

Aus dem Institut für Psychotherapie  
und Medizinische Psychologie  
der Universität Würzburg  
Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller (komm.)

---

Krankheitsverarbeitung und emotionales Befinden  
bei Patienten mit  
chronisch lymphatischer Leukämie

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde der  
Medizinischen Fakultät  
der  
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von  
Kerstin Raff  
aus Stuttgart

Würzburg, Mai 2004

**Referent:** Prof. Dr. Dr. H. Faller

**Koreferent:** Priv.-Doz. Dr. Dr. M. Kraus

**Dekan:** Prof. Dr. S. Silbernagl

**Tag der mündlichen Prüfung:** 19. Oktober 2004

**Die Promovendin ist Ärztin**

## INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG	1
2 STAND DER FORSCHUNG	3
2.1 Darstellung des Krankheitsbildes der chronisch lymphatischen Leukämie	3
2.2 Emotionales Befinden bei Tumorpatienten	8
2.2.1 Prävalenz von Störungen des emotionalen Befindens bei Tumorpatienten	8
2.2.2 Vergleich der Prävalenzen von Störungen des emotionalen Befindens bei Tumorpatienten, chronisch Kranken und der Allgemeinbevölkerung	9
2.2.3 Prävalenz von Störungen des emotionalen Befindens bei Patienten mit Lymphomen/Leukämien	10
2.2.4 Einflussfaktoren auf das Auftreten von emotionalen Störungen bei Tumorpatienten	12
2.2.5 Probleme in der Diagnose von emotionalen Störungen bei Tumorerkrankungen	14
2.3 Krankheitsverarbeitung	16
2.3.1 Theoretische Grundlagen der Krankheitsverarbeitung	17
2.3.1.1 Die psychophysiologische Stressforschung	17
2.3.1.2 Die psychoanalytische Abwehrlehre	18
2.3.1.3 Weitere Theorien zur Krankheitsverarbeitung	18

2.3.2	Krankheitsverarbeitung bei Tumorerkrankungen	20
2.3.2.1	Krankheitsverarbeitung und Alter	21
2.3.2.2	Krankheitsverarbeitung und körperliche Beschwerden	22
3	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	23
4	PATIENTEN UND METHODEN	26
4.1	Studienart	26
4.2	Stichprobenbeschreibung	26
4.3	Instrumente	26
4.3.1	Interview	26
4.3.2	Qualitative Inhaltsanalyse	27
4.3.3	Fragebögen für Patienten	35
4.3.4	Fragebögen für Interviewer	37
5	ERGEBNISSE	38
5.1	Soziodemographische Daten	38
5.2	Emotionales Befinden	40
5.2.1	Angst und Depressivität (Hospital Anxiety and Depression-Scale, HADS)	40
5.2.2	Emotionales Befinden (Interviewangaben)	41
5.2.3	Korrelation des emotionalen Befindens aus den Interviewangaben mit den Angst- und Depressionswerten der HADS	41

5.2.4	Emotionales Befinden und Alter	42
5.2.5	Emotionales Befinden und körperliche Beschwerden	42
5.2.6	Emotionales Befinden und Behandlung mittels Chemotherapie	44
5.3	Krankheitsverarbeitung	46
5.3.1	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung	46
5.3.2	Angaben zur Krankheitsverarbeitung aus dem Interview	47
5.3.3	Krankheitsverarbeitung und Alter	47
5.3.4	Krankheitsverarbeitung und körperliche Beschwerden	51
6	DISKUSSION	53
7	ZUSAMMENFASSUNG	59
8	LITERATURVERZEICHNIS	61
9	ANHANG	69



## 1 EINLEITUNG

Mit einer schweren körperlichen Erkrankung wie Herzinfarkt, multipler Sklerose oder einer Krebserkrankung konfrontiert zu werden, gehört zu den bedeutsamsten Ereignissen des Lebens (Filipp et al., 1988). Es bedeutet für die Betroffenen, sich mit Belastungen und Bedrohungen auseinandersetzen zu müssen, die meist alles bisher Erfahrene übersteigen. Erkrankungen an Krebs führen bekanntermaßen sehr häufig zu psychischen Beschwerden wie Angst und Depression. Neben diesen allgemeinen psychischen Folgen einer Krebserkrankung treten je nach Tumorart und Therapie auch spezifische Folgeprobleme auf. Die individuelle Reaktionsweise eines Erkrankten hängt dabei von einer Vielzahl von Faktoren ab, z.B. von seiner individuellen Krankheitsverarbeitung.

Die Konfrontation mit der Erkrankung an einem niedrig-malignen Non-Hodgkin-Lymphom (NHL), zu dem unter anderem die chronische lymphatische Leukämie (CLL), das Immunozytom sowie das Plasmozytom gehören, stellt aus zweierlei Hinsicht eine besondere Problematik dar. Zum einen wird diese Diagnose oftmals durch eine Routineuntersuchung festgestellt. Das bedeutet, dass der Patient aus vermeintlich völliger Gesundheit heraus von seiner Erkrankung erfährt. Er hat zum Zeitpunkt der Diagnosestellung häufig keinerlei Symptome und fühlt sich nicht krank.

Eine zweite Besonderheit dieser Erkrankung liegt in der Tatsache, dass die Patienten im Anfangsstadium häufig keinerlei Beschwerden haben und somit eine Therapie nicht indiziert ist. Mit einer Behandlung wird erst beim Auftreten von Symptomen bzw. einer Verschlechterung der Blutwerte begonnen. Die Patienten erfahren somit zum einen, dass sie an einer Leukämie bzw. einem Lymphom, also an Krebs erkrankt sind und zum anderen, dass diese Erkrankung nun nicht therapiert wird.

Mit der vorliegenden Studie soll diese besondere Belastungssituation untersucht werden. Im Vordergrund der Fragestellung stehen das emotionale Befinden sowie die Krankheitsverarbeitung der Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie. Ziel ist es letztlich, diese Patienten mit Hilfe neuer Erkenntnisse zusätzlich zur medizinisch-onkologischen Therapie besser psychosozial unterstützen zu können.

Über einen Zeitraum von drei Jahren wurde eine Untersuchungsgruppe von 40 Patienten mit der Diagnose eines niedrig-malignen Non-Hodgkin-Lymphoms im Rahmen der Studie befragt, wobei 38 dieser Patienten an einer chronisch lymphatischen Leukämie, ein Patient an einem Immundefizienzsyndrom und ein Patient an einem Plasmozytom erkrankt waren.

Als Testverfahren wurden ein teilstrukturiertes Interview und verschiedene Fragebögen wie die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS) verwendet.

Nach einem einleitenden Überblick über den aktuellen Stand der medizinischen Forschung (Kapitel 2) folgen die Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Arbeit (Kapitel 3). Im 4. Kapitel werden das Design der Untersuchung und die verwendeten Instrumente beschrieben.

Im Hauptteil (Kapitel 5) sind die durchgeführten Untersuchungen sowie die einzelnen Ergebnisse ausführlich dargestellt. Abschließend werden in Kapitel 6 diese Ergebnisse im Kontext mit den Ergebnissen der Literatur diskutiert und die Verwendbarkeit der aus dieser Arbeit abgeleiteten Erkenntnisse erörtert.



## 2 STAND DER FORSCHUNG

### 2.1 Darstellung des Krankheitsbildes der chronisch lymphatischen Leukämie

Die Darstellung des medizinischen Krankheitsbildes der chronisch lymphatischen Leukämie (CLL) orientiert sich an Rummel (1998) sowie Hallek und Emmerich (2001).

*Epidemiologie:* Bei der chronisch lymphatischen Leukämie handelt es sich um eine bösartige Erkrankung der weißen Blutzellen. Sie ist mit über 50% aller Leukämien die häufigste Leukämie der westlichen Welt (Berterö et al., 1997). Ihre Inzidenz beträgt 1,5 bis 2,5 pro 100 000 Einwohner. Die CLL tritt vorwiegend in höherem Lebensalter auf. Der Altersmedian liegt bei Diagnosestellung bei 70 Jahren. Männer sind häufiger betroffen als Frauen (m : w = 1,5 : 1).

Die *Ätiologie* der chronisch lymphatischen Leukämie ist ungeklärt. Es sind keine Umwelteinflüsse bekannt, die eine Entstehung begünstigen. Zytogenetische Aberrationen sind bei über 80% aller an CLL Erkrankten nachweisbar (Juliusson et al., 1990). Die klinische Bedeutung dieser genetischen Aberrationen wird derzeit in Studien geprüft.

*Klassifizierung und Symptomatik:* Die CLL wird den Non-Hodgkin-Lymphomen zugeordnet und ist eine Erkrankung mit niedrigem Malignitätsgrad (REAL-Klassifikation). Sie ist durch eine Akkumulation immuninkompetenter Lymphozyten in Blut, Knochenmark, Lymphknoten und Milz gekennzeichnet. Dabei führt die Verdrängung der normalen Hämatopoese im Verlauf der Erkrankung zur Knochenmarkinsuffizienz mit Anämie, Neutropenie und Thrombozytopenie. Die daraus resultierenden

Krankheitserscheinungen sind neben Leistungsminderung und Infektanfälligkeit, Hauterscheinungen, Splenomegalie und die typischen B-Symptome wie Nachtschweiß, Gewichtsverlust und Fieber. Allerdings treten diese oftmals erst im späten Stadium auf. Ein Großteil der Patienten bemerkt anfänglich Lymphknotenschwellungen, zumeist cervical. Die Diagnose wird aber auch nicht selten im Rahmen einer Routineuntersuchung als Zufallsbefund gestellt.

*Stadieneinteilung und Prognose:* Die Stadieneinteilungen nach Rai (Rai et al. 1975) und nach Binet (Binet et al. 1981) sind beide anerkannt, um prognostische Subtypen der CLL zu differenzieren (Tabelle 2-1).

