

# **Muster der Krankheitsverarbeitung von Psychotherapiepatientinnen und -patienten**

Gabriele Helga Franke & Melanie Jagla-Franke

Hochschule Magdeburg-Stendal, Rehabilitationspsychologie, Stendal

## **Hintergrund und Fragestellung**

Die Erfassung der Verarbeitung von Erkrankung wird in der internationalen Forschungsliteratur zumeist mit Hilfe von Selbstbeurteilungsverfahren vorgenommen (Dempster, Howell & McCorry, 2015). Es werden aktuelle Bewältigungsanstrengungen auf emotionaler, kognitiver und Verhaltensebene fokussiert. Allerdings sind psychisch Kranke eher selten die Zielgruppe, obwohl Konstrukte wie Depressivität und Ängstlichkeit als Indikatoren der Bewältigungsanstrengungen herangezogen werden (Kato, 2015). Es kann belegt werden, dass problematisches „Anpassungsverhalten unter chronischem Stress“ die Vulnerabilität für psychische Störungen erhöht (Stassen et al., 2014). Gleichzeitig fordern transdiagnostische Konzepte evidenzbasierte Wege zur individualisierten Diagnostik (Braun et al., 2024) und zur psychotherapeutischen Intervention (Nocross & Wampold, 2011). Auch ist das Krankheitsbewältigungsverhalten psychisch Kranker als wichtiger Prädiktor des Erfolgs psychotherapeutischer Bemühungen belegt (Beutler et al., 2018). Es stellt sich die Frage, welche Krankheitsverarbeitungsstrategien sich bei Psychotherapiepatient\*innen mit den häufigen Diagnosen Depression sowie Abhängigkeitssyndrom finden lassen und wie diese mit psychischer Belastung zusammenhängen.

## **Methodik**

Neben soziodemografischen Fragen wurden die folgenden zwei psychodiagnostischen Verfahren eingesetzt und deren Ausprägungen zwischen den beiden Gruppen von Patient\*innen sowie mit Normdaten verglichen:

Die Kurzversion des Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK, Franke & Jagla, 2016) -EFK-r- (siehe Anhang) umfasst 30 Items, die sich gleichermaßen auf die folgenden vier Skalen verteilen:

- **SOZ**-Soziale Unterstützung (Items Nr. 2, 12, 13, 22, 23, 25, 27),
- **VET**-Vertrauen in die medizinische Behandlung & Tatkraft (Items Nr. 4, 9, 11, 17, 18, 20, 30),
- **IUE**-Informationssuche & Erfahrungsaustausch (Items Nr. 1, 5, 6, 7, 8, 10, 15) sowie
- **DVB**-Depressive Verarbeitung & Bagatellisierung (Items Nr. 3, 16, 19, 21, 26, 28, 29).
- Die Items 14 und 24 können einzeln ausgewertet werden; sie erfassen Misstrauen in die medizinische Behandlung; ein globaler Kennwert ist nicht vorgesehen.

Die Brief Symptom Checklist (BSCL, Franke, 2017) umfasst neun Skalen und drei globale Kennwerte bei 53 Items; das Verfahren wird häufig zur Wirksamkeitsanalyse von Psychotherapie bei depressiven (Schanz et al., 2022), Sucht- (Brokatzky et al., 2020) sowie transdiagnostischen (Gloster et al., 2023) Stichproben eingesetzt.

## **Ergebnisse**

**Stichprobenbeschreibung:** Die Datenerhebung fand in zwei Kliniken zur Behandlung psychisch Kranker in Sachsen-Anhalt statt (Sekundärdatenanalyse). Es nahmen 226 psychisch Kranke in stationärer (n=113, 59%), tagesklinischer (n=25, 11.1%) oder ambulanzsorgender (n=88, 38.9%) Behandlung teil. Die Patient\*innen waren im Schnitt 44 Jahre alt ( $\pm 13$ , 19-78), 51% waren männlich, 75% berufstätig. 127 (56.2%) hatten die Diagnose Depression (DEP: ICD-10, F32, 33, 34, 38, 39) und 99 (43.8%) die Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ABH: ICD-10, F1; zurzeit abstinent). In ABH fanden sich 67%, in DEP 39% Männer ( $p < .001$ ). Weiterhin waren 34% in ABH nicht berufstätig vs. 17% in DEP. In ABH wurde zumeist ambulant-nachsorgend (80%) und in DEP stationär (74%) oder tagesklinisch versorgt (20%,  $p < .0001$ ).

