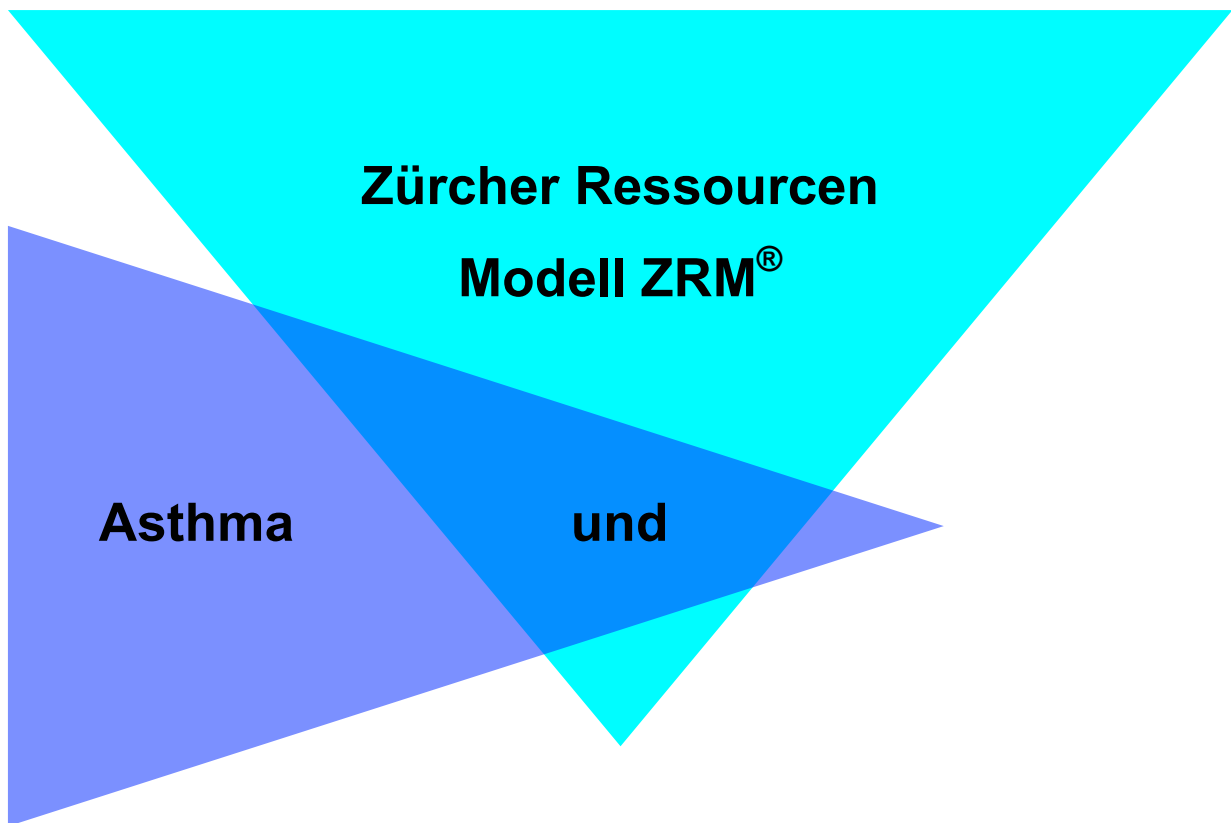


Susanne Benz
Heinrich Federer-Strasse 6
8038 Zürich
susanne.benz@gmx.net

**Auswirkungen des Selbstmanagement-Trainings ZRM
auf den subjektiven Leidensdruck
von Menschen mit Asthma**



Empirische Seminararbeit
Fachbereich Pädagogische Psychologie I
Pädagogisches Institut
Universität Zürich

Wintersemester 2007/08

Betreuung: Dr. Maja Storch

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 2 |
| 2 | Theoretischer Hintergrund | 3 |
| 2.1 | Asthma | 3 |
| 2.1.1 | Ursachen | 3 |
| 2.1.2 | Behandlung | 6 |
| 2.2 | Subjektiver Leidensdruck | 7 |
| 2.2.1 | Feststellung des subjektiven Leidensdrucks (PRISM-Distanz) | 8 |
| 2.2.2 | Studie zu Leidensdruck und PRISM-Distanz | 10 |
| 2.3 | Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) | 11 |
| 2.3.1 | Drei Kennzeichen des Zürcher Ressourcen Modells | 11 |
| 2.3.2 | Der Rubikon-Prozess | 13 |
| 2.4 | Das Zusammenspiel von Asthma und Zürcher Ressourcen Modell | 14 |
| 2.5 | Fragestellung | 15 |
| 3 | Methode | 17 |
| 3.1 | Stichprobe | 17 |
| 3.2 | Untersuchungsinstrument | 17 |
| 3.3 | Datenerhebung | 20 |
| 3.4 | Datenauswertung | 20 |
| 4 | Ergebnisse | 21 |
| 4.1 | Stichprobenbeschreibung | 21 |
| 4.1.1 | Allgemein | 21 |
| 4.1.2 | PRISM | 22 |
| 4.2 | Wirksamkeitsmessung | 23 |
| 4.2.1 | Ganze Stichprobe | 23 |
| 4.2.2 | Nach Geschlecht | 24 |
| 4.2.3 | Median-Split | 26 |
| 4.2.4 | Extremgruppen | 28 |
| 5 | Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick | 31 |
| 5.1 | Diskussion der Ergebnisse | 31 |
| 5.2 | Schlussfolgerungen und Ausblick | 33 |
| 5.2.1 | Schlussfolgerungen | 33 |
| 5.2.2 | Ausblick | 34 |
| 5.2.3 | Zusammenfassung der Verbesserungsvorschläge | 37 |
| 6 | Literatur | 39 |
| 7 | Abbildungs- und Tabellenverzeichnis | 41 |

1 Einleitung

Von einer Asthma-Erkrankung Betroffene können selbst viel dazu beitragen, dass sie beschwerdefrei leben können und ihr Alltag durch die Krankheit nicht allzu sehr eingeschränkt wird. Der Umgang mit Asthma hat also viel mit Selbstverantwortung zu tun.

Um zu untersuchen, ob das ZRM-Training geeignet ist, Menschen die von Asthma betroffen sind, Selbstmanagement-Kompetenzen zu vermitteln, welche unter anderem auch die für den Umgang mit der Krankheit notwendig sind, führten das Pädagogischen Institut der Universität Zürich und das Zentrum für Patientenschulung und -beratung des Universitätsspitals Zürich die interdisziplinäre Wirksamkeitsstudie „Asthma & ZRM“ durch. Die 59 von chronischem Asthma betroffenen Versuchspersonen wurden kontrolliert randomisiert einer Treatment- und einer Kontrollgruppe zugeteilt. Alle Teilnehmenden besuchten eine am Universitätsspital übliche Patientenschulung und die Teilnehmenden der Treatmentgruppe absolvierten zusätzlich ein ZRM-Training.

Während auf medizinischer Seite das Monitoring sowie die Anpassungen der Medikamente bei Veränderungen der Symptomlage interessierten, wurden im Rahmen einer Lizentiatsarbeit auf pädagogisch-psychologischer Seite die Effekte des ZRM-Trainings auf die Selbststeuerungskompetenzen und die Selbstwirksamkeit untersucht (vgl. Benz & Hobi, 2007).

Weil allgemein davon ausgegangen werden kann, dass eine (chronische) Krankheit einen gewissen Leidensdruck erzeugt, soll mit der vorliegenden Arbeit die Frage geklärt werden, ob das Selbstmanagement-Training ZRM Auswirkungen auf den subjektiven Leidensdruck von Menschen mit Asthma hat. Zu diesem Zweck wurde der subjektive Leidensdruck vor und nach dem Training mit dem Untersuchungsinstrument PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) erfasst.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Asthma

Asthma – genau: Asthma bronchiale – ist eine Erkrankung, von welcher viele Menschen betroffen sind. Je nach Quelle leiden in der Schweiz zwischen 5% und 15% der Bevölkerung unter Asthma. Die Anzahl der Erkrankungen hat in den letzten Jahren zugenommen und es ist weiterhin eine steigende Tendenz zu beobachten (vgl. Barandun, 2001, S.2; Solèr, o. J., S. 6; Gillissen, Bauer, Richter & Leonhart, 2001, S. 686; Steurer-Stey, Kolyvanos Naumann, Käser & Vetter, 2005, S. 275). Asthma wird heutzutage bereits als Volkskrankheit bezeichnet.

2.1.1 Ursachen

Noch ist die Krankheit Asthma nicht gänzlich erforscht. Weder werden alle Phänomene dieser Erkrankung restlos verstanden, noch sind die Ursachen eindeutig geklärt (vgl. Steurer-Stey et al., 2005, S. 275). Zurzeit wird davon ausgegangen, dass sowohl Umweltfaktoren als auch genetische Faktoren für die Entstehung von Asthma verantwortlich sind (ebd.).

Tabelle 1 gibt einen Überblick über den momentanen Wissensstand von Asthma verursachenden Faktoren, und denjenigen Faktoren, welche für das Asthma nicht ursächlich sind. Im Folgenden werden diese Faktoren genauer beschrieben¹.

Tabelle 1: Asthma-Ursachen

| |
|--|
| <p>Asthma-Ursachen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Allergene- Erbliche Faktoren- Umwelteinflüsse (z.B. Rauch, Feinstaub)- (Frühkindliche Atemwegsinfektionen) <p>nicht ursächlich:</p> <ul style="list-style-type: none">- (Frühkindliche Atemwegsinfektionen)- Psychologische Faktoren |
|--|

¹ Dabei muss beachtet werden, dass zwischen Ursachen und Asthma-Auslösern unterschieden wird. Auf die Auslöser wird im nächsten Unterkapitel eingegangen.

Allergene

Bei der Mehrheit der Kinder und etwa der Hälfte der Erwachsenen mit Asthma liegt eine Allergie gegen Substanzen in der Umgebungsluft der Krankheit zugrunde (vgl. Solèr, o. J., S. 5). Bei der allergischen Reaktion auf eine Substanz werden Stoffe freigesetzt, welche zu einem Asthma-Anfall führen.

Erbliche Faktoren

Asthma ist keine klassische Erbkrankheit, doch da sich familiäre Häufungen der Krankheit feststellen lassen, wird angenommen, dass die Veranlagung zu Asthma vererbbar ist. Es wird vermutet, dass die Veranlagung über mehrere Gene vererbt wird. Ob aus dieser Veranlagung dann tatsächlich ein Asthma entwickelt wird, hängt von Umweltfaktoren ab. Wird ein entsprechend veranlagter Mensch bestimmten ungünstigen Umweltbedingungen ausgesetzt, kann es zur Sensibilisierung gegenüber Allergenen kommen. Der andauernde oder phasenweise Kontakt mit diesen Allergenen führt dann zu einer Entzündung der Atemwege. So gehen Wyser und Muellner (2006, S. 5) davon aus, dass die hohe Asthmahäufigkeit der letzten Jahrzehnte vor allem durch die Änderungen von Umweltfaktoren bedingt sei. Diese Umweltbedingungen seien speziell in einem Umfeld, welches als westlicher Lebensstil bezeichnet wird, vorhanden (ebd.). Sie empfehlen erblich Vorbelasteten denn auch, Umweltfaktoren, welche bekanntlich mit der Entstehung von Asthma in Verbindung gebracht werden (wie z.B. Pollen, Milben, Haus- und Nutztiere) möglichst zu meiden. Basierend auf Zwillingsstudien wird der angeborene Anteil an der Entstehung von Asthma auf bis zu 75% geschätzt (ebd.). Das Allergikerrisiko eines Kindes mit Vorbelastung durch Familienmitglieder ist in Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Allergikerrisiko eines Kindes mit Vorbelastung durch Familienmitglieder (vgl. Schmoller & Still, 2001; zitiert nach Wyser & Muellner, 2006, S. 5)

| Vorbelastung des Kindes | Allergikerrisiko |
|--------------------------------|-------------------------|
| Beide Eltern gesund: | 5-15% |
| Ein Elternteil mit Allergie: | 20-40% |
| Ein Geschwister mit Allergie: | 25-35% |
| Beide Eltern Allergiker: | 60-80% |

Umweltfaktoren

Auch Umweltfaktoren oder ein beruflich bedingtes Ausgesetztsein können zur Entwicklung von Asthmas beitragen (vgl. Steurer-Stey et al., 2005, S. 275). Während Solèr (o. J., S. 6) annimmt, dass Umweltfaktoren und die Lebensweise eine Rolle für die Zunahme von Asthma spielen dürften, spricht Barandun (2001, S. 2) davon, dass die Gründe dafür nicht so sehr in der schlechten Aussenluft zu suchen seien, als viel eher in den eigenen Wohnräumen. Das Zusammenleben mit einem Haustier und das Passivrauchen sieht er als schlimmere Risikofaktoren, als die hohen Ozonwerte (ebd.). Auch Bråbäck, Hjern und Rasmussen (2005) nennen den stärkeren Tabakkonsum sowie schlechtere Wohnverhältnisse und Ernährungsgewohnheiten mögliche Gründe für die Zunahme von Asthmaerkrankungen.

