

Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigteten Patienten

First Evaluation of the Essener Coping Questionnaire (EFK) in Visually Handicapped Patients

Gabriele Helga Franke, Nicole Mähner, Jens Reimer,
Barbara Spangemacher und Joachim Esser

Universitätsklinikum Essen

Zusammenfassung: Die Krankheitsverarbeitung ist ein wichtiges Konstrukt in modernen mediznpsychologischen Untersuchungen. Anhand der Antworten von 210 sehbeeinträchtigteten Patienten beim Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK), der 45 Items umfaßt, werden in der vorliegenden Studie die Reliabilität und Aspekte der Validität des EFK analysiert. Zusammenfassend sprechen psychometrische Analysen für die Anwendung des EFK, um Krankheitsverarbeitungsmechanismen zum Beispiel bei sehbeeinträchtigteten Patienten zu erfassen. Weitere Studien an Patienten mit anderen Erkrankungen im Verlaufe der Zeit sind notwendig, um die Nützlichkeit des EFK zur Erfassung von Krankheitsverarbeitung in klinischen Studien in Zukunft noch genauer beurteilen zu können.

Schlüsselwörter: Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK), Reliabilität, Validität

Abstract: Coping with disease is an important construct in modern medical psychological investigations. Considering responses of 210 visually handicapped patients to the 45-item version of the German Essener Coping Questionnaire (EFK), the present study analyzed reliability and aspects of validity of the EFK. In summary psychometric analyses suggest the use of the EFK in assessing coping mechanism, especially in visually handicapped patients. Further studies in patients, suffering from other diseases, over time are needed to recommend the use of the EFK to assess coping with disease in clinical trials.

Keywords: Essener Coping Questionnaire (EFK), reliability, validity

In der medizinischen und klinischen Psychologie sowie der Psychosomatik ist die Bewältigungsarbeit des Individuums bei belastenden, kritischen Lebensereignissen und bei körperlichen Erkrankungen ein zentrales Thema. *Bewältigungsverhalten (coping)* kann als *Auseinandersetzungs-* und *Anpassungsverhalten* des Individuums beschrie-

ben werden; damit wird dem Paradigmenwechsel von der Belastungs- zur Reaktionsseite entsprechen (Lazarus & Folkman, 1984).

Krankheitsverarbeitung gilt als die Gesamtheit der Prozesse, die eingesetzt werden, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional

aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern (Klauer & Filipp, 1993; Muthny, 1994). Die persönliche Funktionalität des Bewältigungsverhaltens läßt sich in die vier Facetten (1) Regulation von Emotionen, (2) Lösung des zugrundeliegenden Problems, (3) Erhaltung des Selbstwertes und (4) Steuerung von sozialen Interaktionen gliedern. Als Kriterien für die Effizienz von Bewältigungsprozessen dienen (1) Wohlbefinden, (2) körperliche Gesundheit und (3) Sozialverhalten (Weber, 1990). Für eine aktuelle Übersicht der Literatur zum Thema *Coping* sei auf Zeidner und Endler (1995) verwiesen.

Anpassungs- bzw. Copingstrategien werden heute als Teilkomponente der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* verstanden. Der Bedarf an psychodiagnostischen Verfahren, die Komponenten des Konstruktes *Lebensqualität* abdecken, ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen (Spilker, 1997).

Die Erforschung der Krankheitsverarbeitung sehbeeinträchtigter Patienten ist ein bislang wenig bearbeitetes Gebiet. Psychosomatische Ansätze in der Ophthalmologie entwickelte schon Freud; medizinpsychologische Ansätze, die, fußend auf dem Ansatz der *Lebensqualitätsforschung*, stärker psychodiagnostisch-empirisch vorgehen, sind noch rar. Der Hauptfokus deutschsprachiger psychophthalmologischer Studien gilt bislang den medizinpsychologischen Auswirkungen der endokrinen Orbitopathie (Guenther, 1999; Stempel, 1998), degenerativer Netzhauterkrankungen (Franke, Esser, Stäcker, Mähner & Spangemacher, 1996a,b; Franke, Esser, Stäcker & Spangemacher, 1998), bösartiger Augentumoren (Reimer, Franke, Stäcker & Strunk, 1997) den alten Menschen (Wahl, 1996) sowie möglichen Interventionen beim Glaukom (Kaluza, Stempel & Maurer, 1996). Der globale Effekt des Sehkraftverlustes wird international (Mangione, Lee & Hays, 1997) und national (Franke, Esser, Voigtländer & Mähner, 1998) erst seit kurzem erforscht.

