

Gulke N, Bailer H, Tschuschke V, Heitz V, Juchems A, Kächele H (2002) Adaptivität von Abwehrmechanismen bei Patienten unter Knochenmarktransplantation. *Psychodynamische Psychotherapie* 1: 142-151

Adaptivität von Abwehrmechanismen bei Patienten unter Knochenmarktransplantation

Eine empirische Annäherung

Norbert Gulke¹, Harald Bailer¹, Volker Tschuschke², Vera Heitz¹, Alexandra Juchems¹, Horst Kächele¹

¹Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Ulm

²Arbeitsgruppe Medizinische Psychologie, Universität Köln

Korrespondenzanschrift:

Dr. Dr. Norbert Gulke, Arbeitsgruppe Psychoonkologie, Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Ulm, Schillerstraße 15, D-89077 Ulm

Tel.: +49 (0) 731 500-21770 Fax: +49 (0) 731 500-21779 E-mail:

norbert.gulke@medizin.uni-ulm.de

Zusammenfassung

Ziel dieses Artikels ist es, die Bedeutung von Abwehrmechanismen beim Anpassungsprozess im Rahmen einer Knochenmarktransplantation herauszustellen und deren Verständnis zu vertiefen. Zu diesem Zweck wurde bei 58 Leukämie-Patienten vor KMT, Vorliegen und Intensität von 21 Abwehrmechanismen erfasst. Die Clusteranalyse der Daten ergab eine Aufteilung der Patienten in drei Gruppen, wobei man zwei diskriminante Funktionen unterscheiden konnte, nämlich „unreife“ und „neurotische“ Abwehr. Wie diese Abwehrformen sich beim Patienten niederschlagen, haben wir anhand von zwei Einzelfallbeschreibungen aufgezeigt. Angesichts der Daten kommen wir zu dem Schluss, dass im regressions-induzierenden klinischen Setting unreife Abwehr Vorteile zu haben scheint, während passiv aggressives Verhalten weniger gut ist hinsichtlich der Anpassung an die Umstände einer KMT. Insbesondere reifere Abwehrmechanismen scheinen ungünstig zu sein für die regressiven Herausforderungen der Situation. Wir spekulieren, dass diese möglicherweise das Risiko beinhalten, dass sie unbewusst negative Gefühle und Verhaltensweisen auf Seiten des Personals provozieren, die dem Patienten dann entgegengebracht werden.

Schlüsselbegriffe:

Knochenmarktransplantation, Krankheitsbewältigung, Abwehr, Überleben

Summary In this article, we tried to find out more about the role of defence mechanisms in the adaption process to bone marrow transplantation. Therefore we assessed presence and intensity of 21 defence mechanisms from 58 patients, which were scheduled to undergo BMT. Patients were divided up in three groups by means of Clusteranalysis. Thus we found two discriminant functions namely “immature” and “neurotic” defence. Two case reports illustrate how those defence mechanisms influence people’s behavior and thinking. Our conclusion is, that immature defence may be advantageous in the regression-inducing inpatient setting, while passive aggressive behavior seemed to be less adequate. We speculate, that particularly higher level defences may fall short of the regressive demands of the clinical setting, as it is possible, that they unconsciously induce negative feelings and behavior towards the patient on part of the staff.

Keywords

bone marrow transplantation, coping, defence, survival

Einführung

Die Bedeutung von Abwehrprozessen für das Zurechtkommen mit lebensbedrohenden und chronischen Erkrankungen wurde bereits in vielen Studien aufgezeigt, insbesondere im Hinblick auf Krebserkrankungen (Rowland, 1989), chronische Niereninsuffizienz (Gaus et al., 1996), Myokardinfarkt (Köhle et al., 1996), Morbus Crohn (Küchenhoff, 1993), und Essstörungen (Gitzinger, 1993). Im Allgemeinen scheint angesichts einer chronischen, malignen oder vital bedrohlichen Erkrankung dabei Verleugnung den prominentesten Abwehrmechanismus darzustellen (Beutel, 1988; Gaus and Köhle, 1990).

Es gibt nur wenige Studien, die auf Krankheitsverarbeitung von Patienten fokussieren, die sich einer Knochenmarktransplantation (KMT) unterziehen müssen. Noch seltener werden im Zusammenhang mit KMT- Abwehrmechanismen untersucht. Diese Studien waren eher kasuistisch angelegt mit Ausnahme der Arbeit von Tschuschke et al. (2002).

Brown und Kelly (1976) beschreiben Verleugnung und Verdrängung bei sechs KMT-Patienten angesichts der Entscheidung für eine vital bedrohliche Behandlung. Patenaude und Rapoport (1982) beobachteten mehrere Abwehrmechanismen bei vier Patienten nach KMT wie Bagatellisieren, Verdrängung und Verleugnung angesichts des Todes eines Patienten „im anderen Bett“. In diesen retrospektiven Studien mit geringsten Fallzahlen wurden Abwehrprozesse allerdings eher als Nebenprodukte entdeckt.