**Krankheitsverarbeitung:** Im Vergleich zu einer Stichprobe chronisch körperlich Kranker (N=1.815; Franke & Jagla, 2016) berichteten die Psychotherapiepatient\*innen insgesamt von mehr Informationssuche & Erfahrungsaustausch und von höherer depressiver Verarbeitung (beide  $p < .0001$ ); gleichzeitig berichteten sie geringeres Vertrauen in die medizinische Behandlung & Tatkraft ( $p < .0003$ ) sowie davon, weniger soziale Unterstützung zu suchen und zu nutzen ( $p < .04$ ).

Im Binnenvergleich berichteten die depressiven Patient\*innen von geringerem Vertrauen in die medizinische Behandlung & Tatkraft sowie davon, weniger soziale Unterstützung zu suchen und anzunehmen.

men; auch zeigten sie mehr depressive Verarbeitung & Bagatellisierung (Gesamtmodell:  $p < .0001$ , siehe Tab. 1). Bei Informationssuche und Erfahrungsaustausch unterschieden sich die beiden klinischen Gruppen untereinander nicht.

Tabelle 1: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (EFK-r: 0=überhaupt nicht bis 4=sehr stark) zwischen den Gruppen DEP-Depressions- und ABH-Suchttherapie, zum Vergleich die Ergebnisse von chronisch körperlich Kranken (Franke & Jagla, 2016)

EFK-r-Skala (Reliabilität)	DEP (n=127)	ABH (n=99)	$\Sigma$ (N=226)	stat. Prüfung	Vergleich (N=1.815 körp. Kranke)
SOZ ( $\alpha=.79$ )	<b>1.51</b> $\pm 0.77$	1.98 $\pm 0.72$	1.71 $\pm 0.78$	$t = -4.75$ $\eta^2 = .09$	<b>1.81</b> $\pm 0.83$
VET ( $\alpha=.80$ )	<b>2.10</b> $\pm 0.60$	2.67 $\pm 0.79$	2.38 $\pm 0.75$	$t = -5.90$ $p < .001$ $\eta^2 = .14$	<b>2.54</b> $\pm 0.75$
IUE ( $\alpha=.75$ )	1.71 $\pm 0.80$	1.81 $\pm 0.81$	<b>1.75</b> $\pm 0.80$	-	1.37 $\pm 0.84$
DVB ( $\alpha=.73$ )	<b>1.73</b> $\pm 0.69$	1.25 $\pm 0.80$	<b>1.52</b> $\pm 0.78$	$t = 4.83$ $p < .001$ $\eta^2 = .09$	0.80 $\pm 0.66$

**Psychische Belastung:** Seit einigen Jahren wird eine neue Falldefinition zur Auswertung der BSCL (Franke et al., 2021) sowie der SCL-90 (Franke, Jagla-Franke & Mestel, 2021) und der Mini-SCL (Sattler et al., 2022) zur Diskussion gestellt (Franke et al., 2021), die hier im Fall der BSCL angewendet wird (siehe Tab. 2). Anhand der T-Werte der neun Skalen und des globalen Kennwerts GSI, werden die folgenden vier Gruppen gebildet:

- „keine psychische Belastung [keine T(2 Skalen) und/oder  $T(\text{GSI}) \geq 60$ ]“,
- „leichte psychische Belastung [T(2 Skalen) und/oder  $T(\text{GSI}) \geq$

60 und <63]“,

- „deutliche psychische Belastung [T(2 Skalen) und/oder T(GSI)  $\geq$  63 und <70]“ sowie
- „starke psychische Belastung [T(2 Skalen) und/oder T(GSI)  $\geq$  70]“.