Bislang mangelt es an Studien zur Krankheitsverarbeitung solch Sehbeeinträchtigter, daher soll im folgenden der *Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung* (EFK) einer ersten psychometrischen Prüfung an diesen Patienten unterzogen werden.

Im Vorfeld der Konstruktion des EFK wurden vor allem die *Ways of Coping Checklist* (WCCL, Vitaliano, Russo & Carr, 1985) in der deutschen Version von Ferring und Filipp (1989), der *Frage-*

bogen zur Erfassung von Formen der Krankheitsbewältigung (FEKB, Klauer, Filipp & Ferring, 1989) sowie die späteren *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung* (TSK, Klauer & Filipp, 1993) und die Kurzversion des *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung* (FKV-LIS, Muthny, 1988) einer kritischen Analyse unterzogen. Die originale WCCL wurde in der Vergangenheit vielfältig kritisiert. Englert et al. (1993) fanden wenig Belege für die konvergente Validität der WCCL. Hauptkritikpunkt an der Kurzform FKV-LIS mit 35 Items ist, daß zur Skalenbildung nur 23 der 35 Items herangezogen werden und somit wertvolle Information verlorengeht. Im Gegensatz zum FKV-LIS sollten die Items in der «Ich-Form» präsentiert werden, um den Patienten direkt anzusprechen. Im Gegensatz zum FEKB sollte das Zeitfenster der Items in der zeitlichen Gegenwart liegen, um mögliche Selektions- und Erinnerungseffekte weitgehend auszuschließen.

Der EFK wurde als kurzes krankheitsübergreifendes Screening-Verfahren mit 45 Items entwickelt. Zur Beantwortung der Items wird eine fünfstufige, likertskalierte Antwortskala vorgegeben, deren Antwortbereich zwischen «0 = überhaupt nicht» und «4 = sehr stark» liegt. Der EFK soll die aktuellen Bewältigungsanstrengungen des Patienten auf emotionaler, kognitiver und Verhaltensebene auf *ökonomische* Weise erfassen, da im Rahmen eines Modulansatzes die Analyse der verbleibenden Bereiche der *Lebensqualität* die Patienten schon hinreichend belastet. Bei der Formulierung der Items des EFK wurden angelehnt an die internationale Literatur Konzepte entwickelt, die sich testtheoretisch als stabil erwiesen haben. Dazu wurden neun Bewältigungsbereiche (à 5 Items) konzipiert:

- «*Handelndes, problemorientiertes Coping*»: aktive, kognitiv strukturierende Bewältigungsarbeit
- «*Abstand und Selbstaufbau*»: Suche nach Selbstbestätigung und Ermutigung sowie Ablenkung, Abstand und selbstaufbauende Strategien
- «*Informationssuche und Erfahrungsaustausch*»: aktive Suche nach Informationen über die eigene Erkrankung im Gespräch mit anderen Betroffenen und die Suche nach Literatur
- «*Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr*»: Ausblenden und Ignorieren sowie Wunschträume und Herunterspielen

- «*Depressive Verarbeitung*»: depressive Verarbeitungsstrategien erfragt
- «*Bereitschaft zur Annahme von Hilfe*»: die innere Bereitschaft, sich anderen gegenüber zu öffnen und deren Unterstützung anzunehmen
- «*Aktive Suche nach sozialer Einbindung*»: aktive Anstrengungen zur Aufrechterhaltung oder Neuschaffung sozialer Kontakte
- «*Vertrauen in die ärztliche Kunst*»: Vertrauen in die Arbeit der Ärzte sowie Compliance (zwei Items sind zur Berechnung zu invertieren).
- «*Erarbeiten eines inneren Haltes*»: Erarbeiten eines inneren Haltes durch religiöse oder alternative ich-stärkende Verhaltensmuster

Methodik

Stichprobenbeschreibung

Es wird eine Gesamtstichprobe von $N = 210$ sehbeeinträchtigten Patienten herangezogen. Sie besteht aus 117 Patienten mit malignem Aderhautmelanom nach Radioapplikatortherapie (48.7 % Männer, 51.3 % Frauen, Durchschnittsalter Anfang 60) sowie 93 Patienten mit degenerativen Netzhauterkrankungen im mittleren Lebensalter, deren Genese bis heute unbekannt ist, und die kaum ophthalmologisch behandelt werden können (64.5 % Männer, 35.5 % Frauen, Durchschnittsalter Ende 40). Das Verbindende zwischen diesen Patientengruppen ist ihre im Erwachsenenalter aufgetretene Sehbeeinträchtigung, die ein erkranktes Auge betrifft. Bis auf eine Patientin konnten alle Patienten die psychodiagnostischen Inventare selbst lesen und ausfüllen.