**Tabelle 2-1:** Stadieneinteilungen nach Rai und Binet

Stadium	Parameter	Medianes Überleben (Jahre)
Rai 0	Lymphozytose und Knochenmarksinfiltration	> 12,5
Rai I	Lymphozytose und Lymphome	8,5
Rai II	Lymphozytose und Hepato- und/ oder Splenomegalie	6
Rai III	Lymphozytose und Anämie < 11 g/ dl	1,5
Rai IV	Lymphozytose und Thrombozytopenie < 100 x 10 <sup>9</sup> / l	1,5
Binet A	Hb > 10 g/ dl, Thrombozyten > 100 x 10 <sup>9</sup> /l, < 3 befallene Lymphknotenregionen	>10
Binet B	Hb > 10 g/ dl, Thrombozyten > 100 x 10 <sup>9</sup> /l, > 3 befallene Lymphknotenregionen	7
Binet C	Hb < 10 g/ dl und/ oder Thrombozyten < 100 x 10 <sup>9</sup> /l, > 3 befallene Lymphknotenregionen	2

Rai modifizierte 1987 seine Einteilung der CLL und sieht drei Prognosegruppen vor, wobei

- die Niedrig-Risikogruppe der Gruppe 0 entspricht (medianes Überleben > 12,5 Jahre), der 30% der Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose zugeordnet werden können.
- Die Intermediär-Risikogruppe fasst die Gruppen I und II zusammen mit 60% der Patienten (medianes Überleben 7 Jahre)
- Die Hoch-Risikogruppe entspricht den Gruppen III und IV (medianes Überleben 1,5 Jahre) mit 10% der Neuerkrankungen

Um die Stadieneinteilungen noch weiter zu verbessern, wurde eine Vielzahl von klinischen Parametern und Laborwerten auf ihre prognostische Relevanz hin untersucht.

Die folgenden Parameter/Laborwerte gelten als zuverlässige zusätzliche Prognosefaktoren (Montserrat et al., 1995).

- histomorphologische Infiltration des Knochenmarks (diffuse versus interstitielle oder noduläre CLL-Infiltration)
- absolute Lymphozytenzahl zum Zeitpunkt der Diagnose
- Lymphozytenverdopplungszeit
- Morphologie der Lymphozyten
- zytogenetische Abberationen

*Therapie* : Die chronisch lymphatische Leukämie wird bei entsprechender Indikation mittels Chemotherapie behandelt. Bis vor kurzem galt Chlorambucil als Primärtherapie der Wahl, mit einer Ansprechrate von 40-60%, jedoch nur geringen Raten an vollständigen Remissionen. Durch die Einführung der Purinanaloga Fludarabin und Cladribin (Chlor-desoxyadenosin) hat sich die Behandlung der CLL stark gewandelt. In der Primärtherapie führt Fludarabin zu Ansprechraten von ca. 80%, etwa ein Drittel aller Patienten erreicht eine komplette Remission (Hallek et al. 2002).

Die Hochdosistherapie mit autologer bzw. allogener Stammzelltransplantation gilt noch als experimentelles Therapieverfahren, dessen Durchführung ausschließlich im Rahmen von Studien empfohlen wird.

Neben der Gabe von Zytostatika kann bei sehr großen Lymphknoten oder einer stark vergrößerten Milz eine Strahlentherapie von Nutzen sein. Eine Splenektomie ist bei Therapieresistenz indiziert.

Einen hohen Stellenwert in der Behandlung der CLL nehmen supportive Maßnahmen wie Antibiotikatherapie, Gabe von Antikörpern bzw. Immunglobulinen oder Erythrozytenkonzentraten ein.

Da die Therapie der CLL palliativen Charakter hat, muss immer die Gesamtsituation des Patienten berücksichtigt werden. Eine CLL, die behandelt werden muss, wird in der Literatur als „aktive“ CLL beschrieben. Eine eindeutige Indikation zur Therapie besteht bei einem der Krankheitszeichen dargestellt in Tabelle 2-2 (S. 7).

*Belastung durch Chemotherapie:* Der Einsatz von Chemotherapeutika bei CLL bewirkt im Allgemeinen geringe subjektive Beschwerden. Nur etwa 10% der Patienten, die mit Fludarabin behandelt werden, verspüren ohne antiemetische Prophylaxe eine leichte Übelkeit (bei Cladribin 15%). Die meisten Substanzen führen zu keinem Haarausfall. Die hauptsächlichen Nebenwirkungen sind Myelosuppression und eine Lymphozytopenie. Dies führt nicht selten zu infektiösen Komplikationen (Rummel 1998).

**Tabelle 2-2:** Indikationen zur Therapie

<b>Indikationen zur Therapie</b>	
Krankheitsassoziierte Symptome	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewichtsverlust &gt; 10% innerhalb der letzten sechs Monate</li> <li>• Körperliche Schwäche (Patient ist nicht in der Lage, gewöhnliche Aktivitäten auszuführen)</li> <li>• Fieber ungeklärter Genese</li> <li>• Nachtschweiss</li> </ul>
Hämatopoetische Insuffizienz	Manifestation/ Verschlechterung einer Anämie und/oder Thrombozytopenie bedingt durch eine zunehmende Knochenmarkinsuffizienz (Stadium Binet C, Rai III oder IV)
Autoimmun-Phänomene	Autoimmunhämolytische Anämie oder Immunthrombozytopenie, die auf eine initiale Kortikosteroidtherapie nicht genügend anspricht
Bulky disease	Massive oder progrediente Splenomegalie oder Lymphadenopathie
Lymphozytenverdoppelungszeit	Lymphozytenverdoppelungszeit weniger als 6 Monate oder ein progredienter Anstieg der Lymphozyten über 50% innerhalb von 2 Monaten
Hypogammaglobulinämie	<p>Hypogammaglobulinämie, die mit rezidivierenden Infektionen einhergeht.</p> <p>Eine Hypogammaglobulinämie allein stellt keine Therapieindikation dar, die Immunglobuline steigen durch eine Therapie nicht an</p>

## **Emotionales Befinden und Krankheitsverarbeitung**

Gegenstand dieser Studie ist die Untersuchung des emotionalen Befindens und der Krankheitsverarbeitung bei Patienten, die an chronischer lymphatischer Leukämie leiden. Im Folgenden soll zunächst ein Überblick über den Forschungsstand bezüglich des emotionalen Befindens und der Krankheitsverarbeitung von Patienten mit Tumorerkrankungen gegeben werden.

### **2.2 Emotionales Befinden bei Tumorpatienten**

Im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen treten neben den somatischen Beschwerden oftmals zusätzlich verschiedene psychosoziale Probleme auf. Es werden daher im Folgenden die psychischen Probleme wie Angst und Depression bei Tumorpatienten erörtert.

#### **2.2.1 Prävalenz von Störungen des emotionalen Befindens bei Tumorpatienten**

Emotionale Störungen gelten als eine häufige Begleiterscheinung bei Patienten mit Tumorerkrankungen. Als häufigste psychische Störung bei Krebspatienten wird in der Literatur die Depressivität beschrieben (Newport et al., 1998; Katon et al., 1990). Die Angaben zur Häufigkeit emotionaler Störungen bei Tumorpatienten schwanken allerdings deutlich; zwischen 4,5 und 58% für Depressionen (Massie et al., 1989), für Angststörungen zwischen 0,9 und 49% (Van't Spijker, 1997). Noyes et al. (1998) beschrieben in ihrer Untersuchung die Ergebnisse 22

verschiedener Studien zum Thema Angststörung. Es zeigte sich auch hier eine deutliche Schwankung der Prävalenzen von 1% bis 44%.

Als Ursache für diese große Schwankungsbreite werden von Härter (2002) unterschiedliche Studiendesigns, Stichproben, Messverfahren und Prävalenzzeiträume aufgeführt. Die Beurteilung sowie die Vergleichbarkeit der Studien wird dadurch erheblich erschwert. Untersuchungen, die standardisierte Verfahren wie z. B. die International Classification of Diseases (ICD-10) oder das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) zur Diagnostik von emotionalen Störungen einsetzen, berichten über durchschnittlich geringere Prävalenzraten, für depressive Störungen im Allgemeinen zwischen 9% und 20%, für eine Major Depression zwischen 5% und 9% (Härter, 2000).

### **2.2.2 Vergleich der Prävalenzen von Störungen des emotionalen Befindens bei Tumorpatienten, chronisch Kranken und der Allgemeinbevölkerung**

Vergleicht man die Prävalenzen von Depressionen und Angststörungen bei Tumorpatienten bzw. chronisch Kranken mit denen der Allgemeinbevölkerung, so finden sich keine einheitlichen Ergebnisse. Van 't Spijker et al. (1997) erstellten einen Überblick über 58 Studien bezüglich emotionaler Störungen bei Krebspatienten. Sie stellten dabei fest, dass Karzinompatienten im Vergleich zur Normalbevölkerung etwas häufiger depressive Störungen entwickeln, insgesamt jedoch nicht deutlich mehr emotionalen Stress erleiden als die normale Bevölkerung. Angststörungen würden bei Karzinompatienten signifikant seltener auftreten als bei Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen. Ebenso stellten Massie et al. (1990) fest, dass die Prävalenz von Depressionen bei

Tumorpatienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 2- bis 4-fach erhöht ist.

In einer Studie des National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA)-Programms konnte gezeigt werden, dass chronisch körperlich Kranke gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein 1,5- bis 2-fach erhöhtes Risiko haben, eine manifeste psychische Störung zu entwickeln (Härter, 2002).

Die Prävalenzraten depressiver Störungen bei Karzinompatienten entsprechen laut Katon et al. (1990) denen von Patienten mit anderen schweren chronischen Erkrankungen.

### **2.2.3 Prävalenz von Störungen des emotionalen Befindens bei Patienten mit Lymphomen/Leukämien**

Wie bereits erwähnt, ist die Vergleichbarkeit der zahlreichen Studien, die das Auftreten von emotionalen Störungen bei Krebspatienten im Allgemeinen untersuchen, durch heterogene Untersuchungsmethoden bzw. -bedingungen erschwert (McDaniel et al., 1995). So stellten auch Van't Spijker et al. (1997) in ihrer Auswertung verschiedener Studien fest, dass die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen von Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphom-Patienten (NHL) bezüglich des Auftretens von emotionalen Störungen zum Teil widersprüchlich sind. In der Zusammenfassung von fünf Studien, in denen insgesamt 355 Patienten mit Morbus Hodgkin bzw. NHL bezüglich ihres emotionalen Befindens untersucht wurden, konnte im Vergleich zur Normalbevölkerung kein Unterschied der Depressionsprävalenz festgestellt werden.