Frühkindliche Infektionen

Während Barandun (2001, S. 4) frühkindliche Atemwegsinfektionen als mögliche Ursache für Asthma sieht, kamen Nowak et al. (1996; zitiert nach Ritz & Dahme, 2003, S. 269) zu einem anderen Schluss. Dadurch, dass die Häufigkeit asthmatischer Symptome und Befunde in Westdeutschland (Hamburg) mit 14% mehr als doppelt so gross war, als in Ostdeutschland (Erfurt) mit 5,5%, und aus der Tatsache, dass die Kinder der ehemaligen DDR viel früher die Krippe besuchen, gewinnen sie die interessante Erkenntnis, dass durch den Krippenbesuch und die damit verbundenen vermehrten Ansteckungen mit viralen und bakteriellen Infektionskrankheiten eine bessere Immunisierung gegenüber asthmarelevanten Allergenen entwickelt wird (ebd.). Krämer et al. (1999; zitiert nach Ritz & Dahme, 2003, S. 269) konnten bestätigen, dass der frühe Krippenbesuch in der ehemaligen DDR mit einem niedrigerem Risiko für eine spätere allergische Sensibilisierung zusammenhing.

Psychologische Faktoren

Zum Thema, ob psychologische Faktoren ursächlich für das Asthma seien, meinen Ritz und Dahme (2003), dass „eine ‚seelische‘ (psychogene) Verursachung des Asthma bronchiale, etwa aufgrund einer frühen konfliktreichen, ambivalenten Beziehung des Asthmaticus zur Mutter mit einem ungelösten Abhängigkeits-Konflikt, ... heute – ausser von überzeugten Psychoanalytikern – nicht mehr angenommen“ wird (S. 267).

2.1.2 Behandlung

Asthma ist nicht heilbar. Doch es ist gut behandelbar. Bei der Behandlung liegt sehr viel im eigenen Kompetenzbereich der Betroffenen. Asthmatiker müssen täglich ihre Basisedikamente einnehmen. Bei konsequenter Einnahme dieser Medikamente kann die Anzahl von Asthma-Anfällen stark reduziert werden. Sollte es trotzdem zu einem Asthma-Anfall kommen, existieren spezielle Notfallmedikamente die dann sofort inhaliert werden müssen. Doch ist bei chronischem Asthma die Einnahme der Medikamente nicht ausreichend. Nebst dem regelmässigen Einnehmen der medikamentösen Therapie, sollten auch Anpassungen an den Lebensstil gemacht werden. Menschen mit Asthma wird empfohlen, ihren Lebensstil so umzustellen, dass die persönlichen Auslöser der Asthma-Anfälle vermieden werden.

Asthma-Auslöser können sehr vielseitig sein und sind auch individuell unterschiedlich. Es kann zwischen umweltbedingten Auslösern und persönlichen Auslösern unterschieden werden (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Unterscheidung umweltbedingter und persönlicher Asthma-Auslöser

| umweltbedingte Auslöser | persönliche Auslöser |
|--|--|
| z.B.: - Klimaveränderung - Pollen - Umwelteinflüsse | z.B.: - psychische Faktoren - Übergewicht - körperliche Anstrengung |

Auch psychische Faktoren können Asthma-Auslöser sein. So kann psychische Belastung Asthma auslösen. Studien haben gezeigt, dass bei Asthmapatienten, bei welchen unter experimentellen Bedingungen Stress oder anderen starken Emotionen ausgelöst wurden, leichte Bronchienverengungen nachgewiesen werden konnten (vgl. Ritz, Steptoe, De Wilde & Costa, 2000, S. 409). Oppermann (1991; zitiert nach Ritz & Dahme, 2003, S. 268) befragte Asthmapatienten, die infolge eines Asthma-Anfalles hospitalisiert werden mussten. Zwei Drittel von ihnen nannten psychische Faktoren als Auslöser des Asthma-Anfalles und ein Drittel der Patienten führten den Anfall auf akute oder länger andauernde emotionale Belastungen zurück (ebd.). Neben emotionaler Belastung, wie beispielsweise Stress, Sorgen oder Trauer, können auch starke Gefühlsregungen wie beispielsweise Wut, Angst oder Freude Asthma auslösen.

Auch die Tatsache, von Asthma betroffen zu sein, kann bereits zu einer Belastung führen. Allein das Wissen darum, an einer chronischen Krankheit zu leiden, und die Kenntnis, dass ein Asthma-Anfall tödlich sein könnte², kann zu andauerndem psychischen Druck führen.

Um etwas gegen das Asthma unternehmen zu können, ist es für die Betroffenen wichtig, diejenigen Faktoren zu kennen, welche bei ihnen zu Atemnot führen. Seitens der Betroffenen muss oft eine Verhaltensveränderung herbeigeführt werden, um ihre Auslöser umgehen zu können. Dafür müssen Gewohnheiten geändert und ungünstige Verhaltensmuster ersetzt werden. Da das Ändern von Verhaltensmustern einerseits sehr schwierig ist und andererseits auch einschneidende Folgen haben kann, tun sich viele von Asthma Betroffene schwer damit.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ursachen des Asthmas noch nicht restlos geklärt sind, die Krankheit selber jedoch gut untersucht ist. Zum heutigen Zeitpunkt existieren gut wirksame Medikamente zur Behandlung von Asthma. Die medikamentöse Behandlung der Krankheit ist jedoch nur die eine Seite des Umgangs damit. Um mit Asthma zu leben, bzw. es optimal kontrollieren zu können, ist sehr viel Eigenverantwortung und Selbstdisziplin seitens der Betroffenen nötig.

2.2 Subjektiver Leidensdruck

Asthma hat Auswirkungen auf das ganze Leben. Schon die Diagnose selbst kann dazu führen, dass Unsicherheit oder Angst auftreten. Einerseits durch die Unwiderruflichkeit der Diagnose und andererseits, da bereits das Wissen um die mögliche Lebensbedrohung der Krankheit beängstigend ist. Wie die Diagnose einer chronischen Krankheit aufgenommen wird, ist sehr individuell.

Auch ein erlittener Asthma-Anfall, bei welchem die Atemnot als lebensbedrohlich erlebt wird, kann zu Angst führen. So kann der Faktor, an einer chronischen lebensbedrohlichen Krankheit zu leiden zu einer psychischen Belastung führen. Wie in Kapitel 2.1.2 dargestellt wurde, hat Asthma nicht nur Auswirkungen auf die Psyche von Betroffenen, umgekehrt kann sich auch die psychische Verfassung auf das

² In der Schweiz sterben jährlich etwa 250 Menschen an Asthma (Claudia Steurer-Stey, persönliche Mitteilung, 2.3.2007).

Asthma auswirken. Dies kann, wenn psychische Belastung zu den persönlichen Asthma-Auslösern zählt, zu einem Teufelskreis führen.

Der Umgang mit der Krankheit kann sich schwierig gestalten. Von Asthma Betroffene werden angehalten, Asthma-Auslöser möglichst zu meiden. Die geforderten Anpassungen sind individuell verschieden und die dadurch entstehenden Einschränkungen im Alltag sind entsprechend unterschiedlich. Je nach Schweregrad des Asthmas und nach Art der Asthma-Auslöser kann die Krankheit Auswirkungen auf Berufsmöglichkeiten, Wohnort und auf verschiedene körperliche Betätigungen haben.

Aus obigen Ausführungen wird ersichtlich, dass bei Asthma Betroffenen vielfältige Umstände zu Belastung und folglich zu Leidensdruck führen können. Leidensdruck wird im Duden folgendermassen definiert: „[durch eine psychische Störung bewirkte] starke seelische Belastung, unter der jmd. leidet“. Wandruszka (2001) konnte zeigen, dass der Leidensdruck „ganz zentral durch einen Widerstand des betroffenen Subjektes gegen dieses Erleiden, gegen die Bedrängnis, die Not“ bedingt ist. Daraus lässt sich schliessen, dass der Leidensdruck davon abhängig ist, wie stark diese Bedrängnis, bzw. die seelische Belastung empfunden wird. Dies ist sehr individuell.

Büchi (2004, S. 610) betont, dass es wichtig ist, bei der Behandlung von körperlichen Krankheiten neben der Bestimmung von somatischen Parametern auch die individuelle Beeinträchtigung des Patienten zu erfassen. Diese individuelle Beeinträchtigung wird sehr unterschiedlich wahrgenommen und ist wegen der subjektiven Wahrnehmung nicht anhand medizinischer Parameter ersichtlich. Denn zwischen dem Schweregrad der Krankheit und dem subjektiven Leiden besteht häufig kein unmittelbarer Zusammenhang (vgl. Büchi & Buddeberg, 2000, S. 21).

2.2.1 Feststellung des subjektiven Leidensdrucks (PRISM-Distanz)

Es gibt Patienten, denen es schwer fällt, ihre Beschwerden präzise zu beschreiben. Diesen Patienten fällt es noch schwerer, ihren Leidensdruck in Worte zu fassen (vgl. Büchi & Buddeberg, 2000, S. 21). Um den subjektiven Leidensdruck fass- und messbar zu machen, haben Büchi und Sensky 1995 ein Instrument zur Erfassung von subjektivem Leidensdruck bei chronischer Krankheit entwickelt. Das Instrument heisst PRISM, was für Pictorial Representation of Illness and Self Measure steht.

Die visuelle Erfassung des Leidensdrucks mittels PRISM erfolgt, indem Patienten auf einem Rechteck, welches ihr Leben darstellt, und auf welchem das „Ich“ bereits festgehalten ist, ihre „Krankheit“ platzieren. Dadurch wird ersichtlich, welchen Platz die Krankheit momentan in ihrem Leben einnimmt. Der Abstand zwischen dem „Ich“ und der „Krankheit“ wird PRISM-Distanz genannt. Die Anwendung des Untersuchungsinstruments PRISM für die vorliegende Untersuchung wird in Kapitel 3.2 genauer beschrieben.

Büchi und Buddeberg (2000, S. 23) sagen, „dass die PRISM-Distanz ein Mass ist, welches mit kognitiven Faktoren (Beschäftigung mit Krankheit, Kontrollierbarkeit, Attribution von Körpersymptomen) und der Einschätzung von krankheitsbezogenen Belastungen (wie Schmerz oder funktionaler Beeinträchtigung) wie auch mit der eingeschätzten Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress zusammenhängt.“ Weiter bestätigen sie den Einfluss von affektiven Faktoren wie Angst oder Depression auf die Beziehung zur Krankheit (ebd.).

Während eine kleine PRISM-Distanz auf einen grossen subjektiven Leidensdruck hinweist, kann bei einer grossen PRISM-Distanz von einer geringen subjektiven Belastung durch die Krankheit ausgegangen werden. Studien konnten belegen, dass Patienten mit einer kleinen PRISM-Distanz, unabhängig vom objektiven Schweregrad ihrer Erkrankung, besonders belastet und eingeschränkt sind (vgl. Büchi & Buddeberg, 2000, S. 22). Tabelle 4 zeigt Ausschnitte aus Aussagen zweier von Büchi und Buddeberg (ebd.) zitierten Patientinnen mit kleiner bzw. grosser PRISM-Distanz.

Tabelle 4: Beispiele der Aussagen von Patientinnen mit kleiner bzw. grosser PRISM-Distanz (vgl. Büchi & Buddeberg, 2000, S. 22)

| Kleine PRISM-Distanz | Grosse PRISM-Distanz |
|--|--|
| „Ich lege die Krankheit ganz auf mich, weil sie zurzeit der wichtigste Teil meines Lebens ist. Ich bin mir der Krankheit dauernd bewusst.“ | „Ich sehe die Krankheit nicht als Zentrum meines Lebens. Meine Krankheit ist eine Realität, die es zu akzeptieren gilt, die ich aber häufig vergesse. Sie gehört zu mir, ist aber nur ein kleiner Teil meiner Person. Es gibt so viel Wichtigeres für mich als meine Krankheit.“ |

Die Aussagen der beiden Patientinnen veranschaulichen, wie unterschiedlich eine Krankheit wahrgenommen werden kann. Die Berücksichtigung der Tatsache, dass die Patientin mit der kleinen PRISM-Distanz und dem grossen Leidensdruck viel weniger stark von der gleichen Krankheit betroffen ist, als die Patientin mit der stärker fortgeschrittenen Krankheit aber dem geringeren Leidensdruck, unterstreicht die Subjektivität der Wahrnehmung.

„Die Überlappung von Krankheit und Ich kann als Ausdruck einer Einschätzung von Überforderung angesehen werden. Diese Überforderung drückt sich in kognitiven, affektiven und verhaltensmässigen Verarbeitungsproblemen aus“ (vgl. Büchi & Buddeberg, 2000, S. 23).