Methodisches Vorgehen: Eine faktorenanalytische Prüfung sowie die Analyse der internen Konsistenz als Reliabilitätsaspekt kommen zur Anwendung. Hinweise zur konvergenten Validität wurden aus der Pearson-Korrelation mit Subskalen zweier anderer Verfahren gewonnen. Es werden korrelative Zusammenhänge zur Kurzform FKV-LIS betrachtet. Das Zeitfenster beim FKV-LIS wurde auf den Zeitpunkt des Ausbruches der Augenerkrankung gelegt, der im Durchschnitt 75.2 Monate ($SD = 68.4$, Median = 60) zurücklag. Dies könnte Zusammenhänge aufgrund von Selektions- und Erinnerungsprozessen verringern. Es werden korrelative Zusammenhänge zu inhalt-

lich korrespondierenden Skalen erwartet. Zusammenhänge zum Ausmaß sozialer Unterstützung (F-SOZU-LIS, Fydrich, Sommer, Menzel & Höll, 1987) werden bei den Skalen erwartet, die soziale Verarbeitungsmuster erfassen.

Ergebnisse

Faktorenanalytische Prüfung

Eine faktorenanalytische Prüfung (Varimax-Rotation) erbrachte 12 Faktoren mit einem Eigenwert 1, die 66 % der Varianz aufklärten (Eigenwerte: 10.3, 3.8, 2.6, 2.2, 1.8, 1.7, 1.6, 1.3, 1.2, 1.2, 1.1, 1.0). Die aufgrund des Scree-Tests auf 7 Faktoren eingestellte Faktorenanalyse klärt noch 53.2 % der Varianz auf (Tab. 1). Die Kommunalitätenprüfung war zufriedenstellend.

- Die a-priori formulierten EFK-Skalen «Handelndes, problemorientiertes Coping», «Informationssuche und Erfahrungsaustausch», «Depressive Verarbeitung» sowie «Vertrauen in die ärztliche Kunst» fanden sich jeweils geschlossen auf einem Faktor ladend bei guten Reliabilitätswerten wieder.
- Bei den Skalen «Abstand und Selbstaufbau», «Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr», «Aktive Suche nach sozialer Einbindung» sowie «Erarbeiten eines inneren Haltes» gruppierten sich jeweils vier von fünf Items – bei der Skala «Bereitschaft zur Annahme von Hilfe» drei von fünf – auf einem Faktor bei guter bis befriedigender Reliabilität.

Korrelative Zusammenhänge

Es fanden sich korrelative Zusammenhänge zwischen inhaltlich besonders eng korrespondierenden Skalen des EFK und des FKV-LIS (Tab. 2). Ebenso korreliert der Gesamtwert des F-Sozu-LIS erwartungsgemäß positiv mit «Aktiver Suche nach sozialer Einbindung» und negativ mit «Depressiver Krankheitsverarbeitung».

Tabelle 1: Vollständiges Ergebnis der faktorenanalytischen Prüfung [h^2 = Kommunalität, F1 bis F7 = Ladungen].