Tabelle 2: Unterschiede in der psychischen Belastung (BSCL) zwischen den Gruppen DEP-Depressions- und ABH-Suchttherapie, zum Vergleich die Ergebnisse von chronischen Schmerzpatient\*innen (n=639; Franke et al., 2021)

BSCL – psychische Belastung	DEP (n=127)	ABH (n=99)	$\Sigma$ (N=226)	stat. Prü- fung	Vergleich (n=639 Schmerzpat.)
keine	12 (9.4%)	<b>44</b> <b>(44.4%)</b>	56 (24.8%)	$\chi^2=50.68$ $p<.001$ [DEP vs ABH]	268 (41.9%)
leichte	7 (5.5%)	7 (7.1%)	14 (6.2%)		85 (13.3%)
deutliche	35 (27.6%)	31 (31.3%)	66 (29.2%)	$\chi^2=3.83$ $p<.28$ [ $\Sigma$ vs Schmerz]	166 (26%)
starke	<b>73</b> <b>(57.5%)</b>	17 (17.2%)	90 (39.8%)		120 (18.8%)

In der DEP-Gruppe fanden sich 58% mit starker und 9% ohne psychische Belastung; in der ABH-Gruppe waren 44% nicht und 17% stark belastet; leichte (6% vs. 7%) sowie deutliche Belastung (28 vs. 31%) waren annähernd gleichverteilt. Die Unterschiede der Verteilung auf die verschiedenen Gruppen der psychischen Belastung zwischen beiden Gruppen von Patient\*innen waren statistisch signifikant ( $p < .001$ ; siehe Tab. 2). Insgesamt ähnelt die Verteilung der ABH-Patient\*innen auf die vier Gruppen der von chronischen Schmerzpatient\*innen, denn es fand sich kein stat. sign. Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen.

**Korrelative Zusammenhänge zwischen EFK-r und BSCL** (siehe Tab. 3): Die Bewältigungsstrategie SOZ korrelierte bedeutsam negativ mit Zwanghaftigkeit ( $r = -.49$ ), Depressivität sowie Phobischer Angst ( $r = -.47$ ) und Unsicherheit im Sozialkontakt ( $r = -.46$ ). Die Bewältigungsstrategie VET korrelierte substantiell negativ mit Zwanghaftigkeit ( $r = -.50$ ), Depressivität ( $r = -.49$ ) sowie mit Unsicherheit im Sozialkontakt ( $r = -.47$ ). Erwartungsgemäß fanden sich stärkste korrelative Zusammenhänge ( $r\text{-min} = .49$  bis  $r\text{-max} = .62$ ) zwischen der Skala DVB und den Skalen der psychischen Belastung. Keine bis geringe negative korrelative Zusammenhänge fanden sich zwischen psychischer Belastung ( $r\text{-min} = -.06$  bis  $r\text{-max} = -.19$ ) und IUE.

Tabelle 03: Korrelative Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung (EFK-r) und psychischer Belastung (BSCL), in der Gesamtgruppe der Psychotherapiepatient\*innen ( $n = 226$ )

Skala	SOZ	VET	IUE	DVB
AGGR	-.41**	-.39**	-.13+	.49**
ANGS	-.39**	-.45**	-.16+	<b>.62**</b>
DEPR	-.47**	-.49**	-.15+	.58**
PARA	-.44**	-.40**	-.15+	.54**
PHOB	-.47**	-.43**	-.17+	.48**
PSYC	-.44**	-.44**	-.12	.57**
SOMA	-.29**	-.39**	-.06	.48**
UNSI	-.46**	-.47**	-.13	.58**
ZWAN	-.49**	-.50**	-.19**	.55**

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

## Diskussion

Zusammengefasst zeigten die depressiven Patient\*innen im Gegensatz zu den chronisch körperlich Kranken und den suchtkranken Patient\*innen weniger aktive Bemühungen (soziale Kontakte, Selbstsorge,

tatkräftige Bewältigung, Adhärenz) und mehr maladaptive Handlungen (Selbstmitleid, Rückzug). Hier überschneidet sich die Erfassung der Krankheitsbewältigung mit derjenigen der -symptomatik.

