

## Spezifische und generelle Aspekte der Verarbeitung chronischer Erkrankungen

### Einleitung

In den vergangenen 20 Jahren hat das Streß-Coping-Paradigma ältere Streßtheorien weitgehend abgelöst (Lazarus 1966). Es hatte sich gezeigt, daß sich psychische Reaktionen nicht einfach durch das Ausmaß erfahrener Belastungen erklären ließen, sondern auch bei gleicher Belastungsintensität große interindividuelle Unterschiede vorhanden waren. Bei hoher Belastungsintensität fanden sich insbesondere bei einigen Personen Leistungssteigerungen, bei anderen -verminderung, insgesamt eine erhöhte Variabilität von Leistungen. Mittlerweile hat das Streß-Coping-Paradigma eine derartige Ausweitung erfahren, daß kaum ein Lebensbereich oder eine Belastungssituation denkbar ist, die nicht in Zusammenhang mit Verarbeitungsprozessen gebracht wurde. Dabei wird im allgemeinen davon ausgegangen, daß nicht mehr Art, Häufigkeit oder Intensität von Streßperioden selbst, sondern *wie* Personen Belastungen wahrnehmen und bewältigen, entscheidend sind für das Gelingen der Anpassung.

Der Begriff *Coping* ist im deutschen Sprachraum noch wenig gebräuchlich und könnte sinngemäß etwa durch "Bewältigung" übersetzt werden. Zusammen mit dem bekannteren Konzept der Abwehrmechanismen werden hier Bewältigungs- oder Copingprozesse unter dem Begriff der Adaption, spezieller (bezogen auf somatische Erkrankungen) der Krankheitsverarbeitung subsumiert.

Ein besonderes Augenmerk richteten neuere Copingansätze auf die Erforschung der Verarbeitung chronischer Erkrankungen, da es sich um große Patientenkollektive handelt, die intensivsten Belastungen ausgesetzt sind. Zugleich waren die große sozialmedizinische Bedeutung chronisch körperlicher Erkrankung und die zuvor ungeahnten Belastungen durch Weiterentwicklung medizinischer Behandlungsverfahren bei diesen Krankheitsgruppen zunehmend ins öffentliche Bewußtsein gerückt worden. Die differenzierte Untersuchung von Adaptionsproz-

essen brachte eine positive Sichtweise von Krankheitsverarbeitung, eine stärkere Konzentration auf Stärken und Ressourcen des Patienten und seines sozialen Umfeldes sowie erfolgreiche Adaptionsprozesse. Nicht zuletzt wurden Defizite in der psychosozialen Versorgung chronisch Kranker deutlich und Anstöße für verbesserte Versorgungspraxis gegeben. Deutlich wurde jedoch auch die Komplexität von Adaptionsprozessen, selbst dort, wo man von relativ uniformen Belastungen (z. B. "Dialysestreß") und Reaktionsformen (z. B. Verleugnung) ausgegangen war.

Trotz detaillierter Kenntnisse von Belastungsformen bei spezifischen Krankheitsgruppen hat die Erforschung der Krankheitsverarbeitung bislang mehr Fragen aufgeworfen als schlüssige Antworten zu geben vermocht. Dies betrifft u. a. den methodischen Zugang zur Erfassung von Krankheitsverarbeitungsprozessen, die Prädiktion des Gelingens von Adaption, die Identifikation von Risikogruppen, die Einbeziehung somatischer Bindeglieder zwischen Belastungs- und Verarbeitungsformen sowie die Entwicklung spezifischer psychosozialer Hilfen und Interventionsformen. Strittig ist, gerade angesichts der Tendenz zur Erforschung zunehmend speziellerer und seltener Krankheitsbilder, die Frage nach der Spezifität und Generalität von Belastung und Verarbeitungsformen. Diese Frage erscheint von besonderer Bedeutung für die Integration bisheriger, zum Teil wenig überschaubarer Einzelergebnisse im Sinne übergreifender Modelle der Krankheitsverarbeitung, aber auch für die Entwicklung konkreter Forschungsstrategien.

