

Qualitative Fall- und Prozessanalysen.
Biographie – Interaktion – soziale Welten

Katharina Köhler

Die Dynamik
subjektiver Krankheitstheorien
Eine qualitative Studie zum
Behandlungsverlauf von
Patienten mit akuter Leukämie

Verlag Barbara Budrich



Qualitative Fall- und Prozessanalysen Biographie – Interaktion – soziale Welten

herausgegeben von

Karin Bock

Jörg Dinkelaker

Werner Fiedler

Jörg Frommer

Werner Helsper

Rolf-Torsten Kramer

Heinz-Hermann Krüger

Heike Ohlbrecht

Fritz Schütze

Sandra Tiefel

Katharina Köhler

Die Dynamik subjektiver Krankheitstheorien

Eine qualitative Studie zum
Behandlungsverlauf von
Patienten mit akuter Leukämie

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2018

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Die vorliegende Publikation wurde als Dissertation an der Medizinischen Fakultät der
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg eingereicht.

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier

Alle Rechte vorbehalten

© 2018 Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin & Toronto

www.budrich-verlag.de

ISBN 978-3-8474-2170-2 (Paperback)

eISBN 978-3-8474-1194-9 (eBook)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de

Satz: Linda Kutzki, Berlin

Druck: Books on Demand GmbH, Norderstedt

Printed in Europe

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	9
Tabellenverzeichnis	10
1 Einführung	11
1.1 Krankheitsbewältigung	11
1.1.1 Definition	12
1.1.2 Adaptivität der Krankheitsbewältigung	15
1.1.3 Spezifität der Krankheitsbewältigung	16
1.1.4 Variabilität vs. Stabilität der Krankheitsbewältigung	16
1.1.5 Modelle der Krankheitsbewältigung	17
1.2 Subjektive Krankheitstheorien	22
1.2.1 Konzeptualisierung des Begriffs der subjektiven Theorie	22
1.2.2 Inhalt und Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien	23
1.2.3 Erhebungsmethoden zur Rekonstruktion subjektiver Krankheitstheorien	29
1.2.4 Modellvorstellungen bezüglich des Zusammenwirkens von subjektiven Krankheitstheorien und Bewältigungsverhalten	32
1.2.5 Modifikation subjektiver Krankheitstheorien	37
1.2.6 Subjektive Krankheitstheorien bei hämatoonkologischen Erkrankungen	37
1.3 Das Krankheitsbild der akuten Leukämie	40
2 Material und Methoden	45
2.1 Ziele und Fragestellungen der Studie	45
2.2 Konzeption der Untersuchung und Forschungsdesign	46
2.2.1 Begründung des qualitativen Zuganges	47
2.2.2 Qualitative Forschung – ein Überblick	49
2.2.3 Gütekriterien qualitativer Forschung	51
2.3 Datenerhebung	53
2.3.1 Semistrukturierte Interviews	53
2.3.2 Darstellung der Interviewleitfäden	54
2.3.3 Durchführung der Interviews	58
2.4 Samplebeschreibung	59
2.5 Datenauswertung	62
2.5.1 Grounded Theory	64
2.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse	65
2.5.3 Komparative Kasuistik	67

2.5.4 Idealtypenbildung	69
2.5.5 Umsetzung der Auswertungsstrategien in der Untersuchung	70
3 Ergebnisse	75
3.1 Subjektive Krankheitstheorien von Patienten mit akuter Leukämie	75
3.1.1 Subjektive Krankheitstheorien nach Diagnosestellung	75
3.1.2 Subjektive Krankheitstheorien nach Einsozialisation in den Klinikalltag	83
3.1.3 Subjektive Krankheitstheorien zum Abschluss der stationären Behandlung	93
3.2 Die Dynamik subjektiver Krankheitstheorien von Patienten mit akuter Leukämie im Behandlungsverlauf	104
3.3 Typische Verlaufstypen subjektiver Krankheitstheorien von Patienten mit akuter Leukämie im Behandlungsverlauf	114
3.3.1 Die „Normalisierer“: Abwehr von Veränderungen – Durchgängiges Bemühen um Normalität	114
3.3.2 Die „Passiven“: Von passivem Aushalten zu passivem Hadern	117
3.3.3. Die „Engagierten“: Zunehmende Erarbeitung von Einfluss- möglichkeiten bei Akzeptanz der Behandlungsumstände	119
3.3.4 Die „Eigenwilligen“: Progredientes Ausleben innerer Spannungen	121
4 Diskussion	125
4.1 Die Dynamik subjektiver Krankheitstheorien bei Patienten mit akuter Leukämie	125
4.1.1 Allgemeine Querschnittsbetrachtung	125
4.1.2 Variable und stabile Aspekte subjektiver Krankheitstheorien	127
4.1.3 Subjektive Theorien bezüglich der Beeinflussbarkeit der Erkrankung und Strategien der Krankheitsbewältigung	129
4.1.4 Abwehrvorgänge	133
4.1.5 Wahrnehmung körperlicher Belastungen	136
4.1.6 Widerstreit zwischen Informationssuche und Nicht-wissen-Wollen	137
4.1.7 Subjektive Theorien bezüglich des Wesens der Erkrankung	139
4.1.8 Subjektive Theorien bezüglich der Ursache der Erkrankung	140
4.1.9 Subjektive Theorien bezüglich der Prognose der Erkrankung	141

