

## **5 Diskussion**

In der Arbeit wurden die Grundannahmen des Common Sense Model of Illness Representation von Leventhal und Kollegen (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984) am Beispiel von Tumorpatienten im peri- und postoperativen Entwicklungsverlauf untersucht. Das Common Sense Model of Illness Representation macht allgemeine Aussagen über den Einfluss von subjektiven Krankheitstheorien auf das Bewältigungsverhalten und die Lebensqualität von Patienten. Die Autoren postulieren, dass subjektive Krankheitstheorien sich auf verschiedene Kriteriumsvariablen auswirken, und dass dieser Einfluss durch das Bewältigungsverhalten mediiert wird. Die vorliegende Arbeit ist eine der wenigen Studien, die die Annahmen des Common Sense Model of Illness Representation im längsschnittlichen Verlauf überprüft, und meiner Kenntnis nach die einzige, die das Modell längsschnittlich bei Tumorpatienten untersucht (Hagger & Orbell, 2003; Kaptein, Scharloo, Helder; Kleijn, van Korlaar & Woertman, 2003). Die Stichprobe umfasste 156 Patienten, die mit dem Verdacht auf einen Tumor im Gastrointestinaltrakt oder der Lunge operiert wurden und zu drei Messzeitpunkten (T1 kurz vor der Operation, T3 ein Monat nach der Operation, T4 ein halbes Jahr nach der Operation) einen Fragebogen ausgefüllt hatten.

### **5.1 Stichprobe und Untersuchungsdesign**

Die Verteilung der Tumorlokalisationen, nach denen die Differentialdiagnosen bestimmt werden, entsprach bis auf wenige Abweichungen der deutschlandweiten Verteilung. Patienten mit einem Darmtumor (Kolon, Sigma, Rektum) waren am häufigsten in der Stichprobe vertreten. Etwa 10% der Patienten mit einer sehr ungünstigen Diagnose (Pankreas-, Ösophagustumor) nahmen an der längsschnittlichen Befragung teil. Unter den Patienten, die die längsschnittliche Befragung abgebrochen haben, waren mehr Patienten mit einer ungünstigen Prognose (Pankreas- und Ösophagustumor) vertreten als in der Untersuchungsstichprobe. Ebenso brachen Patienten mit der relativ ungünstigen Prognose Lungen-, Leber- und Gallentumore bzw. Lebermetastasen tendenziell häufiger die Befragung ab. Es muss daher begründet angenommen werden, dass es den Patienten der

Untersuchungsstichprobe prognostisch besser ging als den Patienten, die die Befragung abgebrochen haben (Hypothese 1).

Um Veränderungen von subjektiven Krankheitstheorien über die Zeit feststellen zu können, war es notwendig, Patienten zu untersuchen, bei denen erst kürzlich eine Tumorerkrankung diagnostiziert wurde. Auf die meisten Studienteilnehmer traf dies zu: 50% wussten von der Diagnose seit weniger als drei Wochen, 66% seit etwa einem Monat und 90% seit weniger als einem halben Jahr. Von der bevorstehenden Operation wusste die Hälfte der Patienten seit weniger als zwei Wochen und 86% seit etwa einem Monat (Hypothese/ Fragestellung 2). Bis auf wenige Ausnahmen, die in den Analysen berücksichtigt wurden, muss davon ausgegangen werden, dass sich bei den Patienten die Entwicklung subjektiver Krankheitstheorien in einem frühen Stadium befand. Der Zeitpunkt der Datenerhebung war günstig, da in dieser Anfangsphase der Auseinandersetzung mit der unverhofften Diagnose Änderungen innerhalb der subjektiven Krankheitstheorien durch neue Informationen und Erfahrungen am wahrscheinlichsten sind.

## **5.2 Subjektive Krankheitstheorien**

### **5.2.1 Kausalattributionen**

Der überwiegende Teil der Patienten (93% zu T1 und T3; 94% zu T4) konnte mindestens eine Ursache für ihre Krankheit angeben. Diese Angaben decken sich mit den Ergebnissen anderer Studien mit Tumorpatienten (Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Filipp & Ferring, 1998). Ebenso wie in vielen anderen Studien (Decuyenaere, Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Denayer & Claes, 2000; Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Michie, McDonald und Marteau, 1996; Filipp & Aymanns, 1997) gaben die meisten Patienten mehrere Ursachen für ihre Erkrankung an, durchschnittlich etwa drei. Insbesondere zwischen dem ersten und dritten Messzeitpunkt nahm die Anzahl der Kausalattributionen zu (Hypothese 3).

Die Rangreihe der sieben Kausalattributionen änderte sich über die drei Messzeitpunkte nicht. Am häufigsten glaubten Patienten, dass ihre Krankheit durch das Schicksal

verursacht sei. Neunundfünfzig Prozent (T1) bis 64% (T3) stimmten der Ursache Schicksal zu. Diese Zuschreibung scheint plausibel: Die Attribution auf externale Ursachen ist bei Misserfolg selbstwertdienlich und außerdem nach dem gegenwärtigen Wissensstand richtig. Sie ist geeignet, eigene Verantwortung für die Krankheit abzulehnen. Patienten haben in ihrem sozialen Umfeld die Erfahrung gemacht, dass nicht alle Personen, die einen ungesunden Lebensstil verfolgen, erblich vorbelastet sind und unter den gleichen Umweltbedingungen leben, eine Tumorerkrankung erleiden. Die Attribution auf das Schicksal wirkte sich nicht auf das Bewältigungsverhalten und die Lebensqualität bzw. Depressivität aus (Hypothese 4).