Nr.	Skala / Item	h^2	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
<i>Handelndes, problemorientiertes Coping ($\alpha = 0.85$)</i>									
04	Ich mache Pläne und halte mich daran	.48	.57	.36	.08	.11	.08	-.02	.03
06	Ich löse Schritt für Schritt die Probleme, die auf mich zu- kommen	.58	.68	.20	.13	-.15	.08	.07	.15
12	Ich versuche, meine Probleme aktiv anzugehen	.67	.74	.21	.22	-.09	.10	.11	.01
26	Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln	.61	.73	.24	.00	-.07	-.07	.04	.09
27	Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann	.66	.78	.11	.16	.09	.04	-.04	-.07
<i>Abstand und Selbstaufbau ($\alpha = 0.75$)</i>									
03	Ich versuche, Abstand und Ruhe zu gewinnen	.45	.37	.10	.26	.32	.33	.12	-.09
07	Ich versuche, mich abzulenken und zu erholen	.44	.54	.18	.19	.20	.16	.10	.11
18	Ich beginne, mich selbst auch einmal zu verwöhnen	.44	.34	.53	.14	.13	-.02	.01	.08
22	Ich mache mir selber Mut	.49	.50	.24	.20	.10	.16	.25	.21
36	Ich suche Erfolge und Selbstbestätigung	.53	.55	.34	.09	.15	.25	-.06	-.13
<i>Informationssuche und Erfahrungsaustausch ($\alpha = 0.83$)</i>									
01	Ich suche in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung	.53	.31	.01	.60	.19	.01	-.18	-.06
08	Ich tausche mit anderen Patienten Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit aus	.56	.05	.26	.64	.06	.24	.15	.00
10	Ich informiere mich über alternative Heil- und Behand- lungsmethoden	.66	.31	.05	.70	.17	.15	-.10	.10
14	Ich informiere mich über meine Krankheit und alles, was dazu gehört	.72	.41	.01	.73	.07	.05	-.00	-.10
20	Ich suche Kontakt zu anderen Menschen, die Ähnliches er- lebt haben	.60	.03	.20	.70	-.01	.25	.07	.02
<i>Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr ($\alpha = 0.71$)</i>									
05	Ich hänge Wunschträumen nach	.36	.08	.27	.30	.43	.02	.07	.07
13	Ich will nicht wahrhaben, wie es um mich steht	.55	-.03	.10	.45	.27	.05	-.04	.51
23	Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen	.50	.04	.26	-.12	-.17	.01	.02	.62
39	Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter	.53	.10	-.05	-.01	.33	.06	-.00	.63
43	Ich denke einfach nicht mehr an meine Krankheit	.40	.22	.00	.01	-.14	.05	-.11	.56
<i>Depressive Verarbeitung ($\alpha = 0.71$)</i>									
21	Ich reagiere gereizt und ungeduldig auf andere Menschen	.43	.06	.04	.05	.64	.05	-.14	.03

Nr.	Skala / Item	h^2	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
25	Ich beginne, mich selbst zu bemitleiden	.47	-.11	.10	-.09	.65	.05	-.11	-.06
29	Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück	.37	.05	-.20	.06	.43	.34	-.02	.16
35	Ich bin ärgerlich oder zornig auf mein Schicksal	.48	.00	-.03	.04	.68	-.03	-.06	-.07
40	Ich beginne nachzudenken und zu grübeln	.61	.09	-.04	.25	.73	.04	-.08	.05
<i>Bereitschaft zur Annahme von Hilfe ($\alpha = 0.67$)</i>									
09	Ich besinne mich auf meine früheren Erfahrungen mit Schicksalsschlägen	.48	.01	.21	.33	.39	.31	.27	-.07
15	Ich beginne, mich innerlich anderen Menschen gegenüber zu öffnen	.53	.16	.42	.24	.03	.47	.12	-.17
30	Ich beginne, meine Gefühle anderen Menschen zu zeigen	.54	.22	.57	-.12	.12	.21	-.12	-.28
34	Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an	.48	.26	.62	.13	.05	.09	.06	-.04
45	Ich lasse mich gerne umsorgen	.44	.24	.51	.18	.22	-.15	-.11	-.06
<i>Aktive Suche nach sozialer Einbindung ($\alpha = 0.80$)</i>									
02	Ich besuche andere Menschen oder lade sie zu mir ein	.56	.16	.70	.08	.04	.09	.11	.23
17	Ich verleve mit anderen Menschen sehr schöne Stunden	.61	.26	.70	.13	-.04	-.01	.09	.15
32	Ich gehe mit Freunden aus	.64	.17	.75	.01	-.11	-.03	.01	.17
38	Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf	.55	.06	.67	.10	-.04	.26	.10	-.05
44	Ich versuche, anderen Menschen zu helfen	.51	.43	.29	.24	.07	.37	.14	.15
<i>Vertrauen in die ärztliche Kunst ($\alpha = 0.72$)</i>									
16	Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat	.63	.38	.14	.31	-.04	-.09	.60	-.02
19	Ich bin im Grunde skeptisch, ob ich wirklich gut medizinisch behandelt werde	.32	-.11	-.11	-.18	-.11	.02	.49	-.10
24	Ich vertraue meinen Ärzten	.63	.32	.20	.13	-.08	-.01	.68	.10
33	Ich mißtraue den Ärzten und lasse die Diagnose überprüfen	.50	-.21	-.02	-.12	-.07	.06	.65	-.08
41	Ich habe eine hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung	.71	.41	.14	.14	-.10	.01	.71	.01
<i>Erarbeiten eines inneren Haltes ($\alpha = 0.65$)</i>									
11	Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur	.58	.21	.07	.32	-.04	.66	.00	.07
28	Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	.55	.08	.10	.02	.09	.71	-.14	.00
31	Ich bete und suche Trost im Glauben	.67	-.06	-.04	.32	.03	.70	.26	.10
37	Ich beginne, die Krankheit als Schicksal anzunehmen	.43	.31	.23	-.20	.19	.41	-.06	.17
42	Ich finde meine innere Stärke wieder	.48	.40	.37	-.06	-.14	.18	.35	.10

