

Aus der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Subjektive Krankheitstheorien beim Reizdarmsyndrom sowie Harn- und
Analinkontinenz unter Berücksichtigung klinischer und psychologischer
Variablen**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Andrea Riedl

aus Wien, Österreich

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. B. F. Klapp
2. Prof. Dr. Dipl.-Psych. P. Enck
3. Prof. Dr. med. M. Karaus

Datum der Promotion: 23.06.2013

INHALTSVERZEICHNIS

1.0 Zusammenfassung

- 1.1. Abstract
- 1.2. Einleitung und Zielsetzung
- 1.3. Methodik
 - 1.3.1. Messinstrumente
 - 1.3.2. Teilnehmer und Studiendesign
 - 1.3.3. Statistische Analysen
- 1.4. Ergebnisse
- 1.5. Diskussion
- 1.6. Literatur

2.0 Anteilserklärung

3.0 Ausgewählte Publikationen

- 3.1 Riedl A, Maass J, Schmidtmann M, et al. Subjective Theories of Illness affects Clinical and Psychological Outcome in Patients with Irritable Bowel Syndrome. J Psychosom Res 2009;67(5):449-55.
- 3.2 Riedl A, Maass J, Ahnis A, et al. Prognostic Relevance of Subjective Theories of Illness on the Clinical and Psychological Parameters in Irritable Bowel Syndrome Patients – a Longitudinal Study. Current Concepts in Colonic Disorders. ISBN 978-953-307-957-8. InTech 2012;239-250.
- 3.3 Ahnis A, Riedl A, Knoll N. Krankheitsbezogene subjektive Ursachenvorstellungen bei alten Menschen mit Inkontinenz [Illness-related causal attributions of the elderly with incontinence]. Pflege & Gesellschaft 2009;14:325-342.

4.0 Weitere Publikationen zum Thema Reizdarmsyndrom

- 4.1 Riedl A, Schmidtmann M, Stengel A, et al. Somatic Comorbidities in Irritable bowel syndrome. J Psychosom Res 2008;64(6):573-582
- 4.2 Franke L, Schmidtmann M, Riedl A, et al. Serotonin transporter activity and serotonin concentration in platelets of patients with irritable bowel syndrome – effect of gender. J Gastroenterol 2010;45(4):389-98.

5.0 Lebenslauf

6.0 Komplette Publikationsliste

7.0 Selbstständigkeitserklärung

8.0 Danksagung

1.0. ZUSAMMENFASSUNG

1.1. Abstract

Hintergrund: Ziel der Studien war es, den Einfluss subjektiver Krankheitstheorien von Patienten mit Reizdarmsyndrom (RDS) sowie Harn- und Analinkontinenz auf klinische Outcomevariablen wie Symptomschwere, Depression, Angst und Lebensqualität im Quer- und Längsschnitt nach einem Jahr zu untersuchen. Theoretischen Ausgangspunkt bildete das Common Sense Modell of Illness Representation von Leventhal et al., in dem ein Kausalzusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und krankheits- und emotionsbezogenen Kriteriumsvariablen postuliert wird.

Methoden: 88 Patienten mit RDS nach Rome-III-Kriterien wurde zu T1 ein Fragebogenset vorgelegt. Erfasst wurden soziodemographische Variablen, subjektive Krankheitstheorien (SKT, Ursachenfragebogen nach Fliege), Angst (HADS), Depression (BDI), Lebensqualität (SF-12) und reizdarmspezifische Symptome (GI-Symptomfragebogen). Bei 44 dieser Patienten wurden die Fragebögen zu zwei Messzeitpunkten (T1, T2) im Abstand eines Jahres subjektive Krankheitstheorien (SKT, URS), Angst (HADS), Depression (BDI), Lebensqualität (SF-12) und reizdarmspezifische Symptome (GI-Symptomfragebogen) erfasst.

Im Vergleich zu RDS-Patienten wurden 115 Patienten mit Harn- und/ oder Analinkontinenz mittels des Fragebogens zum Krankheitskonzept (FzKK) untersucht.

Ergebnisse: Sowohl RDS- als auch Inkontinenz-Patienten hatten subjektive Ursachenannahmen für ihre Erkrankung. Inkontinenzpatienten gaben überwiegend somatische Ursachenannahmen an, an zweiter Stelle dominierten intrapersonelle Ursachenannahmen. Die subjektiven Krankheitstheorien bei RDS-Patienten blieben in der Längsschnittuntersuchung über die Zeit stabil. Auch die Rangreihe der bevorzugten Kausalattributionen änderte sich über die zwei Messzeitpunkte nicht: Stress wurde am häufigsten genannt. Sowohl im Querschnitt als auch in der Longitudinaluntersuchung zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen den Ursachenannahmen und klinischen und psychologischen Outcome-Kriterien. Insbesondere konnten wir erstmalig nachweisen, dass Ursachenannahmen eine prognostische Bedeutung für den klinischen Verlauf beim RDS haben. Die Attribution „soziale Ursachen“ zu T1 war ein signifikanter Prädiktor für RDS- Symptomschwere zu T2.

Zusammenfassung: Subjektive Krankheitstheorien haben eine prognostische Bedeutung für klinisches und psychologisches Outcome bei Patienten mit Reizdarmsyndrom.

Keywords: Subjektive Krankheitstheorien, RDS, Inkontinenz, Lebensqualität, Depression, Angst

1.2 Einleitung und Zielsetzung

Das Reizdarmsyndrom (RDS) zählt zu den funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen und ist charakterisiert durch abdominale Schmerzen, welche mit veränderter Stuhlfrequenz und/ oder Stuhlkonsistenz einhergehen.

Es existiert bisher kein einheitliches wissenschaftlich fundiertes Ätiologiemodell, an welchem sich Patienten orientieren können. Unterschiedliche pathogenetische Mechanismen werden aktuell propagiert, wobei wahrscheinlich verschiedene Pathomechanismen vorliegen, die bei unterschiedlichen Patienten Art und Schwere der Symptome beeinflussen. Ein Großteil der Patienten mit RDS sucht keinen Arzt auf. Der Grund für eine Arztkonsultation liegt häufig nicht in der Schwere der Symptome, sondern in der Angst vor einer schwerwiegenden Erkrankung. (Whitehead et al., 2002) oder in psychischen sowie somatischen Komorbiditäten (Riedl et al., 2007).