Patienten, die mit einer hämatologischen Erkrankung wie z. B. Leukämie und einer aggressiven Behandlungsoption wie KMT (Atkinson, 1994; Forman et al., 1994) konfrontiert sind, müssen eher unspezifische Stressoren, wie sie auch bei anderen Krebserkrankungen vorkommen, aber auch KMT-spezifischen Situationen meistern. Zu den allgemeinen Belastungen zählen die plötzliche Konfrontation mit der lebensbedrohenden Diagnose; die Zeit zwischen ersten Symptomen, Diagnose und Behandlung; invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen; belastende Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung (Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Alopezie, Infektionen); lang andauernde Unsicherheit hinsichtlich des Behandlungserfolgs und die Notwendigkeit der Organisation der alltäglichen Anforderungen. KMT-Patienten sind darüber hinaus zusätzlichen Belastungen ausgesetzt (Andrykowski, 1994; Neuser, 1989): Isolation in keimfreier Umgebung (zum Zeitpunkt der Datenerhebung für die vorliegende Studie befanden sich die Patienten noch in life islands, heute wird meist die sogenannte Umkehrisolation bevorzugt.), physische Inaktivität, Wartezeit auf das Anwachsen des neuen Knochenmarks und

Graft-versus-Host Reaktion. Für die meisten Patienten bietet die KMT die „letzte Hoffnung“ zum Überleben. Gleichzeitig stellt sie ein sehr risikoreiches Verfahren dar, das mit einer Mortalitätsrate von bis zu 36% behaftet ist. Die Ein-Jahres-Überlebensraten variieren in Abhängigkeit von verschiedenen prognostischen Faktoren (z.B. Art der Erkrankung, Alter, Allgemeinzustand, Krankheitsstadium) und werden mit 70-80% für allogene KMT bei verwandten und mit ca. 50% bei nicht verwandten Spendern angegeben (Andrykowski and McQuellon, 1998).

Die Behandlungsmodalitäten haben sich im Laufe der Jahre verändert, so dass heute gegenüber früher Entlastungen für die Patienten eingetreten sind. Dennoch stellt jede KMT an den jeweiligen Patienten nach wie vor erhebliche Anforderungen an seine Bewältigungsfertigkeiten. Im Rahmen des Ulmer Forschungsprogramms (Kächele et al., 2001) über die psychosozialen Langzeitfolgen nach KMT wurden eine retrospektive (Kächele et al., 1988) und eine prospektive (Kächele, 1998) Studie durchgeführt, welche die Identifizierung von Bewältigungsleistungen (Abwehr und Coping) in unterschiedlichen Behandlungsphasen zum Ziel hatten. In ihrem Artikel gehen Tschuschke et al. (2002) auf Unterschiede in Coping und Abwehr in Abhängigkeit der Erkrankung (Leukämie, Morbus Crohn, Neurose) ein.

Wir betrachten Abwehr als Hauptinstrument zur Regulation der Beziehungen zwischen dem Selbst und den Objekten (Steffens und Kächele, 1988). Abwehrvorgänge ermöglichen es dem Ich durch externale Traumen evozierte internale Konflikte zu meistern. Die durch die Krankheit und ihre Behandlung bedingten Belastungen können unbewusste Konflikte reaktivieren, aber auch neue, gefährliche und schmerzvolle Affekte hervorrufen, die ihrerseits Abwehrprozesse initiieren. Das Ich muss eine Balance erzielen zwischen intrapsychischen, objektbezogenen Bedürfnissen und Wünschen einerseits und den externen Anforderungen durch die Krankheit und Folgen ihrer Behandlung. Abwehr beeinflusst Wahrnehmung, Kognition, Emotion und Handlung, damit konsekutiv die sozialen Beziehungen des Patienten, was zu einer suboptimalen Anpassung an die therapeutische Situation führen kann. Andererseits nutzt Abwehr der Aufrechterhaltung von Ich-Funktionen z.B. in lebensbedrohenden Situationen.

Wir berichten hier über Abwehrmechanismen, die in einem Interview nach dem Einholen des Informed Consent kurz vor Durchführung der KMT beobachtet werden konnten. Des Weiteren betrachten wir Zusammenhänge zwischen Abwehr und Skalen der Symptom-Check-List SCL-90-R von Derogatis (Franke, 1996). Die Ergebnisse werden anhand zweier Kasuistiken illustriert.