Es handelte sich bei den untersuchten Personen um mehrheitlich kürzlich diagnostizierte Patienten. Es kann vermutet werden, dass die Attribution auf das Schicksal auch damit assoziiert ist, dass die Betroffenen keine spezifische Ursache benennen konnten. Diejenigen Patienten, die vor der ersten Befragung ein Aufklärungsgespräch mit dem behandelnden Arzt hatten, attribuierten häufiger auf das Schicksal.

Auch die zweite externale Ursache, die Umweltverschmutzung, wurde relativ häufig verwendet. Fünfzig Prozent (T1) bis 61% (T4) stimmten dieser Attribution zu, im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf sahen zunehmend mehr Patienten Umweltverschmutzung als Ursache an (Hypothese 4). Es kann auch hier davon ausgegangen werden, dass durch diese Attribution der Selbstwert der Patienten geschützt wird.

Die zweithäufigste Ursache zu allen drei Messzeitpunkten, auf die Patienten ihre Krankheit zurückführten, war Stress und seelische Belastungen. Einundfünfzig Prozent (T1) bis 64% (T4) der Betroffenen stimmten dieser Ursachenzuschreibung zu, besonders Frauen und jüngere Patienten. Ein halbes Jahr nach der Operation attribuierten Patienten deutlich stärker auf diese Ursache. In Studien mit Brustkrebspatientinnen (Lam & Fielding, 2003; Taylor, Lichtman & Wood, 1984) zeigte sich ebenfalls dieses Ergebnis: vor allem Stress wurde von den Frauen als Krankheitsursache angegeben. Delahanty und Baum (2001) vermuten, dass dieser Zusammenhang durch einen ungesunden Lebensstil und Vernachlässigung von Vorsorgeuntersuchungen mediiert sein könnte. In einer Studie an Patienten mit einer Darmkrankheit (Irritable Bowel Syndrom), wurde Stress ebenfalls als häufigste Ursache (57%) angegeben (Rutter & Rutter, 2002). Decuyenaere, Evers-

Kiebooms, Welkenhuysen, Denayer und Claes (2000) sowie Emery, Kumar und Smith (1998) argumentieren, dass Patientinnen die Attribution auf Stress bevorzugten, da sie persönlich kontrollierbar erscheint.

Die Präferenz von Patienten für persönlich kontrollierbare Ursachen (Stress, eigenes Verhalten) konnte in Studien mit Herzinfarktpatienten nachgewiesen werden (Fielding, 1987; Affleck, Tennen, Croog & Levine, 1987). Indem Krankheitsursachen gemieden werden, nehmen Patienten an, den Krankheitsverlauf steuern zu können. In der vorliegenden Studie zeigte sich eine starke Zurückhaltung bei der Ursachenzuschreibung auf das eigene Verhalten und den eigenen Charakter (Hypothese 4).

Eigenes Verhalten ist die Kausalattribution, die am stärksten mit wahrgenommener persönlicher Handlungskontrolle in Verbindung steht. Sie wurde jedoch vergleichsweise selten angegeben (Hypothese 4). Nur 33% (T1) bis 42% (T4) der Patienten meinten, dass das eigene Verhalten ausschlaggebend für die Tumorerkrankung war. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass in diesem Fall eigene Verantwortung für die Erkrankung übernommen werden muss. Dies dürfte sich eher negativ auf das Bewältigungsverhalten, das emotionale Wohlbefinden und die Lebensqualität auswirken. Dies konnte anhand des Strukturgleichungsmodells bestätigt werden, in dem die Kausalattribution auf das eigene Verhalten zur T1 sich auf die Selbstanklage zu T3 und dadurch mediiert auf Depressivität zu T4 auswirkte (Hypothese 15). Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass Kausalattributionen eine selbstwertschützende Funktion haben, die einen Patienten vor der Abwertung des Selbstwertes schützen kann (Filipp & Ferring, 1998; self-serving bias: Miller & Porter, 1988). Jedoch scheinen sie sich ungünstig das Bewältigungsverhalten und die Lebensqualität auszuwirken.

Die Ursachenzuschreibungen auf das eigene Verhalten und den Charakter waren weniger mit einer guten Anpassung an die Krankheit assoziiert, da sie bedeutsam mit Selbstanklage und mit Depressivität zusammenhängen (Hypothese 15). Im letzten Abschnitt wird dies ausführlich diskutiert.

Für die Ursachenzuschreibung auf das eigene Verhalten ließen sich zwischen den Differentialdiagnosen deutliche Unterschiede feststellen. Neben den Patienten mit einem Lungentumor attribuierten die Patienten mit einem Ösophagustumor besonders stark auf das eigene Verhalten (Hypothese 11). Die Befunde sind nicht überraschend, da bei diesen Diagnosen der Anteil von gesundheitsverhaltensbezogenen Ursachen (Rauchen,

Ernährung) bekanntermaßen hoch ist. Es traten ebenso Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen auf. Männer und jüngere Patienten nehmen die Ursachenzuschreibung auf das eigene Verhalten häufiger vor. Dies fanden auch Gump, Matthews, Scheier, Schulz, Bridges und Magovern (2001) in einer Studie an Bypass-Patienten. Es wird auch hier vermutet, dass trotz optimistischer Verzerrung dies mit objektivierbaren Tatsachen in Einklang steht. Die untersuchte Stichprobe war relativ alt, Männer und jüngere Senioren zeigen in dieser Gruppe generell häufiger ungesunde Verhaltensweisen, wie z. B. Rauchen. Betroffene, die vor der ersten Befragung bereits an einem Aufklärungsgespräch mit dem behandelnden Arzt teilgenommen hatten, nahmen seltener das eigene Verhalten und den Charakter als Krankheitsursache an, welches für einen bedeutsamen Einfluss des Arztgesprächs auf die subjektiven Krankheitstheorien spricht.