Neben dem RDS wurden zudem Patienten mit Harn- und Analinkontinenz untersucht. Bei dieser Erkrankung sind im Gegensatz zum RDS zwar einheitliche Ätiologiemodelle vorhanden, aufgrund der hohen Tabuisierung der Erkrankung den Betroffenen jedoch meist nicht bekannt. Diese Unsicherheit führt verstärkt zu einer Reihe von Deutungen, Interpretationen und Krankheitsverarbeitungsformen (Jacob et al., 1999).

Chronische Erkrankungen stellen hohe Anforderungen an das Bewältigungsverhalten der Patienten. Eine Möglichkeit, mit einer chronischen Erkrankung umzugehen, liegt darin, Theorien und Erklärungen zur Genese der Erkrankung zu entwickeln. Sämtliche kognitiven Vorstellungen, Überzeugungen, Erwartungen und Bewertungen, die sich Patienten über ihre Krankheit bilden, werden unter subjektiver Krankheitstheorie subsummiert (Faller et al., 1990).

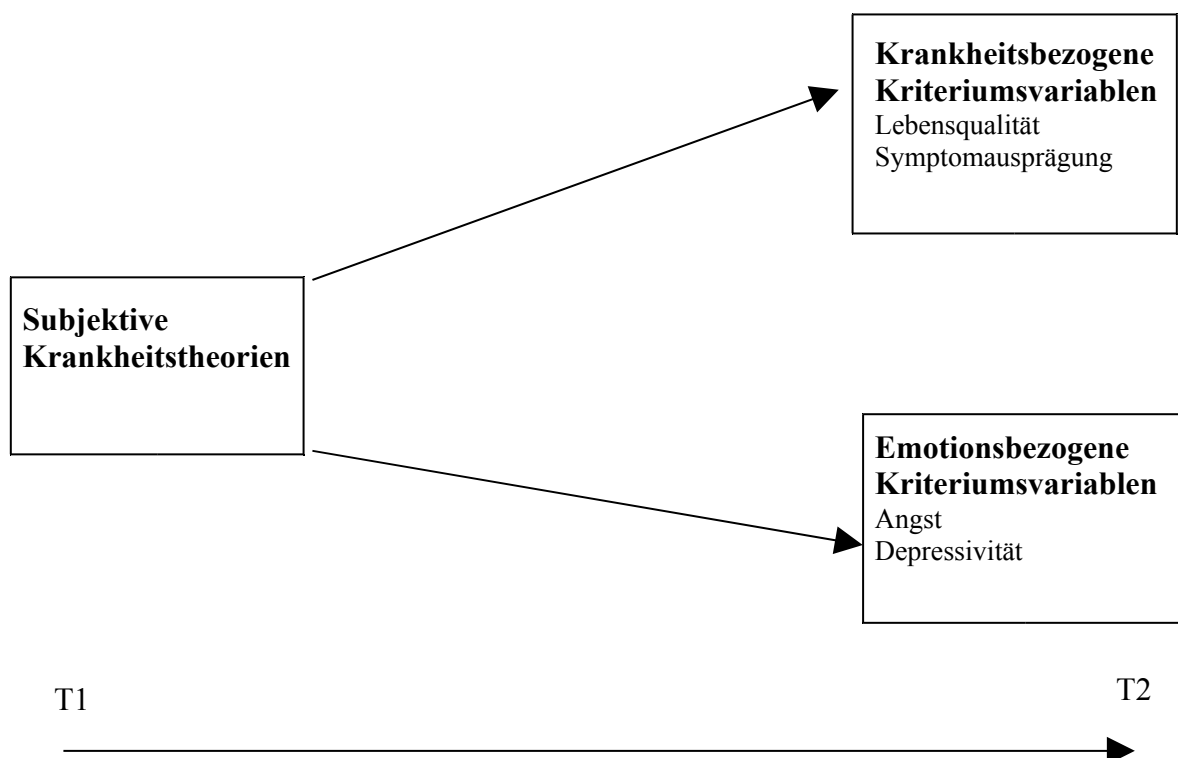
Durch die subjektiven Krankheitstheorien ist ein Patient in der Lage, Vorhersagen zu treffen und somit Entscheidungen bezüglich der Therapie oder des Umganges mit seiner Krankheit zu fällen (Faller et al., 1990). Ferner zeigt sich ein Einfluss der subjektiven Krankheitstheorien auf Compliance und Kooperation in der Arzt-Patienten-Beziehung (Leventhal, 1980), Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (Lacroix, Martin, 1991; Schiaffino, 1998) und adaptivem Copingverhalten (Hampson, 1990).

Subjektive Ursachenannahmen wurden bisher überwiegend bei Krankheiten untersucht, die eine hohe Anpassungsfähigkeit erfordern, plötzlich und unerwartet eintreten, chronisch verlaufen und/ oder aufwendige Behandlungen erforderlich machen (z.B. Myokardinfarkt, Muthny, 2003; Rheumatoide Arthritis; Kolon-Carzinom, McAllister, 1992). Überdies sind subjektive Ursachenannahmen für die Betroffenen

insbesondere bei solchen Erkrankungen von Bedeutung, für die noch kein einheitliches, wissenschaftlich fundiertes ätiologisches Krankheitsmodell vorliegt, an dem sich Patienten orientieren können- wie in unserem Fall das RDS,- oder wo Ätiologiemodelle tabuisiert und daher nicht bekannt sind – wie bei Inkontinenz.

Als theoretische Grundlage für die Untersuchung an RDS-Patienten wurde eine Adaptation des Common Sense Model of Illness Representation (Leventhal et al., 1980) verwendet. Das Common Sense Model of Illness Representation, das als das einflussreichste theoretische Modell bezüglich des Regulationsprozesses eines Patienten im Umgang mit einer Erkrankung gilt, beschreibt die Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und Lebensqualität, bzw. emotionalem Wohlbefinden. (Leventhal et al., 1980). Das adaptierte Modell, das in den vorliegenden Studien verwendet wird, ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Adaptiertes Common Sense Model of Illness Representation, welches in den Studien Riedl et al., 2009 und Riedl et al., 2010 angewandt wird. (Nach: Leventhal et al., 1980; Hagger and Orbell, 2003).



In der ersten Studie (Riedl et al., 2009) lag die Zielsetzung in der Querschnittsuntersuchung von möglichen Zusammenhängen zwischen subjektiven Ursachenannahmen beim RDS und klinischen sowie psychologischen Outcome-Variablen. Nachdem durch das Querschnittsdesign jedoch keine Kausalannahmen geprüft werden konnten, wurde im Rahmen einer konsekutiv durchgeführten Longitudinalstudie untersucht, ob subjektive Ursachenannahmen bei RDS-Patienten einen prognostischen Faktor für klinische und psychologische Symptomatik haben (Riedl et al., 2011).

