

1 Theorie

Das Kapitel beschreibt, den Aufbau, die Funktion und die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien, die ausschlaggebend für das in dieser Arbeit zugrunde gelegte zentrale Modell von Leventhal und Kollegen sind – das Common Sense Model of Illness Representation (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984). Es wird thematisiert, inwieweit sich subjektive Krankheitstheorien von Patienten auf die Anpassung und die Bewältigung der neuen Lebenssituation auswirken. Ferner wird auf die Implikationen von subjektiven Vorstellungen zur Krankheit auf den Adaptationsprozess und auf verschiedene Kriteriumsvariablen (Lebensqualität, Schmerzen, Fatigue, Beeinträchtigung, Depressivität) Bezug genommen. Anhand empirischer Beispiele werden die theoretischen Annahmen belegt und abschließend Hypothesen und Fragestellungen für die aktuelle Studie herausgearbeitet.

1.1 Konstruktion subjektiver Krankheitstheorien

Werden Menschen unverhofft mit einer Krankheit konfrontiert, bilden sie Vorstellungen, Kognitionen und Emotionen, die mit der spezifischen Erkrankung verbunden sind. Schwerwiegende Krankheiten fördern die intensive Auseinandersetzung, da sie viele Lebensbereiche der Betroffenen beeinträchtigen. Sämtliche Assoziationen und Vorstellungen, die infolge der Krankheitsbedrohung gebildet werden, können als subjektive Krankheitstheorien zusammengefasst werden. Es handelt sich dabei um komplexe Wissenssysteme, die in bestimmter Weise geordnet und dargestellt sind (Filipp & Aymanns, 1997).

Es gibt verschiedene Ansätze, nach denen subjektive Krankheitstheorien beschrieben werden. Die einflussreichste Konzeption stammt von Leventhal und Kollegen (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985; Lau & Hartman, 1983; Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001). Die Autoren postulierten subjektive Krankheitstheorien zunächst anhand ihrer Interviewstudien an

Patienten mit Bluthochdruck und Krebs. Demnach enthalten subjektive Krankheitstheorien im Wesentlichen fünf Dimensionen, die von den Patienten zur Beschreibung ihrer Krankheit verwendet werden: Identität, Kausalattributionen, Erwartungen zur Dauer und den Konsequenzen sowie Kontrollüberzeugung bzw. antizipierte Heilungsaussichten. Die *Identität* einer Krankheit ist charakterisiert durch die verschiedenen Symptome und dem Label, der namentlichen Diagnose. Die Suche nach Ursachen für eine Erkrankung, *Kausalattributionen*, bildet einen wesentlichen Schwerpunkt subjektiver Krankheitstheorien. Erwartungen zur *Dauer* und zum zeitlichen Verlauf (zyklisch, chronisch, akut) können von den meisten Patienten benannt werden. Es werden außerdem Erwartungen zu den *Konsequenzen* einer Krankheit gebildet, die sich auf die verschiedenen Bereiche des Lebens beziehen können (z. B. sozial, finanziell). Antizipierte *Kontrolle* über die Krankheit bzw. Erwartungen über mögliche Heilungschancen wurden von Lau und Herman (1983) als Dimension subjektiver Krankheitstheorien eingeführt und später von dem Arbeitskreis um Leventhal übernommen (Leventhal & Nerenz, 1985). Die fünf Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien haben sich in Studien bestätigen lassen und gelten als empirisch gesichert (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996; Skelton & Croyle, 1991). Eine ausführliche Zusammenfassung zu subjektiven Krankheitstheorien kann bei Leventhal und Nerenz (1985) nachgelesen werden. Im Folgenden werden nur die drei Dimensionen beschrieben, die in dieser Arbeit erhoben wurden - Kausalattributionen, erwartete Dauer und antizipierte Kontrolle.

1.1.1 Kausalattributionen

Kausalattributionen sind in die Vergangenheit gerichtete Kognitionen, die ein unvorhergesehenes Ereignis erklären, interpretieren und es mit Sinn füllen sollen. Zugleich enthalten sie auch in die Zukunft gerichtete Elemente, da sie das Verhalten einer Person nachhaltig beeinflussen können.

Für Ursachenzuschreibungen von Patienten gilt dies vor allem bei Erkrankungen, die wesentlich durch die eigene Person beeinflusst werden können, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dabei kann sowohl gesundheitsförderliches Verhalten unterstützt als auch gesundheitsschädigende Einflüsse gemieden werden und damit die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls kontrolliert werden. Ein anderer Mechanismus wird bei schwerwiegenden Erkrankungen angenommen, die nur bedingt durch eigenes Verhalten beeinflusst werden

können, wie z. B. eine Tumorerkrankung. Sicherlich wirkt sich eine Verhaltensänderung (Verzicht auf Tabakkonsum, Änderung der Ernährungsgewohnheiten) allgemein positiv auf den Gesundheitszustand aus, jedoch kann ein Fortschreiten der Krankheit in den meisten Fällen nicht mehr ursächlich beeinflusst werden.

Ursachenzuschreibungen werden vor allem dann initiiert, wenn unvorhergesehene negative und schwerwiegende Ereignisse auftreten, die die Existenz einer Person bedrohen oder nachhaltig beeinflussen (Wong & Weiner, 1981; Affleck, Pfeiffer, Tennen & Fifield, 1987). Taylor, Lichtman und Wood (1984) zeigten in einer Studie an Brustkrebspatientinnen, dass 95% der betroffenen Frauen spontan angaben, sich mit verschiedenen Krankheitsursachen auseinandergesetzt zu haben. Zudem wurde beobachtet, dass Betroffene auf deutlich mehr Ursachen attribuierten als deren Angehörige. Erkrankten Menschen an einer schweren Krankheit mit ungewissem Ausgang, dann suchen die meisten nach einem Sinn dafür. Taylor verbindet diese Sinnsuche mit der Frage nach den Ursachen (Taylor, 1983; Lam & Fielding, 2003). Kausalattributionen ermöglichen der betroffenen Person, eigene Kontrolle über das Geschehen wahrzunehmen (Lavery & Clark, 1996), wenn beispielsweise auf verhaltensbedingte Ursachen attribuiert wird. Solche Kausalattributionen, die subjektiv beeinflussbar sind, vermitteln den Patienten die Annahme, dass der weitere Krankheitsverlauf wesentlich von ihm bestimmt werden kann.