Sehr wenige Patienten sahen ihre Erkrankung in Zusammenhang mit dem eigenen Charakter oder Gottes Wille. Diese Ursachenzuschreibungen blieben über alle drei Messzeitpunkt stabil auf einem niedrigen Niveau. Etwa 24% (T1) bis 30% (T3) stimmten der Attribution auf den eigenen Charakter zu, 24% (T3) bis 26% (T4) stimmten der Attribution auf Gottes Wille zu. Dies fanden auch Taylor und Kollegen in einer Studie an Brustkrebspatientinnen, die ebenfalls zeigen konnten, dass die Ursachenzuschreibung auf Gottes Wille nur von sehr wenigen Patienten hinzugezogen wurde (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman & Wood, 1984).

Tatsächlich wird von führenden Psychoonkologen ein direkter Zusammenhang zwischen Charakter und Tumorerkrankung abgelehnt. Studien, die einen solchen Zusammenhang belegen, fanden ausschließlich retrospektiv statt und müssen daher verworfen werden. Die Überzeugung, dass eine introvertierte, depressive und deprivierte Person häufiger an einem Tumor erkrankt, ist jedoch auch heute noch anzutreffen. Empirische Untersuchungen widerlegten diesen Zusammenhang eindeutig (Faller, Lang & Schilling, 1996). Vielmehr gibt es begründete Indizien dafür, dass Eigenschaften einer sogenannten Typ C Persönlichkeit die Folge einer schwerwiegenden Tumorerkrankung ist. Betroffenen müssen sich mit existentiellen Ängsten und tiefgreifenden physischen, psychischen und sozialen Veränderungen auseinandersetzen (Holland, 1999). Dass Patienten in der Studie keinen Zusammenhang zwischen Charakter und Tumorerkrankung sahen, ist wiederum als selbstwertdienlich zu interpretieren (Hypothese 4).

Ein wichtiger medizinischer Grund für den Ausbruch eines Tumors im Gastrointestinaltrakt ist die Vererbung (Deutsche Krebshilfe e. V., 2000; Wood & Ryan, 2000). Es wird angenommen, dass bei etwa 25% der Patienten mit einem kolorektalem Tumor diese Krankheit in der Familiengeschichte aufgetreten ist. Zunächst ist es verwunderlich, weshalb Patienten zu T1 Vererbung nur als vierthäufigste Ursache auswählten. Fünfunddreißig Prozent der Patienten stimmten dieser Attribution zu, vor allem die Patienten mit einem Magentumor. Zum einen könnten zu diesem Zeitpunkt noch zu wenige Informationen darüber an den Patienten weitergegeben worden sein. Dafür spricht, dass diese Ursache signifikant häufiger zu T3 (41%) bzw. T4 (40%) verwendet wurde, jedoch ohne den vierten Platz in der Rangreihe der Kausalattributionen zu verlieren. Zum anderen kann es darauf zurückgeführt werden, dass Patienten in ihrem unmittelbaren familiären Umfeld keine Erfahrungen mit der Krankheit gemacht haben und daher weniger auf diese Ursache zurückgegriffen haben.

#### ***Fazit: Hypothesen 3 und 4***

Die meisten Patienten verfügten zu T1 über mehrere Kausalattributionen. Während die Anzahl der Kausalattributionen im Längsschnitt signifikant zunahm, änderte sich die Rangreihe der am häufigsten ausgewählten Ursachen nicht. Auf medizinisch relevante Ursachen (Vererbung, Stress, Verhalten, Umweltverschmutzung) attribuierten die Patienten zu T3 und T4 deutlich häufiger als zu T1.

Es stellt sich die Frage, ob Kausalattributionen für verschiedene Krankheiten nicht unterschiedliche Bedeutung haben und damit eine andere Funktion erfüllen. Während beispielsweise Patienten, die einen Herzinfarkt erlitten haben, durchaus handlungsrelevante Anregungen aus ihrer Ursachenzuschreibung gewinnen können und somit einen gewissen Einfluss auf die weitere Krankengeschichte haben, ist der Handlungsspielraum für Patienten mit einem Tumor im Gastrointestinaltrakt oder der Lunge wesentlich begrenzter. Hauptsächlich bezieht er sich darauf, Anweisungen der Ärzte und Therapeuten zu befolgen.

### 5.2.2 Erwartete Krankheitsdauer

Die antizipierte globale Erkrankungsdauer (kurz, lang) und die spezifische Erwartung zur Wiedererlangung der Selbständigkeit änderten sich über die drei Messzeitpunkte signifikant. Während Patienten zu T1 die globale und spezifische Dauer optimistisch einschätzten, revidierten sie diese Erwartungen zu den folgenden postoperativen Zeitpunkten. Es kann vermutet werden, dass die persönlichen Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung zu diesen längsschnittlichen Veränderungen geführt haben. Die spezifischen Erwartungen zum Krankenhausaufenthalt änderten sich nicht über die Zeit. Sie waren in der aktuellen Studie erstaunlich realistisch. Das kann vermutlich auf Informationen zurückgeführt werden, die dem Patienten bei der Aufnahme in das Krankenhaus gegeben wurden. Unterstützt wird diese Annahme dadurch, dass sich die Diagnosegruppen in ihren Erwartungen deutlich voneinander unterschieden. Patienten mit einer schlechten Prognose (Ösophagus-, Pankreastumor) unterschieden sich von den Patienten, bei denen kein Tumor gefunden wurde (Hypothese 10). Patienten waren sich der Ernsthaftigkeit ihrer Erkrankung bewusst.

