

Zur Bewertung des Simonton Trainings in der ambulanten Behandlung von Krebskranken

Gerhard Pohler, Hans Peter Bilek und Elisabeth Merkinger¹

Zusammenfassung: Wir untersuchten den Effekt des Simonton Trainings bei ambulanten Krebspatienten nach fünf Gruppensitzungen. Als Kontrollgruppe dienten matched pairs, die nicht an den Gruppensitzungen teilnehmen wollten. Zur Veränderungsmessung wurde der Gießentest und das Emotionalitätsinventar vorgegeben. Die Ergebnisse zeigen, daß jene Patienten, die das Simonton Training lernten, statistisch signifikant weniger erschöpft waren als die Kontrollgruppe. Sie waren am Ende der Gruppenarbeit auch statistisch signifikant weniger depressiv als am Anfang der Gruppe.

Einleitung

Einige Untersuchungen der letzten Jahre (Capone et al., 1979; Dempster et al., 1976; Dirks et al., 1982; Fiegenbaum, 1981; Grossarth-Maticek, 1980; Kalliner, 1981; Spiegel & Bloom, 1984) konnten zeigen, daß Psychotherapie mit Krebskranken zu einer besseren Lebensqualität und zu einer verlängerten Überlebenszeit führen kann. In der vorliegenden Studie wurde der Einfluß des Simonton Trainings (vgl. Simonton et al., 1985) untersucht.

Das Simonton Training ist eine psychotherapeutische Methode, die speziell für Krebskranke entwickelt worden ist. Therapeutischer Schwerpunkt ist ein Entspannungs- und ein Imaginationstraining. Im entspannten Zustand stellt sich der Patient u.a. seinen Tumoren, seine Heilung (Schrumpfung des Tumors), die positive Auswirkung der Behandlung, sowie ein positives Bild für seine eigene Zukunft vor. Nach einer gewissen Zeit des Einübens unter therapeutischer Anleitung soll der Patient das Simonton Training mehrmals täglich alleine durchführen. Der Patient ist dadurch weniger auf den Therapeuten angewiesen.

Nach Angaben von Simonton et al. (1985), die 159 Krebskranke behandelten, bei denen keine Heilung mehr zu erwarten war, kam es bei ca. 40% zur Tumorrückbildung bzw. zu einer Symptombefreiheit. Die durchschnittliche Überlebensdauer ab Diagnose betrug 24,4 Monate. Bisherige Berichte anderer Autoren (Pohler, 1989; Schützenberger, 1989; Sokal, 1986, 1988) weisen ebenfalls auf die Effektivität des Simonton Trainings hin.

Fragestellung

Da bisher zum Simonton Training keine Evaluationsuntersuchungen auf der Grundlage von testpsychologischen oder physiologischen Kriterien vorliegen, wurde von uns die Veränderung von Persönlichkeits- und Befindlichkeitsparametern nach fünf Gruppensitzungen Simonton Training untersucht.

Vorgehensweise

Krebskranke, die an der Chemotherapieambulanz der II. Medizinischen Universitätsklinik Wien ambulant behandelt wurden, erhielten das Angebot zur Teilnahme an fünf Gruppensitzungen mit Simonton Training. 20 Patienten, die sich motiviert zeigten, wurden 2 Gruppen zugewiesen, die von je einem Therapeuten und einer Co-Therapeutin geleitet wurden. Mit jeder Gruppe wurden 5 Sitzungen à 1,5 Stunden Dauer im wöchentlichen Abstand durchgeführt. Die Patienten sollten bereits nach der 1. Gruppensitzung das Simonton Training zu Hause selbständig mindestens zweimal täglich durchführen.

Wir bildeten zu diesen 20 Patienten "matched pairs"; es waren dies Patienten, die an den Gruppensitzungen nicht teilnehmen wollten. Zur Evaluation des Simonton Trainings verwendeten wir den Gießentest (Beckmann & Richter, 1979) sowie das Emotionalitätsinventar (Ullrich & Ullrich, 1976). Beide Testverfahren wurden ausgewählt, weil sie zur Veränderungsmessung und zur Verlaufskontrolle im Rahmen von Psychotherapien konstruiert worden sind und sich in der Praxis bewährt haben.