Ausgehend vom Common-Sense-Modell sollte in dieser Studie untersucht werden, ob sich subjektive Krankheitstheorien bei Reizdarmpatienten nach einem Jahr auf die klinischen Outcomekriterien (Symptomschwere), Lebensqualität, Angst und Depression auswirken. Darüber hinaus sollte überprüft werden, ob sich subjektive Krankheitstheorien bei Reizdarmpatienten über die Zeit verändern.

Im Rahmen der dritten Studie (Ahnis et al., 2009) lag die Zielsetzung in der Untersuchung subjektiver Ursachenannahmen bei Patienten mit Harn- und Analinkontinenz, wobei hier keine Aussagen zu Zusammenhängen mit Outcomekriterien, bzw. prognostische Faktoren der Ursachenannahmen gemacht wurden.

1.3. Methodik

1.3.1. Messinstrumente

Folgende Messinstrumente wurden eingesetzt:

1. Der Fragebogen Subjektive Krankheitstheorie – Ursachenvorstellungen (SKT) (Faller et al., 2001)
2. Ursachenfragebogen für CED-Patienten (Fliege et al., 2003)
3. Beck'sches Depressionsinventar (BDI) (Hautzinger, 1991)
4. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Hermann et al., 1997)
5. SF-12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Bullinger, 1996)
6. Fragebogen für gastrointestinale Symptome
7. Fragebogen zum Krankheitskonzept (FzKK) (Bischoff et al., 2007)

Die Beschreibung der einzelnen psychometrischen Tests sowie die Kennwerte der internen Konsistenz finden sich in den jeweiligen Publikationen.

1.3.2. Teilnehmer und Studiendesign

Den nach Rome-III-Kriterien diagnostizierten 88 RDS-Patienten wurden zu T1 im Rahmen der Sprechstunde für gastrointestinale Motilitäts- und Funktionsstörungen der gastroenterologischen Ambulanz der Charité, Campus Virchow-Klinikum während der Wartezeit ein Handheld-Computer mit den Fragebögen (siehe unter Messinstrumente: Nr. 1-6) ausgehändigt und erläutert. Für die Verlaufsuntersuchung wurden den 88 Patienten nach einem Jahr postalisch Fragebögen (Nr. 1-6) zugesendet. 49 Patienten schickten die Fragebögen zurück, 3 Patienten waren unbekannt verzogen. Von den 49 Datensätzen waren 44 vollständig ausgefüllt, sodass sich eine Gesamtzahl von N = 44 für die Verlaufsuntersuchung ergab.

Die Stichprobe umfasste 30 Frauen (68%) und 14 Männer (32%). Das mittlere Alter lag bei 46 Jahren (SD=15,23 Jahre, Range=19-72 Jahre).

Die Daten der 115 Patienten mit Inkontinenz wurden zu einem Messzeitpunkt durch zwei Interviewerinnen im Rahmen eines strukturierten Interviews unter Verwendung des Fragebogens Nr.7 an der Charité, CCM bzw. bei eingeschränkter Mobilität am Wohnort der Patienten erhoben.

1.3.3. Statistische Analysen

Alle Analysen wurden im statistischen Programm SPSS 14.0 für Windows durchgeführt.

Im Rahmen der RDS-Studien wurden deskriptive Kennwerte für jede Skala berechnet und auf Normalverteilung anhand des Kolmogorov- Smirnov-Tests überprüft.

Für Interkorrelationen wurden Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet. Vorhersagen der klinischen und psychologischen Outcomekriterien durch die Ursachenannahmen wurden mittels multipler, hierarchischer Regressionsanalysen überprüft. Alle Skalen zu subjektiven Krankheitstheorien zu T1, die bedeutsam mit den Kriteriumsvariablen zu T2 korrelierten (siehe Korrelationstabelle) oder die relevante Bewältigungsstrategien zu T2 prädizierten, wurden in die Regressionsanalysen aufgenommen. In alle Regressionsanalysen wurde zudem das Ausgangsniveau (T1) der Kriteriumsvariablen als Autoregressor aufgenommen. Über den Beitrag des Autoregressors hinausgehende Effekte weiterer Prädiktoren können als robust betrachtet werden.

Die Auswertung der Ursachenannahmen bei Inkontinenz wurde auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) unter Nutzung des Kategoriensystems

von Schaefer und Bischoff (2002) durchgeführt.

1.4. Ergebnisse

Der überwiegende Teil aller Befragten (ca. 95%) gab für mindestens ein Item der Ursachenskalen an, dass der Umstand zur Verursachung der Erkrankung beigetragen haben könnte. Ebenso wie in anderen Studien nahmen die meisten RDS-Patienten mehrere Ursachen für ihre Erkrankung an (Rutter & Rutter, 2002), Inkontinenzpatienten hatten hingegen vorwiegend (58,3%) nur eine Ursachennennung.

Sowohl zu T1 als auch zu T2 sahen die meisten RDS-Patienten ihre Erkrankung durch intrapsychische Ursachen bedingt. 69 der RDS Patienten (78%) attribuierten ihre Beschwerden zu T1 zumindest teilweise auf intrapsychische Ursachen. Unter den einzelnen Items der Fragebögen wurde den einzelnen Items

„...dass Sie an einer körperlichen Erkrankung leiden“ ($M = 2,56$; $SD = 1,22$),

„...dass Sie dem allgemeinen Stress des heutigen Lebens ausgesetzt sind“ ($M=2,43$, $SD = 1,3$),

„...dass Sie an inneren Konflikten leiden“ ($M = 2,41$, $SD = 1,3$) und

„...dass Sie an inneren Ängsten leiden ($M = 2,39$, $SD = 1,4$) die stärkste Zustimmung gegeben.

Bei Inkontinenzpatienten dominierten somatische Ursachenannahmen bei Weitem. 81% der Befragten attribuierten ihre Erkrankung auf somatische Aspekte. Neben somatischen Ursachen wurden von fast ausschließlich weiblichen Personen die Ursache der Inkontinenz in intrapersonellen Gründen (z.B, unvorteilhaftes Gesundheitsverhalten) gesehen. Hinsichtlich der Ursachenattribution zeigte sich kein Unterschied zwischen Anal- und Harninkontinenz. Während allerdings nur eine Person der Harninkontinenten keine Vorstellung über die Ursache der Inkontinenz hatte, waren dies bei den Analinkontinenten 5 (von 38) Personen.