4.2 Verlaufstypen subjektiver Krankheitstheorien bei Patienten mit akuter Leukämie	142
4.2.1 Differenzierung der Verlaufstypen anhand der Dimension Aktivität/Passivität	145
4.2.2 Charakteristische Merkmale der identifizierten Verlaufstypen	147
4.3 Implikationen für die Praxis	150
4.3.1 Modifikation subjektiver Krankheitstheorien	150
4.3.2 Schulung des medizinischen Personals	151
4.4 Kritische Reflexion der methodischen Umsetzung der Untersuchung	154
5 Zusammenfassung	157
6 Literaturverzeichnis	159
Anhang	177

Abkürzungsverzeichnis

AL	akute Leukämie
ALL	akute lymphatische Leukämie
AML	akute myeloische Leukämie
CL	chronische Leukämie
CML	chronische myeloische Leukämie
CR	komplette Remission
CR-Rate	Remissionsrate
CSM	Common Sense Model of Illness Representation
HLOC	Health Locus of Control
KMT	Knochenmarktransplantation
LFS	leukämiefreies Überleben
m	männlich
PSR	Prozessmodell der subjektiven Regulation
SD	standard deviation (Standardabweichung)
SKT	subjektive Krankheitstheorien
ST	subjektive Theorien
SZT	Stammzelltransplantation
w	weiblich

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Schematische Darstellung des Verhältnisses von Abwehr und Coping (nach Faller, 1998)	21
Abb. 2: Ebenen der Krankheitsverarbeitung (nach Faller, 1998)	33
Abb. 3: Common Sense Model of Illness Representation nach Leventhal (Quelle: Förster, 2003, S. 13)	34
Abb. 4: Prozessmodell der subjektiven Regulation bei Krebspatienten (nach M. Koehler et al., 2009, S. 252)	36
Abb. 5: Überblicksartige Darstellung der Auswertungsschritte	71

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Kategorien zur Erfassung von Coping-Inhalten im Ulmer Coping Manual (nach Tschuschke et al., 2002)	13
Tab. 2: Zweidimensionale Ordnung verschiedener Bewältigungsformen entsprechend des kognitiv-behavioralen Krankheitsverarbeitungsmodells nach Hasenbring (1988a)	14
Tab. 3: Dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Bewältigungsreaktionen nach Filipp & Klauer (1988)	15
Tab. 4: Interviewleitfaden für den ersten Untersuchungszeitpunkt	55
Tab. 5: Interviewleitfaden für den zweiten und dritten Untersuchungszeitpunkt (hier nur Darstellung der zusätzlich enthaltenen Fragen bzw. Themen)	57
Tab. 6: Auflistung der Non-Completer	60
Tab. 7: Charakteristik der Stichprobe	61
Tab. 8: Charakteristik der Interviews	63
Tab. 9: Kategorien zur Systematisierung des Textmaterials	72
Tab. 10: Vergleich der induktiv entwickelten Kategorien bezüglich der Ursache der Erkrankung	105
Tab. 11: Vergleich der induktiv entwickelten Kategorien bezüglich des Wesens der Erkrankung	106
Tab. 12: Vergleich der induktiv entwickelten Kategorien bezüglich der Beeinflussbarkeit der Erkrankung	108
Tab. 13: Vergleich der induktiv entwickelten Kategorien bezüglich der Prognose der Erkrankung	113
Tab. 14: Vergleichende Darstellung aller induktiv entwickelten Kategorien	128
Tab. 15: Vergleichende Darstellung der Verlaufstypen subjektiver Krankheitstheorien	143