Im Folgenden sollen einige Studien bezüglich emotionaler Störungen bei Patienten mit Lymphomen bzw. Leukämien exemplarisch vorgestellt werden:

Devlen et al. (1987) führten mittels teilstrukturiertem Interview eine Befragung von 120 an Lymphomen erkrankten Patienten durch (Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome). Zwölf Monate nach der Diagnosestellung wurde bei 8% dieser Patienten eine Depression festgestellt.

In einer von Faller et al. (1999) durchgeführten Studie bezüglich des emotionalen Befindens bei Morbus Hodgkin-Patienten zeigte sich ebenfalls eine relativ niedrige Depressivitätsrate (1,5%). Die Werte lagen im Bereich des Mittelwertes einer gesunden Kontrollgruppe. Hingegen war die Prävalenz für Angst (16,4%) geringgradig höher als in Voruntersuchungen angegebene Vergleichswerte für onkologische Patienten. Insgesamt wiesen zwölf der 67 Patienten (17,9%) einen auffälligen Wert in den Skalen „Angst“ bzw. „Depressivität“ (Hospital Anxiety and Depression Scale) auf.

In einer Studie, die 31 Patienten mit hämatologischen Erkrankungen bezüglich ihres emotionalen Befindens untersuchte, zeigten nach DSM-III-R-Klassifikation 29% der Patienten emotionale Störungen (Hosaka et al., 1994). Zwei der untersuchten Patienten litten an einer manifesten Depression, bei sieben fanden sich Anpassungsstörungen, davon drei mit depressiver Verstimmung, zwei mit ängstlicher Verstimmung. Fünf Patienten dieser Untersuchung wurden mit Chemotherapeutika behandelt. Bei vier dieser behandelten Patienten zeigte sich eine depressive Störung.

Razavi et al. (1992) führten mit Hilfe der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sowie der DSM-III-R-Klassifikation eine Untersuchung von 138 Patienten durch, die an Morbus Hodgkin (41%) oder Non-Hodgkin-Lymphomen (59%) erkrankt waren. 37% der 138 Patienten zeigten eine Störung ihres emotionalen Befindens. Davon fanden sich

bei 30% Anpassungsstörungen, bei 7% eine Depression oder eine Angststörung. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit bzw. ohne Behandlung festgestellt werden.

Häufigkeitsangaben zur Depressivität bzw. Angst bei Patienten mit chronisch lymphatischer Leukämie, die nach der REAL-Klassifikation zu den Non-Hodgkin-Lymphomen gehört, existieren bislang nicht.

#### **2.2.4 Einflussfaktoren auf das Auftreten von emotionalen Störungen bei Tumorpatienten**

Körperliche Beschwerden im Rahmen der Tumorerkrankung gelten als ein Risikofaktor, eine depressive Störung zu entwickeln. Massie et al. (1990) berichteten über einen Zusammenhang zwischen der Depressionsprävalenz bei Tumorpatienten und deren körperlichem Befinden. Bei Krebspatienten mit schlechtem körperlichem Zustand würden häufiger Depressionen auftreten. Auch Bukberg et al. (1984) konnten eine erhöhte Prävalenz für depressive Störungen bei Krebspatienten feststellen, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium mit erhöhter körperlicher Beeinträchtigung befanden. Noyes et al. (1990) stellten einen direkten Zusammenhang zwischen der Verschlechterung des körperlichen Befindens und dem Auftreten von emotionalen Störungen her. In einer Studie von Chen et al. (2000) wurden 203 hospitalisierte Krebspatienten, 77 mit Schmerzen und 126 ohne Schmerzen, bezüglich Angst und Depression unter Verwendung eines Fragebogens (HADS) untersucht. Es konnte festgestellt werden, dass sowohl Angst als auch Depressionen bei Patienten mit Schmerzen häufiger waren. Auch in einer Studie von Kurtz et al. (2002) gaben Patientin mit körperlichen Beschwerden

häufiger eine depressive Symptomatik an als Patienten ohne Beschwerden.

Weiterhin werden in der Literatur zahlreiche andere Einflussfaktoren wie Geschlecht, Alter, Hospitalisierung, Therapie u. a. genannt, die die Entstehung von emotionalen Störungen begünstigen sollen. Härter (2000) nennt als Risikofaktoren für die Entwicklung depressiver Störungen bei Krebspatienten u. a. soziale Isolation, Tendenz zum Pessimismus, Suizidversuche bzw. Depressionen in der Vorgeschichte sowie sozioökonomische Belastungen.

Der Einfluss von Therapiemaßnahmen auf das emotionale Befinden von Tumorpatienten wird in der Literatur uneinheitlich beurteilt. Einerseits gibt es Hinweise, dass Patienten, die eine Therapie erhalten, emotional stärker belastet sind. In einer Studie von Cassileth et al. (1986) wurden Patienten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Behandlung erhielten, als besonders gefährdet beschrieben, eine depressive Störung zu entwickeln. Andererseits wurde jedoch berichtet, dass Patienten, die eine aktive Therapie erhalten, weniger belastet sind als Patienten, die keine oder nur eine palliative Therapie erhalten, weil Patienten unter aktiver Therapie sich weniger hilflos fühlen und stärker davon überzeugt sind, dass etwas zur Behandlung der Krankheit unternommen wird (Faller, 1998). Dementsprechend zeigte sich in einer Untersuchung an Patienten mit Lungenkrebs, dass bei Patienten, die bestrahlt wurden weniger häufig eine Depression auftrat als bei Patienten, die keine Behandlung erhielten (Kurtz et al., 2002).

Newport (1998) berichtete über eine Depressionsprävalenz (Diagnosestellung nach ICD-9-Klassifikation) von bis zu 8,6% bei Krebspatienten, die ambulant behandelt werden. Bei hospitalisierten Patienten würden sich Prävalenzen über 14% finden.

Van't Spijker et al. (1997) konnten in ihrer bereits erwähnten Auswertung von 58 Studien zum Thema emotionaler Störungen bei Krebspatienten feststellen, dass das Alter der Patienten einen Einfluss auf die Entwicklung von emotionalen Störungen nimmt. Bei Patienten über 50 Jahre seien wesentlich weniger Depressionen bzw. Angststörungen aufgetreten als bei jüngeren Patienten (< 50 Jahre). Sie berichteten ferner im Rahmen dieser Auswertung über den Einfluss des Studiendesigns. So würden in prospektiven Studien signifikant weniger emotionale Störungen ermittelt als in Querschnittstudien. Weiterhin konnten sie zeigen, dass in Studien mit ausschließlich weiblichen Karzinompatienten weniger Depressionen und Angststörungen auftraten als in Studien unter Einschluss beider Geschlechter oder ausschließlich männlicher Tumorpatienten.

In einer Studie bezüglich psychischer Erkrankungen bei Brustkrebs in einem frühen Stadium zeigten 18% der 197 untersuchten Patientinnen eine Angststörung (Lee et al., 1992). Es fand sich weiterhin ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Angststörungen und dem Operationsstatus der Patientinnen. Die Prävalenz von Angststörungen war bei bereits operierten Patientinnen deutlich geringer als bei Patientinnen, die die Operation noch vor sich hatten.

### **2.2.5 Probleme in der Diagnose von emotionalen Störungen bei Tumorerkrankungen**

Nach Faller (1998) sind verschiedene Punkte bei der Beurteilung des emotionalen Befindens nach einer Krebsdiagnose zu bedenken: Zum einen sei es schwierig, psychische Störungen von der gewissermaßen „normalen“ Reaktion auf die existentiell bedrohliche Erkrankung zu unterscheiden. Ferner könnten Symptome wie Antriebsarmut, Müdigkeit

und Appetitlosigkeit oftmals nicht eindeutig als Zeichen einer Depression gewertet, sondern könnten auch als Begleiterscheinung der Krebserkrankung gedeutet werden. Bei der Erfassung der Diagnose Depression sei zudem die Methode von großer Bedeutung: Je strenger die Kriterien für eine Depression definiert seien, desto seltener würden diese von den Patienten erfüllt werden. Würde lediglich der subjektive Eindruck gewertet, so würde die Diagnose einer Depression häufiger gegeben werden. Auch Kapfhammer (1993) berichtete über verschiedene Probleme bezüglich der Diagnosestellung einer Depression bei Tumorkranken und erwähnte zusätzlich zu den bereits o. g. methodischen und symptomatologischen Schwierigkeiten die Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes. Noyes et al. (1986) wiesen auf die unterschiedliche Ätiologie von Depressionen bei Tumorkranken hin und unterschieden hierbei sehr differenziert psychologische und biologische Faktoren, die sich jeweils auf die Erkrankung selbst oder auf deren Therapie beziehen bzw. unabhängig davon sind.

Auch bezüglich der Entstehung von Angststörungen werden verschiedene Ursachen beschrieben. Massie et al. (1990a) berichteten über vier unterschiedlich bedingte Angsttypen bei Krebspatienten. Es werden reaktive und medizinisch bedingte Angst, prämorbid bedingte Angststörungen sowie posttraumatische Stressreaktionen erläutert. Wie bei depressiven Störungen wird ebenfalls im Zusammenhang mit Angststörungen auf die Problematik der Zuordnung von Symptomen wie Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen u. a. hingewiesen (Noyes et al., 1998).

Die Einführung von Klassifikationssystemen (z. B. ICD-10, DSM-IV) mit präzise definierten diagnostischen Kriterien soll zu mehr Klarheit bei der Diagnosestellung psychischer/emotionaler Störungen führen. Unbestimmt bleibt allerdings auch unter Verwendung dieser Klassifikationen der ätiologische Zusammenhang bezüglich psychischer und somatischer Erkrankung (Härter, 2002). So können Beschwerden wie Appetitlosigkeit

keit, Gewichtsverlust und Diarrhoe, die als Diagnosekriterien dieser Klassifikation eingesetzt werden, sowohl Symptome einer Depression als auch der vorliegenden Tumorerkrankung sein (McDaniel et al., 1995).

Härter (2000) weist darauf hin, dass das Erkennen und die entsprechende Behandlung psychischer Störungen bei körperlich Kranken besonders bedeutsam sei, da sich diese Störungen negativ auf die Überlebenszeit, die Länge des Krankenhausaufenthaltes sowie auf die Therapiecompliance und die Lebensqualität auswirken könnten. Ungünstigerweise würde ein großer Anteil psychisch beeinträchtigter Patienten in der medizinischen Versorgung nicht erkannt und somit nicht behandelt werden.