Sowohl depressive als auch suchtkranke Patient\*innen hingegen zeigten auf die gleiche Weise deutlich mehr Informationssuche und Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen als chronisch körperlich Kranke – eine spezifische Bewältigungsstrategie, die durch die bisherige psychotherapeutische Behandlung sicherlich gefördert wurde.

Die unterschiedliche psychische Belastung in beiden Gruppen kann dadurch erklärt werden, dass die depressiven Patient\*innen -aufgrund der aktuellen Schwere der Erkrankung- vorwiegend stationär behandelt werden; die Patient\*innen in Suchttherapie konsolidieren zumeist vorliegende Therapieerfolge (Abstinenz).

Die korrelativen Zusammenhänge zwischen der Krankheitsverarbeitung und der psychischen Belastung lassen abschließend einige theoretische Schlussfolgerungen zu: die depressive Krankheitsverarbeitung ist belegbar maladaptiv und hängt nicht nur mit depressiven Symptomen, sondern mit einer Spannweite an verschiedenen psychischen Symptomen -vordringlich Angst und Unsicherheit sowie Depressivität- zusammen. Die beiden aktiven Strategien der Sozialen Unterstützung sowie der Tatkraft und des Vertrauens in die medizinische Behandlung korrelieren bedeutsam negativ mit allen Facetten der psychischen Belastung. Die Strategie der Informationssuche (Recherche) und des Austauschs mit anderen Betroffenen (Selbsthilfe) korreliert zwar nur schwach, aber in sechs von neun Fällen stat. sign. nega-

tiv mit psychischer Belastung und erscheint somit protektiv. Diese Strategie ist bei den beiden klinischen Gruppen deutlich ausgeprägter als in der Vergleichsgruppe chronisch Kranker, was sowohl als Hinweis auf die Effekte von Interventionen als auch von Selbsthilfestrategien gewertet werden kann.

Der Vergleich der Krankheitsbewältigungsstrategien von zwei recht typischen Gruppen der psychotherapeutischen Rehabilitation - Patient\*innen mit Depressionen sowie diejenigen mit Abhängigkeits-erkrankungen- zeigte auf, dass hier eine separate Normierung von Krankheitsverarbeitungsskalen notwendig ist, da sich deutliche Unterschiede fanden.

## Literatur

- Beutler, L.E., Kimpara, S., Edwards, C.J. & Miller, K.D. (2018). Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*, 1980-1995.
- Braun, U., Henning, O., Forstner, J., Gerhardt, S., Deffaa, M. et al. (2024). Diagnose- und Aufnahmezentrum. Etablierung und Evaluation einer integrierten translationalen Infrastruktur für die klinisch-psychiatrische Forschung. *Nervenarzt, 95*, 254-261.
- Brokatzky, S., Blessing, A., Rudaz, M., Hansen, A. & Dammann, G. (2020). Kann die Symptombelastung einen regulären oder irregulären Behandlungsabschluss bei Substanzkonsumstörungen vorhersagen? *Zurich Open Repository and Archive*, doi: 10.5167/uzh-199959
- Dempster, M., Howell, D. & McCorry, N.K. (2015). Illness perception and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 79*, 506-513.
- Franke, G.H. (2017). *BSCL. Brief Symptom-Checklist – Deutsches Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G.H. & Jagla, M. (2016). *EFK – Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Testmanual – Deutsche Version*. Psychometrikon; doi: 10.6099/1000265.