Der Gießentest (GT) ist nach psychoanalytischen Gesichtspunkten entwickelt worden. Folgende bipolar angeordneten Skalen sind verfügbar:

- 1.) Soziale Resonanz (negativ-positiv);
- 2.) Dominanz - Gefügigkeit;
- 3.) Hypomanie - Depression;
- 4.) Unkontrolliertheit - Zwanghaftigkeit;
- 5.) Durchlässigkeit - Retention;
- 6.) soziale Potenz - soziale Impotenz.

Das Emotionalitätsinventar (EMI) besteht aus sieben ebenfalls bipolar angeordneten Skalen:

- 1.) angstfreies Befinden - ängstliches Befinden;
- 2.) frohe Stimmung - depressive Stimmung;
- 3.) dynamisches Befinden - erschöpftes Befinden;
- 4.) nachgiebige Stimmung - aggressive Stimmung;
- 5.) spontanes Befinden - gehemmtes Befinden;
- 6.) Geborgenheitsgefühl - Verlassenheitsgefühl;
- 7.) Wohlbefinden - gestörtes Allgemeinbefinden.

Untersuchungsdesign

GT und EMI wurden der Therapiegruppe (TG) dreimal, der Kontrollgruppe (KG) zweimal vorgegeben; das erste Mal (t1) im Durchschnitt viereinhalb Wochen vor Be-

¹ Wir danken Herrn Univ. Prof. Dr. Heinz Ludwig, Präsident der Österreichischen Krebshilfe, für seine freundliche Unterstützung dieser Untersuchung. Die Arbeit von Frau Dr. Elisabeth Merkinger wurde von der Österreichischen Krebshilfe gefördert.

ginn der Gruppenarbeit; das zweite (t2) und dritte Mal (t3) unmittelbar vor Gruppenbeginn und nach Abschluß der Gruppen. Das ist ein Zeitraum von genau 4 Wochen.

Datenbehandlung

Zur statistischen Auswertung wurden bei der TG nur die Daten jener Personen verwendet, die mindestens viermal an der Gruppenarbeit teilgenommen hatten. Von den anderen Patienten erwarteten wir keine wesentliche Veränderung. In die Auswertung wurden dann die Daten der matched pairs (KG) einbezogen. Insgesamt kamen wir so auf 12 matched pairs und zusätzlich einen Patienten der TG. Die Diagnostik aufteilung ist aus der Tabelle 1 ersichtlich. Nachdem die Daten auf Normalverteilung geprüft worden waren, konnten die Mittelwerte mittels Varianzanalyse und t-Tests verglichen werden.

Tabelle 1: Matched Pairs²

Therapiegruppe			Kontrollgruppe			
Nr.	Alter	G. Diagnose	Alter	G. Diagnose		
1	58	W	Status post Ablatio Mammae wg. Ca	59	W	Status post Ablatio Mammae wg. Ca
2	66	W	Mammae Ca (Teilresektion)	66	W	Status post Ablatio Mammae wg. Ca
3	47	W	Status post Ablatio Mammae wg. Ca	47	W	Mammae Ca nicht operiert
4	67	W	Mammae Ca (Teilresektion)	67	W	Status post Ablatio Mammae wg. Ca
5	31	W	Status post Ablatio Mammae wg. Ca	38	W	Myelom
6	45	M	Multiples Myelom	48	M	Multiples Myelom
7	57	W	Multiples Myelom + Status post Ablatio Mammae wg. Ca	57	W	Multiples Myelom
8	25	M	Morbus Hodgkin	26	M	Morbus Hodgkin
9	52	W	Status post Ablatio Mammae wg. Ca	49	W	Status post Ablatio Mammae wg. Ca
10	28	M	Morbus Hodgkin	30	M	Morbus Hodgkin
11	49	M	Liposarkom	50	M	Fibrosarkom
12	53	W	Status post Ablatio Mammae wg. Ca	53	W	Status post Ablatio Mammae wg. Ca
13	41	W	Morbus Hodgkin unzureichende Daten			

