

- Paul, T. (1983): Zur Klassifikation von Persönlichkeitsstrukturen Übergewichtiger Patienten durch clusteranalytische Verfahren: Ein Beitrag zur Indikationsfrage für die Adipositas-therapie. Unveröffentlichte Dissertation, Georg-August-Universität, Göttingen.
- Paul, T. (1987): Zur Heterogenität des Krankheitsbildes der Bulimia nervosa – ein taxonomischer Ansatz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16(2), 99-114.
- Rist, F.; Watzl, H. (1989): Clusteranalysen von Persönlichkeitsmerkmalen – ein Weg zur differentiellen Therapiezuweisung bei Alkoholkranken? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18(2), 166-172.
- Scheller, R., Klein, M. (1982): Persönlichkeitspsychologische Determinanten des Therapieerfolgs bei Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 3(1), 47-54.
- Schiewe, A. (1986): Therapieverläufe bei Alkoholikern – eine taxometrische Studie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- Schulte-Brandt, W. (1989): Stationäre Behandlung von Glücksspielsüchtigen – eine Kurz-

- darstellung. In: Brackhoff, J. (Hrsg.): Glücksspiel-Sucht. Beratung und Behandlung von Glücksspielern. Freiburg: Lambertus, 45-51.
- Simon, R., Strobl, M., Bühringer, G., Ziegler, H., Helas, I., Schmidtbreick, B. (1990): Jahresstatistik 1989 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. Freiburg: Ebis-Berichte, Bd. 12.
- Steinhausen, D., Langer, K. (1977): Clusteranalyse. Einführung in die Methoden und Verfahren der automatischen Klassifikation. Berlin: de Gruyter.
- Thomas, G.J. (1989): Basiskonzepte in der Arbeit mit Spielern. *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 14, 150-161.

Anschrift des Autors:

Dr. Gerhard Meyer
Universität Bremen
Studiengang Psychologie
Bibliothekstr.
2800 Bremen 33

Ein Krankheitsbewältigungstraining für Patienten mit chronischer Polyarthrit: Trends und erste Ergebnisse

von G. Jungnitsch und S. Langhof

Bei zehn Patienten mit chronischer Polyarthrit wurde in einem Kontrollgruppendesign eine erste Überprüfung eines Gruppenprogramms zur Krankheitsbewältigung durchgeführt. Es fanden sich deutliche Tendenzen zur Abnahme subjektiv wahrgenommener Schmerzintensität und Depression sowie zur Steigerung positiver Gestimmtheit und Aktivierung. Signifikante Ergebnisse zeigten sich in Skalen zur positiven Befindlichkeit, zum Selbstkonzept und zur Streßverarbeitung. Das Ergebnis bekräftigt die Weiterführung des dargestellten Gruppenkonzeptes als Routineangebot einer Rheumaklinik und regt zu weiterer Überprüfung unter Einbeziehung auch objektiver Kriteriumsvariablen an.

Ten patients with rheumatoid arthritis participated in a controlled study of a cognitive-behavioral group therapy for enhancing the ability to cope with their illness. Results showed a strong tendency in decreasing pain intensity estimates and in depression, and an increase in mood and activation of the participants. Significant changes were found in scales measuring well-being, self-concept and coping with stress. The results encourage a continuation of the group approach and further investigation of its effects in objective outcome measures.

1. Ausgangslage

Eine schwerwiegende körperliche Erkrankung wie die chronische Polyarthrit stellt den von ihr Betroffenen vor vielfältige Probleme (Anderson u.a., 1985). Nicht zuletzt aufgrund der Befunde, die einen Einfluß von Streßvariablen auf das Immunsystem und damit auf einen in der Pathogenese der Erkrankung wesentlichen Faktor zeigen, sollte das Hauptaugenmerk klinisch-psychologischer Arbeit mit dieser Patientengruppe auf die Unterstützung des Bewältigungsprozesses der Erkrankung gerichtet sein (Jungnitsch, 1991; Miltner, 1986). Dazu existieren einige wenige Studien.

Zunächst sind hier die Ansätze zu nennen, die eine traditionelle psychodynamisch orientierte Therapie beschreiben (Udelman und Udelman, 1978; Schwartz u.a., 1978). Beide Studien wurden ohne Kontrollgruppen durchge-

führt und beschränken sich auf eine qualitative Ergebnisdarstellung. Übereinstimmend wurde von positiven Ergebnissen berichtet, die sich in beiden Fällen auf die Kommunikationsfertigkeiten der Patienten beziehen, wobei Udelman und Udelman (1978) zusätzlich noch über eine Verbesserung der Stimmung der Gruppenteilnehmer berichten. Auch Koopmann (1981) berichtet über positive Effekte eines psychotherapeutischen Trainings, die über eine subjektive Erfolgseinschätzung festgestellt wurden. Er wandte als Verfahren Visualisierungsübungen nach Simonton u. a. (1982) in Einzelsitzungen an. Positive Effekte im Bereich des Selbstkonzeptes bei Teilnehmern einer Gruppe, die intensive Informationen über die Krankheit sowie zwölf klientenzentrierte gruppentherapeutische Sitzungen beinhaltete, im Vergleich zu einer Gruppe, die nur einen Informationsabschnitt zur Erkrankung

enthält, zeigten sich in der experimentellen Untersuchung von Kaplan und Kozin (1981). Achterberg u.a. (1981) verglichen ebenfalls eine Gruppe, mit der ein gesundheitserzieherisches und physikalisches Übungsprogramm durchgeführt wurde, mit einer anderen, die zusätzlich zu diesem Programm Entspannungstraining und Fingertemperaturfeedback erhielt. In beiden Gruppen wurden positive Ergebnisse sowohl bezüglich der subjektiven Einschätzung der Patienten zu ihren Aktivitäten des täglichen Lebens als auch bezüglich der objektiven Maße der für eine bestimmte Strecke benötigten Gehzeit sowie der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit erzielt. Darüber hinaus berichteten die Patienten, die zusätzlich das Entspannungs- und Biofeedbacktraining erhalten hatten, über eine Abnahme der schmerzbedingten Aufwachfrequenz in der Nacht. Weiterhin war ein Anstieg ihrer Aktivitäten und die Abnahme von Schmerzen und Veränderungen am Arbeitsplatz im Zusammenhang mit ihrer Behinderung zu verzeichnen. Subjektive und objektive Kriteriumsvariablen für den Vergleich von Gruppen, die zum einen Temperaturbiofeedback in Kombination mit einer kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Gruppentherapie, zum anderen eine Gruppe zur Förderung der sozialen Unterstützung durchliefen oder sich in einer nicht behandelten Kontrollgruppe befanden, zogen auch Bradley u.a. (1985) heran. In beiden Behandlungsgruppen zeigte sich zum zweiten Meßzeitpunkt eine signifikante Abnahme in den Variablen „Ängstlichkeit“ und „Depression“. Darüber hinaus war nur in der mittels kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methode behandelten Gruppe eine Abnahme auch im Schmerzverhalten, das durch Fremdein-