Es kann zwischen externalen und internalen Ursachenattributionen unterschieden werden. Externale Ursachen wirken von außen auf die Person ein, z. B. Bakterien, Viren, Umweltverschmutzung, während internale Ursachen die individuelle Empfänglichkeit der Person bezeichnen, z. B. genetische Disposition, Persönlichkeit, individuelle Stressempfänglichkeit. Zudem unterscheiden Leventhal und Kollegen (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001) noch eine verhaltensabhängige Ursachenzuschreibung (z. B. übermäßiges Rauchen, falsche und einseitige Ernährung, Bewegungsmangel). Nach Weiners Theorie können internale, instabile und kontrollierbare Kausalattributionen, wie das eigene Verhalten, zu übermäßig hohen Erwartungen an das eigene Bewältigungsverhalten führen, sind aber gleichzeitig mit Schuldgefühlen und negativen Emotionen assoziiert. Externale, stabile und unkontrollierbare Ursachenzuschreibungen, wie z. B. Umweltverschmutzung entlasten die Person zwar von der eigenen Schuldigkeit für die Erkrankung, gleichzeitig werden jedoch die Erwartungen hinsichtlich des eigenen

Bewältigungsverhaltens gedämpft. Patienten fühlen sich hilflos ihrem Schicksal ausgeliefert (Weiner, 1985, 1986; Roesch & Weiner, 2001).

Weinman, Petrie, Sharpe und Walker (2000) fanden in einer prospektiven Studie heraus, dass sich Kausalattributionen bei Herzinfarkt-Patienten auf das Gesundheitsverhalten nach dem Infarkt auswirken. Patienten, die ihre ungesunde Lebensweise für ihre Erkrankung verantwortlich machten, hielten ein halbes Jahr später eher eine Diät ein, trieben verstärkt Sport und minimierten ihren Tabakkonsum im Vergleich zu anderen Patienten. Affleck und Kollegen (Affleck, Tennen, Croog & Levine, 1987) konnten in einer Studie an Herzinfarktpatienten ebenfalls zeigen, dass Kausalattributionen sich auf die wahrgenommene Kontrolle über spätere Herzattacken auswirkten. Die Ergebnisse einer Metaanalyse von Roesch und Weiner (2001), die den Zusammenhang von Kausalattributionen, Bewältigungsverhalten und Anpassung bei Patienten mit physischen Erkrankungen oder bei medizinischen Eingriffen thematisiert, bestätigen diese Befunde. Personen, deren Kausalattributionen eher external, stabil und unkontrollierbar sind (z. B. Umweltverschmutzung und Schicksal), verfügen über eine schlechtere Anpassung als Personen mit internaler, instabiler und kontrollierbarer Ursachenzuschreibung (z. B. Verhalten und Stress). Dieser Zusammenhang wird durch vermeidende Krankheitsverarbeitung mediiert.

In zwei Interviewstudien mit Brustkrebspatientinnen fanden sowohl Taylor und Kollegen (Taylor, Lichtman & Wood, 1984) als auch Muthny und Mitarbeiter (Muthny, Koch & Spaete, 1986), dass Stress als wichtigste Ursache für die Erkrankung hinzugezogen wurde. Dieses Ergebnis zeigte sich auch in einer qualitativen Studie von Lam und Fielding (2003) an chinesischen Frauen, bei denen Brustkrebs diagnostiziert worden war. Stress als Ursachenzuschreibung scheint ein kulturübergreifendes Phänomen darzustellen. In weiteren Studien an Patientinnen mit Brustkrebs wurde gezeigt, dass häufig Vererbung und Umwelteinflüsse als Kausalattributionen verwendet werden (Riehl-Emde, Buddeberg, Muthny, Landolt-Ritter, Steiner & Richter, 1989; Muthny, Bechtel & Spaete, 1992).

1.1.1.1 Anzahl der Attributionen

In vielen Studien zu Kausalattributionen zeigte sich, dass Patienten selten nur eine Ursache für ihre Erkrankung finden (Decuyenaere, Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Denayer & Claes, 2000; Taylor, Lichtman & Wood, 1984). Dies konnten Michie, McDonald und Marteau (1996) sogar für Krankheiten nachweisen, deren genetischer Ursprung medizinisch erwiesen ist. Emery, Kumar & Smith (1998) weisen darauf hin, dass der Bezug auf nicht-genetische Faktoren den Patienten erlaubt, eine gewisse Kontrolle über Krankheit wahrzunehmen.

Nach Faller, Schilling und Lang (1995) kann die Anzahl der Attributionen als Indiz dafür gewertet werden, dass sich eine Person mit ihrer Krankheit nicht abgefunden hat. Es kann außerdem angenommen werden, dass bei kürzlich diagnostizierten Tumorpatienten nur unzureichende Informationen über die Erkrankung vorhanden und viele Ursachenzuschreibungen hypothetisch sind.

1.1.2 Erwartete Dauer der Erkrankung

Eine wichtige Dimension subjektiver Krankheitstheorien sind Erwartungen, die Betroffene zur Dauer und dem Verlauf der Erkrankung bilden. Diese Annahmen umfassen nach Leventhal und Kollegen (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001) verschiedene Aspekte:

- Dauer und Krankheitsverlauf
- Zeitpunkt, um professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen
- Zeit bis zur Heilung oder der Wiedererlangung der eigenen Kontrolle über die Krankheit
- Zeit zwischen Ausbruch der Krankheit und dem Tod des Betroffenen, sofern keine Heilung möglich ist

Für bekannte Krankheiten gibt es im Allgemeinen feste Vorstellungen zur Dauer und dem Verlauf, die sich anhand der Erfahrung gebildet und gefestigt haben. So nehmen die meisten Personen an, dass beispielsweise eine Erkältung von kurzer Dauer ist und einen akuten Verlauf hat. Bei seltenen und schwerwiegenden Erkrankungen sind aufgrund fehlender Informationen bzw. Erfahrungen die Annahmen zum Verlauf und der Dauer nur vage. Es wird jedoch angenommen, dass gerade für schwere Erkrankungen Erwartungen

ein sehr wichtiger Bestandteil subjektiver Krankheitstheorien sind (Salewski, 2002). Dies wird auf die dramatischen Einschränkungen der Betroffenen über lange Zeit zurückgeführt. Patienten, bei denen ein Tumor diagnostiziert wurde, bilden Annahmen über den zeitlichen Verlauf der Krankheit, den Krankenhausaufenthalt, der Überlebenszeit, der Dauer von Schmerzen und Einschränkungen im Alltag. Erwartungen hinsichtlich der Dauer und des Verlaufs scheinen für schwerwiegende oder seltene Erkrankungen anfälliger für Schwankungen zu sein, da ständig neue Erfahrungen und Informationen einbezogen werden.