Die Erwartung über den Zeitpunkt, wann der Patient wieder selbständig leben kann, änderte sich innerhalb eines Monats nach der Operation für diejenigen Patienten, die zum vierten Messzeitpunkt tatsächlich wieder selbständig leben konnten. Interessanterweise waren die Erwartungen jedoch dann realistisch, verglichen mit den retrospektiven Angaben der Betroffenen. Das heißt, Patienten mit einem günstigen Krankheitsverlauf konnten dies bereits einem Monat nach der Operation einschätzen. Die antizipierte konkrete Krankheitsdauer war zudem vom Zeitpunkt der Diagnosenstellung abhängig: Je länger dieser zurücklag, desto eher wurde eine lange Dauer bis zur eigenen Selbständigkeit angenommen.

Patienten, denen es auch ein halbes Jahr nach der Operation eigenen Angaben zufolge noch sehr schlecht ging, hatten schon kurz vor und einen Monat nach der Operation Erwartungen zu einer sehr langen spezifischen Krankheitsdauer. Das Ergebnis darf jedoch nicht überbewertet werden, da die meisten Patienten zum vierten Messzeitpunkt wieder selbständig leben konnten (Hypothese 6).

Hinsichtlich des Krankheitsverlaufs (akut, zyklisch, chronisch) konnte in einigen Studien gezeigt werden, dass Patienten ihre Annahmen änderten. So fanden z. B. Leventhal und

Kollegen (Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985), dass ein Großteil der Patienten mit Bluthochdruck innerhalb der Rehabilitationsphase ihre Annahmen zur Dauer und dem Verlauf korrigierten. Weniger Personen nahmen einen akuten Verlauf an, mehr einen chronischen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen sich ähnlich interpretieren. Es fand ein Wechsel von einem *akuten* Krankheitsmodell hin zu einem *chronischen* statt. Dies wurde in einer weiteren Studie von Leventhal und Kollegen (Leventhal, Easterling, Coons, Luchterhand & Love, 1986) an Brustkrebspatientinnen ebenfalls gefunden.

### **Fazit: Hypothese 6 und 10**

Die Hypothese 6 konnte partiell bestätigt werden. Bei der Einschätzung der globalen Dauer waren die Patienten zu optimistisch. Sie meinten zu Beginn der Erkrankung, dass die Krankheitsdauer kürzer sein würde und revidierten ihre Einschätzung im Krankheitsverlauf nach der Operation. Patienten, die die Zeit bis zur eigenen Selbständigkeit zu T1 und T3 angeben sollten und zu T4 bereits selbständig leben konnten, hatten den Zeitraum bis dahin zu T3 erstaunlich realistisch eingeschätzt. Patienten verfügten außerdem über sehr realistische Einschätzungen bei konkreten Fragen zum Krankheitsverlauf. Hypothese 10 konnte für die erwartete Krankheitsdauer bestätigt werden. Es zeigten sich für die erwartete Krankheitsdauer keine Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen, jedoch für die konkrete Erwartung zur Krankenhausverweildauer.

### **5.2.3 Wahrgenommene Kontrolle**

Die wahrgenommene Kontrolle änderte sich über die drei Messzeitpunkte signifikant, im längsschnittlichen Verlauf nahm interne Kontrolle von T1 zu T3 bzw. T4 deutlich zu (Hypothese 5). Die niedrige Ausprägung von interner Kontrolle zu T1 war vermutlich durch die objektiven Gegebenheiten veranlasst: Die Patienten standen kurz vor einer schweren Operation. Vertrauen in die Ärzte und die moderne Technik prägte die Einschätzungen der Kontrolle. Dennoch nahmen die Patienten ein relativ hohes Maß eigener Kontrolle zu T1 wahr, der Mittelwert lag etwas über dem theoretischen Mittelwert. Erwartungswidrig zeigten sich keine Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen (Hypothese 10). Vermutlich kann dies darauf zurückgeführt werden, dass alle Patienten eine schwere Operation zu bewältigen hatten. Dabei war es unerheblich, welche spezifische Prognose mit der Krankheit verbunden war. Es traten jedoch



Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen auf: Die ältesten Patienten berichteten zu allen drei Messzeitpunkten mehr interne Kontrolle. Zudem nahm diese über die Messzeitpunkte signifikant zu. Diese Ergebnisse widersprechen den Befunden von Gump, Matthews, Scheier, Schulz, Bridges & Magovern (2001). Es kann vermutet werden, dass mit zunehmendem Alter, Patienten mehr Erfahrung im Umgang mit einer Krankheit haben und sie daher mehr eigene Kontrolle wahrnehmen als jüngere Patienten.

In der vorliegenden Studie wurde Kontrolle entsprechend der Mehrzahl der Items des ursprünglichen *Illness Perception Questionnaire Revised* (IPQ) anhand eines Items zur persönlichen Kontrolle erhoben. Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron und Buick (2002) weisen jedoch in ihrer Arbeit darauf hin, dass neben persönlicher Kontrolle zudem Kontrolle hinsichtlich der Behandlung und Therapie erhoben und ausgewertet werden sollte. In dem revidierten Fragebogen zur Erhebung subjektiver Krankheitstheorien (IPQ-R, 2003) wird Kontrolle daher anhand zweier nur mäßig interkorrelierter Skalen erhoben. Das Item der aktuellen Studie, mit dem interne Kontrollüberzeugung erfasst wurde, fand sich inhaltlich in einigen Items zur persönlichen Kontrollüberzeugung im neuen IPQ-R wieder (Tabelle 58). Während in der aktuellen Studie eine retrospektive Einschätzung einer Handlungs-Ergebnis-Erwartungen erfragt wurden, bezieht sich der IPQ-R auf aktuelle Kontrollüberzeugungen.

