

E. HEIM, K.-F. AUGUSTINY, A. BLASER, C. BÜRKI, D. KÜHNE,  
M. ROTHENBÜHLER, L. SCHAFFNER, L. VALACH

## **Bewältigung von Brustkrebs - eine Longitudinale Studie<sup>1</sup>**

### **1. Einleitung**

Es ist eindrücklich festzustellen, wie die Literatur zur Psychoonkologie, also zu den Zusammenhängen von psychosozialen Faktoren mit Karzinomerkrankungen, in den letzten Jahren praktisch ins Uferlose angestiegen ist. Eine kürzlich erschienene Übersicht von Büchern zum Thema Psychoonkologie der Jahre 1975 - 1985 von Koch und Haag (1986) konnte allein 47 Buchtitel auflisten! Auch wenn das Thema auf die Bewältigung der Krebserkrankung, also auf Coping und Karzinom eingeschränkt wird, ist die Zahl der durch die internationalen Literatursuchmaschinen auszumachenden Publikationen enorm. In unserer eigenen kumulativen Erfassung sind es über 200 Zeitschriftenartikel (von über 800 Copingartikeln insgesamt!). Nach Inhaltsbereichen gegliedert, befaßt sich fast die Hälfte der Forschung mit Karzinomerkrankungen der weiblichen Brust. Es sind wohl verschiedene Gründe, die zu dieser einseitigen Forschungsausrichtung geführt haben. Zum einen ist die weibliche Brust ein symbolträchtiges Organ, das in unserer Kultur hoch gewertet wird, dies hat auch dazu geführt, daß in der Öffentlichkeit die Bedeutung des Brustkrebses bevorzugt diskutiert wird. Zum andern ist aber der Brustkrebs nach wie vor das häufigste weibliche Malignom mit einer Inzidenz von 60-80 Neuerkrankungen pro 100.000 / Jahr, resp. mit einer Mortalitätsrate von 36 pro 100.000 / Jahr. Auch hat sich gezeigt, daß die unterschiedlichen Therapieverfahren letztlich noch nicht zu einer Eindämmung der Krankheit geführt haben. Das Bedürfnis, genauer zu erfassen, in welcher Weise psychosoziale Faktoren auf den Verlauf einwirken, ist somit auch aus dieser Sicht gerechtfertigt.

Die Flut der Publikationen konnte jedoch nicht verhindern, daß es verschiedene kritische Einwände gegenüber der Copingforschung gibt. Ein Teil dieser Kritik bezieht sich auf die Methodik, ein anderer auf die Konzeptualisierung und ein weiterer auf die inhaltliche Einschrän-

---

<sup>1</sup>Unterstützt durch den Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung: Gesuche Nrn 3.858-0.83 und 3.944-0.87

kung. Zur Methodenkritik haben sich kürzlich Stegie und Mödinger (1986) in einer Analyse der deutschsprachigen Forschungsarbeiten der Jahre 1975-1985 geäußert. Sie konnten aufzeigen, daß über 90 % dieser Untersuchungen als retrospektive Querschnittsanalysen angelegt sind und somit keine Aussagen dazu machen können, wie der Wirkungszusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren einerseits und Krebserkrankung andererseits verknüpft ist. Auch unterscheiden sich die meisten Untersuchungen in ihren Erhebungsmethoden, in den Meßinstrumenten, und häufig fehlt eine genaue Deskription der ausgewählten Patienten resp. des Selektionseffektes. Verallgemeinernde Schlußfolgerungen werden dadurch erschwert.

Die Kritik an der Konzeptualisierung (vgl. dazu etwa Ell 1986; Levy 1986; Burish und Bradley 1983; Felton et al. 1984; Felton und Revenson 1984, Koch 1982) läßt erkennen, daß die Copingforschung in vieler Hinsicht noch in den Kinderschuhen steckt.

Psychosoziale Verlaufsforschung im Krankheitsprozeß von Karzinompatienten muß im wesentlichen auf 3 Beobachtungsdimensionen ausgerichtet sein: auf Art und Ausprägung der krankheitsbedingten Belastungen; auf den Bewältigungsprozeß über Zeit; auf Auswirkungen der Bewältigung auf die allgemeine psychosoziale Anpassung.

Die wenigsten uns zugänglichen Untersuchungen haben in systematischer Weise alle drei Dimensionen in ihre Beobachtung aufgenommen und sie entsprechend interpretieren können. Die an sich geringe Zahl psychosozialer Verlaufsforschungen bei Krebspatienten sind entweder deskriptiv auf die Charakterisierung der einzelnen Krankheitsphasen oder empirisch auf die Bedeutung des Bewältigungsprozesses hinsichtlich des somatischen Krankheitsverlaufs (z. B. Überlebensdauer) ausgerichtet (vgl. Zusammenstellung in Heim 1987).

In einer deskriptiven Studie unterscheidet Schain (1976) folgende psychosozialen Verlaufsphasen:

1. Vorausgehende Ängste und Phantasien
2. Entdecken von Knoten und Brustveränderungen
3. Ärztliche Abklärung
4. Biopsie und mögliche Mastektomie
5. Eigentliche Ablatio
6. Postmastektomie, Hospitalisation
7. Rekonvaleszenz nach Spitalentlassung, Rehabilitation
8. Zusätzliche therapeutische Verfahren

- 9. Erfolgreiche Wiedereingliederung
- 10. Rekonstruktive Mammaplastik nach ca. 1 Jahr
- 11. Metastasierung, Rückfall

Jeder dieser Phasen werden ganz besondere psychologische Umstände und entsprechende Konsequenzen im Zusammenleben mit dem sozialen Umfeld zugeschrieben. Es wird klinisch dargestellt, in welcher Weise psychologisch die somatische Abklärung und allfällige operative Eingriffe für den Patienten von großer Bedeutung sind. Weisman (1977) unterscheidet 4 Hauptphasen, die im Coping mit der Krankheit zu unterscheiden sind:

- 1. Eine existentielle Krise mit besonderer Angst hinsichtlich Diagnose und weiterer Akzeptation von Krankheit und Verlauf.
- 2. Akkomodation, im Anschluß an die Initialbehandlung mit Wiedergewinnen eines psychosozialen Gleichgewichtes in der Alltagsroutine.
- 3. Früher oder später Rezidiv: Besonders mit der Furcht verbunden, nicht mehr wiederzugesunden, und entsprechender Ambivalenz zwischen Bekämpfen der Krankheit und resignativem Aufgeben.
- 4. Verschlimmerung und Tod, mit zunehmender Abhängigkeit von Betreuern und mehr oder weniger passiv-resignativem Sichergeben in das Sterben.

Andere Autoren haben sich zur Auswirkung auf die Arbeitssituation (Feldman 1978; Gordon et al. 1980), zu den Konsequenzen für das Familienleben und zu den psychologischen Veränderungen über die Zeit insgesamt geäußert.