Methode

Abwehrprozesse, die als unbewusst konzipiert sind, können angemessener durch Fremdeinschätzungen als durch Selbsteinschätzungen erfasst werden (Hentschel et al., 1993). Wir setzen deshalb die deutsche Version der "Defence Mechanism Rating Scales DMRS" von Perry (Perry et al., 1993) ein, die von den Übersetzern gegenüber der Originalfassung leicht modifiziert wurde (Tschuschke et al., 1994). Die Abwehrmechanismen sind in diesem Instrument hierarchisch in 7 Ebenen geordnet (in absteigender Ordnung: reife, zwanghafte, neurotische, narzisstische, verleugnende, Borderline- und Handlungsabwehr). Die Untersuchung bezieht sich auf die 21 nicht-reifen Mechanismen, denn die reifen Abwehrmechanismen „stellen keine Abwehrmechanismen im klassischen psychoanalytischen Sinne dar, sondern eher „Coping-Stile“ und brauchen nicht zwingend berücksichtigt werden (Tschuschke et al., 1994, Anmerkung zur Titelseite, ohne Paginierung). Unsere Ergebnisse basieren zum Teil auf der gleichen Datenbasis wie die Arbeit von Tschuschke et al. (2002). In letzterer scheint die Auswertung auf einer früheren Version des Manuals (Burgmeier et al., 1991, zitiert nach Tschuschke et al. 2002) zu basieren und es wird eine andere Zuordnung der Abwehrmechanismen zu Ebenen vorgenommen als im Manual von 1994 (Tschuschke et al., 1994) beschrieben, auf das wir uns beziehen. Weiterhin beschreiben wir in unserer Arbeit in erster Linie Ergebnisse zu den einzelnen Strategien, nicht nur zu den Ebenen.

Von Mai 1990 bis Februar 1994 wurden alle Patienten mit Leukämie (akute myeloische Leukämie = AML, akute lymphatische Leukämie = ALL, chronische myeloische Leukämie = CML), die in der Abteilung Innere Medizin III des Universitätsklinikums Ulm für eine allogene KMT vorgesehen waren und Deutsch flüssig sprechen konnten, um die Mitwirkung in der Studie gebeten.

Die Patientenrekrutierung erfolgte primär über die behandelnden Ärzte des Ulmer Transplantationszentrums. Wenn die Patienten den Hämatologen gegenüber eine Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie "KMT Ulm" signalisierten, wurden sie von den Projektmitarbeitern kontaktiert, über die Studie im einzelnen aufgeklärt und um eine schriftliche Einwilligung gebeten. Wir berichten über 58 Patienten (Stichprobenbeschreibung siehe Tabelle 1), die vor Durchführung der KMT interviewt werden konnten. Von allen im Rekrutierungszeitraum in Ulm mit einer KMT behandelten Leukämiepatienten der genannten Altersspanne wurden ca. 50% für unsere Studie gewonnen. Die Patientenstichprobe ist repräsentativ für alle im Betrachtungszeitraum im Transplantationszentrum der Universitätsklinik Ulm allogenen transplantierten Leukämie-Patienten hinsichtlich Alter, Jahr der Transplantation, Geschlecht, HLA-Kompatibilität, Krankheitsstadium vor KMT, Diagnose, Spenderbeziehung und Überlebenszeit nach KMT.

Tabelle 1 etwa hier

Die semistrukturierten, auf Audiokassette aufgezeichneten Interviews deckten alle relevanten Aspekte der Krankheit und Behandlung ab (Beginn der Erkrankung, Diagnosestellung, gesundheitliche, persönliche und familiäre Veränderungen, bisherige Behandlung, Hoffnungen und Befürchtungen im Hinblick auf die KMT, Verhältnis zum Spender usw.). Diese Aspekte wurden vom Interviewer thematisiert, es blieb jedoch dem Patienten überlassen, ob und wie ausführlich er auf einzelne Punkte eingehen wollte. Die Interviewdauer betrug durchschnittlich 34 Minuten. Nicht mit den Interviewern identische, trainierte Rater bewerteten die Aufzeichnungen anhand des DMRS. Jedes Auftreten einer Abwehrreaktion wurde notiert. Ein Score für jeden Abwehrmechanismus wird folgendermaßen ermittelt: Die Auftretenshäufigkeit des Abwehrmechanismus wird mit 100 multipliziert und durch die Dauer des Interviews in Minuten dividiert. Der Score für eine bestimmte Abwehrebene wird als Mittelwert der Scores der zu dieser Ebene gehörigen Abwehrmechanismen berechnet. Das Rating erfolgte mit befriedigender Interrater-Reliabilität (Denzinger, 1995).

Ergebnisse

Durchschnittlich setzten die Patienten 8 der 21 Abwehrmechanismen (Minimum 3, Maximum 14) ein. Die häufigsten sind Intellektualisieren (96.6%), Bagatellisieren (86.2%), Rationalisieren (81.0%) und Isolierung (75.9%). In keinem Fall wurde Dissoziation beobachtet, und nur zwei Personen (3.4%) zeigten Spaltung bzw. Autistische Fantasien.