### **2.3 Krankheitsverarbeitung**

Krankheitsverarbeitung wird definiert als die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern (Lazarus u. Folkman, 1984; Heim, 1986).

Nach Weis (1998) werden die Begriffe „Krankheitsverarbeitung“ und „Krankheitsbewältigung“ in der Literatur weitgehend synonym verwendet. Der englische Ausdruck „Coping“ umfasst die Bewältigung belastender Ereignisse allgemein.

Das Interesse am Thema Krankheitsverarbeitung beruht vor allem auf der Hoffnung auf gezieltere und effektivere Interventionsmöglichkeiten in der Prävention, Nachsorge und psychotherapeutischen Arbeit mit

chronisch körperlich Kranken (Muthny et al., 1993). Dies vor allem mit dem Ziel, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Ob diese Maßnahmen auch Einfluss auf die Überlebenszeit nehmen ist gegenwärtig noch unklar und muss in weiteren Studien geprüft werden (Faller, 2002).

### **2.3.1 Theoretische Grundlagen der Krankheitsverarbeitung**

Die Krankheitsverarbeitung hat sich zum einen auf der Basis der verschiedenen Modelle der psychophysiologischen Stresstheorien entwickelt (Prystav, 1981) und steht zum anderen in der Tradition der Abwehrlehre Anna Freuds (1959). Beide Lehren haben die Entwicklung der Forschung auf dem Gebiet der Krankheitsbewältigung stark geprägt.

#### **2.3.1.1 Die psychophysiologische Stressforschung**

Mitte des 20. Jahrhunderts begann die systematische Erforschung der Verarbeitung belastender Lebensereignisse. Lazarus und Folkman entwickelten aus den Erkenntnissen der Stresstheorie heraus mit ihrem Transaktionsmodell eine Theorie der Krankheitsverarbeitung (Lazarus et al., 1984). Diese besagt, dass in der Auseinandersetzung mit einem belastenden Ereignis (z. B. einer chronischen Erkrankung) zunächst eine kognitiv-emotionale Einschätzung der Belastung vorgenommen wird. Anschließend wird in einem zweiten Schritt das Bewältigungspotential dahingehend geprüft, ob und wie es in Zusammenhang mit dem belastenden Ereignis eingesetzt werden kann.

Es folgten weitere Entwicklungen dieses Modells der Krankheitsverarbeitung. Die Begleitumstände des Betroffenen (z. B. Merkmale der

Person selbst, ihrer Situation und ihres Umfeldes), die ebenfalls die Krankheitsverarbeitung beeinflussen sollen, werden miteinbezogen und betonen somit die Wechselwirkung von Belastung und individueller Situation bzw. Persönlichkeit des Erkrankten.

### **2.3.1.2 Die psychoanalytische Abwehrlehre**

In der Tradition der psychoanalytischen Abwehrlehre wird die *Abwehr* als Bewältigungskonzept dem Bereich der *unbewussten* Verarbeitungsprozesse zugeordnet (Weis, 1998). Die *Bewältigung* als Verarbeitungsform wird hingegen eher als eine dem *Bewusstsein zugängliche* Verarbeitungsstrategie angesehen (Steffens et al., 1988). In der Literatur wird häufig versucht, die beiden Krankheitsverarbeitungsformen „Bewältigung“ und „Abwehr“ gegeneinander abzugrenzen. Klinische Beobachtungen zeigen allerdings, dass aktive Bewältigungsstrategien gerade bei chronisch Kranken sehr eng mit Abwehrprozessen verknüpft sind (Weis, 1998). Der früher eher negativ besetzte Begriff der Abwehr wird heute nicht mehr nur als so genannte unreife Form der Bewältigung gegenübergestellt, sondern als gleichwertiges Prinzip der Krankheitsverarbeitung betrachtet (Haan, 1977).

### **2.3.1.3 Weitere Theorien zur Krankheitsverarbeitung**

Da zum Thema Krankheitsverarbeitung keine einheitliche Grundlagentheorie existiert, werden im folgenden verschiedene Ansätze in der Bewältigungsforschung genannt.

Ein wichtiges Grundkonzept der Krankheitsbewältigung stellt die Einteilung der Copingmechanismen in drei Ebenen dar: emotionale, kognitive



und handlungsbezogene Ebene. Nach Heim (1986) handelt es sich bei emotional ausgerichteten Bewältigungsformen um unbewusste Abwehrvorgänge und vorbewusste bis bewusste emotionale Haltungen gegenüber der Erkrankung (z. B. Optimismus, Resignieren). Kognitive Bewältigungsformen hingegen beziehen sich auf das gesamte Spektrum der rationalen Verarbeitungsmechanismen (z. B. der Erkrankung einen Sinn geben). Handlungsbezogenen Bewältigungsformen sind schließlich Verhaltensweisen als Reaktionen auf die Krankheit, die ein direktes Handeln auslösen, wie z.B. ablenkendes Zupacken oder aktives Vermeiden.

Haan (1977) erkannte, dass die Reaktion auf eine Erkrankung von der individuellen Situation des Patienten abhängig ist, und unterteilte diese in Coping, Abwehr und Fragmentation: "The person copes, if he can, defends, if he must, and fragments, if he is forced to do so."

In ihrem bekannten Phasenmodell beschreibt E. Kübler-Ross (1980) bei sterbenden Patienten die zunächst stattfindende Verleugnungsreaktion, gefolgt von Phasen mit aggressivem Verhalten/Zorn, Verhandeln, depressiver Verstimmung und schließlich Zustimmung und Akzeptieren des Sterbens.

Nach Weis (1998) lässt sich die Krankheitsbewältigung als ein komplexer Prozess beschreiben, der vom Zusammenwirken personaler und situativer Faktoren geprägt ist. Weis et al. (1994) gehen jedoch davon aus, dass hierbei die situative Belastung bestimmend ist. Die zeitüberdauernden Persönlichkeitsmerkmale hätten einen deutlich geringeren Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung. Das Individuum könne je nach Phase und akuter Belastung unterschiedliche Verarbeitungsformen einsetzen. So kann es beispielsweise zu einem bestimmten Zeitpunkt günstig sein, Bearbeitungsstrategien im Sinne der Abwehr einzusetzen, die kurzfristig zu einer subjektiven Erleichterung führen, während eine

mittel- und langfristige Adaptation an die Krankheit eher durch aktive Auseinandersetzung begünstigt wird.

### **2.3.2 Krankheitsverarbeitung bei Tumorerkrankungen**

Zu den Themen „Psychoonkologie“, „Krankheitsverarbeitung bei Krebs“, „emotionales Befinden bei Tumorpatienten“ im Allgemeinen findet sich eine Vielzahl an Veröffentlichungen (Holland, 1998; Schüßler et al., 1994; Weis, 1998). Die Literatursuche zu den psychosozialen Folgen der chronisch lymphatischen Leukämie zeigt jedoch, dass es diesbezüglich bislang keine Untersuchungen gibt. Im Folgenden soll daher auf die Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten mit dem Schwerpunkt Leukämien und Lymphome eingegangen werden.

Im Gegensatz zur lange geltenden Meinung, Krebserkrankungen würden mit einer für die jeweilige Erkrankung spezifischen Krankheitsverarbeitung einher gehen, zeigen neuere Erkenntnisse, dass sich die Bewältigungsstrategien der Patienten nur wenig in Abhängigkeit von der Diagnose unterscheiden (Weis et al., 1994). In der Studie von Weis et al. (1994) zeigten Patienten mit verschiedenen Krebserkrankungen (Bronchialkarzinom, kolorektale Karzinome, Leukämien und Lymphome) entgegen den Erwartungen keine signifikanten Unterschiede in Merkmalen der Krankheitsverarbeitung. Nach heutiger Meinung spielen bei der Krankheitsverarbeitung vielmehr Lebensumstände, das körperliche Befinden und andere Faktoren eine Rolle. Somit ändern sich die Bewältigungsstrategien eines Patienten oftmals im Verlaufe der Erkrankung und unterschiedliche Copingstrategien kommen zu verschiedenen Zeitpunkten in Abhängigkeit o. g. Faktoren zum Einsatz.

In verschiedenen Studien zeigte sich, dass für die meisten Patienten ein aktiv-kämpferisches und problemorientiertes Verhalten als wichtige

Strategie zur Krankheitsbewältigung gilt (Harrer et al., 1993; Faller, 1994 und 1995; Norman et al., 1991, Weis et al., 1994). Ob diese Copingstrategie positiven Einfluss auf die Überlebenszeit der Patienten nimmt oder lediglich ein Indikator einer günstigen Prognose ist, ist derzeit noch offen.

Es soll im weiteren mit Bezug auf die aufgestellten Hypothesen verstärkt auf die Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten in Abhängigkeit von Alter und körperlichen Beschwerden eingegangen werden.

### **2.3.2.1 Krankheitsverarbeitung und Alter**

Im Folgenden geht es zunächst um den Einfluss des Alters auf das Copingverhalten von Tumorpatienten. In einer Studie von Muthny et al. (1992) zeigte das Lebensalter einen signifikanten Zusammenhang mit verschiedenen Scores der Krankheitsverarbeitung. Patienten höheren Alters tendierten unter anderem stärker zu einer depressiven Krankheitsverarbeitung als jüngere Patienten.

In einer Studie, in der Bewältigungsstrategien in Abhängigkeit vom Alter untersucht wurden (Folkman et al., 1987), konnte gezeigt werden, dass junge Erwachsene sich aktiver und problemorientierter mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen als ältere. Auch in anderen Untersuchungen (Weis et al., 1994; Felton et al., 1987; Pearlin et al., 1978) wiesen junge, chronisch kranke Patienten eine aktivere Krankheitsverarbeitung auf als ältere Patienten. In der Studie von Weis et al. (1994), in der das Copingverhalten drei verschiedener Diagnosegruppen (Bronchialkarzinom, kolorektale Karzinome und verschiedene Formen der Leukämie) untersucht wurde, zeigte die Gruppe der Leukämiepatienten die höchsten Werte im Bereich des „aktiven problemzentrierten Copings“. Tschuschke et al. (1994) untersuchten die Bewältigungsstrategien 36

erwachsener Leukämiepatienten. In Bezug auf das Lebensalter dieser Patienten fiel auf, dass jüngere Patienten eher resignierten als ältere Patienten, wenn eine ungünstige Prognose vorlag. In einer Untersuchung von 173 Patienten mit hämatologisch-onkologischen Erkrankungen konnte kein Zusammenhang des Alters mit speziellen Bewältigungsmustern festgestellt werden (Behnke et al., 1994).