Im folgenden sollen zunächst psychosoziale Belastungen anhand von vier der meistbeforschtesten bzw. häufigsten Gruppen chronischer Erkrankungen, Krebs, Herzinfarkt, Rheuma sowie Niereninsuffizienz diskutiert werden. Anschließend soll ein Überblick über einige gängige Annahmen hinsichtlich der Spezifität von Reaktionen und Verarbeitungsformen gegeben, die Problematik von Vergleichsuntersuchungen diskutiert und schließlich ein Überblick vorliegender Vergleichsuntersuchungen gegeben werden.

## **1. Psychosoziale Belastungen chronisch Kranker**

Allgemeine Belastungen durch chronische Erkrankungen wurden wiederholt, vorwiegend aus klinischer Perspektive, beschrieben (Cohen, Lazarus 1980, Heim 1986). Sinnvoll erscheint es, diese durch situative Variablen zu ergänzen, die sich in der experimentellen psy-

chologischen Streßforschung als bedeutsam erwiesen haben, wie Kontrollierbarkeit, Vorhersagbarkeit, etc. Tabelle 1 präsentiert einige *gemeinsame* Belastungen chronischer Erkrankungen.

---

**Tab. 1: Allgemeine Belastungen chronisch Kranker**

---

1. Weitgehende Irreversibilität bzw. Progredienz
  2. Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs
  3. Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit
  4. Bedrohung körperlicher Integrität
  5. Langdauernde Abhängigkeit von medizinischen Spezialisten
  6. Hospitalisierung und Trennung von Angehörigen
  7. Vielfältige Verluste in persönlicher und sozialer Hinsicht
  8. Begrenzte Zukunftsperspektive
- 

Hervorzuheben ist, daß es sich bei chronischen Erkrankungen i. d. R. nicht um ein einmaliges Ereignis oder einen stationären Zustand handelt, sondern um ein weitgehend *irreversibles* Geschehen, in dessen Verlauf immer wieder Phasen erneuter Krankheitsaktivität, Progredienz des Leidens oder akute Komplikationen auftreten können. Dementsprechend ist der Verlauf *unvorhersagbar*. Neben einer allgemein *reduzierten* körperlichen (oft auch psychischen) *Leistungsfähigkeit* finden sich *Bedrohungen körperlicher Integrität* (durch operative Eingriffe, entstellende Folgen der Krankheitsprogredienz, etc.). Die *langandauernde Abhängigkeit* von medizinischen *Spezialisten* kann erhebliche zwischenmenschliche Konflikte hervorrufen, *Hospitalisierung* und langandauernde Trennung von *Angehörigen* soziale Bindungen beeinträchtigen. Symbolische oder reale, persönliche und soziale *Verluste* bezüglich gesundheitlichen Einbußen, Körperbild, hochgeschätzten Rollen, Aktivitäten des täglichen Lebens, Sozialkontakten, beruflichem Status gehen mit *begrenzten Zukunftsperspektiven* einher. Demgegenüber scheint eine Reihe von Belastungen eher *krankheitsspezifisch* zu sein. Eine Übersicht gibt Tabelle 2.

---

**Tab. 2: Spezifische Belastungen chronisch Kranker**


---

<i>Belastungen</i>	<i>Eher charakteristisch für</i>
Negative soziokult. Stereotypen	Krebs
Kurze Antizipationsdauer	Herzinfarkt
Lebensbedrohung	Krebs, Herzinfarkt, Niereninnsuffizienz
Chronische Schmerzen	Rheuma, Krebs
Körperliche Immobilisierung	Rheuma
Körperliches Stigma	Krebs, Rheuma
Zentralnervöse Defizite	Niereninsuff., Krebs
Eingreifende diagnostische Verfahren	Krebs
Diagnostische Unsicherheit	Krebs
Vitale Apparateabhängigkeit	Niereninsuffizienz
Aversivität der Therapie	Krebs, Niereninsuffizienz
Diät-/Flüssigkeitsrestriktion	Niereninsuffizienz