schätzung ermittelt wurde, sowie der subjektiven Schmerzeinschätzung festzustellen. Außerdem konnte in dieser Gruppe eine signifikante Abnahme in einem aus verschiedenen objektivierbaren Maßen gewonnenen Aktivitätsindex festgestellt werden. Potts und Brandt, die 1982 je eine Gruppe zur Förderung der sozialen Unterstützung in Kombination mit krankheitsbezogenen Informationen gegenüber einer Kontrollgruppe verglichen, fanden dagegen keine positiven Veränderungen in den Möglichkeiten der Teilnehmer, ihre Krankheit zu bewältigen. Die festgestellte Verbesserung der Kenntnisse über die chronische Polyarthrit in der Experimentalgruppe zeigte sich als nicht anhaltend. Shearn und Fireman (1985) konnten im Vergleich von Gruppen zur Förderung der sozialen Unterstützung, zur Streßbewältigung und einer unbehandelten Kontrollgruppe weder in objektiven medizinischen Parametern noch bei Schmerzangaben oder Depressivität und Lebenszufriedenheit Verbesserungen feststellen. Es zeigte sich lediglich eine Verringerung der Gelenkempfindlichkeit bei den Patienten der beiden Interventionsgruppen. Ein ähnliches Ergebnis zeigt die Studie von Strauss u.a. (1986), die eine psychodynamisch ausgerichtete Gruppe, eine, in der ein Selbstsicherheitstraining mit Entspannung kombiniert wurde, sowie eine unbehandelte Kontrollgruppe einander gegenüberstellten. Sie konnten weder direkt nach der Behandlung noch zwölf Monate später signifikante Veränderungen in Maßen des funktionellen Status, der sozialen Anpassung, der psychologischen Anpassung oder von Angst, Depression und Schmerz feststellen. Im deutschen Sprachraum ist als Beispiel einer kontrollierten Therapiestudie die von Köhler

(1982) zu nennen. Dessen Programm hebt die Bewältigung eines des mit der Polyarthrit assoziierten Problemfeldes, nämlich des Schmerzes, hervor. Es resultierten bedeutende Veränderungen in der Schmerzwahrnehmung. Gegenüber der Kontrollgruppe veränderte sich die Einschätzung der sensorischen und affektiv-evaluativen Schmerzbereiche, wie sie mit dem Mc-Gill-Pain-Questionnaire erfaßt wurden, signifikant. Auch die Einschätzung der Schmerzintensität ging zurück, wenn auch nicht signifikant. Depressivität, Zustandsangst und Eigenschaftsangst dagegen zeigten wieder signifikante Veränderungen. Ein die Schmerzbewältigung hin zur Krankheitsbewältigung erweiternder psychologischer Ansatz wurde bei Patienten mit chronischer Polyarthrit unseres Wissens nach bislang im deutschen Sprachraum noch nicht vorgestellt und überprüft.

2. Inhalte des Therapieprogrammes

Grundlage für die Entwicklung des Therapieprogrammes stellt die Beobachtung dar, daß beim Prozeß der Bewältigung, wie er etwa nach Shontz (1975) beschrieben ist, eine Vielzahl unterschiedlicher Strategien gegenüber den verschiedenartigen Bewältigungsaufgaben zur Anwendung kommt (Budde und Amberger, 1984; Budde und Hinterobermeier, 1984). Dies bestätigen auch die Ergebnisse von Schneider u.a. (1986).

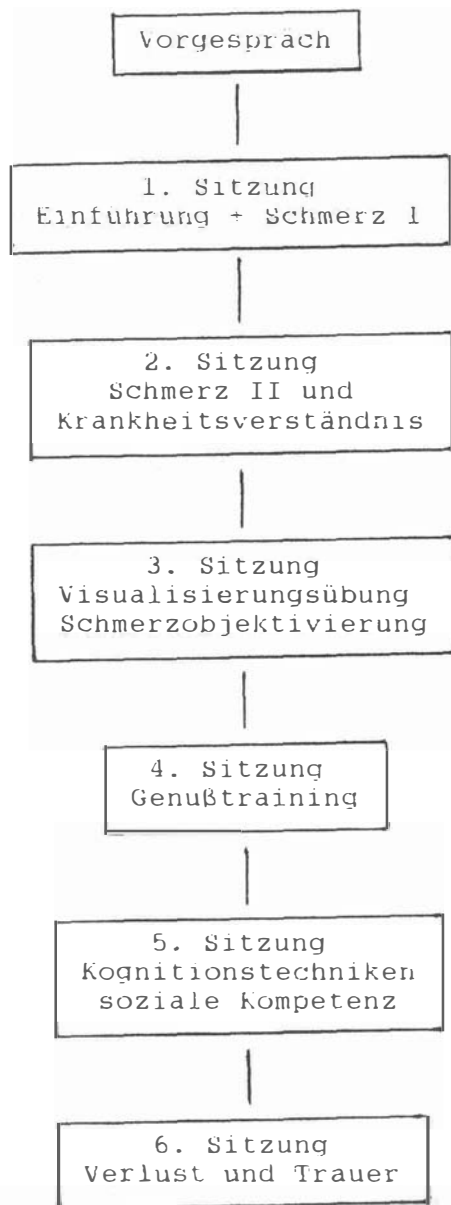
Bei einer progredienten chronischen Erkrankung wie der Polyarthrit kommt noch erschwerend hinzu, daß dieser Bewältigungsprozeß immer wieder von neuem, und zwar auch in seinen frühen

Phasen, durchlaufen werden muß. Dies ergibt sich aus dem Charakter der Erkrankung, die ständig weitere und neue Funktionseinbußen verursacht. Es stellt sich daher die Aufgabe, nicht einige wenige Reaktionsweisen, die sich vielleicht unter bestimmten Bedingungen als besonders effektiv erwiesen haben mögen (Felton u.a., 1984), zu fördern. Vielmehr gilt der Schluß, den Florin (1985) aus ihrer Betrachtung von Bewältigungsverhalten und Krankheit zieht, nämlich daß es darauf ankomme, daß der einzelne ein möglichst breites Repertoire an Umgangsweisen mit der Erkrankung zur Verfügung hat, auf das er zurückgreifen könne. Dabei seien so unterschiedliche Verhaltensweisen wie die aktive Auseinandersetzung, das Abstandnehmen davon oder sogar ein zeitweiliges Ausblenden des Problems nicht inkompatibel.

