

Kächele H, Bailer H, Grulke N (2006) **Psychoanalytische Aspekte der Bewältigung von Knochenmarktransplantation: welche Rolle spielt die Abwehr.** In: *Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg) Psycho-Onkologie Perspektiven heute. Pabst, Lengerich, S 143-151*

Horst Kächele, Harald Bailer, Norbert Grulke,

Psychoanalytische Aspekte der Bewältigung von Knochenmarktransplantation: welche Rolle spielt die Abwehr

Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin,
Universitätsklinikum Ulm

Zusammenfassung

Ziel dieses Beitrages 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

Unsere Beschäftigung mit dem Feld der Knochenmarktransplantation begann im Jahre 1985. Damals suchten Kollegen der Ulmer Abteilung Hämatologie unseren Rat wegen eines psychosozialen Problems ihrer Klientel. Sie trafen immer wieder auf Patienten, die obwohl somatisch von einer ansonsten fatal endenden Erkrankung als geheilt gelten durften, sich sehr schwer taten, in einen normalen Alltag zurück zu finden. Als wir uns mit den Einzelheiten der komplizierten Prozedur auseinandersetzen, traf eine Prozedur mitten in unser naiv-sentimales Herz. Die Patienten mussten sich einer Konditionierung unterziehen; hinter dem harmlos klingen Wort stand die "supra-letale Bestrahlung" - notwendig zur Eliminierung der kanzerösen Zellen im Knochenmark. Die uns unvertraute Prozedur löste Schreckensbilder von Tortur und Folter aus, von extreme Affekten von Todesangst, von Vernichtung.

Wir hatten, was uns als Psychoanalytiker bald klar wurde, eine starke Übertragungsreaktion, die uns als Arbeitsgruppe zuerst zögern liess, ein Einladung zur Kooperation anzunehmen. Dann jedoch begannen wir mit einer katamnestischen Untersuchung jener 36 Patienten in in den letzten Jahren in Ulm transplantiert worden waren und überlebt hatten (Steffens, Paul-Hambrink et al. 1988). Bei der Präsentation der geplanten Studie im Rahmen der Antragsstellung des Sonderforschungsbereich 129 waren die nicht-psychoanalytischen Gutachter sehr besorgt, wir könnten möglicherweise durch unsere dynamische Interviewtechnik unbewusstes konflikthafte Material evozieren und das seelische Gleichgewicht der Patienten nachhaltig stören. Nun, die Interviewerin, die alle 36 Interviews durchführte (Dipl. Psych. C. Simons) war klinisch erfahren und behutsam genug, dass wir keinen schädlichen Auswirkungen registrieren mussten. Inzwischen blicken wir auf ein langjähriges Ulmer Forschungsprogramms (Kächele et al., 2001) über die psychosozialen Langzeitfolgen nach KMT zurück¹, und können die voreiligen Ansichten der Gutachter revozieren.

¹Es 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. Unterschiede in Coping und Abwehr in Abhängigkeit der Erkrankung (Leukämie, Morbus Crohn, Neurose) haben wir auch beschrieben (Tschuschke et al. (2002). Gegenwärtig untersuchen wir in einem prospektiven Design die Möglichkeiten der Intervention in der Akutphase der KMT (Gulke et al 2000).

Was muss ein Patient und seine Angehörigen sich klar machen, wenn eine Knochentransplantation ansteht?

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 neben unspezifische Stressoren, wie sie auch bei anderen Krebserkrankungen vorkommen, zusätzlich 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 Umgebung², 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.

Ohne Frage dies ist eine Situation, die an Körper und Seele größte Herausforderungen stellt. Unsere klinische und wissenschaftliche Arbeit richtet sich seit vielen Jahren nicht nur auf Bewältigung (Coping) -Prozesse, sondern sondiert auch, wie psychoanalytisches Denken zu einem besseren Verständnis der subjektiven und objektiven Phänomene in dieser Arena beitragen kann. Der beste Kandidat für eine psychoanalytische Perspektive ist das Konzept der Abwehr. Zwar ist Bewältigung in Jedermann's Munde, was naheliegt. Reale

²(zum Zeitpunkt der Datenerhebung für die vorliegende Studie befanden sich die Patienten noch in life islands, heute wird meist die sogenannte Umkehrisolation bevorzugt.)

Lebenskrisen verlangen nach Bewältigungsmechanismen. Aber macht es Sinn von Abwehr zu sprechen, macht es Sinn über unbewusste Mechanismen zu sprechen, die gemeinhin 'Triebabkömmlinge' in Schach halten sollen?