---

Negative soziokulturelle *Stereotypen* betreffen vor allem Krebserkrankungen und enthalten u. a. Gleichsetzung mit Unheilbarkeit, Heimtücke, Ansteckungsgefahr, etc., während Herzinfarkt z. T. mit positiven Konnotationen ("Managerkrankheit") verbunden wird. Herzinfarkt wird vor allem durch ein *akutes* Auftreten des meist heftigen Infarktschmerzes (abgesehen von den in der Regel übersehenen Prodromi) und eine kurze *Antizipationsdauer* bis zur Einleitung der Therapie charakterisiert, während dies bei der chronischen Niereninsuffizienz Jahre in Anspruch nehmen kann. Eine *Lebensbedrohung* als Konfrontation mit der Möglichkeit des eigenen Todes (angesichts akuter Komplikationen oder dem Tod eines Mitpatienten) oder der (statistisch) begrenzten Lebenserwartung besteht bei Krebs, Herzinfarkt und terminaler Niereninsuffizienz. *Chronischer Schmerz* bedeutet vor allem für Krebs- und Rheumakranke häufig eine unausweichliche Beeinträchtigung, die zwar in der Intensität schwanken kann, sich aber we-

der spontan zurückbildet noch durch ärztliche (und nichtärztliche) Intervention dauerhaft beseitigt werden kann. Die körperliche *Immobilisierung*, die bei allen Schwerkranken eintreten kann, steht bei rheumatoider Arthritis im Vordergrund, wenn beispielsweise selbst einfachste Verrichtungen des täglichen Lebens (z. B. Ankleiden, Mahlzeiten einnehmen) nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich sind.

Sichtbare körperliche *Stigmata* finden sich bei Krebspatienten in Abhängigkeit von Therapie (z. B. Gewichtsverlust, Haarausfall) und Tumorwachstum, bei Rheumapatienten regelmäßig in fortgeschrittenen Stadien. Folgen sichtbarer Stigmata sind negative Reaktionen des sozialen Umfeldes, Selbststigmatisierung, sozialer Rückzug, etc. (Strauss, Glaser 1975).

Fehlende Hinweisreize auf das Ausmaß der Beeinträchtigung können demgegenüber (z. B. Herzinfarktpatienten) zu Diskrepanzen zwischen der reduzierten Leistungsfähigkeit des Patienten, den Anforderungen der Umwelt und den eigenen Leistungserwartungen führen und somit die Adaption erschweren (Falvo et al. 1982).

*Zentralnervöse Einschränkungen* treten häufig nach langjähriger Dialysebehandlung auf, bei Tumorpatienten auch nach Chemotherapie, Bestrahlung oder Gehirnmetastasen und können Verarbeitungsmöglichkeiten begrenzen. Trotz eingreifender *diagnostischer Maßnahmen* (vor allem bei Krebspatienten) bleibt häufig eine beträchtliche diagnostische und prognostische *Unsicherheit*. Geradezu paradigmatisch ist die vitale *Apparateabhängigkeit* für Nierenpatienten, während dies bei Herzinfarktpatienten meist nur die Akutphase (Schrittmacher, Reanimation) betrifft. Sowohl bei Dialysepatienten als auch bei Krebskranken wird die *nebenwirkungsreiche Therapie* als extrem belastend erlebt, was in vielen Fällen schwierige ethische und Entscheidungskonflikte (bezüglich Lebensqualität versus Überlebensdauer) aufwerfen kann. Speziell die Dauerdialysebehandlung führt zu massiven, kontinuierlichen Einschränkungen hinsichtlich verfügbarer Zeit, Mobilität, vor allem auch *Diät-* und *Flüssigkeitsrestriktion*. Am wenigsten ist bisher über die Auswirkungen der häufig vorliegenden *Multimorbidität* (z. B. Diabetes mellitus, Herzinfarkt, terminale Niereninsuffizienz) bekannt, zumal diese Patienten in der Regel aus Untersuchungsstichproben aus methodischen Gründen ausgeschlossen werden.