### **2.3.2.2 Krankheitsverarbeitung und körperliche Beschwerden**

Neben dem durch die Krebserkrankung veränderten seelischen Zustand kommen je nach Krankheitsstadium körperliche Veränderungen wie Müdigkeit, Schwäche, Schmerzen u. ä. auf den Patienten zu. Diese machen dem Patienten die Bedrohung durch die Erkrankung bewusst. Auch eingreifende Therapiemaßnahmen (Operation, Chemotherapie) tragen hierzu bei. Im Folgenden soll auf den Einfluss von körperlichen Beschwerden auf das Copingverhalten bei Tumorpatienten eingegangen werden.

In einer Studie von Harrer et al. (1993) zeigten Patienten, die durch die Erkrankung an M. Hodgkin in ihrem Allgemeinbefinden beeinträchtigt waren (B-Symptomatik), häufiger die Bewältigungsstrategien „depressive Verarbeitung“ und „kognitive Vermeidung/Dissimulation“ als Patienten ohne körperliche Beschwerden. Ähnliches Verhalten wiesen auch Patienten auf, bei denen ein Rezidiv aufgetreten war. Lang et al. (1989) konnten ebenfalls bei Patienten mit körperlichen Beschwerden vermehrt den Einsatz depressiver Copingstrategien feststellen.

In einer Studie von Tschuschke et al. (1994) wurden die Bewältigungsstrategien 36 erwachsener Leukämiepatienten untersucht. Ein Einfluss des körperlichen Befindens der Patienten auf das Coping konnte hier nicht festgestellt werden.

### 3 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

In Kapitel 2 wurden Studien zu den Themen „emotionales Befinden“ und „Krankheitsverarbeitung“ bei Tumorpatienten dargestellt.

Die beschriebenen Studien zeigen, dass verschiedene Faktoren wie körperliche Beschwerden, Therapiestatus und Lebensalter Einfluss auf das emotionale Befinden der Patienten nehmen können. Körperliche Beschwerden gelten als ein Risiko, eine depressive Störung zu entwickeln (Massie et al., 1990; Chen et al., 2000; Noyes et al., 1990). Ebenso wird dem Therapiestatus ein Einfluss auf das emotionale Befinden zugeschrieben. Hier sind die Angaben in der Literatur jedoch nicht einheitlich. Einerseits wurde in Studien von Cassileth et al. (1986) und Newport (1998) bei Patienten, die eine Therapie erhielten, eine höhere Depressionsprävalenz festgestellt als bei unbehandelten Patienten. Andererseits wurde jedoch berichtet, dass Patienten, die eine aktive Therapie erhalten, weniger belastet sind als Patienten, die keine oder nur eine palliative Therapie erhalten (Faller, 1998).

Vant't Spijker et al. (1997) berichteten in ihrer Übersichtsarbeit, dass Depressionen und Angststörungen bei Patienten über 50 Jahre weniger häufig auftraten als bei jüngeren Patienten (< 50 Jahre).

In diversen Untersuchungen (Weis et al., 1994; Felton et al., 1987; Folkman et al., 1987) konnte gezeigt werden, dass junge Erwachsene sich aktiver und problemorientierter mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen als ältere Patienten. Weiterhin zeigten Krebspatienten, die in ihrem Allgemeinbefinden beeinträchtigt waren, häufiger die Bewältigungsstrategien „kognitive Vermeidung/Dissimulation“ als Patienten ohne körperliche Beschwerden (Harrer et al., 1993).

Folgende Fragestellungen und Ergebniserwartungen wurden in Ableitung aus den bereits durchgeführten Studien zu diesen Themen formuliert:

### **3.1 Emotionales Befinden**

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem emotionalen Befinden der Patienten?

#### Hypothese 1:

Je jünger die Patienten sind, desto schlechter ist ihr emotionales Befinden.

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem emotionalen Befinden und körperlichen Beschwerden?

#### Hypothese 2:

Angst und Depressivität sind bei Patienten mit starken körperlichen Beschwerden ausgeprägter als bei Patienten, die nicht unter körperlichen Einschränkungen leiden.

- Hat die Chemotherapie einen Einfluss auf das emotionale Befinden?

#### Hypothese 3:

Patienten, die eine Chemotherapie erhalten, haben niedrigere Angst- und Depressionswerte als Patienten, die keine Chemotherapie erhalten.

### 3.2 Krankheitsverarbeitung

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Krankheitsverarbeitung der Patienten?

#### Hypothese 4:

Je jünger die Patienten sind, desto aktiver setzen sie sich mit ihrer Erkrankung auseinander.

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und der Copingstrategie?

#### Hypothese 5:

Bei Patienten mit körperlichen Beschwerden findet eine aktivere Auseinandersetzung mit der Erkrankung statt als bei Patienten ohne körperliche Beschwerden.

## **4 PATIENTEN UND METHODE**

### **4.1 Studienart**

Es handelt sich um eine Querschnittsuntersuchung. Die Teilnahme der Patienten war freiwillig und erfolgte nach einem Aufklärungsgespräch durch die Doktorandin und den behandelnden Arzt. Die Patienten wurden darüber informiert, dass eine Ablehnung der Teilnahme nicht zu ihrem Nachteil war.

### **4.2 Stichprobenbeschreibung**

Insgesamt wurden 40 Patienten um Teilnahme an der Studie gebeten. Vier Patienten lehnten die Teilnahme ab; 36 Patienten waren bereit, an der Befragung teilzunehmen.

Einschlusskriterium für die Untersuchungsgruppe war die Diagnose eines niedrig-malignen Non-Hodgkin-Lymphoms, wobei 34 Patienten an einer chronisch lymphatischen Leukämie, ein Patient an einem Immunozytom und ein Patient an einem Plasmozytom erkrankt waren.

### **4.3 Instrumente**

#### **4.3.1 Interview**

Das Interview war teilstrukturiert und orientierte sich an einem Leitfaden, der folgende Themen beinhaltet:



1. Erleben der Vorgeschichte
2. Belastungen und Lebensqualität
3. Coping
4. Subjektive Krankheitstheorie
5. Beschwerden und emotionale Befindlichkeit
6. Erleben der Therapie, Compliance
7. Erwartungen und Befürchtungen für die Zukunft

Die Patienteninterviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert, um ausgewertet werden zu können. Die Einwilligung der Patienten zur Aufzeichnung war Voraussetzung. Der Interviewleitfaden ist im Anhang wiedergegeben.

#### **4.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse**

Die Auswertung des nicht standardisierten Materials der mit den Patienten geführten Interviews erfolgte nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse. Nach Mayring (1983) hat diese Auswertungsmethode zum Ziel, Kommunikation systematisch zu analysieren, um dabei Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte in der Kommunikation zu ziehen. Diese soll, um wissenschaftlichen Anforderungen nach Validität, Reliabilität und Objektivität zu genügen auch für andere verständlich, nachvollziehbar und überprüfbar sein. Dazu wird in mehreren Einzelschritten ein Kategoriensystem erstellt. Dieses dient als Basis für die Kodierung der Patienteninterviews. Die Kodierungsbestimmungen (Definition der Kategorien, Ankerbeispiele, Abgrenzungsregeln) werden in einem Kodierleitfaden gesammelt. Das für diese Studie erstellte Kategoriensystem ist im Anhang vollständig wiedergegeben. Die in Tabelle 4-1 aufgeführten Kategorien wurden in der vorliegenden Studie ausgewertet:

**Tabelle 4-1:** Auszug aus dem verwendeten Kodierleitfaden

<p><b>K12: Körperliche Beschwerden</b></p> <p><u>Definition:</u> Es werden Äußerungen kodiert, die sich auf subjektiv vom Patienten empfundene körperliche Beeinträchtigung durch die Erkrankung beziehen.</p> <p><u>Kodierregel:</u> Ausgenommen sind leichte Müdigkeit, Schlappeheit und diskrete Leistungsminderung.</p> <p><u>Ankerbeispiele:</u></p> <p>Pat. 4: Angefangen hat es mit Atemnot. Ich hab keine Luft gekriegt.</p> <p>Pat. 9: ...dass ich von der körperlichen Seite auch sehr stark abgebaut habe. Es ist so, ich habe da große Probleme mit der Luft.</p>
---

**K13: Aktive Auseinandersetzung**

Definition: Es werden Äußerungen kodiert, in denen der Patient eine aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung als hilfreiche Copingstrategie beschreibt.

Kodierregel: Kodiert werden unter anderem Informationssuche, Problemanalyse, bewusster leben, alternative Heilmethoden.

Ankerbeispiele:

Pat. 3: Ich hab dann auch meine Hausärztin gefragt. Die hat mich dann aufgeklärt. Und hab natürlich ein Arztbuch auch gelesen.

Pat. 7: Sonst achte ich halt auf mich. Ernähre mich gesund, trink keinen Alkohol mehr. Schau zu, dass ich genug Bewegung und frische Luft habe. Alles, was halt gesund ist.

Und ich lass mir Mistelpräparate spritzen. Ich glaube, dass das gut ist. Ich hab viel gelesen, in Büchern und Zeitschriften. Neulich hat mir ein Freund hier einen Artikel mitgebracht.

Pat.8: Ja, also, ich versuche positiv zu leben...wenn`s mir gut geht, sag ich, heute geht`s mir gut, jetzt geht`s mir gut.

Pat.9: Ich sag ja, es ist nicht nur, dass es praktisch nur die Schulmedizin ist. Man kann da auch andere Dinge dazu machen.

**K14: Ablenkung**

Definition: Es werden Äußerungen kodiert, in denen der Patient Ablenkung als hilfreiche Copingstrategie nennt.

Kodierregel: Verdrängen, bewusst nicht daran denken.

Ankerbeispiele:

Pat. 2: Ich kann natürlich nicht den ganzen Tag daran denken, was ich hab. Ich muss mich schon ablenken. Das kann ich auch. Überhaupt, wenn einmal das Wetter in Ordnung ist und ich kann spazieren laufen, dann denke ich nicht den ganzen Tag an die Krankheit. Das bringt doch nichts, hilft doch niemand.

