



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Resilienz bei chronisch erkrankten Personen

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Verfasserin

Sophie Roupetz

gemeinsam mit

Theresa Hettl

Jenny Koegel

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Psychologie

Betreuerin:

Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster



## DANKSAGUNG

Vielen Dank Frau Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster und Herr Dr. Ulrich Tran, dass Sie das Projekt überhaupt erst möglich gemacht haben und uns das nötige Vertrauen in eine autonome Erarbeitung geschenkt haben.

Ein herzliches Danke auch an alle Studienteilnehmer, die sich für die Befragung Zeit genommen haben! Die Rücklaufquote war wirklich überwältigend und ist alles andere als selbstverständlich.

Für die nötige Motivation sorgten meine liebenswerten Kolleginnen Theresa Hettl und Jenny Koegel. Ihr habt mir bei statistischen Fragen geholfen und meinen Hund miterzogen. Ohne euch hätte eindeutig der Spaß an der Sache gefehlt!

Außerdem danke ich

meinem stolzen Vater, der meinem Freigeist nie im Weg stand.

meiner mich so liebenden Mutter, die mir immer das Gefühl gab, alles schaffen zu können ohne etwas schaffen zu müssen.

meiner klugen Schwester, für ihre unermüdliche Geduld mir das Lernen zu lehren.

meinen geliebten Vierbeinern Gwendoline und Hana, die mir bedingungslos zur Seite stehen.

meinen Arbeitskollegen für die unsagbare Geduld einer flexiblen Dienstplanerstellung.

meinem vielseitigen Freund, der mir die nötige Ablenkung geboten hat und mein chaotisches, nie zur Ruhe kommendes Wesen erträgt.



## **Resilienz-Projekt**

Das Resilienz-Projekt gliedert sich in drei Diplomarbeiten, verfasst von Frau Theresa Hettl (0802350), Frau Jenny Koegel (0708862) und Frau Sophie Roupetz (0502541). Die Arbeiten halten sich bestmöglich an die APA-Richtlinien (APA-Manual, 2010), aus Rücksicht auf die Umwelt und aus Platzgründen wird jedoch auf den doppelten Zeilenabstand verzichtet. Um die Leserlichkeit der Arbeit zu verbessern werden nur die männlichen Formen geschrieben, dabei werden aber immer beide Geschlechter angesprochen. Abschnitte, die in allen drei Arbeiten zu finden sind, werden durch den jeweiligen Autor im Titel eindeutig gekennzeichnet.

## ABSTRACT (deutsch)

Ziel dieser Arbeit war es, den bisher schwer definierbaren Begriff von Resilienz zu vereinheitlichen sowie das Konstrukt anhand unterschiedlicher Faktoren zu messen. Als resilienzfördernde Faktoren wurden Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube herangezogen und im Hinblick auf die psychische Gesundheit genauer untersucht. Dafür wurde einer Gesamtstichprobe ( $n = 337$ ) von chronisch erkrankten Personen, nämlich Personen mit chronischem Rückenschmerz (CRS), Multipler Sklerose (MS) und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED), eine umfassende Fragebogenbatterie vorgelegt. Kritisch hinterfragt wurde auch, ob das Konstrukt der Resilienz, gemessen mit dem CD-RISC, durch die verwendeten Faktoren ausreichend erklärt wird. Außerdem wurden bei der spezifischen Stichprobe ( $n = 153$ ) mit ausschließlich von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen betroffenen Personen die Auswirkungen von Resilienz auf ausgewählte psychische Belastungen genauer geprüft, darunter Depression, Angst, Fatigue, posttraumatische Belastungsstörungen, Stress sowie Copingstrategien.

Die Ergebnisse der Gesamtstichprobe als auch der spezifischen Stichprobe konnten zeigen, dass allen voran ein selbstwirksames Verhalten für eine hohe Resilienz bedeutend ist, gefolgt von Optimismus und sozialer Unterstützung. Auch der Glaube wurde bei der Gesamtstichprobe und der spezifischen Stichprobe als signifikanter Prädiktor für Resilienz identifiziert, allerdings war der Einfluss eher gering. Der signifikante Erklärungsanteil der CD-RISC in Bezug auf Depressionen ging über die von uns untersuchten Faktoren hinaus. Bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ging eine niedrige Resilienz mit erhöhten Werten in den untersuchten psychischen Belastungen einher. Der Effekt von maladaptiven und adaptiven Copingstrategien zeigte kaum Unterschiede auf die Ausprägung von Resilienz.

Schlussendlich wäre eine genauere Betrachtung der Ergebnisse aufgrund ihrer Signifikanz in der zukünftigen Forschung wünschenswert, eine kritische Hinterfragung bleibt dennoch unabdingbar. Besonders für die klinische Praxis könnte der Stellenwert von Selbstwirksamkeit, als wichtiger Faktor von Resilienz bei der Behandlung von Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, mehr Aufmerksamkeit finden.

## ABSTRACT (english)

The aim of this study was to unify the elusive concept of resilience and to measure the construct by different psychological factors constituting resilience. In particular, using a questionnaire four specific factors of resilience have been analyzed: self-efficacy, optimism, social support and spiritual/religious belief. This analysis was based on a main sample ( $n = 337$ ) including three different groups of chronic illnesses: chronic backache, multiple sclerosis, and inflammatory bowel disease. Further, the group of people suffering from inflammatory bowel disease (IBD) was examined within a specific sample ( $n = 153$ ) in order to identify the influence of resilience on depression, anxiety, fatigue, posttraumatic stress disorder, stress, and coping strategies. It was also investigated whether resilience as assessed with the psychometric scale CD-RISC could be fully explained by the four specific factors of resilience.

Self-efficacy was identified in both samples as the single most important predictor of resilience, followed by optimism and social support. In addition, the variable spiritual/religious belief was significantly related to resilience in the main sample as well as in the specific sample. However, it had just a small effect on resilience. CD-RISC scores had incremental validity beyond the four specific factors of resilience only with regard to depression scores ( $\beta = -.18$ ;  $p = .04$ ). Among the specific sample, resilience correlated negatively with psychological distress. The effect of maladaptive and adaptive coping strategies did not show any significant differences, concerning the outcome of resilience.

Regarding future research on this topic, the study recommends further detailed considerations of the outcome in order to gain more support for the most significant results. Especially, the clinical practice could include the importance of self-efficacy as a resilience factor on psychological wellbeing when treating people suffering from inflammatory bowel diseases.



## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung (Theresa Hettl, Jenny Koegel, Sophie Roupetz) .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Resilienz .....</b>	<b>4</b>
2.1.1. Entstehungsgeschichte (Jenny Koegel) .....	4
2.1.2. Kontroversen der aktuellen Resilienzforschung (Jenny Koegel, Sophie Roupetz) .....	7
2.1.3. Biologische Faktoren (Jenny Koegel) .....	13
2.1.4. Psychologische / persönliche Faktoren (Theresa Hettl) .....	15
2.1.4.1. Selbstwirksamkeit.....	16
2.1.4.2. Kohärenzgefühl und Hardiness.....	16
2.1.4.3. Positive Emotionen, Optimismus und Humor .....	17
2.1.4.4. Emotionsregulation und Coping.....	19
2.1.4.5. Intelligenz .....	20
2.1.4.6. Religiosität und Glaube .....	21
2.1.5. Soziale Faktoren (Sophie Roupetz).....	22
2.1.5.1. Einfluss von Umweltfaktoren .....	22
2.1.5.2. Genderbedingter Einfluss .....	23
2.1.5.3. Kultureller Einfluss.....	23
2.1.5.4. Einfluss sozialer Unterstützung .....	25
2.1.6 Messbarkeit von Resilienz (Sophie Roupetz).....	26
2.1.7. Resilienz bei Menschen mit chronischen Erkrankungen (Theresa Hettl).....	29
<b>2.2. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen .....</b>	<b>31</b>
2.2.1. Ätiologie.....	31
2.2.2. Epidemiologie .....	32
2.2.3. Symptome.....	33
2.2.3.1. Morbus Crohn.....	33
2.2.3.2. Colitis ulcerosa.....	33
2.2.4. Biopsychosoziales Krankheitsmodell.....	34
2.2.5. Psychische Belastungen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen .....	35
2.2.6. Depression und Angst.....	35
2.2.7. Lebensqualität .....	37
2.2.8. Life Events und Alltagsstress .....	37
2.2.9. Subjektives Krankheitskonzept.....	38
2.2.10. Copingstrategien .....	40

<b>3. Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen .....</b>	<b>43</b>
<b>4. Methode.....</b>	<b>46</b>
<b>4.1. Studiendesign.....</b>	<b>46</b>
<b>4.2. Stichprobenbeschreibung (Sophie Roupetz).....</b>	<b>47</b>
<b>4.3. Messinstrumente (Theresa Hettl, Jenny Koegel, Sophie Roupetz).....</b>	<b>48</b>
4.3.1. Trait Cheerfulness (STCI cheerfulness subscale; Ruch, Köhler, & van Thriel, 1996) (Sophie Roupetz) .....	49
4.3.2. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999) (Sophie Roupetz) .....	49
4.3.3. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) .....	50
(Sophie Roupetz) .....	50
4.3.4. Fragebogen zur sozialen Unterstützung Kurzform K-14 (F-SozU K-14; Fydrich, Sommer, Tydecks, & Brähler, 2009) (Theresa Hettl).....	50
4.3.5. Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D; Albani et al., 2002) (Theresa Hettl) .....	50
4.3.6. Traumatic Life Event Questionnaire (TLEQ; Teegen, 2003) (Jenny Koegel) .....	51
4.3.7. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C;.....	51
4.3.8. 20-item Perceived Stress Questionnaire (20-item PSQ; Fliege et al., 2005) .....	52
4.3.9. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Loch, Hiller, & Witthöft, 2011) (Theresa Hettl).....	52
4.3.10. Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18; Derogatis, 2000) (Jenny Koegel) .....	53
4.3.11. Fatigue Severity Scale (FSS; Krupp et al., 1989) (Jenny Koegel) .....	53
4.3.12. Demographische Daten (Sophie Roupetz) .....	53
<b>4.4. Auswertung (Theresa Hettl) .....</b>	<b>54</b>
4.4.1. Auswertung der Fragestellungen der Gesamtstichprobe (Theresa Hettl) .....	54
4.4.2. Auswertung der Fragestellungen der spezifischen Stichprobe .....	55
<b>5. Ergebnisse.....</b>	<b>56</b>
<b>5.1. Deskriptive Daten der verwendeten Fragebögen (Theresa Hettl, Jenny Koegel, Sophie     Roupetz) .....</b>	<b>56</b>
<b>5.2. Resilienzfaktoren .....</b>	<b>57</b>
5.2.1. Ergebnisse erste Fragestellung: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit chronischen Erkrankungen? (Jenny Koegel) .....	57
5.2.2. Ergebnisse zweite Fragestellung: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen?.....	59
5.2.3. Vergleich der Ergebnisse der verschiedenen chronischen Erkrankungen (Sophie Roupetz) .....	61
5.2.4. Ergebnisse dritte Fragestellung: Wird das Konstrukt der Resilienz (CD-RISC) durch die verwendeten Faktoren in der Fragebogenbatterie ausreichend erklärt? (Jenny Koegel) .....	62

<b>5.3. Psychisches Wohlbefinden bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen .....</b>	<b>68</b>
5.3.1. Ergebnisse vierte Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine geringe Resilienz bei an CED erkrankten Personen? .....	68
<b>5.4. Untersuchungsergebnisse der Demographischen Daten .....</b>	<b>69</b>
<b>6. Diskussion .....</b>	<b>71</b>
<b>6.1. Diskussion der Ergebnisse der chronisch Erkrankten .....</b>	<b>71</b>
6.1.1. Prädiktoren für Resilienz (Sophie Roupetz) .....	71
6.1.2. Überprüfung der CD-RISC (Jenny Koegel) .....	73
<b>6.2. Diskussion der Ergebnisse der Personen mit CED .....</b>	<b>75</b>
6.2.1. Prädiktoren für Resilienz .....	75
6.2.2. Resilienz und psychisches Wohlbefinden bei Personen mit CED .....	76
<b>6.3. Kritik und Einschränkungen der Studie (Theresa Hettl) .....</b>	<b>80</b>
<b>7. Conclusio / Ausblick (Theresa Hettl) .....</b>	<b>81</b>
<b>8. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>83</b>
<b>9. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>91</b>
<b>10. Anhang .....</b>	<b>92</b>
<b>10.1. Demographische Daten .....</b>	<b>92</b>
<b>10.2. Fragebogenbatterie .....</b>	<b>94</b>
<b>10.3. Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>111</b>
<b>10.4. Curriculum Vitae .....</b>	<b>112</b>

## **1. Einleitung (Theresa Hettl, Jenny Koegel, Sophie Roupetz)**

Im Sommer-Semester 2012 wurde an der Universität Wien, Fakultät für Psychologie ein Forschungsprojekt entwickelt, welches sich unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Lueger-Schuster und Herrn Dr. Tran mit wirksamen Faktoren von Resilienz bei verschiedenen chronischen Krankheitsbildern beschäftigte. Im Zuge dieses Projekts wurden drei Diplomarbeiten geschrieben. Frau Theresa Hettl untersuchte Resilienz bei Personen mit chronischem Rückenschmerz und Frau Jenny Koegel Resilienz bei Personen mit Multipler Sklerose. In dieser Arbeit beschäftigt sich die Autorin (Sophie Roupetz) mit Resilienz bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Die Arbeit gibt zuerst einen Überblick über den theoretischen Hintergrund von Resilienz und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, danach werden die Fragestellungen praktisch erforscht und die Bedeutungen der Ergebnisse beschrieben.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

### **2.1. Resilienz**

#### 2.1.1. Entstehungsgeschichte (Jenny Koegel)

Der Beginn der Resilienzforschung ist in den 1950er Jahren zu finden (Kolar, 2011). Die retrospektive Forschung, bei der man die Lebensgeschichten delinquenter Kinder oder Kinder mit psychischen Erkrankungen im Nachhinein rekonstruierte, führte zur Überzeugung, Kinder mit traumatischen Erfahrungen oder Kinder, die in schwerer Armut lebten, müssten sich in jedem Fall schlecht entwickeln (Werner, 2005). Nach und nach wurden diese Annahmen mit Forschungsarbeiten widerlegt, die sich mit der gesunden Kindesentwicklung, trotz widriger Umstände, auseinandersetzte (Werner, 2005). Inzwischen ist bekannt, dass eine resiliente Reaktion auf belastende Situationen, also eine gesunde Weiterentwicklung, typisch ist für Personen, die Belastungen ausgesetzt waren, und in vielen Fällen auftritt (Bonanno, 2005). Hiermit war die grundsätzliche Frage der heutigen Resilienzforschung gesetzt (Bonanno, 2005): Warum erholen sich einige Personen schnell von negativen Erfahrungen, bzw. warum kommt es gar nicht erst zu negativen Folgen, während diese bei anderen Personen aber auftreten?

Eine der bekanntesten Untersuchungen dazu ist die Langzeitstudie von Werner und Smith (2001), die auf der Insel Kauai durchgeführt wurde. Über Jahrzehnte wurden regelmäßig Daten von Männern und Frauen erhoben. Unter anderem gehörten dazu biologische und psychosoziale Risikofaktoren, stressreiche Lebensereignisse und protektive Faktoren. Besonderes Interesse galt aber eben solchen Kindern, die unter ungünstigeren Bedingungen aufwuchsen. Hierzu wurden Schwierigkeiten bei der Geburt, ein labiles Zuhause, psychisch erkrankte oder alkoholranke Eltern(teile) gezählt. Man versuchte festzuhalten, welche Faktoren sich bei einer gesunden Entwicklung dieser Kinder als unterstützend zeigten, denn eine gesunde Entwicklung war bei jedem dritten Kind trotz hoher Risikofaktoren der Fall. Bereits im Kleinkindalter beobachteten Werner und Smith (2001), dass resiliente Kinder zugänglicher waren und ein weniger schwieriges Temperament hatten. Bis zur letzten Erhebung stellte man eine hohe Hingabe gegenüber der Familie und der Gemeinde fest. Später zeigte sich die Resilienz der untersuchten Personen auch durch sehr viel höhere Lebenszufriedenheit, und resiliente Personen sahen ihr Leben vermehrt als positive Herausforderung an, als dass sie sich Sorgen, wie etwa um die eigene Gesundheit oder die Familie machten.

Als schützende Faktoren gaben bereits Werner und Smith (2001) mehrere Quellen an. So teilten sie diese in personale Faktoren, wie Optimismus oder Selbstbewusstsein ein, sowie in familiäre Schutzfaktoren und solche, die in der Gemeinschaft liegen, wie beispielsweise Bezugspersonen außerhalb der Familie. Bis zur letzten Erhebung stellten Werner und Smith (2001) Unterschiede in Bezug auf den Umgang mit kritischen Lebensereignissen zwischen resilienten und weniger resilienten Individuen innerhalb der Kinder mit hohen Risikofaktoren fest. Die Unterschiede zeigten sich sowohl in der Reaktion auf positive als auch auf negative Lebensereignisse (Werner & Smith, 2001). Erst viel später begann man auch die Frage nach Resilienz bei Personen im Erwachsenenalter zu stellen und die Forschung wendete den Blick von der Entwicklungspathologie langsam wieder ab (Werner, 2005).

Eine bedeutsame Entwicklung der Resilienzforschung in den 1970er Jahren wird oft mit Norman Garmezy in Zusammenhang gebracht. Sein Fokus auf Resistenz, Wachstum und positive Adaption gab der Resilienzforschung eine neue Perspektive (Kolar, 2011). Viele Studien folgten diesem Interessenwechsel von einer negativen Entwicklung zu einer erfolgreichen Adaption (Werner, 2005).

Mit wachsendem Interesse an der Resilienzforschung gehen allerdings seit jeher ein Mangel bei der Definition, der Operationalisierung und den Messmethoden zur Erfassung einher. Dies führt zu einer derzeit unübersichtlichen Masse an Definitionen und Terminologien, die zu großer Konfusion unter Forschenden, Laien und politischen Entscheidungsträgern führen (Kolar, 2011).

Resilienzforschung scheint besonders stark von dem Einfluss subjektiver Meinungen der Forscher betroffen zu sein. So gibt es beispielsweise Kontroversen darüber, ob resiliente Personen lediglich die Fähigkeit haben, sich unter Stress positiv zu entwickeln, oder ob es bei diesen Personen in Stresssituationen zu einer Entfaltung besonderer Mechanismen kommt, die eine Adaption unter stressreichen Bedingungen erst möglich machen (Kolar, 2011). Auch wie stark der Stress ausgeprägt sein muss, dem eine Person ausgesetzt sein muss, um sie bei positiver Entwicklung als resilient zu beschreiben, ist uneinheitlich in der Literatur beschrieben (Davydov, Steward, Ritchie, & Chaudieu, 2010).

Äußerst populär waren und sind teilweise immer noch monokausale Ansätze, die entweder biomedizinische, psychologische oder soziokulturelle Erklärungsmodelle für Resilienz verwenden (Davydov et al., 2010). Monokausale Ansätze sind zwar aufgrund ihrer Einfachheit sehr beliebt, unterliegen aber dem großen Problem, dass sie das Zusammenspiel der verschiedenen Einflüsse ignorieren. Dies ist in Anbetracht der multikausalen Beschaffenheit der Gesundheit aber sehr einseitig (Davydov et al., 2010).

Gerade zu Beginn der Resilienzforschung ging man von Resilienz als Persönlichkeitsfaktor aus. Resilienz wurde als in einem Individuum verankerte Persönlichkeitseigenschaften gesehen und anhand dieser definiert. Typisch waren Persönlichkeitseigenschaften wie Autonomie und Selbstbewusstsein. Resilienz als Persönlichkeitsfaktor zu sehen, führte dazu, dass diese nicht als sich entwickelnder Prozess, sondern als unveränderbar und stabil galt (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Mit der Weiterentwicklung des Forschungsfeldes wiesen immer mehr Forschungsergebnisse auf die Wichtigkeit der näheren Umgebungsbedingungen hin, wie die familiäre und soziale Unterstützung, und es wurden externen Faktoren als besonders wichtig angesehen (Luthar et al., 2000). Wieder andere Forschungsberichte beschrieben Resilienz als gesellschaftlich verankert und abhängig von politischen Entscheidungen, wie z.B. finanzielle Unterstützung des Staates im Einzelfall (Davydov et al., 2010). Diese

anderen Perspektiven führten dazu, Resilienz weniger als stabilen Faktor zu sehen, sondern vielmehr als Prozess, der sich bei wechselnden Lebensbedingungen erst entwickelt. Ein resilienter Mensch galt nun weniger als „unverletzbar“, da man sich der Komplexität und dem Prozess der Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt verstärkt bewusst wurde (Luthar et al., 2000). Trotz neuer Herangehensweisen und Sichtweisen, Resilienz nicht mehr einzig als Persönlichkeitsfaktor anzusehen, waren und sind all die Erklärungen, die ausschließlich einen Faktor heranziehen, zu eingeschränkt.

Resilienz setzt sich aus verschiedensten Faktoren zusammen, daher ist es notwendig in Untersuchungen von einem multikausalen Ansatz auszugehen.

### 2.1.2. Kontroversen der aktuellen Resilienzforschung (Jenny Koegel, Sophie Roupetz)

Resilienz ist ein komplexes Konstrukt, welches wie oben beschrieben zu Unsicherheit und Verwirrung unter Forschenden und Laien führt (Kolar, 2011). Dennoch oder gerade deshalb ist es wichtig in der Forschung Resilienz nicht einseitig, sondern multidimensional zu betrachten. Wie wichtig diese Herangehensweise ist, wird deutlich, wenn man sich vor Augen hält, dass jedes Individuum und dessen nähere und weitere Umgebung in ständiger Interaktion stehen (Kolar, 2011). Es ist nicht möglich, einen resilienzfördernden Faktor, wie zum Beispiel die biologische Ausstattung einer Person, von einem anderen Resilienzfaktor, wie etwa die psychologischen Verhaltensweisen in Stresssituationen voneinander losgelöst zu betrachten. Beide und viele andere Faktoren, die das Konstrukt Resilienz ausmachen, beeinflussen sich ständig gegenseitig und erst im Zusammenspiel dieser Faktoren, welches individuell unterschiedlich sein kann, ergibt sich die Resilienz einer Person (Kolar, 2011; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003).

Einhergehend mit dieser multidimensionalen Herangehensweise, beschrieben Davydov et al. (2010) das Fehlen eines allgemeinen theoretischen Konstrukts, was die einheitliche Operationalisierung der verschiedenen Resilienzfaktoren unmöglich macht. Sie schlugen vor, das Modell der Immunität, wie es aus der somatischen Medizin bekannt ist, auf die psychische Gesundheit auszuweiten. Diese Ausweitung würde grundlegend mit Georg Engels biopsychosozialem Modell übereinstimmen (Davydov et al., 2010), welcher von der Ganzheitlichkeit von Gesundheit und Krankheit ausging und

als einer der ersten den rein medizinischen Blick um Wirkfaktoren wie persönliche Beziehungen und gesellschaftliche Faktoren erweiterte (Adler, 2009). Das Immunitätsmodell soll dabei helfen, ein Gleichgewicht zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bei Erklärungsansätzen im Umgang mit Stress herzustellen. Außerdem soll es die Interaktionen der Faktoren erklären (Davydov et al., 2010).

Davydov et al. (2010) gehen davon aus, dass es, um eine Belastung positiv bewältigen zu können, einen Mechanismus braucht, welcher widrige Begebenheiten erkennt und auf diese adäquat reagieren kann. Resilienz kann angeboren sein, sich aber auch durch individuelle Adaption oder externe Beeinflussung entwickeln. Die einzelnen Faktoren können unabhängig voneinander agieren, in gegenseitiger Wechselwirkung stehen oder als kausale Kette auftreten. Es ist allen Resilienzfaktoren gemein, dass sie helfen, die psychische Gesundheit zu schützen und zu fördern, die Erholung zu beschleunigen und negative Auswirkungen psychischer Stressfaktoren zu lindern (Davydov et al., 2010). Wie jedes System ist das Resilienzsystem, wenn man eine große Personengruppe betrachtet ähnlich, dennoch gibt es erhebliche individuelle Unterschiede in den angeborenen oder angeeigneten Mechanismen, sowie darin, wie eine einzelne Person auf welchen Stressor reagiert (Davydov et al., 2010). Gleichzeitig betonen die Autoren, dass die Betrachtung von Resilienz nicht auf eine individuelle Ebene beschränkt werden darf, sondern ebenso eine Gruppenebene, wie Kultur und Gemeinschaft, sowie deren Interaktion beachtet werden muss (Davydov et al., 2010).

Multikausale Ansätze haben es geschafft, den Blick auf Resilienz um wichtige Aspekte zu erweitern und bedingen außerdem eine multidisziplinäre Sichtweise auf diese, ausgehend von beispielsweise der Psychologie, Medizin oder der Soziologie (Kolar, 2011). Eine solche Sichtweise ist zwar sehr wünschenswert, führt aber gleichzeitig zu unterschiedlichen Operationalisierungen in der aktuellen Resilienzforschung (Atkinson, Martin, & Rankin, 2009). Auch innerhalb der einzelnen Disziplinen führen Unterschiede in Operationalisierungen und Definitionen von Resilienz zu verschiedenen Herangehensweisen (Tran, Glück, & Lueger-Schuster, 2013).

Um die kontroversen Ansichten zu verdeutlichen, dienen die folgenden vier Definitionsansätze zu Resilienz:

1. „Resilience is the ability of adults in otherwise normal circumstances who are exposed to an isolated and potentially highly disruptive event ... to maintain relatively stable, healthy levels of psychological and physical functioning. as well as the capacity for generative experiences and positive emotions” (Bonanno, 2004, S. 20–21).
2. „The ability to apparently recover from the extremes of trauma, deprivation, threat or stress is known as resilience” (Atkinson et al., 2009, S. 137).
3. „...resilience can be conceptualized as the extent to which individuals at genetic risk for maladaptation and psychopathology are not affected. ...Moreover, genes are equally likely to serve a protective function against environmental insults for some individuals” (Curtis & Cicchetti, 2003, S. 798).
4. „(Resilience is) the capacity of a system, community or society potentially exposed to hazards to adapt, by resisting or changing in order to reach and maintain an acceptable level of functioning and structure. This is determined by the degree to which the social system is capable of organizing itself to increase this capacity for learning from past disasters for better future protection and to improve risk reduction measures” (UNISDR, 2005).

Die ersten beiden Definitionen unterscheiden sich in ihrem Begreifen von Resilienz als Erholung oder als Aufrechterhaltung von psychischen und physischen Funktionen beim Erleben von widrigen Ereignissen. Die Erholung, auch oft als „bounce back“ bezeichnet, ist eine traditionelle Herangehensweise in der Resilienzforschung (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007). Basierend auf ihrer Widerstandsfähigkeit, gelingt es einer Person, nach Eintreten psychischer Belastung, durch das Erleben eines widrigen Ereignisses, sich zu erholen und die psychische Gesundheit wieder auf das vorherige Funktionsniveau zu bringen (Atkinson et al., 2009). Fokussiert wird vor allem auf die Fähigkeit der Umgestaltung und Anpassung einer Person (Atkinson et al., 2009).

Bonanno et al. (2007) setzen dieser Ansicht eine Definition entgegen, die davon ausgeht, dass resiliente Personen, die einem widrigen Ereignis ausgesetzt waren, zwar teilweise kurzfristige emotionale Dysregulationen erleben können, diese aber ihre psychischen und physischen Funktionen kaum beeinträchtigen. Entsprechend sind sie fähig persönliche und soziale Verantwortungen sowie neue Aufgaben, auch nach dem Erleben belastender Ereignisse, zu übernehmen (Bonanno et al., 2007). Einige Autoren

gehen noch weiter und beschreiben ein psychologisches Wachstum, also eine positive Entwicklung trotz oder gerade aufgrund des Erlebens von Widrigkeiten (Atkinson et al., 2009).

Eine neuere Entwicklung der Resilienzforschung zeigen Curtis & Cicchetti (2003) in ihrer biologisch orientierten Definition von Resilienz auf. Ihrer Ansicht nach unterscheiden sich resiliente Individuen von solchen, die weniger resilient sind, durch bestimmte genetische, neurobiologische und hormonelle Verschiedenheiten. Diese biologische Perspektive kann nicht losgelöst von sozialen und psychologischen Faktoren betrachtet werden, da es besonders darum geht, biologische Grundlagen für diese Faktoren zu finden (Curtis & Cicchetti, 2003). Daraus folgernd halten die Autoren es für angemessen, Resilienz auf verschiedenen Ebenen innerhalb eines Systems zu erforschen, beklagen aber, dass die biologische Ebene zu wenig Beachtung findet (Curtis & Cicchetti, 2003).

Wie oben beschrieben reicht es nicht aus Resilienz ausschließlich am Individuum zu erklären, sondern Gruppenfaktoren könnten ebenfalls eine Rolle spielen (Davydov et al., 2010). Vermehrt gibt es Forschungen zu resilienzfördernden Faktoren spezifischer Personengruppen, wie beispielsweise Personen, die an Krebs erkrankt sind (Atkinson et al., 2009). Zudem wird der Begriff Resilienz häufiger in der Katastrophenforschung genutzt (Manyena, 2006). Ein Programm der United Nations, *The Hyogo Framework for Action 2005–2015*, definiert Resilienz auf Systemebene. Resilienz wird hier nicht auf das Individuum bezogen, sondern betrifft eine ganze Gruppe bzw. ein ganzes System (Manyena, 2006). Ein resilientes System, Gemeinschaft oder Gesellschaft ist, nachdem es Stress ausgesetzt war, in der Lage sich anzupassen und zu überleben, indem es einige Eigenschaften verändert und sich dadurch neu aufbaut. Diese Definition von Resilienz hat vor allem Auswirkungen auf die Verringerung von Risiken, die nach einer Katastrophe auftreten können. So versucht man Eigenschaften eines Systems zu identifizieren, die verändert werden können und beim Wiederaufbau desselben helfen (Manyena, 2006)

Resilienz kann unterschiedliche Dimensionen und Konstrukte integrieren (Tran et al., 2013). Jedoch führen die kontroversen Definitionsansätze zu Unklarheiten, welche den Versuch einer Operationalisierung erschweren (Manyena, 2006).