Das zu erstellende Programm sollte daher Möglichkeiten zur Erhöhung der Bewältigungskompetenz auf kognitiver, emotionaler und Verhaltensebene bieten. Dies sollte dabei am Beispiel der Umgangsmöglichkeiten mit den von Patienten in den Vordergrund gestellten Problembereichen erfolgen. Dabei handelt es sich um Schmerz, Depression, Funktionsverluste, Furcht vor unerwünschten Medikamentenwirkungen, Ungewißheit des Krankheitsverlaufes und gestörte Kommunikation mit Angehörigen und Freunden.

Um es zu ermöglichen, daß ein solches Programm in die Routine eines stationären Aufenthaltes in einer Rheumaklinik eingeführt werden kann, wurde es so angelegt, das es sechs eineinhalb- bis zweistündige Sitzungen, die im Verlauf von zwei Wochen abgehalten werden, umfaßt.

Abbildung 1: Themenschwerpunkte des Gruppenprogramms zur Krankheitsbewältigung für Patienten mit chronischer Polyarthrit



Den Teilnehmern wird zur Einführung anhand einer einfachen Darstellung das Transaktionsmodell der Streßbewältigung von Lazarus und Folkman (1984) erklärt. Zur Schmerzbewältigung werden Verfahren der Aufmerksamkeitsumlenkung, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (Bernstein und Borkovec, 1975) sowie ein Verfahren zur Objektivierung von Schmerzzuständen (Köhler, 1982) durchgeführt.

Als ein Verfahren, Hilflosigkeit gegenüber der Krankheit sowie Furcht vor unerwünschten Medikamentenwirkungen abzubauen und dadurch die Compliance gegenüber dem medizinischen Therapiekonzept zu erhöhen, bietet sich die entspannte Visualisierung nach Simonton u.a. (1982) an. Mit Hilfe eines Genußtrainings ist eine Veränderung der Wahrnehmung weg von unangenehmen hin auf angenehme Sensationen angestrebt. Letzteres zielt zudem mit der Veränderung innerer Selbstgespräche im Sinne Meichenbaums (1979) auf die Veränderung depressiver Befindlichkeit sowie die Entwicklung streßimmunisierender Techniken gegenüber unterschiedlichen Problembereichen ab. Ergänzend kommt gegebenenfalls der Einsatz von Rollenspielen zur Erhöhung sozialer Kompetenz hinzu. Abschließend wird das Thema „Verlust und Trauer“ in einer Gesprächsrunde thematisiert und unter Rückgriff auf die eigenen Erfahrungen der Gruppenteilnehmer der Einsatz der unterschiedlichen Bewältigungsmöglichkeiten demonstriert. Dieses Therapiekonzept wurde nun einer empirischen Überprüfung unterzogen (Langhof, 1986).

3. Patienten und Methode

An der Studie nahmen insgesamt

zehn Personen teil (acht weiblich, zwei männlich), die seit mindestens sechs Monaten an einer chronischen Polyarthrit erkrankt waren. Deren Ausprägung sollte sich mindestens dem Funktionsstadium 2 nach Steinbrocker (1949) zuordnen lassen. Fünf Personen nahmen an der skizzierten Gruppentherapie teil, die zusätzlich zu den kliniküblichen Behandlungsmaßnahmen angeboten wurde. Die restlichen fünf erhielten allein die üblichen Behandlungsmaßnahmen. Das Durchschnittsalter lag bei 45 Jahren für die Kontrollgruppe und bei 43,6 Jahren für die Experimentalgruppe. Erhoben wurden die Depressivität mit Hilfe der Kurzform des Beck-Depressions-Inventars (Beck und Baemesderfer, 1974; deutsche Version nach Beck u.a., 1981), das aktuelle Befinden mit Hilfe der Eigenschaftswörterliste (Janke und Debus, 1978), Kontrollüberzeugungen mit Hilfe des IPC-Fragebogens (Krampen, 1981), positive und negative Selbstkommunikationen mit Hilfe des Inventars zur Selbstkommunikation für Erwachsene (Tönnies, 1982), die Schmerzintensität über eine von 0 bis 100 reichende Ratingskala, Bewältigungsstrategien mit Hilfe des situativen Streßverarbeitungsbogens (Janke, 1984) sowie die subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Erleben und Verhalten im Rückblick auf vorgegebene Zeitpunkte mit Hilfe des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (Zielke und Kopf-Mehnert, 1978). Die Daten wurden für Kontroll- und Versuchsgruppe gleichzeitig vor Beginn der Gruppentherapie und zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie erhoben. Zur Auswertung wurde der Bredenkamp-F-Test (Lienert, 1973) gewählt, ein varianzanalytisches Verfahren, das so-

wohl für die geringe Stichprobenzahl der Probanden als auch bei Fehlen von Verteilungsannahmen geeignet ist. Es prüft sowohl Haupteffekte als auch Interaktionen. Zur a-posteriori Testung wurden der Vorzeichenrang-Test, der U-Test von Mann-Whitney bzw. der Dunn-II-Test für kleine Stichproben (Lienert, 1973) herangezogen. Das Signifikanzniveau für diese Überblicksstudie wurde auf 10% festgesetzt. Nach der wegen der Mehrfachtestungen durchgeführten α -Korrektur resultierte damit ein Wert von $\alpha=0.03$.

4. Ergebnisse

Die aus den angegebenen Fragebögen gewonnenen Daten lassen sich sieben Themenbereichen zuordnen, die wie

folgt bezeichnet werden können:

1. Schmerz
2. Depression
3. negative Befindlichkeit
4. positive Befindlichkeit
5. Selbstkonzept (Selbstsicherheit, Selbstkommunikation, Kontrollüberzeugungen)
6. Streßverarbeitung
7. Veränderung des Erlebens und Verhaltens

Im folgenden die Ergebnisse zu den einzelnen Bereichen:

4.1. Schmerz

Bei der Schmerzskala zeigt sich bereits bei der Ausgangsmessung ein deutlicher Unterschied zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe.

Während die subjektive Schmerzeinschätzung innerhalb der Therapiegruppe jedoch zur zweiten Messung hin absinkt, um dann praktisch konstant zu bleiben, steigen die Werte innerhalb der Kontrollgruppe zum zweiten Meßzeitpunkt hin leicht an und bleiben bis zum Ka-

tamnesezeitpunkt ebenfalls konstant. Weder die Gruppenunterschiede noch die Veränderungen zwischen den einzelnen Meßzeitpunkten insbesondere bei der Therapiegruppe lassen sich bei der gegebenen Gruppengröße jedoch statistisch erhärten.