Pat. 5: Ich denke normal überhaupt nicht an die Krankheit. Nur an dem Tag, wo ich in die Klinik muss. Sonst denke ich an die Krankheit überhaupt nicht. Denn es bringt nichts, wenn ich da grübele. Das wäre auch nichts anderes und besser. Nur Ablenkung. Wenn ich den ganzen Tag allein da sitze und so, dann nur grübelt man. Und deswegen bin ich unterwegs. Dass ich an die Krankheit gar nicht denke.

Pat. 9: Aber ich tu mich halt durch andere Dinge ablenken. Ich tue praktisch spazieren gehen oder lesen.

**K 15: Soziale Unterstützung**

Definition: Es werden Äußerungen kodiert, in denen die Patienten soziale Unterstützung als hilfreiche Copingstrategie nennen.

Kodierregel: Unterstützung durch Familie, Freunde, Bekannte.

Ankerbeispiele:

Pat. 1: Wir beide, unsere Harmonie - das glaube ich, ja, das Familiäre macht auch sehr viel aus. Unser Leben verläuft harmonisch von unserer Seite und auch von der Verwandtenseite bzw. von der Familie, familiär überhaupt, dass es da keine Komplikationen gibt...das macht sehr viel aus...und ich bin da positiv und ausgeglichen.

Pat. 3: Nun ja, ich habe eine gute Ehe und hab einen guten Ehemann. Und hab ein gutes Umfeld, meine Tochter und Familie sind alle sehr rührend besorgt. Und geordnete Verhältnisse. Das macht schon was aus.

Pat. 9: Ich muss ganz ehrlich sagen, ich bin froh, dass ich die Familie...ja, was heißt unterstützt werden, das ist schon mehr wie unterstützen. In der Hinsicht muss ich sagen, kann ich zufrieden sein, dass ich da Verständnis für meine Situation habe. Und dann auch Unterstützung, denn das ist ja gar nicht so einfach.

**K 16: Unterstützung durch den Arzt**

Definition: Es werden Äußerungen kodiert, in denen die Patienten Unterstützung durch den Arzt als hilfreiche Copingstrategie beschreiben.

Kodierregel: Aufklärung, Beruhigung durch den Arzt, Ehrlichkeit, Vertrauen zum Arzt.

Ankerbeispiele:

Pat. 1: ...hundertprozentiges Vertrauen zu Dr. K., der mich aufgeklärt hat und der die ganze Sache auch immer verfolgt hat und auch beobachtet hat und mir auch die Werte immer schickt.

Pat. 3: ...so hat mir Dr. K. erklärt und daher bin ich gar nicht so aufgeregt, muss ich ehrlich sagen. Und dann muss ich auch sagen, ich bin in guten Händen bei Dr. K. Also der Arzt hat auf mich eine beruhigende Wirkung, also das muss ich lobend sagen.

Pat. 6: ...auf die Ärzte, was sie feststellen oder eben sagen, was ich tun soll oder muss.

Pat. 7: Ja, vor allem die Medizin, die Ärzte, der Dr. R., der ist der richtige Ansprechpartner.

**K 17: Passive Hinnahme**

Definition: Es werden Äußerungen kodiert, in denen passive Hinnahme als Copingstrategie im Vordergrund steht.

Kodierregel: keine besonderen Anstrengungen.

Ankerbeispiele:

Pat. 2: Ich muss eben durchhalten bis zum Schluss.

Pat. 4: Abwarten, was sich jetzt tut. Was will ich, was soll ich da sonst machen?

**K 18: Vertrauen auf die Chemotherapie**

Definition: Es werden Äußerungen kodiert, in denen die Patienten die Chemotherapie als hilfreiche Copingstrategie beschreiben.

Kodierregel: Kodiert werden Aussagen, in denen die Patienten Vertrauen gegenüber der Chemotherapie äußern.

Ankerbeispiele:

Pat. 1: Hundertprozentiges Vertrauen in das Präparat gesetzt.

Pat. 6: Also natürlich die Chemotherapie. Das ist ja wohl die einzige Möglichkeit, die man gegen die Krankheit hat.

**K23: Emotionales Befinden**

Definition: Es werden Äußerungen kodiert, in denen die Patienten ein verändertes emotionales Befinden angeben.

Kodierregel: Kodiert werden das Auftreten von Angst, Trauer und Niedergeschlagenheit.

Ankerbeispiele:

Pat. 5: Na gut, wo ich das jetzt gelesen hab, die Todesanzeige und alles drum und dran von der Krankheit und alles...

Pat. 7: Ich versuch ruhig zu bleiben. Wenn ich dran denke, dann dreh` ich durch.

Pat. 8: Angstgefühle haben sich gebessert nach Diagnosestellung.

Pat. 9: Man macht sich ja auch Sorgen um die Familie. Dass eventuell, gerade durch diese Situation...wie gesagt, man muss ja... gleich mal heulen...wie geht es dann weiter, wenn ich dann nicht mehr kann.

Pat.10: Wenn ich könnte, würde ich sagen, gib mir eine Spritze, Herr Doktor, und mach` Schluss. Ja, so richtig das Leben satt. Dauernd die Angstgefühle, wenn du keine Luft mehr kriegst. Und wenn du dann weißt, es kann dir keiner mehr helfen. Ich leb dauernd in Angst.



### 4.3.3 Fragebögen für Patienten

Folgende standardisierte Selbsteinschätzungsfragebögen kamen zum Einsatz:

1. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
2. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS)

Die Fragebögen sind im Anhang aufgeführt.

#### 1. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Um je einen Wert für Angst und Depressivität der Patienten zu ermitteln, wurde die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) verwendet. Die HADS wurde von Zigmond und Snaith (1983) entwickelt und von Herrmann et al. (1994, 1997) an deutsche Verhältnisse adaptiert (HADS-D). Sie enthält 14 Items mit vierstufigen Antwortmöglichkeiten (0-3). Aus den Punktwerten wird je eine Angst- und Depressivitäts-Subskala gebildet. (Angstskala=HADS-D/A; Depressivitätsskala=HADS-D/D). Die Angabe allgemeiner Grenzwerte ermöglicht eine grobe Einordnung der Patienten in einen unauffälligen (0-7), suspekten (8-10) bzw. auffälligen (>10) Bereich. Diese Einordnung ist lediglich hinweisend auf eine erhöhte Ängstlichkeit oder Depressivität und erlaubt nicht die Diagnose einer Angststörung oder einer manifesten Depression. Das Instrument wurde für die medizinische Routinediagnostik entwickelt und unter anderem eingesetzt in der Onkologie, Kardiologie, Rheumatologie und Gynäkologie zur Identifikation psychisch auffälliger Patienten in Praxis und Klinik.

## 2. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS)

Der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) ist ein Fragebogen zur Erfassung eines breiten Spektrums an klinisch relevanten Coping-Modi in Selbst- und Fremdeinschätzung (Muthny 1989). Die Kurzform, der FKV-LIS, wurde vom Testautor daraus abgeleitet, um die Patienten-Akzeptanz und die Untersuchungsökonomie zu erhöhen. Diese enthält 35 Items zur Beschreibung des Copingverhaltens mit fünfstufigen Antwortmöglichkeiten (1=gar nicht, 2=wenig, 3=mittelmäßig, 4= ziemlich stark, 5=sehr stark). Aus diesen Itemwerten werden folgende Skalen gebildet:

F1=Depressive Verarbeitung

F2=Aktives problemorientiertes Coping

F3=Ablenkung und Selbstaufbau

F4=Religiosität und Sinnsuche

F5=Bagatellisierung und Wunschdenken

Beispielitems für die oben genannten Skalen:

F1: Item 16: Sich selbst bemitleiden.

Item 34: Sich von anderen Menschen zurückziehen.

F2: Item 1: Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen.

Item 7: Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen.

F3: Item 18: Erfolge und Selbstbestätigung suchen.

Item 19: Sich abzulenken versuchen.

F4: Item 23: Trost im religiösen Glauben suchen.

Item 24: Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen.

F5: Item 3: Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite.

Item 4: Wunschdenken und Tagträumen nachhängen.

#### 4.3.4 Fragebögen für den Interviewer

Folgende Fremdeinschätzungsverfahren kamen zum Einsatz:

1. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS FE=Fremdeinschätzung)
2. Berner Bewältigungsformen Fremd-Ratingform (BEFO-F)

Im Rahmen dieser Studie erfolgte keine Auswertung des BEFO-F.

1. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS FE)

Die Fremdeinschätzung durch den Interviewer zur Krankheitsverarbeitung wurde mit demselben Instrument erhoben wie die Selbstbeurteilung des Patienten. Die Version der Fremdeinschätzung des FKV-LIS unterscheidet sich bezüglich der Items nicht von der Selbstbeurteilung.

2. Berner Bewältigungsformen Fremd-Ratingform (BEFO-F)

Die Berner Bewältigungsformen (Heim et al. 1991) sind ein inhaltsanalytisches Kategoriensystem. Es umfasst 30 Kategorien, die nach den Ebenen Handeln, Kognition und Emotion in drei Gruppen gegliedert sind (H1 – H8, K1 – K10, E1 – E8). Im Kodierleitfaden (Heim et al. 1991) sind die Definitionen der einzelnen Kategorien mit Ankerbeispielen und den Kodierregeln zusammengestellt. Auf einer fünfstufigen Ratingskala wird für jede der Bewältigungsformen eine Einstufung vorgenommen von 0 = nicht vorhanden bis 4 = sehr stark.

## 5 ERGEBNISSE

### 5.1 Soziodemographische Daten

In den folgenden Tabellen werden die soziodemographischen Daten der Studienteilnehmer dargestellt.

**Tabelle 5-1:** Darstellung der Alters- und Geschlechtsverteilung (n=36)

<b>Alter</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
	65,4	10,6
<b>Geschlecht</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
männlich	26	72
weiblich	10	27

Das Alter der Probanden liegt zwischen 38 und 82 Jahren; neun der 38 Probanden waren unter 60 Jahre alt. Die chronisch lymphatische Leukämie (CLL) gilt als eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Dies spiegelt das Durchschnittsalter der Probanden, das bei 65,4 Jahren liegt, wider.