2.2.2 Studie zu Leidensdruck und PRISM-Distanz

Büchi und Baumann-Hölzle (2005) konnten bei einer Untersuchung mit Patientinnen, welche an einer Autoimmunkrankheit leiden und auch auf ihre „individuelle Stressresistenz“ untersucht wurden, drei Gruppen bilden. In der Gruppe, welche eine kleine Stressresistenz aufwies, erlebten die Patientinnen ihre Krankheit als überwältigend. Sie nahmen ihr Leben als zerstört und zerbrochen wahr und neben dem sehr grossen Leiden lagen auch ausgeprägte psychische Symptome von Angst und Depression vor. Ein gegenteiliges Bild zeigte sich in der Gruppe mit besonders stressresistenten Patientinnen. Sie wiesen nur wenige psychische Symptome auf und verspürten nur einen geringen Leidensdruck. In beiden Gruppen hatte sich das Leben insgesamt kaum verändert.

Interessante Zusammenhänge ergaben sich bei der Gruppe mit Patientinnen, welche eine mittlere Stressresistenz aufwiesen. Bei ihnen nahm die Krankheit einen zentralen Platz im Leben ein und sie wiesen sowohl deutliche psychische Symptome als auch deutliche körperliche Beeinträchtigung auf. Doch berichteten sie auch von sehr positiv erlebten ausgeprägten Reifungs- und Veränderungsprozessen. Weiter schilderten sie von neuen Lebensprioritäten, verbesserter Qualität von persönlichen Beziehungen oder einer neu gefundenen Spiritualität oder ausgelösten religiösen Suche. Aus der gewonnenen Erkenntnis, dass diese Gruppe trotz der Leidenserfahrung ihr Erleben positiv als Reifungsprozess wertet, fordern Büchi und Baumann-Hölzle (ebd.), das Augenmerk vermehrt auf diejenigen Menschen zu richten, welche leidend reifen. Diese Personen geben an, vermehrt auf andere

Personen bezogen zu sein, solidarischer zu leben und ihr Dasein auf neue Weise als sinnvoll zu erfahren.

Nachdem in Kapitel 2.1 die Krankheit Asthma und deren Ursachen und Behandlung dargestellt wurde und in diesem Kapitel 2.2 auf den subjektiven Leidensdruck eingegangen wurde, soll im nächsten Kapitel 2.3 das Zürcher Ressourcen Modell und das daraus resultierende ZRM-Training – die Intervention – vorgestellt werden. Da mit der vorliegenden Arbeit untersucht werden soll, ob mittels eines generellen Selbstmanagementtrainings ZRM die durch das Asthma ausgelöste Belastung reduziert werden kann, sodass sich auch der subjektive Leidensdruck verringert.

2.3 Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)

Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) ist ein auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhendes Selbstmanagement-Training, welches von Maja Storch und Frank Krause entwickelt wurde. Die hier gemachten Ausführungen basieren auf den Büchern „Selbstmanagement – ressourcenorientiert“ (Storch & Krause, 2002) und „Ich packs! – Selbstmanagement für Jugendliche“ (Storch & Riedener, 2005), welche je eine ausführliche und gut verständliche Darstellung der theoretischen Grundlagen des Zürcher Ressourcen Modells vermitteln, als auch ein praktisches Trainingsmanual beinhalten.

Das ZRM-Training ist die praktische Umsetzung der im Zürcher Ressourcen Modell entwickelten theoretischen Annahmen. Im ZRM-Training lernen die Teilnehmenden anhand eines vorgegebenen strukturierten Ablaufs, welchen sie individuell mit ihren persönlichen Inhalten füllen, wie sie aus ihren eigenen Bedürfnissen handlungswirksame Ziele bilden und diese durch die Entwicklung von neuen Handlungsmustern umsetzen können.

2.3.1 Drei Kennzeichen des Zürcher Ressourcen Modells

Integrationsabsichten, Ressourcenorientierung und Transfereffizienz sind drei wichtige Kennzeichen des Zürcher Ressourcenmodells und des ZRM-Trainings (vgl. Storch & Krause, 2002, S. 13ff.).

1. Integrationsabsichten

Die Integrationsabsicht im Zürcher Ressourcen Modell zeigt sich darin, dass verschiedene Ansätze aus psychologischen Theorien, Forschungssträngen und aus der Praxis integriert werden. So fließen ins ZRM-Training Elementen aus Psychoanalyse, systemischen Therapieformen, lösungsorientierten Kurzzeittherapien, Hypnotherapie, Handlungstheorien, Verhaltenstherapie und Psychodrama ein.

Die Trainingsmethode beruht auf neusten neurowissenschaftlichen Erkenntnissen zum menschlichen Lernen und Handeln und bezieht systematisch kognitive, emotionale und physiologische Aspekte mit ein.

2. Ressourcenorientierung

Das Zürcher Ressourcen Modell beruht auf einem ressourcenorientierten Ansatz. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch die meisten Ressourcen, welche er zur Lösung seiner Probleme benötigt, bereits in sich trägt. Der Begriff Ressource wird dabei aus neuronaler Sicht definiert. Unter Ressourcen werden neuronale Erregungsmuster verstanden, die im Hinblick auf die Ziele, welche eine Person im Laufe ihrer Entwicklung verfolgt, unterstützend wirken können. Die Ressourcenorientierung zieht sich konsequent durch das ganze ZRM-Training.

3. Transfereffizienz

Ein weiteres Anliegen des Zürcher Ressourcenmodells ist die Transfereffizienz. Unter Transfer wird die Umsetzung des im Kurs gelernten im privaten oder beruflichen Alltag verstanden. Darum wird im ZRM-Training speziell darauf geachtet, dass die Motivation der Teilnehmenden unterstützt wird, damit der Lern- und Entwicklungsprozess als lustvoll und belohnend erlebt wird und nicht als eine schwierige Aufgabe, die nur mit genügend Disziplin zum Abschluss gebracht werden kann.

Eine wichtige Voraussetzung für die Transfereffizienz ist die Ressourcenverfügbarkeit. So werden im Training systematisch individuelle Ressourcen aufgebaut, welche den Teilnehmenden in ihrem Alltag später zur Verfügung stehen und die ihre Handlungsbereitschaft unterstützen.

Auch die im ZRM-Training praktizierte Expertenunabhängigkeit erleichtert den Transfer. Den Teilnehmenden wird im Training Expertenwissen über psychologische Vorgänge vermittelt welches sie in Kleingruppen festigen indem sie einander

gegenseitig coachen. Sie machen die Erfahrung, dass sie mit dem vermittelten Wissen selbständig ihre eigenen Themen bearbeiten können.

Um die Veränderungsbemühungen der Teilnehmenden zu unterstützen, wird den Ressourcen in der Aussenwelt - dem „social support“ - besondere Beachtung geschenkt. Die Teilnehmenden werden angeleitet, sich die soziale Unterstützung zu suchen, welche sie für ihre Entwicklung benötigen.

Das Zürcher Ressourcen Modell basiert auf den neurowissenschaftlichen Erkenntnissen, dass ein grosser Teil unseres Verhaltens und Handelns von unbewussten Prozessen, den so genannten Automatismen, gesteuert wird. Darum lernen die Teilnehmenden im Training den Umgang mit unerwünschten Automatismen, sodass die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie immer öfter so handeln, wie sie es selbst wirklich wollen. Sie lernen also, wie sie neue Handlungsmuster entwickeln können und trainieren somit ihre Handlungskompetenz.

Am Ende eines ZRM-Trainings haben die Teilnehmenden einerseits ein persönliches wichtiges Thema bearbeitet. Zusätzlich haben sie auch das dafür notwendige Wissen über psychologische Vorgänge erworben, das ihnen dabei hilft, problematische Situationen eigenständig zu analysieren und auch zu bewältigen. So kennen die Teilnehmenden eine in sich abgeschlossene Methode, welche sie auch bei weiteren selbstgesteckten Zielen einsetzen können.

2.3.2 Der Rubikon-Prozess

Das ZRM-Training wird üblicherweise in Gruppen durchgeführt. Es besteht aus fünf aufeinander folgenden Phasen, welche sich an einer Erweiterung des von Heckhausen (1989) und Gollwitzer (1990) entwickelten Rubikon-Modells orientieren. Das erweiterte Prozessmodell unterscheidet zwischen Bedürfnis, Motiv, Intention, präaktionaler Vorbereitung und Handlung (siehe Abbildung 1).

Da der Rubikon-Prozess ein systematisches Vorgehen erlaubt und für den Ablauf des ZRM-Trainings grundlegend ist, wird es im Folgenden kurz erläutert.

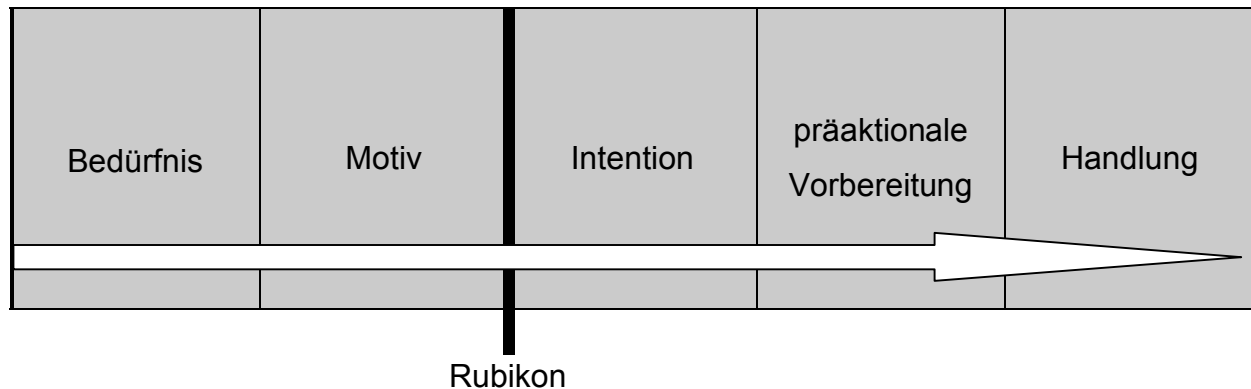


Abbildung 1: Der Rubikon-Prozess (vgl. Storch & Krause, 2002, S. 59)

Der Rubikonprozess ermöglicht einen Überblick über die verschiedenen Reifestadien, welche ein Wunsch durchlaufen muss, bis er in Handlung umgesetzt wird. Er beginnt mit dem **Bedürfnis**. Ein Bedürfnis ist ein unbewusst vorhandener Wunsch oder Antrieb. Wird ein Bedürfnis bewusst gemacht, spricht man vom **Motiv**. Damit aus dem Motiv eine **Intention** gebildet wird, muss der psychologische Rubikon überquert werden. Dafür ist ein starker positiver Affekt erforderlich.

In der Phase nach dem Überqueren des Rubikons besteht ein starker Handlungsdrang und die feste Absicht, das Ziel auch wirklich umzusetzen und zielrealisierend zu handeln. Damit es zu zielrealisierendem Handeln kommt, muss das neue Handeln eingeübt werden. Dafür werden in der Phase der **präaktionalen Vorbereitung** verschiedene zum Ziel passende Ressourcen gesucht und erarbeitet und zukünftige Handlung wird konkret geplant. Die oben erwähnten neuen Automatismen werden gebildet, soziale Ressourcen aus der Aussenwelt werden gesucht, sowie weitere kognitive, emotionale und physiologische Ressourcen ans Ziel angebunden. Dann können die in der präaktionalen Vorbereitung gebildeten Handlungsabsichten in **Handlung** umgesetzt werden.

Wie ein ZRM-Training durchgeführt wird, ist bei Storch und Krause (2002) genau beschrieben. Die im Rahmen dieser Studie durchgeführte Intervention wurde an anderer Stelle bereits ausführlich beschrieben (vgl. Benz & Hobi, 2007).

2.4 Das Zusammenspiel von Asthma und Zürcher Ressourcen Modell

Wie in Kapitel 2.1 erläutert, brauchen Menschen mit Asthma für den guten Umgang mit ihrer Krankheit viel Eigenverantwortung und Selbstdisziplin. Der Umgang mit Asthma hat also viel mit Selbstmanagement zu tun. Da das ZRM-Training ein

Selbstmanagement-Training ist, stellt sich die Frage, welche Auswirkungen der Besuch dieses Trainings bei Asthma-Betroffenen auf den Umgang mit ihrer Krankheit hat.

Es kann angenommen werden, dass bezüglich Verhaltensveränderungen mit dem Zürcher Ressourcen Modell wertvolle Unterstützung geleistet werden kann. Denn im ZRM-Training lernen die Teilnehmenden, wie sie neue Handlungsmuster entwickeln können. Dies ermöglicht ihnen, in zukünftigen schwierigen Situationen das alte, ungewollte Verhalten durch eine neue, gewollte Handlung zu ersetzen. Im Fall von Asthma-Betroffenen würde dies bedeuten, dass sie nach dem Training in der Lage sind, ihre neu erworbenen Handlungskompetenzen gezielt zur Förderung von asthmaverhinderndem bzw. gesundheitsförderndem Verhalten einzusetzen. Das heisst, dass sie alte, asthmabegünstigende Handlungsmuster immer häufiger durch erwünschtes, asthmaverhinderndes bzw. gesundheitsförderndes Handeln ersetzen werden.