## 2. Psychosoziale Reaktionen und Verarbeitungsformen

Nach wie vor strittig ist, inwieweit Reaktionen und Verarbeitungsformen chronisch Kranker eher spezifisch für bestimmte Krankheitsgruppen oder allgemein gültig für chronisch Kranke sind. Vertreter einer *Spezifitätsauffassung* gehen davon aus, daß bestimmte prä-morbide Persönlichkeitszüge zu einer bestimmten Erkrankungsform prädisponieren und im Verlauf der Erkrankung erhalten bleiben. Eines der bekannteren Beispiele sind die Theorien der sogenannten "Krebspersönlichkeit", die u. a. durch depressive Züge, verbunden mit einer besonderen Verwundbarkeit gegenüber Verlusterlebnissen, mangelnden aggressiven Ausdruck und Verarbeitungsstile wie Verleugnung u. ä. charakterisiert wird (Bahnsen 1986; Grossarth-Maticek et al. 1985, zusfd. Fox 1982).

Allerdings erscheinen die postulierten Persönlichkeitszüge in sich sehr heterogen und allgemein beschrieben und erlauben keine zufriedenstellende Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern. So findet sich mangelnder aggressiver Ausdruck bei Rheumakranken (Raspe 1986), abgewehrte Abhängigkeitsbedürfnisse auch bei Herzinfarktpatienten (Bräutigam, Christian 1981). Als einer der entscheidenden Risikofaktoren und charakteristischen Verarbeitungsstile von Herzinfarktpatienten wurde das sogenannte Typ-A-Verhalten angesehen, das unterschiedlich, zumeist jedoch durch Kompetitivität, Feindseligkeit und Zeitnot charakterisiert wird, dessen Spezifität für Herzinfarkt jedoch gleichfalls unbewiesen ist. Annahmen einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur spielen bei Nierenpatienten dagegen eine geringe Rolle.

Problematisch ist bei den genannten Ansätzen in besonderem Maße die empirische Fundierung, da sie sich fast ausschließlich auf retrospektive Untersuchungen stützen, bei denen kaum zwischen Reaktion bzw. Folgen der Erkrankung und vorbestehenden Persönlichkeitseigenschaften unterschieden werden kann (Scherg 1986). Offen bleibt auch, inwieweit die postulierten Persönlichkeitsmerkmale etwa bei anderen Gruppen chronisch Kranker anzutreffen sind.

Autoren wie Spergel et al. (1978) postulieren demgegenüber aufgrund ähnlicher Testprofile bei Untersuchungen an verschiedenen Gruppen chronisch Kranker eine sogenannte "*Persönlichkeit des chronisch Kranken*". Diese wird u. a. durch erhöhte Depressivität, Somatisierung bzw. Hypochondrie und Verleugnung aufgrund von Testwerten des MMPI charakterisiert (vgl. Osberg et al. 1982) und als relativ uniforme Folge verschiedenster Formen chronischer Erkrankung angesehen.

Andererseits vernachlässigen diese und ähnliche Untersuchungen (z. B. Butler et al. 1982) gerade solche krankheitsbezogenen und situativen Variablen, die von großer Bedeutung für die Adaption sind.

### 3. Zur Problematik von Vergleichsuntersuchungen

Die eingangs gestellte Frage nach der Spezifität von Belastungen und Reaktion ist zunächst dahingehend zu erweitern, (1) wieweit Belastungen, Reaktionen und Verarbeitungsformen spezifisch für bestimmte Krankheits- und Behandlungsformen, (2) für bestimmte Krankheitsgruppen, (3) oder allgemein für chronisch Kranke gültig sind. Befunde, beispielsweise über psychische Belastungen chronisch Kranker, sind *ohne* Kontrollgruppe kaum interpretierbar, und es läßt sich nicht einmal bestimmen, wieweit sie sich von der Normalbevölkerung unterscheiden (Koch 1982). Die Mehrzahl der Untersuchungen an chronisch Kranken arbeitet jedoch ohne Kontrollgruppe. Dies traf beispielsweise auf 35 von 61 deutschsprachigen Krebsuntersuchungen der letzten 10 Jahre zu, die Mödinger (1985) zusammenstellte und dürfte für angelsächsische Untersuchungen ähnlich sein.