Tabelle 2: Korrelationen zwischen dem EFK und Skalen anderer Tests.

Skalen anderer Tests	EFK-1	EFK-2	EFK-3	EFK-4	EFK-5	EFK-6	EFK-7	EFK8	EFK9
FKV-LIS									
DV	.13	.21**	.19**	.15*	.66**	.23**	.02	-.21**	.14*
APC	.52**	.41**	.44**	-.04	.14*	.27**	.19**	.08	.16*
AUS	.49**	.60**	.41**	.16*	.15*	.36**	.37**	.22**	.42**
RUS	.25**	.34**	.32**	.14*	.15*	.26**	.26**	.13	.68**
BUW	.01	.19**	.15*	.31**	.36**	.17*	.08	-.09	.07
F-SOZU									
Gesamt	.23**	.12	.01	.03	-.37**	.19**	.30**	.23**	.01

* = $p < 0.05$, ** = $p < 0.01$

Legende:

EFK:

EFK-1 Handelndes, problemorientiertes Coping

EFK-2 Abstand und Selbstaufbau

EFK-3 Informationssuche und Erfahrungsaustausch

EFK-4 Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr

EFK-5 Depressive Verarbeitung

EFK-6 Bereitschaft zur Annahme von Hilfe

EFK-7 Aktive Suche nach sozialer Einbindung

EFK-8 Vertrauen in die ärztliche Kunst

EFK-9 Erarbeiten eines inneren Haltes

FKV-LIS:

DV Depressive Verarbeitung

APC Aktives, problemorientiertes Coping

AUS Ablenkung & Selbstaufbau

RUS Religiosität & Sinnsuche

BUW Bagatellisierung & Wunschdenken

Diskussion

Die psychometrische Überprüfung des *Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung* (EFK) bei 210 sehbeeinträchtigen Patienten ergab Hinweise auf die Reliabilität und Aspekte der Validität der neun a-priori gebildeten Skalen.

Der positive korrelative Zusammenhang zwischen der EFK-Skala «Aktive Suche nach sozialer Einbindung» und dem Globalwert der Sozialen Unterstützung sowie der negative zur «Depressiven Krankheitsverarbeitung» stützt die Auffassung von Weber (1990), daß erfolgreiche Bewältigung mit der Steuerung sozialer Bezüge einhergeht. Die korrelativen Zusammenhänge zwischen den EFK-Skalen und Skalen des FKV-LIS (Muthy, 1988) sind inhaltlich sinnvoll.

Ein Vorzug des EFK liegt in seiner Ökonomie; bislang konnte seine Anwendbarkeit bei sehbeeinträchtigen Patienten sowie bei HIV-Infizierten (Ronel, Mitzdorf, Wolf, Jägel-Guedes & Jäger,

1999) nachgewiesen werden. Zusammenfassend wird vorgeschlagen, die Nützlichkeit des EFK in weiteren Studien zu überprüfen und ihn u. U. anhand kommender Ergebnisse zu modifizieren.