Die unmittelbare Nähe zwischen subjektiven Krankheitstheorien und der Krankheitsbewältigung wird an der wahrgenommenen Kontrolle besonders deutlich. Hohe Interkorrelationen zeigten sich zur aktiven Krankheitsverarbeitung, positiven Umdeutung und Sinnfindung. Weis (1998) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass subjektive Krankheitstheorien auch als kognitiver Aspekt der Bewältigung und nicht als eigenständiges Konstrukt interpretiert werden können. In der aktuellen Forschung haben sich jedoch die subjektiven Krankheitstheorien zunehmend als eigenständiges Konzept neben der Bewältigungsforschung durchgesetzt.

Tabelle 58

*Items zur Kontrollüberzeugung im IPQ-R und der aktuellen Studie*

aktuelle Studie	IPQ-R, 2003
Ich dachte: „Wenn ich mich jetzt richtig verhalte, wird es mir besser gehen.“	Mein Verhalten wird den Verlauf meiner Krankheit nicht beeinflussen. Nichts, was ich tue wird meine Krankheit beeinflussen. Mein Verhalten bestimmt, ob meine Krankheit besser oder schlimmer wird.

***Fazit: Hypothese 5 und Hypothese 10***

Die Hypothese 5 konnte bestätigt werden: Internale Kontrolle nahm im Krankheitsverlauf zu und war kurz vor der Operation am geringsten ausgeprägt. Die Hypothese 10 konnte für die wahrgenommene Kontrolle nicht bestätigt werden: Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen traten für die wahrgenommene Kontrolle nicht auf.

**5.2.4 Zusammenhänge zwischen den Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien**

Querschnittliche Interkorrelationen zwischen den einzelnen Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien fanden sich nur für die antizipierte Krankheitsdauer und die wahrgenommene Kontrolle kurz vor der Operation und ein halbes Jahr später. Diesen Zusammenhang konnten ebenfalls Moss-Morris und Kollegen (Moss-Morris, Petrie und Weinman, 1996; Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002) sowie Rutter und Rutter (2002) herausarbeiten (siehe auch Hagger & Orbell, 2003). Je mehr eigene Handlungskontrolle ein Patient im Krankheitsverlauf wahrnahm, desto eher nahm die Person eine kurze Dauer der Erkrankung an (Hypothese 7). Dennoch unterschieden sich beide Faktoren in ihrer Beziehung zum Bewältigungsverhalten. Während die wahrgenommene Kontrolle mit aktiver Krankheitsverarbeitung, Sinnfindung und positiver Umdeutung assoziiert war, zeigte sich für die erwartete Krankheitsdauer nur ein bedeutsamer Zusammenhang zur positiven Umdeutung. Die antizipierte Krankenhausaufenthaltsdauer und die Dauer bis zur eigenen Selbständigkeit standen hingegen mit Sinnfindung im Zusammenhang.

Entgegen den Ergebnissen von Shiloh, Rashuk-Rosenthal und Benyamini (2002) konnten keine Beziehungen zwischen den Kausalattributionen und der wahrgenommenen Kontrolle gefunden werden (Hypothese 8). Es zeigten sich jedoch vereinzelt bedeutsame Beziehungen zwischen den Kausalattributionen und der erwarteten Krankheitsdauer (Hypothese 8). Bis auf eine Ausnahme (Gottes Wille) waren bedeutsame Zusammenhänge positiv ausgerichtet – je mehr einer Ursache zugestimmt wurde, desto länger war die erwartete Krankheitsdauer. Generell weist dies darauf hin, dass Kausalattributionen allgemein eher mit pessimistischen oder realistischen und nicht mit optimistischen Einschätzungen zur Krankheitsdauer assoziiert waren. Den Ergebnissen von Taylor und Kollegen zufolge (Taylor, Lichtman & Wood, 1984) wirken sich jedoch optimistische Einschätzungen adaptiv aus.

### ***Fazit Hypothesen 7 bis 9***

Nur die Hypothese 7 konnte bestätigt werden, wahrgenommene Kontrolle und erwartete Krankheitsdauer korrelierten miteinander. Es wurden auch vereinzelt Zusammenhänge zwischen den Kausalattributionen und der erwarteten Krankheitsdauer gefunden (Ablehnung der Hypothese 9), nicht aber zur wahrgenommenen Kontrolle (Ablehnung der Hypothese 8).

## **5.3 Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigung und Lebensqualität bzw. Depressivität**

### **5.3.1 Bewältigungsverhalten**

Als wichtige Strategien der Krankheitsverarbeitung bei einer Tumorerkrankung haben sich aktive Krankheitsverarbeitung, Sinnfindung und positive Umdeutung erwiesen. Diese Bewältigungsformen wurden von den Patienten am häufigsten verwendet. Eine deutliche Zunahme zeigte sich für aktive Krankheitsverarbeitung, wie Informationssuche, Planen und Kampfgeist, und positive Umdeutung, z. B. Akkommodation und optimistischer sozialer Vergleich, einen Monat nach der Operation, während Sinnfindung erst ein halbes Jahr später deutlich zunahm. Die Patienten, bei denen kein Tumor gefunden wurde,

berichteten einen Monat nach der Operation weniger aktive Krankheitsverarbeitung. Selbstanklage blieb über die Zeit konstant auf einem niedrigen Niveau. Vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut nahm einen Monat nach der Operation deutlich wieder ab. Dieser Verlauf unterstützt die Annahme, dass bei der Auseinandersetzung mit einer schweren lebensbedrohlichen Krankheit, Vermeidung und Verleugnung unmittelbar nach der Diagnosestellung kurzfristig eine adaptive Funktion erfüllen kann, wenn aktive Bewältigung nicht möglich ist (Lazarus, 1983; Wiebe & Korbel, 2003). Diese Bewältigungsstrategien dienen unmittelbar nach der Diagnosestellung der Emotionsregulation. Im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf zeigten sich jedoch deutlich maladaptive Tendenzen (siehe letzter Abschnitt), wie sie auch von Beutel (1988), Weis (1998), Spiess, Sachs, Frischenschlager, Moser und Prager (1994) gefunden wurden.