Patient Nr. 13 wird nur beim Mittelwertvergleich innerhalb der Therapiegruppe (TG) berücksichtigt

Ergebnisse

1. Ergebnisse beim Vergleich der Daten innerhalb TG und KG

Bei der Therapiegruppe zeigte sich von t1 - t2 eine statistisch signifikante ($p < 0,01$) Verschlechterung auf der Skala 1 des GT: Soziale Resonanz. Im Zeitraum t2 - t3 (Anfang bis Ende des Simonton Trainings) fanden wir eine statistisch signifikante ($p < 0,01$) Senkung des Depressionsscores (GT4). Keine statistisch signifikante Veränderung fanden wir im GT bei der KG (t2 - t3).

Im Emotionalitätsinventar (EMI) fanden wir weder bei der TG noch bei der KG statistisch signifikante Veränderungen. Es zeigt sich aber, daß sich die Patienten der TG auf allen Skalen in die gewünschte Richtung veränderten, während das bei der

KG nicht der Fall war (vgl. Tabelle 2). Mittelwerte und Standardabweichungen sind ebenfalls aus der Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Mittelwerte, Standardabweichungen von TG und KG

	Therapiegruppe (n = 13)				Kontrollgruppe (n = 12)			
	t1 MW	t2 sd	t3 MW	sd	t2 MW	t3 sd	t2 MW	t3 sd
Gießtest (GT)								
Skala 1	38,67 (2,64)	27,00 (3,28)	26,92 (2,81)		28,50 (3,40)	29,82 (4,35)		
Skala 2	28,08 (5,90)	29,17 (4,49)	28,42 (5,25)		28,38 (3,91)	29,15 (4,01)		
Skala 3	26,83 (3,21)	26,75 (4,10)	26,33 (3,22)		29,83 (5,39)	28,75 (5,24)		
Skala 4	24,75 (4,41)	25,58 (3,75)	22,33 (4,60)		26,00 (7,26)	26,33 (5,97)		
Skala 5	22,83 (5,78)	24,67 (4,66)	22,58 (4,44)		23,67 (6,63)	24,00 (5,19)		
Skala 6	21,08 (5,79)	21,42 (3,87)	21,33 (4,39)		22,31 (6,45)	21,23 (5,37)		
Emotionalitätsinventar (EMI)								
Skala 1	97,54 (7,51)	97,15 (9,13)	95,15 (6,99)		98,25 (5,38)	97,25 (5,17)		
Skala 2	100,07 (8,77)	97,84 (5,09)	93,61 (9,30)		97,50 (6,54)	95,17 (7,38)		
Skala 3	101,23 (7,56)	100,00 (8,03)	95,08 (7,10)		101,50 (9,50)	104,00 (9,33)		
Skala 4	103,62 (5,98)	102,53 (5,70)	101,00 (8,19)		97,33 (8,04)	95,83 (7,23)		
Skala 5	99,38 (5,59)	98,30 (6,92)	94,38 (8,80)		97,08 (5,95)	97,08 (6,39)		
Skala 6	99,30 (6,37)	98,85 (3,11)	95,92 (7,90)		94,33 (7,06)	91,75 (8,00)		
Skala 7	103,46 (9,42)	101,00 (8,57)	95,78 (9,73)		99,08 (9,01)	100,67 (9,75)		

Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der TG (n=12)

	t2 MW	sd	t3 MW	sd
Gießtest (GT)				
Skala 1	27,00 (3,23)		26,92 (2,81)	
Skala 2	29,17 (5,49)		28,08 (5,90)	
Skala 3	26,75 (4,16)		26,33 (3,23)	
Skala 4	25,58 (3,75)		25,33 (4,60)	
Skala 5	24,67 (4,66)		25,58 (4,44)	
Skala 6	21,42 (3,87)		21,33 (4,40)	
Emotionalitätsinventar (EMI)				
Skala 1	94,42 (9,55)		95,00 (7,27)	
Skala 2	94,42 (12,23)		93,25 (9,61)	
Skala 3	100,17 (8,36)		95,00 (7,41)	
Skala 4	102,50 (5,94)		100,83 (8,53)	
Skala 5	99,25 (7,96)		93,91 (9,03)	
Skala 6	99,00 (3,19)		96,08 (8,23)	
Skala 7	101,25 (8,90)		95,67 (10,17)	

2. Ergebnisse beim Vergleich zwischen TG und KG

Die Daten von TG und KG wurden mittels t-Test jeweils zu t2 und t3 miteinander verglichen.