Tabelle 2 etwa hier

Die Scores für einzelne Abwehrmechanismen, Abwehrebene und der Gesamtabwehrscore (Mittel aller einzelnen Scores) korrelieren nicht mit Alter, Krankheitsstadium und dem HLA-Status. Geringere Differenzen werden hinsichtlich des Geschlechts (Frauen haben höhere Scores bei narzisstischer Abwehr ($p=.007$, t-Test), der Bildung (höherer Bildung ist mit höheren Scores bei Reaktionsbildung assoziiert; $p=.05$, t-Test), des Familienstands (Verheiratete erzielen höhere Scores bei Hypochondrie, $p=.015$, Projektiver Identifikation, $p=.046$, und niedrigere Scores bei Bagatellisierung, $p=.008$, jeweils t-Test) und der Diagnose (ALL-Patienten hatten die jeweils höchsten Scores bei Wendung gegen die eigene Person und Ungeschehenmachen, $p=.039$ bzw. $.016$, Varianzanalyse). Wir nehmen an, dass es sich eher um zufällige Befunde handelt, da nur 7 von insgesamt 112 durchgeführten Signifikanztests als signifikant resultierten.

Die Patienten zeigten keine Psychopathologie im Sinne des SCL-90-R. Der

Gesamtindex für die allgemeine psychische Belastung GSI beträgt für die untersuchte Stichprobe .50 und liegt damit nur leicht oberhalb des Mittelwerts für „normale gesunde Personen“ von .33, aber deutlich unter dem Wert von 1.29 für stationär behandelte Psychotherapiepatienten (Franke, 1996)).

Wir erkundeten clusteranalytisch, inwieweit Patienten über eine „ähnliche“ Abwehr verfügen. Damit interkorrelierende Abwehrmechanismen nicht übergewichtet werden, unterzogen wir die Scores zunächst einer Hauptkomponentenanalyse (4 Faktoren nach dem Eigenwertekriterium, 43,8% Varianzaufklärung). Die resultierenden Faktorwerte dienten als Input für die folgende Clusteranalyse (Single-Linkage-Methode mit quadrierten Euklidischen Distanzen), bei der uns eine Lösung mit drei Gruppen inhaltlich sinnvoll erschien. Zur Absicherung wurde eine stufenweise Diskriminanzanalyse (zwei Diskriminanzfunktionen) durchgeführt. Alle Patienten konnten aufgrund der Scores für die Abwehrmechanismen eindeutig den drei generierten Cluster zugeordnet werden.

Diskussion

Im Gegensatz zu Ergebnissen früherer Studien gehört Verleugnung als isoliert betrachteter Abwehrmechanismus in unserer prospektiven Studie nicht zu den meistverwendeten Mechanismen. Überraschenderweise fanden wir heraus, dass Intellektualisierung, Rationalisierung und Bagatellisierung die Abwehrmechanismen sowohl die mit den höchsten Werten darstellten, als auch am häufigsten benutzt wurden.

Die Entscheidung, sich einer KMT zu unterziehen, verlangt von den Patienten eine intensive kognitive Auseinandersetzung. Patienten, denen z.B. eine CML diagnostiziert wurde, fühlen sich oft weder körperlich unwohl noch beeinträchtigt. Aber sie sind gezwungen, eine Entscheidung hinsichtlich einer aggressiven und Kräfte zehrenden Behandlung zu treffen, für die es keine Erfolgsgarantie gibt. Intellektualisierung, Rationalisierung und Bagatellisierung scheinen im Vorfeld einer KMT nützliche Abwehrmechanismen zu sein. Verleugnung dient oft dazu, schlechte Erinnerungen zu verharmlosen, weshalb frühere Befunde das Ergebnis der retrospektiven Methode sein können.

Unser exploratives multivariates Vorgehen führte zu interessanten Ergebnissen. Die erste Diskriminanzfunktion (F1) kann leicht als „unreife Abwehr“ identifiziert werden, da sie durch die unreifen Abwehrmechanismen Ausagieren, Wendung gegen die eigene Person, Hypochondrie und Spaltung gekennzeichnet ist. Passive Aggression allerdings ist mit dieser Funktion nur gering assoziiert. Die zweite Diskriminanzfunktion (F2) wird dominiert durch Reaktionsbildung und passive Aggression. In Anbetracht der Tatsache, dass die Patienten mit einer KMT

konfrontiert sind, scheinen die Hauptthemen der Abwehrmechanismen in Zusammenhang mit dieser Funktion die Verleugnung der Bedrohung (Verleugnung und Unterdrückung) und das Ersetzen negativer Gefühle und Gedanken durch positive (Reaktionsbildung und Idealisierung) zu sein. Passive Aggression erlaubt einer Person in diesem Zusammenhang negative Äußerungen, meist hinter einer Fassade von Freundlichkeit und Kooperation. Zusammenfassend könnte man sagen: Patienten zeigen keine Resignation und scheinen relativ zufrieden, freundlich und gefügig zu sein, aber in ihrem Inneren sind sie voller Zweifel. Für die Funktion F2 schlagen wir die Bezeichnung "neurotische Abwehr" vor, obwohl auch passive Aggression eine besondere Rolle zu spielen scheint.