Um die Stabilität der Ursachenannahmen beim RDS über ein Jahr zu überprüfen, wurden Mittelwertsvergleiche (T-Tests) durchgeführt.

Mit Ausnahme der Skalen „Physiologie“ ($p = .01$) und „Somatische Ursachen“ ($p = .01$) waren die Veränderungen nicht signifikant. Dies spricht für eine Konstanz in der Ursachenattribution.

In der Querschnittuntersuchung zeigte sich, dass Patienten mit vorwiegend somatischer Krankheitsattribution einen höheren Reizdarm-Symptomscore ($p < .05$) hatten. Intrapsychische Attribution war mit verminderter psychischer Lebensqualität sowie erhöhter körperlicher Lebensqualität assoziiert ($p < .01$). Eine intrapsychische Ursachenannahme zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit Angst, eine fatalistische Attribution korrelierte mit Depression ($p < .05$).

Um die Zusammenhänge und prädiktiven Faktoren von subjektiven Ursachenannahmen zu T1 und den Outcome-Variablen zu T2 zu überprüfen, wurden alle mit den Ursachenannahmen zu T2 korrelierende Prädiktoren (siehe Tabelle 1) schrittweise in eine multiple lineare Regressionsanalyse eingeführt.

Tabelle 1: Korrelationen zwischen Ursachenannahmen zu T1 und Outcome-Variablen zu T2 (Riedl et al., 2011)

	Körperliche LQ ¹ zu T2	Psychische LQ ¹ zu T2	Angst zu T2	Depression zu T2	Symptom- schwere zu T2
<i>Ursachenannahmen zu T1</i>					
Dysfunktionale Stressregulation	.31*	-.41**	.65**	.26	.36*
Fatalismus	-.23	-.36*	.44*	.53*	.25
Intrapsychische Ursachen	.21	-.39**	.61**	.44**	.34*
Interpersonelle Ursachen	.07	-.44**	.58**	.51	.27
Soziale Ursachen	.03	-.29	.44**	.19	.47**
Somatische Ursachen	-.37*	.02	.12	.01	.21

¹ LQ = Lebensqualität

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

Tabelle 2 zeigt den jeweils letzten Schritt der Regression.

Tabelle 2: Regression der subjektiven Ursachenannahmen und des Autoregressor (T1) auf die Outcome-Variablen (T2) (Riedl et al., 2011)

Outcome Symptomintensität						
Regressions-						
Werte (letzter Schritt)	B	S.E. β	β			
Aufgeklärte Varianz				R^2 Step 1	ΔR^2 Step 2	
Soziale Ursachen	13,15	5,81	.33*	.22 (p < .01)		
Symptomintensität zu T1	0,49	0,16	.43**			
Outcome Depression						
Regressions-						
Werte (letzter Schritt)	B	S.E. β	β			
Aufgeklärte Varianz				R^2 Step 1	ΔR^2 Step 2	ΔR^2 Step 3
Fatalismus	0,53	0,92	.05	.31 (p < .001)		
Interpersonelle Ursachen	1,28	0,92	.15			
Depressionswert zu T1	0,88	0,13	.74***			.35(p < .001)
Outcome Angst						
Regressions						
Werte (letzter Schritt)	B	S.E. β	β			
Aufgeklärte Varianz				R^2 Step 1	ΔR^2 Step 2	ΔR^2 Step 3
Dysfunktionale Stressregulation	1,14	0,57	.25*	.42 (p < .001)		
Interpersonelle Ursachen	1,24	0,55	.25*			
Angst T1	0,53	0,15	.46**			.11 (p < .001)
Outcome Lebensqualität psychisch						
Regressions						
Werte (letzter Schritt)	B	S.E. β	β			

Aufgeklärte				R^2 Step 1	ΔR^2 Step 2	ΔR^2 Step 3
Varianz						
Interpersonelle Ursachen	0,29	1,95	.25	.21 (p < .01)		
Dysfunktionale Stressregulation	-1,17	1,55	-.09		.08 (p < .05)	
Lebensqualität psychisch zu T1	0,74	0,15	.71***			.27 (p < .001)

Outcome Lebensqualität körperlich			
Regressions			
Werte (letzter Schritt)	B	S.E. B	β
Aufgeklärte			
Varianz			
Somatische Ursachen	-2,2	2,2	-.13
Dysfunktionale Stressregulation	3,01	1,37	.28*
Fatalismus	-3,97	1,42	-.35*
LQ körperlich zu T1	0,51	0,14	.49**

B = Nicht standardisierter Koeffizient, SE B = Standardfehler von Beta , β = Beta
 *** p < .001, **p = .01; * p < .05.

Im Rahmen dieser Longitudinalstudie konnte gezeigt werden, dass bei RDS-Patienten die subjektiven Krankheitsattributionen „dysfunktionale Stressregulation“ und „interpersonelle Ursachen“ zu T1 stärkere Angst zu T2 erwarten ließen. Die Attribution „soziale Ursachen“ zu T1 war ein signifikanter Prädiktor für Symptomschwere zu T2. Zudem zeigten die Attributionen „dysfunktionale Stressregulation“ und „Fatalismus“ zu T1 einen Effekt auf körperliche Lebensqualität zu T2. Die Zusammenhänge waren unabhängig von Alter, Geschlecht und Reizdarmsubgruppen und konnten auch nachgewiesen werden, wenn das jeweilige Ausgangsniveau der Outcomevariablen kontrolliert wurde.

1.5. Diskussion

Das Ziel der Studien lag neben der Erfassung subjektiver Ursachenannahmen bei chronischen Erkrankungen mit unklarem oder nicht bekanntem Ätiologiemodell (Reizdarmsyndrom und Anal- und Harninkontinenz), vor allem in der Quer- und

Längsschnittuntersuchung subjektiver Krankheitstheorien beim RDS und ihren Zusammenhängen, bzw. ihrer prognostischen Bedeutsamkeit auf der Grundlage einer Adaptation des Common sense modell of illness. Der überwiegende Teil der RDS- sowie der Inkontinenzpatienten gab mindestens eine Ursache für die Krankheit an. Ebenso wie in anderen Studien nahmen die meisten Patienten mit RDS mehrere Ursachen für ihre Erkrankung an (Rutter & Rutter, 2002), wohingegen Patienten mit Inkontenz überwiegend (58%) nur eine Ursache annahmen. Während bei den Inkontinenzpatienten mit 81% somatische Ursachenannahmen weit dominierten, erhielten bei RDS-Patienten neben somatischen Ursachenannahmen auch intrapsychische Faktoren, soziale Faktoren und dysfunktionale Stressregulation die stärkste Zustimmung. Dies spiegelt vor allem bei Inkontinenzpatienten bekannte objektive Ätiologiemodelle wieder. Dies könnte daran liegen, dass Patienten doch besser über Ätiologiemodelle ihrer Erkrankung informiert sind, als primär vermutet. Da bei Patienten mit Inkontinenz ein klares wissenschaftliches Ätiologiemodell vorliegt, ist dies zu vermuten.