2.5 Fragestellung

Die Wirksamkeit des ZRM-Trainings auf die Selbststeuerungskompetenzen und die Selbstwirksamkeitserwartung von Menschen mit Asthma wird in der Lizentiatsarbeit von Benz und Hobi (2007) untersucht und dargelegt. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll ergänzend dazu die Wirkung des ZRM-Trainings auf den subjektiven Leidensdruck untersucht werden.

Dabei interessiert, ob durch das im ZRM-Training Gelernte besser mit der Krankheit umgegangen werden kann und sich dadurch der subjektive Leidensdruck über den Untersuchungszeitraum verringert.

Da angenommen wird, dass durch das ZRM-Training (Lebens-)Einstellungen nachhaltig verändert werden, stellt sich die Frage, ob damit auch die Einstellung zur Asthma-Erkrankung verändert wird. Ist dies der Fall, sollte durch diese Einstellungsveränderung auch der Umgang mit der eigenen Krankheit geprägt werden, was zur Reduktion von Symptomen und somit zu einem geringeren Leidensdruck führen könnte.

Es wird davon ausgegangen, dass die Teilnehmenden im ZRM-Training lernen, wie sie mit belastenden Situationen umgehen können. Sie lernen, wie Stress abgebaut werden kann und sie sich bei aufsteigenden Emotionen wieder beruhigen können.

Da auch psychische Faktoren Asthma-Auslöser sein können (siehe Kapitel 2.1.2), liegt die Annahme nahe, dass durch den besseren Umgang mit psychischen Belastungen allfällige stressbedingte Asthma-Auslöser nicht mehr vorhanden oder zumindest weniger relevant sind, was zu einer Minderung des Leidensdrucks führen könnte.

Es konnte nachgewiesen werden, dass durch das ZRM-Training gewisse Selbststeuerungskompetenzen der Teilnehmenden gestärkt wurden (vgl. Benz & Hobi, 2007). Sollte diese Verbesserung der Selbstregulation auch Auswirkungen auf den Umgang mit der Krankheit haben, könnte diese durch die bessere Bewältigung zu einer geringeren Belastung werden.

Aufgrund dieser Überlegungen darf vermutet werden, dass das ZRM-Training den Umgang mit dem Asthma verbessert, was die individuelle Belastung durch die Krankheit vermindern und somit zu einer Reduzierung des subjektiven Leidensdrucks führen sollte. Daraus ergibt sich folgende Hypothese:

| |
|---|
| Der durch das Asthma bedingte subjektive Leidensdruck der Treatmentgruppe verkleinert sich von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 stärker der subjektive Leidensdruck der Kontrollgruppe. |
|---|

3 Methode

Da sich die vorliegende Arbeit mit dem subjektiven Leidensdruck, einem Aspekt des pädagogisch-psychologischen Teils der interdisziplinären Wirksamkeitsstudie „Asthma & ZRM“ befasst, wird in diesem Teil nur das Untersuchungsinstrument PRISM beschrieben. Genauere Angaben – über das Studiendesign, die Vorbereitungen der Studie, die Rekrutierung der Teilnehmenden, weitere verwendete Untersuchungsinstrumente, etc. – sind in der Lizentiatsarbeit von Benz und Hobi (2007, S. 127ff.) ausgeführt.

3.1 Stichprobe

Es wird eine kontrolliert randomisierte Studie durchgeführt. Die 59 Versuchspersonen, welche von chronischem Asthma betroffen sind, werden einer Treatment- und einer Kontrollgruppe eingeteilt. Die Treatmentgruppe unterscheidet sich von der Kontrollgruppe, indem sie ein ZRM-Training erhält. Das Randomisierungskriterium für die Zuteilung in die Kontroll- resp. Treatmentgruppe ist der medizinisch relevante Faktor „Asthmadauer“.

3.2 Untersuchungsinstrument

Mit dem Untersuchungsinstrument PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) wird der subjektive Leidensdruck von Krankheit erfasst (vgl. Büchi & Sensky, 1999). Die Erfassung geschieht visuell, indem die Versuchsperson auf einem Rechteck, welches das Leben darstellt, ein Kreuz für ihre Krankheit in Distanz zum vorgegebenen „Ich“ einzeichnet (siehe Abbildung 2). Die Distanz zwischen dem Zentrum des „Ich“ und dem „Krankheitskreuz“ wird PRISM-Distanz genannt. Die PRISM-Distanz wird gemessen und ist das quantitative Mass dieses Tests.

Da ein deutlicher Zusammenhang zwischen kleinerer PRISM-Distanz und grösserem Leiden in einer bis ins Jahr 2005 durchgeführten Studie mit über 2500 Patienten aufgezeigt werden konnte (vgl. Büchi & Baumann-Hölzle, 2005), kann gesagt werden, dass je kleinerer die PRISM-Distanz, desto grösser die individuelle Belastung ist. Die Spannweite der möglichen Werte in der hier verwendeten Version beträgt 0 – 165mm.

Bis ins Jahr 2000 wurde das Instrument PRISM bei zwölf verschiedenen körperlichen und psychischen Krankheiten bei rund 1500 Patienten eingesetzt, wobei mehr als 95% aller Probanden den Test ohne Probleme durchführen konnten (vgl. Büchi & Buddeberg, 2000, S. 22). PRSM ist als krankheitsunspezifisches Messinstrument zur Erfassung von Leidensdruck empirisch validiert.

Abbildung 2 zeigt das Testblatt PRISM inklusive Anweisungen, so wie es den Teilnehmenden abgegeben wird.

PRISM**Asthma & ZRM**

Wir möchten nun mit einem visuellen Test besser verstehen, was für einen Platz Ihr Asthma zur Zeit in Ihrem Leben einnimmt.

Erklärung:

Das unten gezeichnete Rechteck steht für Ihr Leben, der Kreis in der rechten unteren Ecke stellt Sie selbst in ihrem Leben dar.

Bitte malen Sie ein Kreuz (X), mit dem Sie angeben, welchen Platz Ihr Asthma zur Zeit in Ihrem Leben einnimmt.

Wenn Ihr Asthma einen **sehr grossen Raum** einnimmt, ist das Kreuz **sehr nahe** bei Ihrem Ich zu malen; falls Sie das Kreuz **weiter weg** von ihrem Ich platzieren, bedeutet dies, dass Ihr Asthma einen **weniger grossen Raum** einnimmt.

Bitte zeichnen Sie nun unten das Kreuz (Asthma) ein.

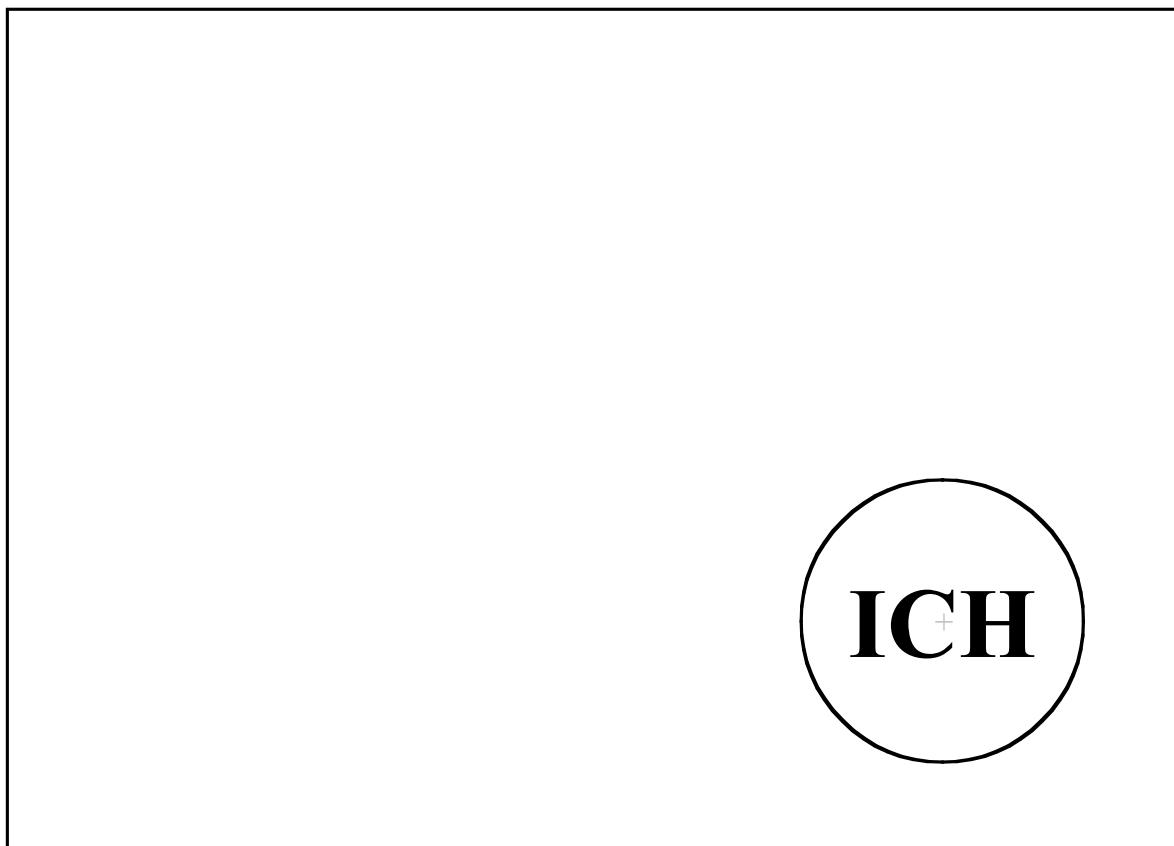


Abbildung 2: Testblatt PRISM

3.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung findet im Rahmen der interdisziplinären Wirksamkeitsstudie „Asthma & ZRM“ vom Universitätsspital Zürich und dem Pädagogischen Institut der Universität Zürich statt. Die Teilnehmenden füllen zu vier Erhebungszeitpunkten in einem grossen Hörsaal des Universitätsspitals verschiedene Fragebogen aus. Wenn jemand verhindert ist, können die Fragebogen zu Hause ausgefüllt und per Post retourniert werden. Das PRISM-Testblatt (siehe Abbildung 2) wird zu Zeitpunkt 1 (vor dem ZRM-Training) und drei Monate später, zu Zeitpunkt 4 (nach Abschluss des ZRM-Trainings), den restlichen Fragebogen beigelegt.

3.4 Datenauswertung

Die Daten werden quantitativ mit dem SPSS-Programm Version 11 ausgewertet. Dabei werden unterschiedliche statistische Testverfahren verwendet.

Als erstes soll geprüft werden, ob die Variable normalverteilt und homogen ist. Für die Überprüfung der Normalverteilung wird der Kolmogorov-Smirnov-Test verwendet. Das dafür vorausgesetzte stetige, metrische Skalenniveau der zu prüfenden Variablen ist hier gegeben. Die Homogenität wird mit dem Levene-Test geprüft.

Die Hypothese wird mittels der Varianzanalyse mit Messwiederholung geprüft. Wegen der relativ kleinen Stichprobe wird zusätzlich zur Varianzanalyse untersucht, ob es zu einem Effekt innerhalb der Gruppen gekommen ist. Dafür wird für Kontroll- und Treatmentgruppe einzeln ein gepaarter T-Test zwischen Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 4 gerechnet.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden als Erstes die Kontroll- und die Treatmentgruppe zu Zeitpunkt 1 miteinander verglichen. Anschliessend wird dargestellt, wie sich die beiden Gruppen über den Untersuchungszeitraum verändert haben.

4.1 Stichprobenbeschreibung

Zuerst soll die Stichprobe zu Zeitpunkt 1 beschrieben werden. Dies einerseits anhand allgemeiner Kriterien wie dem Alter und dem Geschlecht. Andererseits soll auch die PRISM-Distanz zu Zeitpunkt 1 betrachtet werden.

4.1.1 Allgemein

Die Untersuchungsstichprobe umfasst insgesamt 59 Personen. Davon sind 29 Personen der Kontrollgruppe und 30 Personen der Treatmentgruppe zugeteilt.