Eine Vielzahl unterschiedlicher Bewältigungsstrategien scheint potentiell adaptiv zu sein (Heim, 1988). Weis (1998) und Beutel (1988) weisen außerdem auf die Bedeutung der zeitlichen Relation hin. Während einige Bewältigungsstrategien eher kurzfristig adaptiv sind, können andere eher mittel- oder langfristig für die Anpassung an die Krankheit geeignet sein.

### **5.3.2 Lebensqualität und Depressivität**

Während Depressivität im Krankheitsverlauf kontinuierlich abnahm, zeigte sich für die Lebensqualität eine kurzfristige Minderung einen Monat nach der Operation. Ein halbes Jahr später war die Lebensqualität am höchsten ausgeprägt. Zu allen drei Messzeitpunkten berichteten Patienten Werte, die für Lebensqualität deutlich über und für Depressivität unter dem theoretischen Mittelwert lagen. In den seltensten Fällen wird eine eben diagnostizierte schwerwiegende chronische Erkrankung von den Betroffenen positiv bewertet. Warum wirkt sich diese Tatsache in der aktuellen Studie nicht auf die globale gesundheitspezifische Lebensqualität und die Depressivität aus? Eine Erklärung dafür fand Staudinger (2000), die dieses Phänomen als „Paradox des subjektiven Wohlbefindens“ umschreibt. Menschen berichten trotz widriger Lebensumstände über ein relativ hohes Maß an subjektiven Wohlbefinden. Dieses Phänomen konnten Diener und Kollegen (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999) in Studien interkulturell finden.

### **5.3.3 Subjektive Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und Lebensqualität bzw. Depressivität**

#### **5.3.3.1 Kausalattributionen**

Längsschnittliche Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Kausalattributionen (T1) und Sinnfindung (T3) wurden nicht gefunden. Querschnittliche Korrelationen zu Krankheitsbeginn (siehe Anhang Tabelle 92 bis Tabelle 100) unterstützen jedoch Taylors Theorie (Taylor, Lichtman & Wood, 1984), dass die Suche nach Kausalattributionen eng mit Sinnfindungsprozessen verbunden ist. Gleichzeitig traten querschnittliche positive Beziehungen zwischen der Anzahl der Kausalattributionen und Depressivität auf, wie es auch Faller, Schilling und Lang (1995) in einer Untersuchung an Lungenkrebspatienten zeigen konnten (Hypothese 12).

In der vorliegenden Arbeit wurden außerdem Indizien für die Annahme von Faller, Schilling und Lang (1995) gefunden, dass die Anzahl der Kausalattributionen mit der andauernden Auseinandersetzung mit dem eigenen Schicksal verbunden ist. So zeigten sich positive Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Kausalattributionen zu T1 und Selbstanklage zu T3. Möglicherweise ist die Anzahl der Kausalattributionen ein Indiz für die Rumination der Betroffenen.

Taylor und Kollegen fanden in einer Studie an Brustkrebspatientinnen keine Beziehung zwischen Kausalattributionen und Anpassung an die Krankheit (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman & Wood, 1984). Die längsschnittlichen Analysen der aktuellen Studie konnten jedoch positive Zusammenhänge zwischen der Attribuiierung auf den eigenen Charakter bzw. dem eigenen Verhalten sowie der Anzahl der Kausalattributionen (T1) und Selbstanklage (T3) nachweisen. Selbstanklage war wiederum positiv mit Depressivität fünf Monate später assoziiert. Annahmen über das eigene Verhalten und den Charakter sagte durch Selbstanklage mediiert Depressivität vorher (Hypothese 14).

Keine bedeutsamen Zusammenhänge fanden sich zwischen den Kausalattributionen und aktiver Krankheitsverarbeitung sowie positiver Umdeutung (Hypothese 13). Patienten, die eher auf Stress und seelische Belastungen attribuierten, berichteten ein halbes Jahr später niedrige Lebensqualität und hohe Depressivität. Dieser Zusammenhang wurde durch

vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut mediiert. Die Ursachenzuschreibung auf die Umweltverschmutzung (T1) sagte zudem Depressivität ein halbes Jahr später vorher. Dieser Zusammenhang wurde nicht durch vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut mediiert (Hypothesen 14 und 15).

### ***Fazit: Hypothesen 12 bis 15***

Kausalattributionen bilden einen wesentlichen Teil subjektiver Krankheitstheorien, die für das Bewältigungsverhalten sowie die Lebensqualität bzw. Depressivität von grundlegender Bedeutung sind. Für Patienten mit einer Tumorerkrankung erwiesen sie sich jedoch nicht als handlungsrelevant. Bedeutsame Zusammenhänge traten in der aktuellen Studie vielmehr für vermeidendes Bewältigungsverhalten und Wut sowie Selbstanklage auf. Als ungünstige Attribution sowohl in Bezug auf das Bewältigungsverhalten als auch für das emotionale Wohlbefinden hat sich vor allem die Ursache *eigener Charakter* erwiesen. Ein wesentlicher Aspekt für die klinische Praxis wäre die umfassende Aufklärung der Entstehungsursachen der entsprechenden Krankheit voranzutreiben, um negative Effekte auf das Wohlbefinden und inadäquates Bewältigungsverhalten zu minimieren. Die maladaptive Funktion von Kausalattributionen wurde von Faller (1993) und Lowery und Kollegen (Lowery, Jacobson & Ducette, 1993) in Untersuchungen mit Lungenkrebspatienten bzw. an Patientinnen mit Brustkrebs beschrieben. Die Hypothesen 12 und 15 konnten bestätigt werden, die Hypothesen 13 und 14 jedoch bis auf wenige Ausnahmen nicht.