Tabelle 1: Mittelwerte von Therapie- und Kontrollgruppe für die Bereiche Schmerz und Depression

Skalen	prä-Test		post-Test		follow-up		Signifikanz des F-Tests
	TG	KG	TG	KG	TG	KG	
Schmerzeinschätzung	63	44	54	50	57	50	n. s.
Beck-Depressions-Skala	7,2	4,6	6	3	6,4	3,4	n. s.
EWL-Deprimiertheit	7,4	2,4	3,6	4	5,4	4	n. s.

TG: Therapiegruppe KG: Kontrollgruppe n.s.: nicht signifikant

4.2. Depression

Wie aus Abbildung 2 weiterhin zu entnehmen ist, liegt bei der mittels der Beck-Skala gemessenen Depressivität die Therapiegruppe zu allen Meßzeitpunkten höher als die Kontrollgruppe, zeigt aber ebenso wie diese zum zweiten Meßzeitpunkt hin eine Verringerung, die auch beim Follow-up nach drei Monaten noch erhalten ist. Ein deutlicher, wenn auch statistisch nicht signifikanter Unterschied zwischen Therapie- und Kontrollgruppe liegt bei der Skala „Deprimiertheit“ der Eigenschaftswörterliste vor (Tabelle 1). Auf dieser Skala ist eine deutliche Abnahme der Ausprägung der Deprimiertheit zum zweiten Meßzeitpunkt hin sowie ein leichter Anstieg zum dritten Meßzeitpunkt bei der Therapiegruppe

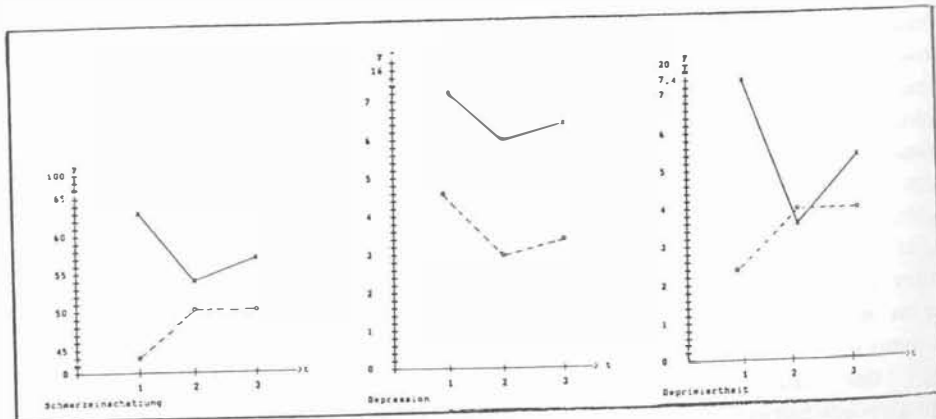
feststellbar, während die Kontrollgruppe zum Zweiten Meßzeitpunkt einen leichten Anstieg zu verzeichnen hat, der bei der dritten Messung erhalten ist. Insgesamt zeigen beide Skalen eine konsistente Verringerung der Depressionswerte bei der Therapiegruppe, die von einem leichten Anstieg bis zum Zeitpunkt der Follow up Messung gefolgt wird, während das Bild der Kontrollgruppe uneinheitlich ist (siehe Abb. 2).

4.3 Negative Befindlichkeit

Dieser Bereich wird mit Hilfe von neun Skalen der Eigenschaftswörterliste beschrieben (Tabelle 2).

Es fällt auf, daß bei sechs der neun Skalen, nämlich „Desaktiviertheit“, „Benommenheit“, „Introvertiertheit“, „Er-

Abbildung 2: Mittelwerte von Therapie und Kontrollgruppe für die Bereiche Schmerz und Depression in Abhängigkeit vom Meßzeitpunkt



x: Mittelwerte der Therapiegruppe o: Mittelwerte der Kontrollgruppe
t-Achse: 1: prä-Test 2: post-Test 3: follow up y-Achse: Skalenwerte

regbarkeit“, „Ärger“ und „Ängstlichkeit“ bei beiden Gruppen nur sehr niedrige Ausprägungen festgestellt werden können, die sich über die Meßzeitpunkte hin auch kaum verändern. Die Werte für „Müdigkeit“ liegen in einem mittleren Bereich und verringern sich für die The-

rapiegruppe tendenziell, während sie für die Kontrollgruppe tendenziell ansteigen, und zwar bei beiden Gruppen über alle Meßzeitpunkte hinweg. Weder in diesem noch in den anderen Bereichen resultieren jedoch statistisch erhärtbare Veränderungen.

Tabelle 2: Mittelwerte von Therapie- und Kontrollgruppe für die Bereiche negative und positive Befindlichkeit

Skalen	prä-Test		post-Test		follow-up		Signifikanz des F-Tests
	TG	KG	TG	KG	TG	KG	
1. Negative Befindlichkeit							
EWL - Desaktiviertheit	5,4	1	5	0,2	2,4	1,2	n.s.
EWL - Müdigkeit	3,4	1	1,8	1,8	1,6	2,6	n.s.
EWL - Benommenheit	1,2	0	0,6	0,2	0,2	0	n.s.
EWL - Introvertiertheit	1,2	1,2	0,2	0,8	2,2	1,2	n.s.
EWL - Erregtheit	3,4	2,8	3,8	3	3,6	4,4	n.s.
EWL - Empfindlichkeit	1,8	1,8	2,4	2,2	3	3	n.s.
EWL - Ärger	1	0,2	1,8	0	2	1	n.s.
EWL - Ängstlichkeit	1,6	2,4	1,8	1,6	2,2	1,8	n.s.
EWL - Verträumtheit	6,4	4,8	6,6	3,8	5,6	3	n.s.
2. Positive Befindlichkeit							
EWL - Extravertiertheit	5,8	5,8	6,4	6,6	5,2	5,2	n.s.
EWL - Aktiviertheit	6	10,4	9	11	12	12,8	n.s.
EWL - Konzentriertheit	3,6	4,6	4,8	4,8	5	5,6	s.
EWL - Gehobene Stimmung	4	9	7,2	5,4	3,2	4,6	n.s.