In einer Studie an Patienten mit Darmproblemen (IBS – irritable bowel syndrom) haben Rutter und Rutter (2002) enge Zusammenhänge zwischen einer antizipierten längeren Dauer und der Bewältigungsstrategie Akzeptanz gefunden. Petrie, Weinman, Sharpe und Buckley (1996) zeigten in ihrer Studie an Patienten mit einem Herzinfarkt, dass die Antizipation einer kurzen Krankheitsdauer mit einer schnellen Wiederaufnahme der Berufstätigkeit verbunden war. Inwieweit dieser Zusammenhang durch den tatsächlichen Krankheitsverlauf mediiert war, wurde nicht untersucht. Es zeigte sich jedoch kein Zusammenhang mit der tatsächlichen Dauer des Krankenhausaufenthaltes und der Rückkehr ins Berufsleben.

1.1.3 Wahrgenommene Kontrolle

Die Wahrnehmung von Kontrolle und die Erwartungen zu den Heilungschancen gelten als ein weiterer wichtiger Bestandteil subjektiver Krankheitstheorien. Bei schweren chronischen Erkrankungen, bei denen eine erfolgreiche Heilung nicht möglich ist, sondern vielmehr palliative Maßnahmen angewendet werden, sind Kontrollüberzeugungen vor allem im Hinblick auf das Bewältigungsverhalten wichtig. Kontrolle fasst im Wesentlichen zwei Elemente zusammen: Die Überzeugung der eigenen Einflussmöglichkeit auf den Verlauf der Krankheit und die Wirksamkeit der Behandlung. Diese beiden Komponenten werden in dem revidierten Fragebogen zur Erhebung subjektiver Krankheitstheorien (IPQ-R; Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002) deutlich voneinander getrennt. Die Autoren unterscheiden persönliche Kontrolle bzw. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen/ Selbstwirksamkeitserwartungen und Erwartungen

hinsichtlich der Behandlung bzw. Ergebniserwartungen. Beide Dimensionen von Kontrolle korrelieren nur mäßig miteinander.

Optimistische Überzeugungen zur Kontrolle über die Krankheit, zum Krankheitsverlauf und zur Krankheitsdauer wirken sich positiv auf die Auswahl adaptiver Bewältigungsstrategien, den tatsächlichen Verlauf der Krankheit und das emotionale Wohlbefinden aus (Taylor, Kemeny, Bower, Gruenewald & Reed, 2000; Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Moss-Morris, Petrie & Weinman, 1996). In einer Studie an Krebspatienten konnten Watson, Greer, Pruyn und Born (1990) zeigen, dass Patienten mit hoher internaler Kontrollüberzeugung deutlich mehr adaptive Bewältigungsstrategien wie Kampfgeist verwendeten als Patienten mit niedriger. Lin, Liu und Wang (1996) untersuchten Patienten mit kolorektalem Krebs und fanden ebenfalls einen positiven Zusammenhang zwischen internaler Kontrollüberzeugung und Lebensqualität. In den Studien von Taylor und Kollegen bleibt der positive gesundheitsförderliche Effekt auch dann erhalten, wenn optimistischen Überzeugungen durch die Realität negiert werden. Das Forscherteam um Taylor untersuchte Patienten mit verschiedenen Krankheiten, wie z. B. AIDS (Reed, Kemeny Taylor, Wang & Visscher, 1994), Herzkrankheiten (Taylor, Kemeny, Bower, Gruenewald & Reed, 2000; Helgeson & Taylor, 1993) und Krebs (Taylor, Lichtman & Wood, 1984) und konnte diese Ergebnisse diagnoseübergreifend bestätigen. Positive Erwartungen, selbst wenn sie illusionär sind, wirken sich protektiv auf das Wohlbefinden und die Psyche der Patienten aus (Taylor, 1989).

1.2 Beziehungen zwischen den Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien

Schon Anfang der 80er Jahre wiesen Leventhal und Kollegen in ihren Artikeln darauf hin, dass die einzelnen Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien nicht unabhängig voneinander sind. Annahmen zur Dauer der Erkrankung sind direkt oder indirekt in den anderen Dimensionen mit enthalten. Auch Erwartungen zu den Konsequenzen scheinen eng mit den Annahmen zur Kontrolle oder einer möglichen Heilung verbunden zu sein. Leventhal und Kollegen (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984) zeigten in ihren Studien an Bluthochdruck- und Krebspatienten, dass eine enge Verknüpfung zwischen den Komponenten Identität und Dauer angenommen werden kann.

Verknüpfungen zwischen den Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien wurden in weiteren Studien ebenfalls dokumentiert (Hampson, Glasgow & Toobert, 1990; Hagger & Orbell, 2003). Eine negative Verbindung besteht demzufolge zwischen der Identität und der wahrgenommenen Kontrolle. Patienten, die ein hohes Maß an internaler Kontrolle angeben, berichten im Allgemeinen über weniger Symptome und Beschwerden oder nachhaltige Konsequenzen ihrer Krankheit. Zudem wird seltener ein chronischer Verlauf der Krankheit angenommen. Es finden sich enge Assoziationen für Konsequenzen und Identität. Diese Beobachtung fassen Hagger und Orbell (2003) in einer Metaanalyse zusammen. Sie werten diese Ergebnisse als einen Hinweis darauf, dass subjektive Krankheitstheorien diagnosenübergreifend organisiert sind. Zudem konnte in einigen Studien nachgewiesen werden, dass das Vertrauen in die Heilung oder die Kontrolle der Erkrankung mit der Annahme einer kurzen Krankheitsdauer und geringen antizipierten Folgen verbunden ist (Weinman & Petrie, 1997; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996).

In der eben zitierten Metaanalyse von Hagger und Orbell (2003) finden sich für Konsequenzen und Identität enge Assoziationen. Beziehungen zwischen Kausalattributionen und der wahrgenommenen Kontrolle scheinen von der Betroffenheit durch eine Krankheit und von der attribuierten Ursache abhängig zu sein. Bei Krankheiten, die auf verhaltensabhängige oder dem Lebensstil betreffende Ursachen zurückgeführt wurden, berichteten Betroffene deutlich mehr Kontrolle im Vergleich zur Zuschreibung auf biologische (Vererbung, Alter) oder mystische (Schicksal, Gottes Wille) Kausalattributionen. Das Ausmaß der Betroffenheit durch eine Krankheit scheint sich auf die Beziehung der einzelnen Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien auszuwirken. Shiloh, Rashuk-Rosenthal und Benyamini (2002) fanden Interkorrelationen nur bei Erkrankungen, die persönlich relevant waren. Keine Interkorrelationen zeigten sich jedoch bei Krankheiten, auf die das nicht zutraf.