So wünschenswert die Durchführung von Vergleichsuntersuchungen zur Klärung dieser Fragen sein mag, so schwierig gestaltet sich die Wahl geeigneter *Vergleichsgruppen* angesichts der beträchtlichen Variabilität von Belastungen bei den unterschiedlichen Formen der Erkrankungen. Mögliche Vergleichsgruppen für chronisch Kranke sind gesunde Kontrollgruppen bzw. Normen der Testverfahren, akut Kranke, chronisch psychisch Kranke, Untergruppen chronischer Erkrankungen, verschiedene Behandlungsformen oder verschiedene chronische Krankheitsgruppen.

*Gesunde Kontrollgruppen* bzw. *Testnormen* Gesunder sind nur bedingt geeignet, da diese nicht den extremen Belastungen ausgesetzt sind, wie sie mit chronischen Krankheiten verbunden sind. Aus ähnlichen Gründen ist auch die Validität standardisierter Testverfahren für chronisch Kranke angezweifelt worden. Während Unterschiede zwischen Gesunden und chronisch Kranken erwartet und auf die Belastung durch die Erkrankung zurückgeführt werden, entsteht ein erheblicher interpretativer Spielraum, wenn - wie in vielen Untersuchungen - *kein* Unterschied zwischen Lebensqualität, psychischen Beeinträchtigungen etc. gefunden wird. Dies wird dann - je nach theoretischer Position des Autors - als Indiz für massive Verleugnung (z. B. Strauch-Rahäuser et

al. 1977) oder gelungene Bewältigung (De Haes, Van Knippenberg 1985) gewertet.

Der Vergleich mit *akut kranken* medizinischen oder chirurgischen Allgemeinpatienten ermöglicht zwar die Untersuchung von Auswirkungen von Hospitalisierung, operativen Eingriffen, etc. (z. B. Wengle et al. 1985). Die Patienten können aber in der Regel nach der Unterbrechung durch die Erkrankung ihr bisheriges Leben - im Gegensatz zu chronisch Kranken - in gewohnter Form weiterführen. Derartige Vergleichsuntersuchungen sind angesichts der Heterogenität der gewählten Gruppen aber von begrenztem Nutzen, solange nicht deutlich wird, hinsichtlich welcher *speziellen Dimension* die genannten Gruppen verglichen werden sollen (z. B. hinsichtlich Auswirkungen der Hysterektomie; Lalinec-Michauld, Engelsmann 1985).

Demgegenüber leiden zwar *chronisch psychisch Kranke* an einer chronifizierten Erkrankung, die einschneidende Veränderungen in vielen Lebensbereichen mit sich bringen kann, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich des Stellenwertes psychischer Störungen (als Ursachen oder als Symptome der Erkrankung) und damit häufig einhergehenden defizitären intrapsychischen und sozialen adaptiven Ressourcen. Dennoch wurde die Mehrzahl der bei chronisch Kranken bevorzugt angewendeten Meßverfahren an dieser Population entwickelt (z. B. MMPI), was Zweifel an der Validität der Vorgehensweise hervorruft (vgl. Yanagida, Streltzer 1979).

In der Regel werden *Untergruppen* chronisch Kranker als repräsentativ für die gesamte Krankheitsgruppe behandelt und die Ergebnisse generalisiert, ohne deren Repräsentativität zu prüfen. So werden unsere Kenntnisse über Folgen und Verarbeitungsprozesse bei Krebskranken vorwiegend durch Erhebung an Brustkrebspatientinnen gestützt. Demgegenüber geben Vergleichsuntersuchungen an Untergruppen (z. B. Brust- versus Genitalkrebs; Herschbach et al. 1985) wichtige Hinweise über Spezifika einzelner Erkrankungsformen. Ähnliches gilt für den Vergleich verschiedener *Behandlungsformen*, wobei unterschiedliche Selektionskriterien zu berücksichtigen sind.