Unsere Ergebnisse bei RDS-Patienten sprechen für eine Konstanz in der Ursachenattribution über die Zeit und unterstützen die Daten der bisherigen Forschungsergebnisse beim RDS. Leventhal et al., 1984 argumentierten, dass subjektive Ursachenannahmen im Krankheitsverlauf ständig aktualisiert werden, da neue Krankheitserfahrungen gemacht werden und neues Wissen über die Erkrankung angereichert wird, was unsere Ergebnisse nicht widerspiegeln. Wie auch Rutter und Rutter, 2007, fanden wir keine Veränderungen der Ursachenannahmen über die zwei gemessenen Messzeitpunkte. Dies unterstützt die Erklärung, dass das Modell von Leventhal vor allem für akute Erkrankungen konzipiert und untersucht wurde, währenddessen es sich beim RDS um eine chronische Erkrankung handelt.

Im Rahmen der Querschnittsuntersuchung an RDS-Patienten konnte gezeigt werden, dass Patienten, die ihre Krankheitsursachen in physiologischen Faktoren sehen, stärker unter RDS-Symptomen leiden, was die Ergebnisse von Gerson et al., 2006, bestätigt. Eine mögliche Erklärung wäre ein Kreislauf, bei dem somatische Ursachenannahmen zu einer besorgteren Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und einer verstärkten Symptomwahrnehmung führen, was wiederum die somatischen Ursachenannahmen verstärkt. Diese besorgte Körperwahrnehmung kommt vermutlich besonders bei Krankheiten zum Tragen, bei denen sich kein

organpathologisches Korrelat findet. Die mit der physiologischen Ursachenannahme assoziierten erhöhte Symptomstärke lässt sich auf pathophysiologischer Ebene abbilden: Chang et al. zeigten, dass eine Hypervigilanz bei RDS-Patienten einen prädiktiven Faktor für somatische Hypersensitivität darstellt (Chang et al., 2000).

Ein weiteres Erklärungsmodell liegt in der Theorie der Somatisierungsstörung, als deren Kennzeichen die Verlagerung intrapsychischer Dynamiken auf die körperliche Ebene gesehen wird. Bei Patienten mit physiologischer Ursachenattribution könnte es in Larvierung von Angststörungen, Anpassungsstörungen, chronischem Distress oder depressiven Störungen durch Konversion und/oder Verschiebung zu einer verstärkten somatischen Symptomausprägung kommen.

Intrapsychische Ursachenannahmen (Innere Konflikte, Ängste, mit Problemen nicht fertig werden, Fehlen von Selbstvertrauen) hatten im Querschnitt einen signifikanten Einfluss auf geringere psychische Lebensqualität, und zwar über den Beitrag von Depressivität hinaus. Denkbar ist, dass hier eine Schuld- oder Selbstwertproblematik zum Ausdruck kommt. Aufgrund des Querschnittsdesigns kann jedoch keine Kausalität zugeschrieben werden. Auch eine primär geringe psychische Lebensqualität könnte zu einer verstärkten Beschäftigung mit intrapsychischen Ursachenannahmen als Erklärungsansatz für die Erkrankung führen. Allerdings erklärt dies nicht den gefundenen Zusammenhang zwischen intrapsychischen Ursachenannahmen und erhöhter körperlicher Lebensqualität, die Bedeutung dieses Zusammenhanges bleibt nur schwer nachzuvollziehen.

Subjektive Ursachenannahmen klären also unabhängig von der Symptomintensität einen Anteil der Lebensqualität auf. Es liegen uns aktuell keine weiteren Studien vor, die über diese Ergebnisse für Reizdarmpatienten berichtet. Die Studie (Riedl et al., 2009) zeigt zum ersten Mal, dass nicht nur Symptomschwere, Angst und Depression, sondern auch subjektive Ursachenannahmen für die spezifische Lebensqualität von Bedeutung sein können.

Patienten, die stärker intrapsychisch attribuierten, hatten zudem stärker ausgeprägte Angst. Diese Ergebnisse werden auch in der einzig uns bekannten Querschnittsstudie zu subjektiven Ursachenannahmen bei RDS von Rutter und Rutter, 2002 bestätigt.

Eine mögliche Interpretation dieses Ergebnisses ist, dass besonders ängstliche Patienten eher auf ein internes und in diesem Sinne selbstbeschuldigendes

Ursachenmodell zurückgreifen.

Ob sich die Ursachenattribution der Patienten auch als prognostisch relevant für Krankheitsverläufe erweist, sollte in der Longitudinalstudie geprüft werden:

Der Schwerpunkt der Longitudinalstudie lag auf der Vorhersage klinischer Outcomevariablen. In dieser Hinsicht zeigte die Studie erstmalig, dass subjektive Krankheitstheorien prognostisch bedeutsam sind.

Subjektive Ursachenannahmen klärten im direkten Pfad 22% der Varianz für Symptomschwere nach einem Jahr auf, wobei insbesondere soziale Ursachen die Symptomschwere nach einem Jahr signifikant voraussagten. Patienten, die ihre Erkrankung stärker auf soziale Ursachen attribuierten (Sorgen und Probleme in Partnerschaft und Familie, Unverständnis durch Mitmenschen und konflikthafte Beziehungen) berichteten nach einem Jahr über vermehrte Symptomschwere. Soziale Kausalattributionen, die auf interpersonelle und innerfamiliäre Konflikte abheben, sind somit prognostisch relevant für vermehrt empfundene Symptomschwere. Hervorgehoben werden muss, dass hiermit die Relevanz subjektiver Krankheitstheorien für einen schlechteren Krankheitsverlauf bei Patienten mit RDS gezeigt werden konnte. Dies sollte als Grundlage gesehen werden, maladaptive Ursachenannahmen in den Fokus (psycho)therapeutischer Maßnahmen aufzunehmen.