1 Einführung

Auch wenn die Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren deutlich optimiert wurden, sind Menschen mit akuter Leukämie weiterhin mit einer prognostisch ungünstigen lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert, die auch aufgrund der intensiven medizinischen Therapie die Lebensqualität deutlich vermindert. Die Betroffenen sind verschiedenen krankheits- und behandlungsbedingten Belastungen ausgesetzt, welche erhebliche Bewältigungsanstrengungen erfordern (Papadopoulou et al., 2013). Letztere sind an die subjektive Perspektive und die individuelle kognitive Bewertung der Krankheitssituation gebunden (M. Koehler et al., 2009). Dementsprechend stellen subjektive Krankheitstheorien eine zentrale Dimension des komplexen Prozesses der Krankheitsbewältigung dar. Aufgrund des systemischen Charakters der akuten Leukämie ist die individuelle Theorienbildung der betroffenen Patienten jedoch erschwert; die Unmöglichkeit der Lokalisierbarkeit pathologischer Prozesse beeinträchtigt die bildliche Vorstellung der Erkrankung. Die vorliegende Untersuchung hat zum Ziel, die Elemente subjektiver Krankheitstheorien von Patienten mit akuter Leukämie zu rekonstruieren, um die Adaptivität der Bewältigungsbemühungen der Patienten verbessern und möglichen hinderlichen Anpassungsleistungen vorbeugen zu können. Dabei bietet ein offenes Vorgehen im Sinne der qualitativen Forschungslogik die Möglichkeit, das komplexe Wechselspiel zwischen emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Prozessen der Krankheitsverarbeitung abzubilden (Weis, 1998) und dabei ein möglichst breites Spektrum an subjektiven Relevanzen und Bedeutungszusammenhängen zu erfassen (Faller, 1990).

Im Folgenden wird der theoretische Hintergrund der Untersuchung dargestellt. In diesem Sinne werden gängige Annahmen bezüglich der Krankheitsbewältigung und subjektiver Krankheitstheorien vorgestellt; zudem wird das Krankheitsbild der akuten Leukämie beschrieben.

1.1 Krankheitsbewältigung

Es ist das Ziel, subjektive Krankheitstheorien zu untersuchen, so rückt unvermeidlich das Konzept der Krankheitsbewältigung¹ (engl. Coping) ins Blickfeld. Die diesbezügliche Forschung hat sich in den letzten Jahrzehnten zu

1 Die Begriffe „Krankheitsbewältigung“, „Krankheitsverarbeitung“ und „Coping“ werden in dieser Arbeit gleichbedeutend verwendet.

einem bedeutenden Bereich psychologischer Forschung in der Medizin entwickelt. Die Wurzeln der Copingforschung sind u. a. in der Stressforschung zu finden, die besonders durch Hans Selye und seine Theorie des Allgemeinen Anpassungssyndroms geprägt wurde (Selye, 1953). In hohem Maße widmet sich die Copingforschung der Bewältigung von onkologischen Erkrankungen, da Krebskranke mit einer Vielzahl psychosozialer Belastungen konfrontiert sind: Sie müssen sich mit der Todesdrohung auseinandersetzen, sind körperlichen Beeinträchtigungen ausgesetzt (Verletzung der körperlichen Unversehrtheit), können ihr Leben weniger selbstbestimmen (Autonomieverlust), müssen Berufs- und Freizeitaktivitäten (zunächst) aufgeben, sehen sich mit sozialer Isolierung und möglicherweise mit Stigmatisierung konfrontiert und erleben eine starke Bedrohung der sozialen Identität und des Selbstwertgefühls (Faller, 1998). Diese Belastungen ziehen Anpassungs- und Bewältigungsbemühungen des Betroffenen nach sich.