Es gibt viele Gründe der Machbarkeit, warum longitudinale Studien mit psychosozialer Zielsetzung bei Krebskranken eher die Ausnahme sind: Viele Patienten sind mit ihrer Krankheitssituation vollauf beschäftigt und zeigen wenig Bereitschaft, sich zusätzlich für Forschung zur Verfügung zu stellen. Teilweise sind sie bereits in größeren somatischen follow-up-Studien (z. B. in bezug auf Chemotherapie) einbezogen, so daß Betreuern und Patienten entweder die Motivation oder die zeitliche Flexibilität für weitere Untersuchungsanteile abgeht. Mobilität und Erreichbarkeit der nach Hause entlassenen Patienten sind ein weiteres Hindernis. Schließlich ist auch die Belastung der Untersucher selbst, sich über Jahre mit potentiell terminal Kranken intensiv einzulassen, zu beachten.

Trotz dieser zu erwartenden Erschwernisse schienen uns die oben gestellten Fragen zu bedeutsam, als daß man ihnen auf die Dauer ausweichen darf. Nach einigen Jahren der theoretischen Vorbereitung unserer Modellvorstellungen (Heim 1979; Heim, Augustiny, Blaser 1983; Heim 1986, 1987) haben wir eine Studie an Patientinnen mit Brusterkrankungen in Angriff genommen, die nun im 4. Jahr läuft, und deren erste Ergebnisse hier berichtet werden sollen. Diese Untersuchung vermag naturgemäß den oben erwähnten kritischen Einwänden auch nur z. T. gerecht zu werden. Sie strebt aber eine langfristige Prozeßanalyse an, die durch intensive Einzelfalluntersuchung ergänzt wird. Dabei sollen Fragen der Variabilität und Flexibilität des Copingprozesses, sowohl intraindividuell wie intergruppal angegangen werden. Ferner interessiert uns, ob unterschiedlich bedrohliche Krankheiten am gleichen Organ (weibliche Brust) gleichartig oder verschieden bewältigt werden. Hauptsächlich möchten wir untersuchen, wie sich der Copingprozeß über Zeit verändert und wie die Wechselwirkung auf das subjektive Befinden, auf die Compliance in der medizinischen Betreuung und die allgemeine soziale Anpassung ist und ob der weitere somatische Krankheitsverlauf davon beeinflußt wird. Im vorliegenden Bericht werden nur deskriptive Ergebnisse in bezug auf die ersten Krankheitsphasen wiedergegeben.

## 2. Methodik

Die Zielpopulation schließt einerseits Karzinom- andererseits Patientinnen mit gutartiger Brusterkrankung, nämlich Mastodynie (n = 24) und Mastopathie (n = 52) ein. Mastodynie-Patientinnen zeichnen sich bekanntlich durch lokalisierte Schmerz- und Spannungszustände der Brust aus, für die kein morphologisches Korrelat festzustellen ist. Die Mastopathie (meist als mastopathia fibrosa und cystica) zeichnet sich durch eine lokalisierte gutartige Veränderung der Gewebsstruktur aus. Klinisch und histologisch ist allerdings die Unterscheidung der beiden erwähnten gutartigen Erkrankungsformen nicht einfach. Ein Hauptmotiv, sich der ärztlichen Untersuchung zu stellen, ist eine explizit oder implizit vorgebrachte Befürchtung, evtl. an Brustkrebs zu leiden. Diese Patientinnen wurden in der Senologie-Sprechstunde der Universitäts-Frauenklinik Bern anläßlich ihrer Erstkonsultation kontaktiert.<sup>2</sup> Der Anteil jener Patientinnen, die die Teilnahme an der Studie verweigerten, war gering (unter 10 %).

Als Haupt-Zielgruppe wurden Patientinnen mit diagnostiziertem Mammakarzinom (n = z. Zt. 58) in die Studie einbezogen. Diese Pa-

---

<sup>2</sup>Wir danken der Direktion und den Mitarbeitern der Universitäts-Frauenklinik Bern, insbesondere Herrn Prof. Dreher, für die jahrelange wertvolle Unterstützung des Projektes.

tientinnen konnten erst nach der verifizierten Diagnose, (präoperativ vor Ablatio) erfaßt werden, da der spontane Anteil in der senologischen Sprechstunde nur noch etwa 5 -10 % ausmacht, was die Praktikabilität der prädiagnostischen Erfassung verunmöglichte. Sie wurden im Hinblick darauf kontaktiert, daß eine mehrjährige prospektive Studie ihrer Krankheitsbewältigung vorgenommen werden soll. Auch hier war die Kooperationsbereitschaft groß (Anteil der Verweigerer unter 10 %). Hinsichtlich der Diagnose handelt es sich somit nur beschränkt um eine "bedingt prospektive Studie", da nur die beiden Vergleichsgruppen mit benigner Erkrankung zur Zeit des Erstkontaktes im Hinblick auf die definitive Diagnose noch im ungewissen waren. Diese Ausgangslage ermöglicht es aber umgekehrt, Copingstrategien von Patientinnen mit gesicherter Krebsdiagnose jenen von Patientinnen gegenüberzustellen, die mit wechselnder Wahrscheinlichkeit vermuteten, an Krebs erkrankt zu sein.

Die nach dem internationalen TNM-Nomenklatursystem durch die verantwortlichen Gynäkologen vorgenommene Stadienzuteilung bestätigt, daß die Patientinnen in der senologischen Sprechstunde in sehr unterschiedlichen Krebsstadien erstmals erfaßt werden. Der Großteil der Kranken hat einen lokalisierten Primärtumor, einige zeigen bereits Lymphknotenbefall, andere gar Metastasierung. Auch im weiteren somatischen Verlauf sind ganz unterschiedliche Prozesse zu erwarten.

Die nach wie vor laufende prospektive Studie (die ersten Patientinnen haben das 4. Beobachtungsjahr erreicht) sieht in den 3 Gruppen unterschiedliche Meßzeitpunkte vor:

Mastodynie (MD): Einmalige Untersuchung anlässlich der senologischen Abklärung (T1); die rein funktionellen Beschwerden verlangen nach keiner somatischen Nachkontrolle, so daß auch psychosozial die Patientinnen nicht weiter untersucht wurden.

Mastopathie (MP): Psychosoziale Untersuchung nach 6 - 12 Monaten und einem weiteren Jahr (T1 - T11), z. T. parallel zu der somatischen Nachkontrolle.

Karzinom (CA): Prä- und postoperativ (T2 resp. T3) und fortan 3-monatlich bis vorerst Ende 2. Verlaufsjahr (T2-T11) und dann halbjährlich (T12-TX). Bei Komplikationen im somatischen Verlauf, insbesondere in der terminalen Phase, werden die Beobachtungen öfters, je nach Situation und Bedürfnis der Patientinnen durchgeführt. Die

Abb.1 gibt einen Überblick über den Studienverlauf (siehe nächste Seite).