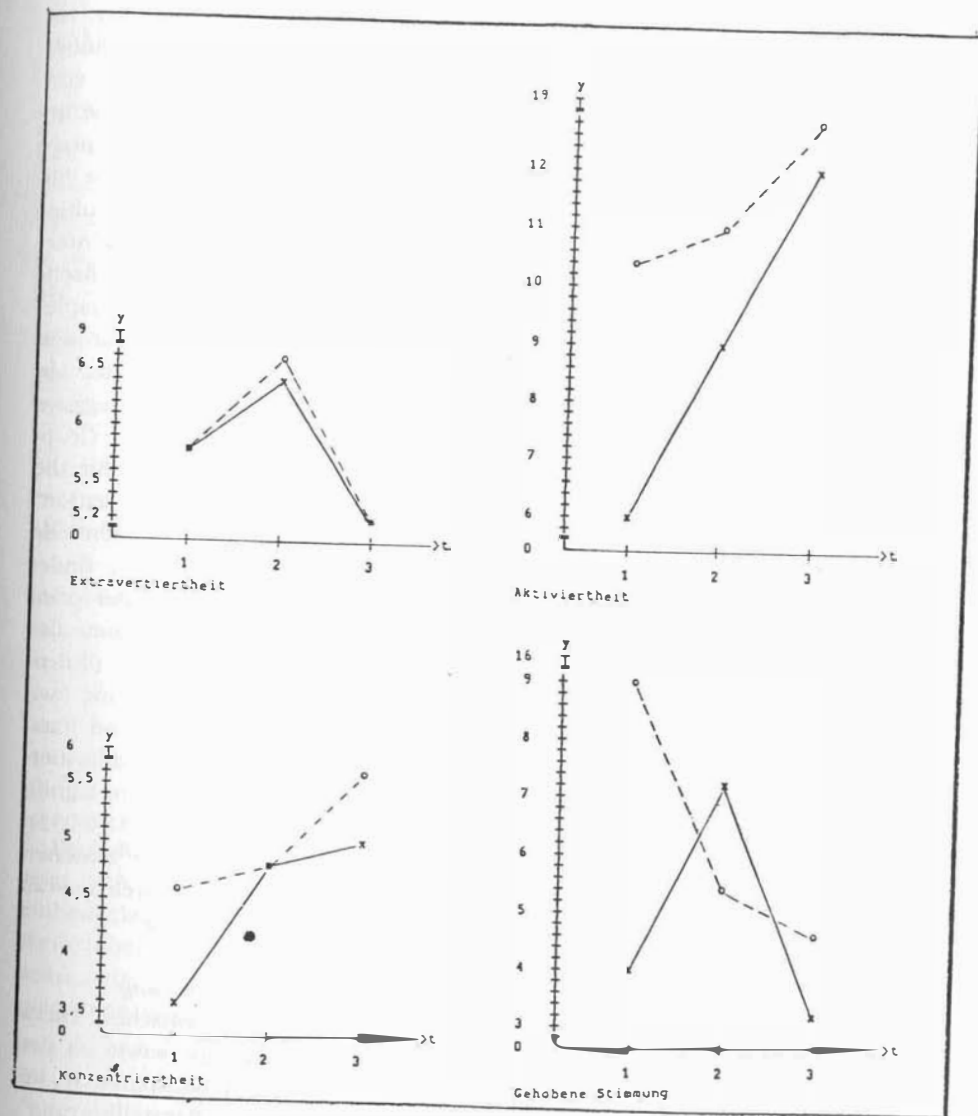
TG: Therapiegruppe KG: Kontrollgruppe n.s.: nicht signifikant s.: signifikant

4.4 Positive Befindlichkeit

Die Ergebnisse zur positiven Befindlichkeit finden sich ebenfalls in Tabelle 2. Die Werte der Skala „Extrovertiertheit“ liegen für beide Gruppen nahe beieinander und zu jedem Meßzeitpunkt im oberen Drittel der Skala, ohne sich nennenswert zu verändern. In der Skala

„Aktiviertheit“ zeigt sich für beide Gruppen ein Anstieg über alle Meßzeitpunkte hinweg, wobei bemerkenswert ist, daß die Therapiegruppe bei einem anfänglich deutlichen Unterschied zur Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Katamnese praktisch den gleichen Wert erreicht hat.

Abbildung 3: Mittelwerte von Therapie- und Kontrollgruppe für den Bereich positive Befindlichkeit in Abhängigkeit vom Meßzeitpunkt



x: Mittelwerte der Therapiegruppe o: Mittelwerte der Kontrollgruppe

t-Achse: 1: prä-Test 2: post-Test 3: follow up y-Achse: Skalenwerte

Auf der Skala „Konzentriertheit“ zeigen beide Gruppen einen Anstieg, der wiederum besonders deutlich für die Therapiegruppe vom ersten zum zweiten Meßzeitpunkt ausfällt und auch zum Zeitpunkt der Katamnese noch anhält. Hier zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt ($F(A) = 4.65 > 4.605, \alpha=0.10$). Dieser ist auf den bei der Therapiegruppe zu verzeichnenden Anstieg der Meßwerte zwischen Meßzeitpunkt 1 und 2 zurückzuführen (Wilcoxon-Test, $p=0.0625$). Auf der Skala „gehobene Stimmung“ zeigt sich bei der ersten Messung, daß die Therapiegruppe deutlich unter den Werten der Kontrollgruppe zu liegen kommt (siehe Abbildung 3). Bei der zweiten Messung sind die Werte der Kontrollgruppe stark abgefallen, diejenigen der Therapiegruppe jedoch ebenso deutlich angestiegen. Zum Katamnesezeitpunkt ist der Wert der Therapiegruppe praktisch auf den Ausgangswert zurückgefallen, die Kontrollgruppe weist einen stetig weiter verringerten Wert auf. Die Signifikanz für eine Wechselwirkung von Gruppe und Zeitpunkt wird knapp verfehlt.

4.5 Selbstkonzept

Die Werte für die Skala des Selbstkonzeptes sind in Tabelle 3 wiedergegeben. Bei den Skalen zur „Kontrollüberzeugung“ ist festzuhalten, daß sich beide Gruppen zu allen Zeitpunkten in einem mittleren Bereich befinden und sich auch zu keinem Zeitpunkt statistisch signifikant voneinander unterscheiden. Auf der Skala „Selbstsicherheit“ findet

sich eine signifikante Interaktion von Meßzeitpunkt und Gruppe ($F(AB) = 7.35 > F(AB, \alpha=0.05) = 05.991$). Im post hoc durchgeführten U-Test findet sich ein signifikanter Unterschied von Therapie- und Kontrollgruppe sowie im Wilcoxon-Test ein signifikanter Unterschied zwischen prä- und post-Test für die Therapiegruppe. Ansonsten resultieren keine weiteren signifikanten Unterschiede von Gruppen oder Meßzeitpunkten, obwohl der in der Therapiegruppe festzustellende Effekt über den Katamnesezeitraum hinweg wieder abnimmt. Während sich die negative Selbstkommunikation für beide Gruppen nicht verändert, zeigt sich für die Skala „positive Selbstkommunikation“ wieder eine signifikante differentielle Wirkung. In der Kontrollgruppe findet sich von der prä- gegenüber der post-Messung eine signifikante Abnahme der positiven Selbstkommunikation (Wilcoxon-Test, $p=0.094$). Die Abnahme zwischen zweitem Meßzeitpunkt und Katamneseerhebung wird auf dem adjustierten Signifikanzniveau nicht mehr signifikant (Wilcoxon-Test, $p=0.063 > 0.033$). Die Unterschiede der Werte zwischen den einzelnen Gruppen erreichen zu keinem Zeitpunkt Signifikanz.