Forscher weisen auf Risiko- und Schutzfaktoren hin, die Resilienz beeinträchtigen bzw. fördern (Tran et al., 2013). Risikofaktoren beeinflussen den Umgang mit und die Folge von Stressoren. Sie können feststehend (Geschlecht) oder variabel (Alter) sein. Wenn eine Manipulation des Faktors das Risiko für ein bestimmtes Ergebnis beeinflusst, so gilt dieser als kausal. Geht der Faktor nicht dem Ergebnis voraus, wird er als Konsequenz oder Begleiterscheinung benannt (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen, & Kupfer, 1997; Tran et al., 2013).

Risiko- und Schutzfaktoren können ganz unterschiedlicher Art sein. Oft identifiziert wurden persönliche bzw. psychologische Faktoren, wie Hardiness, Selbstwert, Humor oder Religiosität (Bonanno et al., 2003; Connor, 2006; Connor, Davidson, & Lee, 2007; Tran et al., 2013). Risiko- oder Schutzfaktoren können auch in demographischen Daten verankert sein, wie Beziehungsstatus, Einkommen oder Bildung. Auch soziale Unterstützung gilt, wenn auch umstritten, als ein solcher Faktor (Bonanno et al., 2007, Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Tran et al., 2013).

Besonders wenn eine Person widrigen oder potentiell traumatischen Lebensereignissen ausgesetzt ist, sind Risiko- und Schutzfaktoren von Bedeutung. Das Erleben von widrigen Lebensereignissen hat oft negative Konsequenzen für die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden zur Folge. Deshalb ging man lange davon aus, dass das gänzliche Ausbleiben von Widrigkeiten optimal sei. Heute aber beschreiben viele empirische Studien, dass beim Erleben solcher widrigen Erfahrungen unter mäßig erlebtem Stress sogar eine höhere Resilienz entwickelt werden kann (Rutter, 2006). Das Erleben von widrigen Lebensereignissen kann sich also auch positiv auf die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken, als auch Distress und Schmerz lindern. Dies bedeutet, dass ein geringer bis mäßiger Grad an Widrigkeiten die Tendenz zu einer resilienten Reaktion bei nachfolgenden Schwierigkeiten erhöhen kann; sei es bei wesentlichen Lebensereignissen oder alltäglichem Stress. Beispielsweise können physisch belastende Schmerzen oder Anforderungen am Arbeitsplatz beherrschbar anstatt überwältigend scheinen (Seery, 2011). Diese Wahrnehmung kann auf einer Reihe von Mechanismen beruhen. Dazu gehören eine generierte Belastbarkeit, eine erlangte Überlegenheit durch bereits erlebte Widrigkeiten, eine geförderte Kontrollwahrnehmung, der Glaube an die Fähigkeit für erfolgreiches Coping und der Ausbau von effektiver sozialer Unterstützung (Lyons et al., 2010). Ohne jegliche

Erfahrung von Widrigkeiten haben diese Ressourcen kaum Gelegenheit sich zu entfalten. DiCorcia und Tronick (2011) zeigten, dass Kinder Resilienz im Umgang mit täglichem Stress am besten unter mäßig aufmerksamer Erziehung entwickelten. Frischvermählte Paare, welche einen mäßigen Grad an täglichem Stress erfuhren standen zukünftigem Beziehungsstress resilienter gegenüber als Paare, welche mit weniger Alltagsstress konfrontiert waren. Die Paare zeigten einen starken Zusammenhalt, beispielsweise durch Fertigkeiten zur effektiven Problemlösung. Entscheidend war also das Anwenden von erfolgreichen Copingstrategien (Neff & Broady, 2011).

Dem gegenüberstehend kann ein hoher Grad an Widrigkeiten, beim Erleben von potentiell traumatischen Ereignissen, Überforderung und Hilflosigkeit begünstigen. Im Angesicht der Tatsache, dass Erwachsene wenigstens ein traumatisches Erlebnis in ihrem Leben erfahren (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995), leidet aber schlussendlich ein relativ geringer Anteil an den Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (American Psychiatric Association, 2000). Lediglich 5 bis 10 % erleben nach einem potentiell traumatischen Erlebnis verzögerte Belastungsreaktionen (Bonanno, Rennie, & Dekel, 2005). Es besteht eine beträchtliche Variabilität die Art, Schwere und Dauer eines potentiell traumatischen Erlebnisses betreffend (American Psychiatric Association, 2000). Schließlich kommt es bei etwa 5 bis 10 % der Betroffenen zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (Kessler et al., 1995). Einem Großteil der Betroffenen gelingt es das potentiell traumatische Erlebnis ohne Einbußen ihres Funktionsniveaus zu verarbeiten (Bonanno, 2004). Als häufigste Reaktion auf solche Erlebnisse wurde über viele Studien hinweg Resilienz beobachtet (McFarlane & Yehuda, 1996; Bonanno, 2005). Demnach galten 65 % im Großraum von New York nach den Terroranschlägen vom 11. September 2001 als resilient, wobei resiliente Personen höchstens ein Symptom einer posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Anschlag erfahren durften (Bonanno et al., 2005). Hieraus entwickelte sich eine Definition von Resilienz als Abwesenheit von Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung (Bonanno et al., 2007). In einer Studie von Bonanno et al. (2007), in der Resilienz auf diese Art definiert wurde, konnte aufgezeigt werden, dass Personen mit resilienten Eigenschaften eine gesunde Anpassung nach traumatischen Erlebnissen gelingt. Bereits in derselben Studie kritisierten Bonanno et al. (2007), ausgehend von einer multivariaten Analyse, dass der Begriff Resilienz nicht nur

durch das Ausbleiben einer posttraumatischen Belastungsstörung definiert werden kann (Bonanno, 2004; Bonanno et al., 2007).

Andere Ergebnisse zeigen, dass Resilienz unter anderem mit einer geringen Anzahl an erlebten Traumata und einem Nichtvorhandensein von depressiven Symptomen assoziiert ist (Tran et al., 2013). Tran et al. (2013) untersuchten Resilienz und posttraumatische Belastungsstörungen wiederum als komplementäre Phänomene und unterstrichen auch die Wichtigkeit eine strenge und klare Definition von Resilienz zu finden, welche eine zu große Überschneidung mit den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung in Zukunft unterbinden könnte (Tran et al., 2013).

In Anlehnung an die Forschungsarbeit von Tran et al. (2013) werden in dieser Arbeit Faktoren betrachtet, die Resilienz fördern und schützen. Zu diesen zählen die Autorinnen persönliche Charakteristika, wie positive Emotionen (Frederickson, 2004), Optimismus (Carver, Scheier, & Segerstorm, 2010), Humor (Connor, 2006), Emotionsregulation (Gross, 2002), Coping (Bonanno, 2004; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thompson, & Wadsworth, 2001), Selbstwirksamkeit (Benight & Bandura, 2004) und Religiosität (Connor et al., 2007). Auch Umgebungsfaktoren, wie soziale Unterstützung (Sameroff, Gutman, & Peek, 2003) schließen die Autorinnen mit ein. Diese resilienzfördernden Faktoren verbessern die Fähigkeit mit widrigen Lebensereignissen umgehen zu können und sich spezifischen Umgebungen oder Situationen anzupassen (Tran et al., 2013).

Im Anschluss wird auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene genauer auf resilienzfördernde Faktoren eingegangen.

### 2.1.3. Biologische Faktoren (Jenny Koegel)

Relativ neu in der Resilienzforschung und noch sehr forschungsbedürftig sind Resilienz unterliegende biologische Prozesse. Es wird davon ausgegangen, dass biologische Reaktionen auf Stimuli, wie z.B. Stress, stark genetisch beeinflusst werden. Eine große Anzahl an Hormonen, Neurotransmittern und Neuropeptiden sind in diese psychobiologischen Antworten involviert. Durch Unterschiede in der Funktion, Balance und Interaktion dieser Faktoren entsteht eine interindividuelle Variabilität von Resilienz (Feder, Nestler, & Charney, 2009).

Eine besonders wichtige Rolle spielt die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren (HPA) Achse. Als eine Reaktion auf Stress und Belastung wird im Hypothalamus das Corticotropin-Releasing Hormon (CRH) freigesetzt und aktiviert die HPA Achse. Diese wiederum reagiert mit einer erhöhten Freisetzung von Kortisol. Besonders frühe kritische Lebensereignisse gehen oft mit einem chronisch erhöhten Kortisonspiegel einher (Heim & Nemeroff, 2001). Verringerte Kortisol Abgabe, sowie eine besonders adaptive CRH-Rezeptor Aktivität wird in Verbindung mit hoher Resilienz gebracht (Heim & Nemeroff, 2001). Im Bezug zur HPA Achse wurden des Weiteren Glucocorticoid-Hormone untersucht, welche in der Nebenniere produziert werden. Es konnte bisher ausschließlich bei Tieren festgestellt werden, dass jene, welche aktiv auf Bedrohungen in ihrer Umwelt reagieren (Feder et al., 2009), eine geringere Glucocorticoid Freisetzung aufweisen, als solche, die eher passiv auf Bedrohungen reagieren. Obwohl die Verbindung des biologischen Stressreaktionssystems bei Tieren zur Gesundheit und Resilienz bei Menschen sehr komplex ist, zeigt sich, dass auch beim Menschen diese beiden Persönlichkeitstypen (aktive vs. passive Reaktion) in Beziehung zu verschiedenen psychischen Störungen stehen. Dabei wird ein geringerer Glucocorticoid Wert in Zusammenhang mit hoher Resilienz gebracht (Feder et al., 2009).

Auf der Ebene der Neuropeptide ist das Neuropeptid Y (NPY) hervorzuheben. Dieses wird von der Amygdala aus gesteuert und begünstigt resiliente Reaktionen, indem es bei akuten Stresssituationen angstbesetzte Verhaltensweisen reduziert (Sajdyk et al., 2008). Das Protein BDNF zeigt ein erhöhtes Vorkommen im Nucleus Accumbens bei Personen, die chronischem Stress ausgesetzt sind (Feder et al., 2009). Diese Reaktion scheint kausal mit dem Grad an Resilienz, den eine Person aufweist, in Verbindung zu stehen, da resiliente Personen eine solche Steigerung des BDNF-Spiegels nicht zeigen (Feder et al., 2009).

Es wird vermutet, dass die genetische Grundlage von Resilienz unter anderem durch Variationen der Basenpaare eines DNA-Strangs innerhalb des Gens (FKBP5), welche mit Resilienz verknüpft werden, beeinflusst wird. Dieses Gen reguliert die oben beschriebenen Glucocorticoid Rezeptoren und je nach Variation konnte man Unterschiede in der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen bei Personen mit Missbrauchserlebnissen in der Kindheit feststellen (Binder et al., 2008). Gerade im genetischen Bereich der Resilienzforschung wird immer wieder die Gen-Umwelt-

Interaktion genannt, die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Ebenen des biopsychosozialen Modells. In diesem Fall zwischen der biologischen und sozialen Ebene.

Derzeit besteht die Hypothese, dass epigenetische Veränderungen ergänzend auf die Resilienz einer Person wirken. Epigenetik bedeutet die Vererbung von Merkmalen, die nicht in der DNA-Sequenz festgelegt sind (Feder et al., 2009). Dabei erfolgen Veränderungen an Chromosomen, welche wiederum in ihrer Aktivität beeinflusst werden. Die DNA Sequenz selbst wird aber nicht verändert. Epigenetische Veränderungen, die während der Hirnentwicklung auftreten, stellen eine Verhaltensvariabilität von Individuen her. Diese Veränderungen bereiten betroffene Arten besser auf eventuell auftretende Herausforderungen in der Umwelt vor und fördern damit die Resilienz (Feder et al., 2009). Zum Schluss werden noch verschiedene neuronale Schaltkreise als ausschlaggebend für Resilienz genannt. Dazu gehören Schaltkreise des Belohnungssystems, der Furcht- sowie der Emotionsregulation (Feder et al., 2009).

Ausgehend von der individuellen genetischen Entwicklung einer Person, welche immer im Austausch mit der Umwelt zu betrachten ist, führt das biologische Modell der Resilienz weiter zu neurochemischen Funktionen, Reaktionen und zu neuronalen Schaltkreisen. Diese wiederum beeinflussen und werden beeinflusst von einer Reihe psychologischer Verhaltensweisen, welche für Resilienz ausschlaggebend sind. Die Interaktionen der verschiedenen Ebenen der Resilienz sind hier deutlich zu erkennen (Feder et al., 2009).

#### 2.1.4. Psychologische / persönliche Faktoren (Theresa Hettl)

In der bisherigen Forschung konnten einige psychologische und personenspezifische Faktoren identifiziert werden, die für Resilienz förderlich sind. Zu diesen zählen unter anderem Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstbewusstsein, Emotionsregulation, Optimismus, Humor, positives Temperament, Coping und eine ausreichende Intelligenz (Olsson et al., 2003).

#### 2.1.4.1. Selbstwirksamkeit

Allem voran wird besonders Selbstwirksamkeit als bedeutende resilienzfördernde Eigenschaft genannt (Benight & Bandura, 2004). Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bestehen im Glauben und der Erwartung, mit eigenen Fähigkeiten ein Ereignis erfolgreich bewältigen zu können. Eng verbunden mit Selbstwirksamkeitserwartungen ist ein positives Selbstkonzept, eine allgemeine gute Einstellung der eigenen Person gegenüber (Benight & Bandura, 2004). Den Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartungen als einen zentralen Moderator für die Bewältigung eines Traumas untersuchten Benight und Bandura (2004) bei verschiedenen traumatischen Ereignissen, wie Naturkatastrophen, Militäreinsätzen oder Terroranschlägen. Da bei allen Situationen Selbstwirksamkeitserwartungen eine Moderatorfunktion für die Bewältigung der belastenden Erfahrungen aufzeigten, kamen sie zu dem Ergebnis, dass dieser Einfluss generalisiert werden kann. Haben Menschen hingegen kein Vertrauen in sich selbst, verringert sich auch die Wahrscheinlichkeit, sich nach einem negativen Ereignis wieder vollkommen zu erholen (Benight & Bandura, 2004). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Heinrichs et al. (2005), die eine geringe Selbstwirksamkeit als Risikofaktor für posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Ängstlichkeit und allgemeine psychologische Morbidität einstufen.

#### 2.1.4.2. Kohärenzgefühl und Hardiness

Das Kohärenzgefühl, das dem Vertrauen auf Vorhersagbarkeit von Ereignissen und dessen vernünftiger Entwicklung entspricht, besitzt ebenfalls eine protektive Wirkung zur Überwindung von belastenden Ereignissen (Kuwert et al., 2008). Kuwert et al. (2008) untersuchten ehemalige deutsche Kindersoldaten des Zweiten Weltkrieges bezüglich Lebensqualität und Kohärenzgefühl. Im Vergleich mit einer Probandengruppe, die keine Kriegssoldaten waren, zeigten sich keine Unterschiede in der Lebensqualität, jedoch hatten die ehemaligen Kindersoldaten deutlich höhere Werte im Kohärenzgefühl. Dies lässt vermuten, dass das Kohärenzgefühl förderlich für Resilienz sein kann. Pieter, Fröhlich und Klein (2011) stützten diese Annahme mit ihren Ergebnissen, die wesentlich geringere Werte im Kohärenzgefühl bei chronisch erkrankten Personen gegenüber gesunden Probanden zeigten.

Zu den resilienzfördernden Persönlichkeitsfaktoren wird auch das Konstrukt Hardiness gezählt. Diese besteht aus drei Dimensionen, das Engagement und die Identifikation mit bedeutenden Ereignissen, die Überzeugung, sein Umfeld und den Ausgang von Ereignissen bestimmen zu können und der Glaube, sowohl von positiven, als auch von negativen Erfahrungen lernen zu können (Bonanno, 2004). Verglichen mit Optimismus und Religiosität erwies sich Hardiness als ein wichtigerer Schutzfaktor gegenüber widrigen Lebensereignissen (Maddi, 2006). Zudem sieht Maddi (2006) das Konstrukt als Teil der positiven Psychologie, dem auch positive Emotionen angehören (Frederickson, 2004).

#### 2.1.4.3. Positive Emotionen, Optimismus und Humor

Neben der positiven Einstellung zu sich selbst ist auch eine positive Einstellung gegenüber den Anforderungen im Leben für eine Förderung von Resilienz nötig. Dies spiegelt sich in den Forschungen von Frederickson (2004) zu positiven Emotionen wieder. In den zahlreichen Arbeiten wurde der protektive Einfluss von positiven Emotionen, zu denen Freude, Interesse, Zufriedenheit und Liebe zählen, aufgedeckt. Positive Gefühle können die internalen Ressourcen einer Person nachhaltig stärken und seine Handlungen und Denkweisen erweitern und aktivieren. Wohingegen negative Gefühle, wie Angst oder Verzweiflung, zu einer eingeschränkten Sichtweise führen und damit die wahrgenommene Bedrohung vergrößern. Diese Phänomene der Auswirkungen der genannten positiven Emotionen werden in der *Broaden-and-Built-Theory of Positive Emotions* (Tugade & Frederickson, 2004) zusammengefasst. Die positiven Emotionen helfen Menschen dabei, ihre persönlichen Ressourcen nachhaltig zu stärken, was den eigenen intellektuellen Bereich genauso wie den physischen, sozialen und psychologischen Bereich betrifft. Durch ein möglichst breites Interesse, als auch eine starke Motivation erlangen Menschen eine positive Grundeinstellung, welche eine gute und rasche Überwindung von Krisen ermöglicht (Tugade & Frederickson, 2004). Frederickson, Tugade, Waugh und Larkin (2003) bestätigen diese Prämissen unter anderem bei ihrer Untersuchung an Personen, die die Terroranschläge vom 11. September auf das World Trade Center in New York miterlebten. Positive Emotionen

stärkten hier die Resilienz von Personen, die infolgedessen weniger zu depressiven Verstimmungen neigten und eher posttraumatisches Wachstum zeigten.

Genauso wie positive Emotionen ist auch Optimismus für eine positive Lebenseinstellung von Bedeutung. Dieser wird seit Jahrzehnten als ein Schutzfaktor der menschlichen Psyche gesehen. Bereits 1992 gaben Scheier und Carver in einem Review einen Überblick darüber, wie sich eine optimistische Lebenseinstellung auf die Psyche und auf die Gesundheit eines Menschen auswirkt. Sie stellten durch die bisherigen Forschungen fest, dass Optimismus auf verschiedenen Wegen einen Menschen resilienter für widrige Lebenssituationen macht. Optimisten versuchen stets das Beste aus ihrer Situation zu machen, sind aktiver und suchen mit mehr Ehrgeiz nach Alternativen und Lösungswegen. Zudem weisen sie höhere Anpassungsfähigkeit auf, womit es ihnen leichter fällt, Veränderungen oder neue Situationen zu akzeptieren. Pessimistische Personen empfinden ihr Leben hingegen als schwer und glauben, wenig Kontrolle darüber zu haben. Optimisten fühlen sich gut integriert im Leben und sind im Einsatz von Copingstrategien sehr flexibel und können daher einer Situation entsprechend reagieren. Der Optimismus befähigt Personen somit, adäquater mit Stress umzugehen und lässt sie ruhiger werden. Da sie nicht durch zusätzliche Sorgen belastet werden, sind sie wesentlich leistungsfähiger und erfolgreicher im Beruf. Auch zeigen Optimisten die Fähigkeit, längere und bessere Beziehungen zu führen (Carver, Scheier, & Segerstorm, 2010). Eine positive Einstellung hat ebenso direkten Einfluss auf die körperliche Gesundheit eines Menschen. Optimistische Menschen sind im Vergleich zu pessimistischen Menschen gesünder und werden älter, da sie weniger an altersbedingten Krankheiten leiden (Carver et al., 2010). Reuben, Rebecca und Moon-Ho (2012) konnten den moderierenden Einfluss von positivem Denken auf den Zusammenhang zwischen adaptivem Coping mit Aggression und Depressivität entdecken. Es zeigte sich, dass eine optimistische Einstellung eine präventive Wirkung gegenüber diesen beiden psychischen Symptomen hat.

Im Zusammenhang mit Optimismus sei auch der gesundheitsfördernde Einfluss des Humors und des Lachens erwähnt (Connor, 2006; Martin, 2004). Anhand einer österreichische Stichprobe von Überlebenden des Zweiten Weltkrieges zeigten Tran et al. (2013) auf, dass psychologisch gesunde Probanden, trotz belastender Erfahrungen in

der Vergangenheit, Stress auf eine humorvolle Weise entgegenzutreten. Somit konnte Humor als ein resilienzfördernder Faktor angenommen werden.

#### 2.1.4.4. Emotionsregulation und Coping

Die positive Lebenseinstellung einer Person kann für die Reaktion auf belastende Lebensereignisse hilfreich sein, indem sie eine angemessene Emotionsregulation unterstützt. Für Resilienz ist es wichtig, die eigenen Emotionen in jeder Lebenslage regulieren zu können, dafür gibt es sowohl adaptive als auch maladaptive Strategien. Menschen, die ihre negativen Gefühle unterdrücken, stehen unter sehr hoher Anspannung (Gross, 2002). Werden sie dann zusätzlich mit einer Krise konfrontiert, haben sie sehr große Schwierigkeiten diese zu bewältigen, weil sie durch die Verdrängung der eigenen Emotionen nicht mehr ausgeglichen und flexibel sind. Um Resilienz zu fördern braucht es jedoch Regulationsstrategien, die nicht zu größeren Belastungen führen. Zu diesen zählen unter anderem die kognitive Neu- und Umbewertung, welche dem problemzentrierten Coping sehr ähnlich ist (Gross, 2002). Es wird versucht eine emotionsauslösende Situation verändert einzuschätzen, sodass dessen Bedeutung und die darauf folgende emotionale Reaktion modifiziert werden können. Dabei kann man das Augenmerk auf drei verschiedene Aspekte richten. Erstens kann eine Person die persönliche Bedeutung der Situation verändern, zweitens kann die Bewertung der eigenen Fähigkeiten erneuert werden und drittens kann eine Person ihren persönlichen Bezug zur Situation verändern. Mit diesen Möglichkeiten gelingt es in einer adaptiven und gesunden Form mit Emotionen umzugehen (Gross, 2002). Durch die bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen negativen Gefühlen gelingt es, sie besser und objektiver zu betrachten und letztendlich angemessen darauf zu reagieren. Diese Voraussetzung befähigt resiliente Menschen zu erhöhter Problemlösekompetenz und Stabilität in Krisensituationen (Gross, 2002). Depressivität führt hingegen zu Einschränkungen in der Emotionsregulation und verhindert somit eine angemessene Verarbeitung und Anpassung (Rottenberg, Kasch, Gross, & Gotlib, 2002).

Ein angemessenes Coping in Stresssituationen und bei belastenden Ereignissen wird von den bereits dargestellten positiven Emotionen, wie Humor und Optimismus, der Emotionsregulation und dem Glauben einer Person unterstützt (Tran et al., 2013). Dies

verdeutlicht die enge Verflochtenheit der einzelnen persönlichen Faktoren, die resilienzförderlich sind. In der Forschung gibt es unterschiedliche Ansätze für die Bewertung der verschiedenen Copingstrategien. Compas et al. (2001) teilen die Strategien klar in einen hilfreichen und einen schädlichen Bereich auf. Diese Einteilung wird als übergreifend für alle Personen und alle Situationen gesehen. Zu den adaptiven Strategien zählen Compas et al. (2001) solche, die sich bewusst mit dem Problem und den Emotionen auseinandersetzen, wohingegen die maladaptiven solche Strategien sind, bei denen eine Person der Situation durch Vermeidung und Verdrängung entkommen möchte. Eine ähnliche Behauptung stellten auch Reuben et al. (2012) auf, die in ihrer Studie Mediatorfunktionen von resilienzfördernden Faktoren bei aktivem Coping fanden, jedoch keine Mediatorfunktion in Bezug auf Vermeidungscoping. Dabei werden die Ergebnisse mit der Sichtweise begründet, dass Vermeidungscoping und Resilienz zwei grundsätzlich kontroverse Bewältigungsstrategien darstellen.

Einige Befunde zeigten jedoch auf, dass diese klare Abgrenzung in adaptives und maladaptives Coping nicht immer zutrifft, denn auch Vermeidung kann in speziellen Situationen für bestimmte Personen hilfreich sein (Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008). Nach Bonanno (2004) kann es in bestimmten Situationen auch durch Vermeidung, ein emotionsfokussierter Bewältigungsprozess, zu einer guten Anpassung kommen. Dieser Ansatz steht nicht nur der Teilung in adaptives und maladaptives Coping, sondern auch dem Konstrukt Hardiness kontrovers entgegen, bei dem Vermeidung als eine rein negative Reaktion angesehen wird. Bei der Beurteilung einer Copingstrategien muss stets der Kontext im Auge behalten werden, da keine universelle Bewertung möglich ist. Resilienz resultiert aus den positiven Auswirkungen der Anstrengungen einer Person, die durch angewendete Copingstrategien erzielt werden (Compas et al., 2001)

#### 2.1.4.5. Intelligenz

Für die genannten Faktoren bedarf es allerdings einer gewissen intellektuellen Fähigkeit (Lyssenko, Rottmann, & Bengel, 2010), um diese entsprechend einsetzen und adaptieren zu können. Tran et al. (2013) gaben an, dass ein mittleres Bildungsniveau eine Erholung nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses erleichtert. Die

Intelligenz sollte zumindest durchschnittlich ausgeprägt sein, um über Kompetenzen, wie Planungsfähigkeit, Problemlösefähigkeit und Fähigkeiten in der Entscheidungsfindung zu verfügen (Lyssenko et al., 2010). Zudem ist es von Vorteil, wenn Menschen in Krisen eine kognitive Flexibilität aufweisen, um sich der neuen Situation anpassen zu können. Verfügt ein Mensch über diese Fähigkeiten, kann ihm dies auch bei der Prävention von chronischen Erkrankungen und Unfällen helfen (Gottfredson & Deary, 2004). Ausreichende intellektuelle Fähigkeiten verbessern die Anpassungsfähigkeiten einer Person und unterstützen dadurch die Bewältigung einer traumatischen Erfahrung.

#### 2.1.4.6. Religiosität und Glaube

Die Akzeptanz von erfahrenen Ereignissen wird durch den Glauben und die Religiosität einer Person zusätzlich erleichtert. Diese Eigenschaft einer Person hat eine gesundheitsfördernde Wirkung im Umgang mit widrigen Lebensereignissen (McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000). Religiosität gibt Menschen auf verschiedene Art und Weise einen Sinn und Zweck für ihr Leben und den Umgang mit belastenden Lebensereignissen und fördert so die Gesundheit (Maddi, 2006). Im Zusammenhang mit Hardiness konnte innerhalb der Stichprobe amerikanischer Armee Offizieren Religiosität lediglich als Schutzfaktor identifiziert werden, wenn eine Person einen niedrigen Wert bezüglich Hardiness hatte. Waren diese Werte hingegen hoch, hatte der Glaube keine zusätzliche protektive Funktion (Maddi, 2006). Ní Raghallaigh und Gilligan (2010) untersuchten den Einfluss des Glaubens auf die Copingstrategien bei allein eingereisten, minderjährigen Asylbewerbern in Irland. Dabei zeigte sich, dass die Religiosität für diese Personen eine Beständigkeit darstellte, die ihnen half, mit den Problemen und dem Stress in ihrer Lage umzugehen. Durch die Sicherheit, die ihnen ihr Glaube gab, waren sie mehr dazu in der Lage, geeignete Copingstrategien anzuwenden. Sie zeigten auch auf, dass der Glaube auf weitere Reaktionsweisen einen Einfluss hat, wie etwa auf Misstrauen, Unabhängigkeit, Anpassung und eine positive Einstellung. Der Zusammenhang von Glauben mit guter Anpassungsfähigkeit und Resilienz, sollte nicht vernachlässigt werden (Ní Raghallaigh & Gilligan, 2010).

### 2.1.5. Soziale Faktoren (Sophie Roupetz)

Bei der Betrachtung von Resilienz als sozialökologisch abhängiges Konzept spricht Ungar (2011) von vier Prinzipien: *Dezentralität*, *Komplexität*, *atypische Resilienz* und *kulturelle Relativität*. Das Prinzip der *Dezentralität* stellt den Fokus der Umwelt in den Mittelpunkt. Wächst ein Kind beispielsweise unter widrigen Bedingungen auf, sind die Möglichkeiten des Umfelds, welche sich dem Kind bieten, für seine Entwicklung entscheidend. Die individuellen Ressourcen des Kindes, wie Humor oder Optimismus hängen also von der Kapazität seiner sozialen und physischen Umwelt ab, welche die Entwicklung und Anwendung von Fertigkeiten fördern kann (Wachs, 2006). In den folgenden Unterkapiteln wird das Prinzip der *Komplexität* in Verbindung mit dem Einfluss von Umweltfaktoren näher beschrieben. Die *atypische Resilienz* wird anhand von Genderbeispielen erklärt und der Einfluss von Kulturen auf Resilienz veranschaulicht die *kulturelle Relativität*.

In dieser Arbeit wird der Fokus vor allem auf den Einfluss von sozialer Unterstützung auf Resilienz gelegt, welche ebenfalls anschließend thematisiert wird.

#### 2.1.5.1. Einfluss von Umweltfaktoren

Das *komplexe Zusammenwirken* vieler Faktoren macht es schwierig, kausale Rückschlüsse über Resilienz zu ziehen. Es müssen neben der Kapazität des Kindes, Vorteile aus gegebenen Möglichkeiten zu erkennen und der Kapazität der Umwelt, die Wachstumsphase des Kindes zu berücksichtigen, auch die interaktionale Gewöhnung von Kind und Umwelt und deren Veränderungsprozesse im Laufe der Zeit beachtet werden (Luthar et al., 2000). Externale Ressourcen, wie die Beziehung zu Peers oder Eltern als auch individuelle Qualitäten, wie Selbstwert, verändern sich durch gewisse Lebensumstände ebenso im Laufe der Zeit. Longitudinalstudien zeigen, dass Resilienz als komplexer Prozess verstanden werden muss: Charaktereigenschaften wie Selbstvertrauen sind nicht stabil, sondern reagieren auf die Umwelt, indem sie gestärkt oder geschwächt aus einer Konfrontation hervorgehen (Phelps et al., 2007).

Sameroff et al. (2003) fokussierten sich speziell auf umgebungsbedingte Faktoren wie innerfamiliäre Prozesse (die Unterstützung der Eltern zu mehr Autonomie), Familienstruktur, prosoziale und antisoziale Peers sowie die Gemeinschaft im Sinne von

Nachbarschaft oder Schulklima. Je mehr Gefahren ein Kind ausgesetzt war, desto wahrscheinlicher hatte es persönliche Probleme. Umgekehrt konnte ein Kind, welches viele positive Aspekte des Lebens kannte, besser mit Gefahren umgehen. Der Umwelteinfluss auf ein Individuum ist nie der Gleiche, sodass Begünstigung in einem Kontext durchaus Gefahren in einem anderen Kontext bergen kann (Sameroff et al., 2003).