**Problemanalyse → F**

**Zupacken → C**

**-6.0  
P**

**Zuwendung**

**8 Emotionale Entlastung**

**4 Akzeptieren-Stoizismus**

**7 ← Dissimulieren**

**Berner Bewältigungsformen (BEFOS)      MDS-Lösungen in 3 Dimensionen:  
Carzinom-Gruppe   T3 (Post-Operation)   Dimension I versus Dimension II**

**Stimulus Configuration:   Dimension I (Horizontal vs Dimension 2 (Vertical)**

**MD = Mastodynie-Gruppe**

**MP = Mastopathie-Gruppe**

**CA = Carcinom-Gruppe**

## **Abb. 1: Überblick Studienverlauf**

### *1. Berner Bewältigungsformen (BEFO) (Tab. 2)*

Bei den Berner Bewältigungsformen handelt es sich um ein Fremd-Einstufungsverfahren zur Erfassung emotionaler, kognitiver und behavioraler Aspekte im Krankheitsverlauf. Es liegt in 2 Formen vor: einer 5-stufigen Ratingform und einer offenen Rankingform. 26 Kategorien erfassen die oben erwähnten Bewältigungsprozesse und erlauben insbesondere ihre differenzierte Beschreibung über Zeit. Zu den Berner Bewältigungsformen liegt ein ausführliches Manual vor (Heim et al. 1986). (Eine Selbstbeurteilungsform ist in Vorbereitung). (Tab. 2: siehe übernächste Seite) In der psychosozialen Erfassung der Patientinnen wurden die Beobachtungskriterien mit folgenden Instrumenten erhoben:

---

### **Tab. 1: Überblick Beobachtungskriterien (erstes Jahr)**

---

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Interview	(CA)CA MP MD		CA	CA	CA MP	CA	CA
Berner Bewältigungsformen (BEFOS)							
Rating oder Ranking durch den Interviewer. 26 Skalen	(CA)CA MP MD		CA	CA	CA MP	CA	CA
Streßverarbeitungsbogen (SVF)							
Ratings, ausgefüllt durch Patienten. 114 Items = > 19 Skalen.	(CA)CA MP MD		CA	CA	CA MP	CA	CA
Allgemeine Befindlichkeit (Bf-S)							
Adjective Checklist, ausge- füllt durch Patienten. 25 Items = > 1 Skala.	(CA)CA MP MD		CA	CA	CA	CA	CA
Soziale Anpassungsskala (SAS)							
Rating durch den Interviewer. 14 Items	(CA)CA MP MD		CA	CA	CA MP	CA	CA
Compliance (Compl)							
18 Ratingskalen, ausge- füllt durch Pflegepersonal während Klinikaufenthalt			CA				
Individuelles Coping (Grid)							
Kelly's Repertory Grid Computer unterstützt. Ge- meinsam durchgeführt von Patienten und Interviewerin.	CA MP MD						

---



---



**Tab. 2: Beispiele BEFOS**

Berner Bewältigungsformen (BEFOS)

Ausgewählte Beispiele:

(H= Handlungsbezogen, K= Kognitionsbezogen, E= Emotionsbezogen)

	H1				
Ablenkendes					
Anpacken					
Vertraute Tätigkeit i.S. der Ablenkung					
"Ich stürze mich in die Arbeit, um die	0	1	2	3	
Krankheit zu vergessen".	4				
	nicht vorhanden	gering	mäßig	stark	sehr stark
	H7				
Zupacken					
Krankheitsbezogene Informationssuche.					
Inanspruchnahme von Hilfe. Kooperation in Abklärung und Therapie:					
"Was ich unternehme, wie ich mit-	0	1	2	3	4
mache, davon hängt jetzt vieles ab."	4				
	nicht vorhanden	gering	mäßig	stark	sehr stark
	H8				
Zuwendung					
Bedürfnis erfüllt, sich auszusprechen,					
angehört zu werden, Beistand zu haben:					
"Bisher hat es immer jemand gegeben,	0	1	2	3	
der mich angehört/verstanden hat."	4				
	nicht vorhanden	gering	mäßig	stark	sehr stark
	K1				
Ablenken					
Aufmerksamkeit weg von der Krank-					

heit auf etwas anderes lenken:

"Das ist mir im Moment wichtiger die Krankheit."	4	0	1	2	3
	nicht vorhanden	gering	mäßig	stark	sehr stark

### K3

Dissimulieren

Krankheit herunterspielen: Verleugnen,  
bagatellisieren, ignorieren:

"Es ist alles nur halb so schlimm, im Grunde geht es mir gut."	0	1	2	3	4
	nicht vorhanden	gering	mäßig	stark	sehr stark

### K5

Problemanalyse

Kognitive Analyse der Krankheit und  
Ihrer Folgen: Erkennen, abwägen, ent-  
scheiden:

"Ich versuche, mir zu erklären, was überhaupt los ist."	0	1	2	3	4
	nicht vorhanden	gering	mäßig	stark	sehr stark

### E2

Emotionale Entlastung

Entlastender Ausdruck der durch die  
Krankheit ausgelösten Gefühle: Trauer,  
Angst, Wut, Verzweiflung, Niederge-  
schlagenheit, ev. auch Mut, Liebe,

Hoffnung, ausdrücken. "Ich fühle mich so elend, wenigstens das Weinen hilft noch etwas."	0	1	2	3	4
	nicht vorhanden	gering	mäßig	stark	sehr stark

### E5 Passive

Kooperation

Sich anvertrauen: Im Wissen um gute  
Hilfe die Verantwortung an die Be-  
treuer übergeben, sich in guten Händen  
wissen:

"Die wissen schon, was sie tun".	0	1	2	3	4
----------------------------------	---	---	---	---	---

Diese von uns überarbeitete und operationalisierte 5-Punkte-Skala ermöglicht die Einschätzung überwiegend anhand objektiver Daten der sozialen Anpassung in den folgenden Bereichen: Arbeit; Ökonomie; Familie; Außenkontakte. Sie wurde von uns bereits in mehreren Stu-

dien erfolgreich eingesetzt (Heim et al. 1978; Heim 1982; Fuhrmann 1986).

### *Statistische Auswertung*

Die BEFOs wurden bisher in der "offenen Rangreihen"-Version erhoben, d. h. die Beurteiler geben mindestens die 6 wichtigsten BEFOs als Rangreihe von 1 bis 6 (oder weiter) an. Die übrigen BEFOs bleiben unkodiert. Es wird damit ein Urteilsprozeß syndromaler Form nachgebildet. In einem ersten Schritt werden die Häufigkeiten ausgezählt und beschrieben.

In einem zweiten Schritt werden die Zusammenhänge zwischen BEFOs untersucht. Die nichtkodierte BEFOs erhalten den jeweiligen mittleren Rangplatz. Über diese Rangmatrix (26 x n VPn) werden zwischen den BEFOs euklidische Distanzen gebildet (ähnlich der Berechnung der Korrelationsmatrix bei der Faktorenanalyse). Die resultierende 26x26-Matrix wird einer ordinalen multidimensionalen Skalierung unterzogen (ALSCAL-Programm), einem der Faktorenanalyse ähnlichen Verfahren. Wie dort resultiert eine dimensionale Struktur, mit der versucht wird, den Datenzusammenhang der 26 Variablen (BEFOs) in einigen wenigen Dimensionen zu beschreiben. Zur Verdeutlichung des Zusammenhangs werden oft geometrische Darstellungen eingesetzt. Ähnlich der Faktorenanalyse wird diese Struktur dann inhaltlich interpretiert. Zur weiteren Verdeutlichung der geometrischen Struktur haben wir zusätzlich noch Mahalanobisdistanzen der Lösungen berechnet, um die "Outstanding BEFOs", d. h. diejenigen, die aus dem Punkteschwarm hervorstechen, auch empirisch zu eruieren. Dieses Verfahren stützt in den meisten Fällen die Interpretation, die in der Wechselwirkung zwischen klinischem Eindruck - dimensionaler Struktur - geometrischer Darstellung entstanden ist.