Von den 59 untersuchten Personen sind 34 Frauen (58%) und 25 Männer (42%). Die Treatmentgruppe setzt sich aus 19 Frauen (63%) und 11 Männern (37%) zusammen während 15 Frauen (52%) und 14 Männern (48%) die Kontrollgruppe bilden. Betreffend Geschlecht unterscheiden sich Treatment- und Kontrollgruppe nicht voneinander (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung nach Geschlecht

| | Gruppe | N | Häufigkeit | Statistisches Ergebnis |
|-------------------|-----------|----|----------------------------|--|
| Geschlecht | Kontroll | 29 | Frauen = 15 Männer = 14 | Chi ² ₍₁₎ = .814 p = .367 |
| | Treatment | 30 | Frauen = 19 Männer = 11 | |

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe beträgt zum Zeitpunkt der ersten Erhebung 37.85 Jahre. Die Personen der Kontrollgruppe waren zu diesem Zeitpunkt durchschnittlich 33.45 Jahre alt. Bei der Treatmentgruppe beträgt das Durchschnittsalter 42.10 Jahre. Betreffend dem Alter unterscheiden sich Treatment- und Kontrollgruppe signifikant (p = .020) voneinander (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung nach Alter

| | Gruppe | N | Mean | Median | SD | Spannweite (Minimum- Maximum) | Statistisches Ergebnis |
|--------------|-----------|----|-------|--------|-------|-------------------------------------|---------------------------|
| Alter | Kontroll | 29 | 33.45 | 34.00 | 10.06 | 20 - 56 | U=281.5 p=.020 |
| | Treatment | 30 | 42.10 | 42.50 | 14.81 | 17 - 71 | |

4.1.2 PRISM

Die Variable PRISM, welche die PRISM-Distanz in mm angibt, ist in der Stichprobe normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov: $p=.200$) und homogen (Levene: $p=.001$). Zu Zeitpunkt 1 unterscheiden sich Kontroll- und Treatmentgruppe nicht signifikant ($p=.147$) voneinander (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: PRISM-Distanz zu Zeitpunkt 1: T-Test

| | Gruppe | N | Mean | SD | Spannweite (Minimum- Maximum) | Kolmogorov- Smirnov | Levene | Statistisches Ergebnis |
|-----------------|-----------|----|-------|-------|-------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|
| PRISM t1 | Kontroll | 29 | 83.59 | 40.08 | 9 - 152 | $p = .200$ (df=59) | F = .630 $p = .340$ | $t_{(57)}=1.470$ $p = .147$ |
| | Treatment | 30 | 69.23 | 34.81 | 14 - 137 | | | |

Die Verteilung und die Spannweite der PRISM-Distanz zu Zeitpunkt 1 sind in Abbildung 3 ersichtlich.

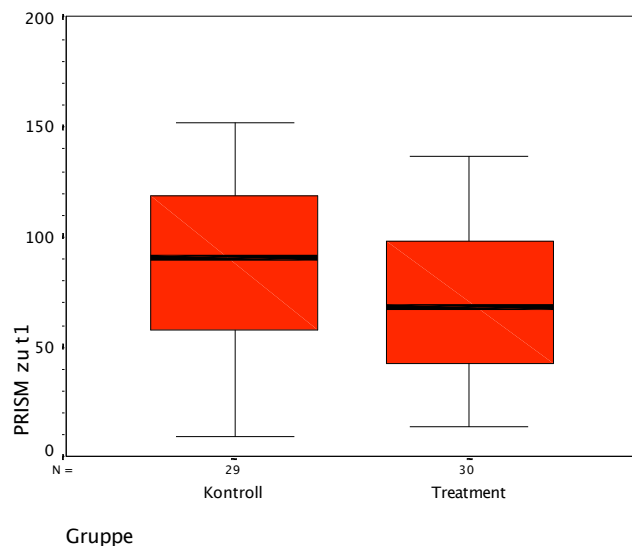


Abbildung 3: PRISM-Distanz: Spannweite und Verteilung zu t1

4.2 Wirksamkeitsmessung

In diesem Kapitel soll verglichen werden, ob sich die Kontroll- und die Treatmentgruppe über den Untersuchungszeitraum unterschiedlich verändert haben.

4.2.1 Ganze Stichprobe

Die Mittelwerte der Variable PRISM steigen sowohl bei der Kontroll- als auch bei der Treatmentgruppe von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 leicht an. Die Treatmentgruppe bewegt sich dabei auf einem etwas tieferem Niveau als die Kontrollgruppe (vgl. Abbildung 4). Die genauen Angaben zu beiden Zeitpunkten sind Tabelle 8 zu entnehmen.

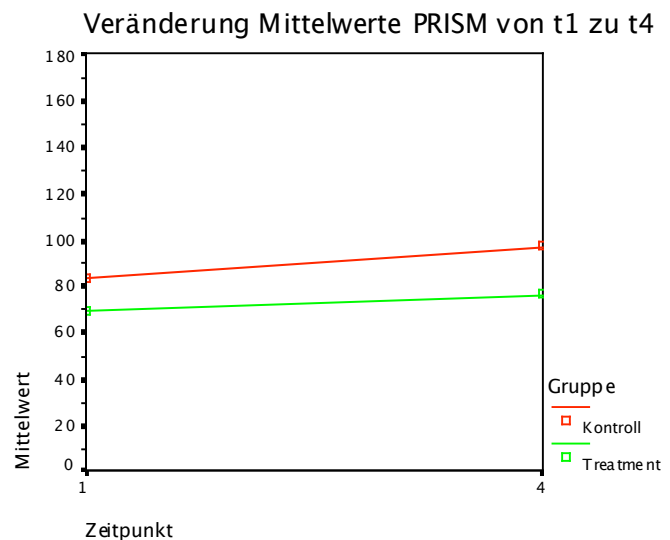


Abbildung 4: Veränderung der Mittelwerte von t1 zu t4

Tabelle 8: PRISM-Distanz zu Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 4

| Gruppe | N | PRISM zu t1 | | | PRISM zu t4 | | |
|-----------|----|-------------|-------|--------------------------------|-------------|-------|--------------------------------|
| | | Mean | SD | Spannweite (Minimum - Maximum) | Mean | SD | Spannweite (Minimum - Maximum) |
| Kontroll | 29 | 83.59 | 40.08 | 9 - 152 | 97.24 | 41.82 | 24 - 160 |
| Treatment | 30 | 69.23 | 34.81 | 14 - 137 | 76.23 | 45.51 | 0 - 156 |

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt, dass weder der Haupteffekt Zeit ($p=.068$) noch der Haupteffekt Gruppe ($p=.055$) signifikant sind. Auch die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe ($p=.552$) ergibt keinen signifikanten Wert. Aus dem gepaarten T-Test gehen ebenfalls keine Signifikanzen (Kontroll: $p=.085$; Treatment: $p=.393$) hervor (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: PRISM-Distanz: gepaarter t-Test und Varianzanalyse

| | Gruppe | N | Gepaarter T-Test nach Gruppe | Haupteffekt Zeit | Haupteffekt Gruppe | Interaktionseffekt Zeit * Gruppe |
|-------|-----------|----|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| PRISM | Kontroll | 29 | $t_{(28)} = -1.788$ $p = .085$ | $F_{(1,57)} = 3.450$ $p = .068$ | $F_{(1,57)} = 3.830$ $p = .055$ | $F_{(1,57)} = .358$ $p = .552$ |
| | Treatment | 30 | $t_{(29)} = -.868$ $p = .393$ | | | |

Das Verhältnis der Personen, welche zu Zeitpunkt 4 einen niedrigeren Mittelwert bzw. einen höheren Mittelwert haben als zu Zeitpunkt 1 ist in der Kontroll- und Treatmentgruppe etwa gleich. Bei jeweils ca. einem Drittel der Personen hat sich über den Untersuchungszeitraum das Asthma-Kreuz dem „Ich“ genähert, während sich bei ca. zwei Dritteln die PRISM-Distanz von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 vergrösserte (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Kreuztabelle Veränderung PRISM-Distanz von t1 zu t4

| Gruppe | PRISM zu t4 < PRISM zu t1 | PRISM zu t4 > PRISM zu t1 | PRISM zu t4 = PRISM zu t1 | Total |
|-----------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------|
| Kontroll | 10 | 19 | 0 | 29 |
| Treatment | 11 | 18 | 1 | 30 |
| Total | 21 | 37 | 1 | 59 |

4.2.2 Nach Geschlecht

Bei der Betrachtung der PRISM-Distanz nach Geschlecht zeigt sich, dass sich die PRISM-Distanz bei sechs Männern und vier Frauen der Kontrollgruppe über den Untersuchungszeitraum verkleinert, während sich die PRISM-Distanz bei acht Männern und elf Frauen der Kontrollgruppe vergrössert.

In der Treatmentgruppe hat sich bei jeweils fünf Männern die PRISM-Distanz von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 vergrössert bzw. verringert. Bei einem Mann ist der Wert zu beiden Zeitpunkten gleich gross. Bei sechs Frauen der Treatmentgruppe hat sich die PRISM-Distanz über den Untersuchungszeitraum verkleinert, während sie sich bei dreizehn Frauen der Treatmentgruppe vergrössert hat (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Kreuztabelle Veränderung PRISM-Distanz von t1 zu t4 nach Geschlecht

| Gruppe | | PRISM zu t4 | PRISM zu t4 | PRISM zu t1 |
|-----------|--------|------------------|------------------|------------------|
| | | < PRISM zu t1 | > PRISM zu t1 | = PRISM zu t4 |
| Kontroll | Männer | 6 | 8 | 0 |
| | Frauen | 4 | 11 | 0 |
| | Total | 10 | 19 | 0 |
| Treatment | Männer | 5 | 5 | 1 |
| | Frauen | 6 | 13 | 0 |
| | Total | 11 | 18 | 1 |

Es zeigt sich (siehe Abbildung 5 und Tabelle 12), dass die Mittelwerte der PRISM-Distanz der Frauen beider Gruppen parallel und näher beieinander verlaufen als diejenigen der Männer. Bei den Männern der Treatmentgruppe sinkt der Mittelwert von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 leicht, während er bei den anderen Gruppen über den Untersuchungszeitraum etwas ansteigt.

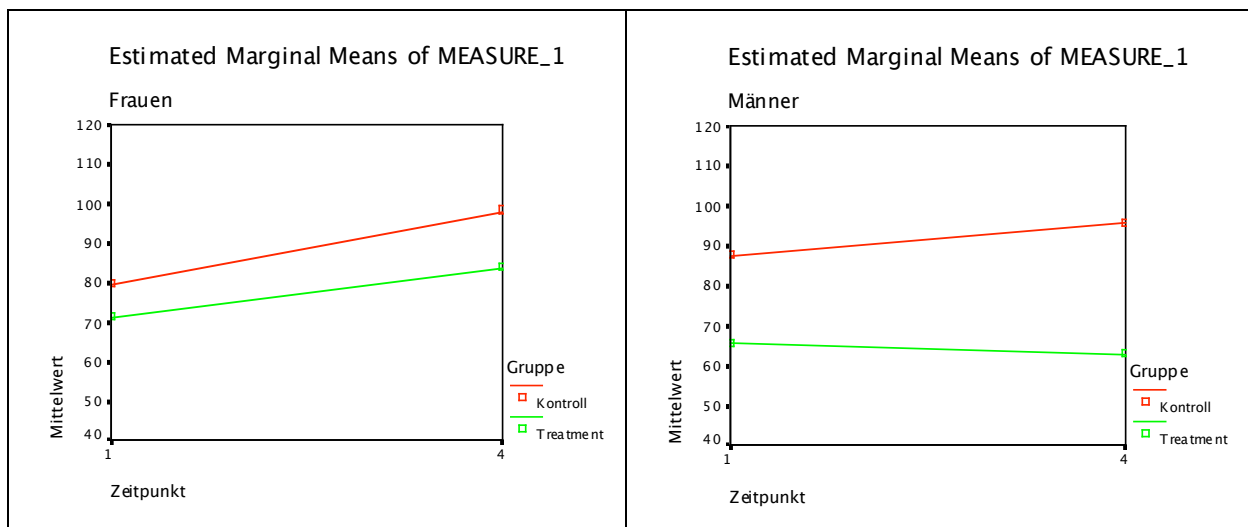


Abbildung 5: Veränderung PRISM-Distanz von t1 zu t4 nach Geschlecht

Bei der statistischen Überprüfung der PRISM-Distanz nach Geschlecht stellt sich heraus, dass es auch bezüglich Geschlecht keine signifikanten Unterschiede gibt (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: T-Test zu t4 zwischen Kontroll- und Treatmentgruppe nach Geschlecht

| | Gruppe | | N | t1 | | t4 | | T-Test zu t4 |
|-------|--------|-----------|----|-------|-------|-------|-------|--------------------------------------|
| | | | | Mean | SD | Mean | SD | |
| PRISM | Frauen | Kontroll | 15 | 79.67 | 42.91 | 98.33 | 40.11 | $t_{(31.363)} = .998$ $p = .326$ |
| | | Treatment | 19 | 71.21 | 37.68 | 83.84 | 44.40 | |
| | | Total | 34 | 74.94 | 39.67 | | | |
| | Männer | Kontroll | 14 | 87.79 | 37.91 | 96.07 | 45.08 | $t_{(21.302)} = 1.785$ $p = .089$ |
| | | Treatment | 11 | 65.82 | 30.61 | 63.09 | 46.46 | |
| | | Total | 25 | 78.12 | 36.98 | | | |

4.2.3 Median-Split

Der Median der Variable PRISM liegt zu Zeitpunkt 1 bei 80mm. Darum wird ein Median-Split bei 80 durchgeführt.