- Franke, G.H., Jagla-Franke, M. & Mestel, R. (2021). Eine verbesserte Falldefinition der SCL-90®-S bei Rehabilitationspatient\*innen der Psychosomatik-Psychotherapie. In, *DRV Bund: 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium* (S. 244-245). Berlin: DRV.
- Franke, G.H., Jagla-Franke, M., Küch, D. & Petrowski, K. (2021). A new routine for analyzing Brief Symptom Inventory profiles in chronic pain patients to evaluate psychological comorbidity. Short Report. *Frontiers in Psychology*, *12*, 692545, doi: 10.3389/fpsyg.2021.692545
- Gloster, A.T. (2023). Psychotherapy for chronic in- and outpatientns with common mental disorders: The “Choose Change” effectiveness trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *92*, 124-132.
- Kato, T. (2015). Frequently used coping scales: A meta-analysis. *Stress Health*, *31*, 315-323.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, *67* (2), 127-132.
- Sattler, F.A., Franke, G.H., Zeyen, J. & Jagla-Franke, M. (2022). Mental health disparities between German lesbians and bisexual women and a population-based sample. *Journal of Lesbian Studies*, doi: 10.1080/10894160.2022.2087343
- Schanz, C.G., Equit, M., Schäfer, S.K. & Michael, T. (2022). Self-directed passive-aggressive behavior as an essential component of depression: findings from two cross-sectional observational studies. *BMC Psychiatry*, doi: 10.1186/s12888-022-03850-1
- Stassen, H.H., Delfine, J.P., Kluckner, V.J., Lott, P. & Mohr, C. (2014). Vulnerabilität und psychische Erkrankung. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, *165* (5), 152-157.

### **Korrespondenzadresse**

Gabriele Helga Franke, Prof. Dr. habil. Dipl.-Psych.  
 Approbierte Psychologische Psychotherapeutin  
 Hochschule Magdeburg-Stendal, Osterburger Straße 25  
 39576 Hansestadt Stendal  
 E-Mail: [gabriele.franke@h2.de](mailto:gabriele.franke@h2.de)

Anhang:

EFK-r - Wie gehen Sie zurzeit mit Ihrer Erkrankung um? Bitte lesen Sie jede Aussage durch, und entscheiden Sie durch ein Kreuz, inwieweit diese auf Sie zutrifft

Kategorie	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Zahl	0	1	2	3	4

01	Ich suche in Büchern, Zeitschriften oder dem Internet nach Informationen über meine Erkrankung				0-1-2-3-4
02	Ich besuche andere Menschen oder lade sie zu mir ein				0-1-2-3-4
03	Ich hänge Wunschträumen nach				0-1-2-3-4
04	Ich löse Schritt für Schritt die Probleme, die auf mich zukommen				0-1-2-3-4
05	Ich tausche mit anderen Patientinnen und Patienten en Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit aus				0-1-2-3-4
06	Ich besinne mich auf meine früheren Erfahrungen mit Schicksalsschlägen				0-1-2-3-4
07	Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden				0-1-2-3-4
08	Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur				0-1-2-3-4
09	Ich versuche, meine Probleme aktiv anzugehen				0-1-2-3-4
10	Ich informiere mich umfassend über meine Krankheit				0-1-2-3-4
11	Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat				0-1-2-3-4
12	Ich verbe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden				0-1-2-3-4
13	Ich beginne, mich selbst auch einmal zu verwöhnen				0-1-2-3-4
14	Ich bin skeptisch, ob ich wirklich gut medizinisch behandelt werde				0-1-2-3-4
15	Ich suche Kontakt zu anderen Menschen, die Ähnliches erlebt haben				0-1-2-3-4
16	Ich reagiere gereizt und ungeduldig auf andere Menschen				0-1-2-3-4
17	Ich mache mir selber Mut				0-1-2-3-4
18	Ich vertraue meinen Ärzten				0-1-2-3-4
19	Ich beginne, mich selbst zu bemitleiden				0-1-2-3-4
20	Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln				0-1-2-3-4
21	Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück				0-1-2-3-4
22	Ich beginne, meine Gefühle anderen Menschen zu zeigen				0-1-2-3-4
23	Ich gehe mit Freunden aus				0-1-2-3-4
24	Ich misstrau den Ärzten und lasse die Diagnose überprüfen				0-1-2-3-4
25	Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an				0-1-2-3-4
26	Ich bin ärgerlich oder zornig auf mein Schicksal				0-1-2-3-4
27	Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf				0-1-2-3-4
28	Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter				0-1-2-3-4
29	Ich beginne nachzudenken und zu grübeln				0-1-2-3-4
30	Ich habe viel Vertrauen in meine medizinische Behandlung				0-1-2-3-4