Vergleichsuntersuchungen an verschiedenen Gruppen *chronisch Kranker* sollten versuchen, spezifische Belastungsformen (Tab. 2) zu berücksichtigen. Bei diesen wie allen anderen Vergleichsuntersuchungen sollte eine systematische Beschreibung von Variablenbereichen wie soziodemographische Variablen, Stichprobenselektion, Grunderkrankungen, orientiert an medizinisch gängigen Klassifikationssystemen, Zusatzerkrankung(en), Erkrankungsdauer bzw. Zeitraum seit Diagnosestellung, Schwere oder Prognose der Erkrankung, Behandlungsfor-



men und Erhebungssetting detailliert berichtet werden. Nur so ist ein Vergleich und, was besonders wünschenswert wäre, eine Replizierbarkeit der Untersuchung gegeben. Sofern - auch angesichts unterschiedlicher epidemiologischer Krankheitsmerkmale - eine *Parallelisierung* der Untersuchungsgruppen nicht möglich ist, sollte, wie in einigen neueren Untersuchungen, eine *statistische Kontrolle* relevanter Variablen durchgeführt werden. Grenzen der Parallelisierung ergeben sich dort, wo ein striktes Vergleichsbarmachen auch die psychologischen Besonderheiten der Krankheitsgruppen eliminieren würde.

#### 4. Überblick über Vergleichsstudien

Aufschluß über Reaktionen und Verarbeitungsformen chronisch Kranker gibt eine Reihe vorwiegend neuerer Vergleichsuntersuchungen, die mit Hilfe einer computergestützten Literatursuche (DIMDI) systematisch erfaßt wurden. Ausgewählt wurden Studien, die mindestens zwei der hier diskutierten Krankheitsgruppen einschließen. Wenngleich die Befunde der einzelnen Studien z. T. recht komplex sind, deuten 8 der 15 Vergleichsuntersuchungen eher auf Unterschiede, 7 weitere hingegen auf keine Unterschiede zwischen psychischen Reaktionen und Verarbeitungsformen der untersuchten Gruppen chronisch Kranker hin. Andere Vergleichsuntersuchungen sind wegen unzureichender Deskription von Stichprobe und Vorgehensweise bei Post-Hoc-Vergleichen (Butler et al. 1982, Ziegler et al. 1985) oder mangelnder statistischer Auswertung (Wengele et al. 1985) kaum interpretierbar und werden daher nicht näher dargestellt. Tab. 3 a und 3 b geben eine Übersicht über Vergleichsuntersuchungen bezüglich der psychischen Reaktion, Tab. 4 bezüglich der Ausprägung von Verleugnung, Tab. 5 hinsichtlich Kontrollüberzeugungen und Kausalattributionen. (Tab. 3a, 3b, 4 und 5 siehe nächste Seiten)

Ein höheres Ausmaß psychischer Belastungen und Depressivität berichten Lungenkrebspatienten verglichen mit Herzinfarktpatienten (McCorkle, Quint-Benoliel 1983). Bei Finn et al. (1974) erscheinen demgegenüber Krebspatienten gleichermaßen ängstlich wie Herzinfarktpatienten. Feifel et al. (1973) fanden keinen Unterschied zwischen selbstberichteter Todesangst bei Krebs-, Herzinfarktpatienten und Gesunden. Dagegen deuten eher projektive Verfahren auf eine höhere Todesangst bei den terminal Kranken.

Auch nach Kontrolle der Altersunterschiede fanden Robinson und Wood (1983) keinen Unterschied hinsichtlich Todesangst bzw. Furcht

vor dem eigenen Tod zwischen Rheuma-, Krebs-, Diabetespatienten und Gesunden. Herzinfarktpatienten werden als depressiver (Raith et al.)



1981), labiler und weniger belastbar als Rheumapatienten beschrieben (Langosch, Brodner 1984), unterscheiden sich jedoch nicht hinsichtlich Typ-A-Verhalten von diesen (Zyzanski et al. 1979).

Etwas überraschend fanden Laborde und Powers (1980) eine höhere Lebenszufriedenheit und günstigere Wahrnehmung eigener Gesundheit bei Dialysepatienten als bei Arthrosepatienten (die allerdings zum Zeitpunkt der Untersuchung hospitalisiert waren). Brustkrebspatientinnen unterscheiden sich nicht hinsichtlich psychosozialer Belastung von Dialysepatientinnen (Muthny, Koch 1984).