#### 2.1.5.2. Genderbedingter Einfluss

Wang und Ho (2007) zeigten in einer qualitativen Studie eine *atypische Form von Resilienz*, bei Frauen, die in ihrer Partnerschaft höherem Gefahrenpotential ausgesetzt waren. In städtischen Gebieten Chinas wendeten jugendliche Mädchen vermehrt Gewalt als eine Art Coping gegen den kulturellen Geschlechterbias an, welcher eine Entmachtung am Beginn einer intimen Beziehung darstellte. Die Anwendung von Gewalt half ihnen also gegen negative Stereotypen der Partner standzuhalten (Wang & Ho, 2007). Erhöhte Risikosituationen, wie die Gewaltanwendung des Partners, können also neben der Duldung der Lage unter anderem auch zum Gebrauch solcher atypischen Copingstrategien führen (Ungar, 2011).

Gender als kultureller Ausdruck unterliegt starken Schwankungen aufgrund sozialer Umgebungen. Beispielsweise zeigte ein Ländervergleich zwischen Bulgarien, Taiwan und den USA, dass es Unterschiede in der Wahrnehmung über eine positive Entwicklung von Schulkindern gab. Mädchen berichteten dass sie die meiste Zeit mit Aktivitäten, welche von den Eltern ausgewählt wurden, verbringen. Folglich hatten sie weniger Freizeit als Buben, erfuhren mehr Routine, lasen mehr und beteiligten sich hauptsächlich an organisierten Aktivitäten. Das half beim Erwachsen werden, ließ aber weniger Freiraum für Autonomie, welche in einigen Kulturen für Resilienz stand (Newman et al., 2007).

#### 2.1.5.3. Kultureller Einfluss

Multilinguale Gemeinschaften und *Kulturen* forcieren die psychosoziale Gesundheit und sind damit von großer Bedeutung für einen resilienten Prozess (Ungar, 2011). Unter Kultur wird in diesem Zusammenhang die Manifestierung von Werten, Überzeugungen, Sprachen und Sitten innerhalb der Gruppe oder als Individuum verstanden (Wong,

Wong, & Scott, 2006). Bei der Betrachtung von Resilienz als komplexes Konstrukt darf das Integrieren der verschiedenen Kulturen nicht fehlen. Abhängig von der sozialen Umgebung, in welcher Resilienz gemessen wird, können Ergebnisse die spezifischen Bräuche der lokalen Kultur oder global erlebte Erfahrungen widerspiegeln. Chen, DeSouza, Chen und Wang (2006) verglichen Schulkinder am Land und in der Stadt in China und zeigten, dass das Temperament eines Kindes als positiv oder negativ wahrgenommen werden kann, abhängig von der ihm kulturell zugeschriebenen Bedeutung. Durch den wirtschaftlichen Wandel hatte sich die Charaktereigenschaft Schüchternheit bei Kindern von einem geschätzten Merkmal für eine erfolgreiche Entwicklung zu einem Symbol für verzögerte Leistungskapazität im sozialen und akademischen Bereich entwickelt. Je ähnlicher die Vorstellung eines Kindes und die an das Kind gerichteten kulturellen Erwartungen waren, desto größer war die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind als resilient wahrgenommen wurde (Chen et al., 2006).

Davydov et al. (2010) beschrieben auch eine sogenannte *Gruppenebene* von Resilienz. Diese bezieht sich auf die externalen Ressourcen eines Individuums, wie die kulturelle, nationale, soziale oder die Gemeinschaftsebene. Zu den Gruppenfaktoren zählen unter anderem Unterschiede in der Prävalenz von mentalen Funktionsstörungen zwischen verschiedenen Populationen, wie beispielsweise zwischen Ländern oder Gemeinschaften mit und ohne Migranten. Als Beispiel dient die niedrige Suizidrate von südasiatischen Männern höheren Alters in England und Wales im weltweiten Vergleich mit anderen Nationalitäten (McKenzie, Bhui, Nanchahal, & Blizard, 2008). Einem Bericht der WHO zufolge ist eine besonders niedrige Prävalenzrate von bestimmten psychischen Störungen in den teilweise ärmsten und am meisten benachteiligten Populationen der Welt vorzufinden. Gemeint sind damit Gegenden, in denen individuelle Risikofaktoren wie starke wirtschaftliche Probleme, ärmliche Wohnverhältnisse oder schlechte Chancen auf eine gute Ausbildung weit verbreitet sind (Demyttenaere et al., 2004). Zieht man eine hohe Suizidrate als Indikator für weniger stark ausgeprägte Resilienz heran, besteht die Notwendigkeit umweltbezogene Parameter in die Resilienzforschung zu integrieren, da es zu individuell unterschiedlichen resilienzfördernden Faktoren in verschiedenen Populationen und Kulturen kommt (Haefffel & Grigorenko, 2007). Schwierig ist dabei die Zuordnung, ob ein speziell auftretender Resilienzfaktor bei ethnisch homogenen

Gruppen auf dem sozialen Kontext, der gemeinsamen Kultur oder den genetischen Ressourcen beruht (McCormick et al., 2009).

Ying, Han und Wong (2008) fanden Unterschiede zwischen asiatisch-amerikanischen Erwachsenen, wenn sie aus Asien zugewandert oder schon in Amerika geboren waren. Asiatisch amerikanische Studienteilnehmer, welche in Amerika geboren wurden, berichteten eher über ethnischen Stolz als Immigranten. Während für Immigranten die Akkulturation Integration versprach, verwendeten in Amerika Geborene ihr kulturelles Erbe als alternative Identifikationsquelle und damit als Schutz vor ihrem Randgruppenstatus (Ying et al., 2008). Um eine positive Entwicklung trotz widriger Lebensumstände verstehen zu können, muss Resilienz als dualer Prozess verstanden werden, eingebettet in einem kulturellen Kontext. Neben der Fähigkeit des Individuums seine psychologischen, sozialen, kulturellen und physischen Ressourcen für das eigene Wohlbefinden zu stärken, muss die Fähigkeit, diese Ressourcen individuell und in Gemeinschaft anzuwenden und kulturell erleben zu können, bestehen (Ungar 2011).

#### 2.1.5.4. Einfluss sozialer Unterstützung

In dieser Studie wird der Fokus auf die Vorhersagekraft von sozialer Unterstützung für Resilienz gelegt. Soziale Unterstützung wird im Allgemeinen mit Gesundheit und Wohlbefinden assoziiert. Demnach sind Personen, welche kaum soziale Unterstützung erhalten, weniger resilient (Bonanno et al., 2007). In einer Longitudinalstudie wurden Überlebende, welche der schweren akuten respiratorischen Syndrom Epidemie in Hong Kong 2003 ausgeliefert waren, hinsichtlich ihres psychologischen Funktionsniveaus untersucht. Auch hier wurde Resilienz mit sozialer Unterstützung und wenig Sorgen über die Erkrankung assoziiert. Zudem wurden eher männlichen Studienteilnehmern resiliente Eigenschaften zugeschrieben (Bonanno & Mancini, 2008). Dennoch kann soziale Unterstützung nicht unumstritten zu den Schutzfaktoren gezählt werden. Beispielsweise können Beziehungsprobleme bei Personen mit Belastungsstörungen zu einer geringeren sozialen Unterstützung führen (Taft, Watkins, Stafford, Street, & Monson, 2011). Demnach wäre soziale Unterstützung dann eher ein Anzeichen, dass keine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt, und kein Schutzfaktor gegen die Entwicklung einer solchen Erkrankung (Tran et al., 2013).

Soziale Unterstützung wird in Anlehnung an verschiedene Studien (Bonanno et al., 2007; Sameroff et al., 2003) in dieser Arbeit als Schutzfaktor angenommen.

#### 2.1.6 Messbarkeit von Resilienz (Sophie Roupetz)

Der wachsende Fokus auf Gesundheitsförderung und Wohlbefinden anstelle von Pathologie und Problemorientierung definiert Resilienz als einen Teil von Gesundheit neu. In klinischen Behandlungsansätzen findet Resilienz noch wenig Beachtung und soweit orientieren sich die meisten konventionell therapeutischen Untersuchungen hauptsächlich an der Messung von Morbiditäten, wenn auch Faktoren zu Lebensqualität mitunter erhoben werden (Connor & Davidson, 2003). Eine Vielzahl von Skalen zur Messung von Resilienz hat weder Zugang zur allgemeinen noch zur spezifischen Population gefunden. Darunter leidet die Generalisierbarkeit der Verfahren und so befindet sich die Messung von Resilienz noch am Beginn ihrer Entwicklung. Sie ist vor allem auf weitere Validierungsarbeit angewiesen. Auch die Komplexität von Resilienz, welche zu beachtlichen Schwierigkeiten bei der Entwicklung einer operationalisierten Definition geführt hat, ist bekannt. Verschiedene Ansätze zur Messung von Resilienz haben zu einer Inkonsistenz betreffend potentieller Risiko- und Schutzfaktoren sowie Schätzungen zu Prävalenz geführt (Luthar et al., 2000). Um die Qualität von Daten gewährleisten zu können, sind zuverlässige und valide Messinstrumente bei der Evaluierung von Interventionen zur Verbesserung der Resilienz unabdingbar (Windle, Bennett, & Noyes, 2011). Windle et al. (2011) überprüften die psychometrische Genauigkeit von Größenwertskalen zu Resilienz, die für allgemeine und klinische Populationen entwickelt wurden. Bei einem Vergleich von fünfzehn Messinstrumenten zeigten die Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003), die Resilience Scale for Adults (RSA; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003) und die Brief Resilience Scale (Smith, Dalen, Wiggings, Tooley, Christopher, & Bernard, 2008) die besten psychometrischen Voraussetzungen. Allerdings ist die Vielzahl an konzeptuell und theoretisch miteingeschlossenen Skalen zu hinterfragen. Die meisten Messinstrumente zu Resilienz haben ihren Fokus lediglich auf der individuellen, personalen Ebene. Beispielsweise beziehen sich Items der Brief Resilience Scale (Smith et al., 2008) unter anderem auf das Copingverhalten einer Person.

Antwortmöglichkeiten, wie *ich komme recht sorglos durch schwere Zeiten*, beziehen sich dabei auf die Individualebene. Neben der personalen Ebene sind aber auch Ressourcen durch die Familien- und Gemeinschaftsebene bedeutend. Die Entwicklung von geeigneten Messinstrumenten, die Resilienz auf mehreren Ebenen betrachten, liefert sowohl einen Ansatz zur Operationalisierung von Resilienz als auch einen dynamischen Prozess zur Anpassung an gegebene Widrigkeiten (Olsson et al., 2003).

Kaum eine Skala konnte bisher an breiter Akzeptanz gewinnen und sich in der Prioritätenliste ganz oben einreihen. Diesem Gedanken folgend setzten sich Connor und Davidson (2003) zum Ziel ein valides und reliables Messinstrument zur Quantifizierung von Resilienz zu entwickeln; die Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Sie sollte Referenzwerte für Resilienz in der allgemeinen Population sowie in klinischen Stichproben etablieren und eine Beurteilung der Modifikation von Resilienz nach einer pharmakologischen Behandlung ermöglichen (Connor & Davidson, 2003). Das Interesse der Autoren wurde unter anderem durch die Tatsache geweckt, dass Resilienz bei der Behandlung von Angst, Depression oder Stressreaktionen relevant ist (Connor et al., 1999).

Die Autoren wollten einen Nutzen ihrer Skala in drei Bereichen erzielen: Sie sollte in der pharmakologischen Intervention und der klinischen Praxis Anklang finden. Außerdem sollte sie bei der Erforschung von adaptiven und maladaptiven Copingstrategien zum Einsatz kommen sowie Hilfe leisten beim Screening von Personen, die sich zu viel Stress zumuten (Connor & Davidson, 2003).

Der Inhalt der Skala bezieht sich auf zahlreiche Quellen. So etwa wurden Items wie reflektierende Kontrolle, Commitment und der Umgang mit herausfordernden Veränderungen aus dem Konzept der Hardiness von Kobasa (1979) inkludiert. Einflüsse aus Rutters Arbeit (Rutter, 1985) sind beispielsweise das zielgerichtete Entwickeln einer Strategie, Handlungsorientierung, ein starkes Selbstwertgefühl, Problemlöse-fähigkeit im sozialen Bereich, ein humorvoller Umgang mit Stress oder frühere Erfolgs- und Leistungserlebnisse. Items von Lyons (1991) sind die Einschätzung der Geduld einer Person und die Fähigkeit Stress oder Schmerz auszuhalten. Als Quelle diente auch eine heroische Expedition von Sir Edward Shackleton in die Antarktis 1912. Man sprach dem Expeditionsleiter einige, für Resilienz bedeutende persönliche Eigenschaften zu, welche möglicherweise zum erfolgreichen Überleben der Expeditionsmannschaft beigesteuert

haben (Alexander, 1998). Allen voran schienen die Faktoren Glaube und Optimismus für das Überleben wichtig, welche auch in die CD-RISC integriert wurden. Der Zusammenschluss dieser Charakteristiken sollte eine umfassende Messung von Resilienz ermöglichen (Connor & Davidson, 2003).

Die CD-RISC umfasst 25 Items, welche anhand einer fünfstufigen Skala beantwortet werden: (1)= *trifft überhaupt nicht zu*, (2) = *trifft eher nicht zu*, (3) = *weder noch*, (4) = *eher zutreffend*, (5) = *trifft voll und ganz zu*. Die Skala bewertet das Empfinden einer Person innerhalb des letzten Monats. Das Gesamtergebnis reicht von 0-100, wobei hohe Werte für eine hohe Resilienz sprechen. Unter Resilienz wurde hier die Fähigkeit eines erfolgreichen Umgangs mit Stress verstanden, welche wiederum als wichtiges Behandlungsziel von Angst, Depression und Stressreaktionen gilt (Connor et al., 1999). Insgesamt wurde das Verfahren an sechs Gruppen getestet, nämlich an der allgemeinen Population, an der ambulanten Primärversorgung, an psychiatrischen Ambulanzen, an Personen mit einer allgemeinen Angststörung und an Teilnehmern zweier klinischer Studien zu posttraumatischen Belastungsstörungen. Neben der Evaluierung der Reliabilität, Validität und der faktorenanalytischen Struktur der Skala wurden auch die Referenzwerte der Skala berechnet. Die interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) der gesunden Population lag bei .89. Auch die Mittelwerte der Test-Retest Reliabilität konnten zu beiden Erhebungszeitpunkten eine hohe Übereinstimmung aufweisen. Es zeigten sich gute psychometrische Voraussetzungen und die Faktorenanalyse ergab fünf Faktoren, wobei der erste Faktor der Kompetenz und Zuverlässigkeit einer Person entsprach. Den eigenen Instinkten zu vertrauen, negative Affekte zu tolerieren, sowie die Einschätzung, dass Stress kräftige, definierte den zweiten Faktor. Der dritte Faktor bezog sich auf das positive Akzeptieren von Veränderungen und sichere Beziehungen. Kontrolle stand in Zusammenhang mit dem vierten Faktor und spirituelle Einflüsse mit Faktor fünf. Die Berechnung einer ANOVA mit Messwiederholungen zeigte, dass erhöhte CD-RISC Werte mit einem Behandlungserfolg einhergingen. Schlussendlich ging aus der Überprüfung des Verfahrens hervor, dass Resilienz quantifizierbar ist und von dem aktuellen Gesundheitsstatus einer Person beeinflusst wird. Demnach haben Individuen mit einer psychischen Erkrankung eine geringere Resilienz als Teilnehmer der Stichprobe der allgemeinen Population. Zudem ergaben die Gruppenvergleiche, dass Resilienz modifizierbar ist und durch Behandlung verbessert werden kann. Je höher die

Resilienzwerte waren, desto höher waren auch die Werte im Allgemeinbefinden (Connor & Davidson, 2003).

Auch Campbell-Sills und Stein (2007) überprüften in ihrer Studie die psychometrischen Voraussetzungen der CD-RISC als auch ihre Faktorenstruktur, welche an drei Teilstichproben getestet wurde. An zwei der Stichproben wurde eine exploratorische Faktorenanalyse durchgeführt, während an der dritten Stichprobe eine konfirmatorische Faktorenanalyse angewendet wurde. Die exploratorische Faktorenanalyse zeigte eine instabile Faktorenstruktur der CD-RISC bei zwei demographisch äquivalenten Teilstichproben. Eine Reihe von empirisch geprüften Modifikationen der Originalskala resultierte in einer 10 Items umfassenden Kurzversion der CD-RISC, welche eine gute interne Konsistenz und eine gute Konstruktvalidität zeigte (Campbell-Sills & Stein, 2007).

Bis heute hat sich die CD-RISC in ihrer langen als auch kurzen Version in vielen Studien als valides Messinstrument etabliert (Windle et al., 2011), so findet es auch in dieser Arbeit Verwendung.

#### 2.1.7. Resilienz bei Menschen mit chronischen Erkrankungen (Theresa Hettl)

Es ist unumstritten, dass es bezüglich widriger Lebensereignisse und -erfahrungen, die ein Mensch in seinem Leben erfährt, große interindividuelle Unterschiede gibt. Jedoch wird jeder früher oder später mit einem kritischen Lebensereignis konfrontiert, sei es der Tod eines nahestehenden Menschen, eine Krankheitsdiagnose, eine Scheidung oder eine andere belastende Erfahrung.

Die Untersuchungen des Resilienz-Projekts konzentrieren sich auf Patientengruppen mit chronischen Erkrankungen, da diese einer kontinuierlichen und nicht revidierbaren Belastung ausgesetzt sind. Das *Shifting Perspectives Model of Chronic Illness* (Paterson, 2001) verdeutlicht die andauernden emotionalen und psychischen Schwankungen, die ein Mensch in Bezug auf seine chronische Erkrankung empfindet. Es besteht ein ständiger Wechsel bezüglich des Fokus auf die Erkrankung und den damit einhergehenden negativen Konsequenzen oder die Aspekte der Gesundheit und deren bestmögliche Ausschöpfung für den eigenen Alltag. Das Modell zeigt auf, wie ambivalent der Umgang mit der chronischen Erkrankung bei Patienten sein kann. Dabei bestehen

nicht nur interindividuelle, sondern auch intraindividuelle Unterschiede, die Einfluss auf das psychische Wohlbefinden haben. Dieselben Schwankungen zeigten sich auch bei einer Stichprobe von Kralik (2002), die über den Zeitraum eines Jahres weiblichen Patientinnen auf deren Umgang mit der chronischen Erkrankung nach Erhalt der Diagnose untersuchte. In Form von Interviews berichteten die Frauen über ihr Leben mit der chronischen Erkrankung. Durch eine gezielte qualitative Auswertung konnte gezeigt werden, dass sich die Frauen nach der Diagnose zuerst als sehr emotional aufgebracht und hilflos sahen. Nach einer gewissen Zeitspanne gelang es ihnen, die Krankheit als Teil ihres Lebens zu sehen und sich damit zu arrangieren. Jedoch ist dies kein linearer Verlauf. Die Patientinnen berichteten, dass es zu regelmäßigen Schwankungen zwischen Verzweiflung und Akzeptanz komme. Somit müssen sie sich immer wieder aufs Neue mit ihrer Krankheit konfrontieren, um weiterhin ein, den Umständen entsprechend gutes Leben führen zu können.

Daher hat Resilienz in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung für die Lebensqualität von Personen mit chronischen Erkrankungen. Die Art des Umgangs und der Bewältigung der Krankheit bestimmt maßgeblich, inwiefern die betroffenen Personen trotzdem ein gutes Leben führen können. Kralik, van Loon und Visentin (2006) fanden in einer Längsschnittstudie von Personen mit chronischen Erkrankungen heraus, dass die Anpassung an die neue Lebenssituation eine der wichtigsten Faktoren ist, um weiterhin ein gutes Leben führen zu können. Dies wird durch Resilienz eines Menschen erleichtert, genauso wie der Umgang mit den drastischen Veränderungen im Leben durch die funktionellen Einschränkungen im Alltag.

Die Arbeiten des Resilienz-Projekts fokussieren daher auch auf diese Personengruppen. Frau Theresa Hettl konzentrierte sich auf Personen mit chronischen Rückenschmerzen, Frau Jenny Koegel auf Personen mit Multipler Sklerose. Die aktuelle Autorin (Sophie Roupetz) fokussierte auf Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

## 2.2. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Als chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) wird eine Gruppe von Erkrankungen mit Entzündung des Intestinaltraktes bezeichnet, deren Ursache bis heute unbekannt ist. Allgemein erfolgt eine Einteilung in zwei Hauptgruppen: Colitis ulcerosa und Morbus Crohn (Moser, 2011). Das Hauptmanifestationsalter der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen liegt zwischen 20 und 35 Jahren (Buderus, 2010).

### 2.2.1. Ätiologie

Die Ätiologien des Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa sind bislang unklar. Unstrittig ist, dass beiden Erkrankungen eine genetische Disposition zugrunde liegt. 20 bis 30 % der Patienten weisen eine positive Familienanamnese auf, beispielsweise erkranken monozygote Zwillinge häufiger als heterozygote (Feuerbach & Schölmerich, 2000). Epidemiologische Studien gehen aber von einer Beteiligung von Umweltfaktoren aus (Moser, 2011). Außerdem ist die westliche Lebensweise in Form von Hygiene und Ernährung an der Manifestation der Erkrankung beteiligt (Koletzko & Uhlig, 2010). Demnach kann ein erhöhter Hygienestandard in der Kindheit mit einem später im Leben auftretenden Morbus Crohn in Verbindung stehen. Zudem gelten auch Medikamente, toxische Substanzen und Mikroben als mögliche Umweltfaktoren (Feuerbach & Schölmerich, 2000).

Koletzko und Uhlig (2010) sehen in der „Hygienehypothese“ eine mögliche pathogenetische Erklärung für den Effekt des westlichen Lebensstils. Durch die stark wechselnden Umgebungsbedingungen der vergangenen Jahrzehnte ist das Auftreten bestimmter Allergien, Autoimmunerkrankungen und auch der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bedeutend gewachsen. Die Hygienehypothese betrachtet die evolutionäre Adaptation, genetische Prädisposition und entzündliche Immunreaktion, welche durch verbesserte sanitäre und medizinische Maßnahmen, Veränderungen in der Ernährung und den veränderten Lebensstil entstanden sind.

Als einer der wichtigsten bekannten Risikofaktoren für eine chronisch entzündliche Darmerkrankung gilt der Nikotinkonsum. Während das Rauchen allerdings das Risiko, an Morbus Crohn zu erkranken, beachtlich erhöht, kann es bei Colitis ulcerosa protektiv wirken (Koletzko & Uhlig, 2010; Feuerbach & Schölmerich, 2000). Über die Frage einer

psychischen Verursachung besteht nach wie vor Unklarheit (Küchenhoff, 1993). Allgemein werden psychische Störungen aber derzeit als Folge einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung beschrieben, da das Ausmaß der seelischen Belastung Lebensqualität und Krankheitsverlauf beeinflusst und mit der Krankheitsschwere korreliert (Hoffmann et al., 2008).

### 2.2.2. Epidemiologie

Die Prävalenz der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen liegt in Deutschland bei etwa 40 bis 50 pro 100.000 Einwohner. Die Inzidenz liegt in Deutschland bei 4 bis 6 Neuerkrankungen pro Jahr und pro 100.000 Einwohner. Gravierende Unterschiede zwischen den beiden Erkrankungen, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, lassen sich keine finden (Feuerbach & Schölmerich, 2000). Loftus (2004) spricht von 26 bis 199 Fällen pro 100.000 Personen in Nordamerika und 8 bis 214 Fällen pro 100.000 Personen in Europa. Je nach geographischer Lage und über die Zeit steigt die Anzahl der Neuerkrankungen in regional unterschiedlichem Ausmaß stetig an. Auch bei Kindern steigt das Risiko an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zu erkranken, wie ein Ländervergleich zeigt (Koletzko & Uhlig, 2010).

Die Inzidenzrate bei Personen, die unter 18 Jahre alt sind, liegt zwischen 4 und 10 Neuerkrankungen pro Jahr und pro 100.000 Einwohner. Spitzenreiter sind Kanada und Norwegen (Buderus, 2010). Weltweit findet man chronisch entzündliche Darmerkrankungen in den USA, Kanada, Großbritannien sowie in Nord- und Westeuropa deutlich häufiger als in Südeuropa, Asien und Afrika. Europaweit ist zudem ein Nord-Süd-Gefälle erkennbar (Koletzko & Uhlig, 2010).

Neben der Häufung in der industrialisierten, westlichen Welt, findet man die Erkrankung auch häufiger in städtischen als in ländlichen Gebieten. Durch die zunehmende Anpassung der Lebensgewohnheiten in Ländern der ehemaligen dritten Welt, wie zum Beispiel Südostasien oder Südamerika kann aber auch hier ein Anstieg der Erkrankungshäufigkeit wie vor 30 bis 40 Jahren in Europa beobachtet werden.

Zudem liegt die Erkrankungsrate bei Männern etwas höher als bei Frauen (Feuerbach & Schölmerich, 2000). Pathoanatomisch und klinisch gesehen handelt es sich bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa um zwei unterschiedliche Krankheitsbilder chronisch

entzündlicher Darmerkrankungen. Bisherigen Untersuchungen zufolge, kann jedoch im Hinblick auf die psychodynamischen und psychopathologischen Perspektiven das Patientenkollektiv des Morbus Crohn mit dem der Colitis ulcerosa als gleich angesehen werden (Küchenhoff, 1993).

### 2.2.3. Symptome

Im Folgenden sollen die unterschiedlichen Merkmale und der Krankheitsverlauf der beiden chronisch entzündlichen Darmerkrankungen etwas näher erläutert werden.

#### 2.2.3.1. Morbus Crohn

Der Morbus Crohn ist eine transmurale Entzündung, die alle Abschnitte des Gastrointestinaltraktes betrifft und sowohl kontinuierlich als auch segmental auftreten kann (Moser, 2011). Der Krankheitsverlauf des Morbus Crohn ist chronisch-rezidivierend. Allgemein wird die Krankheitsaktivität des Morbus Crohn in eine geringe, mäßige oder hohe gruppiert (Hoffmann et al., 2008). Von einer Remission spricht man bei Erreichen einer inaktiven Krankheitsphase. Die Krankheitsaktivität wird von chronischen Durchfällen mit und ohne Blutbeimengungen, Bauchschmerzen, Gewichtsverlust, Fieber, Übelkeit sowie perianalen Läsionen und Fisteln bestimmt (Moser, 2011). Eine Folge der gestörten Darmfunktion sind Mangelerscheinungen, die wiederum zu einer Vielzahl von extraintestinalen Komplikationen führen, wie beispielsweise Vitamin-, Mineral-, Eiweißmangel sowie Wasser- oder Blutverlust (Feuerbach & Schölmerich, 2000). Über die Dauer der aktiven Entzündung oder die Dauer der inaktiven Phasen ist noch wenig bekannt, vermutet wird aber eine hohe interindividuelle Variabilität dieser Verlaufsmerkmale (Kordy & Normann, 1992). Das Überleben ist geringfügig vermindert gegenüber einer gesunden Population (Feuerbach & Schölmerich, 2000).

#### 2.2.3.2. Colitis ulcerosa

Anders als der Morbus Crohn ist die Colitis ulcerosa auf das Kolon beschränkt. Die Erkrankung bezieht sich auf die Mukosa des Dickdarms, welche vom Rektum ausgehend eine kontinuierliche Ausbreitung in das distale Kolon, selten in das gesamte Kolon

aufweist (Hoffmann et al., 2008). Blutig schleimige Durchfälle, die nicht immer mit Schmerzen verbunden sind, stehen bei Colitis ulcerosa im Vordergrund. Extraintestinale Komplikationen sind Wasser- und Blutverlust, welche zu Komorbiditäten (Nierensteine, Anämie) führen können. Zudem kennzeichnen Fieber und Gewichtsverlust die Erkrankung. Die Rezidivrate verringert sich mit zunehmendem Lebensalter, jedoch kommt die Erkrankung meistens nicht vollständig zur Ruhe (Feuerbach & Schölmerich, 2000).

#### 2.2.4. Biopsychosoziales Krankheitsmodell

Aktuelle Forschungsartikel sowie fachkundige Literatur bauen auf dem biopsychosozialen Modell auf. Dabei werden die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung und dem Verlauf von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen berücksichtigt. Bitton et al. (2008) identifizierten in ihrer Studie biologische, klinische und psychosoziale Parameter für einen aktiven Krankheitsrückfall bei Morbus Crohn Patienten. Demnach wiesen Patienten mit Morbus Crohn, welche weniger Stress und Vermeidungsverhalten bzw. Rückzugstendenzen zeigten, eine geringere Krankheitsaktivität auf. Ebenso erlitten Patienten, bei denen das Kolon befallen war, früher einen Rückfall. Zudem führten eine Fistelbildung sowie ein erhöhter Wert des C-reaktiven Proteins (CRP) zu einem schnelleren Rückfall (Bitton et al., 2008).

Eine deutschlandweite Befragung von 1083 Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gab Aufschluss über die multiplen und psychosozialen Beeinträchtigungen und hat auf den Bedarf einer multi- und interdisziplinären Versorgung hingewiesen. Ein Viertel der Befragten gab an, sehr stark an der Erkrankung zu leiden und berichtete über schwere Einschränkungen in verschiedenen Bereichen sozialer Teilhabe. Ein Drittel litt an starker Müdigkeit und Erschöpfung. Angst oder Depression haben je 24 % aufgewiesen und von Stress fühlten sich 52 % stark beeinträchtigt (Hardt, Mücke-Borowski, Conrad, Balzer, Bokemeyer, & Raspe, 2010).

Auch Reformbestrebungen im Gesundheitswesen sollten die Mehrdimensionalität des Konstrukts Krankheit auf physischer, psychischer und sozialer Ebene berücksichtigen. Eine multizentrisch, prospektiv-randomisierte Studie von Burgdorf, Schreyögg, Keller, von Wietersheim und Deter (2007) verdeutlichte den Stellenwert

psychosozialer Bedürfnisse in Bezug auf die medizinische Inanspruchnahme bei Patienten mit der Diagnose Morbus Crohn. Um die individuelle Lebensqualität verbessern zu können, sollten demnach psychosoziale Prädiktoren wie Depressivität, Alter und Geschlecht in der klinischen Praxis mehr Berücksichtigung finden. Zugleich könnte dadurch die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen reduziert werden (Burgdorf, Schreyögg, Keller, von Wietersheim, & Deter, 2007).