Eine ausführliche Darstellung der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien findet sich bei Leventhal und Kollegen (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal, Benyamini et al., 1997; Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001).

1.3 Veränderungen über die Zeit

Subjektive Krankheitstheorien ändern sich über die Zeit. Dies trifft vor allem auf Erkrankungen zu, die über längere Zeit andauern oder Schwankungen in der Symptomatik unterworfen sind. Akute Krankheiten können chronisch oder zyklisch werden. Eigene Erfahrungen, neue Informationen und die Bewertung angewandter Bewältigungsstrategien können außerdem für Veränderungen der kognitiven Vorstellungen über eine bestimmte Krankheit verantwortlich sein.

Petrie und Kollegen (Petrie, Cameron, Ellis, Buick & Weinman, 2002) untersuchten in einer Studie Patienten, die einen Herzinfarkt erlitten hatten. Sie überprüften, inwieweit sich subjektive Krankheitstheorien über die Zeit verändern und wie sich das auf das Bewältigungsverhalten und verschiedene Kriteriumsvariablen, z. B. Rückkehr zur Arbeit, auswirkte. Sie stellten fest, dass eine gezielte Intervention, die hauptsächlich in der Aufklärung des Krankheitsbildes bestand, eine Änderung der subjektiven Krankheitstheorien bewirkte, die sich wiederum positiv auf die Zufriedenheit der Patienten, deren Teilnahme an einer Rehabilitation sowie deren Rückkehr zur Arbeit auswirkte. Patienten änderten vor allem ihre Annahmen zur Dauer der Erkrankung und zu möglichen Konsequenzen. Sie berichteten außerdem in einer Befragung drei Monate nach der Intervention über weniger Schmerzen als die Kontrollgruppe, die keine Intervention bekommen hatte.

1.4 Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien

Grundlage subjektiver Krankheitstheorien sind die Erfahrungen Betroffener und die Möglichkeiten der intensiven Auseinandersetzung. Dabei entwickeln Betroffene kognitive Modelle, um körperliche Beschwerden zu erklären (Weinman & Petrie, 1997). Schon in früher Kindheit werden dazu Grundlagen gelegt, indem bei Kindern Symptome erfragt, interpretiert und behandelt werden (Leventhal & Benyamini, 1997). Vorstellungen zum zeitlichen Verlauf bestimmter Symptome und Krankheiten entstehen als auch Erwartungen zur Kontrolle oder Heilbarkeit. Subjektive Krankheitstheorien ändern sich über die Lebensspanne, sie werden bei Erwachsenen in Abhängigkeit vom Alter gebildet. Dies wiesen unter anderem Gump, Matthews, Scheier, Schulz, Bridges und Magovern (2001) in einer Studie an Bypass-Patienten nach. Ältere Personen gaben häufiger ihr Alter als

Krankheitsursache an als jüngere. Zudem attribuierten sie seltener auf Vererbung, eigenes Verhalten oder Emotionen als Ursache. Sie nahmen eher an, dass sie ihre Krankheit nicht kontrollieren können und diese nach der Operation geheilt ist.

Später werden krankheitsbezogene Kognitionen verstärkt durch den Hausarzt und die Medien geprägt. Wesentlich für die Bildung subjektiver Krankheitstheorien sind zudem die kulturellen Rahmenbedingungen, in denen eine Person aufwächst (Baumann, 2003). Sind diese beispielsweise durch Religion oder Mystik beeinflusst oder stehen andere Überzeugungen im Fordergrund? Leventhal und Benyamini (1997) weisen außerdem auf das reziproke Verhältnis zwischen allgemeinen Krankheitsvorstellungen und den vor allem durch die Gesellschaft vorgegebenen Interventionsmöglichkeiten hin. Waren vor etwa 150 Jahren noch die akuten Infektionskrankheiten zu heilen, stehen heute chronische Erkrankungen im Fordergrund, die therapiert werden müssen.

1.5 Besonderheiten bei subjektiven Krankheitstheorien von Tumorpatienten

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 350.000 Personen an Krebs. Das häufigste betroffene Organ bei beiden Geschlechtern zusammen ist der Gastrointestinaltrakt. Fast zwei Drittel aller Krebstodesfälle sind auf gesundheitsschädigendes Verhalten, wie z. B. übermäßiger Tabakkonsum und ungünstige Ernährung, zurückzuführen (Trichopoulos, Li & Hunter, 1996; Andersen, Golden-Kreutz & DiLillo, 2001). Durch frühzeitige Diagnose und operative bzw. chemotherapeutische Behandlung oder Bestrahlung kann ein Großteil der betroffenen Patienten eine relativ lange Zeit überleben.

Patienten mit einem gastrointestinalen Tumor leiden zunächst an sehr unspezifischen Symptomen, wie Schmerzen im Bauchraum, veränderter Stuhlgang und Übelkeit, die nur selten vom Patienten als eine schwerwiegende Erkrankung sofort erkannt werden. Für viele Erkrankte bedeutet die zumeist unerwartete Diagnose eines Tumors einen Schock, aus dem heraus sie versuchen, ihre Krankheit zu verarbeiten. Ursachen werden gesucht, Hoffnungen auf medizinische und pharmazeutische Intervention gesetzt (Horne, 2003), Erwartungen zum zeitlichen Verlauf der Krankheit und deren Folgen gebildet sowie

Möglichkeiten der eigenen Bewältigung und der Unterstützung durch Familie, Freunde und Bekannte abgewogen.

Im Unterschied zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, deren Verlauf und Rückfall wesentlich vom Verhalten der Patienten beeinflusst wird, können Tumorerkrankungen nur geringfügig durch die Betroffenen gelenkt werden. Dies trifft vor allem auf die Tumore zu, die mit einer schlechten Prognose verbunden sind und z. B. im Ösophagus, Pankreas und der Lungen lokalisiert sind. Verhaltensänderungen bringen nur partiellen Erfolg.

Kausalattributionen erfüllen unterschiedliche Funktionen für Betroffene: Zum einen wird dadurch die erschütterte und unverständliche Situation der Betroffenen geordnet und zumindest teilweise erklärt. Zum anderen können daraus Handlungsstrategien und Verhaltensänderungen abgeleitet werden, die sich förderlich auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirken können. Für Patienten mit Tumorerkrankungen steht zunächst die medizinische und pharmazeutische Intervention im Fordergrund. Intensive Suche nach Krankheitsursachen sollte daher bei Erkrankungen, die nur gering beeinflusst werden können, eher von untergeordneter Bedeutung sein.