Literatur

- Englert, J. S., Gebhardt, R., Saupe, R. & Stieglitz, R.-D. (1993). Erfassung von Krankheitsbewältigung. Validierungsstudie zur «Ways of Coping Checklist» (WCCL) bei schizophrenen Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 77–82.
- Ferring, D. & Philipp, S. H. (1989). Die SEBV. Bewältigung kritischer Lebensereignisse: Erste Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version der «Ways of Coping Checklist». *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 10, 189–199.
- Franke, G. H., Esser, J., Stäcker, K.-H. & Spangemacher, B. (1998). Über den Zusammenhang zwischen Krankheitsprogredienz und Streßverarbeitung bei Patienten mit Retinopathia centralis serosa. *Psychotherapie*,

- Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 215–222.
- Franke, G. H., Esser, J., Voigtländer, A. & Mähner, N. (1998). Erste Ergebnisse zur psychometrischen Prüfung des NEI-VFQ (National Eye Institute Visual Function Questionnaire), eines psychodiagnostischen Verfahrens zur Erfassung der Lebensqualität bei Sehbeeinträchtigen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 7, 178–184.
- Franke, G. H., Esser, J., Stäcker, K.-H., Mähner, N. & Spangemacher, B. (1996a). «Die gefilterte Normalität»: Psychologische Ursachen und Folgen von spezifischen Netzhauterkrankungen. *Psychosomatik, Psychotherapie, medizinische Psychologie*, 46, 157–66.
- Franke, G. H., Esser, J., Stäcker, K.-H., Mähner, N. & Spangemacher, B. (1996b). Medizinpsychologische Untersuchungen an netzhauterkrankten Patienten im mittleren Lebensalter. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 163–168.
- Fydrich, T., Sommer, G., Menzel, U. & Höll, B. (1987). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform; SOZU-K-22). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 434–436.
- Guenther, A., Sauter, C., Paulus, C., Eschmann, M., Bares, R., Buchkremer, G., Hautzinger, M. & U'Ren, R. (1999). Quality of life and psychological well-being in patients with Graves' disease. *Quality of Life Research*, 8, 584.
- Kaluza, G., Stempel, I. & Maurer, H. (1996). Stress reactivity of intraocular pressure after relaxation training in open-angle glaucoma patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 587–598.
- Klauer, R., Filipp, S.-H. & Ferring, D. (1989). Der «Fragebogen zur Erfassung von Formen der Krankheitsbewältigung» (FEKB): Skalenkonstruktion und erste Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität. *Diagnostica*, 35, 316–335.
- Klauer, T. & Filipp, S.-H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Mangione, C. M., Lee, P. P. & Hays, R. D. (1997). Measurement of visual functioning and health-related quality of life in eye disease and cataract surgery. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 1045–1052). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Muthny, F. A. (1988). *FKV. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Manual*. Weinheim: Beltz.
- Muthny, F. A. (1994). Krankheitsverarbeitung bei Kranken und Gesunden. In G. Schüßler & E. Leibing (Hrsg.), *Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Erkrankungen* (S. 17–34). Göttingen: Hogrefe.
- Reimer, J., Franke, G. H., Stäcker, K.-H. & Strunk, W. (1997). Psychosoziale Implikationen bei Patienten mit malignem Aderhautmelanom nach Radioapplikationstherapie. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 6, 23–29.
- Ronel, J., Mitzdorf, U., Wolf, E., Jägel-Guedes, E. & Jäger, H. (1999). Psychosoziale Faktoren und Krankheitsprogression bei HIV-infizierten Long-Term-Non-Progressoren und Short-Term-Progressoren. In H. Jäger (Hrsg.), *Mit AIDS leben. Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte 1999* (S. 167–173). Landsberg/Lech: Ecomed.
- Spilker, B. (1996) (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Stempel, I. (1998). Die endokrine Orbitopathie, sichtbarer Ruf der Seele? *Der Augenspiegel*, 7–8, 35–40.
- Vitaliano, P., Russo, J. & Carr, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3–26.
- Wahl, H.-W. (1994). Im Dunkeln sehen: Sehbeeinträchtigung im Alter als prototypische «umweltrelevante» Kompetenzeinbuße. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 399–409.
- Weber, H. (1990). Emotionsbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 279–294). Göttingen: Hogrefe.
- Zeidner, M. & Endler, N. S. (1995). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: Wiley.

PD Dr. rer.nat. Dipl.-Psych. Gabriele Helga Franke

Institut für Medizinische Psychologie
 Universitätsklinikum Essen
 Hufelandstraße 55
 D-45122 Essen
 Tel. + Fax +49 201 502-4161
 E-mail gabriele.franke@uni-essen.de