poliklinik, der durch seine Arbeit mit PTCA-Patienten die Anregung zur vorliegenden Studie gab.

Danke auch an die Sekretärinnen des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, besonders an Frau Savall, Frau Stösser und Frau Grollmann, ebenso an Frau Wolf, Sekretariat Prof. Dr. med. Schanzenbächer, für ihr Entgegenkommen.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Katrin Schön
Geburtsdatum/ -ort: 25.05.1972, Siegen

Schulbildung:

1978- 1982 Grundschole Auenwald
1982- 1988 Differenzierte Gesamtschule Weissach im Tal
1988- 1991 Max-Born- Gymnasium, Backnang
Juni 1991 Schulabschluß mit der allgemeinen Hochschulreife

Freiwilliges soziales Jahr:

Sept .91- Aug. 92 Diakonische Helferin im Landheim Buttenhausen
(Altenpflegeheim und Heim für psychisch Behinderte)

Studium:

Nov. 92- Sept. 94 Vorklinisches Studium, Universität Regensburg
Nov. 94- Mai 99 Klinisches Studium, Julius-Maximilians-Würzburg

Ärztin im Praktikum:

Sept. 99- März 2001 Krankenhaus Düren gem. GmbH
Abteilung für Hämatologie/ Onkologie

Aktuell:

April 2001- Okt. 2001 Fertigstellung der Promotion
seit Mai 2001 Assistenzärztin in der Praxis für Allgemeinmedizin
M. Schön M.B.Ch.B. und Dr. med. N. Schön, Auenwald

Auenwald, im Oktober 2001

Katrin Schön