1.1.1 Definition

Heim (1988) definiert die Krankheitsbewältigung als das Bemühen, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Erkrankung emotional-kognitiv oder bzw. und aktional (durch zielgerichtetes Handeln) zu reduzieren, auszugleichen und zu verarbeiten. Dabei sind emotional ausgerichtete Copingstrategien durch unbewusste Abwehrvorgänge sowie vorbereitete und bewusste emotionale Haltungen gegenüber der Erkrankung gekennzeichnet. Hierunter wird das gesamte Spektrum an Stimmungen, Affekten und Emotionen (von der einfachen Angst- oder Trauerreaktion bis zu pathologischen Zuständen) zusammengefasst. Kognitive Verarbeitungsweisen umfassen demgegenüber das ganze Spektrum an rationalen Verarbeitungsmechanismen. Hierzu gehören einfache Erklärungsversuche für eine Erkrankung (eventuell begleitet von Vorwürfen gegen sich selbst oder andere), ebenso wie pseudowissenschaftliche Hypothesen oder wahnhafte Vorstellungen. Handlungsbezogene Bewältigungsformen sind schließlich durch Verhaltensweisen gekennzeichnet, die als Reaktion auf die Erkrankung ein direktes Handeln auslösen. Eine typische Möglichkeit dieser Bewältigungsform ist bspw. das ablenkende Zupacken (Gaus & Köhle, 1990; Weis, 1998). In der Literatur wird insgesamt eine Fülle an verschiedenen Bewältigungsformen beschrieben. Beispielhaft werden in Tab. 1 die im Ulmer Coping-Manual aufgelisteten und nach inhaltlichen Plausibilitätskriterien geordneten 33 Bewältigungsformen vorgestellt (Tschuschke et al., 2002).

Eine Möglichkeit, die verschiedenen Strategien der Krankheitsbewältigung zu ordnen und diesbezügliche Untersuchungen vergleichbar zu machen, bietet das *kognitiv-behaviorale Krankheitsverarbeitungsmodell* nach Hasen-

bring (1988a). Das Modell basiert auf dem *transaktionalen Stressmodell* von Lazarus und Folkman (1984, vgl. Kap. 1.1.5) und integriert attributionstheoretische Konzepte².

Tab. 1: Kategorien zur Erfassung von Coping-Inhalten im Ulmer Coping Manual (nach Tschuschke et al., 2002)

Resignation/Passive Hinnahme	Ablenkung von der Krankheit	Compliance
Abwarten Aktives Vermeiden Hadern/Grübeln Resignation/Hoffnungslosigkeit Sozialer Rückzug Stoizismus/Fatalismus	Ablenkende Aktivität Kognitive Ablenkung Kompensation Positive Phantasien Reizkontrolle Wunschdenken Wunscherfüllung	Aktive Compliance Akzeptieren/Kompromissbildung Informationssuche Passive Compliance
Kognitive Strukturierung	Soziale Kontakte	Kämpferische Einstellung
Antizipation Attribution Humor Positives Umdeuten Problemanalyse Relativieren Sinnggebung	Altruismus Emotionale Unterstützung Modelllernen Soziale Ablenkung	Auflehnung Eigeninitiative Optimismus/Hoffnung Selbstaufwertung Selbstkontrolle

Verschiedene bewusste und zielgerichtete Bewältigungsformen werden anhand der logisch gebildeten Dimensionen „aktiv vs. passiv“ und „die Aufmerksamkeit auf Anforderungen richten vs. von den Anforderungen abwenden“ geordnet (vgl. Tab. 2). Dabei können die einzelnen Strategien sowohl der kognitiven, der emotionalen sowie der Verhaltensebene zugeordnet werden.

Anhand dieses Modells lassen sich zunächst zwei wesentliche Zielsetzungen unterscheiden: Es werden aktive Versuche, die Erkrankung und ihre Folgen zu überwinden, von passiven Versuchen, die Erkrankung und ihre Folgen zu ertragen, abgegrenzt. Innerhalb dieser Zielsetzungen werden jene Strategien, anhand derer die Aufmerksamkeit auf die Anforderungen der erkrankungsbedingten Situation bzw. begleitende Emotionen ausgerichtet ist, von den Strategien unterschieden, mit denen die Aufmerksamkeit von den Krankheitsanforderungen bzw. Emotionen abgewendet wird (Hasenbring, 1988a).

Tab. 2: Zweidimensionale Ordnung verschiedener Bewältigungsformen entsprechend des kognitiv-behavioralen Krankheitsverarbeitungsmodells nach Hasenbring (1988a)

	eher aktiv	eher passiv
Aufmerksamkeitszuwendung	Informationssuche Problemanalyse Positive Phantasien Sinnggebung Konstruktive Aktivität Suche nach sozialer Unterstützung...	Stoizismus/Fatalismus Grübeln Schuldzuschreibung Passive Compliance Klagsamkeit...
Aufmerksamkeitsabwendung	Kognitive Umstrukturierung Ablenkende Aktivitäten Suche nach ablenkenden sozialen Kontakten Non-Compliance Humor...	Nicht-Wahrhaben-Wollen Aktivitäten meiden Sozialer Rückzug Non-Compliance...