4.6 Stressverarbeitung

Keine Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe sowie zu den unterschiedlichen Meßzeitpunkten liegen für die Skalen „Bagatellisierung“, „Aufgaben“ und „Pharmakaeinnahme“ vor.

Tabelle 3: Mittelwerte von Therapie- und Kontrollgruppe für den Bereich Selbstkonzept

Skalen	prä-Test		post-Test		follow-up		Signifikanz des F-Tests
	TG	KG	TG	KG	TG	KG	
IPC - I	37	38,2	39,8	37,2	35	37	n. s.
IPC - P	24,2	22,8	23	21,8	25,4	19,4	n. s.
IPC - C	27,2	22,6	26,8	25,4	28,8	23,6	n. s.
EWL - Selbstsicherheit	2	4,2	4	2,2	2,8	2,6	s.
ISE - Positiv	2,66	2,7	2,89	2,57	2,69	2,49	n. s.
ISE - Negativ	2,22	2,03	2,09	1,95	2,19	2,16	n. s.
ISE - Gesamt	2,45	2,38	2,51	2,27	2,43	2,34	n. s.

TG: Therapiegruppe KG: Kontrollgruppe n. s.: nicht signifikant s.: signifikant

Bezüglich der aktiven Bewältigung zeigt sich für die Kontrollgruppe ein einheitlicher Trend der Abnahme der Werte über die unterschiedlichen Meßzeitpunkte hin. Die Werte der Therapiegruppe steigen dagegen vom ersten

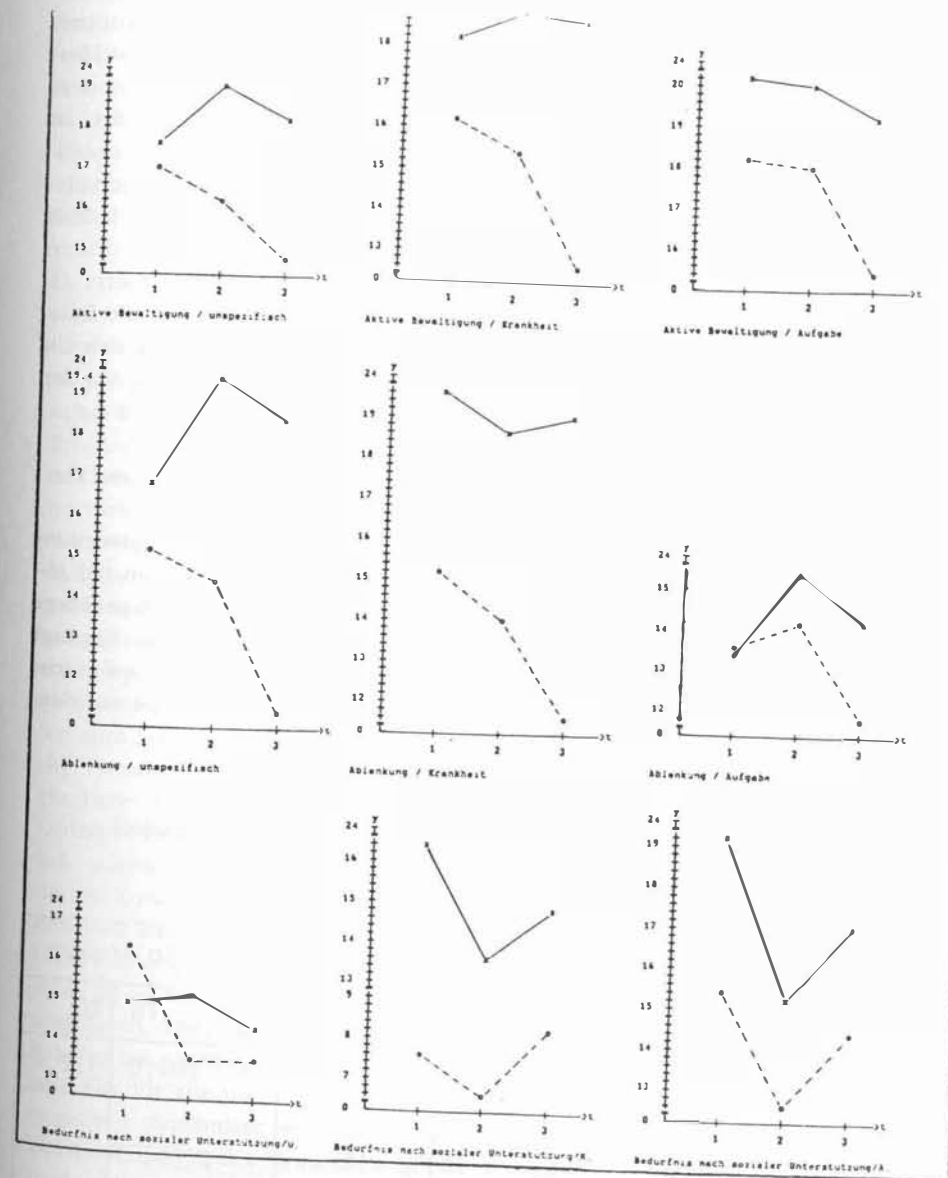
zum zweiten Meßzeitpunkt für aktive Bewältigung sowohl bei unspezifischen Belastungssituationen als auch der Belastungssituation „Krankheit“ etwas an und liegen bei der Katamnese fast wieder beim Ausgangswert.

Tabelle 4: Mittelwerte von Therapie- und Kontrollgruppe für den Bereich Streßverarbeitung nach SVF-S

Abbildung 4: Mittelwerte von Therapie- und Kontrollgruppe für die Streßbewältigungsformen aktive Beteiligung, Ablenkung und Bedürfnis nach sozialer Unterstützung in Abhängigkeit vom Meßzeitpunkt