In Anbetracht der Anzahl der Fälle in jedem Cluster können wir feststellen, dass die meisten Patienten für die Funktionen F1 und F2 keine bemerkenswerten Werte aufwiesen. Nur einige Patienten zeigten hohe Werte für F1 (unreife Abwehr) oder F2 (neurotische Abwehr). Wie erwartet zeigte die Mehrheit unserer KMT-Patienten keine bemerkenswerte (negative oder pathologische) Abwehrstruktur. Diese Befunde stehen im Einklang mit der klinischen Erfahrung, dass die meisten Patienten, die sich einer KMT unterziehen, ziemlich "normal" sind (vgl. Abbildung 1).

Zwei prototypische Fälle

Wir möchten über zwei Fälle berichten, die sich im Nachhinein als die extremsten Ausprägungen von unreifer (Cluster 3, Patient A) und neurotischer Abwehr (Cluster, Patient B) herausgestellt haben. Sie sind dargestellt in Abbildung 1. Die Beschreibung der beiden Fälle beschränkt sich nicht auf die Abwehrmechanismen. Wir haben auch Daten über soziales Verhalten, Copingstrategien und Bewertungen des Personals unter der Verwendung aufgezeichneter Daten miteinbezogen. Das Abhören der Tonbänder trug auch zu unserem klinischen Verständnis bei.

Beide Patienten sind weiblich und hatten die Diagnose CML etwa zwei Jahre vor der Transplantation erhalten. Zum Zeitpunkt der KMT ist Patientin A 45 Jahre alt und arbeitet aber nicht mehr als Korrespondentin. Sie ist verheiratet und Mutter von zwei Kindern im Alter von 20 und 14 Jahren. Patientin B ist 29 Jahre alt, verheiratet, kinderlos und arbeitet Vollzeit als Angestellte.

12 der 21 Abwehrmechanismen konnten bei Patientin A beobachtet werden. Verglichen mit dem Durchschnitt zeigt sie hohe Werte bezüglich Abwertung, Verleugnung und Spaltung und ihr Gesamtwert liegt unter dem Durchschnitt. Der SCL-GSI-Score ist 1.25, was etwa den durchschnittlichen Werten von stationären psychotherapeutischen Patienten mit neurotischen Störungen (1.29) entspricht. Sie hat hohe Werte auf den

SCL-Faktoren "Zwanghaftigkeit", "Depression" und "Angst". Resignatives Coping und Ablenkung von der Krankheit sind Bewältigungsstrategien, die sie überdurchschnittlich häufig verwendet. Sie wird während der ersten chronischen Phase transplantiert. Ihr behandelnder Arzt schätzt ihre physischen Heilungschancen als gut und ihre psychische Belastbarkeit als eher ungünstig ein; das Pflegepersonal äußert sich ähnlich.

Das Anhören der aufgezeichneten Interviews verändert den Eindruck, der durch die Werte entstanden ist. Patientin A berichtet, wie sehr sie geschockt war, als ihre Diagnose feststand. Leukämie war für sie zu Beginn gleichbedeutend mit einem Todesurteil. Ihr Bruder war kein geeigneter Spender, also musste ein Spender außerhalb des Verwandtenkreises gefunden werden. Niemand konnte ihr mit der Entscheidung für eine KMT helfen. Das war etwas, das sie selbst entscheiden musste. Sie hasst nichts mehr, als gesagt zu bekommen, was sie tun soll. Die Patientin suchte auch Hilfe außerhalb der Schulmedizin. Ihre Strategie war "Das Beste aus dem auszuwählen, was die Ärzte und andere zu bieten hatten". Ein Heilpraktiker schlug ihr eine spezielle Diät vor. "Meine Lebensqualität verbesserte sich um 100%" sagt sie. Er stellte ihr ein Horoskop und traf ihre geheimsten Erwartungen. Wenn sie die nächsten 5 oder 6 Jahre überstehen würde, würde alles gut gehen. Lange Zeit, sagt sie, konnte sie sich nicht für eine KMT entscheiden. Sie hatte auch psychotherapeutische Unterstützung. Eine Freundin riet ihr, eine Psychologin aufzusuchen. Zunächst war sie skeptisch, meinte dann aber "im schlimmsten Fall habe ich meine Zeit vergeudet": Rückblickend beurteilt sie diese therapeutischen Kontakte als sehr hilfreich. Sie sprach über Themen, die sie weder mit ihrem Ehemann noch mit jemand anderem besprechen konnte. Alles in allem "hatte ich sehr viel Glück in meinem Leben".