Eine weitere Möglichkeit, Bewältigungsverhalten konzeptuell einzugrenzen, ist durch das *dreidimensionale Modell zur Klassifikation von Bewältigungsreaktionen* nach Filipp & Klauer (1988) gegeben. Dieses umfasst die folgenden drei Basisdimensionen: Verhaltens-/Kontrollebene, Soziabilität sowie Aufmerksamkeitsorientierung (vgl. Tab. 3).

Die Dimension Verhaltens-/Kontrollebene unterscheidet Bewältigungsformen anhand der Frage, ob die Auseinandersetzungsprozesse als beobachtbare Verhaltensakte oder als innerpsychische Regulationsvorgänge ablaufen. Die Dimension der Soziabilität differenziert Bewältigungsstrategien danach, ob andere Menschen in den Bewältigungsprozess mit einbezogen werden (zwischen den Polen „sozialer Rückzug/Abkapselung“ und „aktives Aufsuchen/ Einbeziehen anderer“). Die Dimension der Aufmerksamkeitsorientierung bildet schließlich die Hinwendung zu bzw. die Abkehr von bedrohlichen Reizen ab. Mit Hilfe dieses Modells lässt sich eine Vielzahl beobachtbarer Bewältigungsformen klassifikatorisch erfassen, zudem gewährleistet es als Ordnungsgüst deren eindeutige Abbildung (Filipp & Klauer, 1988).

Tab. 3: Dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Bewältigungsreaktionen nach Filipp & Klauer (1988)

		Aufmerksamkeitsorientierung			
		ereigniszentriert		ereignisdistanziert	
		Soziabilität		Soziabilität	
		hoch	niedrig	hoch	niedrig
Kontrollebene	inner-psychisch	z. B. sozialer Vergleich mit anderen Patienten	z. B. Selbst-instruktion zu kämpferischer Haltung	z. B. Neubewertung der sozialen Bezugspartner	z. B. Beschäftigung mit religiösen Themen
	aktional	z. B. Anschluss an Selbsthilfegruppen	z. B. selektive Informationssuche über das Ereignis	z. B. Suche nach sozialem Anschluss	z. B. Realisieren bislang hintangestellter Pläne

1.1.2 Adaptivität der Krankheitsbewältigung

Obwohl der Begriff „Bewältigung“ bereits das Meistern einer Belastung impliziert (Lucius-Hoene, 2002), müssen Bewältigungsreaktionen nicht unbedingt protektiv sein und zu einer Adaptation an die Erkrankung führen (Filipp & Klauer, 1988; Weis, 1998). Beutel (1988b) unterscheidet verschiedene Kriterien (bspw. zeitliche Perspektive, Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche, etc.), die auf die Beurteilung der Adaptivität entscheidenden Einfluss haben. So weist er darauf hin, dass Adaptationsbemühungen nicht nur im Hinblick auf das Individuum, sondern auch im Hinblick auf deren Auswirkungen im zwischenmenschlichen und institutionellen Kontext betrachtet werden sollten. Dementsprechend kann keine allgemeingültige Aussage darüber getroffen werden, welche Copingstrategien sich günstig bzw. ungünstig auswirken (Faller, 1990; Lazarus, 1993). So konnte in Studien, die den Einfluss der Krankheitsverarbeitung auf die Überlebenszeit bei Patienten³ mit malignen Erkrankungen untersuchten, kein klarer Zusammenhang zwischen diesen Faktoren gezeigt werden, die diesbezüglichen Befunde sind vielmehr sehr heterogen. Dabei gelten zum einen die Individualität des Krankheitsbewältigungsprozes-

3 Wegen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit stets die männliche Form genutzt, die verwendeten Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

ses und zum anderen methodische Faktoren (Fragebogenerhebung vs. Einsatz qualitativer Interviews; Überlebenszeit als sehr langfristiges Kriterium) als Hauptgründe für die widersprüchlichen Ergebnisse (Hürny, 2003). Letztlich scheint das Zusammenspiel verschiedener Bewältigungsreaktionen von zentraler Bedeutung zu sein, während spezifische Einzelstrategien kaum positive Effekte zeigen. Dies weist auf die Bedeutung eines flexiblen und situationsangemessenen Umgangs mit belastenden Ereignissen hin (Filipp & Aymanns, 2003). Die Adaptivität der verwendeten Bewältigungsstrategien hängt dementsprechend davon ab, wie gut diese Verarbeitungsformen die spezifischen, persönlichen und situativen Anforderungen integrieren (Beutel, 1988b).