1.6 Common Sense Model of Illness Representation

Subjektive Krankheitstheorien haben sich als wichtiger Prädiktor bei der Auswahl adaptiver Bewältigungsstrategien erwiesen. Die Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und dessen Bewertung sowie die Zusammenhänge mit Lebensqualität und emotionalem Wohlbefinden werden im Folgenden anhand des Common Sense Model of Illness Representation (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984) beschrieben und deren Bedeutung herausgestellt.

Theoretische Grundlage dieser Arbeit bildet das Common Sense Model of Illness Representation von Leventhal und Kollegen (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984). Es gilt als das einflussreichste theoretische Modell, das den Regulationsprozess eines Patienten im Umgang mit einer Erkrankung erklärt (siehe

Abbildung 1). Das Common Sense Model of Illness Representation „identifies the factors involved in the processing of information by a patient regarding their disease or illness, how this information is integrated to provide a ‘lay’ view of the illness and how this lay view guides coping behaviours and outcomes” (Hagger & Orbell, 2003, p. 142). Das Common Sense Model of Illness Representation ist ein Prozessmodell, das das Zusammenwirken subjektiver Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und deren Bewertung sowie verschiedenen Kriteriumsvariablen (z. B. Lebensqualität, psychische und physische Gesundheit, soziale Unterstützung) aus Sicht der Betroffenen beschreibt. Leventhal und Kollegen nehmen an, dass „... individuals are motivated to regulate or minimize their health-related risks and to act to reduce these health threats in ways consistent with their perception of them“ (Leventhal, Nerenz und Steele, 1984, p. 219). Ausgangspunkt ist die Person, die Symptome wahrnimmt, in vorhandenes Wissen bzw. eigene Erfahrungen integriert und interpretiert. Leventhal und Kollegen (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984) gehen davon aus, dass ein Patient normalerweise danach strebt, bald wieder symptomfrei zu sein.

Kognitive und emotionale Repräsentationen entstehen in Abhängigkeit von personalen Faktoren wie Vorwissen, Erfahrung und Zugang zu Informationen. Diese beeinflussen ebenfalls die Einschätzung der Bedrohung, die Auswahl von Bewältigungsstrategien und deren Bewertung sowie verschiedene Kriteriumsvariablen, z. B. Lebensqualität und emotionales Wohlbefinden. Dies geschieht, indem krankheitsbezogene Kognitionen das Bewältigungsverhalten initiieren. Dessen Erfolg wird durch nachfolgende Bewertungsprozesse beurteilt.

Der Selbstregulationsprozess wird von Leventhal und Kollegen als Mediatormodell postuliert. Subjektive Krankheitstheorien wirken sich auf verschiedene Kriteriumsvariablen aus, wobei dieser Zusammenhang durch Bewältigungsstrategien mediiert sein soll. Kognitive und emotionsgebundene Vorstellungen über eine Krankheit entscheiden wesentlich darüber, welche Bewältigungsstrategien ausgewählt werden, welches Bewältigungsverhalten durchgeführt und im weiteren Krankheitsverlauf beibehalten wird.

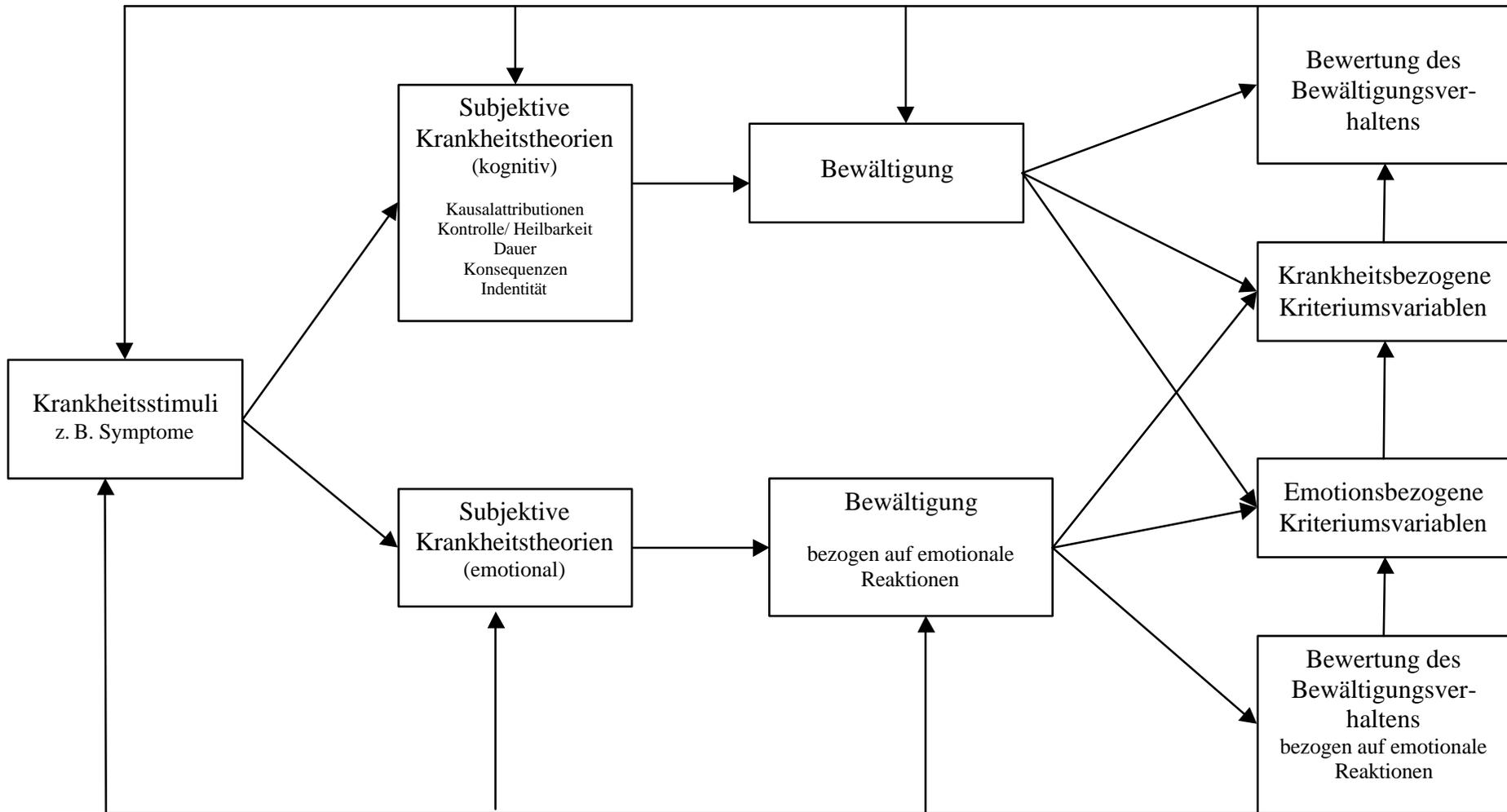


Abbildung 1. Common Sense Model of Illness Representation. (Quelle: Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Hagger & Orbell, 2003).