Wenn man ihr zuhört, gewinnt man den Eindruck einer etwas kindlichen Person, die sich ihre eigenen Realität konstruiert. Somit scheint ihre Position auf F1 plausibel zu sein. Vielleicht spiegelt F1 eine Art Regression von Reife zu früheren Entwicklungsstufen wider und in diesem Sinne auch zu unreifem Verhalten.

Unser zweiter Fall, Patientin B, zeigt sieben Abwehrmechanismen. Ihre Werte sind sehr hoch auf den Skalen Unterdrückung, Reaktionsbildung, Verleugnung und Isolation. Der Gesamtscore ist über dem Durchschnitt. Die Patientin beschreibt sich selbst als überdurchschnittlich symptomfrei auf allen SCL-Skalen. Ihr GSI ist mit 0.10 niedriger als der "normaler gesunder Frauen" (0.39). Der höchste Wert liegt mit 0.30 auf der Skala Zwanghaftigkeit (Durchschnitt 0.51). Sie verwendet resignatives Coping in einem unterdurchschnittlichen Maße und Ablenkung von der Erkrankung in einem überdurchschnittlichen Maße. Das Pflegepersonal berichtet Ähnliches. Ihr behandelnder Arzt bezeichnet ihren psychischen Zustand als recht gut, ihre Heilungschancen aber nur als durchschnittlich, obwohl sie einen HLA-kompatiblen

Verwandten als Spender hat und in der ersten chronischen Phase transplantiert wird.

Auf dem Tonband lacht Patientin B, wenn sie über ihre Diagnose spricht. Ihr Schock, sagt sie, verschwand, als der Arzt ihr die KMT vorschlug. Sie schöpfte Hoffnung und für sie war klar, dass sie sich der KMT unterziehen würde. Die Medikamente vertrug sie gut. Sie hatte nicht das Bedürfnis, mit jemanden über ihre Krankheit zu sprechen. Sie kam damit klar und verhielt sich, als ob gar nichts passiert wäre. Sie ist überzeugt, dass die Ärzte ihr Bestes tun würden und dass sie in guten Händen ist. So denkt sie nicht viel über ihre Situation nach. "Es wird immer ein Risiko geben und dem musst du dich stellen". Hinsichtlich der Zeit in Isolation erwartet sie keine Probleme. Da sie gerne allein ist, geht sie davon aus, dass sie etwas lesen und sich mit Handarbeiten beschäftigen wird. So sagt sie auch ihrem Ehemann, dass er sie für die Zeit der Bestrahlung und Chemotherapie nicht ins Krankenhaus begleiten müsse. "Im Moment kann ich mir nicht vorstellen, dass es schlimmer wird, ich bin nicht sehr schmerzempfindlich. Ich fürchte mich nicht vor der Einsamkeit", sagt sie. "Es wird ein Erfolg sein. Ich komme hierher und ich denke, ich werde geheilt wieder nach Hause gehen".

Die Patientin spricht klar und deutlich. In ihrer Stimme klingt keine Resignation mit. Sie ist reserviert und zeigt fast keine Emotionen während des Interviews. Dieser Fall veranschaulicht die Funktion F2 recht gut. Die negativen Aspekte der Krankheit und der Behandlung werden von ihr abgeblockt. Sie zeigt kalkulierten Optimismus, aber optimistische Gefühle fehlen beim Zuhören.

Patientin B starb 38 Tage nach der KMT. Patientin A ist noch am Leben.

Ein vorläufiger Versuch der Evaluation der Bedeutung der beiden Funktionen

Die folgenden Überlegungen konzentrieren sich auf die mögliche Bedeutung der beiden Funktionen (Der Begriff Validität scheint nicht angemessen zu sein angesichts der niedrigen Fallzahl). Welche Beziehung besteht zwischen psychischen Symptomen und Werten der unreifen Abwehr (F1) und neurotischer Abwehr (F2)? Hohe Werte auf F1 würden das Auftreten psychischer Symptome implizieren, mehr als andere zeigen sie nämlich geringe Werte bei unreifer Abwehr. Patienten mit hohen Werten bei neurotischer Abwehr zeigen weniger unreife Abwehrstrategien als solche mit hohen Werten auf F1 und Personen mit niedrigen Werten auf F1 und F2.

Um Symptome zu erfassen, würden wir daher die folgende Beziehung zwischen den drei Clustern (siehe Abbildung 1) erwarten lassen (höhere Werte entsprechen einer größeren Anzahl von Symptomen): Gruppe 3 > Gruppe 1 > Gruppe 2.