#### 2.2.5. Psychische Belastungen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen fordern eine große Frustrationstoleranz und, neben der Fähigkeit unvorhersehbare Belastungen bewältigen zu können, vor allem soziale Unterstützung des näheren Umfeldes im täglichen Leben. Waren diese Faktoren bereits vor der Erkrankung mangelhaft vorhanden, wird das Leiden der Betroffenen nicht nur durch die chronisch entzündliche Darmerkrankung, sondern auch durch die psychosozialen Folgen der Krankheit verstärkt (Rubin, Hungin, Chinn, & Dwarakanath, 2004). Aktive Schubphasen gehen mit Schmerzen, Abszessbildungen oder Fisteln im Intimbereich einher und bedürfen einer besonderen Fürsorge und Anerkennung im beruflichen und familiären Bereich (Moser, 2005). Betroffene leben mit einer nicht sichtbaren tabuisierten Behinderung und werden in Folge dessen von vielen Ängsten begleitet (Moser et al., 1995).

#### 2.2.6. Depression und Angst

Die Angst vor einem neuen Krankheitsschub, Angst vor sozialer Isolation, Angst vor dem Verlust der Attraktivität für den Sexualpartner, Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes, Angst vor physisch oder psychisch belastenden Untersuchungen oder Operationen sowie die Angst vor der Nebenwirkung von Medikamenten sind nur wenige Beispiele für mögliche Begleitängste von Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Moser et al., 1995). Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen werden im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen mehr von Ängsten, Depressionen und sozialen Problemen begleitet. Auftretende Symptome der Erkrankung werden als peinlich empfunden und auch das vermehrte Aufsuchen einer Toilette schürt die Angst, verspottet zu werden. Zudem vermitteln eine spät eintretende Pubertät oder alleine der

Status einer chronischen Erkrankung und die damit verbundenen Beeinträchtigungen das Gefühl anders als die Peers zu sein, was zu einer Schwächung des Selbstwertes führen kann (Mackner, Crandall, & Szigethy, 2006).

Personen mit Morbus Crohn weisen im Vergleich zu Personen mit Colitis ulcerosa oder anderen chronischen Erkrankungen bis zu 50 % häufiger Depressionen oder andere psychische Störungen auf und berichten über eine schlechtere Lebensqualität (Rubin et al., 2004). Nach einer Studie von Miehsler et al. (2008) stellte jedoch Angst für die Erkrankten ein wesentlich häufigeres Problem dar als Depressivität.

Im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen wurden psychologische Interventionen vermehrt (31 % vs. 13 %) benötigt. Dies war hauptsächlich wegen psychologischer Faktoren, wie die Besorgnis über die Erkrankung und Angst der Fall. Vor allem Patienten mit Angst und wenig sozialer Unterstützung nahmen mehr medizinische Einrichtungen in Anspruch und zeigten eine schlechtere Lebensqualität mit einer höheren Prävalenz für Depression auf. Mardini, Kip und Wilson (2004) haben bei 18 Personen mit Morbus Crohn in einer prospektiven 2-Jahres Nachuntersuchungsstudie, einen positiven Zusammenhang zwischen Depression und Krankheitsaktivität gefunden. Gesteigerte bzw. sinkende Depressivität ging mit einer gesteigerten bzw. sinkenden Krankheitsaktivität einher, welche mit dem CDAI (Crohns Disease Activity Index) gemessen wurde. Zudem konnten Angst, Hoffnungslosigkeit und aktuelle Lebensereignisse mit depressiven Symptomen assoziiert werden. Dass Depression und auch Angst vermehrt bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vorkommen, belegten auch Kurina, Goldacre, Yeates und Gill (2001). Das Risiko einer Depression oder Angst war besonders im ersten Jahr nach der Diagnose einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung erhöht. Das lässt vermuten, dass Depression oder Angst eine Reaktion auf die Erkrankung war, unter anderem aufgrund der physischen Symptome, die durch die Nebenwirkungen einer Kortison-Behandlung entstehen können (Kurina et al., 2001). Eine Studie von Fuller-Thomson und Sulman (2006) zeigte, dass Depressionen bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen dreimal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vorkommen. 17 % der depressiven Patienten hatten in den letzten 12 Monaten Selbstmordgedanken. Über Depressionen klagten vermehrt Frauen, Personen ohne Partner, jüngere Studienteilnehmer und Personen, welche über starke Schmerzen berichteten.

### 2.2.7. Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt einen wichtigen Faktor bei chronischen Erkrankungen dar. Sie reflektiert physische, soziale, emotionale und kognitive Funktionen, sensorische Funktionen, wie Schmerz und Unwohlsein sowie Aktivitäten des täglichen Lebens (Torrance, Markham, Feeny, Rosenbloom, & Gafini, 1990). Messungen von Lebensqualität können Probleme der Patienten identifizieren, ermöglichen eine bessere Kommunikation, eine gemeinsame Entscheidungsfindung und die Beobachtung des Behandlungserfolges (Higginson & Carr, 2001). Eine Vielzahl an Studien zeigt, dass die Lebensqualität, von der Krankheitsaktivität, den assoziierten Symptomen, als auch vom Geschlecht der Betroffenen beeinflusst wird (Rubin et al., 2004).

### 2.2.8. Life Events und Alltagsstress

Bisher existieren widersprüchliche Daten in der Forschung zu belastenden Lebensereignissen. Prospektive Studien beantworten die Frage, ob einzelne belastende Life Events einen Krankheitsschub auslösen können, unterschiedlich. Zudem erzeugt die Frage auch methodologische Probleme, da das Stressempfinden subjektiv ist und daher schwer objektiv erfassbar (Moser, 2005). Eine Studie von Duffy et al. (1991) zeigte, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und Symptomexazerbation gibt. Die Autoren stellten ein erhöhtes Risiko der Krankheitsaktivierung bei 124 Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen innerhalb von sechs Monaten fest, wobei auch krankheitsbezogene Belastungen zu Life Events zählten. Gegenteilig dazu, lieferten die Ergebnisse der Studie von North, Alpers, Helzer, Spitznagel und Clouse (1991) keinen direkten Zusammenhang von Life Events und intestinalen Symptomen. Die bisherige Forschung ist sich aber über den Einfluss von andauernden Belastungen, die als stressvoll empfunden werden, einig (z.B. Greene, Blanchard, & Wan, 1994).

Alltäglicher Stress (engl. daily hassels) steigert die Symptomwahrnehmung des Morbus Crohn. Zu dieser Erkenntnis kamen unter anderem Garrett, Brantley, Jones und McKnight (1990), die den Einfluss von täglichem Stress und Life Events bei Morbus Crohn Patienten verglichen. Ihren Ergebnissen zufolge induzierte ein hoher Grad an

Alltagsstress mehr Krankheitssymptome, unabhängig von bedeutenden Life Events. Ebenso wurde der Effekt von Alltagsstress nicht von derartigen Ereignissen verstärkt. Die Auswirkungen von Stress auf die Symptome schwankten demnach nicht mit der Anzahl erlebter Life Events. Levenstein et al. (2000) untersuchten in einer prospektiven Langzeitstudie bei 62 Patienten mit Colitis ulcerosa, dass chronisch empfundener Stress das Risiko für eine Aktivierung der Erkrankung in einem Zeitraum von 8 Monaten verdreifachte. Zudem korrelierte das Ausmaß des Stressempfindens mit der Häufigkeit der Exazerbation bei Langzeitstress. Keine Zusammenhänge zeigten sich hingegen mit belastenden Life Events, depressiven Symptomen oder kurzweiligem Stress. Diesen Befunden widerspricht eine protektive Studie an 60 Patienten mit Colitis ulcerosa (Bitton et al., 2003). Ein Jahr lang waren Studienteilnehmer dazu aufgefordert worden, stressvolle Lebensereignisse und psychologischen Distress anhand von Fragebögen festzuhalten. Das Ergebnis der Studie zeigte, dass auch kurzfristige stressvolle Ereignisse innerhalb eines Monats mit einer früheren Krankheitsaktivierung bei Patienten mit Colitis ulcerosa assoziiert wurden.

#### 2.2.9. Subjektives Krankheitskonzept

Jeder Mensch entwickelt aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Informationen, der individuellen Lebenserfahrungen und seiner Persönlichkeit, ein subjektives Konzept seiner Erkrankung. Diese Krankheitswahrnehmung ist entscheidend für die kognitive Verarbeitung der Diagnose und beeinflusst mögliche Handlungsstrategien, wie beispielsweise das Copingverhalten oder die Inanspruchnahme einer Behandlung (Petrie & Weinman, 2006). Um ein Verständnis für die Erkrankung als auch Lösungsversuche kreieren zu können, beruft sich der Patient auf das eigene bereits erworbene Wissen, das Wissen der sozialen Umwelt und auf die stetigen Erfahrungen mit der Erkrankung. Das durch diese Quellen erworbene Wissen formt schließlich die Wahrnehmung des Patienten über seinen Krankheitszustand (Diefenbach & Leventhal, 1996). Als subjektive Krankheitstheorien werden sämtliche kognitive Vorstellungen, Erklärungen und Erwartungen eines Patienten über seine Erkrankung verstanden. Das Konzipieren dieser Krankheitskonzepte wird mit dem Bedürfnis nach kognitiver Kontrolle über die eigene

Lebenssituation erklärt, wenn diese durch eine Erkrankung erschüttert oder verloren gegangen ist (Filipp & Aymanns, 1997).

Als bisher einflussreichstes Modell zur Erklärung der Krankheitsregulation eines Patienten gilt das *Common Sense Model of Illness Representation (CSM)* von Leventhal et al. (Diefenbach & Leventhal, 1996). Der Selbstregulationsprozess versteht sich als Mediatormodell, da sich subjektive Krankheitstheorien auf verschiedene Kriteriumsvariablen auswirken und dieser Zusammenhang wiederum durch Bewältigungsstrategien mediiert wird. Kognitive und emotionsgebundene Vorstellungen über die Erkrankung sind entscheidend für die Auswahl von Bewältigungsstrategien und entscheiden schließlich auch, welche Bewältigungsstrategien angewendet und beibehalten werden (Förster & Taubert, 2006). Dem Modell nach beruhen die subjektiven Krankheitstheorien eines Patienten auf fünf Dimensionen, die zur Beschreibung der Erkrankung verwendet werden: Identität, Kausalattributionen, Erwartungen zur Dauer und den Konsequenzen, sowie wahrgenommene Kontrolle und antizipierte Heilungsaussichten. Die Identität einer Krankheit ist charakterisiert durch verschiedene Symptome und dem Label, welches sich aus diesen bildet und der Krankheitslegitimierung dient. Die Suche nach Ursachen für eine Erkrankung, den Kausalattributionen, basiert auf eigenen Erfahrungen mit der Erkrankung und der Wissensvermittlung von anderen, wie Angehörigen, Fachkundigen oder Medien. Sie schließen neben der biomedizinischen Komponente auch Stress, Umwelteinflüsse und sonstige Erreger mit ein. Wesentlich für subjektive Krankheitstheorien sind neben retrospektiven Annahmen auch prospektive Überlegungen, wie die Erwartungen zur Dauer und dem zeitlichen Verlauf, sowie Erwartungen zu den Konsequenzen auf verschiedene Lebensbereiche durch die Krankheit. Schließlich beschreibt die antizipierte Kontrolle den Glauben des Patienten an Heilung und Kontrollierbarkeit der Krankheit (Hale, Treharne, & Kitas, 2007). Im Laufe der Zeit wurde das Modell immer wieder neu adoptiert um kognitive Krankheitskonzepte zu ergreifen (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Bisher gibt es nur wenige Studien, die sich mit den Zusammenhängen zwischen subjektiven Krankheitskonzepten von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und medizinischen, psychosozialen sowie emotionalen Variablen auseinandersetzen. Auch Krille, Schöne und Martin (2010) bezogen sich auf das Modell der subjektiven Krankheitskonzepte nach Leventhal, um krankheitsspezifische

Belastungen bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zu untersuchen. Erfasst wurden neben den 5 kognitiven Dimensionen des subjektiven Krankheitskonzeptes auch die Faktoren Kohärenzsinn und emotionale Repräsentation als auch Angst, Depression und psychosoziale Belastungen. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass es einen bedeutenden Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitskonzepten von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und der Ausprägung erlebter Krankheitsbelastung, sowohl eigenständig als auch im Kontext medizinischer und psychologischer Parameter, gibt. Besonders stark wurden Annahmen zum weiteren Verlauf und zu Folgen der Erkrankung, sowie die emotionale Reaktion auf diese mit der subjektiv empfundenen Krankheitsbelastung assoziiert. Die Krankheitsbelastung wurde dabei umso stärker empfunden, je stärker die Überzeugung eines zyklischen Krankheitsverlaufes, je stärker die Erwartung negativer Auswirkungen der Erkrankung und die emotionale Reaktion auf die Erkrankung war. Auf somatischer Ebene zeigte sich nur das subjektive Korrelat *körperliches Empfinden* als relevant. Angst und Depression standen zwar mit der subjektiven Krankheitsbelastung im Zusammenhang, spielten aber eine geringere Rolle als die emotionalen Reaktionen auf die vorliegende Erkrankung sowie Wut, Angst oder Niedergeschlagenheit. Die Berücksichtigung von subjektiven Krankheitskonzepten in der Behandlung kann helfen, Beeinträchtigungen aufgrund der Erkrankung zu reduzieren und die Lebensqualität zu verbessern (Krille et al., 2010).

#### 2.2.10. Copingstrategien

Hagger und Orbell (2003) untersuchten in einer Metaanalyse von 45 empirischen Studien, den Zusammenhang zwischen den Dimensionen des *Common Sense Modell* (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980), Bewältigungsstrategien und Auswirkungen der Krankheit. Der Studienvergleich zeigte, dass eine starke Krankheitswahrnehmung in einem positiven Zusammenhang mit der Anwendung von vermeidendem und emotionalem Coping steht. Die Wahrnehmung, die Erkrankung kontrollieren zu können, stand dagegen mit kognitiver Neubewertung, Problem fokussiertem Coping und sozialer Unterstützung in Verbindung. Die Assoziation der Krankheit mit einer Vielzahl von Krankheitssymptomen, einem chronischen Krankheitsverlauf und der Glaube an

Konsequenzen standen ebenfalls in signifikantem Zusammenhang mit vermeidenden und emotionalen Bewältigungsstrategien. Die antizipierte Kontrollierbarkeit bzw. Heilung der Krankheit zeigte einen positiven Zusammenhang mit adaptiven Auswirkungen, wie psychischem Wohlbefinden, sozialem Funktionieren und Vitalität und einen negativen Zusammenhang mit psychologischem Distress und Krankheitsstatus. Die Metaanalyse lieferte Belege für theoretisch vorhersagbare Beziehungen zwischen Krankheitskognitionen, Coping und Krankheitsauswirkungen.

Kordy und Normann (1992) untersuchten in einer psychosomatischen Studie zum Krankheitsverlauf des Morbus Crohn die Bedeutung von somatischen und psychischen Faktoren für die Dauer einer Entzündungsphase. Die 6 Copingmuster, Ablenkung und Selbstaufbau, Bagatellisieren und Wunschdenken, Religiosität und Sinnsuche, Aktivität und Problemorientiertheit sowie depressive Verhaltensweisen und Compliance wurden anhand des Freiburger Bogens zur Krankheitsverarbeitung gemessen. Zudem wurden die Lokalisation, die Chronizität und der Schweregrad des Morbus Crohn als somatische Faktoren untersucht. Es zeigte sich, dass die Entzündungsdauer beim Morbus Crohn multifaktoriell bestimmt war und dass sowohl somatische als auch psychische Faktoren zumindest eine mäßige Vorhersage von günstigen bzw. ungünstigen Verläufen erlaubten. Dabei erreichten aber die psychischen Variablen eine aussagekräftigere Differenzierung. Insbesondere ein durch Aktivität und Problemorientierung bzw. Compliance geprägtes Copingverhalten, erlaubte die Vorhersage auf ein relativ niedriges Risiko für eine längere Entzündungsdauer. Auch Bagatellisieren und Wunschdenken sowie Religiosität und Sinnsuche wurden hier eine gewisse Prädiktionskraft zugeschrieben. Der Compliance kam eine besondere Bedeutung als Vermittlerfunktion zu, da sie ein Verhalten bzw. eine Einstellung des Patienten beschrieb, das die Erfolgchancen einer somatisch medizinischen Behandlung erhöhte. In dieser Studie sprach man von einer hohen Compliance, wenn der Patient Vertrauen in seinen Arzt setzte und seine Ratschläge befolgte, ohne ein Mindestmaß kritischer Distanz aufzugeben. Der gemeinsame Einfluss von Compliance mit den anderen Copingmustern verstärkte die Vorhersagekraft der Entzündungsdauer. So erreichten 43 % der Studienteilnehmer mit positiv ausgeprägter Compliance und einem durch Aktivität und Problemorientierung gekennzeichnetem Coping bereits in der 18. Woche die Remission, während bei lediglich 18 % der Vergleichsgruppe zu diesem Zeitpunkt die

Entzündungsphase endete. Beschrieben Patienten ihre Krankheitsverarbeitung dementsprechend, hatten sie ein vergleichsweise niedriges Risiko, längere Zeit unter schweren Symptomen und erheblichen Einschränkungen im täglichen Leben zu leiden (Kordy & Normann, 1992).

### 3. Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen

Die Arbeiten des Resilienz-Projekts setzten es sich zum Ziel, anhand der gewonnenen Daten eine genauere und einheitliche Begriffsdefinition von Resilienz zu erreichen. Auch eine nähere Betrachtung der Auswirkungen von Resilienz auf die psychische Gesundheit wurde bei Personen mit chronischen Erkrankungen untersucht.

Dabei wurden *Fragestellung I* und *III* im Rahmen des Resilienz-Projekts anhand der Gesamtstichprobe chronisch Erkrankter geprüft und treten auch in den Diplomarbeiten von den Autorinnen Theresa Hettl und Jenny Koegel auf. Die *Fragestellung II* wurde in allen drei Arbeiten jeweils anhand der spezifischen Stichprobe chronisch Erkrankter getestet. Die *Fragestellung IV* wurde nur an Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in dieser Diplomarbeit erforscht. Folgende Fragestellungen und Hypothesen konnten mittels der genannten theoretischen Ausführungen abgeleitet werden.

#### *I. Fragestellung (Theresa Hettl, Jenny Koegel, Sophie Roupetz)*

Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit chronischen Erkrankungen?

#### *Hypothesen*

- a. Je stärker der religiöse bzw. spirituelle Glaube einer chronisch erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- b. Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung einer chronisch erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- c. Je besser die soziale Unterstützung einer chronisch erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- d. Je optimistischer eine chronisch erkrankte Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

## *II. Fragestellung*

Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)?

### *Hypothesen*

- e. Je stärker der religiöse bzw. spirituelle Glaube einer an CED erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- f. Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung einer an CED erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- g. Je besser die soziale Unterstützung einer an CED erkrankten Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- h. Je optimistischer eine an CED erkrankte Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

## *III. Fragestellung (Theresa Hettl, Jenny Koegel, Sophie Roupetz)*

Wird das Konstrukt der Resilienz (CD-RISC) durch die verwendeten Faktoren in der Fragebogenbatterie ausreichend erklärt (oder besteht die Möglichkeit von weiteren, noch nicht berücksichtigten Faktoren)?

### *Hypothesen*

- i. Im Zusammenhang mit Depressionen wird die CD-RISC ausreichend durch die verwendeten Faktoren erklärt.
- j. Im Zusammenhang mit Ängstlichkeit wird die CD-RISC ausreichend durch die verwendeten Faktoren erklärt.
- k. Im Zusammenhang mit Fatigue wird die CD-RISC ausreichend durch die verwendeten Faktoren erklärt.

#### *IV. Fragestellung*

Welche Auswirkungen hat Resilienz bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen?

#### *Hypothesen*

- l. Je resilienter eine von CED betroffene Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie depressive Symptome zeigt.
- m. Je resilienter eine von CED betroffene Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie eine Angststörung entwickelt.
- n. Je resilienter eine von CED betroffene Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie posttraumatische Lebensereignisse erlebt hat.
- o. Je resilienter eine von CED betroffene Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass eine hohe Stresswahrnehmung vorhanden ist.
- p. Je resilienter eine von CED betroffene Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie adaptive Copingstrategien anwendet.
- q. Je resilienter eine von CED betroffene Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie Fatigue Erscheinungen empfindet.

## 4. Methode

Im methodischen Teil wird die praktische Umsetzung der Fragestellungen beschrieben. Zu Beginn wird der Aufbau der Studie erläutert, anschließend werden die gesamte als auch die spezifische Stichprobe sowie deren Auswertung mit Ergebnissen präsentiert und interpretiert.

### 4.1. Studiendesign

Der Erhebungszeitraum dieser Querschnittstudie erstreckte sich von Juli bis Oktober 2012. Den teilnehmenden Personen wurde einmalig eine Fragebogenbatterie in Papier-Bleistiftform vorgegeben. Die Bearbeitung nahm in etwa eine Stunde in Anspruch. Voraussetzung für die Studienteilnahme waren die diagnostizierten Erkrankungen Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, unabhängig von Erkrankungsdauer und Entzündungsstatus. Außerdem musste über ausreichende Deutschkenntnisse verfügt werden und die Personen über 18 Jahre alt sein. Nach einer Vorstellung der Autorin wurde den teilnehmenden Personen zuerst das Ziel der Studie erklärt, sowie die Freiwilligkeit und die Anonymität der Studienbeteiligung betont.

Der größte Anteil an Studienteilnehmer wurde über die Österreichische Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung (ÖMCCV) kontaktiert. Durch die Unterstützung von a.o.-Univ. Prof. Dr. Wolfgang Petritsch vom Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum Graz und die Unterstützung von OA Dr. Gerhard Reicht vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz, konnte die Stichprobe noch wesentlich erweitert werden. Bei den regelmäßigen Tagungen der ÖMCCV in Wien und Umgebung hatte die Autorin Gelegenheit die Mitglieder über ihr Anliegen zu informieren und für etwaige Unklarheiten bei der Beantwortung des Fragebogens zur Verfügung zu stehen. Um auch bundeslandweit auf die Studie aufmerksam zu machen wurde ein E-Mail mit allen wichtigen Informationen an die Mitglieder der ÖMCCV ausgeschickt. Bei Interesse wurde der Fragebogen auf postalischem Weg übermittelt, dem ging allerdings immer ein telefonisches Gespräch oder ein reger E-Mail Kontakt zwischen den Probanden und der Autorin voraus.

#### **4.2. Stichprobenbeschreibung (Sophie Roupetz)**

Es konnte eine Stichprobe von insgesamt 337 Personen mit chronischen Erkrankungen erfasst werden. Davon waren 153 Personen von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) betroffen, 94 Personen waren an chronischen Rückenschmerzen (CRS) und 90 Personen an Multiple Sklerose (MS) erkrankt.

Unter den Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen waren 103 an Morbus Crohn und 50 an Colitis ulcerosa erkrankt. Die Dauer der Erkrankung war für unsere Studienzwecke nicht entscheidend, daher reichte die Bandbreite von einem Monat bis zu 46 Jahren. Der Durchschnitt lebte mit der Diagnose seit 12 Jahren. Fast die Hälfte der Probanden (42 %) musste mindestens einmal aufgrund ihrer Erkrankung operiert werden. Die Mehrheit wurde einmal (15 %), zweimal (11 %) oder dreimal (6 %) operiert. 51 % der Studienteilnehmer befanden sich zum Erhebungszeitpunkt in Remission, 22 % gaben an, dass ihr Arzt die Krankheit als chronisch aktiv einstuft und 14 % gaben an zum Befragungszeitpunkt an einem akuten Entzündungsschub zu leiden. 11 % wussten nicht, ob sie gerade einen akuten Entzündungsschub haben oder sie sich in einer Remissionsphase befinden.

Tabelle 1

*Demographische Daten der Gesamtstichprobe und der an CED erkrankten Personen*

	Gesamtstichprobe (n = 337)	Personen mit CED (n = 153)
Alter in Jahreszahlen MW <i>Range</i>	1964 (1926 - 1993)	1970 (1926-1994)
Geschlecht <i>n (%)</i>		
weiblich	58	56
männlich	42	44
Nationalität <i>n (%)</i>		
Österreich	67	96
Deutschland	31	1
andere	1	2
Beziehungsstatus <i>n (%)</i>		
Single	15	18
Beziehung	21	30
Verheiratet	54	48
Getrennt	3	1
Verwitwet	5	1
Anderes	2	1
Religionsbekenntnis <i>n (%)</i>		
Katholisch	68	67
Evangelisch	9	4
Muslimisch	1	-
Anderes	2	3
Keines	18	25

### 4.3. Messinstrumente (Theresa Hettl, Jenny Koegel, Sophie Roupetz)

Für die Untersuchung wurde eine Fragebogenbatterie vorgegeben, die von Dr. Tran bereits an einer Stichprobe mit Studenten verwendet wurde. Diese wurde von Frau Theresa Hettl, Frau Jenny Koegel und der Autorin der vorliegenden Arbeit um die Fatigue Severity Scale (Pfeffer, 2008) erweitert. Die Fragebogenbatterie setzt sich unter anderen aus den folgenden Verfahren zusammen, welche für die Auswertung der genannten Fragestellungen herangezogen wurden.

#### 4.3.1. Trait Cheerfulness (STCI cheerfulness subscale; Ruch, Köhler, & van Thriel, 1996) (Sophie Roupetz)

Das State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI) ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung und dient der Erfassung von drei Konstrukten: Heiterkeit, Ernst und schlechte Laune. Heiterkeit wird dabei als ein Zustand (*State*, z.B. vorübergehende Laune) und eine Eigenschaft (*Trait*, z.B. Temperament) für die erhöhte Bereitschaft, heiter auf Humor zu reagieren, verstanden. Ernsthaftigkeit und schlechte Laune werden als zwei Faktoren von Humorlosigkeit beschrieben und ebenfalls in beiden Formen (*State* und *Trait*) konzeptionalisiert. Prinzipiell liegt das Verfahren in verschiedenen Versionen vor. Die hier verwendete deutsche Kurzfassung gliedert sich in eine Trait-Version, welche 20 Items anhand einer vierstufigen Skala ((1) = *trifft gar nicht zu* bis (4) = *trifft sehr zu*) beantwortet. Bei den deutschen Stichproben reicht die interne Reliabilität (Cronbach's  $\alpha$ ) der Trait Skala von .88 bis .94 und die Retestreliabilität liegt bei .77 bis .86. Das Verfahren wurde in verschiedenen Settings validiert (Ruch, Köhler, & van Thriel, 1996).

#### 4.3.2. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999) (Sophie Roupetz)

Das Selbstbeurteilungsverfahren dient der Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Anhand von 10 Items misst die eindimensionale Skala die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage meistern zu können, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Die gleichsinnig gepolten Items werden vierstufig beantwortet: (1) = *stimmt nicht*, (2) = *stimmt kaum*, (3) = *stimmt eher*, (4) = *stimmt genau*. Durch das Aufsummieren aller zehn Antworten ergibt sich der individuelle Testwert, so dass ein Score zwischen 10 und 40 resultiert. Zahlreiche Studien haben die Eindimensionalität und den Nutzen der Skala als Prognoseverfahren bestätigt. Der Vergleich von allen deutschen Stichproben zeigt eine Streuung der internen Konsistenzen (Cronbach's  $\alpha$ ) zwischen .80 und .90. Die Skala kommt sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen zum Einsatz und dient der Persönlichkeitsdiagnostik auf Gruppenebene (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

#### 4.3.3. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003)

(Sophie Roupetz)

Für eine ausführliche Beschreibung der CD-RISC siehe Kapitel 2.1.6. Messbarkeit von Resilienz.

#### 4.3.4. Fragebogen zur sozialen Unterstützung Kurzform K-14 (F-SozU K-14; Fydrich, Sommer, Tydecks, & Brähler, 2009) (Theresa Hettl)

Die Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung erfragt die wahrgenommene und antizipierte soziale Unterstützung. Bei den 14 Items kann auf einer Skala von (1) = *trifft überhaupt nicht zu* bis (5) = *trifft genau zu*, angegeben werden, wie die Aussagen auf einen selbst zutreffen. Höhere Werte sprechen dabei für eine bessere soziale Unterstützung. Der Fragebogen besitzt eine sehr gute Reliabilität mit einem Cronbach's  $\alpha$  von .94. Auch die übrigen Gütekriterien sprechen für dessen Einsatz in der psychologischen Forschung und Praxis (Fydrich, Sommer, Tydecks, & Brähler, 2009).

#### 4.3.5. Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D; Albani et al., 2002) (Theresa Hettl)

Bei dem System of Belief Inventory handelt es sich um ein Verfahren, das die spirituelle und religiöse Einstellung von Patienten mit chronischen oder sehr schweren Erkrankungen einschätzt (Albani et al., 2002). Die Testperson gibt dabei auf einer Skala von (1) = *trifft gar nicht zu* bis (4) = *trifft vollständig zu*, an, wie stimmig die vorgegebenen Aussagen mit den eigenen Überzeugungen sind. Die 15 Items werden in zwei Faktoren unterschieden. Der erste beinhaltet den Glauben und die Praktiken eines Menschen (fünf Items) und der zweite bezieht sich auf die soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft (zehn Items). Zusätzlich kann auch ein Gesamtscore für die allgemeine Glaubenseinstellung herangezogen werden. Die Reliabilität der Skalen liegt bei einem Cronbach's  $\alpha$  von .97 für die erste Skala und bei einem Cronbach's  $\alpha$  von .94 für die zweite Skala. Für den Gesamtscore wurde ein Wert von .98 errechnet (Gulke et al., 2003). Das SBI-15R-D kann somit als ein gut validiertes und ökonomisch anwendbares Verfahren für eine deutschsprachige Stichprobe gesehen werden.