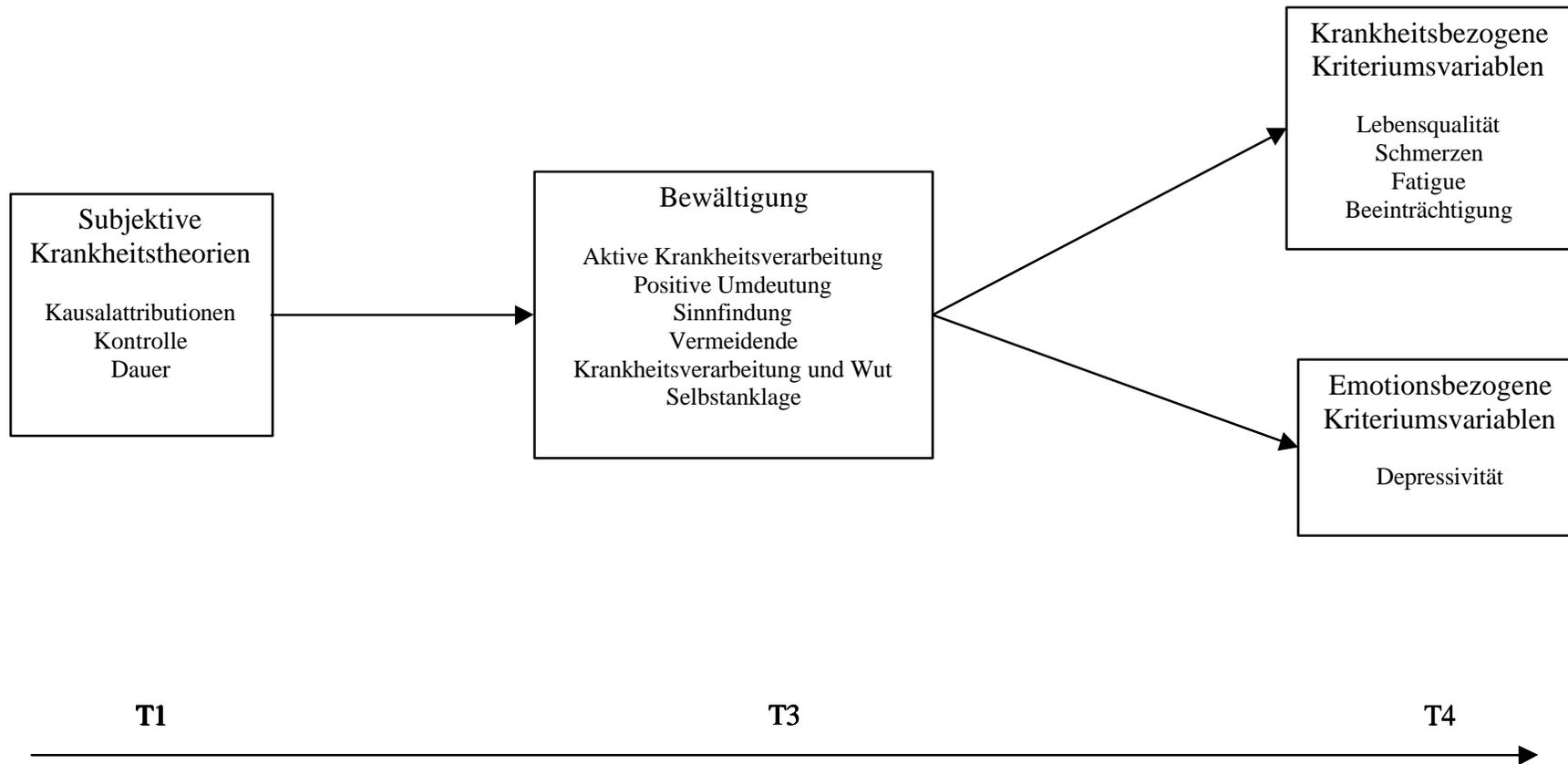


Abbildung 2. Common Sense Model of Illness Representation der aktuellen Studie (Quelle: Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Hagger & Orbell, 2003).

Das Bewältigungsverhalten mündet einerseits in dessen Bewertung und andererseits in verschiedene Kriteriumsvariablen. Diese können in krankheits- und emotionsbezogene Variablen unterteilt werden. Dazu zählen psychisches Wohlbefinden, Lebensqualität, soziale Unterstützung und körperliche Beschwerden. Bestätigende Ergebnisse fanden Rutter und Rutter (2002) in einer Studie an Patienten mit einer Darmerkrankung. Wobei sich subjektive Krankheitstheorien direkt als auch mediiert über Bewältigungsverhalten auf Lebensqualität, Zufriedenheit mit der Gesundheit, Ängstlichkeit und Depression ausgewirkt haben. Insbesondere internale Kontrollüberzeugung und antizipierte Konsequenzen der Erkrankung sowie aktive und emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung leisteten einen Beitrag zur Vorhersage der Kriteriumsvariablen.

Leventhal, Leventhal und Cameron (2001) weisen darauf hin, dass Bewältigungsstrategien vor allem dann ausgelöst werden, wenn konkrete statt abstrakte Formen subjektiver Krankheitstheorien vorliegen. Ein Patient ist eher bereit, bestimmte Verhaltensänderungen zu initiieren, wenn eine Krankheit mit bestimmten Symptomen einhergeht. Treten bei einer Erkrankung bzw. bei physischen Beschwerden keine Symptome auf, wie z. B. bei Bluthochdruck, dann suchen Patienten dennoch Symptome, die ihre Krankheit charakterisieren und die sie zur Änderung ihres Verhaltens motivieren können (Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985; Baumann, Cameron, Zimmerman & Leventhal, 1989; Croyle, 1990; Leventhal, Leventhal und Cameron, 2001).