### **3. Ergebnisse**

Im folgenden sollen Ergebnisse vorgestellt werden, die sich auf Verlaufsdaten des ersten halben Jahres (T1-T5) beziehen. Es ist dies die Akutphase, die am meisten durch Verunsicherung, dramatische Entscheide, belastende Eingriffe und zehrende Ungewißheit ausgezeichnet ist (Phasen 2 - 6 nach Schain, vgl. oben).

Wir werden den folgenden Fragen nachgehen:

1. Welche Bewältigungsformen (BEFO) werden von den Patientinnen am häufigsten eingesetzt?, wie ist ihre Verteilung?, lassen sich syndromale Muster unterscheiden?, wie groß ist die intraindividuelle Flexibilität (Zahl der BEFO/Zeitpunkt)?
2. Unterscheiden sich die 3 Krankheitsgruppen Mastodynie (MD), Mastopathie (MP) und Karzinom (CA) in ihrem Copingverhalten?
3. Welche Verlaufsänderungen sind innerhalb des ersten halben Jahres festzustellen?

Noch nicht berücksichtigt sind abhängige Kriterien wie Befindlichkeit, soziale Anpassung, Compliance oder somatischer Verlauf. Die Auswertung während der weiteren Verlaufsphasen erfolgt laufend, nachdem einmal alle Patientinnen der Studie (CA-Patientinnen n = 60) den entsprechenden Meßzeitpunkt erreicht haben.

### *1. Häufigkeiten und Verteilung der BEFO*

Das Vorkommen kann entweder als binäre Zuteilung (vorhanden/nicht vorhanden) oder als gewichtete Rangfolge ausgedrückt werden. Beide Verfahren haben die gleiche Rangordnung ergeben. (siehe Tab.3)

**Tab. 3: Berner Bewältigungsformen (BEFOS) Häufigkeiten:**

Ränge (R) und Mittlere Ränge (MR) der Häufigkeiten. Cutpoint 11.5					
Karzinom		T3		T5	
R	MR	R	MR	R	MR
1 Zuwendung	7.9	1 Zuwendung	6.1	1 Zuwendung	8.9
2 Problemanalyse	10.1	2 Akzeptieren-Stoizismus	10.9	2 Problemanalyse	9.9
3 Zupacken	10.5	3 Problemanalyse	11.1	3 Ablenken	11.1
4 Akzeptieren-Stoizismus	10.9			4 Ablenkendes Anpacken	11.3
5.Haltung bewahren	10.9				
Mastopathie		T3		T5	
R	MR			R	MR
1 Problemanalyse	6.5			1 Problemanalyse	6.5
2 Zuwendung	9.6			2 Passive Kooperation	9.5
3 Zupacken	10.4			3 Zupacken	10.1

4 Ablenken	10.7	4 Zuwendung	10.3
5 Dissimulieren	11.0		
Mastodynie T1			
<u>R</u>	<u>MR</u>		
1 Problemanalyse	6.3		
2 Zuwendung	8.0		
3 Ablenken	9.8		
4 Rumination	9.8		
5 Akzeptieren			
Stoizismus	11.0		
6 Dissimulieren	11.3		

Abb. 2 (siehe nächste Seite) gibt einen Überblick der Rangfolge jener BEFO, die bis zum Rangmittelwert von 12 erhoben wurden. Zwei der BEFO sind in allen Situationen beobachtet worden:

*Zuwendung* und *Problemanalyse*: Es sind dies ubiquitär eingesetzte Copingformen, die meist auch die höchsten Rangwerte aufweisen. Während *Problemanalyse* selbstredend in den meisten Belastungssituationen zentral ist, scheint *Zuwendung* schon in bezug zur Schwere der Krankheitssituation zu stehen. Ebenfalls fast in allen Situationen kommen vor: *akzeptieren*, *zupacken*, *ablenken*, (resp. *ablenkendes Anpacken*) und *dissimulieren*.. Diese 6 BEFO sind wohl als Grundstrategien zu verstehen, die in den meisten von uns beobachteten Krankheitssituationen in wechselnder Reihenfolge vorkommen. Unter ihnen ragen einzig, wie erwähnt, *Zuwendung* und *Problemanalyse* konstant heraus. Die Rangordnung wird in dieser Form auch in dem Histogramm (Abb. 2-6) bestätigt. (Abb. 3 siehe übernächste Seite)

Nur aus diesen Abbildungen wird ersichtlich, welche BEFO praktisch nicht verwendet werden. Hierzu sind Aussagen, die das ganze Kollektiv betreffen, schon schwieriger, da es erhebliche und spezifische Gruppenunterschiede gibt, auf die wir noch zurückkommen werden. Unter 1 % der Nennungen fallen nur BEFO der beiden benignen Krankheitsgruppen wie *relativieren*, *Wut ausleben*, *Selbstbeschuldigung*, *Resignation*, *Auflehnung*, *aktives Vermeiden*. Die Karzinomgruppe dagegen hat das gesamte Spektrum der 26 angebotenen BEFO ausgeschöpft.

Während die Rangfolge und Häufigkeitsverteilung etwas über das absolute Vorkommen aussagen, müssen wir auch ein Maß dafür finden, wie die verschiedenen BEFO zu Mustern verbunden sind. Dazu eignet sich die Multidimensionale Skalierung (MDS) besonders, wie erwähnt

ein Verfahren, das die Distanzen der BEFO in einem virtuellen mehrdimensionalen Raum wiedergibt. Die mehrdimensionale Darstellung von BEFOs mittels ALSCAL-Verfahren ergibt einen zentral gelagerten Schwarm von BEFOs und einige extrem gelagerte Werte. In der Interpretation sehen wir von diesen zentralen Werten ab und betrachten die extrem verteilten BEFO, die auch Polaritäten aufzeigen. Beispielhaft ist die Darstellung auf Abbildung 4, (siehe übernächste Seite) woraus ersichtlich ist, daß einzelne Werte sich deutlich vom Schwarm abheben und so zur Charakterisierung der Dimension (hier I und II) wesentlich beitragen. Die festgestellten dimensional Lösungen sind entweder unipolar oder bipolar.

**Abb. 2: Häufigkeiten der BERNER Bewältigungsformen  
(BEFOS)**



**Abb. 3: Häufigkeiten der BERNER Bewältigungsformen  
(BEFOS) bei T5**

#### Abb. 4: Beispiel der geometrischen Darstellung der multidimensionalen Skalierung (MDS)

Bei den unipolaren Dimensionen (z. B. Dimension I der Krebspatienten, vgl. Tab. 4) tragen alle hier genannten Bewältigungsformen zur Charakterisierung der jeweiligen Subgruppe bei. In der bipolaren Lösung sind gegensätzliche Paarungen (die einen gewissermaßen mit negativen Vorzeichen) einander gegenübergestellt (z. B. in Dimension III T5 der Karzinompatienten: der eine Teil der hier erfaßten Patienten ist durch *Dissimulieren* (resp. geringe *Problemanalyse*), der andere Teil umgekehrt durch *Problemanalyse* (resp. geringes *Dissimulieren*) charakterisiert.