Tabelle 13: Kreuztabelle PRISM Median-Split zu t1 * PRISM Median-Split zu t4

| Gruppe | | ≤ Median zu t4 | > Median zu t4 | Total |
|-----------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Kontroll | ≤ Median zu t1 | 6 | 6 | 12 |
| | > Median zu t1 | 4 | 13 | 17 |
| | Total | 10 | 19 | 29 |
| Treatment | ≤ Median zu t1 | 14 | 4 | 18 |
| | > Median zu t1 | 4 | 8 | 12 |
| | Total | 18 | 12 | 30 |

In Tabelle 13 ist ersichtlich, dass in der Kontrollgruppe sechs Personen sowohl zu Zeitpunkt 1 als auch zu Zeitpunkt 4 eine PRISM-Distanz kleiner gleich dem Median haben, während dreizehn Personen zu beiden Zeitpunkten eine PRISM-Distanz grösser als der Median aufweisen. Sechs der zwölf Personen, deren Wert zu Zeitpunkt 1 unter dem Median liegt, haben zu Zeitpunkt 4 eine PRISM-Distanz oberhalb des Medians, während vier der siebzehn Personen, welche zu Zeitpunkt 1 einen Wert über dem Median haben zu Zeitpunkt 4 einen Wert kleiner als 80mm aufzeigen.

Ein etwas anderes Verhältnis der Verteilung zeigt sich in der Treatmentgruppe: Während vierzehn Personen zu beiden Zeitpunkten einen Wert unter dem Median haben, gibt es acht Personen, welche sowohl zu Zeitpunkt 1 als auch zu Zeitpunkt 4 einen Wert oberhalb des Medians haben. Je vier Personen haben sich von einem Wert unterhalb des Medians zu einem oberhalb des Medians verändert bzw. umgekehrt.

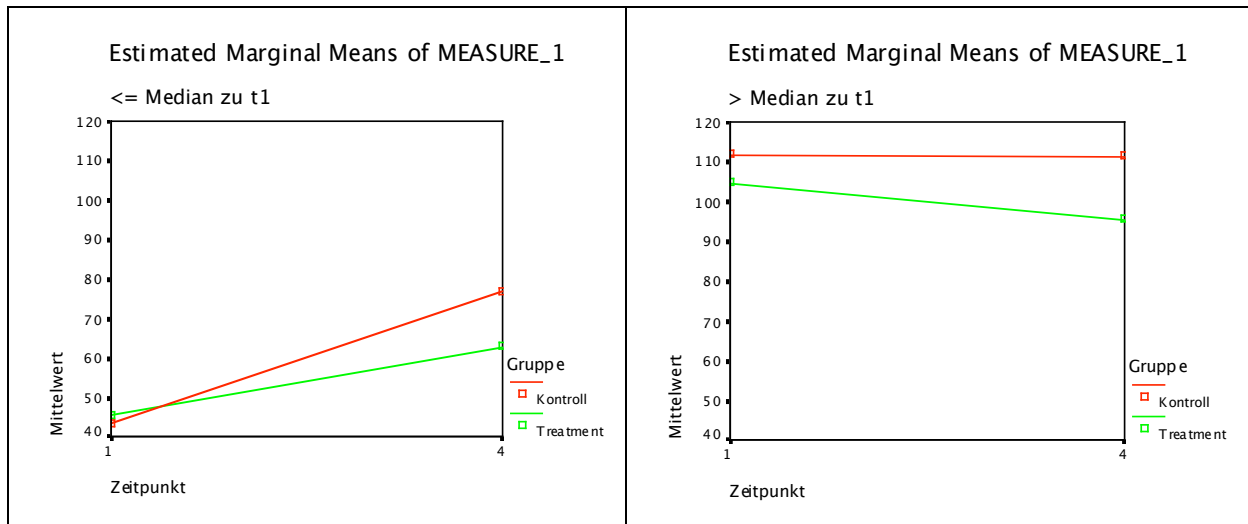


Abbildung 6: Veränderung PRISM-Distanz von t1 zu t4 für diejenigen unter bzw. über dem Median zu t1

Der Mittelwert derjenigen Personen, welche zu Zeitpunkt 1 einen Wert kleiner gleich dem Median hatten, ist über den Untersuchungszeitraum bei der Kontroll- und bei der Treatmentgruppe leicht angestiegen (siehe Abbildung 6, linke Seite). Während bei denjenigen Personen, deren Wert zu Zeitpunkt 1 über dem Median lag, der Mittelwert der Personen der Kontrollgruppe unverändert bleibt, sinkt der derjenigen der Personen der Treatmentgruppe etwas (siehe Abbildung 6, rechte Seite).

Tabelle 14: T-Test zu t4 zwischen Kontroll- und Treatmentgruppe nach dem Median-Split

| | Gruppe | | N | t1 | | t4 | | T-Test zu t4 |
|-------|----------------|-----------|----|--------|-------|--------|-------|--------------------------------------|
| | | | | Mean | SD | Mean | SD | |
| PRISM | ≤ Median zu t1 | Kontroll | 12 | 43.58 | 23.93 | 77.00 | 35.98 | $t_{(24,747)} = 1.006$ $p = .324$ |
| | | Treatment | 18 | 45.61 | 19.27 | 63.17 | 38.28 | |
| | | Total | 30 | 44.80 | 20.88 | | | |
| | > Median zu t1 | Kontroll | 17 | 111.82 | 19.24 | 111.53 | 40.59 | $t_{(20,559)} = .899$ $p = .379$ |
| | | Treatment | 12 | 104.67 | 18.36 | 95.83 | 49.99 | |
| | | Total | 29 | 108.86 | 18.89 | | | |

Beim T-Test zwischen Kontroll- und Treatmentgruppe zu Zeitpunkt 4 sind auch nach dem Median-Split keine Signifikanzen ersichtlich, welche auf das ZRM-Training zurückzuführen wären (siehe Tabelle 14).

4.2.4 Extremgruppen

In einem nächsten Schritt sollen Extremgruppen miteinander verglichen werden. Als Grenzwert wird der Wert 50 mm genommen. Es werden die folgenden Extremgruppen gebildet: Alle Personen, welche zu Zeitpunkt 1 eine PRISM-Distanz von ≤ 50 mm aufweisen bilden die eine Gruppe und diejenigen Personen, welche zu Zeitpunkt 1 eine PRISM-Distanz von ≥ 115 mm einzeichneten, bilden die andere Gruppe³.

So ergibt sich zu Zeitpunkt 1 eine Verteilung, bei welcher 29 Personen einer der beiden Extremgruppen angehören – 16 Personen mit einer PRISM-Distanz ≤ 50 mm und 13 Personen mit einer PRISM-Distanz ≥ 115 mm – und 30 Personen einen Wert dazwischen aufweisen (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Kreuztabelle Verteilung auf die Extremgruppen zu t1

| Gruppe | PRISM ≤ 50 mm | dazwischen | PRISM ≥ 115 mm | Total |
|-----------|--------------------|------------|---------------------|-------|
| Kontroll | 6 | 14 | 9 | 29 |
| Treatment | 10 | 16 | 4 | 30 |
| Total | 16 | 30 | 13 | 59 |

In Tabelle 16 sind die Veränderungen innerhalb der Extremgruppen von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 dargestellt. Der Vollständigkeit halber sind auch diejenigen Personen angegeben, deren Werte zwischen 50 mm und 115 mm liegen (in grauer Farbe).

Tabelle 16: Kreuztabelle Veränderung der Extremgruppen von t1 zu t4

| Gruppe | | zu t4 ≤ 50 mm | zu t4 dazwischen | zu t4 ≥ 115 mm | Total |
|-----------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------|-------|
| Kontroll | zu t1 ≤ 50 mm | 2 | 3 | 1 | 3 6 |
| | zu t1 dazwischen | 5 | 9 | 3 | 14 |
| | zu t1 ≥ 115 mm | 1 | 1 | 7 | 8 9 |
| | Total | 3 5 | 13 | 8 11 | 11 29 |
| Treatment | zu t1 ≤ 50 mm | 5 | 2 | 3 | 8 10 |
| | zu t1 dazwischen | 5 | 8 | 3 | 16 |
| | zu t1 ≥ 115 mm | 0 | 1 | 3 | 3 4 |
| | Total | 5 10 | 11 | 6 9 | 11 30 |

Aus Tabelle 16 geht hervor, dass in der Kontrollgruppe zwei Personen sowohl zu Zeitpunkt 1 als auch zu Zeitpunkt 4 eine PRISM-Distanz von ≤ 50 mm aufweisen, während sieben Personen zu beiden Zeitpunkten eine PRISM-Distanz von ≥ 115 mm

³ Für die Gruppe „extrem grosse PRISM-Distanz“ werden vom Maximalwert, der 165 mm beträgt, 50 mm abgezogen, was den Grenzwert von 115 mm ergibt.

haben. In der Treatmentgruppe weisen fünf Personen zu beiden Zeitpunkten eine PRISM-Distanz von ≤ 50 mm auf, während drei Personen sowohl zu Zeitpunkt 1 als auch zu Zeitpunkt 4 eine PRISM-Distanz von ≥ 115 mm haben.

Besonders interessieren diejenigen Personen, bei welchen sich die PRISM-Distanz über den Untersuchungszeitraum verändert hat: Bei je einer Person der Kontrollgruppe hat sich die PRISM-Distanz von einem sehr niedrigen zu einem sehr hohen Wert verändert bzw. umgekehrt. In der Treatmentgruppe hat es drei Personen, bei welchen sich die PRISM-Distanz über den Untersuchungszeitraum von einem sehr niedrigen zu einem sehr hohen Wert verändert hat, während sich umgekehrt niemand von einem sehr hohen zu einem sehr niedrigen Wert verändert hat.

Bei der Betrachtung der Mittelwerte der Extremgruppen kann festgestellt werden, dass bei denjenigen Personen, welche zu Zeitpunkt 1 einen Wert kleiner gleich 50 mm hatten, der Mittelwert über den Untersuchungszeitraum bei der Kontroll- und bei der Treatmentgruppe angestiegen ist, bei der Kontrollgruppe etwas stärker (siehe Tabelle 17 und linke Seite der Abbildung 7). Bei denjenigen Personen, welche zu Zeitpunkt 1 eine PRISM-Distanz grösser gleich 115 mm hatten, sank der Mittelwert beider Gruppen von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 leicht ab (siehe Tabelle 17 und rechte Seite der Abbildung 7).

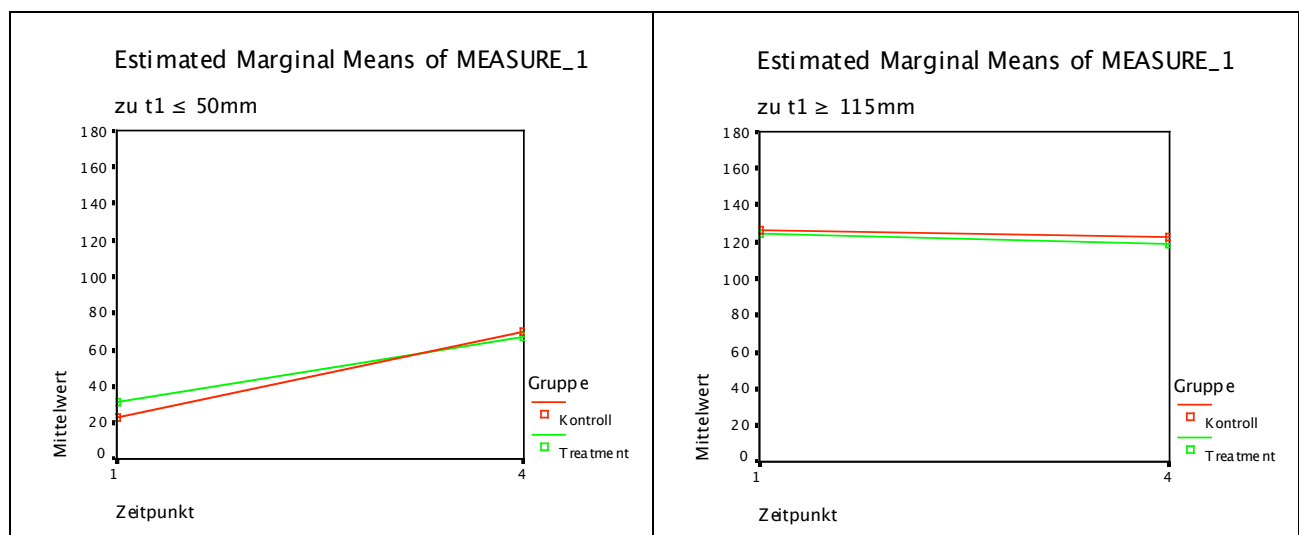


Abbildung 7: Veränderung PRISM-Distanz von t1 zu t4 für die Extremgruppen

Wird für beide Extremgruppen ein T-Test zu Zeitpunkt 4 durchgeführt, zeigt sich, dass sich weder für die Gruppe mit einer kleinen, noch für die Gruppe mit einer sehr

grossen PRISM-Distanz zu Zeitpunkt 1 signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Treatmentgruppe ergeben (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: T-Test zu t4 zwischen Kontroll- und Treatmentgruppe nach Extremgruppen

| | Gruppe | | N | t1 | | t4 | | T-Test zu t4 |
|--------------|---------------|-----------|----|--------|-------|--------|-------|--------------------------------------|
| | | | | Mean | SD | Mean | SD | |
| PRISM | zu t1 ≤ 50mm | Kontroll | 6 | 23.00 | 13.01 | 70.00 | 38.82 | t ₍₁₄₎ = .139 p = .892 |
| | | Treatment | 10 | 31.50 | 11.17 | 66.90 | 45.65 | |
| | | Total | 16 | 28.31 | 12.22 | | | |
| | zu t1 ≥ 115mm | Kontroll | 9 | 126.89 | 11.19 | 123.00 | 38.92 | t ₍₁₁₎ = .176 p = .864 |
| | | Treatment | 4 | 125.00 | 9.49 | 119.25 | 23.99 | |
| | | Total | 13 | 126.31 | 10.33 | | | |

5 Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

In diesem Kapitel werden die Resultate aus dem Ergebnisteil diskutiert und mit dem Theorieteil in Beziehung gesetzt. Nach dem Überprüfen der Hypothese aufgrund der Wirksamkeitsmessung werden Erklärungen gesucht. Zuletzt wird auf das methodische Vorgehen eingegangen und anschliessend werden Überlegungen zu möglichen Verbesserungen gemacht.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Anhand des Messinstruments PRISM sollte folgende Hypothese überprüft werden:

Der durch das Asthma bedingte subjektive Leidensdruck der Treatmentgruppe verkleinert sich von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 stärker der subjektive Leidensdruck der Kontrollgruppe.