Skalen	prä-Test		post-Test		follow-up		Signifikanz des F-Tests
	TG	KG	TG	KG	TG	KG	
1. Unspezifische Belastungssituationen							
BAG	15,2	12,4	15	11,8	14,2	11,6	n. s.
ABL	16,8	15,2	19,4	14,4	18,4	11,2	s.
BESOZU	15	16,4	15,2	13,6	14,4	13,6	n. s.
AKBE	17,6	17	19	16,2	18,2	14,8	n. s.
AUFGABEN	10,2	7,8	8,2	10,2	8,6	8,4	n. s.
PHARMAKA	4,8	1,4	3,4	2,2	4	2	n. s.
2. Belastungssituation Krankheit							
BAG	17,4	12	11,8	11,2	13,4	10	n. s.
ABL	19,6	15,2	18,6	14	19	11,6	n. s.
BESOZU	16,4	7,6	13,6	6,6	14,8	8,2	s.
AKBE	18,2	16,2	18,8	15,4	18,6	12,6	n. s.
AUFGABEN	10,2	8,2	8,6	6,4	9,2	6,8	n. s.
PHARMAKA	4,4	1,6	3,8	1,6	3,6	0,8	n. s.
3. Aufgabenbezogene Belastungssituationen							
BAG	12,2	13,6	12,2	14,2	10,8	11,8	n. s.
ABL	13,4	13,6	15,4	14,2	14,2	11,8	n. s.
BESOZU	19,2	15,4	15,2	12,6	17	14,4	n. s.
AKBE	20,2	18,2	20	18	19,2	15,4	n. s.
AUFGABEN	9,8	7,4	8	8	8	8	n. s.
PHARMAKA	4,2	0,5	3,8	1,8	3,4	0,8	n. s.

TG: Therapiegruppe KG: Kontrollgruppe n.s.: nicht signifikant s.: signifikant
 BAG: Bagatellisieren ABL: Ablenkung BESOZU: Bedürfnis nach sozialer Unterstützung
 AKBE: Aktive Bewältigung PHARMAKA: Pharmakaeinnahme



x: Mittelwerte der Therapiegruppe o: Mittelwerte der Kontrollgruppe
 t-Achse: 1: prä-Test 2: post-Test 3: follow up y-Achse: Skalenwerte

Die tendenziell doch deutlichen Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe zu den Meßzeitpunkten 2 und 3 erreichen aber keine statistische Signifikanz. Bei signifikantem F-Test, der differentielle Wirkungen für die verschiedenen Meßzeitpunkte anzeigt, ergibt sich für die Skala „Ablenkung“ in unspezifischen Belastungssituationen post hoc ein signifikanter Unterschied zwischen Therapie- und Kontrollgruppe zum dritten Meßzeitpunkt (U-Test, $p = 0.016$). Während die Werte für die Therapiegruppe hier zum Ende der Katamnesezeitraum wieder etwas abzufallen, sinken sie bei der Kontrollgruppe insgesamt signifikant ab (Wilcoxon-Test, $p = 0.031$). Für die Strategie „Ablenkung“ unter der Belastungssituation „Krankheit“ zeigt sich ein ähnliches Bild (siehe Abbildung 4). Hier wird die Signifikanz jedoch knapp verfehlt. Bezüglich der Belastungssituation „Aufgabe“ zeigen sich weder deutliche Trends noch ein signifikantes Ergebnis. In der Skala „Bedürfnis nach sozialer Unterstützung“ finden sich keine signifikanten Werte bei

unspezifischer Belastungssituation. Bezüglich der Belastungssituation „Krankheit“ zeigt sich ein bei $\alpha = 0.1$ signifikanter Haupteffekt, der auf das Absinken der Werte in beiden Gruppen von der prä- gegenüber der post-Messung zurückzuführen ist, das besonders in der Therapiegruppe ausgeprägt ist (Wilcoxon-Test, $p = 0.063$). Die deutlichen Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe verfehlen jedoch sowohl zum ersten als auch zum dritten Meßzeitpunkt knapp das adjustierte Alphaniveau von $\alpha = 0.033$. Für die Belastungssituation „Aufgabe“ ergibt sich ein ähnliches Bild (siehe Abbildung 4), der F-Test fällt knapp nicht-signifikant aus.

4.7. Veränderung des Erlebens und Verhaltens

Bezüglich der Veränderungsnormen der Skala liegen beide Gruppen bei Abschluß der Therapie im Bereich positiver Veränderungen (siehe Tabelle 5), und zwar die Kontrollgruppe auf dem 1%Niveau, die Therapiegruppe auf dem 0.1%Niveau signifikant.

Tabelle 5: Mittelwerte von Therapie- und Kontrollgruppe für den Bereich der subjektiven Veränderung des Erlebens und Verhaltens

	post-Test		follow-up	
	TG	KG	TG	KG
VEV - Punktwert	220,4	199,2	200,6	172,6
Signifikanz zum Normwert des VEV	p 0,1%	p 1%	p 0,1%	n.s.

TG: Therapiegruppe KG: Kontrollgruppe n.s.: nicht signifikant

Über den Katamnesezeitraum hinweg nimmt die Kontrollgruppe jedoch keine weiteren positiven Veränderungen mehr wahr, sondern bleibt auf demselben Niveau. Bei der Therapiegruppe hingegen wird weiterhin nochmals eine signifikante positive Veränderung auf dem 0.1%Niveau wahrgenommen. Die Mittelwerte der Gruppen unterscheiden sich aber zu keinem Zeitpunkt signifikant.

5. Diskussion

Bei der dargestellten Studie handelt es sich um den ersten Ansatz, die Wirksamkeit eines Therapieprogrammes zur Erhöhung der Bewältigungskompetenz bei Patienten mit einer chronischen Polyarthrit quantitativ zu überprüfen. Hervorzuheben ist, daß auch bei Berücksichtigung der deutlichen, aber nicht signifikanten Unterschiede in der Ausgangssituation von Therapie- und Kontrollgruppe sowohl bei den Skalen zur positiven Befindlichkeit als auch bei Skalen zum Selbstkonzept sowie im Bereich der Streßverarbeitung statistisch absicherbare Ergebnisse erhalten werden konnten. Es kann daher als wahrscheinlich angesehen werden, daß innerhalb dieses Konzeptes die jeweils positiven Resultate aus den eingangs dargestellten Untersuchungen (Udelman und Udelman, 1978; Schwartz u.a., 1978; Kaplan und Kozin, 1981; Achterberg u.a., 1981; Bradley u.a., 1985) erreicht werden können. Die für alle untersuchten Bereiche negativen Ergebnisse von Shearn und Fireman (1985) oder Strauss u.a. (1986) sind daher möglicherweise auf ein therapeutisches Vorgehen zurückzuführen, das zu wenig spezifisch für die Zielpopulation war.