SCL-Werte sind Maße der Beeinträchtigung hinsichtlich psychischer Symptome. Die

höchsten Scores auf dem GSI und auf allen der 8 Subskalen des SCL haben wir in Cluster 3 gefunden. Mit Ausnahme des Faktors "Ärger-Feindseligkeit", auf dem Cluster 1 die niedrigsten Werte aufwies, hatte Cluster 2 im Schnitt die niedrigsten Werte. Wegen der geringen Anzahl von Fällen in Cluster 2 und 3 wurde kein Signifikanz-Test durchgeführt. Aber das Muster $2 < 1 < 3$ in 8 von 9 Fällen ist mehr als durch Zufall zu erwarten gewesen wäre.

Wir können nur spekulieren wie Abwehrmechanismen hinsichtlich der Bewältigung einer schweren Krankheit bewertet werden können. Auf den ersten Blick würde man erwarten, dass hohe Werte auf F1 weniger günstig sind für die Krankheitsbewältigung als niedrige Werte in F1 oder hohe in F2. Die beiden beschriebenen Fälle stehen im Gegensatz zu diesen Hypothesen. Die Antwort auf diese Frage muss empirisch gefunden werden.

Im Fall der KMT könnte die Verwendung unreifer Abwehrmechanismen ein adaptives Verhalten darstellen: Das klinische Setting erfordert regressives Verhalten vom Patienten. Er muss sich der Routine und den Behandlungen fügen, den Anordnungen der Ärzte und des Pflegepersonals. Es wird von ihm erwartet, dass er mit der Medikation einverstanden ist. Und wenn er sich unterordnet, wird ihm positive Aufmerksamkeit, emotionale und andere Unterstützung zuteil.

Patienten mit hohen Werten auf F2 (die eher auf passive Aggressivität hindeuten) erfüllen die regressiven Anforderungen der Situation nicht und wecken deshalb negative Empfindungen, Gefühle und / oder Haltungen auf Seiten des Personals - ein Prozess dem sich beide Seiten mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht bewusst sind.

Unsere weiteren Studien werden sich auch auf die Beziehung zwischen Copingstrategien und Abwehrmechanismen konzentrieren. Beide Konstrukte sind wichtig für das Verständnis der Bewältigung schwerer Krankheiten. Ein besseres Verständnis der Abwehrstruktur eines Patienten könnte helfen, besser für ihn zu sorgen. Aber noch scheint es zu früh, um empirisch fundierte Ratschläge für psychotherapeutische Intervention zu geben. Ob KMT Patienten von einem psychosozialen Interventionsprogramm profitieren, wird derzeit in einer laufenden Studie geprüft (Gulke et al., 2000).

Literatur

- Andrykowski, M. A. (1994). Psychosocial factors in bone marrow transplantation: a review and recommendations for research. *Bone Marrow Transplantation*, 13:357-375.
- Andrykowski, M. A. & McQuellon, R. P. (1998). Bone marrow transplantation. In

- Psycho-oncology*, ed. J. C. Holland. New York, Oxford: Oxford University Press, 1998, pp. 289-299.
- Atkinson, K., Editor (1994). *Clinical bone marrow transplantation: a reference textbook*. Cambridge: University Press.
- Beutel, M. (1988). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.
- Brown, H. N. & Kelly, M. J. (1976). Stages of bone marrow transplantation: a psychiatric perspective. *Psychosomatic Medicine*, 38:439-446.
- Burgmeier, R., Denzinger, R., Körner, M., Mishara, a., Tschuschke, V. & Vauth, R. (1991). Deutsche Übersetzung und Überarbeitung der „Klinischen Ratingskalen für Abwehrmechanismen (Defense Mechanisms Rating Scales – DMRS)“ von J. C. Perry: *PPMP, Disk Journal* Vol 2/1 (41) 243-244.
- Denzinger, R. J. (1995). *Abwehr und Coping bei erwachsenen Leukämiepatienten unter Knochenmarktransplantation*. Dissertation (Dr. hum. biol.), Universität Ulm, Klinikum. Unpublished.
- Forman, S. J., Blume, K. G. & Thomas, E. D., Editors (1994). *Bone marrow transplantation*. Boston: Blackwell Scientific Publications.
- Franke, G. H. (1996). SCL 90-R: Symptom-Check-Liste Selbstbeurteilungs-Skala (S) von L.R. Derogatis. In *Internationale Skalen für Psychiatrie*, ed. C. I. P. S. Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft, 1996, pp. 161-167.
- Gaus, E. & Köhle, K. (1990). Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei körperlichen Erkrankungen. In *Uexküll - Psychosomatische Medizin*, ed. R. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, T. v. Uexküll & W. Wesiack München: Urban & Schwarzenberg, 1990, pp. 1135-1151.
- Gaus, E., Köhle, K., Koch, U., Beutel, M. & Muthny, F. A. (1996). Organersatz und Transplantation - Beispiel: die Behandlung der chronischen terminalen Niereninsuffizienz. In *Uexküll - Psychosomatische Medizin*, ed. R. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, T. v. Uexküll & W. Wesiack München: Urban & Schwarzenberg, 1996, pp. 1206-1223.
- Gitzinger, I. (1993). Defense styles in eating disorders. In *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives*, ed. U. Hentschel, G. J. W. Smith, W. Ehlers & J. G. Draguns. New York Berlin Heidelberg: Springer, 1993, pp. 404-411.
- Grulke, N., Bailer, H., Larbig, W., Prudlo, U., Domann, U. & Kächele, H. (2000). Supportive psychotherapeutic interventions for patients with leukemia undergoing allogeneic stem cell transplantation. First results of a randomized and controlled study (abstract #308). *Psycho-Oncology*, 9:S77.
- Hentschel, U., Smith, G. J. W., Ehlers, W. & Draguns, J. G., Editors (1993). *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives*. New York Berlin Heidelberg: Springer.