1.1.3 Spezifität der Krankheitsbewältigung

Untersuchungen zur Spezifität der Krankheitsverarbeitung bei Krebserkrankungen ergeben ebenfalls ein uneinheitliches Bild. Obwohl neben erkrankungsübergreifenden Belastungen (bspw. Lebensbedrohung, Bedrohung der körperlichen Integrität, Bedrohung des emotionalen Gleichgewichts) auch spezifische Faktoren verschiedener Erkrankungen (bspw. körperliche Stigmen, besonders ausgeprägte prognostische Unsicherheit, unterschiedlich eingreifende Therapieformen) bestehen, kann zum Teil nur eine begrenzte Spezifität der Krankheitsbewältigung nachgewiesen werden (u. a. Muthny & Koch, 1998; Weis et al., 1998). Das würde bedeuten, dass Gemeinsamkeiten bei der Verarbeitung unterschiedlicher Krebserkrankungen überwiegen. Heim und Kollegen (1993) führen die heterogenen Untersuchungsergebnisse auf die ungenügende Berücksichtigung des Einflusses bedeutsamer situativer Faktoren zurück: So unterschieden sich die Bewältigungsweisen bei Patienten mit drei unterschiedlichen Krebserkrankungen in der Diagnostikphase (aufgrund der Bedeutsamkeit dieser Situation) nicht, während im späteren Krankheitsverlauf krankheitsspezifische Bewältigungsformen nachgewiesen wurden (Heim et al., 1993).

1.1.4 Variabilität vs. Stabilität der Krankheitsbewältigung

Die Frage nach der Variabilität bzw. Stabilität der Krankheitsbewältigung wird durch verschiedene Konzeptualisierungen von Bewältigungsvorgängen beeinflusst. Es lassen sich zwei grundlegende Positionen unterscheiden: Auf der einen Seite wird die Krankheitsbewältigung als trait-ähnliches Personenmerkmal konzipiert, das einer hohen zeitlichen und transsituativen Stabilität unterliegt. Zu dieser Position kann bspw. Millers (1992) Unterscheidung der Patienten nach Monitoring-Bedürfnissen vs. Blunting-Bedürfnissen gerechnet werden: Erstere neigen dazu, bedrohliche Reize ständig im Auge zu behalten

(monitoring), während die anderen Patienten das Bedürfnis haben, bedrohliche Reize durch Umdeutung oder Aufmerksamkeitsabwendung auszublenden (blunting) (Filipp & Aymanns, 2003). In diesem Sinne wird Bewältigung als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal verstanden. Demgegenüber wird die Krankheitsbewältigung ebenso als variable, situationsabhängige Verhaltenskategorie konzipiert. Das transaktionale Modell nach Lazarus und Folkman (1984), welches die Veränderlichkeit von Bewältigungsweisen betont (vgl. Kap. 1.1.5), gilt als typischer Vertreter dieses State-Ansatzes. Die Studienlage zu dieser Trait-vs.-State-Diskussion ist uneinheitlich. So wiesen einige Studien einen stabilen zeitlichen Verlauf des Copings nach, doch diese Befunde stützten sich auf Gruppenmittelwerte. Zusätzlich durchgeführte Einzelfallanalysen (u. a. Heim et al., 1993) zeigten eine vergleichsweise hohe intraindividuelle Variabilität (Doering et al., 2001). Lazarus (1993) beschrieb schließlich einen vermittelnden Ansatz, nach dem die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien aus Persönlichkeitszügen erwachsen und in unterschiedlichem Ausmaß von situativen Faktoren geprägt werden. Die Ergebnisse der oben beschriebenen Einzelfallanalysen stützen diese Position: Es konnte nachgewiesen werden, dass verschiedene Copingstrategien in unterschiedlichem Ausmaß als Trait-Variablen anzusehen sind. Emotionsbezogene Strategien sind demnach stabiler und stärker in der Persönlichkeit begründet (trait), während kognitions- und handlungsbezogene Strategien stärker durch situative Faktoren beeinflusst werden (state) (Doering et al., 2001).