Wie aus der Zusammenstellung der Tab. 4 hervorgeht, sind *Problemanalyse* und *Zuwendung*, noch unterstützt von *Zupacken*, auch in der Typisierung der Dimensionen am meisten vertreten. Dies gilt insbesondere für die wichtigste Dimension, nämlich jeweils Dimension I. Verschiedene unten näher diskutierte Bewältigungsformen bestimmen die zusätzlichen Untergruppen von Patientinnen, wie sie jeweils in den Dimensionen II und III zusammengefaßt sind.

---

#### Tab. 4: BEFOS MDS-Lösungen Karzinom-Gruppe:

---

Normalisierte Koordinaten (NK) der wichtigsten BEFOS (Markiervariablen). Cutoff point NK = 1.5. P= Plotsymbol.

##### Karzinom-Gruppe

T2 (Prä-Operation)			T3 (Post-Operation)			T5 (nach 6 Monaten)		
P		NK	P		NK	P		NK
	<u>Dimension I</u>			<u>Dimension I</u>			<u>Dimension I</u>	
P	Zuwendung	3.8	P	Zuwendung	-6.0	P	Zuwendung	3.4
F	Problemanalyse	2.2	0	Zupacken	-1.8	4	Akzeptieren	1.7
							Stoizismus	
0	Zupacken	2.2	F	Problem-analyse	-1.5	7	Dissimulieren	1.6

<u>Dimension II</u>			<u>Dimension II</u>			<u>Dimension II</u>		
4	Akzeptieren Stoizismus	2.5	7	Dissimulieren	-2.5	2	Ablenken	2.5
9	Haltung bewahren	2.1					---versus---	
2	Ablenken	1.7	1			1	Ablenkendes Anpacken	-2.7
	---versus---					M	Valorisieren	-1.7
0	Zupacken	-1.6						
<u>Dimension III</u>			<u>Dimension III</u>			<u>Dimension III</u>		
G	Religiosität	-2.0	4	Akzeptieren Stoizismus	2.0	7	Dissimulieren	1.8
1	Ablenkendes Anpacken	-1.8				F	Problem- analyse	-2.6

In bezug auf die Häufigkeitsverteilung interessiert aber auch, wieviele BEFO von den einzelnen Karzinom-Patienten pro Krankheitssituation durchschnittlich eingesetzt werden. (Abb. 5 steht beispielhaft für T3 da, siehe übernächste Seite). Es zeigt sich, daß bei einem Median von ca. 10 doch individuell recht unterschiedliche Flexibilität festzustellen ist. Von sehr eingegengtem Bewältigen mit nur knapp 4 - 5 BEFO bis zu sehr differenziertem Bewältigen mit gleichzeitig 17 eingesetzten Strategien. Es wird interessant sein, in einem späteren Meßzeitpunkt zu untersuchen, inwiefern diese Flexibilität allein etwas über geeignetes resp. ungeeignetes Coping aussagt.

**Tab. 5: BEFOS MDS-Lösungen MP- und MD-Gruppen:**

Normalisierte Koordinaten (NK) der wichtigsten BEFOS (Markiervariablen). Cutoff point NK = 1.5. P = Plotsymbol.

<u>Mastopathie-Gruppe</u>				<u>Mastodynie-Gruppe</u>			
T1	T5			T1			
P	NK	P		NK	P	NK	
F -3.6	<u>Dimension I</u> Problemanalyse	-4.1	F	<u>Dimension I</u> Problemanalyse	4.6	F	<u>Dimension I</u> Problem-
							analyse
	Zuwendung	-2.0	E	Passive	2.6	P	Zuwendung
	Zupacken	-1.7		Kooperation		2	Ablenken
P -3.0						J	Rumifizieren
0 -2.0							
-1.5							
	<u>Dimension II</u>			<u>Dimension II</u>			<u>Dimension II</u>

7	Dissimulieren	2.2	P	Zuwendung	2.1	7	Dissimulieren
	1.8						
2	Ablenken	2.2		---versus---		2	Ablenken 1.8
	---versus---		0	Zupacken	-1.6		---versus---
0	Zupacken	-1.9				1	Ablenkendes
	-1.8						
M	Valorisieren	-1.7				5	Anpacken
	-1.6						Altruismus
						4	Akzeptieren
	-1.6						Stoizismus
	<u>Dimension III</u>						<u>Dimension III</u>
P	Zuwendung	2.3			J		Rumifizieren -2.2
0	Zupacken	1.6					
	---versus---						
5	Altruismus	-1.9					
E	Passive	-1.7					
	Kooperation						

---

**Abb. 5: Anzahl der Berner Bewältigungsformen (BEFOS)  
bei T3:**

*2. Gruppenunterschiede*

In der Haupt-Dimension I sind 3 Patienten-Untergruppen festzustellen, die sich fast identisch verhalten, unabhängig vom zugrundeliegenden Krankheitsbild. In wechselnder Gewichtung sind *Zuwendung*, *Problemanalyse* und *Zupacken* die hervorstechenden Merkmale der Bewältigung. Es handelt sich hier um eine Art Global-Dimension, die in allen drei Krankheitssituationen bevorzugt wird. Auch in Dimension II gibt es Ähnlichkeiten. Sowohl bei den Karzinom- wie bei den MP-Patienten zeichnet sich je eine Untergruppe mit *Zupacken* aus (bei der MP verbunden mit Selbstaufwertung durch *Valorisieren*). Mit anderen Worten: ein Teil der Patienten verhält sich hier identisch, unabhängig davon, ob sie an einem Karzinom leiden oder an Mastopathie. Sie verhalten sich aktiv bis fordernd (hinsichtlich der ärztlichen Untersuchung) und wollen Diagnose und Konsequenzen genau kennen. Im Gegenpol findet sich je ein mehr ablenkendes oder verleugnendes Verhalten - bei den CA-Patienten noch verbunden mit einer betont gefaßten Einstellung (*Akzeption* und *Haltung bewahren*). Ablenkendes und verleugnendes Verhalten besteht auch in der Mastodyn timer (MD)-Gruppe, hier mit einem Gegenpol, der auf ein aktiv nach außen gerichtetes Bewältigen hinweist (*Aktivität* und *Altruismus*). Erst die dritte Dimension (III) macht eine Untergruppe aus, die sich in den verschiedenen Krankheitsformen deutlich unterscheidet. Für die entsprechenden Krebspatienten scheint eine religiöse Auseinandersetzung, verbunden

mit ablenkender Tätigkeit, das bevorzugte Copingmuster zu sein. Bei den MP-Patienten ist es eine bipolare Lösung, wobei die eine Untergruppe aktiv mit der Krankheitssituation umgeht (*Zupacken*) und auf Unterstützung bedacht ist. Der Gegenpart ergibt sich passiv in die Krankheitssituation (*Passive Kooperation*) und wendet sich anderen zu (*Altruismus*). Interessant ist Dimension III der MD-Patienten, da hier *Rumifizieren* (das schon in Dimension I dieser Patienten enthalten ist) alleine die Dimension ausmacht. Inhaltlich paßt diese BEFO gut zur Krankheit, die bekanntlich als funktionelle Störung durch Schmerzen und Spannungen charakterisiert ist. Diese Beschwerden scheinen aber für die Patienten jeweils Anlaß genug, sich grüblerisch damit auseinanderzusetzen. Ihre subjektive Not ist somit jener vergleichbar, wie sie für Karzinom-Patienten gilt, da zu diesem Zeitpunkt die Mastodynien-Patientinnen noch nicht wissen können, daß sie nicht an Krebs erkrankt sind. Das heißt vermutlich, daß gerade diese grüblerische Verunsicherung auch ein Motiv war, überhaupt den Arzt zur Abklärung der Brustkrankung aufzusuchen, also daß Phantasien über ein mögliches Brust-Karzinom bestanden haben mögen.