- Kächele, H. (1998). Abschlußbericht zum DFG-Projekt KA483/2-4 "Die Knochenmarktransplantation - Langzeitstudie zur somatischen und psychosozialen Rehabilitation". Ulm: Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Ulm, 1998.
- Kächele, H., Arnold, R., Novak, P., Bergerhoff, P., Hertenstein, B., Paul-Hambrink, B., Schwilk, C. & Simons, C. (1988). Die Knochenmarktransplantation - Folgen und Chancen. Langzeitstudie psychosozialer Aspekte. Arbeitsbericht 1986-1988. Ulm: Universität Ulm - Klinikum, Abteilung Psychotherapie, 1988.
- Kächele, H., Grulke, N. & Bailer, H. (2001). Psycho-Soziale Aspekte der KnochenMark-Transplantation. Fünfzehn Jahre und kein Ende einer geglückten Kooperation zwischen einer somatischen und einer psycho-sozialen Arbeitsgruppe! Ulm: Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin, Universitätsklinikum Ulm, 2001.
- Köhle, K., Gaus, E. & Waldschmidt, D. (1996). Krankheitsverarbeitung und Psychotherapie nach Herzinfarkt - Perspektiven für ein biopsychosoziales Behandlungskonzept. In *Uexküll - Psychosomatische Medizin*, ed. R. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, T. v. Uexküll & W. Wesiack München: Urban & Schwarzenberg, 1996, pp. 798-809.
- Küchenhoff, J. (1993). Defense mechanisms and defense organizations: Their role in the adaptation to the acute stage of Crohn's Disease. In *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives*, ed. U. Hentschel, G. J. W. Smith, W. Ehlers & J. G. Draguns. New York Berlin Heidelberg: Springer, 1993, pp. 412-423.
- Neuser, J. (1989). *Psychische Belastung unter Knochenmarktransplantation*. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Patenaude, A. & Rapoport, J. M. (1982). Surviving bone marrow transplantation: The patient in the other bed. *Annals of Internal Medicine*, 97:915-918.
- Perry, J. C., Kardos, M. E. & Pagano, C. J. (1993). The study of defense in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS). In *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives*, ed. U. Hentschel, G. J. W. Smith, W. Ehlers & J. G. Draguns. New York Berlin Heidelberg: Springer, 1993, pp. 122-132.
- Rowland, J. H. (1989). Intrapersonal resources: Coping. In *Handbook of psychooncology - Psychological care of the patient with cancer*, ed. J. C. Holland & J. H. Rowland. New York, Oxford: Oxford University Press, 1989, pp. 44-57.
- Steffens, W. & Kächele, H. (1988). Abwehr und Bewältigung - Mechanismen und Strategien. Wie ist eine Integration möglich? In *Bewältigung und Abwehr - Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*, ed. H. Kächele & W. Steffens. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer, 1988, pp. 1-50.
- Tschuschke, V., Denzinger, R., Gaissmaier, R., Körner, M., Mishara, A. & Vauth, R. (1994). Klinische Ratingskalen für Abwehrmechanismen. Deutsche Version (revidiert

im März 1994) der Defense Mechanism Rating Scales (DMRS), 5. Auflage, revidiert Mai 1990, von J. Christopher Perry. Ulm: Abteilung Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, 1994.

Tschuschke, V., Weber, R., Oberegelsbacher, H., Denzinger, R., Anbeh, T., Dirhold, S. S., Kühn, A. & Kächele, H. (2002). Das Verhältnis von Abwehr und Coping bei unterschiedlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11:73-82.