Die zitierten Untersuchungen zeigen die Bedeutung einer Reihe *krankheitsunspezifischer Variablen* auf, die mit dem Ausmaß psychischer Belastung zusammenhängt:

Eine kurze Krankheitsdauer geht mit höherer psychischer Belastung einher (Cassileth et al. 1984; Langosch, Brodner 1984; McCorkle, Quint-Benoliel 1983), ebenso eine ungünstige Prognose und ein hohes Ausmaß der Behinderung (Cassileth et al. 1984). Höheres Alter und ein höheres Ausmaß der Selbstaktualisierung (geringe Diskrepanz zwischen realem und idealem Selbstbild) korrelierten in der Untersuchung von Robinson und Wood (1983) mit geringerer Todesangst.

Untersuchungen von Verarbeitungsformen richteten sich hauptsächlich auf den Mechanismus der Verleugnung, Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen. Die Literatursuche ergab lediglich Vergleiche zwischen Krebs- und Herzinfarktpatientinnen hinsichtlich der Verleugnung. Eine Übersicht gibt Tabelle 4. (Tab. 4 siehe nächste Seite)

Levine und Zigler (1975) fanden ein höheres Ausmaß an *Verleugnung* bei Krebs- verglichen mit Herzinfarktpatienten. Übereinstimmend zeigten auch Kneier und Temoshok (1984) bei Patienten mit malignem Melanom ein höheres Ausmaß an repressiver Verarbeitung als bei Herzinfarktpatienten. Damit konsistent fanden Egger und Maier (1985) zwar eine höhere Sensibilisierung gegenüber Bedrohungen bei Herzinfarktpatienten, jedoch keinen Unterschied in der Ausprägung von Repression zwischen Krebspatienten und Gesunden.

Hackett und Weisman (1969) fanden hingegen in ihrer methodisch weniger versierten Untersuchung keine Unterschiede hinsichtlich der Verleugnung. Ein größeres Ausmaß an Verleugnung zeigte sich demgegenüber im Vergleich mit gesunden Kontrollpersonen (Kneier, Temoshok 1984; Levine, Zigler 1975).

Vergleichsuntersuchungen über Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen (Tabelle 5) zeigen bei verschiedenen Gruppen chronisch Kranker ebenfalls konsistente Unterschiede hinsichtlich der *wahrgenommenen Kontrolle*, in der sich Krebspatienten niedriger einstufen als andere Krankheitsgruppen. So schilderten sich Krebspatienten gegenüber Herzinfarktpatienten als weniger selbst für ihre Erkrankung verantwortlich (Mumma, McCorkle 1983), schätzen ihre Erkrankung (zusammen mit Rheumapatienten) als weniger kontrollierbar ein als Hypertoniker und Diabetiker (Felton et al. 1984) und schrieben die Ursachen ihrer Erkrankung stärker unbeeinflussbaren (Zufall, Schicksal) Faktoren zu als Hämodialysepatientinnen (Muthny, Koch 1984). Hinsichtlich einer Reihe weiterer Krankheitsverarbeitungsstrategien fand sich hingegen kein Unterschied (Felton et al. 1984). (Tab. 5 siehe nächste Seite)

Die Aussagekraft der Ergebnisse wird jedoch durch die methodischen Defizite und mangelnde Vergleichbarkeit der Untersuchungen eingeschränkt. Wendet man die oben genannten methodischen Kriterien auf die zitierten Vergleichsuntersuchungen an, so zeigt sich ein ernüchterndes Ergebnis. In immerhin etwa der Hälfte der Untersuchungen fehlen Angaben zu Stichprobenselektion, Alters- und Geschlechtsverteilung, Erhebungssetting sowie krankheitsrelevanter Merkmale wie Dauer, Schwere, etc. Von den vier Untersuchungen, die versuchen, hinsichtlich soziodemographischer Variablen zu parallelisieren, geben nur zwei die Stichprobencharakteristika nach Parallelisierung an (Kneier, Temoshok 1984; Muthny, Koch 1984).