Der eigentliche Regulationsprozess verläuft auf kognitiver und emotionaler Ebene. Die betroffene Person wird sich ihrer Krankheit bewusst, Symptome werden interpretiert, geringe Beschwerden ignoriert oder abgeschwächt, beängstigende Informationen vermieden, soziale Vergleichsprozesse initiiert, ärztliche Hilfe aufgesucht und krankheitsrelevante Vorstellungen und Erwartungen gebildet. Gleichzeitig werden damit emotionale Repräsentationen verknüpft. Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, aktivieren sowohl kognitive als auch emotionale Elemente subjektiver Krankheitstheorien das Bewältigungsverhalten. Schwerwiegende Krankheiten, wie eine Tumorerkrankung, lösen bei den meisten Patienten existentielle Ängste und Sorgen aus. Emotionale Repräsentationen können kognitive Vorstellungen von Krankheit und das entsprechende Bewältigungsverhalten durch Risiko- und Vulnerabilitätswahrnehmung beeinflussen (Johnson & Tversky, 1983; Ditto, Jemmott & Darley, 1988). Sie wirken ebenfalls auf das

Bewältigungsverhalten und die Kriteriumsvariablen emotionales Wohlbefinden und Lebensqualität. Leventhal, Leventhal und Cameron (2001) betonen, dass kognitive Vorstellungen über Erkrankungen Emotionen ebenfalls beeinflussen können. Dies trifft auf Krankheiten zu, die allgemein als lebensbedrohlich und schmerzhaft bekannt sind (z. B. Krebs, multiple Sklerose).

Subjektive Krankheitstheorien können sich dem Modell zufolge durch neue Informationen, maladaptive Bewältigung, ungünstige Bewertung der Bewältigung und negative Wirkung auf die Kriteriumsvariablen ändern. In dem Common Sense Model of Illness Representation wird dies durch verschiedene Rückkopplungen innerhalb des Modells beschrieben. Gelangt der Patient bei seiner Einschätzung des Bewältigungsverhaltens zu einem negativen Urteil, so hat sich die Krankheitsverarbeitung als ineffektiv erwiesen und er wählt eine andere Bewältigungsstrategie aus. Es ist zudem möglich, dass sich subjektive Vorstellungen über die Zeit ändern (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Obwohl das Modell linear aufgebaut ist und als solches beschrieben wird, verläuft der Selbstregulationsprozess in vielen Fällen nichtlinear. Dies zeigte sich in vielen empirischen Studie, die herausfanden, dass subjektive Krankheitstheorien direkte und indirekte Einflüsse auf Kriteriumsvariablen haben können (Rutter & Rutter, 2002; Hagger & Orbell, 2003).

Das Common Sense Model of Illness Representation wird von Leventhal und Kollegen (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984) durch vier Eigenschaften charakterisiert. Es handelt sich um einen aktiven Prozess, der stufenweise und hierarchisch verläuft. Zudem postulieren Leventhal und Kollegen (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984), dass der kognitive und der emotionale Pfad des Common Sense Model of Illness Representation parallel verlaufen, wobei zum einen die Person die Gesundheitsbedrohung zum anderen die damit verbundenen Emotionen bewältigen muss und im Anschluss daran bewertet. Beide Pfade interagieren miteinander und beeinflussen sich (Leventhal, Brisette & Leventhal, 2003; Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001), so dass eine Trennung in der empirischen Überprüfung des Modells kompliziert ist. Aus diesem Grund wird das Ausgangsmodell in dieser Untersuchung angepasst. Das adaptierte Modell, das in der vorliegenden Arbeit überprüft wird, ist in Abbildung 2 dargestellt.

Untersucht wird das Common Sense Model of Illness Representation vor allem anhand des kognitiven Pfades des Modells. Der emotionale Pfad im Modell wird innerhalb des Anpassungsverhaltens integriert, indem emotionsregulierende Bewältigungsstrategien verwendet werden. Diese sind vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut sowie Selbstanklage (Decuyenaere, Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Denayer & Claes, 2000; Folkman & Moskowitz, 2000; Lazarus & Folkman, 1987). Ausgangspunkt sind die subjektiven Krankheitstheorien von Patienten mit einer Tumorerkrankung. Bewältigungsverhalten sowie die Kriteriumsvariablen werden zu verschiedenen Messzeitpunkten erhoben, um kausale Zusammenhänge überprüfen zu können.

1.6.1 Empirische Befunde

Im Folgenden werden die wichtigsten Befunde zusammengefasst, die im Zusammenhang der Prüfung des Modells gefunden wurden. Moss-Morris und Kollegen (Moss-Morris, Petrie & Weinman, 1996) zeigten in einer Studie an Patienten mit chronischem Müdigkeitssyndrom, dass Annahmen zur Identität sowie wahrgenommene Kontrolle im engen Zusammenhang mit aktiver Bewältigung und Suche nach sozialer Unterstützung standen. Antizipierte schwerwiegende Folgen der Krankheit waren hingegen eng mit Verleugnung und passiver Bewältigung assoziiert. Ähnliche Ergebnisse berichten Kemp und Kollegen (Kemp, Morley & Anderson, 1999) von Untersuchungen an Patienten mit Epilepsie. In weiteren Studien zeigte sich ebenfalls, dass hohe interne Kontrolle mit einer verstärkten aktiven und problemfokussierten Bewältigung einher geht (Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Conwy & Terry, 1992; Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Claes, Decuyenaere & Denayer, 2000). Petrie, Weinman, Sharpe und Buckley (1996) fanden in einer prospektiven Längsschnittstudie an Herzpatienten, dass wahrgenommene Kontrolle die Patienten veranlasst, an einem Rehabilitationskurs teilzunehmen.

Hagger und Orbell (2003) fassten den aktuellen Stand der Forschung in einer Metaanalyse zusammen und zeigten, dass die stärksten Beziehungen zwischen angenommenen Konsequenzen und Vermeidung bzw. Ausdrücken von Emotionen, zwischen interner Kontrolle und kognitiver Umdeutung bzw. problemfokussierter Bewältigung sowie zwischen Identität und Vermeidung bzw. Ausdrücken von Emotionen auftreten. Relativ

geringe Zusammenhänge fanden sich zwischen wahrgenommener Dauer der Erkrankung und Vermeidung bzw. kognitiver Umdeutung. Schwerwiegende antizipierte Konsequenzen und eine starke Identität wiesen negative Zusammenhänge mit Lebensqualität und psychischen Wohlbefinden auf.