Nach einem halben Jahr können die CA- und MP-Patientinnen nochmals verglichen werden. Während in diesen ersten 6 Monaten dramatische Veränderungen eintraten, mit Bestätigung der Krebsdiagnose, mit Verlust der Brust und bei nicht wenigen sehr fordernder Chemotherapie, hat sich bei der MP-Gruppe seit dem beruhigenden Ergebnis der Abklärung im Krankheitsprozeß kaum mehr etwas verändert. Dies zeigt sich für die MP-Patientinnen darin, daß Dimension I *Problemanalyse* und *Passive Kooperation* ausreicht, d. h. nach Klärung der Verhältnisse kann sich dieser Teil der Patienten passiv der ärztlichen Betreuung anvertrauen. Dort, wo eine mögliche Verunsicherung zurückbleibt, wird diese (Dimension II) entweder durch Mobilisieren von *Zuwendung* oder nach wie vor durch aktive Kooperation mit Nachfragen (*Zupacken*) gelöst. Es sind nur noch zwei Dimensionen festzustellen, d. h. die reduzierte Belastung schränkt auch das festgestellte Coping ein. Es gibt nicht mehr viel, was diese Patientinnen belastet und das es zu bewältigen gilt.

Demgegenüber ist die Anpassungsfähigkeit der CA-Gruppe voll gefordert, was sich daran zeigt, daß ihre Copingstrategien breit gefächert bleiben. Wir werden darauf gleich zurückkommen.

Interessant ist auch noch festzustellen, wie sich die Gruppen hinsichtlich der nicht eingesetzten BEFO unterscheiden: Bei den MP spielen *Aktives Vermeiden*, *Resignation*, *Selbstbeschuldigung*, *Relativieren*

kaum eine Rolle. *Relativieren*, d. h. sich mit Kranken zu vergleichen, denen es anscheinend noch schlimmer geht, ist für CA-Patienten wichtig, nicht aber für die gutartigen Störungen. Nach 6 Monaten ist auch das Bedürfnis, sich auf sich selbst zurückzuziehen (*Rückzug*) für MP-Patientinnen kein Thema mehr, ebenso wenig *Auflehnung*, da es ja kaum mehr eine Krankheit gibt, gegen die aufzulehnen sich lohnt. Das Verhalten der Schmerzpatientinnen (MD) ist dem der MP hier sehr ähnlich.

### 3. Veränderungen über Zeit

Wie erwähnt, ist die Studie longitudinal angelegt und wenn immer möglich, sollen die Patientinnen zumindest über 6 Jahre beobachtet werden (die ersten Patientinnen befinden sich im 4. Beobachtungsjahr). Im Vergleich zum potentiellen Krankheitsverlauf sind 6 Monate eine kurze Dauer, aber eben eine entscheidende Phase des akuten Krankheitsprozesses. Es ist zu vermuten, daß nun die einzelnen Patientinnen ihre mögliche Anpassung an die Krankheit (hier konkret an das Mamma-CA) und ihre Folgen vollzogen haben. Wir können somit annehmen, daß eine gewisse intraindividuelle Stabilisierung sich auch im Coping ausdrückt, indem nun nicht mehr so sehr situative als vielmehr persönlichkeitspezifische Muster überwiegen. Die beiden Einflußgrößen (Situation und Persönlichkeit) sind zwar nie scharf voneinander zu trennen, sondern interagieren, wie dies ja auch im transaktionellen Modell ausgedrückt wird. Wir wollen den Zeiteinfluß anhand der CA-Gruppe näher analysieren:

Wie schon erwähnt, gibt es eine Art von Grund-Coping-Muster, das aus *Zuwendung*, *Problemanalyse* und *Zupacken* besteht. Es findet sich präoperativ (T2) wie unmittelbar postoperativ (T3). Nach einem halben Jahr (T5) ist *Zupacken* in keiner Dimension mehr, *Problemanalyse* nur noch in Dimension III als Gegenpol zu *Dissimulieren* festzustellen. Nur *Zuwendung* bleibt zentral. Dies zeigt sich auch in der Rangreihenfolge der Verteilung (Tab. 3). Überhaupt überwiegen nach 6 Monaten Bewältigungsformen, die eher auf eine passive oder ablenkende Einstellung hinweisen: das wichtigste Copingmuster dieser Phase (T5) schließt neben dem Bemühen, von jemandem unterstützt zu werden (*Zuwendung*) eine mehr stoisch-akzeptierende Haltung (*Akzeptation*) ein, gleichzeitig mit dem Versuch, die ganze Krankheit wegzuschieben (*Dissimulieren*). Auch in Dimension II überwiegt das ablenkende Bewältigen. Interessant ist dabei, wie sich hier zwei Untergruppen im Aktivitätsgrad unterscheiden, jene Patienten,

die gedankliches Ablenken vorziehen gegenüber jenen, die sich durch Handeln ablenken und sich dabei zugleich aufwerten (*Valorisieren*). Die Lösungen der Dimension III sind rein kognitiv, also wiederum nicht auf aktives Handeln bezogen - entweder man strebt bewußt die Lösung der Probleme an (*Problemanalyse*), oder man will ebenso gezielt die ganze Krankheit nicht mehr wahrhaben (*Dissimulieren*). Die 3 Dimensionen sind ja gerade darauf ausgerichtet, unterschiedliche Bewältigungsmuster aufzuzeigen. Sie ergeben sich aus der Berechnung als je unabhängige Konstellationen. Dabei können wir aber nicht aussagen, ob der einzelne Patient nur zu der einen oder anderen oder zu allen 3 Dimensionen beiträgt; denn wir haben oben erwähnt, daß die Zahl der pro Patient und Situation genannten BEFOs erheblich schwankt (von 3-17). Trendmäßig können wir aber festhalten, daß nach einem (kämpferischen) Halbjahr alle 3 Muster das Bedürfnis nach einer gewissen die Krankheitssituation distanzierenden Beruhigung und nach Vergessen ausdrücken. Dies stimmt ja auch mit den Anforderungen dieser Krankheitsphase überein, nämlich nach der Rekonvaleszenz wieder zum Alltag zurückzufinden.

Etwas von diesem Bedürfnis zeigt ja auch die postoperative Phase T3. Die Dimension II (*Dissimulieren*) und III (*Akzeptieren*) sprechen dafür. Die Hauptdimension ist allerdings mit dem klassischen Grundmuster identisch, das wir bei den Karzinom-Patienten auch präoperativ (T2) sowie in der diagnostischen Phase (T1) der beiden anderen, benignen Krankheitsgruppen festgestellt haben. Die übrigen präoperativen Dimensionen hatten wir schon erwähnt.