#### 4.3.6. Traumatic Life Event Questionnaire (TLEQ; Teegen, 2003) (Jenny Koegel)

Das Traumatic Life Event Questionnaire (TLEQ) ist ein am DSM-IV orientiertes Verfahren und dient der Erfassung potentiell traumatisierender Lebensereignisse, die in der Vergangenheit erlebt wurden. Das Verfahren besteht aus 19 Items und es werden Fragen zu den folgenden Bereichen gestellt: Körperliche und sexuelle Gewalt oder Bedrohungen, das Erleben von Unfällen, der plötzliche Verlust nahestehender Personen, Kriegserlebnisse und das Erleben von Naturkatastrophen. Außerdem wird erfragt welches Erlebnis als am stärksten belastend empfunden wurde, wie oft die Situation erlebt wurde und das Alter in dem die Situation aufgetreten ist. Das TLEQ beruht auf Selbstbeurteilungen der Personen und wird ausschließlich als Screening-Verfahren eingesetzt. Die Antworten sind auf einer Skala von (0) = *nie erlebt* bis (6) = *mehr als 5-mal erlebt*, anzugeben. In Reteststudien mit verschiedenen Stichproben konnte eine gute Retestreliabilität erreicht werden (Teegen, 2003; Teegen & Cizmic, 2003).

#### 4.3.7. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993) (Jenny Koegel)

Die PTSD-Checklist (PCL) besteht aus 17 Items und fragt per Selbstbericht Symptome des posttraumatischen Stresssyndroms ab. Die Items halten sich eng an die Diagnosekriterien des DSM-IV. Es können Antworten auf einer Likert-Skala von (1) = *gar nicht* bis (5) = *äußerst* gegeben werden, wobei es immer um die Einschätzung geht, wie stark das Symptom im letzten Monat aufgetreten ist. Es gibt drei Versionen des PCL. Der PCL-M ist eine Militär-Version, bei dem die Fragen auf eine belastende Erfahrung im Militärdienst bezogen werden sollen. Der PCL-S kann auf jedes spezifische traumatische Ereignis angewendet werden, wobei die Teilnehmer dazu aufgefordert werden das jeweilige Ereignis zu benennen. Bei der dritten Version PCL-C sind die Fragen nicht an ein bestimmtes Ereignis gekoppelt, diese Version wurde in dieser Untersuchung verwendet.

Die Reliabilität des Verfahrens, gemessen durch Cronbach's  $\alpha$  reicht von .89 bis .92. Allgemein wird der Fragebogen als Screening für posttraumatische Belastung verwendet (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, & Forneris, 1996).

#### 4.3.8. 20-item Perceived Stress Questionnaire (20-item PSQ; Fliege et al., 2005) (Theresa Hettl)

Der 20-item Perceived Stress Questionnaire erfasst die momentane subjektive Stresswahrnehmung. Die faktorenanalytische Untersuchung ergab für die deutsche Version eine Einteilung in vier Faktoren. Die Skalen beinhalten je fünf Items, wobei die der Faktoren Sorge (z.B. Zukunftsängste, Frustration), Anspannung (z.B. Erschöpfung, Unausgeglichenheit) und Freude (z.B. Wohlbefinden, Spaß) die interne Stressreaktion einer Person erfragen. Die Items des Faktors Anforderungen beziehen sich hingegen eher auf die von außen einwirkenden Belastungen, wie etwa Zeitmangel oder Termindruck. Dabei kann die Testperson auf einer Skala von (1) = *fast nie* bis (4) = *meistens* ihre Einschätzung ankreuzen. Der 20-item PSQ konnte durch die Validierung als ein Verfahren eingestuft werden, dass den wahrgenommenen Stress einer Person gut replizieren kann (Fliege et al., 2005).

#### 4.3.9. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Loch, Hiller, & Witthöft, 2011) (Theresa Hettl)

Neun unterschiedliche Arten der Emotionsregulation als Antwort auf negative Ereignisse werden durch den Cognitive Emotion Regulation Questionnaire abgedeckt und erfragt. Insgesamt 27 Items bieten der Testperson Aussagen, die sie auf einer Skala von (1) = *fast nie* bis (5) = *(fast) immer* bezüglich deren Zutreffen auf die eigene Person bewerten können. Bei der Emotionsregulation unterscheiden die Autoren zwischen adaptiven und maladaptiven Strategien. Zu den adaptiven gehören die Relativierung einer Situation, das positive Refokussieren, die positive Neubewertung, das Refokussieren auf die Planung des Ereignisses und die Akzeptanz einer Situation. Zu den maladaptiven Strategien zählen die Rumination, das Katastrophisieren, die Selbst-Beschuldigung und die Beschuldigung anderer. Die Prüfung der Gütekriterien dieses Verfahrens ergab eine Reliabilität der einzelnen Skalen mit Cronbach's  $\alpha$  .60 bis .86. Auch die weiteren Kriterien, wie etwa die Retest-Reliabilität zeigten gute Werte. Lediglich die Konstruktvalidität bedarf noch weiterer Forschung. Jedoch ist das Verfahren hinsichtlich der Validität allgemein so einzustufen, dass eine Verwendung empfohlen werden kann (Loch, Hiller, & Witthöft, 2011).

#### 4.3.10. Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18; Derogatis, 2000) (Jenny Koegel)

Das Brief Symptom Inventory (BSI) ist eine Kurzform der Symptom Checklist-90 und wird zur Erfassung subjektiver psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen genutzt. Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, wobei die Fragen auf einer Likert-Skala von (0) = *überhaupt nicht* bis (4) = *sehr stark*, beantwortet werden können. Bei der Beantwortung der Fragen soll zeitlich auf die Stärke der Symptome in den letzten sieben Tagen eingegangen werden. Der in dieser Untersuchung verwendete BSI-18 besteht aus 18 Items, jeweils sechs dieser Items beschreiben eine Subskala. Es lassen sich die Subskalen *Depression*, *Ängstlichkeit* und *Somatisierung* bilden. Dazu ist es noch möglich einen Global Severity Index (GSI) über alle Items zu berechnen. Dieser dient dazu die allgemeine psychische Belastung einer Person einzuschätzen. Die Reliabilität des Verfahrens zeigt über alle Skalen-Werte berechnet ein Cronbach's  $\alpha$  zwischen .63 bis .93 (Geisheim et al., 2002).

#### 4.3.11. Fatigue Severity Scale (FSS; Krupp et al., 1989) (Jenny Koegel)

Die Fatigue Severity Scale (FSS) ist ein Verfahren zur Erfassung von chronischer Erschöpfung mit übergreifenden Einschränkungen. Das Verfahren wird vor allem bei Personen mit chronischen Erkrankungen eingesetzt, wobei es darum geht, zu erfassen, wie schwer sich eine Person durch die chronische Erschöpfung beeinträchtigt fühlt. Der Fragebogen besteht aus neun Items, die durch Selbstbeurteilung auf einer Likert-Skala von (1) = *trifft nicht zu* bis (7) = *trifft voll zu* eingestuft werden können. Der Schweregrad der Fatigue einer Person kann durch das Zusammenzählen der Item-Antworten berechnet werden, wobei niedrige Werte für eine geringe Beeinflussung des Alltags durch die Erschöpfung sprechen und hohe Werte für einen starken Einfluss der Erschöpfung auf den Alltag. Die Reliabilität des Verfahrens liegt, berechnet mit Cronbach's  $\alpha$ , bei .94 (Kleinman, Zodet, Hakim, Aledort, Barker, Chan, Krupp, & Revicki, 2000).

#### 4.3.12. Demographische Daten (Sophie Roupetz)

Die Differenzierung der chronisch entzündlichen Darmerkrankung nach Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, sowie der aktuelle Entzündungsstatus der

Studienteilnehmer wurde gemeinsam mit den anderen demographischen Daten erfragt. Die Einstufung erfolgte in *Ich habe zurzeit einen akuten Entzündungsschub*, *Mein Arzt schätzt meine Erkrankung als chronisch aktiv ein*, *Zurzeit befinde ich mich in Remission* und *Ich weiß nicht, ob ich zurzeit einen akuten Entzündungsschub habe oder ob ich in einer Remissionsphase bin*. Diese Vorgehensweise hat sich bei anderen Studien als valide erwiesen (Petrak, Hardt, Kappis, & Egle, 2003).

#### **4.4. Auswertung (Theresa Hettl)**

Für die Auswertung aller Hypothesen in der Gesamtstichprobe und in den Stichproben der einzelnen chronischen Erkrankungen wurde das für die psychologische Forschung gängige  $\alpha$ -Niveau von .05 festgelegt.

##### **4.4.1. Auswertung der Fragestellungen der Gesamtstichprobe (Theresa Hettl)**

Die erste Fragestellung, die anhand der gesamten Stichprobe untersucht wurde, wurde auf zwei Arten betrachtet, um sowohl die Zusammenhänge der Variablen Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube mit der CD-RISC zu erforschen, als auch dessen Erklärungsanteile an der CD-RISC zu berechnen. Zum einen wurden für die Hypothesen Pearson Korrelationen herangezogen. Das parametrische Verfahren wurde durch das Vorhandensein der nötigen Voraussetzungen (metrische Variablen, Normalverteilung, keine Ausreißer und homogene Varianzen) bzw. der Robustheit des Verfahrens gerechtfertigt.

Die dabei erhaltenen Interkorrelationen wurden auch dazu genutzt, um den zweiten Auswertungsweg genauer interpretieren zu können. Bei diesem wurde untersucht, wie viel der Varianz der CD-RISC durch die Variablen der Hypothese  $H_1$  bis  $H_4$  (Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube) erklärt wird. Dazu wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt und die Schrittweise-Methode gewählt, um nur Variablen in die Regressionsgleichung einzuschließen, die einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Kriteriums aufweisen (Field, 2009).

Dieselben Variablen wurden für die zweite Fragestellung, die ausschließlich für die Gesamtstichprobe überprüft wurde, verwendet. Für die Untersuchung wurden Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube jeweils blockweise

und einzeln in das Regressionsmodell eingefügt. Um anhand von Regressionen festzustellen, ob der Anteil, den die CD-RISC (Resilienz) an den Konstrukten Depression, Ängstlichkeit und Fatigue vorhersagt, durch die genannten Variablen zu erklären ist, wurde in einem ersten Schritt Resilienz (CD-RISC) als Prädiktor für Depression, Ängstlichkeit und Fatigue eingefügt. Schrittweise wurden dann die vier genannten Variablen hinzugefügt.

#### 4.4.2. Auswertung der Fragestellungen der spezifischen Stichprobe

Die Berechnung der spezifischen Fragestellungen wurde mittels SPSS 20.00 durchgeführt. Für die Beantwortung der zweiten Fragestellung und der dazugehörigen Hypothesen  $H_e$  bis  $H_h$  wurde dasselbe Vorgehen wie bei der ersten Fragestellung angewendet, jedoch wurde nur die Stichprobe der Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen herangezogen.

Die Hypothesen  $H_i$  bis  $H_q$  der vierten Fragestellung wurden mittels Pearson-Korrelationen berechnet. Um Unterschiede bei der Anwendung von Copingstrategien (Messinstrument CERQ) in Bezug auf die Erkrankungsdauer zu erkennen, wurde eine Teilung bei dem Wert des Medians durchgeführt, als auch ein T-Test für unabhängige Stichproben und ein Mittelwertvergleich gerechnet. Trotz Abweichungen der Daten in einigen Normalverteilungen zeigte sich das Verfahren als hinreichend robust. Alle anderen Voraussetzungen konnten erfüllt werden.

## 5. Ergebnisse

### 5.1. Deskriptive Daten der verwendeten Fragebögen (Theresa Hettl, Jenny Koegel, Sophie Roupetz)

In Tabelle 2 werden jeweils die deskriptiven Werte für entsprechende Fragebögen angegeben, die in der jeweiligen Stichprobe für die Auswertung der Hypothesen erforderlich waren.

Tabelle 2  
*Deskriptive Daten der verwendeten Fragebögen*

Skalename	Cronbach $\alpha$ chronisch Erkrankte	<i>M</i> chronisch Erkrankte	<i>SD</i> chronisch Erkrankte	Cronbach $\alpha$ CED	<i>M</i> CED	<i>SD</i> CED
SCTI	.94	2.9	0.58	.95	2.9	0.60
SWE	.92	2.8	0.56	.93	2.8	0.56
CD-RISC	.92	2.6	0.60	.91	2.6	0.59
Soz_U_K14	.93	4.2	0.75	.93	4.3	0.71
SBI	.96	2.2	0.86	.95	2.0	0.80
BSI_Depression_Norm	.89	55.8	13.0	.84	54.3	12.3
BSI_Angst_Norm	.87	55.6	13.0	.78	54.2	12.2
FSS	.94	4.6	1.6	.94	4.3	1.60
PCL-C	-	-	-	.93	1.8	0.73
PSQ_Gesamt	-	-	-	.91	2.7	0.60
PSQ_Sorge	-	-	-	.85	2.0	0.71
PSQ_Anforderungen	-	-	-	.41	2.4	0.64
PSQ_Anspannung	-	-	-	.84	2.8	0.71
PSQ_Freude	-	-	-	.86	2.6	0.72
CERQ_Andere Beschuldigen	-	-	-	.72	2.4	0.68
CERQ_Katastro- phisieren	-	-	-	.68	2.7	0.74
CERQ_Relativierung	-	-	-	.80	3.0	0.93
CERQ_Positive Neubewertung	-	-	-	.85	2.2	0.60
CERQ_Selbst Beschuldigen	-	-	-	.80	2.6	0.67
CERQ_Akzeptieren	-	-	-	.76	2.8	0.70
CERQ_Rumination	-	-	-	.73	2.8	0.70
CERQ_Positives Refokussieren	-	-	-	.80	3.1	0.87
CERQ_Positive Refokussierung auf Planung	-	-	-	.69	3.0	0.71

Anmerkungen: *M* (Mittelwert), *SD* (Standardabweichung)

## 5.2. Resilienzfaktoren

### 5.2.1. Ergebnisse erste Fragestellung: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit chronischen Erkrankungen? (Jenny Kogel)

In der Gesamtstichprobe der chronisch erkrankten Personen konnte ein signifikant positiver Zusammenhang ( $p < .001$ , siehe Tabelle 3) zwischen Resilienz und Selbstwirksamkeit beobachtet werden. Die zweitstärkste signifikant positive Korrelation ( $p < .001$ ) zeigte sich zwischen Resilienz und Optimismus. Auch Resilienz und soziale Unterstützung korrelierten signifikant positiv miteinander ( $p < .001$ ). Der geringste positiv signifikante Zusammenhang ( $p = .002$ ) zeigte sich in dieser Stichprobensammensetzung zwischen Resilienz und Glaube.

Zudem konnten signifikante Zusammenhänge ( $p < .001$ ) zwischen den Konstrukten Selbstwirksamkeit, Optimismus und soziale Unterstützung beobachtet werden. Die Variable Glaube zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit den anderen Prädiktoren (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3

*Interkorrelationen: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube*

	Selbstwirksamkeit	Optimismus	soziale Unterstützung	Glaube
Resilienz	.75*	.59*	.47*	.17*
Selbstwirksamkeit		.48*	.27*	.01
Optimismus			.40*	.06
soziale Unterstützung				.00

*Anmerkungen: \* $p < .01$*

Im ersten Schritt der Multiplen Regression konnte aufgezeigt werden, dass Selbstwirksamkeit einen signifikanten Varianzanteil von Resilienz erklärte (Adj.  $R^2 = .56$ ). Im zweiten Schritt wurde die Variable soziale Unterstützung hinzugefügt, der erklärte Varianzanteil von Resilienz erhöhte sich hierdurch (Adj.  $R^2 = .63$ ). In einem dritten Schritt konnte durch das Hinzufügen der Variable Optimismus der Anteil der erklärten Varianz von Resilienz weiter erhöht werden (Adj.  $R^2 = .67$ ). Im vierten Schritt wurde die Variable Glaube hinzugefügt, auch dies führte zu einer Vergrößerung des erklärten Varianzanteils (Adj.  $R^2 = .69$ ). Das vier-Prädiktoren-Modell zeigte insgesamt eine Effektgröße von  $f^2 = 2.22$ , dies weist auf einen großen Effekt hin. Es wurde festgestellt, dass

Selbstwirksamkeit Resilienz signifikant voraussagt ( $\beta = .59$ ,  $t(4) = 16.86$ ,  $p < .001$ ), ebenso zeigte sich soziale Unterstützung als signifikanter Prädiktor für Resilienz ( $\beta = .23$ ,  $t(4) = 6.87$ ,  $p < .001$ ). Auch Optimismus ( $\beta = .20$ ,  $t(4) = 5.53$ ,  $p < .001$ ) und Glaube ( $\beta = .15$ ,  $t(4) = 4.95$ ,  $p < .001$ ) sagten Resilienz signifikant voraus.

Gemeinsam konnten die Faktoren Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube in der Stichprobe chronisch erkrankter Personen 69 % der Varianz des Konstrukts Resilienz erklären (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4  
Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren

Modell-Resilienz		B	SE	$\beta$	p	Adj. $R^2$	F	df
Schritt 1	Selbstwirksamkeit	0.80	0.04	.75	<.001	.56	422.44	1,334
Schritt 2	Selbstwirksamkeit	0.72	0.04	.67	<.001			
	Soziale Unterstützung	0.23	0.03	.29	<.001	.63	291.99	2,333
Schritt 3	Selbstwirksamkeit	0.62	0.04	.58	<.001			
	Soziale Unterstützung	0.18	0.03	.23	<.001			
	Optimismus	0.22	0.04	.22	<.001	.67	223.60	3,332
Schritt 4	Selbstwirksamkeit	0.63	0.04	.59	<.001			
	Soziale Unterstützung	0.19	0.03	.23	<.001			
	Optimismus	0.21	0.04	.21	<.001			
	Glaube	0.11	0.02	.15	<.001	.69	185.68	4,331

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001,  $\beta$  = standard. Beta-Koeffizient

### 5.2.2. Ergebnisse zweite Fragestellung: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen?

Die Ergebnisse in Tabelle 5 konnten einen signifikant positiven Zusammenhang ( $p < .001$ ) zwischen Resilienz und Selbstwirksamkeit, Optimismus und soziale Unterstützung, als auch einen positiven Zusammenhang ( $p < .005$ ) zwischen Resilienz und Glaube bei Probanden mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen aufweisen. Resilienz und Selbstwirksamkeit zeigten dabei die höchste Korrelation, während der Glaube nur sehr gering aber dennoch signifikant mit Resilienz korrelierte. Außerdem konnten signifikant positive Interkorrelationen ( $p < .001$ ) zwischen den Faktoren Selbstwirksamkeit und Optimismus, Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung als auch Optimismus und soziale Unterstützung gezeigt werden.

Tabelle 5

*Interkorrelationen: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube bei CED*

	Selbstwirksamkeit	Optimismus	Soziale Unterstützung	Glaube
Resilienz	.73*	.56*	.42*	.16**
Selbstwirksamkeit		.44*	.28*	-.05
Optimismus			.36*	.05
Soziale Unterstützung				-.04

*Anmerkungen: \* $p < .01$ , \*\* $p < .05$*

Anhand der linearen Regression konnte festgestellt werden, dass Selbstwirksamkeit einen signifikanten Varianzanteil von Resilienz erklärt (Adj.  $R^2 = .52$ ). In einem zweiten Schritt wurde die Variable soziale Unterstützung hinzugefügt, welche den erklärten Varianzanteil vergrößerte (Adj.  $R^2 = .57$ ). Auch die in einem dritten Schritt zusätzlich hinzugefügte Variable Optimismus konnte den erklärten Varianzanteil erhöhen (Adj.  $R^2 = .61$ ). Der vierte und letzte Schritt nahm die signifikante Variable Glaube in die Regression auf, was zu einer erneuten Erhöhung der erklärten Varianz geführt hat (Adj.  $R^2 = .65$ ). Insgesamt wies das vier-Prädiktoren-Modell mit einer Effektgröße von  $f^2 = 1.90$  einen großen Effekt auf. Es zeigte sich, dass Selbstwirksamkeit ein signifikanter Prädiktor für Resilienz ist ( $\beta = .59$ ,  $t(4) = 10.75$ ,  $p < .001$ ). Auch die Variablen soziale Unterstützung ( $\beta =$

.18,  $t(4) = 3.39$ ,  $p = .001$ ), Optimismus ( $\beta = .23$ ,  $t(4) = 4.01$ ,  $p < .001$ ) und Glaube ( $\beta = .19$ ,  $t(4) = 3.86$ ,  $p < .001$ ) konnten Resilienz bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen signifikant vorhersagen. Gemeinsam erklärten Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube 65 % der Varianz von Resilienz bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6  
Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren bei CED

Modell-Resilienz	B	SE	$\beta$	p	Adj. $R^2$	F	df	
Schritt 1	Selbstwirksamkeit	0.76	0.06	.73	<.001	.52	167.10	1,150
Schritt 2	Selbstwirksamkeit	0.70	0.06	.67	<.001			
	Soziale Unterstützung	0.19	0.05	.23	<.001	.57	100.87	2,149
Schritt 3	Selbstwirksamkeit	0.60	0.06	.57	<.001			
	Soziale Unterstützung	0.14	0.05	.17	.003			
	Optimismus	0.24	0.06	.24	<.001	.61	80.42	3,148
Schritt 4	Selbstwirksamkeit	0.62	0.06	.59	<.001			
	Soziale Unterstützung	0.15	0.04	.18	.001			
	Optimismus	0.22	0.05	.23	<.001			
	Glaube	0.14	0.04	.19	<.001	.65	69.69	4,147

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001,  $\beta$ = standard. Beta-Koeffizient

### 5.2.3. Vergleich der Ergebnisse der verschiedenen chronischen Erkrankungen (Sophie Roupetz)

Wie in Tabelle 7 graphisch dargestellt, konnte Selbstwirksamkeit bei allen untersuchten chronischen Erkrankungsformen als bedeutendster Prädiktor für Resilienz festgestellt werden. Besonders bei Personen mit Multipler Sklerose ergab sich eine hohe Korrelation zwischen Selbstwirksamkeit und Resilienz. Während sich auch der Prädiktor soziale Unterstützung bei allen Stichproben für Resilienz als signifikant erwiesen hat, hatte Optimismus bei chronischem Rückenschmerz keinen signifikanten Einfluss auf Resilienz. Unterschiedliche Ergebnisse zeigten sich auch bei religiösen bzw. spirituellen Einstellungen, welche nur bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und chronischem Rückenschmerz in signifikantem Zusammenhang mit Resilienz stand. Bei an Multipler Sklerose erkrankten Personen wurde Resilienz mit dem vergleichbar höchsten Prozentanteil der erhobenen Faktoren erklärt, auch bei Personen mit chronischem Rückenschmerz und Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zeigte sich ein hoher erklärter Varianzanteil.

Tabelle 7

*Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren im Vergleich*

<b>Modell-</b>		<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>Adj. R<sup>2</sup></i>
<b>Resilienz</b>						
CRS	Selbstwirksamkeit	0.60	0.08	0.55	<.001	.67
	Soziale Unterstützung	0.24	0.05	0.31	<.001	
	Optimismus	0.15	0.09	0.12	.105	
	Glaube	0.10	0.04	0.14	.021	
CED	Selbstwirksamkeit	0.62	0.06	.59	<.001	.65
	Soziale Unterstützung	0.15	0.04	.18	.001	
	Optimismus	0.22	0.05	.23	<.001	
	Glaube	0.14	0.04	.19	<.001	
MS	Selbstwirksamkeit	0.69	0.06	.66	<.001	.76
	Soziale Unterstützung	0.19	0.05	.23	<.001	
	Optimismus	0.20	0.07	.20	.005	
	Glaube	0.07	0.04	.10	.06	

*Anmerkungen:* *p*-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001,  $\beta$ = standard. Beta-Koeffizient

5.2.4. Ergebnisse dritte Fragestellung: Wird das Konstrukt der Resilienz (CD-RISC) durch die verwendeten Faktoren in der Fragebogenbatterie ausreichend erklärt? (Jenny Koegel)

Die CD RISC (Resilienz) erklärte einen signifikanten Anteil der Varianz von Depression (Adj.  $R^2 = .14$ ). Durch das Hinzufügen der Variable Selbstwirksamkeit in einem zweiten Schritt, veränderte sich der erklärte Varianzanteil nicht (Adj.  $R^2 = .14$ ). In einem dritten Schritt wurde die Variable soziale Unterstützung beigefügt, die den erklärten Varianzanteil erhöhte (Adj.  $R^2 = .20$ ). Auch das Einfügen der Variable Optimismus in einem vierten Schritt erhöhte den erklärten Varianzanteil von Depressionen (Adj.  $R^2 = .21$ ). Das Eingeben der Variable Glaube führte zu keiner weiteren Vergrößerung (Adj.  $R^2 = .21$ ). Insgesamt ergaben die fünf Faktoren einen mittleren Effekt mit einer Effektgröße von  $f^2 = 0.26$ .

Auch im fünften Schritt, also nach Eingabe aller Variablen zeigte sich Resilienz (CD-RISC) noch als signifikanter Prädiktor für die Variable Depression ( $\beta = -.18$ ,  $t(5) = -2.09$ ,  $p = .04$ ). Es konnte beobachtet werden, dass Selbstwirksamkeit das Konstrukt Depression nicht signifikant voraussagte ( $\beta = -.05$ ,  $t(5) = -0.64$ ,  $p = .52$ ). Als bester Prädiktor zeigte sich soziale Unterstützung ( $\beta = -.25$ ,  $t(5) = -4.49$ ,  $p < .001$ ). Auch kein signifikanter Einfluss ergab sich durch die Variable Optimismus ( $\beta = -.10$ ,  $t(5) = -1.72$ ,  $p = .09$ ). Glaube wiederum zeigte sich als signifikanter Prädiktor für Depression ( $\beta = .11$ ,  $t(5) = 2.14$ ,  $p = .03$ ), mit dem Unterschied, dass Glaube und Depression positiv miteinander korrelierten (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8  
*Multiple Regression: Depression mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren*

<b>Modell-Depression</b>		<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>p</i>	Adj. $R^2$	<i>F</i>	<i>df</i>
Schritt 1	Resilienz	-8.21	1.10	-.38	<.001	.14	56.65	1,334
Schritt 2	Resilienz	-7.62	1.64	-.35	<.001			
	Selbstwirksamkeit	-0.84	1.75	-.04	.63	.14	28.37	2,333
Schritt 3	Resilienz	-3.82	1.75	-.18	.03			
	Selbstwirksamkeit	-2.12	1.71	-.09	.22			
	Soziale Unterstützung	-5.01	0.97	-.29	<.001	.20	29.25	3,332
Schritt 4	Resilienz	-2.87	1.82	-.13	.12			
	Selbstwirksamkeit	-1.81	1.71	-.08	.29			
	Soziale Unterstützung	-4.68	0.99	-.27	<.001	.		
Schritt 5	Optimismus	-2.38	1.36	-.11	.08	.21	22.83	4,331
	Resilienz	-3.93	1.82	-.18	.04			
	Selbstwirksamkeit	-1.11	1.71	-.05	.52			
	Soziale Unterstützung	-4.44	0.99	-.25	<.001			
	Optimismus	-2.34	1.34	-.10	.09			
	Glaube	1.62	0.76	.11	.03	.21	19.38	5,330

Anmerkungen: *p*-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001,  $\beta$  = standard. Beta-Koeffizient

Auch in Bezug auf Ängstlichkeit wurde im ersten Schritt wieder ausschließlich die Variable Resilienz (CD-RISC) herangezogen, diese erklärte einen signifikanten Anteil des Konstrukts Ängstlichkeit (Adj.  $R^2 = .08$ ). Im zweiten Schritt erhöhte sich der erklärte Varianzanteil durch das Hinzufügen der Variable Selbstwirksamkeit (Adj.  $R^2 = .09$ ). Auch mit dem Beifügen der Variable soziale Unterstützung vergrößerte sich der erklärte Varianzanteil (Adj.  $R^2 = .14$ ). Das Heranziehen der Variable Optimismus in einem vierten Schritt konnte den erklärten Varianzanteil von Ängstlichkeit nicht erhöhen (Adj.  $R^2 = .14$ ). Durch das Hinzufügen der Variable Glaube wurde der erklärte Varianzanteil noch einmal erhöht (Adj.  $R^2 = .15$ ). Insgesamt konnte ein mittlerer Effekt mit einer Effektgröße von  $f^2 = 0.18$  durch die fünf Faktoren erreicht werden. Durch das Beifügen der vier Variablen konnte Resilienz im letzten Schritt nicht mehr als signifikanter Prädiktor betrachtet werden ( $\beta = -.02$ ,  $t(5) = -0.22$ ,  $p = .82$ ). Selbstwirksamkeit ( $\beta = -.18$ ,  $t(5) = -2.28$ ,  $p = .02$ ), soziale Unterstützung ( $\beta = -.24$ ,  $t(5) = -4.02$ ,  $p < .001$ ) und Glaube ( $\beta = .10$ ,  $t(5) = 2.00$ ,  $p = .05$ ) sagten Ängstlichkeit signifikant voraus, wobei Glaube wieder einen positiven Zusammenhang zur Ängstlichkeit zeigte. Optimismus ( $\beta = -.07$ ,  $t(5) = -1.10$ ,  $p = .27$ ) konnte nicht als signifikanter Prädiktor herangezogen werden (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9  
*Multiple Regression: Ängstlichkeit mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren*

Modell-Ängstlichkeit		B	SE	$\beta$	p	Adj. $R^2$	F	df
Schritt 1	Resilienz	-6.22	1.13	-.29	<.001	.08	30.22	1,334
Schritt 2	Resilienz	-3.53	1.69	-.16	.04			
	Selbstwirksamkeit	-3.84	1.81	-.17	.03	.09	17.53	2,333
Schritt 3	Resilienz	-0.04	1.81	.00	.98			
	Selbstwirksamkeit	-5.01	1.77	-.22	.005			
	Soziale Unterstützung	-4.60	1.01	-.26	<.001	.14	19.31	3,332
Schritt 4	Resilienz	-0.59	1.90	.03	.75			
	Selbstwirksamkeit	-4.81	1.78	-.21	.01			
	Soziale Unterstützung	-4.38	1.03	-.25	<.001	.		
Schritt 5	Optimismus	-1.61	1.42	-.07	.26	.14	14.81	4,331
	Resilienz	-0.43	1.96	-.02	.82			
	Selbstwirksamkeit	-4.12	1.81	-.18	.02			
	Soziale Unterstützung	-4.14	1.03	-.24	<.001			
	Optimismus	-1.56	1.41	-.07	.27			
	Glaube	1.58	0.79	.10	.05	.15	12.76	5,330

Anmerkungen: p-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001,  $\beta$  = standard. Beta-Koeffizient

In einer weiteren Regressionsanalyse wurde noch einmal die CD-RISC (Resilienz) und der Erklärungsanteil der vier genannten Faktoren Untersuchung, mit dem Unterschied, dass als Kriterium dieses Mal die Variable Fatigue herangezogen wurde (siehe Tabelle 10). Resilienz (CD-RISC) erklärte im ersten Schritt einen signifikanten Varianzanteil von Fatigue (Adj.  $R^2 = .06$ ), die Variable Selbstwirksamkeit erhöhte diesen (Adj.  $R^2 = .07$ ). Durch die Variable soziale Unterstützung konnte der erklärte Varianzanteil nicht erhöht werden (Adj.  $R^2 = .07$ ), doch durch das Hinzufügen der Variable Optimismus konnte eine Vergrößerung beobachtet werden (Adj.  $R^2 = .09$ ). Die Variable Glaube erhöhte den erklärten Varianzanteil nicht weiter (Adj.  $R^2 = .09$ ). Insgesamt konnte eine Effektgröße von  $f^2 = 0.10$  beobachtet werden, dies weist auf einen kleinen Effekt der Faktoren hin. Auch in Bezug auf Fatigue konnte nach Hinzufügen der vier anderen Variablen Resilienz (CD-RISC) nicht mehr als signifikanter Prädiktor gelten ( $\beta = -.05$ ,  $t(5) = -0.49$ ,  $p = .62$ ). Ebenso wenig zeigten sich Selbstwirksamkeit ( $\beta = -.15$ ,  $t(5) = -1.84$ ,  $p = .07$ ), soziale Unterstützung ( $\beta = -.03$ ,  $t(5) = -0.51$ ,  $p = .61$ ) und Glaube ( $\beta = .06$ ,  $t(5) = 1.11$ ,  $p = .27$ ) als signifikante Prädiktoren. Die einzige Variable, die Fatigue im letzten Schritt noch signifikant vorhersagte, war Optimismus ( $\beta = -.16$ ,  $t(5) = -2.39$ ,  $p = .02$ ).