Eine statistische Kontrolle vorhandener Gruppenunterschiede wird nur in Einzelfällen durchgeführt (z. B. Cassileth et al. 1984).

Erschwerend für den Vergleich ist auch die Messung unterschiedlichster Konstrukte mit heterogenen Meßverfahren.

## 5. Schlußfolgerungen

Als ein wichtiges Fazit dieser Literaturübersicht ist sicher die Forderung nach einer sorgfältigen Planung, Durchführung, Auswertung und Darstellung von Untersuchungen an chronisch Kranken zu stellen. Trotz der z. T. nur bedingt gegebenen Vergleichbarkeit deuten sowohl

die referierten Vergleichsuntersuchungen als auch die Literaturübersicht anhand der einzelnen Krankheitsgruppen (Beutel 1986) auf einige grundlegenden *Gemeinsamkeiten* hinsichtlich psychosozialer Reaktionen und Verarbeitungsformen bei unterschiedlichen Gruppen chronischer Erkrankungen. Dies erscheint wenig verwunderlich, da diese Erkrankungen mit vielfältigen, ähnlichen Belastungen einhergehen, die alle Le-

bensbereiche (Partnerschaft und Familie, Sexualität, Berufstätigkeit, Freizeit und Sozialkontakte) betreffen können.

Das Ausmaß der Befindensbeeinträchtigung scheint weniger mit der Form der Erkrankung, vielmehr Variablen wie Erkrankungsdauer, Ausmaß der Behinderung und Prognose zusammenzuhängen. Übereinstimmend findet man beispielsweise bei den ausgewählten chronischen Erkrankungen eine relativ hohe Prävalenz von Depressionen und Ängsten (bei ca. 1/4 der Patienten), wobei chronisch Kranke in Prävalenz und Ausprägung der Symptome der Normalbevölkerung ähnlicher sind als psychiatrischen Stichproben. Dies könnte auch als Hinweis auf die Bedeutung von Krankheitsverarbeitungsstrategien zur emotionalen Entlastung verstanden werden.

Breite Übereinstimmung besteht dahingehend, daß Verleugnung als hauptsächlicher Verarbeitungsmechanismus chronisch Kranker angesehen wird.

Dies mag allerdings zum Teil in der sehr unterschiedlichen und weitgefaßten Definition dieses Konzeptes und der Tendenz zur eindimensionalen Betrachtung von Krankheitsverarbeitung (Akzeptieren oder Zurückweisen der Realität) begründet sein (ausführlich Beutel 1985).

Hinweise auf mögliche *Unterschiede* in der Krankheitsverarbeitung fanden sich hinsichtlich einer ausgeprägteren Verleugnung und geringer wahrgenommenen Kontrollierbarkeit bei Krebs- verglichen mit Herzinfarktpatienten. Die Frage nach der Spezifität von Belastungs- und Verarbeitungsformen chronisch Kranker läßt sich beim gegenwärtigen Forschungsstand nicht abschließend beantworten. Angesichts der großen Zahl chronischer Erkrankungsformen ist es sicherlich nicht wünschenswert, für jede einzelne eine Theorie der Krankheitsverarbeitung zu erstellen. Die Tendenz, zunehmend seltenere und speziellere Krankheitsbilder isoliert zu untersuchen, birgt sicher auch die Gefahr, durch Verzicht auf Vergleichsgruppen die Spezifität der Adaption überzubetonen. Angesichts der deutlich gewordenen Gemeinsamkeiten, die an medizinisch so heterogenen wie den hier diskutierten Krankheitsgruppen gefunden wurden, erscheint eine vermehrte Ausrichtung



an Vergleichsuntersuchungen chronischer Erkrankungen ein wichtiger Weg zur Entwicklung einer Theorie der Krankheitsverarbeitung. Die Wahl der Vergleichsgruppe(n) sollte dabei stärker als bisher an dem gegenwärtigen Kenntnisstand psychosozialer Belastungen und Krankheitsverarbeitung und der speziellen Forschungsfragestellung orientiert sein.