Subjektive Ursachenannahmen klärten zudem 54% der Varianz für Angst nach einem Jahr auf. Patienten, die die Krankheitsursache in dysfunktionaler Stressregulation (falscher Umgang mit Stress, erhöhte Arbeitsbelastung, Unfähigkeit, sich zu entspannen, Neigung, Dinge zu schwer zu nehmen) oder interpersonellen Ursachen (ungesunde Lebensweise, berufliche Schwierigkeiten, Umweltbelastungen, finanzielle Probleme, gesellschaftliche Probleme) sahen, zeigten nach einem Jahr höhere Werte für Angst. Eine tatsächliche chronische Distress-Belastung vor dem Hintergrund realer sozialer Problematik könnte in diese Ursachenvorstellung eingehen und insofern als indirekter prognostischer Faktor für die Entwicklung von Ängsten beim RDS gesehen werden. Bei einer Lifetime – Prävalenz einer psychiatrischen Kodiagnose wie einer Angststörung von bis zu 90% bei Patienten mit RDS (Lydiard et al., 1993) wird deutlich, dass die Kenntnis prognostischer Faktoren, wie hier die subjektiven Krankheitstheorien, von besonderem Wert für präventive und therapeutische

Maßnahmen sind. Um der Entwicklung ängstlicher oder depressiver Begleitsymptomatik im Verlauf vorzubeugen, sollten ungünstige subjektive Krankheitstheorien frühzeitig erkannt und gegebenenfalls adaptiert werden.

Kein signifikant prädiktiver Wert subjektiver Krankheitstheorien konnte für Depression im Krankheitsverlauf gezeigt werden. Dies könnte daran liegen, dass Depressivität bei Patienten mit RDS häufig eine chronische Begleitsymptomatik ist und daher als stabile Variable kaum durch subjektive Krankheitstheorien beeinflusst wird. Es zeigte sich allerdings im ersten Schritt der Regressionsanalyse eine Varianzaufklärung von 31% für fatalistische Ursachenannahmen, erst nach Kontrolle des Ausgangsniveaus war die Vorhersageleistung dieser Ursachenannahmen nicht mehr signifikant, was darauf hinweisen könnte, dass Fatalismus mit Depression konfundiert ist.

Die Ergebnisse bestätigen die Grundannahmen des Common sense modell of illness indem sie zeigen, dass subjektive Krankheitstheorien eine direkte grundlegende prognostische Bedeutung für klinische und psychische Faktoren beim RDS haben. Die prognostischen Längsschnittbeziehungen subjektiver Krankheitstheorien zu Symptomschwere, Angst und körperlicher Lebensqualität bleiben auch dann erhalten, wenn das Ausgangsniveau der Kriteriumsvariablen statistisch kontrolliert wurde. Der Effekt der Prädiktoren kann somit als robust bezeichnet werden.

Die Befunde verweisen auf die Relevanz subjektiver Ursachenannahmen, indem sie mehrere teils differenzielle Zusammenhänge zwischen einzelnen Ursachendimensionen und Outcomevariablen aufzeigen.

Die Anamnese sollte bei Patienten mit RDS auch die Inhalte der subjektiven Krankheitstheorien berücksichtigen. Insbesondere für den klinischen Krankheitsverlauf ungünstige prognostische Faktoren (soziale Ursachen: familiäre und partnerschaftliche Probleme, Probleme mit Mitmenschen, zwischenmenschliche Auseinandersetzungen) sollten frühzeitig erfragt und gegebenenfalls behandelt werden. Die Kenntnis von Inhalt und Bedeutung der Krankheitskonzepte der Patienten können den Arzt zum besseren Verständnis bisheriger Lösungsversuche und Behandlungserwartungen führen und zum Aufbau einer guten Arzt-Patienten-Beziehung beitragen.

1.6. Literatur

- Bischoff C, Husen E, Reichel M, et al. Fragebogen zur Krankheitskonzeption [online] . 2007. Verfügbar unter [http://www.ahg.de/AHGDE.nsf/488947d8dd27a4a6c125689d004879e9/62d38524c4c27331c1256e6700330115/\\$FILE/Fragebogen+zum+Krankheitskonzept.pdf](http://www.ahg.de/AHGDE.nsf/488947d8dd27a4a6c125689d004879e9/62d38524c4c27331c1256e6700330115/$FILE/Fragebogen+zum+Krankheitskonzept.pdf) [Stand 2007-06-20]
- Bullinger, M. Assessment of health related quality of life with the SF-36 Health Survey. *Rehabilitation* 1996;35(3).
- Chang L, Mayer EA, Johnson T, et al. Differences in somatic perception in female patients with irritable bowel syndrome with and without fibromyalgia. *Pain* 2000;84:297-307.
- Drossmann DA, Corraziari E, Delvaux M, et al. Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders. McLean, VA: Degnon Associates 2006.
- Faller H, Walitzer S. Causal attribution and personality in psychotherapy patients. *Z Psychosom Med Psychother* 2001;47(3):234-49.
- Faller H. Subjektive Krankheitstheorien, Coping und Abwehr – Konzeptuelle Überlegungen und empirische Befunde. In F.A. Muthny (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung*, Berlin: Springer;1990:131-142.
- Fliege H, Drandarevski A, Klapp BF, et al. Causal attribution of patients with inflammatory bowel syndrome. *Z Klin Psychol Psychother* 2003;32(4):276-285.
- Hagger M, Orbell S. A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representation. *Psychology and Health* 2003;18:141-184.
- Hautzinger M. The Beck Depression Inventory in clinical practice. *Nervenarzt* 1991;62(11):689- 96.
- Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale - a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997;42(1):17-41.
- Jacob R, Eirnbter WH, Hahn A. Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Z Gesundheitspsychologie* 1999;7:105-119.
- Kaptein AA, Scharloo M, Helder DI, et al. Representation of chronic illnesses. In LD cameron & H. Leventhal. *The Self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge Taylor & Francis Group 2003:97-118.