### ***5.3.3.2 Erwartete Krankheitsdauer und wahrgenommene Kontrolle***

Erwartungen hinsichtlich der Dauer der Erkrankung zeigten einen positiven Zusammenhang zur Lebensqualität und einen negativen zur Depressivität. Je kürzer die Dauer der Krankheit erwartet wurde, desto höher war die Lebensqualität und desto niedriger die Depressivität. Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen von Orbell und Kollegen (Orbell, Johnston, Rowley, Espley & Davey, 1998). Möglicherweise kann dieser Zusammenhang darauf zurückgeführt werden, dass Hoffnungen auf einen günstigen Krankheitsverlauf protektiv auf die Lebensqualität und das emotionale Wohlbefinden wirken. Neben dem direkten Einfluss von der erwarteten Krankheitsdauer wurde die Beziehung auch durch positive Umdeutung mediiert (Hypothesen 17 und 20).

Zudem wurden Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Kontrolle und Lebensqualität bzw. Depressivität nachgewiesen. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen von Taylor und Kollegen (Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Taylor, 1983). In einer Studie mit Brustkrebspatientinnen stellten sie fest, dass, selbst wenn die wahrgenommene Kontrolle illusionär war, sie dennoch protektiv auf das Wohlbefinden der Patientinnen wirkte. In weiteren Studien an Patienten mit HIV oder einer Herzkrankheit konnte dies repliziert werden (Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher, 1994; Helgeson & Taylor, 1993). In der Metaanalyse von Hagger und Orbell (2003) zeigte sich ebenfalls dieser Zusammenhang. Die Autoren weisen darauf hin, dass möglicherweise die Wahrnehmung persönlicher Kontrolle einen positiven Effekt auf die Beurteilung der Lebensqualität hat. An dieser Stelle muss jedoch darauf verwiesen werden, dass sich im abschließenden Strukturgleichungsmodell kein direkter Zusammenhang zwischen Kontrolle (T1) und Lebensqualität (T4) nachweisen ließ, vielmehr konnte das vollständige Mediatormodell des Common Sense Model of Illness Representation für die Wirkungsweise von wahrgenommener Kontrolle bestätigt werden (Hypothesen 16 und 20). Mediiert wurde der Zusammenhang durch positive Umdeutung (T3). Konträr zu diesen Ergebnissen kommen Orbell und Kollegen (Orbell, Johnston, Rowley, Espley & Davey, 1998) zu dem Ergebnis, dass antizipierte eigene Kontrolle präoperativ erhoben sich positiv für Depressivität drei Monate später erweist. Dieser Effekt scheint jedoch nur kurzfristig zu sein, ein halbes Jahr später verliert er sich wieder. Aktive Bewältigungsstrategien drei Monate nach der Operation zeigten dann einen positiven Einfluss auf das emotionale Wohlbefinden sechs Monate später. In der aktuellen Studie leistete aktive Krankheitsverarbeitung keinen Betrag zur Vorhersage der globalen gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder der Depressivität. Dies kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass in objektiv schwer kontrollierbaren Situationen aktive Bewältigung nicht effektiv ist und sich eher mittelbar auf Kriteriumsvariablen auswirkt (Affleck, Tenne, Pfeiffer & Fifield, 1987; Heijmans, 1999). Zudem könnte die zeitliche Relation ein wichtiger Aspekt bei der Wirksamkeit aktiver Bewältigungsstrategien sein (Hypothese 16). Die Skala vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut (T3) prädizierte Depressivität und Lebensqualität fünf Monate später und wirkte deutlich maladaptiv. Ebenso zeigten sich ein negativer Einfluss auf die Beeinträchtigung zu T4.

Hierarchische Regressionsanalysen ergaben für Schmerzen und Beeinträchtigung (T4) einen negativen Einfluss von aktiver Krankheitsverarbeitung (T3). Je stärker eine Person aktive Krankheitsbewältigung vornahm, desto mehr Schmerzen und Beeinträchtigung berichtete sie (Hypothese 18). Sinnfindung leistete keinen Beitrag zur Vorhersage von globaler gesundheitsbezogener Lebensqualität und Depressivität (Ablehnung der Hypothese 19), jedoch erwies sie sich als geeigneter Prädiktor für die wahrgenommene Beeinträchtigung ein halbes Jahr nach der Operation.

Positive Umdeutung hat sich als eine gewichtige Bewältigungsstrategie in der langen postoperativen Phase von einem halben Jahr erwiesen. Hohe Lebensqualität und niedrige Depressivität wurden dadurch prädiziert. Dies konnten bereits Collins, Baum und Singer (1983) in ihrer Studie zum Umgang mit Stress zeigen.

#### ***Fazit: Hypothesen 16 bis 19***

Internale Kontrolle zeigte enge Beziehungen zu aktiver Krankheitsverarbeitung, Sinnfindung und positiver Umdeutung. Der positive Einfluss internaler Kontrolle auf die Lebensqualität und der negative Einfluss auf die Depressivität wurden durch die positive Umdeutung mediiert (Hypothese 16). Aktive Krankheitsverarbeitung einen Monat nach der Operation wirkte maladaptiv auf Schmerzen, Fatigue und Beeinträchtigung fünf Monate später. Erwartete kurze Krankheitsdauer, positive Umdeutung, vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut sowie Selbstanklage erwiesen sich als wichtige Prädiktoren für Lebensqualität und Depressivität (Hypothesen 17 bis 19).