1.1.5 Modelle der Krankheitsbewältigung

Kognitiv-emotionale Krankheitsbewältigungsmodelle

Das bekannteste Modell der Bewältigung belastender Ereignisse stellt das *transaktionale Stressmodell* von Lazarus und Folkman (1984) dar. Dieses betont die Situationsgebundenheit und Kontextabhängigkeit von Verarbeitungsprozessen, während Personenfaktoren eher in den Hintergrund treten. Dabei beschreiben Lazarus und Folkman die Belastung nicht als objektiven Situationsparameter, sondern weisen der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Belastung eine bedeutende Rolle zu. Stress entsteht dann, wenn die Anforderungen der Umwelt die Anpassungsfähigkeit des Individuums übersteigen oder zumindest beanspruchen. Um dies zu beurteilen, setzt zunächst eine individuelle Bewertung der Situation ein („primary appraisal“), gefolgt von der Bewertung eigener beanspruchter bzw. überforderter Bewältigungskompetenzen und -möglichkeiten („secondary appraisal“). Diese Bewertungen sind ständigen Veränderungen ausgesetzt und so nimmt das Individuum im Verlauf des Bewältigungsprozesses ständig Neubewertungen („reappraisal“)

vor, welche das weitere Bewältigungsverhalten beeinflussen (Faller, 1998; Reimann & Pohl, 2006). Dementsprechend verläuft der Copingprozess nicht unidirektional, sondern zirkulär. Krankheitsbewältigung wird als kontinuierlicher, wechselseitiger Prozess der Auseinandersetzung verstanden, in dem Bewältigungsbemühungen die Problemsituation verändern, und umgekehrt Veränderungen der Situation künftige adaptive Bewältigungsbemühungen beeinflussen (Beutel, 1990). Weiterentwicklungen des Modells betonen die Bedeutung antezedenter Merkmale der Person (bspw. Selbstkonzept), der Situation (bspw. Kontrollierbarkeit, situative und zeitliche Einflüsse) sowie des sozialen und institutionellen Umfeldes (bspw. Art des Behandlungssettings, soziale Unterstützung), die den Erfolg der Krankheitsverarbeitung beeinflussen (Weis, 1998). So konzipierte bspw. Hasenbring das *kognitiv-behaviorale Modell der Krankheitsverarbeitung* (vgl. Kap. 1.1.1), welches auf dem Modell von Lazarus basiert, aber zusätzlich neuere sozialpsychologische Konzepte der Ursachen- und Kontrollattribution integriert (Hasenbring, 1988a).

Folkman und Greer (2000) erweiterten das *transaktionale Modell* um die Dimension des „meaning based coping“. Diese sogenannte Sinnfindung spielt vor allem dann eine Rolle, wenn die bisherigen Bewältigungsversuche gescheitert sind bzw. nicht effektiv genug waren. Die in diesem Fall einsetzende verstärkte Suche nach Sinnfindung führt zu einer Neubewertung der Situation. Die Sinnfindung gilt als Prädiktor für das Entstehen und die Aufrechterhaltung positiver Emotionen (Knoll et al., 2005). Sie wird als Mediator zwischen Stressor und emotionalem Wohlbefinden verstanden und wurde zusätzlich zu problembezogener und emotionsregulierender Krankheitsbewältigung in das Modell integriert. Ziel der Erweiterung des *transaktionalen Modells* ist es, die Vorhersagekraft in Untersuchungen bei Patienten mit bedrohlichen Erkrankungen zu verbessern (Taubert & Förster, 2005).

Psychoanalytische Abwehrtheorie

Die Krankheitsbewältigungsforschung steht nicht nur in der Tradition psychophysiologischer Stressforschung, sondern wurde ebenso durch die psychoanalytische Abwehrlehre geprägt (Weis, 1998). Das psychoanalytische Konzept der Abwehr entstand auf der Grundlage des strukturellen Persönlichkeitsmodells, welches die Interaktion der psychischen Instanzen Es, Über-Ich und Ich beschreibt. Unter dem Begriff des Es werden die triebhaften Grundbedürfnisse des Menschen zusammengefasst; das Über-Ich steht für die normative Funktion im Sinne von Gewissen und Idealen; das Ich schließlich übernimmt die Vermittlerfunktion zwischen den basalen Bedürfnissen und den normativen Werten (also zwischen Es und Über-Ich). Somit stellt das Ich eine zentrale Funktionseinheit dar, deren Ziel der Ausgleich der