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. So scheint es nicht überraschend, dass die Bedeutung von Abwehrprozessen für das Zurechtkommen mit lebensbedrohenden und chronischen Erkrankungen bereits in vielen Studien aufgezeigt wurde³. Im Allgemeinen scheint angesichts einer chronischen, malignen oder vital bedrohlichen Erkrankung dabei Verleugnung den prominentesten Abwehrmechanismus darzustellen (Beutel, 1988; Gaus und Köhle, 1990). Allerdings wurden im Zusammenhang mit KMT Abwehrmechanismen bisher fast nur kasuistisch dokumentiert⁴.

Unsere erste retrospektive Studie konnte uns nur Auskunft geben, über Abwehrmuster nach einer KMT. Im Rahmen der dann folgenden propektiven

³insbesondere 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)

⁴Brown 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.

Studie konnten Abwehrmechanismen in einem semi-strukturierten Interview nach dem Informed Consent kurz vor Durchführung der KMT beobachtet werden.

Methode

Abwehrprozesse, die als unbewusst konzipiert sind, können angemessen nur durch Fremdeinschätzungen erfasst werden (Hentschel et al., 1993, 2004). 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)⁵.

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, 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

⁵Unsere Ergebnisse basieren zum Teil auf der gleichen Datenbasis wie die Arbeit von Tschuschke et al. (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.

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.

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 Minuten⁶.

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 Fantasien⁷.

⁶Kodierung: 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 einen bestimmte Abwehrebene wird als Mittelwert der Scores der zu dieser Ebene gehörigen Abwehrmechanismen berechnet. Das Rating erfolgte mit befriedigender Interrater-Reliabilität (Denzinger, 1995).

⁷Die Scores für einzelne Abwehrmechanismen, Abwehrebene und der Gesamtabwehrescore (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 dann mit komplexen statistischen Techniken, inwieweit Patienten über eine “ähnliche” Abwehr verfügen⁸.

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.

⁸Damit interkorrelierende Abwehrmechanismen nicht übergewichtet werden, unterzogen wir die Scores zunächst einer Hauptkomponentenanalyse (4 Faktoren nach dem Eigenwertkriterium, 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.

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.

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. 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.

Fazit

Wir können derzeit 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.

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 (Grulke et al., 2000).

Die Abwehr als psychoanalytisches Konzept kann eine zur Bewältigung ergänzende Perspektive liefern. Die umfangreiche Literatur zur Abwehr, die Hentschel et al. (2004, S.V) erneut zusammengefasst haben, zeigt, dass das Abwehrmechanismen zu den am meisten verifizierbaren Konzepten der Psychoanalyse gehören. Und ein leidenschaftlicher Kritiker der Psychoanalyse, der das wunderbare Buch geschrieben hat. "Fact and Phantasy in Freudian Theory"

(1981), sagt in seinem posthum erschienenen Beitrag zu Hentschel's Handbuch: "DEFENSE HAS STOOD THE TEST OF TIME" (Kline 2004).

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: 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.
- Gardner, G. G., C. S. August, et al. (1977). "Psychological issues in bone marrow transplantation." *Pediatrics* 60: 625-631.
- 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.
- Hentschel, U., G. Smith, Ehlers, W. & Draguns, J. G, Eds. (2004). Defense mechanisms, Theoretical, research and clinical perspectives. Amsterdam, Elsevier.
- 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). PsychoSoziale Aspekte der KnochenMarkTransplantation. Fünfzehn Jahre und kein Ende einer geglückten Kooperation zwischen einer somatischen und einer psycho-sozialen Arbeitsgruppe! Ulm: Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin, Universitätsklinikum Ulm, 2001.
- Kline, P. (1981). Fact and Fantasy in Freudian Theory. London, Methuen.

- Kline, P. (2004). A critical perspective on defense mechanisms. Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives. Henschel. Amsterdam, Elsevier: 43-54.
- 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.
- Steffens, W., B. Paul-Hambrink, et al. (1988). Zur langfristigen Bewältigung der Knochenmarktransplantation - Methode und kasuistische Illustration. *Bewältigung und Abwehr - Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*. H. Kächele and W. Steffens. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Springer: 189-221.

- 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.

Korrespondenzanschrift:

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum
Ulm, Am Hochstraess 8, D-89081 Ulm
E-mail: horst.kaechele@uni-ulm.de