Tabelle 10  
Multiple Regression: *Fatigue mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung u Glaube als Prädiktoren*

<b>Modell-Fatigue</b>	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>p</b>	<b>Adj. R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>df</b>
Schritt 1 Resilienz	-0.67	0.14	-0.25	<.001	.06	22.30	1,334
Schritt 2 Resilienz	-0.33	0.21	-.12	.12			
Selbstwirksamkeit	-0.49	0.22	-.17	.03	.07	13.91	2,333
Schritt 3 Resilienz	-0.22	0.23	-.08	.34			
Selbstwirksamkeit	-0.52	0.22	-.19	.02			
Soziale Unterstützung	-0.14	0.13	-.07	.26	.07	9.70	3,332
Schritt 4 Resilienz	-0.05	0.24	-.02	.83			
Selbstwirksamkeit	-0.47	0.22	-.17	.04			
Soziale Unterstützung	-0.08	0.13	-.04	.52	.		
Optimismus	-0.43	0.18	-.16	.02	.09	8.82	4,331
Schritt 5 Resilienz	-0.12	0.25	-.05	.62			
Selbstwirksamkeit	-0.42	0.23	-.15	.07			
Soziale Unterstützung	-0.07	0.13	-.03	.61			
Optimismus	-0.43	0.18	-.16	.02			
Glaube	0.11	0.10	.06	.27	.09	7.31	5,330

Anmerkungen: *p*-Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001,  $\beta$  = standard. Beta-Koeffizient

### 5.3. Psychisches Wohlbefinden bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

#### 5.3.1. Ergebnisse vierte Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine geringe Resilienz bei an CED erkrankten Personen?

In Zusammenhang mit Depression, Angst und Fatigue zeigte Resilienz eine negativ signifikante Korrelation ( $p < .001$ ). Zudem korrelierten posttraumatische Belastungen negativ mit Resilienz ( $p = .018$ ). Positiv signifikante Interkorrelationen ergaben sich außerdem zwischen den Konstrukten Depression, Ängstlichkeit, Fatigue und posttraumatischen Belastungen ( $p < .001$ ). Darunter zeigten Depression und Ängstlichkeit eine besonders hohe Korrelation (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11

*Interkorrelationen: Resilienz, Depression, Ängstlichkeit, Fatigue und Posttraumatische Belastungen bei CED*

	Depression	Ängstlichkeit	Fatigue	Posttraumatische Belastungen
Resilienz	-.40*	-.26*	-.33*	-.19**
Depression		.74*	.61*	.66*
Ängstlichkeit			.58*	.66*
Fatigue				.55*

Anmerkungen: \* $p < .01$ , \*\*  $p < .05$

Die Berechnung der  $H_0$  führte zu einem signifikant negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und der gesamten Stresswahrnehmung einer Person ( $p < .001$ ). Die Berechnung der Subskalen zeigte, dass Resilienz und Freude signifikant positiv korrelieren ( $p < .001$ ). Demgegenüber ergaben die Subskalen Sorge und Anspannungen einen signifikant negativen Zusammenhang mit Resilienz ( $p < .001$ ). Lediglich die Subskala Anforderungen als Stressfaktor konnte keinen signifikanten Zusammenhang mit Resilienz zeigen (siehe Tab. 12).

Tabelle 12

*Korrelationen: Resilienz und subjektive Stresswahrnehmung bei CED*

	Stresswahrnehmung	Sorge	Anforderungen	Anspannungen	Freude
Resilienz	-.52*	-.50*	-.14	-.45*	.63*

Anmerkungen: \* $p < .01$

Wie in Tabelle 13 graphisch dargestellt zeigte die Berechnung von  $H_p$ , dass sowohl adaptive als auch maladaptive Copingstrategien positiv mit Resilienz korrelierten ( $p < .001$  bzw.  $p < .005$ ). Die Teilung der Stichprobe beim Wert des Medians (Median = 108 Monate) in kurze (Median  $\leq$  108) bzw. lange (Median  $>$  108) Erkrankungsdauer, ermöglichte eine differenzierte Betrachtung der Anwendung von maladaptiver und adaptiver Copingstrategien im Laufe der Erkrankung. Ein T-Test für unabhängige Stichproben konnte einzig einen signifikanten Einfluss der Erkrankungsdauer auf die Subskala *selbst beschuldigen* feststellen ( $p = .018$ ,  $t(146) = 2.39$ ). Schließlich zeigte ein Mittelwertvergleich, dass Personen die länger als 108 Monate an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen litten, die Schuld weniger bei sich suchten (MW = 2.40), als Personen die weniger als 108 Monate erkrankt waren (MW = 2.70).

Tabelle 13  
Korrelationen: Resilienz und Copingstrategien bei CED

	Resilienz		Resilienz
<u>Adaptives Coping</u>		<u>Maladaptives Coping</u>	
Relativierung	.20**	Rumination	.26*
Positive Refokussierung	.42*	Selbst Beschuldigen	.34*
Positive Neubewertung	.33*	Andere Beschuldigen	.27*
Positive Refokussierung auf Planung	.27*	Katastrophisieren	.29*
Akzeptanz	.26*	Gesamt	.38*
Gesamt	.40*		

Anmerkungen: \* $p < .01$ , \*\* $p < .05$

#### 5.4. Untersuchungsergebnisse der Demographischen Daten

Studienteilnehmer mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wurden in Bezug auf Unterschiede in der Resilienz in Abhängigkeit von den erfassten demographischen Daten untersucht. Dabei konnten lediglich zwischen psychologischen Behandlungen und Resilienz signifikante Unterschiede festgestellt werden ( $F(3,146) = 4.40$ ,  $p = .005$ ). Dies bezog sich auf Personen, die noch nie in psychologischer Behandlung gewesen waren und Personen, die zur Zeit der Erhebung aktuell eine Therapie besuchten ( $p = .004$ ).

Alle weiteren Gruppenvergleiche mit den Variablen Geschlecht ( $p = .50$ ), Nationalität ( $p = .24$ ), Geburtsjahr ( $p = .66$ ), Religionsbekenntnis ( $p = .89$ ), Beziehungsstatus ( $p = .96$ ),

Schulbildung ( $p = .51$ ), Erwerbstätigkeit ( $p = .50$ ), Einkommen ( $p = .93$ ), Rauchgewohnheiten ( $p = .07$ ) und Alkoholkonsum ( $p = .81$ ) zeigten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Resilienz einer Person. Auch der Entzündungsstatus ( $p = .50$ ), die Entzündungsdauer ( $p = .96$ ) oder die Anzahl an Operationen ( $p = .24$ ) einer an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankten Person hatte keinen Einfluss auf die Resilienz-Werte.

## 6. Diskussion

### 6.1. Diskussion der Ergebnisse der chronisch Erkrankten

#### 6.1.1. Prädiktoren für Resilienz (Sophie Roupetz)

Bezug nehmend auf die erste Fragestellung hatte Selbstwirksamkeit den bedeutendsten Einfluss auf Resilienz bei Personen mit chronischen Erkrankungen. Ähnliche Ergebnisse ergab auch eine Studie von Benight und Bandura (2004), die Selbstwirksamkeit als einen der wichtigsten Faktoren zur Förderung von Resilienz beschrieben. Selbstwirksamkeit definierten Benight und Bandura (2004) als die Erwartung mit eigener Fähigkeit ein Ereignis bewältigen zu können. Ein solches Ereignis kann beispielsweise das Leiden an einer chronischen Erkrankung sein. Die Fähigkeit ein Ereignis ohne fremdes Zutun bewältigen zu können und das Vertrauen in die eigene Person ist demnach bedeutend für Resilienz.

Zudem hat sich soziale Unterstützung als wichtiger Prädiktor für eine gute Resilienz erwiesen. Die Ergebnisse der Studie bekräftigen damit Ansätze von Bonnano et al (2008), welche soziale Unterstützung mit Resilienz und weniger Sorge über Erkrankungen assoziieren.

Für Personen mit Multipler Sklerose und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen war auch Optimismus ein signifikanter Faktor von Resilienz. Dieses Ergebnis stützt eine Studie von Scheier und Carver (1992), die ergab, dass eine optimistische Lebenseinstellung wesentlich für Resilienz ist. Die Autoren führten dies zurück auf die bessere Anpassungsfähigkeit optimistischer Personen, sowie auf den adäquateren Umgang mit Stress und flexiblere Copingstrategien (Scheier & Carver, 1992). Dies sind Eigenschaften, die auch für Personen mit chronischen Erkrankungen wesentlich sind. Optimismus hat einen direkten Einfluss auf die körperliche Gesundheit eines Menschen (Carver et al., 2010) und ist daher besonders bei bereits erkrankten Personen ein wichtiger Faktor für die Förderung bzw. Optimierung des aktuellen Gesundheitszustandes. Hingegen hatte Optimismus auf Resilienz von an chronischem Rückenschmerz erkrankten Personen keinen Einfluss.

Dass stattdessen der Glaube vorwiegend bei Personen mit chronischem Rückenschmerz und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine Rolle spielt, könnte auf die überwiegend älteren Studienteilnehmenden der Stichproben

zurückzuführen sein. Diese setzen sich vielleicht altersbedingt mehr mit spirituellen Glaubensfragen auseinander oder sind generationsbedingt noch stärker mit ihrer Religion verbunden. Zudem könnte der traditionelle Glaube in ländlichen Gebieten mehr als in der industrialisierten Stadt vertreten sein (Sekretariat Deutsche Bischofskonferenz, 2012). Glaube zeigte insgesamt einen weit geringeren Zusammenhang zu Resilienz als die anderen drei Faktoren, dies spiegelt die bisherige Forschung (Maddi, 2006) wider, die Religiosität als weniger bedeutsamen resilienzfördernden Faktor betrachtet. So konnten Maddi (2006) feststellen, dass Religiosität nur als protektiver Faktor gesehen werden kann, wenn Personen geringe Werte in Hardiness aufwiesen.

Anhand der Ergebnisse konnten alle Hypothesen bestätigt werden. Allgemein können Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube als bedeutende Faktoren für Resilienz bei Personen mit chronischen Erkrankungen gesehen werden. Dies unterstützt die Arbeitsdefinition der Autorinnen wieder, die davon ausgehen, dass unter anderem diese Faktoren fördernd auf Resilienz und damit auf die Anpassung an widrige Umstände wirken. Außerdem zeigten Interkorrelationen zwischen den einzelnen Konstrukten Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung und Optimismus eine signifikant positiv wechselseitige Beeinflussung. Dies spricht dafür dass Personen, welche von ihrem Umfeld unterstützt werden auch optimistischer durchs Leben gehen oder Selbst-wirksamkeit von Optimismus bestärkt wird. Im umgekehrten Sinne würden Personen die wenig soziale Unterstützung erfahren auch weniger optimistisch sein und eine geringere Selbstwirksamkeit erfahren. Die Forschungsergebnisse dieser Arbeit stützen daher auch bisherige Annahmen, welche die psychologischen Faktoren Selbstwirksamkeit und Optimismus in Wechselwirkung als Notwendigkeit für Resilienz sehen (Olsson et al., 2003). Gerade bei chronischen Erkrankungen scheinen gut ausgeprägte resilienzfördernde Faktoren von großer Bedeutung zu sein, um gegen die immer wiederkehren-den Symptome ohne zu große Einbußen der Lebensqualität anzukämpfen. Eine positive Lebenseinstellung und selbstwirksames Verhalten gehen mit einer gut ausgeprägten Resilienz einher und können durch das Anwenden von hilfreichen Copingstrategien in den Alltag integriert werden. Charaktereigenschaften wie Selbstvertrauen sind aber nicht stabil und reagieren auf die Gegebenheiten der Umwelt (Phelps et al., 2007), dies könnte beispielsweise als Erklärung für die Wichtigkeit eines sozial funktionierenden Umfeldes dienen. Sich auf das familiäre Umfeld verlassen zu

können, könnte Personen mit chronischen Erkrankungen vor allzu starken Schwankungen einer optimistischen Lebenseinstellung oder hinsichtlich einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung schützen.

#### 6.1.2. Überprüfung der CD-RISC (Jenny Koegel)

In der dritten Fragestellung wurde untersucht, wie ausreichend die CD-RISC in Bezug auf die Gesamtstichprobe durch die Faktoren Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube erklärt werden kann. Die CD-RISC wurde in diesem Projekt dafür eingesetzt die Resilienz einer Person zu erfassen. Wie aus den Ergebnissen der ersten Fragestellung hervorgeht, kann davon ausgegangen werden, dass diese sich aus den vorhergenannten Faktoren zusammensetzt. Es sollte nun erforscht werden, ob die CD-RISC eventuell über den Erklärungsgrad dieser vier Konstrukte hinausgeht, ob es also noch weitere wichtige Resilienzfaktoren gibt, die durch die CD-RISC erfasst werden, welche in dieser Arbeit aber nicht weiter untersucht wurden. Da Depressivität, Ängstlichkeit und Fatigue als Resultat geringer Resilienz bei chronisch Erkrankten gelten (Mosokowitz, 2010), wurden diese als Kriterien herangezogen, anhand derer geprüft werden sollte, ob die CD-RISC diese drei Konstrukte über die anfangs genannten vier Faktoren hinausgehend erklärt.

Beim Heranziehen der Kriteriumsvariablen Angst und Fatigue konnte deutlich gezeigt werden, dass Resilienz, so wie sie die CD-RISC erfasst, durch die Faktoren Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube erklärt werden konnte. Während die CD-RISC als alleiniger Prädiktor einen signifikanten Anteil der Angst und Fatigue erklärte, wurde dieser durch das Hinzufügen der vier Faktoren aufgehoben, sodass der Erklärungsanteil der CD-RISC schlussendlich nicht mehr aussagekräftig war. In Bezug auf Angst und Fatigue konnte bestätigt werden, dass die CD-RISC das Konstrukt Resilienz, bestehend aus den Faktoren, die auch wir weitergehend untersuchten, erfasst. Wieder zeigten sich die Selbstwirksamkeit, die soziale Unterstützung und der Optimismus als besonders bedeutend. Wobei Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung einen wichtigen Anteil der Resilienz in Bezug auf Ängstlichkeit ausmachten und Optimismus bedeutsam für Resilienz bei Fatigue waren.

Wurde Depression als Kriterium bei der Regressionsanalyse eingegeben, ergab sich ein anderes Bild, als bei Ängstlichkeit und Fatigue. Der Erklärungsanteil an Depressivität durch die CD-RISC konnte nicht vollständig durch die vier Faktoren aufgeklärt werden. Auch nach Hinzufügen der Faktoren, blieb ein signifikanter Anteil der CD-RISC erhalten, der über diese hinausgehend Depressivität vorhersagte. In anderen Worten, es konnte festgestellt werden, dass in Bezug auf Depressivität das Konstrukt Resilienz, so wie sie die CD-RISC erfasste, aus mehr als den von uns untersuchten Faktoren besteht. Nachdem anhand von Einzelanalysen die Items der CD-RISC untersucht wurden, konnten solche, die Resilienz über Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube hinausgehend erklärten genauer betrachtet werden (Items: 1,4, 8, 22; siehe Anhang). Fasste man diese Items zusammen, erinnerten diese an die Konstrukte Kontrollüberzeugung und Anpassungsfähigkeit. Diese beiden könnten weitere bedeutende Faktoren sein, welche die CD-RISC erfasste und welche wichtig für die Vorhersage für Depressivität sind.

Kontrollüberzeugungen werden definiert als „...subjektive Annahmen bzw. Gewissheiten, über Reaktionen zu verfügen, mit deren Hilfe aversive bzw. unangenehme Ereignisse abgewendet, zumindest aber beeinflusst werden können“ (Fröhlich, 2008, S. 293). Die Fähigkeit zur (sozialen) Anpassung beschreibt Fröhlich (2008) als: „allgemeine und umfassende Bezeichnung für den Prozess oder das Ergebnis eines Vorganges, der als Herstellung des Gleichgewichts zwischen Individuum bzw. Organismus und seiner sozialen und/oder physikalischen Umwelt gedeutet wird“ (S.67). Es scheint sinnvoll, sich mit diesen erweiternden Faktoren auseinanderzusetzen, da sowohl Kontrollüberzeugungen als auch die Anpassungsfähigkeit bei Personen mit chronischen Erkrankungen schützend auf die psychische Gesundheit wirken können. Beide Konstrukte sind in der Literatur mit einem höheren psychischen Wohlbefinden in Zusammenhang gebracht worden (Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh,& Wolters, 2002). So werden internale Kontrollüberzeugungen mit einem besseren Umgang chronischer Erkrankungen und damit einem höheren psychischen Wohlbefinden verknüpft. Gleichzeitig schlagen Meijer et al. (2002) vor, dass Kontrollüberzeugungen selbst zu höherer Anpassungsfähigkeit führen. Dann wäre also die Anpassungsfähigkeit eventuell kein eigener Faktor sondern das Resultat hoher Kontrollüberzeugungen. In diesem Fall wäre es nötig das Resilienzkonstrukt in Bezug auf Depressionen bei

chronisch erkrankten Personen um den Faktor Kontrollüberzeugungen zu erweitern. Bereits in einer Faktorenanalyse von Connor und Davidson (2003) stand einer von fünf Faktoren in Bezug zu Kontrollüberzeugungen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen dieser Studie, bei der sich genau dieser Faktor als weiteres resilienzförderndes Charakteristikum herauskristallisierte. Im Hinblick auf zukünftige Forschung wäre dies durchaus interessant weiter zu beleuchten.

## **6.2. Diskussion der Ergebnisse der Personen mit CED**

### **6.2.1. Prädiktoren für Resilienz**

Die Untersuchung von Resilienz anhand der spezifischen Stichprobe zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen führte ebenfalls zu aussagekräftigen Ergebnissen.

Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube stellten sich auch bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen als wichtige Prädiktoren für Resilienz heraus. Selbstwirksamkeit hatte den bedeutendsten Einfluss auf Resilienz, gefolgt von Optimismus und sozialer Unterstützung. Bisherige Studien betonen zwar mehr die Unabdingbarkeit sozialer Unterstützung für chronisch Erkrankte (Rubin et al., 2004), sprechen aber von Selbstwirksamkeit beispielsweise im Sinne eines subjektiven Krankheitskonzepts. Die subjektive Krankheitswahrnehmung ist entscheidend für die kognitive Verarbeitung der Erkrankung (Petrie & Weinman, 2006) und damit auch mitentscheidend für ein selbstwirksames Verhalten. Auch Benight und Bandura (2004) nennen ein positives Selbstkonzept eng mit Selbstwirksamkeit verbunden. Zudem unterstreichen zahlreiche Studien die besonders hohe Bedeutung von Selbstwirksamkeit als resilienzfördernden Faktor in der allgemeinen Population (Benight & Bandura, 2004; Olsson et al., 2003). Der Status einer chronischen Erkrankung sowie die damit verbundenen Beeinträchtigungen schwächen den Selbstwert der Betroffenen (Mackner et al., 2006) und fordern soziale Unterstützung. Ist diese nicht gegeben werden mehr medizinische Einrichtungen in Anspruch genommen (Miehsler et al., 2008). Im Allgemeinen wird soziale Unterstützung mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden einer Person assoziiert (Bonanno et al., 2007) und kann demnach auch bei chronisch Erkrankten resilienzfördernd sein. Wie sich auch in den Ergebnissen dieser Arbeit zeigen konnte, wirkt eine optimistische Lebenseinstellung gesundheitsfördernd und schützt vor

zusätzlichem Stress (Carver et al., 2010). Es wäre daher wünschenswert, dass psychosoziale Faktoren bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen mehr Platz in Diagnostik und Therapie finden. Weitere Forschungen könnten das Ergebnis der Wichtigkeit der genannten Prädiktoren bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen stützen. Der Einfluss von Resilienz auf die psychische Gesundheit zeigt wie wünschenswert eine vertiefende Forschung für die Praxisrelevanz wäre.

Schließlich konnte auch die Religiosität einer von Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa betroffenen Person mit Resilienz in Verbindung gebracht werden. Hier könnte die österreichweite Befragung, also die Vielzahl von Studienteilnehmern aus traditionsreichen und ländlichen Gegenden Einfluss gewonnen haben. Der Zusammenhang ist aber im Vergleich zu den anderen Prädiktoren deutlich vermindert und daher nicht sehr aussagekräftig. Verglichen mit der gegenwärtigen Fachliteratur wird dem Glauben jedenfalls eine resilienzfördernde Wirkung bei belastenden Lebensereignissen zugesprochen, wenn auch auf verschiedene Art und Weise (Tran et al., 2013; Maddi, 2006). Dies könnte dann vor allem bei einer andauernden Belastung, nämlich einer chronischen Erkrankung zutreffend sein.

#### 6.2.2. Resilienz und psychisches Wohlbefinden bei Personen mit CED

Den Ergebnissen zufolge kann die Annahme, dass resiliente Menschen weniger unter Depressionen, Ängstlichkeit, Fatigue oder posttraumatischen Belastungen zu leiden haben, bekräftigt werden. Damit zeigte die vierte Fragestellung dieser Arbeit, dass ein starker Einfluss von Resilienz auf die psychische Gesundheit besteht.

Allen voran scheint die Wahrscheinlichkeit einer Depression mit steigender Resilienz zu sinken. Depression, Angst, Fatigue und Stress sind häufig auftretende Symptome bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Hardt et al., 2010), welche mit der Förderung von Resilienz bedeutend vermindert werden könnten. Immerhin leiden Betroffene im Vergleich zur Normalpopulation fast doppelt so häufig an Depressionen oder Ängsten (Kurina et al., 2001; Miehsler et al., 2008), welche auch einen positiven Zusammenhang zur Krankheitsaktivität aufzeigen (Mardini et al., 2004). Auffallend war auch das komorbide Auftreten von Depression und Angst, welches bereits in einer Vielzahl von Studien dargelegt werden konnte (Miehsler et al., 2008).

Zudem könnte eine genauere Betrachtung des Prädiktors Fatigue, auch weil er in dieser Studie gering höher mit Resilienz korrelierte als Angst, für die weitere Forschung interessant sein und die Ergebnisse stützen. Die angeführten psychischen Faktoren sind außerdem für den Grad der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mitverantwortlich (Rubin et al., 2004). Würde Resilienz in der klinischen Praxis mehr Berücksichtigung finden, könnte eine Minderung der genannten psychischen Störungen und damit eine Verbesserung der individuellen Lebensqualität vielleicht möglich sein (Burgdorf et al., 2007; Moser et al., 1995).

Bisherige Studien sprechen von widersprüchlichen Ergebnissen bei dem Einfluss von belastenden Lebensereignissen auf die Krankheitssymptome einer Person mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Moser, 2005). Neben der Annahme, dass belastende Lebensereignisse zu einer Symptomexazerbation führen können (Duffy et al., 1991), gibt es Ansätze, welche dem Erleben von widrigen Erfahrungen unter mäßigem Stress sogar eine resilienzfördernde Wirkung zuschreiben (Rutter, 2006). Nach Bonanno (2004) gelingt es einem Großteil der Betroffenen ein potentiell traumatisches Erlebnis erfolgreich zu verarbeiten. Dennoch ist vor allem eine geringe Anzahl erlebter Traumata mit Resilienz assoziiert (Bonanno et al., 2007; Tran et al., 2013). In dieser Arbeit konnten posttraumatische Lebensereignisse als signifikant negativer Prädiktor für Resilienz identifiziert werden, was bedeuten würde, dass das Erleben von traumatischen Lebensereignissen die Resilienz einer Person vermindert. Damit unterstreichen die Ergebnisse einmal mehr, dass posttraumatische Belastungsstörungen Resilienz beeinträchtigen. Allerdings liegt nur ein geringer Zusammenhang vor, welchem weniger Aussagekraft zugeschrieben werden kann. Ein methodologisches Problem könnte hier vor allem die unterschiedliche Stressverarbeitung von belastenden Lebensereignissen sein, welche schwer objektivierbar ist (Moser, 2005). Zudem wäre es wichtig, dass es weiteren Studien gelingt Resilienz noch einheitlicher und klarer zu definieren, um die enge Verflochtenheit zu posttraumatischen Belastungsstörungen aufzulockern (Tran et al., 2013).

Resilienz war mit einer geringen Stresswahrnehmung assoziiert. Demnach unterliegen resiliente Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen einem geringen Stressempfinden bzw. sind erfolgreich im Coping mit Stress und klagen weniger über Sorgen und Anspannungen. Zudem sind sie wahrgenommenen Anforderungen eher

gewachsen als weniger resiliente Menschen. Dass sich ein hoher Grad an Alltagsstress negativ auf den Krankheitsverlauf von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen auswirken kann, konnte bereits anhand mehrerer Studien gezeigt werden (Bitton et al., 2003; Levenstein et al., 2000). Demgegenüber hatte Freude eine resilienzfördernde Wirkung, womit eine Reihe von Studien bekräftigt werden konnte (Connor, 2006; Tran et al., 2013), in welchen positive Emotionen, wie Humor, Freude und Optimismus eine entscheidend resilienzfördernde Rolle zugeschrieben wurde (Frederickson, 2004).

Ein interessantes Ergebnis lieferte der sehr ähnliche Effekt von adaptiven und maladaptiven Copingstrategien auf die Resilienz einer Person mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Es konnte gezeigt werden, dass für den Umgang mit belastenden Ereignissen nicht nur adaptive Strategien, wie *positive Refokussierung* oder *Neubewertung* einer Situation, sondern auch *fremde oder eigene Schuldzuweisungen* als Beispiel für maladaptive Strategien hilfreich sein können. *Kognitive Neu- und Umbewertung* bzw. *problemorientiertes Coping* wird als resilienzfördernd verstanden, da die bewusste Auseinandersetzung mit negativen Gefühlen eine erhöhte Problemlösekompetenz verspricht (Gross, 2002; Hagger & Orbell, 2003). Gegenteilig dazu gibt es kontroverse Annahmen die Wirkung von maladaptiven Strategien betreffend. Während Reuben et al. (2012) *Vermeidung* als allgemein kontraproduktives Coping verstehen, differenziert Bonanno (2004) diese Sichtweise, indem er vermeidendes Verhalten in manchen Situationen als durchaus hilfreich sieht. Die positiven Zusammenhänge beider Copingstrategien mit Resilienz in dieser Arbeit lassen vermuten, dass es unterschiedliche Wege gibt erfolgreich mit Stress umzugehen. Während wohl manche Personen sich durch das vorerste *Katastrophisieren* einer Situation beruhigen, können andere durch das *Relativieren* einer Situation wieder freier aufatmen. Auch Kordy und Normann (1992) haben in der Praxis eher unbeliebten Strategien, wie *Bagatellisieren und Wunschdenken* oder *Religiosität und Sinnsuche* eine gewisse Prädiktionskraft zugeschrieben, im Vordergrund stand aber der Erfolg von *aktivem und problemorientiertem Coping*. Je nach Persönlichkeit und Einstellung einer Person könnten also individuell hilfreiche Copingstrategien zum Einsatz kommen, unabhängig einer generalisierten Einteilung in maladaptiv und adaptiv. Demnach könnten auch bisher als maladaptiv erachtete Copingstrategien einen durchaus positiven Effekt bei der Bewältigung von belastenden Situationen haben. Studien belegen zudem,

dass für die Wahl von Bewältigungsstrategien eher kognitive und emotionsgebundene Vorstellungen über die Erkrankung, also das subjektive Krankheitskonzept, eine entscheidende Rolle spielen (Förster & Taubert, 2006; Petrie & Weinman, 2006). Auch die Dauer der chronisch entzündlichen Darmerkrankung hatte kaum einen bedeutenden Einfluss auf die erfolgreiche Anwendung von adaptiven oder maladaptiven Copingstrategien. Lediglich die Strategie des *Selbstbeschuldigens* wurde den Ergebnissen zufolge von Personen die länger als 108 Monate erkrankt waren weniger angewendet. Während sich kürzer Erkrankte womöglich eher selbst die Schuld für ihren Krankheitsstatus geben, könnten sich bereits länger Erkrankte mit ihrem Schicksal abgefunden haben, nicht zu wissen, warum sie an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind. Zusammenfassend bestätigen diese Untersuchungsergebnisse damit Bonannos kritische Hinterfragung der Trennung von Copingstrategien in adaptiv und maladaptiv für die psychische Gesundheit. Bonanno appelliert an die zukünftige Forschung einen genaueren Blick auf die verschiedenen Möglichkeiten von Copingstrategien für die Stressverarbeitung zu werfen (Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008). Die Frage, ob sich Copingstrategien über einen längeren Zeitraum hinweg nicht doch wieder in gut und schlecht unterscheiden lassen bleibt allerdings noch unbeantwortet.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass Resilienz bedeutende Auswirkungen auf den psychischen Gesundheitszustand hat und die untersuchten Faktoren unbedingt mehr Einzug in der klinischen Routinebetreuung finden sollten. Die Ergebnisse verdienen es aufgrund ihrer Signifikanz in der zukünftigen Forschung genauer betrachtet zu werden, eine kritische Hinterfragung ist dennoch unabdingbar. Dass resilienzfördernde Faktoren bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zahlreiche psychische Belastungsfaktoren vermindern können und daher im medizinischen Behandlungsalltag mehr Einzug finden sollten, konnte in dieser Arbeit einmal mehr unterstrichen werden. Psychotherapeutischen Interventionen wurde bereits ein positiver Effekt auf resilienzfördernde psychologische Dimensionen, wie psychisches Wohlbefinden, Strategien zur Krankheitsverarbeitung und Stressbewältigung nachgewiesen (Deter, Keller, Wietersheim, Jantschek, Duchmann, & Zeitz, 2007). Zudem konnte gezeigt werden, dass weniger resiliente Personen vermehrt psychologische Behandlungen aufsuchen (Burgdorf et al., 2007).