Die Hypothese kann nicht angenommen werden. Unabhängig davon, ob die gesamte Stichprobe betrachtet wird, getrennt nach Geschlecht, ein Median-Split vorgenommen wird oder Extremgruppen gebildet werden, kann bei der Treatmentgruppe von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 keine signifikante Verkleinerung des Leidensdrucks im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden.

Während bei den meisten Betrachtungsarten die Werte aller Gruppen parallel verlaufen, lässt sich bloss bei der Betrachtung nach Geschlecht feststellen, dass der Mittelwert der Männer der Treatmentgruppe als einziger von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 nicht ansteigt (siehe Abbildung 5). So zeigt sich dann beim T-Test ($p = .089$) zwischen den Männern zu Zeitpunkt 4 ein leichter Trend (siehe Tabelle 12). Insgesamt kann weder bei der Treatment- noch bei der Kontrollgruppe noch bei einer Sub- oder Extremgruppe eine signifikante Veränderung des subjektiven Leidensdrucks aufgezeigt werden. Weitere Tendenzen sind keine feststellbar, die Ergebnisse sind nur schwer interpretierbar.

Die nicht erwartungskonformen Resultate aus dem Ergebnisteil und das dementsprechende Verwerfen der Hypothese werfen Fragen auf. Bedeutet die Tatsache, dass sich der subjektive Leidensdruck der Treatmentgruppe durch das ZRM-Training nicht verringert hat, dass keine Auswirkungen auf das Asthma erzielt

wurden? Dass das im Training Gelernte keinen Einfluss auf den (besseren) Umgang mit der Krankheit hat?

Der Schluss liegt nahe, dass sich die durch das ZRM-Training veränderten Einstellungen auf andere Lebensbereiche auswirken⁴ und den Aspekt des Asthmas nicht berücksichtigen und darum der Umgang mit der Krankheit unverändert bleibt was entsprechend auch nicht zu einer Verringerung des Leidensdrucks führt. Doch widerspricht diese Folgerung einerseits der subjektiven Beobachtung der ZRM-Trainerinnen als auch einigen konkreten Rückmeldungen einzelner Teilnehmenden, die explizit darauf hinweisen, dass ihr ZRM-Ziel einen Zusammenhang mit dem Asthma hat.

Von den Trainerinnen wurde bemerkt, dass auffallend viele Embodiments⁵ durch die Atmung, die Aufrichtung des Oberkörpers oder eine Öffnung des Brustkorbes geprägt waren. Eine Teilnehmerin beschreibt das so: „Ein wichtiger Teil meines Embodiments ist das Aufrichten, dann das Kreisen meiner Schultern – zuerst nach oben und dann nach hinten – und damit öffnet sich mein Brustkorb und ich atme aus!“ Ein anderer Teilnehmer berichtete, dass sein Embodiment, welches seinen Brustkasten öffnet, genau seinen typischen Asthmasymptomen – dem Engegefühl in der Brust und der flachen Atmung – entgegenwirkt.

Demzufolge muss die Frage gestellt werden, ob das ZRM-Ziel zwar einen Zusammenhang mit dem Asthma hat, jedoch nicht zu einer veränderten Einstellung der Krankheit gegenüber führt, oder ob sich die Einstellung zum Asthma verändert, der Leidensdruck jedoch nicht sinkt. Diese Fragen können anhand der vorliegenden Daten nicht geklärt werden.

Es könnte sein, dass die Teilnehmenden der Treatmentgruppe zwar einen eindeutigen Zusammenhang des im ZRM-Training entwickelten Haltungsziels mit ihrem Asthma sehen, den Schwerpunkt der Verhaltensveränderungen jedoch zuerst

⁴ Dass das Training Auswirkungen auf die Einstellung hat, konnte mittels der Resultate des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (vgl. Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), welcher die subjektiv wahrgenommene Veränderung im Erleben und Verhalten über einen definierten Beobachtungszeitraum hinweg erfasst, nachgewiesen werden (vgl. Benz & Hobi, 2007). Das Ergebnis ist höchst signifikant und zeigt, dass die Teilnehmenden der Treatmentgruppe über den Erhebungszeitraum eine starke positive Veränderung im Erleben und Verhalten feststellen, während die Teilnehmenden der Kontrollgruppe in der gleichen Zeit keine Veränderung in ihrem Erleben und Verhalten erkennen (ebd.).

⁵ Im Training entwickelt jede Person ein ganz persönliches Embodiment, ein körperlicher Ausdruck des Haltungsziels.

auf andere wichtige Situationen in ihrem Leben konzentrieren. Denn dass sich das ZRM-Training positiv auf die Einstellungen und das Verhalten der Teilnehmenden ausgewirkt hat, belegen die positiven Verbesserungen der Treatmentgruppe bei sieben der zehn erhobenen Selbststeuerungskompetenzen⁶ und die signifikante Steigerung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung⁷ (vgl. Benz & Hobi, 2007). So könnte es sein, dass bei der Betrachtung zu einem späteren Zeitpunkt, wenn belastende Situationen aus anderen Lebensbereichen erfolgreich verbessert wurden, die Einstellungs- und Verhaltensveränderungen auch einen positiven Einfluss auf das Asthma und entsprechend eine Verringerung des Leidensdrucks ersichtlich wären.

5.2 Schussfolgerungen und Ausblick

5.2.1 Schlussfolgerungen

Die nicht erwartungskonformen Ergebnisse werfen auch Fragen zum methodischen Vorgehen auf. Beispielsweise, ob überhaupt das Richtige gemessen wurde. Beabsichtigt war, den durch das Asthma vorhandenen subjektiven Leidensdruck zu messen. Dafür wurde das Untersuchungsinstrument PRISM verwendet, auf welchem die Teilnehmenden einzeichnen, welchen Platz ihr Asthma in ihrem Leben einnimmt (siehe Abbildung 2). PRISM wurde bereits bei 2500 Patienten mit zwölf verschiedenen körperlichen und psychischen Krankheiten eingesetzt (vgl. Büchi, 2004, S. 610), beispielsweise solchen mit Multipler Sklerose (ebd.) oder chronischer Polyarthrititis (vgl. Büchi & Buddenberg, 2000).

Die Asthma-Literatur befasst sich mit einem weiteren Aspekt: das Akzeptieren der Krankheit. Mühlig, Schultze, de Vries und Peterman (2000, S.167) weisen darauf hin, dass zur emotionalen Bewältigung einer chronischen Krankheit auch das Akzeptieren der Krankheit gehört. Damit meinen sie das Akzeptieren der Krankheit mit den Aspekten der Chronizität, Unheilbarkeit und Lebensbedrohlichkeit sowie der damit verbundenen Konsequenzen und Alltagseinschränkungen. Ebenso Solèr (o. J., S. 9), der die Hauptrolle bei der Behandlung des Asthmas den Betroffenen zuweist

⁶ Die Selbststeuerungskompetenzen wurden mit der Kurzversion des Selbststeuerungs-Inventars (SSI-K3) von Kuhl und Fuhrmann (1998) gemessen.

⁷ Die Selbstwirksamkeitserwartung wurde mit dem Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer und Jerusalem (1999) gemessen.

und dafür voraussetzt dass sie die Krankheit akzeptieren lernen und sie ernst nehmen.

Auch beim Betrachten der in Tabelle 4 zitierten Aussage einer Patientin findet sich das Akzeptieren der Krankheit. Sie sagt: „Meine Krankheit ist eine Realität, die es zu akzeptieren gilt, die ich aber häufig vergesse.“ (vgl. Büchi & Buddenberg, 2000, S. 22). Dies ist eine Patientin mit grosser PRISM-Distanz und entsprechend geringem Leidensdruck. Es stellt sich zwingend die Frage, ob es nicht sein könnte, dass, wenn es gelingt die Krankheit zu akzeptieren, diese als Teil von sich selber betrachtet wird. Entsprechend würde sie dann als stärker zum Selbst gehörend empfunden und könnte näher beim „Ich“ eingezeichnet werden. Da eine chronische Krankheit im Gegensatz zu anderen Elementen des Lebens, welche je nach Setting auch auf dem Testblatt dargestellt werden – beispielsweise „Arbeit“ oder „Ehemann“ (vgl. Büchi, 2004, S.612) – nicht gewechselt oder ersetzt werden kann, kann ein Platzieren nahe des „Ichs“ als Ausdruck der akzeptierten unumgänglichen lebenslangen Dazugehörigkeit interpretiert werden. Diese Wahrnehmung der Dazugehörigkeit des Asthmas sagt jedoch noch nichts darüber aus, ob die Krankheit als grosse Last mit entsprechendem Leidensdruck empfunden wird. Andersherum könnte eine Platzierung weit weg vom „Ich“ auch bedeuten, dass die Krankheit als nicht zu sich gehörend betrachtet oder gar verdrängt wird. Eine Nichtbeachtung der Krankheit könnte somit zum vollständigen Ignorieren führen was konsequenterweise mit der Vernachlässigung der Therapie einhergehen würde.

Um verstehen zu können, was die nahe oder ferne Platzierung der Krankheit für die einzelne Person bedeutet, muss die individuelle Bewertung ersichtlich sein. In den dargestellten Fallbeispielen wurde PRISM jeweils im Rahmen von Therapiesitzungen im Einzelsetting eingesetzt (vgl. Büchi & Sensky, 1999; Büchi & Buddenberg, 2000; Büchi, 2004). So ist anzunehmen, dass unmittelbar nach der Platzierung der Krankheit ein Gespräch darüber stattgefunden hat.

5.2.2 Ausblick

Möglicherweise ist PRISM in der hier verwendeten Form nicht für quantitative Erhebungen geeignet. Da die Resultate anscheinend nur in Verbindung mit qualitativen Aussagen interpretiert werden können, könnte es sinnvoll sein, für zukünftige Untersuchungen eine entsprechende Erweiterung des Testes in Betracht

zu ziehen. Es wäre überlegenswert, bei zukünftigen Untersuchungen den Test mit ein paar qualitativen Fragen zu ergänzen. Diese müssten nach der individuellen Bewertung fragen.

Um die Resultate quantitativ auswerten zu können, bietet sich an, die Teilnehmenden direkt nach der Belastung zu fragen. Dafür könnte die Frage „Wie stark belastet Sie Ihr Asthma?“ mit den folgenden Antwortmöglichkeiten gestellt werden:

| | | | |
|-----------|--------|-------|------------|
| Gar nicht | Leicht | Stark | sehr stark |
|-----------|--------|-------|------------|

Würde die Ergebnisse des PRISM zusammen mit den Ergebnissen dieser Frage betrachtet, sollte erkennbar sein, ob eine Platzierung nahe dem „Ich“ bedeutet, dass die Krankheit als unumgänglich zu sich gehörend empfunden wird, ohne die Person zu belasten, oder ob es bedeutet, dass das Asthma wegen der starken Belastung einen so grossen Platz im Leben einnimmt. Oder umgekehrt, ob eine Platzierung entfernt vom „ICH“ auf eine geringe Belastung zurückzuführen ist oder ob vielleicht gerade wegen der grossen Belastung die Krankheit vom „Ich“ abgespalten wird.

Mit den bisher durchgeführten Studien konnte Büchi (2004, S. 610) einen deutlichen Zusammenhang zwischen kleiner PRISM-Distanz und grösserer individueller Belastung darstellen. Es wird also davon ausgegangen, dass eine nahe Platzierung ungünstig ist, da die Person so stark belastet ist und grossen Leidensdruck empfindet. Büchi (a.a.O., S. 611) veranschaulicht das eindrücklich an einem Fallbeispiel einer Patientin mit Multipler Sklerose. Er beschreibt die Patientin folgendermassen: „Sie war innerlich dauernd mit Ihrer Krankheit beschäftigt und konnte sich kaum mehr auf die Arbeit oder andere Inhalte konzentrieren“ (ebd.). Im Verlauf der Therapie gelingt es dieser Patientin, sich wieder auf andere Bereiche wie die Arbeit und die Ehe zu konzentrieren und je besser ihr das gelingt, desto geringer werden ihre Symptome und desto grösser ihre PRISM-Distanz (a.a.O., S. 611f.).