Im Histogramm (vgl. Abb. 2 und 3) sind noch 2 - 3 andere Tendenzen ersichtlich: Das *aktive Vermeiden*, das in der Abklärungsphase noch festgestellt werden konnte (z. B. durch Nichtaufsuchen des Arztes) ist jetzt kaum mehr vorhanden. Rückläufig sind ebenfalls *emotionale Entlastung* und *Optimismus*, zwei emotionsbezogene BEFO, die offenbar in Wechselbeziehung zu der in T5 zunehmenden *Resignation* stehen. Überhaupt ist auffallend, wie in unserem Kollektiv (d. h. in allen Gruppen) die BEFO, die emotionale Expressivität einschließen (wie *emotionale Entlastung*, *Auflehnung*, *Wut ausleben*, *Optimismus*) relativ schwach vertreten sind. Dies gilt sowohl für die CA-Gruppe wie für die benignen Vergleichsgruppen.

#### 4. Diskussion



Wir sind in unserer Fragestellung davon ausgegangen 1. welcher Art das Vorkommen und die Verteilung der BEFO ist, 2. wie sie sich in drei unterschiedlichen Krankheitsgruppen auswirken, und 3. ob sie sich über Zeit verändern.

Das von uns theoretisch und klinisch entwickelte Bewertungsinstrument, die Berner Bewältigungsformen (BEFO) vermochte das Coping des Kollektivs gut zu charakterisieren. Alle 26 definierten und operationalisierten BEFO mußten herangezogen werden, um die Bewältigung der Karzinom-Gruppe wiederzugeben und nur 3 resp. 5 BEFO konnten in den beiden Vergleichsgruppen mit benigner Erkrankung nicht zugeordnet werden. Im Durchschnitt hat die einzelne Patientin pro Krankheitssituation gleichzeitig ca. 10 verschiedene BEFO eingesetzt (Bereich von 3 bis 17). Erst also wenn ein Einschätzverfahren es erlaubt, den Bewältigungsvorgang qualitativ ausreichend breit abzubilden, kann auch eine Aussage über den Grad an Differenziertheit des Coping in der jeweiligen Krankheitssituation gemacht werden. Die meisten uns bekannten Meßinstrumente der Krankheitsbewältigung bieten ein wesentlich engeres Spektrum an differenzierbaren Bewältigungsformen an. In einer von uns durchgeführten Literaturzusammenstellung zur Verlaufsforschung von Coping bei Karzinom konnten wir in 15 Studien mit wenigen Ausnahmen jeweils nur 2 - 6 bewertete Copingformen feststellen (Heim 1987 b). Man muß sich fragen, ob man dabei der Komplexität des zu bewertenden Vorganges noch gerecht werden kann oder ob nicht durch eine allzu enge Fokussierung wichtige Differenzierungen verpaßt werden.

Trotz dieser einschränkenden Bemerkung ist aber festzuhalten, daß die von uns am häufigsten beobachteten Bewältigungsformen auch solche sind, die (mit z. T. anderen Termini) auch bei anderen Untersuchungen oft genannt werden. Dies gilt besonders für die beiden wichtigsten BEFO, *Problemanalyse* und *Zuwendung*, die ein Grundmuster von Coping darstellen, das zum Meistern vieler belastender Lebenssituationen geeignet ist. Dies geht auch aus verschiedenen Untersuchungen hervor, die sich gezielt entweder mit kognitiven Prozessen oder mit sozialer Unterstützung befassen. Die Bedeutung von *Problemanalyse* im weitesten Sinne ist aus den Copingkonzepten von Janis und Man (1977, 1982) und deren vielfältiger Analyse der entsprechenden empirischen Untersuchungen ersichtlich. Auch Studien zum Konzept der internen versus externen Kontrolle sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen (Strickland 1978; Thomson 1981; Bandura 1982). Wir müssen aber festhalten, daß das von uns bewußt deskriptiv und theorieneutral gehaltene Beobachtungskonzept der BEFO nicht

direkt mit jener Forschung verglichen werden kann, die gezielt auf Attributionsvorgänge ausgerichtet ist. Die Analyse der einzelnen BEFO erlaubt aber gewisse Rückschlüsse, inwieweit z. B. unsere Patienten sich fremd- resp. selbstbestimmt verstehen. Die von uns definierte und operationalisierte Bewältigungsform *Zuwendung* steht in engem Bezug zum Konzept "Social support". Wir meinen damit ein aktives Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, entweder angebotene soziale Unterstützung (z. B. von Angehörigen) auszuschöpfen oder sich durch aktives Kontaktieren von Bezugspersonen diese zu verschaffen. Somit erreicht ein Patient durch solch ein Verhalten sowohl emotionale Zuwendung und Anteilnahme wie auch (Laien-) Information zur Krankheit oder über bestehende soziale Netzwerke. Es hat sich in einer breit gefächerten Forschung bestätigt, daß eine gute soziale Vernetzung einer der besten Prädiktoren hinsichtlich Krankheiten an sich sein kann (Broadhead et al. 1983; Berkman, Syme 1979). Aber auch als Copingform ist soziale Zuwendung sehr bedeutsam, wie etwa Untersuchungen von Stolar (1981) und Funch und Mettlin (1978) sowie Heinrich et al. (1984) gezeigt haben.

Die beiden Grundstrategien *Problemanalyse* und *Zuwendung* sind nach Literaturvergleich weder ausschließlich persönlichkeits- noch situationsspezifisch, sondern erst in Kombination mit anderen Bewältigungsformen als mehr oder weniger sinnvolle Muster zu interpretieren. Diese differenzierenden Muster tragen in unserer Untersuchung sowohl zur Charakterisierung der unterschiedlichen Krankheitsgruppen wie des Zeitpunktes des Krankheitsprozesses bei. Das von uns festgestellte Faktum, daß in der Rangordnung der BEFO eine erstaunliche Übereinstimmung in den ersten Rängen besteht, könnte vorerst glauben machen, die drei Krankheitsgruppen würden sich kaum unterscheiden. In der Tat ist es ein eindruckliches Ergebnis unserer Untersuchung, daß gerade in den allerersten Krankheitsphasen (T1-T3) die Übereinstimmung so groß ist. Gemeinsam ist allen drei Krankheitsgruppen anläßlich der Erstuntersuchung ja die ängstliche Erwartungshaltung, an einem Karzinom erkrankt zu sein. Was hier für die Karzinom-Gruppe bereits diagnostisch gesichert ist, ist für die beiden benignen Gruppen erst eine bedrohliche Möglichkeit. Auf diese Bedrohung ist ihr Coping bezogen. Die genauere Analyse mit Hilfe der MDS ergibt nun doch klare Unterschiede. Am ausdrücklichsten gilt die angstbetonte Einstellung für die (durchschnittlich) jüngeren MD-Patientinnen, die sich ja primär aus subjektiven Gründen, wegen Spannungsbeschwerden in der Brust, zur Abklärung gemeldet haben. Dies hat das Coping zumindest eines Teils dieser Patientinnen derart beeinflußt, daß das grüblerische Hinterfragen der befürchteten Karzinom-

Erkrankung (*Rumifizieren*) besonders deutlich hervortritt. *Ablenken* ist ein weiteres bevorzugtes Coping, sei dies eher kognitiv als gedankliches Ablenken oder handlungsbezogen als *ablenkendes Anpacken*. Eine direkte, angriffige Einstellung (*Zupacken*), wie dies bei den Mastopathie- und CA-Patientinnen besteht, fehlt hier.