In der Hauptsache bleibt aber wohl

festzuhalten, daß es sinnvoll erscheint, das hier vorgestellte Konzept weiter zu verfolgen und an einem größeren Patientenkollektiv zu überprüfen. Für dieses Vorgehen erscheint es unerläßlich, auch objektive Maße, beispielsweise der Entzündungsaktivität, und bestehende Instrumente, die weitere Funktionsbereiche berücksichtigen (Jäckel u.a., 1985), mit einzubeziehen. Daneben bleibt aber immer noch die Frage offen, inwieweit eine so komplexe Größe wie „effektives Bewältigungsverhalten“ psychometrisch erfaßt werden kann (Muthny, 1986). Neben dem Bemühen um die Beantwortung dieser Frage scheint es aber legitim, gerade auch im Sinne des Wohlergehens des Patienten auf der Grundlage dieser ersten positiven Ergebnisse therapeutische Ansätze weiter zu entwickeln, die zur effektiven Bewältigung einer so viele Lebensbereiche berührenden Erkrankung wie der chronischen Polyarthrit beitragen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Achterberg, J., McGraw, P. & Lawlis, G.F. (1981) Rheumatoid Arthritis: A Study of Relaxation and Temperature Biofeedback Training as an Adjunctive Therapy. *Biofeedback and Self-Regulation*, 6, 207-223.
- Anderson, K.O., Bradley, L.A., Young, L.D. & McDaniel, L.K. (1985). Rheumatoid arthritis: Review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. *Psychological Bulletin*, 98, 358-387.
- Beck, A.T. (1981). Depression Inventory. Center for Cognitive Therapy, Philadelphia 1978. Deutsch in: Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G.: Kognitive Therapie der Depression. Urban & Schwarzenberg, München, 369-376.
- Bernstein, D.A. & Borkovec, T.D. (1975). Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung. Pfeiffer, München.
- Bradley, L.A., Turner, R.A., Young, L.D., Agudelo, C.A., Anderson, K.O. & McDaniel, L.K.

- (1985). Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Behavior of Rheumatoid Arthritis (RA) Patients: Preliminary Outcomes. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 14, 51-64.
- Budde, H.-G. & Amberger, T. (1984). Entzündliche rheumatische Erkrankungen – Phänomenale Behinderung und individuelle Bewältigungsstrategien. In: Berufsverband Deutscher Psychologen (Hrsg.): *Psychologische Hilfen für Behinderte*, Bd.5, Weissenhof: Weissenberg, 149-155.
- Budde, H.-G. & Hinterobermeier, H. (1984). Entzündliche rheumatische Erkrankungen – Phänomenale Behinderungen und individuelle Bewältigungsstrategien: Patienten mit chronischer Polyarthrit. In: Berufsverband Deutscher Psychologen (Hrsg.). *Psychologische Hilfen für Behinderte*, Bd.5, Weissenhof: Weissenberg, S. 129-137.
- Felton, B.J., Revenson, T.A. & Hinrichsen, G.A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, Vol.18, 10, 889-898.
- Florin, I.: Bewältigungsverhalten und Krankheit. In: Basler, H.-D. & Florin, I. (Hrsg.) (1985). *Klinische Psychologie und körperliche Krankheit*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Jäckel, W., Cziske, R., Schochat, Th. & Jacobi, E. (1985) Messung der körperlichen Beeinträchtigung und der psychosozialen Konsequenzen (patient outcome) bei rheumatoider Arthritis. *Aktuelle Rheumatologie* 10, 43-52.
- Janke, W., Debus, G. (1978). EWL – Die Eigenschaftswörterliste. Hogrefe, Göttingen.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (1984). *Situativer Streßverarbeitungsfragebogen (SVF-S)*. Unveröffentlicht.
- Jungnitsch, G. (1991). *Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen*. Quintessenz, München.
- Kaplan, S. & Kozin, F. (1981). A controlled study of group counseling in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, Vol. 8, 1, 91-99.
- Köhler, H. (1982). *Psychologische Schmerzbewältigung bei chronischer Polyarthrit* – Eine empirische Untersuchung. Unveröffentlichte Dissertation, Tübingen.
- Köhler, Th. (1985): Stress and rheumatoid arthritis: A survey of empirical evidence in human and animal studies. *Journal of Psychosomatic Research* 29, 655-663.
- Koopmann, P. (1981). *Psychologische Hilfe bei rheumatischen Erkrankungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hamburg.
- Krampen, G. (1979). Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten – Ihre Messung durch einen Kurzfragebogen (H-Skala). *Medizinische Psychologie*, 5: 39-49.
- Langhof, S. (1986). *Bewältigungshilfen für Patienten mit einer chronischen Erkrankung*. Empirische Erprobung eines Programms zur Unterstützung der Bewältigung von chronischer Polyarthrit. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Regensburg.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lienert, G.A. (1973). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik* Bd. I, II, III. Meisenheim am Glan: Anton Hain.
- Meichenbaum, D.W. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Miltner, W. (1986). *Verhaltensmedizin: Definition und Abgrenzung*. In: Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W.-D.(Hg.): *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer, S.1-4.
- Muthny, F.A. (1986). *Krankheitsspezifische und -übergreifende Dimensionen der Krankheitsverarbeitung*. In: Amelang, M. (Hrsg.): *Bericht über den 35. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg*, Band 1, S. 389.
- Potts, M. & Brandt, K.D. (1982). Analysis of Education – Support Groups for Patients with Rheumatoid Arthritis. *Patient Counseling and Health Education*, 4, 161-166.
- Schneider, P., Seelbach, H., Böwing, G. & Krüskemper, H.L. (1986). *Problemspezifische Formen der Krankheitsbewältigung bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA)*. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 45, S.238.
- Schwartz, L.H., Marcus, R. & Condon, R. (1978). *Multidisciplinary Group Therapy for Rheumatoid Arthritis*. *Psychosomatics* 19, 289-293.
- Shearn, M.A. & Fireman, B.H. (1985). *Stress Management and Mutual Support Groups in Rheumatoid Arthritis*. *The American Journal of Medicine* 78, 771-775.
- Shontz, F.C. (1975). *The Psychological Aspects of Physical Illness and Disability*. McMillan, New York.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S. & Creighton, J. (1982). *Wieder gesund werden. Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen*. Rowohlt, Hamburg.
- Steinbrocker, O., Traeger, C H. Battermann, R.C. (1949). *Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis*. *Journal of the American Medical Association*, 140, 659-663.
- Strauss, G.D., Sinden-Spiegel, J., Daniels, M., Spiegel, T., Landsverk, J., Roy-Ryrne, P., Edelstein, C., Ehlhardt, J. Falke, R., Hiudin, L. & Zackler, L. (1986). *Group Therapies for Rheumatoid Arthritis: A Controlled Study of Two Approaches*. *Arthritis and Rheumatism*, 29, 1203-1209.
- Tönnies, S. (1982). *Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene (ISE)*. Weinheim: Beltz.
- Udelman, H.D. & Udelman, D.L. (1978): *Group therapy with Rheumatoid Arthritis Patients*. *American Journal of Psychotherapy* 32, 288-299.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978): *VEV. Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*. Weinheim: Beltz.

Dr. Georg Jungnitsch
Rheumaklinik Oberammergau
Hubertusstr. 40
8103 Oberammergau