Nun stellt sich die Frage, ob dies bei Menschen mit Asthma auch so ist. Asthmatiker müssen täglich ihre Basismedikamente einnehmen und ihre Lungenfunktion messen (siehe Kapitel 2.1.2). In den meisten Fällen morgens nach dem Aufstehen und abends vor dem Zubettgehen. Aufgrund der gemessenen Lungenfunktion und allenfalls vorhandener Symptome muss dann entschieden werden, ob die Medikamentendosis erhöht werden soll. Ausserdem sollten bei auftretenden

Situationen mit vorhandenen Asthma-Auslösern zusätzlich Medikamente eingenommen werden. Darum wird von den Patienten erwartet, dass sie aufmerksam ihre Symptome beachten und bei verstärkten Symptomen oder vorhandenen Auslösern sofort (medikamentös) reagieren. Befolgt eine Person diese Vorgaben, ist es nicht verwunderlich, wenn die Krankheit einen grossen Platz in ihrem Leben einnimmt, einfach schon dadurch, dass sie den ganzen Tag aufmerksam auf allfällige Asthma-Vorläufer achtet und morgens und abends entscheidet ob die eingenommene Medikamentendosis aufgrund von Symptomen oder des Lungenfunktions-Wertes angepasst werden muss. Beim Asthma wird davon ausgegangen, dass durch frühzeitiges Erkennen und rechtzeitiges Reagieren auf Symptome und Vorläufersignale die Krankheit besser kontrolliert werden kann. Gelingt dies einer Person durch die intensive Auseinandersetzung mit der Krankheit, kann angenommen werden, dass durch das Gefühl, die Krankheit im Griff zu haben, die Belastung sinkt.

Bei der untersuchten Stichprobe waren die meisten Probanden nur von einem leichten Asthma betroffen und hatten daher selten und wenig Symptome. Entsprechend muss von einer geringen Belastung durch das Asthma ausgegangen werden. Es darf angenommen werden, dass Personen mit niedriger Belastung einen geringen Leidensdruck verspüren. Folglich muss es als sehr schwieriges Vorhaben betrachtet werden, bei einer Stichprobe mit geringer Belastung den (nicht vorhandenen) Leidensdruck zu senken. Deshalb wird für zukünftige Studien empfohlen, bei der Auswahl der Teilnehmenden darauf zu achten, dass der Schweregrads des Asthmas einem Mass entspricht, dass eine gewisse Belastung und entsprechend Leidensdruck vorhanden ist.

Es wäre spannend, in zukünftigen Forschungen zuschauen, ob diejenigen Personen mit einer kleinen PRISM-Distanz sich auf anderen Skalen anders verändern, als Personen mit niedrigem Leidensdruck. Es kann davon ausgegangen werden, dass erst wenn ein gewisser Leidensdruck vorhanden ist, dies die Bereitschaft zur Veränderung fördert, also erst wenn die Belastung durch die Krankheit auch tatsächlich spürbar wird, die Motivation für das Handeln im Sinne einer Minderung des Leidens gegeben ist. Es wird angenommen, dass diejenigen Personen, die einen genügend grossen Leidensdruck betreffend ihres Asthmas aufgebaut haben, entsprechend bereit sind, die im ZRM-Training vermittelten Kompetenzen zu

Verhaltensveränderungen auch im Sinne einer Verbesserung betreffend ihrer Krankheit umzusetzen. Andererseits kann davon ausgegangen werden, dass Personen, welche keinen Leidensdruck betreffend ihres Asthmas verspüren, die Selbstmanagementkompetenzen des Trainings für andere Lebensbereiche einsetzen.

Des Weiteren wird empfohlen, bei zukünftigen Untersuchungen die Stichprobe auch nach Alter zu randomisieren. In der vorliegenden Stichprobe unterscheiden sich die beiden Gruppen betreffend Alter signifikant voneinander. Der Alterdurchschnitt der Kontrollgruppe liegt rund 9 Jahre unter demjenigen der Treatmentgruppe (siehe Tabelle 6). Ebenso unterscheiden sich Treatment- und Kontrollgruppe bezüglich der Altersspanne beachtlich. Während in der Kontrollgruppe die Spannweite zwischen der jüngsten und der ältesten Person 36 Jahre beträgt, besteht in der Treatmentgruppe eine Altersspannweite von 54 Jahren. Dies entspricht einer um 50% grösseren Spannweite. Es darf angenommen werden, dass dies eine ungünstige Ausgangslage ist. Einerseits sind die beiden Gruppen in dieser Hinsicht nicht vergleichbar, andererseits ist für das ZRM-Training eine so heterogene Gruppe eine grössere Herausforderung. Das ZRM-Training lebt sehr stark von der Gruppe und geht auf die aktuellen Bedürfnisse und die Lebenslage der Teilnehmenden ein. Befinden sich die Teilnehmenden in ganz unterschiedlichen Lebensphasen, haben sie unterschiedliche Bedürfnisse. Es darf angenommen werden dass sich eine 17-jährige Maturandin in vielerlei Hinsicht deutlich vom 71-jährigen Pensionierten unterscheidet.

5.2.3 Zusammenfassung der Verbesserungsvorschläge

Aus den letzten Schlussfolgerungen können folgende Verbesserungsvorschläge für zukünftige Studien zusammengefasst werden:

- Es muss überlegt werden, was genau gemessen werden will. Unter Umständen wäre es sinnvoll, anstatt nach dem Leidensdruck nach der Akzeptanz des Asthmas zu fragen. Vielleicht wäre eine Fragestellung nach dem Akzeptieren der Krankheit aussagekräftiger. Die Frage könnte beispielsweise lauten: „Wie fest ist das Asthma Teil von Ihnen?“ oder „Wie stark akzeptieren Sie Ihr Asthma?“:
- Für eine quantitative anonymisierte Befragung könnte das Untersuchungsinstrument PRISM erweitert oder angepasst werden. Es wird empfohlen,

entweder zusätzlich nach der Belastung zu fragen. Oder die ursprüngliche Frage, welchen Platz das Asthma zur Zeit im Leben einnimmt, direkt durch eine Frage nach der Belastung zu ersetzen. Alternativ könnten auch qualitative Interviews oder offene Fragen nach der Bewertung durchgeführt werden.

- Bei der Auswahl der Probanden sollten nur Personen mit stärkerem und unkontrolliertem Asthma in die Studie aufgenommen werden. Da ab einer gewissen Belastung von einem vorhandenen Leidensdruck ausgegangen werden kann, wird für zukünftige Studien empfohlen, ein starkes Asthma als Einschlusskriterium zu definieren.
- Es wird empfohlen, bei zukünftigen Studien auch das „Alter“ als Randomisierungskriterium zu verwenden.

6 Literatur

- Barandun, Jürg (2001). *Asthma*. Bern: Schweizerisches Zentrum für Allergie, Haut und Asthma.
- Benz, S. & Hobi, B. (2007). *Asthma & ZRM. Studie über die Effekte des generellen Selbstmanagement-Trainings ZRM auf die Selbststeuerungskompetenzen und die Selbstwirksamkeit von Menschen mit einer chronischen Krankheit*. Lizentiatsarbeit am Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie I, Universität Zürich.
- Bråbäck, L., Hjern, A. & Rasmussen, F. (2005). Social class in asthma and allergic rhinitis: a national cohort study over three decades. *European Respiratory Journal*, 26, 1064-1068.
- Büchi, S. (2004). Ein Bild (des Leidens) sagt mehr als tausend Worte. Workshop-Bericht vom SGAM-Kongress 2003 in La Chaux-de-Fonds. *Primary Care*, 4, Nr. 31-32, 609-612.
- Büchi, S. & Baumann-Hölzle, R. (19. November 2005). Den Sinn des Leidens ergründen. Fragen zum Gesundheitsverständnis und zu den Zielen der modernen Medizin. *Neue Zürcher Zeitung*. Available: <http://www.nzz.ch/2005/11/19/zf/articleD60NP.html>
- Büchi, S. & Sensky, T. (1999). PRISM: Pictorial Representation of Illness and Self Measure. A Brief Nonverbal Measure of Illness Impact and Therapeutic Aid in Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 40, 314-320.
- Büchi, S. & Buddeberg, C (2000). Ein Bild sagt mehr als tausend Worte. *Unimagazin*, 4/00, 21-24.
- Gillissen, A., Bauer T., Richter, F., & Leonhart, P. (2001). Diagnostik und Differentialdiagnostik des Asthma bronchiale. *ZaeFQ*, Nr. 95, 685-691.
- Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1998). Decomposing self-regulation and self-control: The volitional components inventory. In J. Heckhausen & C. Dweck (Eds.), *Lifespan perspectives on motivation and control* (S. 15-49). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Mühlig, S., Schultz, K., de Vries, U. & Petermann, F. (2000). Grundlagen der Patientenschulung bei Asthma. In Petermann, F. & Warschburger, P. (Hrsg.), *Asthma bronchiale* (S. 147-174). Göttingen: Hogrefe.
- Ritz, T. & Dahme, B. (2003). Atemwegserkrankungen. In U. Ehlert (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (S. 265-293). Berlin: Springer.
- Ritz, T., Steptoe, A., DeWilde, St. & Costa, M. (2000). Emotions and stress increase respiratory resistance in asthma. *Psychosomatic Medicine*, 62, 401-412.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (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.
- Solèr, M. (o. J.). *Asthma. Symptome • Diagnose • Behandlung*. Bern: Lungenliga Schweiz.
- Steurer-Stey, C., Kolyvanos Naumann, U., Käser, L., Vetter, W. (2005). Asthma bronchiale (beim Erwachsenen). *Praxis*, Band 94, 275-282.
- Storch, M. & Krause, F. (2002). *Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcenmodell ZRM*. Bern: Huber.
- Storch, M. & Riedener, A. (2005). *Ich packs! – Selbstmanagement für Jugendliche. Ein Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcenmodell*. Bern: Huber.
- Wandruszka, B. (2001). *Leidensdruck und Leidenswiderstand - Eine phänomenologische Studie zur Grundstruktur des Leidens mit ihren Auswirkungen auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung*. Dissertation an der Medizinischen Fakultät, Universität Heidelberg.
- Wyser, Christoph & Muellner, Gerhard (2006). Genetische Grundlagen beim Asthma bronchiale. *Extra vivO₂*, Nr. 2, S. 5.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Weinheim: Beltz.

7 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Der Rubikon-Prozess | 14 |
| Abbildung 2: Testblatt PRISM | 19 |
| Abbildung 3: PRISM-Distanz: Spannweite und Verteilung zu t1 | 22 |
| Abbildung 4: Veränderung der Mittelwerte von t1 zu t4 | 23 |
| Abbildung 5: Veränderung PRISM-Distanz von t1 zu t4 nach Geschlecht..... | 25 |
| Abbildung 6: Veränderung PRISM-Distanz von t1 zu t4 für diejenigen unter bzw. über dem Median zu t1 | 27 |
| Abbildung 7: Veränderung PRISM-Distanz von t1 zu t4 für die Extremgruppen | 29 |
| | |
| Tabelle 1: Asthma-Ursachen..... | 3 |
| Tabelle 2: Allergikerrisiko eines Kindes mit Vorbelastung durch Familienmitglieder... | 4 |
| Tabelle 3: Unterscheidung umweltbedingter und persönlicher Asthma-Auslöser | 6 |
| Tabelle 4: Beispiele der Aussagen von Patientinnen mit kleiner bzw. grosser..... PRISM-Distanz | 9 |
| Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung nach Geschlecht..... | 21 |
| Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung nach Alter..... | 22 |
| Tabelle 7: PRISM-Distanz zu Zeitpunkt 1: T-Test..... | 22 |
| Tabelle 8: PRISM-Distanz zu Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 4..... | 23 |
| Tabelle 9: PRISM-Distanz: gepaarter t-Test und Varianzanalyse..... | 24 |
| Tabelle 10: Kreuztabelle Veränderung PRISM-Distanz von t1 zu t4..... | 24 |
| Tabelle 11: Kreuztabelle Veränderung PRISM-Distanz von t1 zu t4 nach..... Geschlecht..... | 25 |
| Tabelle 12: T-Test zu t4 zwischen Kontroll- und Treatmentgruppe nach..... Geschlecht..... | 26 |
| Tabelle 13: Kreuztabelle PRISM Median-Split zu t1 * PRISM Median-Split zu t4 | 26 |
| Tabelle 14: T-Test zu t4 zwischen Kontroll- und Treatmentgruppe nach dem..... Median-Split..... | 27 |
| Tabelle 15: Kreuztabelle Verteilung auf die Extremgruppen zu t1 | 28 |
| Tabelle 16: Kreuztabelle Veränderung der Extremgruppen von t1 zu t4..... | 28 |
| Tabelle 17: T-Test zu t4 zwischen Kontroll- und Treatmentgruppe..... nach Extremgruppen..... | 30 |