Ebenso steht die Geschlechtsverteilung (72% Männer) der Probanden im Einklang mit der bei CLL beschriebenen Prädilektion des männlichen Geschlechts.

**Tabelle 5-2:** Schulbildung, Arbeitssituation/berufliche Stellung (n=36)

<b>Schulbildung</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Volksschule	21	58
Realschule	8	22
Gymnasium	7	20
<b>Arbeitssituation</b>		
berufstätig	5	14
Hausfrau/-mann	5	14
Rentner/in	26	72
<b>Berufliche Stellung</b>		
Arbeiter/in	8	23
Facharbeiter/in	5	14
Angestellte/r	3	8
Beamte/r	3	8
Leitende/r Beamte/r bzw. Angestellte/r	4	11
selbständig	9	25
sonstiges	4	11

**Tabelle 5-3:** Familienstand und Partnerschaft (n=36)

<b>Familienstand</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ledig	3	8
verheiratet	27	75
getrennt/geschieden	2	6
verwitwet	4	11
<b>Feste Partnerschaft</b>		
ja	29	81
nein	7	19

Ein Großteil der Probanden ist Arbeiter bzw. Facharbeiter oder selbständig tätig. 72% der Probanden befinden sich bereits im Ruhestand. Die Mehrzahl der Probanden ist verheiratet bzw. lebt in einer festen Partnerschaft.

## 5.2 Emotionales Befinden

Zunächst soll die untersuchte Stichprobe bezüglich ihres emotionalen Befindens mittels HADS und aufgrund der Interviewangaben der Probanden beschrieben werden.

### 5.2.1 Angst und Depression (HADS)

**Tabelle 5-4:** Verteilungskennwerte der Angst- und Depressivitätsskala der HADS (n=36)

	M	Median	SD	Minimum	Maximum
Angst	5,89	4,0	4,31	0	16
Depressivität	7,03	6,5	3,18	2	16

**Tabelle 5-5:** Häufigkeit der Angst- und Depressivitätskategorien (HADS) (n=36)

	Angst		Depressivität	
	n	%	n	%
negativ (0-7)	25	69	21	58
fraglich (8-10)	5	14	11	31
positiv ( 11)	6	17	4	11

Sowohl bei Angst als auch bei Depressivität überwiegen bei der Auswertung der HADS die nicht-pathologischen (negativen bzw. fraglichen) Werte ( 10). Lediglich 17% der Probanden weisen einen erhöhten Angstwert ( 11) und 11% der Probanden einen erhöhten Depressionswert auf.

### 5.2.2 Emotionales Befinden (Interviewangaben)

**Tabelle 5-6:** Interviewangaben der Probanden zum emotionalen Befinden (n=36)

Emotionales Befinden	n	%
K 23: verändert	21	58

In den Fragen des Interviews werden Angstgefühle und die Stimmung der Probanden angesprochen. Die Interviewangaben zeigen, dass 58% der Probanden ein verändertes emotionales Befinden angeben. Hierbei sind Angst und Depressivität zusammengefasst.

### 5.2.3 Korrelation des emotionalen Befindens aus den Interviewangaben mit den Angst- und Depressionswerten der HADS

**Tabelle 5-7:** Korrelation zwischen den Angst- und Depressionsskalen der HADS und der Angabe eines veränderten emotionalen Befindens im Interview (punktbiseriale Korrelation; \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)

	K 23: Emotionales Befinden verändert
Angst (HADS)	0,54**
Depression (HADS)	0,40*

Die Skalen der HADS korrelieren mit den Patientenangaben zum emotionalen Befinden aus dem Interview.

#### 5.2.4 Emotionales Befinden und Alter

Die Hypothese, dass jüngere Patienten ein schlechteres emotionales Befinden haben, soll mit den Angaben aus dem Interview und der HADS untersucht werden.

**Tabelle 5-8:** Korrelation zwischen Alter und emotionalem Befinden (inhaltsanalytische Kategorie und HADS; punktbiseriale Korrelation bzw. Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman)

Emotionales Befinden	Alter
K 23: Emotionales Befinden verändert	-0,04
Angst (HADS)	-0,17
Depression (HADS)	0,14

Es finden sich keine signifikanten Korrelationen zwischen dem Alter der Patienten und ihrem emotionalen Befinden.

#### 5.2.5 Emotionales Befinden und körperliche Beschwerden

Im Folgenden soll die Fragestellung, ob ein Zusammenhang zwischen dem emotionalen Befinden der Patienten und ihren körperlichen Beschwerden besteht, bearbeitet werden.

Zur Klärung dieser Fragestellung und der daraus abgeleitete Hypothese, dass Angst und Depressivität bei Patienten mit körperlichen Beschwerden ausgeprägter sind als bei Patienten, die nicht unter körperlichen



Einschränkungen leiden, werden die Angaben aus dem Interview und aus dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung herangezogen.

**Tabelle 5-9:** Interviewangaben der Probanden bezüglich der körperlichen Beschwerden (n=36)

K 12: körperliche Beschwerden	n	%
ja	25	69
nein	11	31

Von den 36 befragten Patienten gaben 25 (69%) im Interview an, körperliche Beschwerden zu haben.

**Tabelle 5-10:** Vergleich der Patienten mit bzw. ohne körperliche Beschwerden hinsichtlich ihres emotionalen Befindens (HADS, Inhaltsanalyse; Chi<sup>2</sup>-Test, t-Test) (n=36)

K12: Körperliche Beschwerden	ja (n=11)		nein (n=25)		p
	n	%	n	%	
Emotionales Befinden					
K 23: Emotionales Befinden verändert	8	73	13	52	n.s. (0,28)
	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	
Angst (HADS)	6,36	5,28	5,68	3,91	n.s. (0,67)
Depression (HADS)	8,18	4,19	6,52	2,55	n.s. (0,15)

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten mit bzw. ohne körperliche Beschwerden hinsichtlich ihres emotionalen Befindens. Allerdings ist die Stichprobe sehr klein, so dass die Power

möglicherweise nicht ausreicht, eventuell vorhandene Unterschiede (z. B. bei der Depression) zu entdecken.

### 5.2.6 Emotionales Befinden und Chemotherapie

Im Folgenden soll die Fragestellung bezüglich des emotionalen Befindens der Patienten in Abhängigkeit von ihrem Therapiestatus untersucht werden. Es wurde in diesem Zusammenhang die Hypothese aufgestellt, dass Patienten, bei denen eine Chemotherapie durchgeführt wird, niedrigere Angst- und Depressionswerte aufweisen als Patienten, die keine Chemotherapie erhalten.

**Tabelle 5-11:** Interviewangaben der Probanden bezüglich der Durchführung einer Chemotherapie zum Zeitpunkt der Befragung (n=36)

Behandlungsstatus	n	%
A = Chemotherapie wird zur Zeit durchgeführt	12	33
B = aktuell keine, zu früherem Zeitpunkt Chemotherapie erhalten	13	36
C = bislang keine Chemotherapie erhalten	11	31

Von den 36 Probanden hatten zum Zeitpunkt der Befragung 11 bislang keine Chemotherapie erhalten, bei 12 der Probanden wurde aktuell eine Chemotherapie durchgeführt. Bei den übrigen 13 Probanden war früher bereits eine Chemotherapie durchgeführt worden, zum Zeitpunkt des Interviews erhielten diese Probanden jedoch keine Therapie.

**Tabelle 5-12:** Vergleich des emotionalen Befindens der Patienten hinsichtlich ihres Therapiestatus

A = Chemotherapie wird zur Zeit durchgeführt

B = aktuell keine Chemotherapie, zu früherem Zeitpunkt Chemotherapie durchgeführt worden

C = bislang keine Chemotherapie erhalten

(inhaltsanalytische Kategorie und HADS; Chi<sup>2</sup>-Test bzw. t-Test) (n=36)

Emotionale Befindlichkeit	A (n=12)		B (n=13)		C (n=11)		p
	n	%	n	%	n	%	
K 23: Emotionales Befinden verändert	6	50	7	54	8	73	n.s.
	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	
Angst (HADS)	6,9	5,8	5,5	3,5	5,2	3,3	n.s.
Depression (HADS)	8,1	3,4	7,7	3,0	5,1	2,3	n.s.

Im Interview gaben am häufigsten die Probanden ein verändertes emotionales Befinden (73%) an, die zum Zeitpunkt der Befragung keine Chemotherapie erhalten hatten. 50% der Probanden, bei denen zum Zeitpunkt der Befragung eine Chemotherapie durchgeführt wurde bzw. 54% der Probanden, die zu einem früheren Zeitpunkt eine Chemotherapie erhalten hatten, gaben ein verändertes emotionales Befinden an. Wie aus der Tabelle hervorgeht, unterscheiden sich die Gruppen in den Angaben zum emotionalen Befinden nicht signifikant voneinander. Auch hier muss die geringe Power infolge der kleinen Stichprobe bei der Interpretation berücksichtigt werden.

### 5.3 Krankheitsverarbeitung

Im Folgenden soll die untersuchte Stichprobe anhand des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung und anhand der Interviewangaben in Bezug auf die Krankheitsverarbeitung beschrieben werden.

#### 5.3.1 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung

**Tabelle 5-13:** Verteilungskennwerte der Skalen des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (n=36)

	M	Median	SD	Minimum	Maximum
F1 Depressive Verarbeitung	1,98	1,60	0,88	1,0	4,0
F2 Aktives problemorientiertes Coping	3,14	3,00	0,98	1,0	5,0
F3 Ablenkung und Selbstaufbau	3,14	3,40	1,05	1,0	5,0
F4 Religiosität und Sinnsuche	2,91	2,80	0,89	1,0	5,0
F5 Bagatellisierung und Wunschdenken	1,95	1,67	0,92	1,0	4,0

Die höchsten Mittelwerte zeigen die Skalen „aktives problemorientiertes Coping“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“.