Die pro Situation (Krankheitsgruppe) und Zeitpunkt (Krankheitsphase) unterschiedlichen Belastungen werden aber insgesamt verschieden bewältigt. So konnten wir feststellen, daß je nach Situation oder Zeitpunkt ein mehr aktiv-zupackendes und handlungsbezogenes Coping überwiegt, z. T. aber eher ein passives oder ablenkend-dissimulierendes Coping dominiert. Die durch die multidimensionale Skalierung unterschiedenen Copingmuster haben dies ausgewiesen. Die beiden hier angesprochenen Ebenen - aktiv-passiv einerseits, fokussierend-ablenkend andererseits - stimmen z. T. miteinander überein, z. T. sind sie völlig unabhängig. Bei den Karzinom-Patientinnen konnten wir tendenzmäßig feststellen, daß die Herausforderung zur Zeit der diagnostischen Abklärung und der präoperativen Verunsicherung zu einem eher aktiv-zupackenden Coping führte. In der postoperativen Phase mit den zu meisternden Verlusterlebnissen und vor allem nach der für einen Teil der Patientinnen herausfordernden Chemotherapie, überwiegen dann eher Bewältigungsmuster, die einerseits viel soziale Unterstützung (*Zuwendung*) und andererseits eher ein Verleugnen der traumatisierenden Realität einschließt. Dies ist nur bedingt durch die Rangreihenfolge bestätigt, aber in den Copingmustern der dimensionalen Berechnungen doch deutlich. Auch bei den Mastopathien macht sich ein ähnlicher Trend über Zeit bemerkbar, allerdings mit anderer Erklärung. Für die Mastopathie-Patientinnen kommt nach einem halben Jahr eine Zeit der Stabilisierung, da sich bestätigt hat, daß die initiale Befürchtung, an Krebs erkrankt zu sein, unbegründet war. Nicht so für die Karzinom-Patientinnen: sie sind nun nach bestätigter Diagnose und Durchstehen der akuten Behandlungsphase darauf angewiesen, wieder zu einem normalen Alltag zurückzufinden, wo die Bedrohung der Krankheit so weit möglich zurückgebunden wird.

Unsere Studie hat vorerst den Charakter einer deskriptiven Verlaufserfassung. Dabei zeigt sich aber schon deutlich, daß situations- oder phasenabhängige Veränderungen im Bewältigungsverhalten bestehen, und zwar sowohl in der Karzinomgruppe wie in der Vergleichsgruppe mit benigner Brusterkrankung. Noch steht aber offen, ob die festgestellten BEFO und ihre Kombination in Mustern für unsere Population prädiktiven Wert haben und in welcher Form. Wir haben in der schon erwähnten Analyse (Heim 1987 b) der 15 in der Literatur

zugänglichen Verlaufsuntersuchungen zum Coping bei Karzinomkrankheiten Gemeinsamkeiten oder Copings feststellen können, die prädiktive Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf haben (vgl. Tab. 6 siehe nächste Seite)

In der Tabelle sind die jeweils von den Autoren gemachten Definitionen in die von uns operationalisierten BEFO übersetzt worden, so daß sich nach Häufigkeit unterscheiden läßt, welche Copingformen mit prospektiv günstigem und welche mit ungünstigem Ausgang verassoziert sind. Die bei unseren CA-Patientinnen nach 6 Monaten festgestellten 3 Dimensionen lassen sich in ihren Polaritäten den günstigen oder ungünstigen Verlaufsformen zuteilen. Es ist aber noch zu früh, etwas darüber auszusagen, inwiefern diese Dimensionen stabil bleiben und ob sie auch bei unserer Population prospektiven Wert haben. Wir sehen jedenfalls vor, sie zu den von uns erfaßten abhängigen Variablen wie Befindlichkeit, Compliance und allgemeine soziale Anpassung ebenso in Beziehung zu bringen wie zu den somatischen Verlaufskriterien. Wir sind ferner daran, zusätzlich 20 Patientinnen mit Karzinom einer Intensivuntersuchung zu unterziehen, indem intraindividuell festgestellt werden soll, welcher Art die Belastung in den einzelnen Krankheitsphasen ist und wie diese jeweiligen dominierenden Belastungen mit entsprechenden Bewältigungsformen gemeistert werden. Zugleich kann so die unmittelbare Auswirkung auf die allgemeine psychosoziale Anpassung wie auch auf das Befinden der Patientinnen festgestellt werden. Erst dannzumal wird sich feststellen lassen, ob unsere Ergebnisse auch prädiktiven Wert hinsichtlich der erwähnten Effekt-Größen haben.

---

**Tab. 6: Zusammenzug "Geeignete/ungeeignete Bewältigung"**

---

**Geeignet**

H7 Zupacken:  
"Was ich unternehme, wie ich mitmache,  
davon hängt jetzt vieles ab."

H8 Zuwendung:  
"Bisher hat es immer jemand gegeben,  
der mich angehört/verstanden hat."

K5 Problemanalyse:  
"Ich versuche mir zu erklären, was

**Ungeeignet**

K2 (Fatalistisches) Akzeptieren:  
"Es ist nicht mehr zu ändern,  
ich muß mich dreinschicken."

E5 Passive Kooperation:  
"Die wissen schon, was sie  
tun."

E6 Resignation:  
"Ich glaube, es hat alles keinen

überhaupt los ist."	Sinn mehr."
K3 Dissimulieren: (je nach Krankheitsphase) "Es ist alles nur halb so schlimm, im Grunde geht es mir gut."	E7 Selbstbeschuldigung: "Ich verdiene es nicht besser."
K2 (Stoisches) Akzeptieren:  "Ich bemühe mich zu tragen, was ich kann."	K3 Dissimulieren (je nach Krankheitsphase:) "Es ist alles nur halb so schlimm, im Grunde geht es mir gut."
E1 Auflehnung: "Warum gerade ich?"	E3 Isolieren, unterdrücken: "Das hat mich überhaupt nicht beunruhigt."
E2 Emotionale Entlastung: "Ich fühle mich so elend, wenigstens das Weinen hilft noch etwas."	
<u>Mehrere ausgewogene Strategien</u>	<u>Eingeschränkte Strategien.</u>

---

Wir haben eingangs erwähnt, daß die Copingforschung immer noch in einem frühen Entwicklungsstadium steckt. Es zeichnet sich aber ab, daß zunehmend integrative Modelle berücksichtigt werden, die den Zusammenhang zwischen den verschiedenen hier aufgelisteten Phänomenen herzustellen versuchen. Nur wenn ausreichend die jeweils bestehende Belastung definiert ist, wenn geklärt wird, welcher Situation welche Art von Bewältigung angemessen ist und wie sich diese Bewältigung auf die übrigen Krankheitsparameter auswirkt, kann erhofft werden, daß für den klinischen Alltag daraus auch brauchbare Schlüsse zu ziehen sind. Der methodische Zugang zu diesen Fragen wird nicht über retrospektive Untersuchungen mit schlecht definierten Gruppen und ungenügend geklärter Copingvorstellung sein. Vielmehr wird es zunehmend notwendig werden, möglichst genaue Verlaufsforschung vorzunehmen. Diese methodischen Ansprüche werden von verschiedenen Autoren geteilt (Ell 1986; Bloom, Ross 1982; Themoshok, Heller 1984; Fox 1978,1982).