Im EMI fanden wir zu t2, daß die KG einen statistisch signifikant höheren Wert für Aggression aufwies ($p < 0,05$), und daß sich diese Patienten geborgener fühlten ($p < 0,05$) als die Patienten der TG. Zum Zeitpunkt t3 (Ende der Gruppensitzungen)

² Alle Patienten standen unter ambulanter medizinischer Behandlung.

fanden wir für die TG einen statistisch signifikant besseren Wert ($p < 0,05$) für "dynamisches Befinden" (EMI, Skala 3) als für die KG. Bei Vergleich aller anderen Skalen des EMI fanden wir ansonsten keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Der Gießentest zeigte zu t2 keine Signifikanz; zu t3 hatte die KG einen besseren Wert ($p < 0,05$) für "soziale Resonanz". Mittelwerte und Standardabweichungen für die KG sind aus Tabelle 2 ersichtlich, für die TG aus Tabelle 3.

Diskussion

Wir wollen zu Beginn der Diskussion daraufhinweisen, daß die Therapieeffekte nach bereits vier Wochen (fünf Gruppensitzungen) erhoben worden sind. Das ist ein relativ kurzer Zeitraum. Aus der Praxis wissen wir, daß es sehr schwierig ist, solche Patienten zu einer Teilnahme an Gruppensitzungen über eine längere Zeit hinweg zu motivieren. Indessen zeigen unsere Ergebnisse, daß bereits nach dieser kurzen Zeit statistisch faßbare Verbesserungen der Befindlichkeit erreichbar sind.

Während dieser vier Wochen sank der Depressionsscore der Patienten, die das Simonton Training erlernten, signifikant. Im selben Zeitraum gab es in der KG keine Veränderung. In diesem Zusammenhang möchten wir auf die methodisch einwandfreie Studie von Shekelle et al. (1981) hinweisen; die Autoren konnten einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Depression (gemessen mit dem MMPI) und dem Auftreten einer Krebserkrankung nachweisen. Depressive hatten im Vergleich zu Nichtdepressiven eine ca. doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken. Auch Helmkamp & Paul (1984) und Viitimäki & Sonkin (1970) ermittelten, daß jene Krebskranken, die resignieren, hoffnungslos und depressiv werden, eine schlechtere Prognose haben als Nichtdepressive.

Mit Hilfe des EMI konnten wir keine signifikante Veränderung zwischen Gruppenanfang und Gruppenende finden. Für die TG gilt, daß alle Skalenmittelwerte (mit Ausnahme von Aggression) kleiner wurden. Diese Tendenz kann als Trend in die gewünschte Richtung gedeutet werden; bei der KG war das nicht der Fall.

Beim Vergleich der Daten zwischen TG und KG zeigt die Kontrollgruppe vorerst (d.h. bei Gruppenbeginn) eine bessere Befindlichkeit. Deren Teilnehmer fühlen sich geborgener und sind weniger aggressiv. Nach Ende der Gruppensitzungen finden sich aber keine Unterschiede mehr; die Teilnehmer der TG sind signifikant weniger erschöpft und zeigen damit eine bessere Befindlichkeit als zuvor. Warum die KG eine bessere soziale Resonanz (GT1) zeigt als die TG, wissen wir nicht.

Es bleibt festzustellen, daß bei Patienten, die das Simonton Training erlernten, der Depressionsscore sank und sie zugleich weniger erschöpft waren, als eine matched pairs Kontrollgruppe. Für uns sind die vorliegenden Resultate ein weiterer Hinweis dafür, das Krebskranke mit Hilfe des Simonton Trainings ihre Befindlichkeit verbessern können, was in der Folge zu einer besseren Lebensqualität führt.