- Lacroix JM, Martin B, Avendano M, et al. Symptom schemata in chronic respiratory patients. *Health psychology* 1991;10:268-273.
- Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology*, Oxford:Pergamon.1980;2:7-30.
- Lydiard RB, Fossey MD, Marsh W, et al. Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics* 1993;34:229-234.
- Mayer EA, Naliboff BD, Chang L. Basic pathophysiologic Mechanisms in Irritable Bowel Syndrome. *Dig Dis* 2001;19:212-218.
- McAllister M. Personal theories of inheritance, coping strategies, risk perception and engagement in hereditary non-polyposis colon cancer families offered genetic testing. *Clin Genet* 2003;64(3):179-89.
- Muthny FA, Bechtel M, Spaete M. Lay etiologic theories and coping with illness in severe physical diseases. An empirical comparative study of female myocardial infarct, cancer, dialysis and multiple sclerosis patients. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1992;42(2):41-53.
- Riedl A, Maass J, Schmidtman M, et al. Subjective Theories of Illness affects Clinical and Psychological Outcome in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Psychosomat Res* 2009;67(5):449-55.
- Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, et al. Somatic Comorbidities of the Irritable Bowel Syndrome - A systematic analysis. *Psychosomat Res* 2008;64(6):573-582.
- Rutter CL, Rutter DR. Longitudinal Analysis of the Illness Representation Model in Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). Illness representation, coping and outcome in IBS. *J Health Psych* 2007;12(1):141-148.
- Rutter CL, Rutter DR. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br J Health Psych* 2002;7:377-391.
- Schiaffino KM, Shawaryn MA, Blum D. Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses. *Health Psychology* 1998;17:262-268.
- Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic Review of the Comorbidity of Irritable Bowel Syndrome With Other Disorders: What Are the Causes and Implications? *Gastroenterology* 2002;122:1140-56.

2.0. ANTEILSERKLÄRUNG

Frau Andrea Riedl, geb. am 02.10.1978 hatte folgenden Anteil an den vorgelegten Publikationen:

Publikation 1: Riedl A, Maass J, Schmidtman M, et al. Subjective Theories of Illness affects Clinical and Psychological Outcome in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Psychosomat Research. 2009;67(5):449-55.

Gesamtanteil: 70 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Erhebung der Daten, Statistische Auswertung zum grossen Teil, Schreiben des Papers in deutscher Sprache (Einleitung zu 80%, Statistik und Methodik zu 55%, Ergebnisse und Diskussion zu 60%)

Publikation 2: Riedl A, Maass J, Ahnis A, et al. Prognostic Relevance of Subjective Theories of Illness on the Clinical and Psychological Parameters in Irritable Bowel Syndrome Patients – A Longitudinal Study. Current Concepts in Colonic Disorders. ISBN 978-953-307-957-8. InTech 2012:239-250.

Gesamtanteil: 70 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Erhebung der Daten, Statistische Auswertung zum grossen Teil, Schreiben des Papers in deutscher Sprache (Einleitung zu 90%, Statistik und Methodik zu 50%, Ergebnisse und Diskussion zu 70%)

Publikation 3: Ahnis A, Riedl A, Knoll N. Krankheitsbezogene subjektive Ursachenvorstellungen bei alten Menschen mit Inkontinenz [Illness-related causal attributions of the elderly with incontinence.]. Pflege & Gesellschaft 2009;4:325-342.

Gesamtanteil: 25 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Mitarbeit an der statistischen Auswertung, Schreiben des Diskussionsteils des Papers zu 35 %.

Publikation 4: Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, et al. Somatic Comorbidities in Irritable bowel syndrome. J Psychosom Res 2008;64(6):573-582.

Gesamtanteil: 45%

Beitrag im Einzelnen: Literaturrecherche (35%), Schreiben des Papers (Einleitung zu 30%, Kapitel „Extraintestinal comorbidities“ zu 80%)

Publikation 5: Franke L, Schmidtman M, Riedl A, et al. Serotonin transporter activity and serotonin concentration in platelets of patients with irritable bowel syndrome – effect of gender. J Gastroenterol 2010;45(4):389-98.

Gesamtanteil: 10%

Beitrag im Einzelnen: Erhebung und Aufbereitung der Daten zu 30%, Korrekturlesen des Papers

Prof. Dr. B.F. Klapp
Betreuender Hochschullehrer

Andrea Riedl
Antragstellerin

2.0 AUSGEWÄHLTE PUBLIKATIONEN

Riedl A, Maass J, Schmidtman M, et al. Subjective Theories of Illness affects Clinical and Psychological Outcome in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Psychosomat Research*. 2009;67(5):449-55.

Riedl A, Maass J, Ahnis A, et al. Prognostic Relevance of Subjective Theories of Illness on the Clinical and Psychological Parameters in Irritable Bowel Syndrome Patients – A Longitudinal Study. *Current Concepts in Colonic Disorders*. ISBN 978-953-307-957-8. InTech 2012:239-250.

Ahnis A, Riedl A, Knoll N. Krankheitsbezogene subjektive Ursachenvorstellungen bei alten Menschen mit Inkontinenz [Illness-related causal attributions of the elderly with incontinence.]. *Pflege & Gesellschaft* 2009;4:325-342.

3.0 WEITERE PUBLIKATIONEN ZUM THEMA REIZDARMSYNDROM

Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, et al. Somatic Comorbidities in Irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 2008;64(6):573-582.

Franke L, Schmidtman M, Riedl A, et al. Serotonin transporter activity and serotonin concentration in platelets of patients with irritable bowel syndrome – effect of gender. *J Gastroenterol* 2010;45(4):389-98.

4.0 LEBENSLAUF

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

5.0. KOMPLETTE PUBLIKATIONSLISTE

Buchbeiträge

- Riedl A**, Maass J, Ahnis A, et al. Prognostic Relevance of Subjective Theories of Illness on the Clinical and Psychological Parameters in Irritable Bowel Syndrome Patients – A Longitudinal Study. Current Concepts in Colonic Disorders. ISBN 978-953-307-957-8. InTech 2012;239-250.
- Riedl A**, Schoeneich F, Schulz A, Klapp BF. Psychopharmakotherapie bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In Linden M, Müller (Hrsg.). Rehabilitationspsychopharmakologie. Köln Deutscher Ärzteverlag, 2005.
- Schulz A, **Riedl A**, Schoeneich F, et al. Psychopharmakotherapie bei Herzerkrankungen. In Linden M, Müller (Hrsg.). Rehabilitationspsychopharmakologie. Köln Deutscher Ärzteverlag, 2005.
- Riedl A**, Danzer G. Essstörungen, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder. In Gallinat J, Heinz A (Hrsg.). Facharztprüfung Psychiatrie und Psychotherapie: in Fällen, Fragen & Antworten - mit Zugang zum Elsevier-Portal. Urban & Fischer 2010:169-180.
- Riedl A**, Craciun E, Klapp BF. Essstörungen. Kapitel des Harrisons Innere Medizin, 17. Auflage, deutsche Ausgabe. 2008

Journalbeiträge

- Riedl A**, Becker J, Rauchfuss M, et al. Psychopharmacotherapy in Eating Disorders:A systematic analysis. Psychopharmacology Bulletin 2008;41(1):59-84.
- Riedl A**, Schmidtmann M, Stengel A, et al. Somatic Comorbidities in Irritable bowel syndrome. J Psychosom Res 2008;64(6):573-582.
- Riedl A**, Kretschmer B, Gossing G, et al. 17jährige Patientin mit Anorexia nervosa vom impulsiven Typ und Schwangerschaft/ Case report. Geb Fra 2007;67:1355-1358.
- Riedl A**, Maass, J, Schmidtmann M, et al. Subjective Theories of Illness affects Clinical and Psychological Outcome in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Psychosomat Res 2009;67(5):449-55.
- Riedl A** und Ahnis A, Kassner U, et al. 1-Jahres-Komplex-Intervention bei adipösen PatientInnen im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrages. Adipositas

– Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie 2010:202-207.