Cameron (1997) fand in einer Studie an Brustkrebspatientinnen, dass subjektive Modelle von Krankheiten mit dem Präventivverhalten der Frauen (Brustselbstuntersuchung) in Verbindung standen. Weinman, Petrie und Kollegen (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996) sowie Petrie, Cameron, Ellis, Buick und Weinman (2002) zeigten in Untersuchungen an Herzinfarktpatienten, dass implizite Krankheitstheorien mit der Rückkehr zum normalen Leben und der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit verbunden sind. Vor allem antizipierte kurzanhaltende Folgen der Erkrankung, wahrgenommene Kontrolle und die erwarteten Heilungschancen beeinflussten diesen Effekt nachhaltig. Subjektive Krankheitstheorien korrelierten dabei nicht signifikant mit medizinischen Indikatoren. In der Studie von Petrie und Kollegen (Petrie, Cameron, Ellis, Buick & Weinman, 2002) bekam die Hälfte der Herzinfarktpatienten eine Intervention, die eine detaillierte Beschreibung des Krankheitsbildes und Informationen zum weiteren Umgang mit Symptomen beinhaltete. Im Vergleich zur Kontrollgruppe waren diese Patienten optimistischer hinsichtlich der Dauer ihrer Erkrankung und deren Heilungs- und Kontrollmöglichkeiten. Sie konnten eher wieder ihre Arbeit aufnehmen und berichteten nach drei Monaten über weniger Symptome. Ähnliche Ergebnisse fanden Moss-Morris, Petrie und Weinman (1996) in einer Studie an Patienten mit chronischem Müdigkeitssyndrom (chronical fatigue syndrom). Diejenigen, die über schwerwiegendere Folgen klagten, berichteten auch über stärkere Müdigkeit. In einer qualitativen Studie an Lungenkrebspatienten konnten Faller und Kollegen (Faller, Schilling & Lang, 1995) zeigen, dass Patienten, die ihre Erkrankung auf psychosoziale Ursachen attribuierten, depressiver und hoffnungsloser waren als die anderen Patienten. Zudem wirkten sich psychosoziale Kausalattributionen negativ auf das Bewältigungsverhalten aus.

Heijmans und de Ridder (1998) zeigten in ihrer Studie an Patienten mit chronischem Müdigkeitssyndrom, dass externale Ursachenzuschreibungen mit der Suche nach sozialer Unterstützung und mit mehr vermeidenden Bewältigungsstrategien verbunden waren. Die persönliche Verantwortlichkeit stand jedoch in keinem Zusammenhang mit dem

Bewältigungsverhalten. Bei Patienten mit der Addison Krankheit (AD) traten Zusammenhänge zwischen den starken Erwartungen eines chronischen Verlaufs der Erkrankung und psychischen Gesundheitsproblemen auf, die wiederum mit eigener Kontrolle negativ korrelierten. Kausalattributionen wirkten sich bei dieser Patientengruppe nicht auf das Bewältigungsverhalten aus. Heijmans (1999) konnte außerdem bei Patienten mit AD zeigen, dass Patienten, die wenig oder keine persönliche Kontrolle über die Krankheit berichteten, mehr passive Bewältigungsstrategien verwendeten als andere. Zudem fand sie heraus, dass sich subjektive Krankheitstheorien im Vergleich zu Bewältigungsstrategien stärker auf adaptive Kriteriumsvariablen (z. B. soziale Unterstützung, physische und psychische Gesundheit) auswirkten.

1.6.2 Zusammenfassung

Sowohl Moss-Morris, Petrie & Weinman (1996) als auch Heijmans (1998) fanden in ihren Studien an Patienten mit chronischem Müdigkeitssyndrom einen engen Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und Wohlbefinden. Patienten, die eigene Kontrolle wahrnahmen und die ihre Krankheit weniger schwerwiegend einschätzten, zeigten mehr problemfokussiertes Bewältigungsverhalten. Patienten, die kaum eigene Kontrolle berichteten und zudem ihre Krankheit als schwerwiegend charakterisierten, bevorzugten hingegen emotionsregulierende Bewältigungsstrategien. Diese Patienten wiesen zudem geringe Werte für Wohlbefinden auf.

Der Stellenwert von Selbstwirksamkeitserwartung im Common Sense Model of Illness Representation ist noch nicht vollständig erforscht und festgelegt. Leventhal und Cameron (1987) weisen ihr durchaus eine Bedeutung zu, ohne diese jedoch näher zu spezifizieren. In einer Studie an Diabetes Patienten untersuchten Griva, Myers und Newman (2000) diese Beziehung explizit. Sie fanden heraus, dass Selbstwirksamkeitserwartungen im engen Zusammenhang zu Kognitionen stehen, die auf die eigene Interventionsmöglichkeit abzielen (z. B. Diät einhalten, Blutzuckerspiegel kontrollieren). In einer aktuellen Studie lokalisieren Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron und Buick (2002) Selbstwirksamkeitserwartungen zur Dimension Kontrolle, die in persönliche Kontrolle und Überzeugung zum Heilungsprozess unterteilt wird.

Der klassische Artikel von Leventhal und Kollegen (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980) hat sich als wegweisend in der Forschung zur Krankheitsverarbeitung insbesondere bei schwerwiegenden chronischen Erkrankungen erwiesen. In vielen querschnittlich angelegten Studien konnten Indizien für den kausalen Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und deren Beurteilung sowie verschiedenen Kriteriumsvariablen erbracht werden (Moss-Morris, Petrie & Weinman, 1996; Heijmans 1998; Kemp, Morley & Anderson, 1999; Fortune, Richards, Main & Griffiths, 2000; Fortune, Richards, Griffiths & Main, 2002; Rutter & Rutter, 2002). Einige Autoren fanden eher direkte Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien und den Kriteriumsvariablen, die stärker als der mediierte Zusammenhang über das Bewältigungsverhalten ausfielen (Moss-Morris, Petrie & Weinman, 1996; Scharloo et al., 1998). Das Modell wurde in seiner relativ langen Geschichte nur in wenigen längsschnittlichen Studien angewendet (Hampson, Glasgow & Zeiss, 1994; Hampson, Glasgow & Strycker, 2000; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996; Orbell, Johnston, Rowley, Espley & Davey, 1998; Scharloo, Kaptein, Weinman, Bergman, Vermeer & Rooijmans, 2000; McCarthy, Lyons, Weinman, Talbot, Purnell, 2003). In einer Metaanalyse fassen Hagger und Orbell (2003) den bisherigen Forschungsstand zusammen. Die Autoren beziehen insgesamt 45 empirische quer- und längsschnittliche Studien in die Analyse ein. Kausale Beziehungen konnten daher nicht überprüft werden. Keine der zwölf quantitativen längsschnittlichen Studien, die Hagger und Orbell (2003) in ihrer Metaanalyse aufgenommen haben, untersucht das Common Sense Model of Illness Representation an Patienten mit einer Tumorerkrankung. Auch in der Übersicht von Kaptein, Scharloo, Helder, Kleijn, van Korlaar und Woertman (2003) findet sich keine derartige Studie.