#### **5.3.4 Das Common Sense Model of Illness Representation: Mediatorhypothese**

Obwohl es eine fast unüberschaubare Anzahl von Veröffentlichungen zur Krankheitsbewältigung gibt, ist relativ wenig darüber bekannt, anhand welcher Kriterien Patienten Bewältigungsstrategien auswählen. Ein Modell, das dies aufzuklären versucht, entwickelten Leventhal und Kollegen (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003): Das Common Sense Model of Illness Representation. Seit etwa einem Viertel Jahrhundert wird auf diesen Klassiker in der psychologischen Forschung Bezug genommen. Zunehmend zeigen auch



Mediziner Interesse an der wesentlichsten Komponente dieses Modells – den subjektiven Krankheitstheorien.

Subjektive Krankheitstheorien haben sich als wichtiger Prädiktor für das Bewältigungsverhalten, die Lebensqualität und das emotionale Wohlbefinden erwiesen. Der Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Lebensqualität bzw. emotionalem Wohlbefinden wurde teilweise durch die Krankheitsbewältigung mediiert. Die kausalen Beziehungen blieben auch dann noch erhalten, wenn für das Ausgangsniveau der Kriteriumsvariablen kontrolliert wurde. Das vollständige Mediatormodell konnte jedoch nur partiell bestätigt werden. Diese Ergebnisse decken sich mit den querschnittlichen Befunden von Rutter und Rutter (2002), die ebenfalls die Bedeutung von Bewältigungsverhalten auf den Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Anpassung der Krankheit nur partiell bestätigen konnten. (Hypothese 20).

Während direkte kausale Pfade zwischen wahrgenommener Kontrolle und Kriteriumsvariablen nicht nachgewiesen werden konnten, zeigte sich ein deutlicher Einfluss von antizipierter kurzer Krankheitsdauer sowohl auf die Lebensqualität als auch auf die Depressivität, der stärker als der indirekte Effekt war. Internale Kontrolle (T1) wirkte sich auf Lebensqualität und Depressivität (T4) mediiert durch positive Umdeutung (T3) aus. Die enge Beziehung zwischen wahrgenommener Kontrolle und positiver Umdeutung fanden auch Hagger und Orbell (2003) in einer Metaanalyse. Der Zusammenhang zwischen den internalen Kausalattributionen Stress, eigenes Verhalten und Charakter zu T1 und Lebensqualität bzw. Depressivität zu T4 wurde vollständig durch Selbstanklage bzw. vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut zu T3 mediiert. Die externe Ursache Umweltverschmutzung (T1) beeinflusste die Depressivität sechs Monate später direkt. Generell wirkten sich Kausalattributionen negativ auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Tumorpatienten aus. Vielmehr waren Annahmen zur Kontrolle der Krankheit ausschlaggebend. Dies unterstützen auch die Ergebnisse von Weinman und Kollegen (McCarthy, Lyons, Weinman, Talbot & Purnell, 2003). Patienten, die am Mund operiert wurden, zeigten eine Woche nach der Operation eine bessere Anpassung, wenn sie präoperativ hohe Erwartungen an die Dauer, die Kontrolle und den Schweregrad der Symptome hatten. Studien beispielsweise an Herzinfarktpatienten berichten ganz andere

Ergebnisse. Man muss offensichtlich den unterschiedlichen Krankheitsverlauf und die Interventionsmöglichkeiten beachten.

Wahrgenommene Kontrolle und erwartete Krankheitsdauer zu T1 haben sich als wichtige Prädiktoren für Lebensqualität und Depressivität zu T4 erwiesen. Hohe internale Kontrolle scheint sich generell adaptiv auszuwirken, wie es in vielen Studien bereits gezeigt werden konnte (Filipp & Aymanns, 1997; Taylor, Helgeson, Reed & Skokan, 1991). Das bedeutet, ein Schwerpunkt sollte im Krankheitsverlauf darin bestehen, Patienten anzuleiten, Handlungskontrolle über ausgewählte krankheitsrelevante Prozesse wahrzunehmen. Ungünstige subjektive Krankheitstheorien sollten frühzeitig erkannt und verändert werden, um möglicherweise maladaptives Bewältigungsverhalten zu vermeiden und die Lebensqualität und das emotionale Wohlbefinden positiv zu beeinflussen (Orbell, Johnston, Rowley, Espley & Davey, 1998; Rutter & Rutter, 2002). Dies unterstützen auch die Ergebnisse einer Studie von Petrie und Kollegen (Petrie, Cameron, Ellis, Buick & Weinman, 2002) an Herzinfarktpatienten sowie die zusammenfassende Überblick von Petrie, Broadbent und Meechan (2003).

Die Ergebnisse der Arbeit bestätigten Leventhal's Common Sense Model of Illness Representation (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984) weitgehend und zeigten, dass subjektive Krankheitstheorien einen grundlegenden Einfluss auf die Auswahl des Bewältigungsverhaltens und auf die Lebensqualität bzw. Depressivität haben. Diese Befunde können wegweisend in der medizinischen Praxis im Umgang mit Patienten mit Tumorerkrankungen sein. Eine geeignete patientenzentrierte und krankheitsspezifische Aufklärung durch den Arzt kann subjektive Krankheitstheorien günstig beeinflussen und sich mittels adaptiven Bewältigungsverhaltens positiv auf das emotionale Wohlbefinden und die Lebensqualität auswirken.