Ahnis A and **Riedl A**, Figura A, et al. Psychological and sociodemographic predictors of premature discontinuation of a 1-year multimodal outpatient weight-reduction program: an attrition analysis. *Patient Preference and Adherence* 2012;6:165–177.

Inhoff T, Mönnikes H, Noetzel S, Stengel A, Goebel M, **Riedl A**, et al. Desacyl Gherlin inhibits the orexigenic effect of peripherally injected Ghrelin. *Peptides* 2008;29:2159-68.

Franke L, Schmidtman M, **Riedl A**, et al. Serotonin transporter activity and serotonin concentration in platelets of patients with irritable bowel syndrome – effect of gender. *J Gastroenterol* 2010;45(4):389-98.

Ahnis A, **Riedl A**, Knoll N. Krankheitsbezogene subjektive Ursachenvorstellungen bei alten Menschen mit Inkontinenz [Illness-related causal attributions of the elderly with incontinence.] *Pflege & Gesellschaft* 2009;14:325-342.

Haas V, Engeli S, Hofmann T, **Riedl A**, et al. Variations in truncal body circumferences affect fat mass quantification with bioimpedance analysis. *Eur J Clin Nutr.* 2011 Sep 7. Epub ahead of print.

Haas V, **Riedl A**, Hofmann T, et al. Bioimpedance and Bioimpedance Vector Analysis in patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review.* Accepted 10/2011.

Elbelt, U, Ahnis A, **Riedl A**, et al. Associations between activity thermogenesis, depressiveness and coping in subjects with high-grade obesity intending to undergo bariatric surgery: a cross-sectional study. *European Eating Disorders Review.* Accepted 01/2012.

Poster

Posterpreis 2. Platz in Alpbach, 2007

Riedl A, Gossing G, Kretschmer B, et al. Schwangerschaft und Fertilität und Essstörungen anhand eines Case reports einer Patienten mit bulimiformer Anorexia nervosa und Schwangerschaft. Kongress Essstörungen, Alpbach Tirol, 2007.

Riedl A, Kretschmer B, Gossing G, et al. Schwangerschaft und Fertilität bei Essstörungen. Kongress DGPFPG.

Craciun EM, **Riedl A**, Pirlich M, et al. Refeeding Syndrome and Central Pontine Myelinolysis in Anorexia Nervosa. Okt 2007, Kongress Essstörungen 2007 Tirol

Craciun EM, **Riedl A**, Pirlich M, et al. Refeeding Syndrom und Zentrale Pontine Myelinolyse bei 22-jähriger Patientin mit Anorexia Nervosa. Nov 2007. DGPPN Kongress 2007 Berlin

Vogt A, Bresch E, Terán C, Steinhagen-Thiessen E, **Riedl A**, et al. Integrierte Versorgung bei Adipositas und Metabolischem Syndrom. DAG Kongress 2008.

Grimm A, **Riedl A**, Ahnis A, et al. Körpererleben adipöser Patienten - eine Erhebung mit der Grid-Technik. DGPM-Kongress, Berlin 2010.

Elbelt U, Ahnis A, **Riedl A**, et al. Aktivitätsbedingter Energieumsatz, Depressivität und Coping von höhergradig adipösen Patienten, die eine bariatrische Operation anstreben. DGE, Mannheim, März 2012.

Eingeladene Vorträge

Riedl A: „Welche gastroenterologischen Patienten benötigen psychosomatische Diagnostik und Therapie?“. DGVS, September 2006, Hannover

Riedl A: „Welche gastroenterologischen Patienten benötigen psychosomatische Diagnostik und Therapie?“ März 2007, Fortbildungsveranstaltung, Charité, CCM, Gastroenterologie

Riedl A: „Zu dick - Zu dünn: Essstörungen – Anorexia nervosa, Bulimie Nervosa und Binge Eating Disorder – in der Praxis.“ Mai 2009, Psychosomatisches Symposium, Oberhavelklinik Henningsdorf.

Riedl A: “Reizdarm – Aus psychosomatischer Sicht.” November 2009, Fortbildungsveranstaltung: Innovationen in der Koloproktologie, Krankenhaus Waldfrieden.

6.0 SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Ich, Andrea Riedl, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Subjektive Krankheitstheorien beim Reizdarmsyndrom sowie Harn- und Analinkontinenz unter Berücksichtigung klinischer und psychologischer Variablen“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Berlin, 01.09.2012

Andrea Riedl

7.0. DANKSAGUNG

Im Folgenden möchte ich mich bei all denjenigen Menschen bedanken ohne deren Unterstützung und Begleitung die vorliegende Arbeit nicht machbar gewesen wäre.

Mein Dank geht an Professor Klapp, der mir die zeitlichen und inhaltlichen Möglichkeiten gegeben hat, neben meiner Facharztausbildung an seiner Abteilung zu promovieren. Ohne seine Motivation und seinen ständigen Ansporn wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Herrn Professor Mönnikes danke ich für die Möglichkeit, unter seiner Leitung einen Großteil der Daten sammeln zu können, für seine Begutachtung und Unterstützung.

Frau Dipl. - Psych. Maass, Frau Dr. Ahnis, Hr. PD Dr. Fliege und Hr. Schmidtman für die Kooperation und Hilfe bei der Datenerhebung und Auswertung sowie die immer konstruktive und produktive Zusammenarbeit.

Zudem möchte ich meinem Mann Felix für seine emotionale und zeitliche Unterstützung von Herzen danken.

Nicht zuletzt möchte ich noch meinen Eltern danken, die es mir überhaupt erst ermöglicht haben, diesen beruflichen Werdegang einzuschlagen.

DANKE!