

# Muster der Krankheitsverarbeitung von Psychotherapiepatientinnen und -patienten

Gabriele Helga Franke<sup>1</sup> & Melanie Jagla-Franke<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften  
<sup>2</sup> Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management



## Hintergrund und Zielstellung

Die Erfassung der Verarbeitung von Erkrankung wird in der internationalen Forschungsliteratur zumeist mit Hilfe von Selbstbeurteilungsverfahren vorgenommen (Dempster et al., 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). Welche Krankheitsverarbeitungsstrategien lassen sich bei Psychotherapiepatient\*innen mit den Diagnosen Depression sowie Abhängigkeitssyndrom finden und wie hängen diese mit psychischer Belastung zusammen?

## Methode, Stichprobenbeschreibung, Ergebnisse:

Neben soziodemografischen Fragen wurden zwei **psychodiagnostische 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- umfasst 30 Items, die sich gleichermaßen auf die folgenden vier Skalen verteilen: SOZ-Soziale Unterstützung (7 Items), VET-Vertrauen in die medizinische Behandlung & Tatkraft (7 Items), IUE-Informationssuche & Erfahrungsaustausch (7 Items) sowie DVB-Depressive Verarbeitung & Bagatellisierung (7 Items). Zwei Items werden einzeln ausgewertet; 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.

**Stichprobenbeschreibung:** Sekundärdatenanalyse (Kliniken zur Behandlung psychisch Kranker in Sachsen-Anhalt)

N=226 psychisch Kranke in stationärer (n=113, 59%), tagesklinischer (n=25, 11.1%) oder ambulant-nachsorgender (n=88, 38.9%) Behandlung. 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%,  $p < .0001$ ).

EFK - Krankheitsverarbeitung	DEP (n=127)	ABH (n=99)	$\Sigma$ (N=226)	stat. Prüfung	Vergleich (N=1.815 körp. Kranke)
SOZ-Soziale Unterstützung	1.51 $\pm$ 0.77	1.98 $\pm$ 0.72	1.71 $\pm$ 0.78	t= -4.75 p<.001 $\eta^2=.09$	1.81 $\pm$ 0.83
VET-Vertrauen in die medizinische Behandlung & Tatkraft	2.10 $\pm$ 0.60	2.67 $\pm$ 0.79	2.38 $\pm$ 0.75	t= -5.90 p<.001 $\eta^2=.14$	2.54 $\pm$ 0.75
IUE-Informationssuche & Erfahrungsaustausch	1.71 $\pm$ 0.80	1.81 $\pm$ 0.81	1.75 $\pm$ 0.80	-	1.37 $\pm$ 0.84
DVB-Depressive Verarbeitung & Bagatellisierung	1.73 $\pm$ 0.69	1.25 $\pm$ 0.80	1.52 $\pm$ 0.78	t= 4.83 p<.001 $\eta^2=.09$	0.80 $\pm$ 0.66

### Krankheitsverarbeitung:

Im Vergleich zu einer Stichprobe chronisch körperlich Kranker (N=1.815; Franke & Jagla, 2016) berichteten die Psychotherapiepatient\*innen insgesamt von mehr IUE und von höherer DVB; gleichzeitig berichteten sie geringeres VET Tatkraft sowie von weniger SOZ.

Im Binnenvergleich berichteten die depressiven Patient\*innen von geringerem VET sowie von weniger SOZ; auch zeigten sie mehr DV (Gesamtmodell:  $p < .0001$ , siehe Tab. 1). Bei IUE 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).

Psychische Belastung: 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(GSI)  $\geq$  60]“,
- „leichte psychische Belastung [T(2 Skalen)  $\geq$  60 und  $<$  63]“,
- „deutliche psychische Belastung [T(2 Skalen)  $\geq$  63 und  $<$  70]“ sowie
- „starke psychische Belastung [T(2 Skalen) und/oder T(GSI)  $\geq$  70]“.

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.

BSCL – psychische Belastung	DEP (n=127)	ABH (n=99)	$\Sigma$ (N=226)	stat. Prüfung	Vergleich (N=1.815 körp. Kranke)
keine	12 (9.4%)	44 (44.4%)	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	73 (57.5%)	17 (17.2%)	90 (39.8%)		120 (18.8%)

Tabelle 2: Die neue Falldefinition für die SCL-90\*-S zur genaueren Bestimmung der psychischen Belastung und das weitere diagnostische Vorgehen sowie mögliche Interventionen

## 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).

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