Abschließend möchte die Autorin nicht unerwähnt lassen, dass eine hohe Compliance von Seiten der Studienteilnehmer zu spüren war und damit das Anliegen nach mehr Beachtung von psychosozialen Krankheitsfaktoren nicht nur von der aktuellen Forschungsliteratur forciert wird.

### **6.3. Kritik und Einschränkungen der Studie (Theresa Hettl)**

Die Fragebogenbatterie setzte sich aus 12 bzw. 13 Instrumenten und den demographischen Daten zusammen. Da viele der Verfahren bis zu 25 Items beinhalten, war die Bearbeitung für die Patienten sehr langwierig und anstrengend. Abgesehen davon, dass allein das Durchlesen der Aussagen hohe Konzentration forderte, brauchte es auch viel Kraft, diese bezüglich des eigenen Lebens zu reflektieren und anschließend zu bewerten. Da die Personen allesamt durch ihre chronische Erkrankung bereits eingeschränkt waren, klagten sie verstärkt über die Anstrengungen, die sie durch die verwendete Fragebogenbatterie empfanden. Bei der Dateneingabe und bei den Untersuchungen konnte auch eine gewisse Tendenz dahingehend verzeichnet werden, dass die Antworten bei den Verfahren am Ende der Batterie systematischer und schneller gegeben wurden. Es machte den Anschein, dass die Geduld zum Teil nachließ und die Patienten einfach nur schnell fertig werden wollten und weitaus weniger über die Aussagen reflektierten. Spezifisch zu den einzelnen Verfahren zeigten sich bei allen drei Personengruppen Unklarheiten und Probleme bei der Bearbeitung des TLEQ. Einigen waren die Aussagen zu intim und persönlich. Zudem war die Beantwortung der Items 18 und 19 (siehe Anhang) sehr uneinheitlich und verdeutlichte damit die bereits während des Ausfüllens entstandenen Schwierigkeiten.

Durch die genaue Untersuchung der CD-RISC entsteht der Aspekt für weitere Forschungen, diesen durch die spezifischen Verfahren der einzelnen Prädiktoren zu ersetzen. Solange das Konstrukt der Resilienz noch keine klare Definition und Erklärung hat, sollte auf Verfahren, die dieses direkt erfassen wollen, eventuell verzichtet werden. Zum aktuellen Forschungsstand kann keines den Anspruch erheben, tatsächlich Resilienz zu erfassen. Jedoch soll hiermit nicht ausgeschlossen werden, dass es nach entsprechender Forschung durchaus möglich ist, eine neue Methode zur Messung der Resilienz zu entwickeln oder die CD-RISC zu überarbeiten.

Interessanterweise zeigten sich bezüglich des Commitments und des Interesses an der Studie sehr unterschiedliche Einstellungen unter den befragten Personen mit chronischen Erkrankungen. Die Personen mit chronischen entzündlichen Darmerkrankungen und Multipler Sklerose waren wesentlich kooperativer als die Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Dies kann durch unterschiedlichste Faktoren beeinflusst worden sein. Am plausibelsten wären das Erhebungsgebiet oder aber auch die Prävalenz der Krankheiten sowie der Umgang und die Meinung der Gesellschaft hinsichtlich der Erkrankungen. Hier konnte ebenfalls eine größere Bereitschaft bei den Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Multipler Sklerose verzeichnet werden. Sie gaben an, dass es sie sehr freue, dass jemand Interesse an ihrem Leben mit der Krankheit zeige. Die Personen mit chronischen Rückenschmerzen waren hingegen sehr reserviert und wenig motiviert.

Die Arbeiten lieferten aber und gerade wegen der langen Fragebogenbatterie sehr viele Informationen und aufschlussreiche Ergebnisse. Diese wertvollen Beiträge resultieren nicht nur aus der Menge der verwendeten Verfahren, sondern auch aus dem Grundaufbau, der es vorsah, dass zusätzlich zu den spezifischen Stichproben eine Gesamtstichprobe mit allen Personen der drei chronischen Erkrankungen zur Verfügung stehen sollte. Somit konnten nicht nur die spezifischen Krankheiten hinsichtlich der Resilienz analysiert werden, sondern auch allgemeine Untersuchungen für chronische Erkrankungen an einer wesentlich größeren Stichprobe durchgeführt werden.

## **7. Conclusio / Ausblick (Theresa Hettl)**

Die Arbeiten des Resilienz-Projekts konnten dessen Implikationen deutlich erfüllen. Sie lieferten wichtige und aufschlussreiche Informationen, die dem Vorhaben der genauen Definition und Beschreibung der Resilienz eine große Unterstützung sind. Die Ergebnisse zeigten eindeutig, dass Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube wichtige Faktoren der Resilienz sind. Zudem konnten die positiven Effekte einer guten Resilienz auf die psychische Gesundheit der befragten Personen bestätigt werden.

Auf Basis dieser Ergebnisse können in weiteren Forschungen noch spezifischere Untersuchungen durchgeführt werden, um das Konstrukt der Resilienz letztendlich klar definieren zu können. Die Arbeiten zeigen auf, wie wichtig psychologische Faktoren im Umgang mit chronisch erkrankten Personen sind. Ein wichtiges Fazit dieser Untersuchung ist zudem, dass der zusätzliche Einsatz psychologischer Beratung die Behandlung bei chronisch Erkrankten effektiver und nachhaltiger macht. Somit ist eine engere Zusammenarbeit zwischen Medizin und Psychologie erforderlich und von großer Bedeutung.

## 8. Literaturverzeichnis

- Adler, R.H. (2009). Engel's biopsychosocial Model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research, 67*, 607-611.
- Alexander, C. (1998). *The Endurance: Shackleton's legendary Antarctic expedition*. New York: Alfred A. Knopf.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.,aktualisierte Auflage). Washington, DC: Autor.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*(6., aktualisierte Auflage). Washington, DC: Autor.
- Atkinson, P.A., Martin, C.R., & Rankin J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*, 137-145.
- Benight, C.C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1129-1148.
- Binder, E.B., Bradley, R.G., Liu, W., Epstein, M.P., Deveau, T.C., ... &Ressler, K.J. (2008). Association of *FKBP5* Polymorphisms and Childhood Abuse With Risk of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Adults. *The Journal of American Medical Association, 299*, 1291-1305.
- Bitton, A., Dobkin, P.L., Edwardes, M.D., Sewitch, M.J., Meddings, J.B., Rawal, S., ...& Wild, G.E. (2008). Predicting relapse in Crohn's Disease: a biopsychosocial model. *Gut, 57*, 1386-1392.
- Bitton, A., Sewitch, M.J., Peppercorn, M.A., Edwardes, M.D., Shah, S., Ransil, B., & Locke, S.E. (2003). Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study. *American Journal of Gastroenterology, 98*, 2203-2208.
- Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., Buckley, T.C., & Forneris, C.A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy, 34*, 669-673.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?*American Psychological Association, 59*, 20-28.
- Bonanno, G.A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 135-138.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., &Vlahov, D. (2007). What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The role of Demographics, Resources, and Life Stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 671-682.
- Bonanno, G.A., & Mancini, A.D. (2008). The Human Capacity to Thrive in the Face of Potential Trauma. *Pediatrics, 121*, 369-375.
- Bonanno, G.A., Rennicke, C., & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11<sup>th</sup> terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 984.
- Buderus, S. (2010). Epidemiologie und klinische Besonderheiten der pädiatrischen CED. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 158*, 745-751.
- Burgdorf, F., Schreyögg, J., Keller, W., von Wietersheim, J., Deter, H.C., & the German Study Group on Psychosocial Intervention in Crohn's Disease. Prädiktoren für die medizinische Inanspruchnahme am Beispiel von Patienten mit der Diagnose Morbus Crohn, *Medizinische Klinik, 102*, 881-887.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M.B., (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 1019-1028.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Segerstorm, S.Z. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879-889.

- Chen, X., DeSouza, A., Chen, H., & Wang, L. (2006). Reticent behavior and experiences in peer interactions in Canadian and Chinese children. *Developmental Psychology, 42*, 656-665.
- Cohen, R.D. (2002). The quality of life in patients with Crohn's disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 16*, 1603-1609.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M.E. (2001). Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin, 127*, 87-127.
- Connor, K.M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*, 46-49.
- Connor, K.M., Davidson, J.R., Lee, & L.C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 487-494.
- Connor, K.M., Sutherland, S.M., Tupler, L.A., Churchill, L.E., Malik, M.L., & Davidson, J.R.T. (1999). Fluoxetine in posttraumatic stress disorder: a randomized, placebo-controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 175*, 17-22.
- Curtis W.J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21<sup>st</sup> century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology, 15*, 773-810.
- Davydov, D.M., Steward, R., Ritchie, K., & Chaudieu I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review, 30*, 479-495.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P., ... & Zaslavsky, A.M. (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA, 291*, 2581-2590.
- Deter, H.C., Keller, W., Wietersheim, J., Jantschek, G., Duchmann, R., & Zeitz, M. (2007). Psychological Treatment may reduce the need for healthcare in patients with Crohn's disease. *Inflammantoral Bowel Diseases, 13*, 745-752.
- DiCorcia, J.A., & Tronick, E. (2011). Quotidian resilience: Exploring mechanisms that drive resilience from a perspective of everyday stress and coping. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35*, 1593-1602.
- Diefenbach, M.A., & Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless, 5*, 11-38.
- Duffy, L.C., Zielezny, M.A., Marshall, J.R., Byers, T.E., Weiser, M.M., Phillips, J.F., ... & Graham, S. (1991). Relevance of Major Stress Events as an Indicator of Disease Activity Prevalence in Inflammatory Bowel Disease. *Behavioral Medicine, 17*, 101-110.
- Feder, A., Nestler, E.J., & Charney, D.S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience, 10*, 446-457.
- Feuerbach, S., & Schölmerich, J. (2000). Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Teil 1: Ätiologie und Pathogenese, Diagnostik. *Bildgebende Verfahren bei Morbus Crohn, 40*, 324-338.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications.
- Filipp, S.H., & Aymanns, P. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 3-21.
- Förster, C., & Taubert, S. (2006). Subjektive Krankheitstheorien und Selbstregulation von Tumorpatienten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 15*, 117-127.
- Frederickson, B.L. (2004). The broaden-and-built-theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 359*, 367-377.
- Frederickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E., & Larkin, G.E. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 365-376.

- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*, 65-76.
- Fröhlich, W.D. (2008). *Wörterbuch Psychologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Fuller-Thomson, E., & Sulman, J. (2006). Depression and Inflammatory Bowel Disease: Findings from Two Nationally Representative Canadian Surveys. *Inflammatory Bowel Disease, 12*, 697-707.
- Garrett, V.D., Brantley, P.J., Jones, G.N., & McKnight, G.T. (1990). The Relation Between Daily Stress and Crohn's Disease. *Journal of Behavioral Medicine, 14*, 87-95.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica, 48*, 28-36.
- Gottfredson, L.S., & Deary, I.J. (2004). Intelligence Predicts Health and Longevity, but Why? *American Psychological Society, 13*, 1-4.
- Greene, B.R., Blanchard, E.B., & Wan, C.K. (1994). Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 217-226.
- Gross, J.J. (2002). Emotion Regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291.
- Grulke, N., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Albani, C. (2003). Measuring religious attitudes: reliability and validity of the German version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15R- D) in a representative sample. *Mental Health, Religion & Culture, 6*, 203-213.
- Haefel, G.J., & Grigorenko, E.L. (2007). Cognitive vulnerability to depression: Exploring risk and resilience. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 16*, 435-448.
- Hagger, M.S., & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health, 18*, 141-184.
- Hale, E.D., Treharne, G.J., & Kitas, G.D. (2007). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology, 46*, 904-906.
- Hardt, J., Mucbe-Borowski, C., Conrad, S., Balzer, K., Bokemeyer, B., & Raspe, H. (2010). Chronisch entzündliche Darmerkrankungen als multifokale Erkrankungen: körperliche und psychosoziale Probleme von Patienten mit CED. Ergebnisse eines Fragebogen-Surveys. *Zeitschrift für Gastroenterologie, 48*, 381-391.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies. *Society of Biological Psychiatry, 49*, 1023-1039.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L.M., Hellhammer, D.H., & Ehlert, U. (2005). Predicting Posttraumatic Stress Symptoms From Pretraumatic Risk Factors: A 2-Year Prospective Follow-Up Study in Firefighters. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 2276-2286.
- Higginson, I.J., & Carr, A.J. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal, 322*, 1297-1300.
- Hoffmann, J.C., Preiß, J.C., Autschbach, F., Buhr, H.J., Häuser, W., Herrlinger, K., ... & Zeitz, M. (2008). S3 Leitlinie "Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn". *Zeitschrift für Gastroenterologie, 46*, 1094-1146.
- Känel, R., Dimsdale, J.E., Patterson, T.L., & Grant, I. (2002). Acute Procoagulant Stress Response as a Dynamic Measure of Allostatic Load in Alzheimer Caregivers. *Annals of Behavioral Medicine, 26*, 42-48.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.

- Kleinman, L., Zodet, M.W, Hakim, Z., Aledort, J., Barker, C., Chan, K., Krupp, L., & Revicki, D. (2000). Psychometric evaluation of the fatigue severity scale for use in chronic hepatitis C. *Quality of Life Research*, 9, 499-508.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kolar, K. (2011). Resilience: Revisiting the Concept and its Utility for Social Research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 421-433.
- Koletzko, S., & Uhlig, H.H. (2010). Hygienehypothese: Schlüssel zur Ätiologie und Pathogenese von CED? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158, 759-765.
- Kordy, H., & Normann, D. (1992). Psychische und somatische Faktoren des Krankheitsverlaufes bei Morbus Crohn. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 5, 141-190.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S., & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 146-154.
- Kralik, D., van Loon, A., & Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, 14, 187-201.
- Krille, S., Schöne, C., & Martin, A. (2010). Krankheitsbelastung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. *Psychotherapeut*, 55, 209-216.
- Küchenhoff, J. (1993). Psychosomatik des Morbus Crohn. Zur Wechselwirkung seelischer und körperlicher Faktoren im Krankheitsverlauf. *Ferdinand Enke Verlag Stuttgart*, 57.
- Kurina, L.M., Goldacre, M.J., Yeates, D., & Gill, L.E. (2001). Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 716-720.
- Kuwert, P., Knaevelsrud, C., Rosenthal, J., Dudeck, M., Freyberger, H. J., & Spitzer, (2008). Lebensqualität und Kohärenzgefühl bei ehemaligen deutschen Kindersoldaten des Zweiten Weltkrieges. *Psychiatrische Praxis*, 35, 399-403.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M.L., Andreoli, A., Luzzi, C., ... & Marcheggiano, A. (2000). Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *American Journal of Gastroenterology*, 95, 1213-1220.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. *Contributions to Medical Psychology*, 2, 7-30.
- Loftus, E.V. Jr. (2004). Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*, 126, 1504-1517.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Lyons, J. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 93-111.
- Lyons, D.M., Buckmaster, P.S., Lee, A.G., Wu, C., Mitra, R., Duffey, L.M., ... & Schatzberg, A.F. (2010). Stress coping stimulates hippocampal neurogenesis in adult monkeys. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, 14823-14827.
- Lyssenko, L., Rottmann, N., & Bengel, J. (2010). Resilienzforschung. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1067-1072.
- Mackner, L.M., Crandall, W.V., & Szigethy, E.M. (2006). Psychosocial Functioning in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Disease*, 12, 239-244.
- Maddi, S.R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 160-168.
- Manyena, S.B. (2006). The concept of resilience revisited. *Disasters*, 30, 433-450.

- Mardini, H.E., Kip, K.E., & Wilson, J.W. (2004). Crohn's disease: A Two-Year Prospective Study of the Association Between Psychological Distress and Disease Activity. *Digestive Diseases and Sciences*, 49, 492-497.
- Martin, R.A. (2004). Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent findings, and future directions. *Humor*, 17, 1-19.
- McCormick, B.P., Frey, G.C., Lee, C.-T., Gajic, T., Stamatovic-Gajic, B., & Maksimovic, M. (2009). A pilot examination of social context and everyday physical activity among adults receiving Community Mental Health Services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 243-247.
- McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G., & Thoresen, C., 2000. Religious Involvement and Mortality: A Meta-Analytic Review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- McFarlane, A.C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. *Traumatic stress*, 155-181.
- McKenzie, K., Bhui, K., Nanchahal, K., & Blizard, B. (2008). Suicide rates in people of South Asian origin in England and Wales: 1993-2003. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 406-409.
- Meijer, S.A., Sinnema, G., Bijstra, J.O., Mellenbergh, G.J., & Wolters, W.H.G. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science & Medicine*, 54, 1453-1461.
- Miehler, W., Weichselberger, M., Öfferlbauer-Ernst, A., Dejaco, C., Reinisch, W., Vogelsang, H., ... & Moser, G. (2008). Which Patients with IBD Need Psychological Interventions? A Controlled Study. *Inflammatory Bowel Disease*, 14, 1273-1280.
- Moser, G. (2005). Bedeutung von Stress und Depression bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. *Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen*, 3, 26-30.
- Moser, G. (2011). Morbus Crohn und Psychosomatik. *Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen*, 9, 14-17.
- Moser, G., Tillinger, W., Sachs, G., Genser, D., Maier-Dobersberger, T., Spiess, K., ... & Gangel, A. (1995). Disease-related worries and concerns: a study on out-patients with inflammatory bowel disease. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 7, 853-858.
- Mosokowitz, J.T. (2010). Positive Affect at the Onset of Chronic Illness, Planting the Seeds of Resilience. In J.W. Reich (Hrsg.), A.J. Zautra (Hrsg.), & J.S. Hall (Hrsg.), *Handbook of Adult Resilience* (465-483). New York: The Guilford Press.
- Neff, L.A., & Broady, E.F. (2011). Stress resilience in early marriage: Can practice make perfect? *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 1050-1067.
- Newman, J., Bidjerano, T., Ozdogru, A.A., Kao, C., Ozkose-Kiyik, C., & Johnson, J.J. (2007). What do they usually do after school? A comparative analysis of 4<sup>th</sup> grade children in Bulgaria, Taiwan and the United States. *The Journal of Early Adolescence*, 27, 431-456.
- Ní Raghallaigh, M., & Gilligan, R. (2010). Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child & Family Social Work*, 15, 226-237.
- North, C.S., Alpers, D.H., Helzer, J.E., Spitznagel, E.L., & Clouse, R.E. (1991). Do Life Events or Depression Exacerbate Inflammatory Bowel Disease? *Annals of Internal Medicine*, 114, 381-386.
- Olsson, C.A., Bond, L., Burns, J.M., Vella-Brodrick, D.A., & Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Paterson, B.L. (2001). The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 21-26.
- Petrak, F., Hardt, J., Kappis, B., & Egle, U.T. (2003). Kreuzvalidierung des "Fragebogen zur Messung der psychosozialen Belastungen bei chronisch-entzündlichen

- Darmerkrankungen (FBCED)“ an einer nationalen Stichprobe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 324-328.
- Petrie, K.J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6, 536-539.
- Phelps, E., Balsano, A.B., Fay, K., Peltz, J.S., Zimmerman, S.M., Lerner, R.M., & Lerner, J.V. (2007). Nuances in early adolescent developmental trajectories of positive and of problematic/risk behaviors: Findings from the 4-H Study of Positive Youth Development. *North American Clinics of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 473-496.
- Pieter, A., Fröhlich, M., & Klein, M. (2011). Kohärenzgefühl bei Personen mit neuromuskulären Erkrankungen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 27, 1-5.
- Reuben, N., Rebecca P.A., & Moon-Ho, R.H. (2012). Coping with Anxiety, Depression, Anger and Aggression: The Mediational Role of Resilience in Adolescents. *Child Youth Care Forum*, 41, 529-546.
- Rottenberg, J., Kasch, K. L., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2002). Sadness and amusement reactivity differentially predict concurrent and prospective functioning in major depressive disorder. *Emotion*, 2, 135-146.
- Rubin, G.P., Hungin, A.P.S., Chinn, D.J., & Dwarakanath, D. (2004). Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 19, 529-535.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Sajdyk, T.J., Johnson, P.L., Leitermann, R.J., Fitz, S.D., Dietrich, A., Morin, M., ... & Shekhar, A. (2008). Neuropeptide Y in the amygdale induces long-term resilience to stress-induced reductions in social responses but not hypothalamic-adrenal-pituitary axis activity or hyperthermia. *The Journal of Neuroscience*, 28, 893-903.
- Sameroff, A., Gutman, L.M., & Peek, S.C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In S. S. Luthar (Hrsg.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (364-391). Cambridge: Cambridge University Press.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1992). Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Seery, M.D. (2011). Resilience: A Silver Lining to Experiencing Adverse Life Events? *Current Directions in Psychological Science*, 20, 390-394.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (2012). *Katholische Kirche in Deutschland. ZAHLEN UND FAKTEN 2011/12*. Bonn: LUTHE Druck und Medienservice KG.
- Sewitch, M.J., Abrahamowicz, M., Bitton, A., Daly, D., Wild, G.E., Cohen, A., ... & Dobkin, P.L. (2001). Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 96, 1470-1479.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggings, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioural Medicine*, 15, 194-200.
- Taft, C.T., Watkins, L.E., Stafford, J., Street, A.E., & Monson, C.M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 22-33.
- Teegen, F., & Cizmic, L.D. (2003). Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16, 77-91
- Torrance, G., Markham, B., Feeny, D., Rosenbloom, D., & Gafni, A. (1990). Risk Benefit and Quality of Life Analyses of Prescription Drugs. *Ottawa: Health and Welfare Canada*.

- Tran, U. S., Glück, T. M., & Lueger-Schuster, B. (2013). Influence of personal and environmental factors on mental health in a sample of Austrian survivors of World War II with regard to PTSD: is it resilience?. *BMC psychiatry*, *13*, 1-10.
- Tugade, M.M., & Frederickson, B.L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*, 320-333.
- Ungar, M. (2011). The Social Ecology of Resilience: Addressing Contextual and Cultural Ambiguity of a Nascent Construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, *81*, 1-17.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction) (2005). *Hyogo Framework for 2005–2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. Verfügbar unter <http://www.unisdr.org/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf>. [12.04.2013].
- Wachs, T.D. (2006). Contributions of temperament to buffering and sensitization processes in children's development. In B.M. Lester (Hrsg.), A.S. Masten (Hrsg.) & B. McEwen (Hrsg.), *Resilience in children* (28-39). Boston: Blackwell.
- Wang, X., & Ho, P.S.Y. (2007). My sassy girl: A qualitative study of women's aggression in dating relationships in Beijing. *Journal of Interpersonal Violence*, *22*, 623-628.
- Werner, E. (2005). Resilience Research: Past, Present and Future. In R.D. Peters, B. Leadbeater & R.R. McMahon (Hrsg.), *Resilience in Children, Families and Communities, Linking Context to Practice and Policy* (S. 3-12). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Werner, E., & Smith, R.S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience and Recovery*. New York: Cornell University Press.
- Windle, G., Bennett, K.M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, *9*, 1-18.
- Wong, P.T.P., Wong, L.C.J., & Scott, C. (2006). Beyond stress and coping: The positive psychology of transformation. In P.T.P. Wong (Hrsg.) & L.C.J. Wong (Hrsg.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (1-28). New York: Springer.
- Ying, Y., Han, M., & Wong, S.L. (2008). Cultural orientation in Asian American adolescents: Variation by age and ethnic density. *Youth and Society*, *39*, 507-523.

#### Messinstrumente:

- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Grulke, N. (2002). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen: Psychometrische Überprüfung des deutschen „Systems of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *52*, 306-313.
- Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*, 76-82.
- Derogatis, L.R. (2000). Brief Symptom Inventory (BSI) 18. *Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Walter, O.B., Kocalevent, R.-D., Weber, C., & Klapp, B.F. (2005). The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: Validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 78-88.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *18*, 43-48.
- Krupp, L.B., LaRocca, N.G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A.D. (1989). The Fatigue Severity Scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, *46*, 1121–1123.
- Kupfer, J., Brosig, B., & Brähler, E. (2001). *Toronto-Alexithymie-Skala-26. Deutsche Version, Manual*. Göttingen: Hogrefe.

- Loch, N., Hiller, W., & Witthöft, M. (2011). Der Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) Erste teststatistische Überprüfung einer deutschen Adaption. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *40*, 94-106.
- Rammstedt, B., & John, O.P. (2005). Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K). *Diagnostica*, *51*, 195-206.
- Ruch, W., Köhler, G., & van Thriel, C. (1996). Assessing the 'humorous temperament': Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory-STCI. *Humor:International Journal of Humor Research*, *9*, 303-339.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Teegen, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz – Prävention – Behandlung*. Bern: Huber.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility*. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

## 9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Demographische Daten der Gesamtstichprobe und der an CED erkrankten Personen</i> ..	48
Tabelle 2 <i>Deskriptive Daten der verwendeten Fragebögen</i> .....	56
Tabelle 3 <i>Interkorrelationen: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube</i> .....	57
Tabelle 4 <i>Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren</i> .....	58
Tabelle 5 <i>Interkorrelationen: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube bei CED</i> .....	59
Tabelle 6 <i>Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren bei CED</i> .....	60
Tabelle 7 <i>Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren im Vergleich</i> .....	61
Tabelle 8 <i>Multiple Regression: Depression mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren</i> .....	63
Tabelle 9 <i>Multiple Regression: Ängstlichkeit mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren</i> .....	65
Tabelle 10 <i>Multiple Regression: Fatigue mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung u Glaube als Prädiktoren</i> .....	67
Tabelle 11 <i>Interkorrelationen: Resilienz, Depression, Ängstlichkeit, Fatigue und Posttraumatische Belastungen bei CED</i> .....	68
Tabelle 12 <i>Korrelationen: Resilienz und subjektive Stresswahrnehmung bei CED</i> .....	68
Tabelle 13 <i>Korrelationen: Resilienz und Copingstrategien bei CED</i> .....	69

## 10. Anhang

### 10.1. Demographische Daten

#### *Demographische Daten der Gesamtstichprobe und der an CED erkrankten Personen*

	Gesamtstichprobe (n = 337)	Personen mit CED (n = 153)
Höchste abgeschlossene Ausbildung <i>n (%)</i>		
Pflichtschule	16	5
Lehrabschluss	34	35
Meisterprüfung	5	5
Berufsbildende mittlere Schule	8	8
Hochschulreife	19	26
Bachelor, Master oder äquivalent	4	6
PhD oder Doktorart	2	16
Erwerbstätigkeit <i>n (%)</i>		
Keine	43	33
Geringfügig	5	8
Teilzeit	14	17
Vollzeit	30	44
Einkommen <i>n (%)</i>		
0 bis 499 €	12	9
500 bis 999 €	21	18
1000 bis 1499 €	25	25
1500 bis 1999 €	23	29
2000 bis 2999 €	6	6
3000 bis 4999 €	3	4
5000 € oder mehr	1	-
Rauchen <i>n (%)</i>		
Nein	47	41
Nein, aber früher	33	39
Ja, gelegentlich	6	6
Ja, regelmäßig	13	12
Alkohol <i>n (%)</i>		
Nein	23	20
Nein, aber früher	9	6
Ja, täglich	5	2
Ja, mehrmals pro Woche	17	18
Ja, aber seltener als 1x pro Woche	45	52

Psychologische Behandlung <i>n (%)</i>		
Nein	53	59
Ja, in der Vergangenheit	30	28
Ja, aktuell	12	10
Ja, Vergangenheit & aktuell	3	1
Traumatische Ereignisse <i>n(%)</i>		
Naturkatastrophen	11	8
Unfälle	57	54
Kriegsgebiete	7	7
Tod nahestehender Person	69	69
bedroht, ausgeraubt, angegriffen oder verfolgt	76	73
beobachtet, wie jemand verletzt/getötet wird	9	10
körperliche Gewalt in Familie oder Partnerschaft	52	37
sexueller Missbrauch	31	27
Mindestens ein Ereignis	90	89

---

## 10.2. Fragebogenbatterie

### Information zur Studienteilnahme

Ich studiere Psychologie an der Universität Wien und lade Sie herzlich ein, im Zuge meiner Diplomarbeit an einer psychologischen Studie freiwillig als Versuchsperson teilzunehmen. Meine Befragung richtet sich gezielt an Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Diese sind einer Reihe an Belastungen ausgesetzt und erleben eine Vielzahl an Einschränkungen und Veränderungen im Alltag. Mich interessiert, welche Faktoren und Persönlichkeitseigenschaften Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen helfen, mit ihren Belastungen umzugehen.

Der folgende Fragebogen beinhaltet verschiedene Fragen zu Ihren persönlichen Einschätzungen bzw. Empfindungen. Bitte lesen Sie sich die Instruktionen der Fragebögen genau durch und beantworten Sie alle Fragen, selbst wenn manche ähnlich klingen.

#### Ihre Rechte:

Selbstverständlich können Sie jederzeit vor und während der Studie weitere Informationen über Zweck, Ablauf usw. der Studie von den Personen erfragen, die die Datenerhebung durchführen. Sie können die Untersuchung jederzeit auch ohne Angabe von Gründen von sich aus abbrechen.

#### Datenschutz:

Sämtliche in dieser Studie erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt. Alle Ihre Person betreffenden Daten werden getrennt von den erhobenen Daten aufbewahrt, sodass Ihre Anonymität stets gewahrt bleibt.

#### Einverständniserklärung:

Durch Ihre Teilnahme bestätigen Sie, dass Sie die vorliegende Versuchspersonen-Information gelesen und verstanden haben. Sie erklären sich mit der Teilnahme an dieser Studie sowie mit der Analyse Ihrer Daten durch befugte Personen einverstanden.

### Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

---

Diese Studie wird im Rahmen der Diplomarbeit von Sophie Roupetz durchgeführt.  
Betreuung durch Frau Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuester und Herrn Mag. Dr. Ulrich Tran

Universität Wien, Fakultät für Psychologie  
Institut für Angewandte Psychologie:  
Gesundheit, Entwicklung und Förderung  
Liebiggasse 5, A-1010 Wien

<b>BFI-K</b>					
Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Kategorie neben der jeweiligen Aussage an.	<b>sehr unzutreffend</b>	<b>eher unzutreffend</b>	<b>weder noch</b>	<b>eher zutreffend</b>	<b>sehr zutreffend</b>
1. Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.	1	2	3	4	5
2. Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	1	2	3	4	5
3. Ich erledige Aufgaben gründlich.	1	2	3	4	5
4. Ich werde leicht deprimiert, niedergeschlagen.	1	2	3	4	5
5. Ich bin vielseitig interessiert.	1	2	3	4	5
6. Ich bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen.	1	2	3	4	5
7. Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	1	2	3	4	5
8. Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	1	2	3	4	5
9. Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	1	2	3	4	5
10. Ich bin tief sinnig, denke gerne über Sachen nach.	1	2	3	4	5
11. Ich bin eher der „stille Typ“, wortkarg.	1	2	3	4	5
12. Ich kann mich kalt und distanziert verhalten.	1	2	3	4	5
13. Ich bin tüchtig und arbeite flott.	1	2	3	4	5
14. Ich mache mir viele Sorgen.	1	2	3	4	5
15. Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin phantasievoll.	1	2	3	4	5
16. Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	1	2	3	4	5
17. Ich kann mich schroff und abweisend anderen gegenüber verhalten.	1	2	3	4	5
18. Ich mache Pläne und führe sie auch durch.	1	2	3	4	5
19. Ich werde leicht nervös und unsicher.	1	2	3	4	5
20. Ich schätze künstlerische und ästhetische Eindrücke.	1	2	3	4	5
21. Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	1	2	3	4	5

<b>SCTI</b>				
Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die folgenden Aussagen und Beschreibungen auf Sie im Allgemeinen zutreffen.	<b>trifft gar nicht zu</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft etwas zu</b>	<b>trifft sehr zu</b>
1. Auch schwierige Situationen gehe ich leichten Herzens an.	1	2	3	4
2. Mein Alltag bietet mir oft Anlass zum Lachen.	1	2	3	4
3. Ich lächle häufig.	1	2	3	4
4. Die gute Laune anderer wirkt ansteckend auf mich.	1	2	3	4
5. Die kleinen Dinge des Alltags finde ich oft komisch und erheiternd.	1	2	3	4
6. Ich gehe unbeschwert durchs Leben.	1	2	3	4
7. Ich bin oft in heiterer Stimmung.	1	2	3	4
8. Ich bin ein fröhlicher Typ.	1	2	3	4
9. Es fällt mir leicht, gute Laune zu verbreiten.	1	2	3	4
10. Ich lache gerne und viel.	1	2	3	4
11. Ich unterhalte meine Freunde gerne mit lustigen Geschichten.	1	2	3	4
12. Lachen wirkt auf mich sehr ansteckend.	1	2	3	4
13. Ich bin ein lustiger Mensch.	1	2	3	4
14. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass an dem Sprichwort „Lachen ist die beste Medizin“ wirklich etwas dran ist.	1	2	3	4
15. Ich bin ein heiterer Mensch.	1	2	3	4
16. Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.	1	2	3	4
17. Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.	1	2	3	4
18. Ich bin häufig in einer vergnügten Stimmung.	1	2	3	4
19. Ich habe ein sonniges Gemüt.	1	2	3	4
20. Die kleinen Missgeschicke des Alltags finde ich oft amüsant, selbst wenn sie mich betreffen.	1	2	3	4

<b>SWE</b>				
Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die folgenden Aussagen und Beschreibungen auf Sie im Allgemeinen zutreffen.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	1	2	3	4
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	1	2	3	4
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	1	2	3	4
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	1	2	3	4
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	1	2	3	4
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	1	2	3	4
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	1	2	3	4
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	1	2	3	4
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	1	2	3	4

<b>CD-RISC</b>					
Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen über den <u>letzten Monat</u> hinweg mit Ihnen übereinstimmen. Wenn eine bestimmte Situation in letzter Zeit nicht aufgetreten ist, antworten Sie so, wie Sie gefühlt hätten, wenn die Situation aufgetreten wäre.	überhaupt nicht wahr	selten wahr	manchmal wahr	oft wahr	fast immer wahr
1. Ich bin fähig mich anzupassen, wenn sich etwas verändert.	0	1	2	3	4
2. Ich habe mindestens eine enge und sichere Bindung zu jemandem, die mir als Unterstützung dient, wenn ich unter Stress stehe.	0	1	2	3	4
3. Wenn es keine klaren Lösungen für meine Probleme gibt, kann mir manchmal mein Glaube oder Gott helfen.	0	1	2	3	4
4. Ich komme mit allem klar, was sich mir in den Weg stellt.	0	1	2	3	4

5.	Erfolge aus der Vergangenheit geben mir Vertrauen, so dass ich mit neuen Herausforderungen und Schwierigkeiten zurechtkomme.	0	1	2	3	4
6.	Wenn ich mit Problemen konfrontiert bin, versuche ich dies mit Humor zu sehen.	0	1	2	3	4
7.	Der Umgang mit Stress kann mich stärken.	0	1	2	3	4
8.	Ich neige dazu, mich nach Krankheit, Verletzungen oder anderen Missgeschicken wieder gut zu erholen.	0	1	2	3	4
9.	Egal ob gut oder schlecht, ich glaube, dass die meisten Ereignisse im Leben einen Sinn haben.	0	1	2	3	4
10.	Ich gebe stets mein Bestes, unabhängig davon wie die Situation endet.	0	1	2	3	4
11.	Auch wenn es Hindernisse gibt, bin ich der Meinung meine Ziele erreichen zu können.	0	1	2	3	4
12.	Auch wenn die Dinge hoffnungslos scheinen gebe ich nicht auf.	0	1	2	3	4
13.	Während einer stressreichen Zeit oder Krise weiß ich, wohin ich mich wenden muss um Hilfe zu bekommen.	0	1	2	3	4
14.	Wenn ich unter Druck stehe, bleibe ich fokussiert und denke klar.	0	1	2	3	4
15.	Ich bevorzuge es die Führung zu übernehmen wenn Probleme gelöst werden müssen, anstatt den anderen alle Entscheidungen zu überlassen.	0	1	2	3	4
16.	Wenn ich versage, lasse ich mich nicht leicht entmutigen.	0	1	2	3	4
17.	Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeine Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein.	0	1	2	3	4
18.	Ich bin wenn nötig in der Lage Entscheidungen zu fällen, die andere Menschen betreffen.	0	1	2	3	4
19.	Ich bin fähig mit unerfreulichen oder schmerzhaften Gefühlen wie Traurigkeit, Angst und Wut umzugehen.	0	1	2	3	4
20.	Ohne zu wissen wieso, muss man im Umgang mit den Problemen im Leben manchmal mit einer gewissen Vorahnung handeln.	0	1	2	3	4
21.	Ich habe ein starkes Gefühl in meinem Leben eine Aufgabe zu haben.	0	1	2	3	4
22.	Mein Leben habe ich unter Kontrolle.	0	1	2	3	4
23.	Ich mag Herausforderungen.	0	1	2	3	4
24.	Ich arbeite um meine Ziele zu erreichen und lasse mich nicht davon beirren, wenn mir Steine in den Weg geworfen werden.	0	1	2	3	4
25.	Auf das was ich erreiche, bin ich stolz.	0	1	2	3	4

<b>CERQ</b>					
Jedem von uns passieren hin und wieder <b>negative oder unangenehme Ereignisse</b> und jeder reagiert darauf auf seine eigene Art. Für die folgenden Aussagen werden Sie gebeten anzugeben, was Sie <i>im Allgemeinen</i> denken, wenn Sie <i>negative oder unangenehme Ereignisse</i> erleben.	(fast) nie	manchmal	regelmäßig	häufig	(fast) immer
1. Ich denke, dass ich Schuld habe.	1	2	3	4	5
2. Ich denke, dass ich akzeptieren muss, dass dies geschehen ist.	1	2	3	4	5
3. Ich denke darüber nach, wie ich mich wegen dem, was ich erlebt habe, fühle.	1	2	3	4	5
4. Ich denke an schönere Dinge als an das, was ich erlebt habe.	1	2	3	4	5
5. Ich überlege, was ich am besten tun kann.	1	2	3	4	5
6. Ich denke, dass andere daran Schuld haben.	1	2	3	4	5
7. Ich denke, dass ich derjenige bin, der für das, was passiert ist, verantwortlich ist.	1	2	3	4	5
8. Ich denke, dass ich die Situation akzeptieren muss.	1	2	3	4	5
9. Ich bin eingenommen davon, was ich über das, was ich erlebt habe, denke und fühle.	1	2	3	4	5
10. Ich denke an angenehme Dinge, die nichts damit zu tun haben.	1	2	3	4	5
11. Ich überlege, wie ich am besten mit der Situation umgehen kann.	1	2	3	4	5
12. Ich denke, dass ich aufgrund dessen, was geschehen ist, ein stärkerer Mensch werden kann.	1	2	3	4	5
13. Ich denke, dass andere Menschen viel schlimmere Erfahrungen machen.	1	2	3	4	5
14. Ich denke weiter darüber nach wie schrecklich es ist, was ich erlebt habe.	1	2	3	4	5
15. Ich denke, dass andere für das, was passiert ist, verantwortlich sind.	1	2	3	4	5
16. Ich möchte verstehen, warum ich mich wegen dem, was ich erlebt habe, so fühle wie ich es tue.	1	2	3	4	5
17. Ich denke an etwas Schönes anstatt an das, was passiert ist.	1	2	3	4	5
18. Ich denke, dass die Situation auch positive Seiten hat.	1	2	3	4	5
19. Ich denke, dass es gar nicht so schlimm war, im Vergleich zu anderen Dingen.	1	2	3	4	5
20. Ich denke, dass das, was ich erlebt habe das Schlimmste ist, was einem passieren kann.	1	2	3	4	5

<b>CERQ</b>					
Jedem von uns passieren hin und wieder <b>negative oder unangenehme Ereignisse</b> und jeder reagiert darauf auf seine eigene Art. Für die folgenden Aussagen werden Sie gebeten anzugeben, was Sie <i>im Allgemeinen</i> denken, wenn Sie <i>negative oder unangenehme Ereignisse</i> erleben.	(fast) nie	manchmal	regelmäßig	häufig	(fast) immer
21. Ich denke, dass die Ursache grundsätzlich bei mir liegt.	1	2	3	4	5
22. Ich denke, dass ich lernen muss, damit zu leben.	1	2	3	4	5
23. Ich überlege mir einen Plan, wie ich am besten vorgehen kann.	1	2	3	4	5
24. Ich suche nach den positiven Seiten der Angelegenheit.	1	2	3	4	5
25. Ich sage mir, dass es Schlimmeres im Leben gibt.	1	2	3	4	5
26. Ich denke darüber nach, wie fürchterlich die Situation gewesen ist.	1	2	3	4	5
27. Ich denke, dass die Ursache grundsätzlich bei anderen liegt.	1	2	3	4	5

<b>F-SozU K-14</b>					
In diesem Abschnitt geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehung erleben und einschätzen.  Kreuzen Sie bitte jene Kategorie an, die Ihrer Zustimmung entspricht. Wenn in den folgenden Aussagen allgemein von „Menschen“ oder von „Freunden/ Angehörigen“ die Rede ist, dann sind <i>die Menschen gemeint, die für Sie wichtig sind</i> .	trifft überhaupt nicht zu	trifft ein wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft genau zu
1. Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	1	2	3	4	5
2. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen wie ich bin.	1	2	3	4	5
3. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	1	2	3	4	5
4. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	1	2	3	4	5
5. Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	1	2	3	4	5

6. Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	1	2	3	4	5
7. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	1	2	3	4	5
8. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	1	2	3	4	5
9. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	1	2	3	4	5
10. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	1	2	3	4	5
11. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	1	2	3	4	5
12. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	1	2	3	4	5
13. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	1	2	3	4	5
14. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	1	2	3	4	5

<b><u>SBI-15R-D</u></b>				
Im Folgenden finden Sie eine Liste von Aussagen zu religiösen Überzeugungen und Praktiken sowie zur sozialen Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, wie sehr sie mit Ihrer Meinung übereinstimmt, indem Sie den entsprechenden Wert ankreuzen.				
	<b>trifft gar nicht zu</b>	<b>trifft eher/teilweise nicht zu</b>	<b>trifft teilweise/etwas zu</b>	<b>trifft vollständig zu</b>
1. Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltagsleben.	1	2	3	4
4. Gebet oder Meditation hat mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.	1	2	3	4
3. Ich freue mich, an gesellschaftlichen Zusammenkünften meiner Glaubensrichtung teilzunehmen.	1	2	3	4
4. Ich habe das sichere Gefühl, dass Gott auf irgendeine Art und Weise existiert.	1	2	3	4
5. Wenn ich Ratschläge brauche, wie ich mit Problemen umgehen soll, kenne ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft, an den ich mich wenden kann.	1	2	3	4
6. Ich glaube, dass Gott mir keine Last aufbürden würde, die ich nicht tragen kann.	1	2	3	4
7. Ich freue mich, oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zu reden, die meinen Glauben teilen.	1	2	3	4

8. In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden.	1	2	3	4
9. Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf die Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen.	1	2	3	4
10. Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren.	1	2	3	4
11. Ich habe durch meine Gebete oder Meditation innere Ruhe gefunden.	1	2	3	4
12. Das Leben und der Tod des Menschen wird von Gottes Plan bestimmt.	1	2	3	4
13. Wenn ich Hilfe brauche, suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellungen teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören.	1	2	3	4
14. Ich glaube, dass Gott mich vor Schaden schützt.	1	2	3	4
15. In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe.	1	2	3	4

<b><u>20-PSQ</u></b>				
Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie jede durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie häufig die Feststellung auf Ihr Leben <b>in den letzten 4 Wochen</b> zutrifft. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung das Feld unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und lassen Sie keine Frage aus.	<b>fast nie</b>	<b>manchmal</b>	<b>häufig</b>	<b>meistens</b>
1. Sie fühlen sich ausgeruht.	1	2	3	4
2. Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden.	1	2	3	4
3. Sie haben zu viel zu tun.	1	2	3	4
4. Sie haben das Gefühl, Dinge zu tun, die Sie wirklich mögen.	1	2	3	4
5. Sie fürchten, Ihre Ziele nicht erreichen zu können.	1	2	3	4
6. Sie fühlen sich ruhig.	1	2	3	4
7. Sie fühlen sich frustriert.	1	2	3	4
8. Sie sind voller Energie.	1	2	3	4
9. Sie fühlen sich angespannt.	1	2	3	4
10. Ihre Probleme scheinen sich aufzutürmen.	1	2	3	4

11. Sie fühlen sich gehetzt.	1	2	3	4
12. Sie fühlen sich sicher und geschützt.	1	2	3	4
13. Sie haben viele Sorgen.	1	2	3	4
14. Sie haben Spaß.	1	2	3	4
15. Sie haben Angst vor der Zukunft.	1	2	3	4
16. Sie sind leichten Herzens.	1	2	3	4
17. Sie fühlen sich mental erschöpft.	1	2	3	4
18. Sie haben Probleme, sich zu entspannen.	1	2	3	4
19. Sie haben genug Zeit für sich.	1	2	3	4
20. Sie fühlen sich unter Termindruck.	1	2	3	4

### TLEQ

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfassen, ob Sie bestimmte Lebenserfahrungen gemacht haben, die das emotionale Wohlbefinden oder die Lebensqualität einer Person langfristig beeinflussen können. Einige der aufgelisteten Erfahrungen kommen viel häufiger vor, als die meisten Menschen glauben.

1. Haben Sie eine Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe oder Erdbeben) miterlebt, wobei
  - a) eine Ihnen nahe stehende Person schwer verletzt oder getötet wurde,
  - b) Sie selbst gefährlich verletzt wurden, oder
  - c) Sie damit gerechnet haben, schwer verletzt oder getötet zu werden?
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
2. Waren Sie jemals in einen Verkehrsunfall verwickelt, woraufhin Sie medizinischen Behandlung brauchten oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
3. Waren Sie in einen Unfall anderer Art verwickelt, bei dem entweder Sie selbst schwer verletzt wurden, oder fast getötet worden wären oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
4. Haben Sie in einem Kriegsgebiet gelebt oder gearbeitet?
 Ja  Nein 

Wenn Ja, waren Sie dabei dem Kriegsgeschehen oder Kämpfen unmittelbar ausgesetzt (z.B. in der Nähe explodierender Bomben oder Schießereien), bei denen Menschen verletzt oder getötet wurden?

 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal

5. Haben Sie jemals den unerwarteten, plötzlichen Tod eines engen Freundes bzw. Freundin oder einer geliebten Person miterlebt?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
6. Sind Sie jemals ausgeraubt worden oder haben Sie einen Raub miterlebt, bei dem der/die Täter eine Waffe benutzten?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
7. Sind Sie jemals von einem Bekannten oder Fremden körperlich angegriffen worden?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
8. Haben Sie miterlebt, wie jemand von einem Fremden oder Bekannten körperlich angegriffen wurde, wobei das Opfer schwer verletzt oder getötet wurde?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
9. Wurde Ihnen jemals von einer Person angedroht, dass sie Sie töten oder körperlich schwer verletzen würde?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
- Handelte es sich um eine/ einen ...
- |                           |                             |                               |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Fremde/n                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Freund/in oder Bekannte/n | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Verwandte/en              | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Partner/in                | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
10. Wurden Sie als Kind oder Jugendliche/r in einer Weise körperlich gestraft, dass Sie blaue Flecken, Verbrennungen, Schnittwunden oder Knochenbrüche davontrugen?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
11. Haben Sie als Kind oder Jugendliche/r Gewalt in ihrer Familie miterlebt (z.B. wie Ihr Vater Ihre Mutter schlug, ein Familienmitglied ein anderes zusammenschlug oder Ihm/Ihr blaue Flecken, Verbrennungen oder Schnittwunden beibrachte)?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
12. Sind Sie jemals von ihrem jetzigen oder einem früheren Partner/in (oder Ehemann/Frau) geschlagen, geprügelt, getreten oder in anderer Weise körperlich verletzt worden?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
13. Vor Ihrem 13.Geburtstag: Hat jemand, der mindestens 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen/ihren Körper sexuell zu berühren?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
14. Vor Ihrem 13.Geburtstag: Hat jemand, der weniger als 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen/ihren Körper sexuell zu berühren?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
15. Nach Ihrem 13. Geburtstag: Hat jemand, der mindestens 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen/ihren Körper sexuell zu berühren?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
16. Wurden Sie jemals von einer Person verfolgt und/oder in Ihren Handlungen kontrolliert, sodass Sie sich bedroht und eingeschüchtert fühlten und um Ihre Sicherheit fürchteten?  
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal

Handelte es sich um eine/ einen ...

Fremde/n Ja  Nein

Freund/in Ja  Nein

Bekannte/n Ja  Nein

Verwandte/en Ja  Nein

Partner/in Ja  Nein

17. Haben Sie jemals andere, hier noch nicht aufgeführte Ereignisse erlebt oder miterlebt, die lebensbedrohlich waren, schwere Verletzungen hervorgerufen haben oder extrem verstörend und ängstigend waren (z.B. als Geisel gefangen zu sein, in der Wildnis verloren zu sein, der gewaltsame Tod eines Haustiers, oder von einem Tier schwer verletzt worden zu sein)?

Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal

Bitte beschreiben Sie diese Erfahrung:

---

---

---

18. Wenn Sie persönlich irgendeines der oben aufgelisteten Ereignisse miterlebt haben, a) haben Sie während des Ereignisses intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen erlebt?

Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen. Frage/n Nummer : \_\_\_\_\_

b) sind Sie bei einem/mehreren dieser Ereignisse schwer verletzt worden?

Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen. Frage/n Nummer: \_\_\_\_\_

c) sind diese Ereignisse/ ist eines dieser Ereignisse:

in den letzten 2 Monaten passiert? Ja  Nein

in den letzten 12 Monaten Passiert? Ja  Nein

19. Welches (nur eines) der Ereignisse (die Ihnen selbst passiert sind) war für Sie am schlimmsten/hat Sie am stärksten belastet?

Bitte geben Sie an, auf welche Frage Sie sich beziehen. Frage Nummer: \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie, als dies das erste Mal passierte? Alter: \_\_\_\_\_

(Keines der Ereignisse war belastend.  )

<b>PCL-C</b>					
Nachstehend finden Sie eine Aufzählung von Problemen und Beschwerden, die Menschen manchmal als Antwort auf belastende Lebenserfahrungen aufweisen.					
Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Kreuzen Sie dann einen Wert auf der rechten Seite an. Damit geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem <b>im vergangenen Monat</b> als störend empfunden haben.	<b>Gar nicht</b>	<b>Ein wenig</b>	<b>Mittelmäßig</b>	<b>Ziemlich</b>	<b>Äußerst</b>
1. Wiederholte, beunruhigende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5
2. Wiederholte, beunruhigende Träume von einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5
3. Plötzliches Handeln oder Fühlen als ob die belastende Erfahrung noch einmal geschehen würde (als ob Sie Sie Wiedererleben würden)?	1	2	3	4	5
4. Sich sehr aufgebracht fühlen, wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?	1	2	3	4	5
5. Auftreten von körperlichen Reaktionen (z.B. Herzklopfen, Atembeschwerden, Schwitzen), wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?	1	2	3	4	5
6. Vermeiden, über eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit nachzudenken oder zu sprechen oder vermeiden, Gefühle zu haben, die damit zusammenhängen?	1	2	3	4	5
7. Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, weil Sie diese an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert haben?	1	2	3	4	5
8. Mühe, sich an wichtige Teile einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit zu erinnern?	1	2	3	4	5
9. Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen gewöhnlich Freude gemacht haben?	1	2	3	4	5
10. Sich distanziert oder losgelöst von anderen Menschen fühlen?	1	2	3	4	5
11. Sich emotional taub fühlen oder unfähig zu sein, liebevolle Gefühle für diejenigen zu empfinden, die Ihnen nahe stehen?	1	2	3	4	5
12. Das Gefühl haben, als ob Ihre Zukunft irgendwie vorzeitig beendet sein wird?	1	2	3	4	5
13. Mühe, ein- oder durchzuschlafen?	1	2	3	4	5
14. Sich reizbar fühlen oder Wutausbrüche haben?	1	2	3	4	5
15. Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren?	1	2	3	4	5
16. „Über-aufmerksam“ oder wachsam oder auf der Hut sein?	1	2	3	4	5
17. Sich nervös oder leicht erschreckbar fühlen?	1	2	3	4	5

<b>BSI-18</b>						
<p>Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar <b>während der vergangenen sieben Tage bis heute.</b></p> <p><b>Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...</b></p>		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
		1.	1. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0	1	2
2.	2. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
3.	3. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
4.	4. Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4
5.	5. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
6.	6. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
7.	7. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
8.	8. Schwermut	0	1	2	3	4
9.	9. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
10.	10. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
11.	11. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
12.	12. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
13.	13. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
14.	14. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
15.	15. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
16.	16. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
17.	17. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
18.	18. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4

<b>FSS</b>	<b>Trifft nicht zu</b>	<b>Eher nicht</b>	<b>Ein wenig</b>	<b>Unsicher</b>	<b>Etwas</b>	<b>Trifft zu</b>	<b>Trifft voll zu</b>
Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch. Kreuzen Sie dann einen Wert auf der rechten Seite an. Damit geben Sie an, wie sehr sie finden, dass diese Aussage auf Sie zutrifft.							
1. Ich habe weniger Motivation,wenn ich erschöpftbin.	1	2	3	4	5	6	7
2. Körperliche Betätigung führt zu mehr Erschöpfung.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich bin schnell erschöpft.	1	2	3	4	5	6	7
4. Die Erschöpfung beeinflusst meine körperliche Belastbarkeit.	1	2	3	4	5	6	7
5. Die Erschöpfung verursachtProbleme für mich.	1	2	3	4	5	6	7
6. Meine Erschöpfung behindert körperliche Betätigung.	1	2	3	4	5	6	7
7. Die Erschöpfung behindert mich an der Ausführung bestimmter Aufgaben und Pflichten.	1	2	3	4	5	6	7
8. Die Erschöpfung gehört zu den dreimich am meisten behinderndenBeschwerden.	1	2	3	4	5	6	7
9. Die Erschöpfung hat Einfluss auf meine Arbeit, meine Familie bzw. mein soziales Leben.	1	2	3	4	5	6	7

### Angaben zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

**Welche der folgenden chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wurde bei Ihnen diagnostiziert?**

- Morbus Crohn                       Colitis ulcerosa

**Wie lange wissen Sie bereits von Ihrer Erkrankung?**

Seit \_\_\_\_\_ Monaten.

**Wurden Sie aufgrund ihrer Erkrankung schon einmal operiert?**

- ja     nein

wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_ Mal.

**Bitte stufen Sie Ihren aktuellen Entzündungsstatus anhand der folgenden Aussagen ein:**                       Ich

habe zurzeit einen akuten Entzündungsschub.

- Mein Arzt schätzt meine Erkrankung als chronisch aktiv ein.  
 Zurzeit befinde ich mich in Remission.  
 Ich weiß nicht, ob ich zurzeit einen akuten Entzündungsschub habe oder ob ich in einer Remissionsphase bin.

## Angaben zu Ihrer Person

**Geschlecht:**  weiblich  männlich **Geburtsjahr:** 19\_\_\_\_\_

**Geburtsmonat:** \_\_\_\_\_ (1 bis 12)

**Nationalität:**  Österreich  Deutschland  andere: \_\_\_\_\_

### Religionsbekenntnis:

Katholisch  Evangelisch  Muslimisch  Jüdisch  Hinduistisch  
 Anderes  Atheistisch  Keines

### Momentaner Beziehungsstatus:

Single  In einer Beziehung  Verheiratet  Getrennt  
 Verwitwet  Anderes

### Höchste abgeschlossene Schulausbildung:

Pflichtschule (z.B. Hauptschule, Realschule)  Hochschulreife (Matura, Abitur, Fachabitur)  
 Lehrabschluss  Bachelor  
 Meisterprüfung  Master oder äquivalent (z.B. Magister, Diplom)  
 berufsbildende mittlere Schule (z.B. HAS/HASCH)  PhD oder Doktorat

**Aktuelle Erwerbstätigkeit:**  keine  geringfügig beschäftigt  Teilzeit  
 Vollzeit  anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Beruf:** \_\_\_\_\_

### Monatliches Netto-Einkommen:

0 bis 499 Euro  1000 bis 1499 Euro  2000 bis 2999 Euro  
 500 bis 999 Euro  1500 bis 1999 Euro  3000 bis 4999 Euro  
 5000 Euro oder mehr

**Rauchen Sie?**  nein  nein, aber ich habe früher geraucht  
 ja, gelegentlich  ja, regelmäßig

### Falls Sie rauchen (oder früher geraucht haben):

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag (bzw. haben Sie geraucht)?

\_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Wie alt waren Sie, als Sie mit dem Rauchen begonnen haben?

\_\_\_\_\_ Jahre

Wenn Sie **nicht mehr** rauchen: Seit wie vielen Jahren rauchen Sie nicht mehr?

Seit \_\_\_\_\_ Jahren

- Trinken Sie Alkohol?**  nein, ich trinke überhaupt keinen Alkohol  
 nein, aber ich habe früher Alkohol getrunken  
     ja, täglich  
     ja, mehrmals pro Woche, im Durchschnitt an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche  
 ja, aber seltener als 1x pro Woche

Wenn Sie Alkohol trinken (oder früher konsumiert haben):

Wie viel trinken Sie durchschnittlich, wenn Sie Alkohol trinken?

\_\_\_\_\_ halbe(s) Bier (500ml)    \_\_\_\_\_ Achtel Wein (125ml)

\_\_\_\_\_ Stamperl Schnaps (2cl)

Wenn Sie **nicht mehr** Alkohol trinken: Seit wie vielen Jahren trinken Sie keinen Alkohol mehr?

seit \_\_\_\_\_ Jahren

**Sind Sie schon jemals aufgrund psychischer Probleme in Behandlung gewesen** (bei einem Arzt, Psychiater, Psychotherapeuten oder Klinischen Psychologen; *mehrfaches Ankreuzen möglich*)?

- nein       ja, in der Vergangenheit       ja, aktuell

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm

**Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Vielen Dank!**

### **10.3. Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet. Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

Wien, am \_\_\_\_\_

## 10.4. Curriculum Vitae

### Persönliche Daten

Name:	Sophie Roupetz
Staatsangehörigkeit:	Österreich
Familienstand:	ledig
E-Mail Adresse	sophie.roupetz@gmail.com

### Studium und Ausbildung

10/2005-Dato	Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien
09/2011-01/2012	ERASMUS Studienaustauschprogramm /Université Paris Descartes, Faculté de Psychologie
09/2001-06/2005	Bundesoberstufenrealgymnasium Salzburg, Bad Hofgastein, Matura mit Erfolg

### Arbeitserfahrung

05/2012-Dato	Österreichischer Rundfunk, ORF / Zeit im Bild Ausland: Eurovision
01/2012-03/2012	Hospitation ZDF, Korrespondentenbüro Paris
08/2010-08/2011	Österreichischer Rundfunk, ORF / Zeit im Bild Ausland: Eurovision
07/2010-10/2010	Praktikum an der Universität Wien, Institut für Klinische Psychologie, Projekt Kriegskinder: Die Folgen des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs auf die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung. Interviewführung und Datenauswertung
09/2008-07/2010	ORF / Zeit im Bild Ausland: Sekretariat
06/2008-07/2008	ORF / Zeit im Bild Ausland: Eurovision
07/2007-06/2008	ORF / Bundesländerredaktion: Disponentin
06/2007-07/2007	Praktikum ORF / Humanitarian Broadcasting (Licht ins Dunkel)
10/2006-01/2007	Praktikum ORF / Korrespondentenbüro
2006	Marktforschung für Wiener Volkstheater

### Sprachkenntnisse

<b>Deutsch</b>	Muttersprache
<b>Englisch</b>	Fließend
<b>Französisch</b>	Fortgeschritten