Wir werden beide Gruppen zu einem späteren Zeitpunkt nachuntersuchen, um die Frage zu klären, ob diese Veränderungen auch zu einer Verbesserung der Prognose führten.

Literatur

- Beckmann, T. & Richter, H.E. (1972). *Der Gießen-Test*. Bern: Huber.
 Beckmann, T. & Richter, H.E. (1979). *Erfahrungen mit dem Gießen-Test*. Bern: Huber.
 Capone, M.A., Westie, K.S., Chitwood, J.S., Feigenbaum D. & Good, S. (1979). Crisisintervention: A functional model for hospitalized cancer patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 598-607.
 Dempster, C.R., Balson, P. & Wahlen, B.T. (1976). Supportiv hypnotherapy during the radical treatment of malignances. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(1), 1-9.
 Dirks, P., Grimm, F., Tausch, A., & Wittern, J.O. (1982). Förderung der seelischen Gesundheit von Krebspatienten durch personenzentrierte Gruppengespräche. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 4, 241-252.
 Feigenbaum, W. (1981). A social training program for clients with facial disfigurements: A contribution to the rehabilitation of cancer patients. *Int. J. Rehab. Res.*, 4, 501-509.
 Grossarth-Maticke, R. (1980). Social Psychotherapy and course of disease. First experience with cancer patients. *Psychotherapie und Psychosomatik*, 3, 129-138.
 Grossarth-Maticke, R., Eysenck, H.J., Vetter, H. & Frentzel-Beyme, R. (1988). The Heidelberg prospective intervention study. In W.J. Eylenbosch (Ed.), *Primary prevention of cancer* (S. 199-211). New York: Raven Press.
 Helmkamp M. & Paul, H. (1984). *Psychosomatische Krebsforschung*. Bern: Huber.
 Kalliner, H. (1981). Effekte personenzentrierter Gruppengespräche mit Krebsbetroffenen und Angehörigen. unveröff. Diss., Univ. Hamburg.
 Pohler, G. (1989). *Krebs und seelischer Konflikt: Psychosoziale Krebsforschung*. Frankfurt: Nexus.
 Schützenberger, A.A. (1989). *Den Lebenswillen stärken - den Krebs besiegen*. München: Kösel.
 Shekelle, R.B., Raynor, W.J., Ostfeld, A.M., Garron, D.C., Bielauskas, L.A., Liu, C., Maliza, C. & Paul, O. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 117-125.
 Simonton, O.C., Simonton, S. & Creighton, J. (1985). *Wieder gesund werden*. Reinbeck: Rowohlt.
 Sokal, I. (1986). Erfahrungen mit der Maltherapie bei der Behandlung von Krebskranken. In O. Frischenschlager (Hrsg.), *Beiträge zur Psychoonkologie* (S. 56-64). Wien: Facultas.
 Sokal, I. (1988). Die Wiederentdeckung der Phantasie: Hilfe und Hindernis auf dem Weg zur Gesundung des Krebskranken. Vortrag auf der Internationalen Arbeitstagung des deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin und der österreichischen Gesellschaft für klinische Psychosomatik in Innsbruck, März 1988.
 Spiegel, D., & Bloom, J.R. (1984). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast cancer pain. *Psychosomatic Medicine* 4, 333-341.
 Ullrich, R., & Ullrich, R. (1976). *Das Emotionalitätsinventar*. München: Pfeiffer.
 Viitimäki, R. & Sonkin, L. (1970). Psychological determinants of cancer: Psychometric approach. Monographs from the Psychiatric Clinic of the Helsinki University Central Hosp. *Cancer and Psyche*, 1.

Keywords: psychooncology, Simonton training, evaluation study

Abstract: In our study cancer patients in ambulant medical treatment were given five group sessions with Simonton Training. The matched paired controls did not get group sessions. For the evaluation we used the "Gießen-Test" and a questionnaire for emotional state. Results show that the patients doing Simonton's Training scored better on one scale of emotional state and could reduce the depression score, both statistically significantly.

Dr. Gerald Pohler
 Bergenstammg. 8/6
 A-1130 Wien