### 5.3.2 Angaben zur Krankheitsverarbeitung aus dem Interview

**Tabelle 5-14:** Interviewangaben der Probanden bezüglich der Krankheitsverarbeitung (n=36, Mehrfachnennungen möglich)

<b>Coping</b>	n	%
K13: Aktive Auseinandersetzung	18	50
K14: Ablenkung	14	39
K15: Soziale Unterstützung	29	81
K16: Unterstützung durch den Arzt	35	97
K17: Passive Hinnahme	14	39
K18: Vertrauen auf die Chemotherapie	25	69

Im Interview wurden am häufigsten die Kategorien „Unterstützung durch den Arzt“ (97%) bzw. „durch die Familie“ (81%) als hilfreich für die Krankheitsbewältigung genannt. Für 50% der Probanden war eine „aktive Auseinandersetzung“ mit der Erkrankung eine wichtige Strategie zur Krankheitsverarbeitung. 69% der Probanden nannten desweiteren „Vertrauen auf die Chemotherapie“ als bedeutsame Copingstrategie.

### 5.3.3 Krankheitsverarbeitung und Alter

Die Hypothese, dass jüngere Patienten sich mit ihrer Erkrankung aktiver auseinandersetzen als ältere Patienten, soll mit Hilfe des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung und den inhaltsanalytischen Kategorien zum Coping untersucht werden.

Zunächst sind die Korrelationen der Skalen aus dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung und dem Alter der Patienten aufgeführt.

**Tabelle 5-15:** Korrelation der Skalen aus dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung und dem Alter der Patienten; Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman, \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

	Alter
F1 Depressive Verarbeitung	0,04
F2 Aktives problemorientiertes Coping	-0,51**
F3 Ablenkung und Selbstaufbau	-0,28
F4 Religiosität und Sinnsuche	0,11
F5 Bagatellisierung und Wunschdenken	-0,18

Die Skala „aktives problemorientiertes Coping“ korreliert negativ mit dem Alter der Patienten. Dies bestätigt die Hypothese, dass jüngere Patienten sich aktiver mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen. Die übrigen Skalen aus dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung weisen keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Alter der Patienten auf.

Die folgende Tabelle 5-16 gibt die Korrelationen der inhaltsanalytischen Kategorien zum Coping mit dem Alter der Patienten an.

**Tabelle 5-16:** Korrelation des Alters mit den inhaltsanalytischen Kategorien zum Coping; punktbiserialer Korrelationskoeffizient

Coping	Alter
K 13: Aktive Auseinandersetzung	0,03
K 14: Ablenkung	0,07
K 15: Soziale Unterstützung	0,24
K 16: Unterstützung durch den Arzt	0,19
K 17: Passive Hinnahme	0,01
K 18: Vertrauen auf die Chemotherapie	0,13

Es zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Alter der Patienten und den inhaltsanalytischen Kategorien zum Coping, insbesondere auch nicht zum Item „aktive Auseinandersetzung“.

In Tabelle 5-17 werden die Ergebnisse der Interkorrelationen der Skalen des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung in Selbst- und Fremdeinschätzung mit der inhaltsanalytischen Kategorie „aktive Auseinandersetzung“ dargestellt.

**Tabelle 5-17:** Korrelation der Skala „aktives problemorientiertes Coping“ (F2) des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung in Selbst- und Fremdeinschätzung mit der inhaltsanalytischen Kategorie „aktive Auseinandersetzung“;

Punktbiserialer Korrelationskoeffizient bzw. Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; SE=Selbsteinschätzung; FE=Fremdeinschätzung; F2=aktives problemorientiertes Coping/ FKV)

	F2 (SE)	F2 (FE)
F2 (FE) aktives problemorientiertes Coping	0,68**	
K 13: aktive Auseinandersetzung	0,52**	0,49**

Die Skalen des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung in Selbst- und Fremdeinschätzung korrelieren positiv miteinander und mit der inhaltsanalytischen Kategorie „aktive Auseinandersetzung“.



### 5.3.4 Krankheitsverarbeitung und körperliche Beschwerden

In der folgenden Tabelle sind die Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne körperliche Beschwerden hinsichtlich ihrer Krankheitsverarbeitung dargestellt.

**Tabelle 5-18:** Verteilungskennwerte der Items zur Krankheitsverarbeitung aus dem FKV und den inhaltsanalytischen Kategorien in Bezug auf körperliche Beschwerden; Chi<sup>2</sup>-Test bzw. U-Test nach Mann und Whitney; (FKV=Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, IA=Inhaltsanalyse)

	K12: Körperliche Beschwerden				p
	ja (n= 11)		nein (n= 25)		
	n	%	n	%	
<b>(IA)</b> Aktive Auseinandersetzung	9	82	2	18	0,04
Ablenkung	4	36	7	64	0,37
Soziale Unterstützung	9	82	2	18	0,04
Unterstützung durch Arzt	11	100	0	0	
Passive Hinnahme	3	27	8	73	0,13
Vertrauen auf die Chemotherapie	8	73	3	27	0,13
	M	SD	M	SD	
<b>(FKV)</b> Depressive Verarbeitung	2,0	1,0	2,0	0,8	0,84
Aktives problemorientiertes Coping	3,4	1,2	3,0	0,9	0,13
Ablenkung/Selbstaufbau	2,8	1,3	3,3	0,9	0,27
Religiosität/Sinnsuche	3,0	0,8	2,9	0,9	0,72
Bagatellisierung/ Wunschdenken	2,0	0,9	1,9	1,0	0,65

Wie aus Tabelle 5-18 hervorgeht, unterscheiden sich die Probanden mit körperlichen Beschwerden bezüglich ihrer Krankheitsverarbeitung von den Probanden, die keine körperlichen Beschwerden haben. Allerdings zeigt die Skala „aktives problemorientiertes Coping“ aus dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung keinen signifikanten Unterschied zwischen den Patienten mit bzw. ohne körperliche Beschwerden. Die Hypothese, dass sich Patienten mit körperlichen Beschwerden eher aktiv mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen als Patienten ohne körperliche Beschwerden, kann damit teilweise bestätigt werden.

## **6 DISKUSSION**

In der vorliegenden Arbeit werden das emotionale Befinden und die Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie untersucht. Insbesondere werden diese Themenbereiche im Zusammenhang mit dem Lebensalter sowie dem körperlichen Befinden der Patienten betrachtet. In der folgenden Diskussion werden die Fragestellungen und Hypothesen aus Kapitel 3 in den einzelnen Abschnitten erörtert. Die Überschriften der Diskussionspunkte orientieren sich an den Fragestellungen.

### **6.1 Emotionales Befinden**

Im Interview gab über die Hälfte (58%) der befragten Probanden ein verändertes emotionales Befinden an. Dieser sehr hohe Wert könnte zum einen dadurch zustande gekommen sein, dass die Patientenangaben zu Angst und Depression als Kategorie „emotionales Befinden“ (mit den Ausprägungen „verändert/nicht verändert“) zusammengefasst wurden. Das Ergebnis könnte andererseits auch durch das insgesamt hohe Lebensalter der Probanden beeinflusst sein und ist vereinbar mit den Angaben aus der Literatur, wonach Patienten höheren Alters oftmals zu einer depressiven Krankheitsverarbeitung tendieren (Muthny et al., 1992). Weiterhin soll bei der Erfassung der Diagnose einer depressiven Störung die Methode von großer Bedeutung sein (Faller, 1998), d. h. je strenger die Kriterien für eine Depression definiert seien, desto seltener würden diese vom Patienten erfüllt. Würde lediglich der subjektive Eindruck des Untersuchers gewertet, so würde die Diagnose einer Depression häufiger gestellt werden. Es ist somit möglich, dass die hohe Angststörungs-/Depressionsrate in der Auswertung der Patienteninter-

views durch die wenig strengen Kriterien des Kodierleitfadens zustande kommen.

In der Auswertung der HADS zeigte sich bei nur 17% der Probanden ein erhöhter Angstwert und lediglich 11% wiesen einen erhöhten Depressionswert auf. Diese uneinheitlichen Ergebnisse könnten mit den in der Literatur beschriebenen Erfahrungen (Faller, 1998; Härter, 2002) erklärt werden, dass unter anderem durch unterschiedliche Messverfahren (wie in dieser Studie: HADS und qualitative Inhaltsanalyse) starke Schwankungen der Prävalenzen von emotionalen Störungen auftreten. Die Angaben in der Literatur zur Häufigkeit emotionaler Störungen bei Tumorpatienten schwanken in verschiedenen Untersuchungen deutlich: für depressive Störungen zwischen 4,5 und 58% (Massie et al., 1989) bzw. zwischen 0,9 und 49% für Angststörungen (Van't Spijker, 1997).

## **6.2 Einfluss des Alters auf emotionales Befinden und Krankheitsverarbeitung**

In der Literatur wird unter anderem das Alter als Einflussfaktor für das Auftreten von emotionalen Störungen bei Tumorpatienten genannt. In einer Studie (Van't Spijker et al., 1997), in der das emotionale Befinden bei Krebspatienten untersucht wurde, konnte ein Zusammenhang der Depressionsprävalenz mit dem Lebensalter der Patienten festgestellt werden. Bei Patienten über 50 Jahre traten wesentlich weniger Depressionen und Angststörungen auf als bei jüngeren Patienten (< 50 Jahre). In der durchgeführten Untersuchung zeigte das Alter keinen Einfluss auf das emotionale Befinden der Patienten. Es lässt sich allerdings anhand einer Stichprobe von 36 Probanden keine allgemeingültige Aussage über einen Zusammenhang von Alter und emotionalem Befinden machen. Insbesondere muss auch berücksichtigt werden, dass es sich

bei der chronisch lymphatischen Leukämie um eine Erkrankung handelt, die bevorzugt in höherem Lebensalter auftritt. Dies bestätigte sich auch in der untersuchten Stichprobe; nur neun der 36 Probanden waren zum Zeitpunkt der Untersuchung jünger als 60 Jahre. Das Durchschnittsalter lag bei 65,4 Jahren.

Die Skala „aktives problemorientiertes Coping“ des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung zeigte eine negative Korrelation mit dem Alter der Patienten. Dies kann als Hinweis zur Bestätigung der aufgestellten Hypothese, dass sich jüngere Patienten aktiver mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen, gewertet werden. Die übrigen Skalen aus dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung wiesen keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Alter der Patienten auf.

Die inhaltsanalytischen Kategorien zur Krankheitsverarbeitung zeigten keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Lebensalter der Probanden; insbesondere auch nicht der Item „aktive Auseinandersetzung“.

Aufgrund der kleinen Stichprobe von 36 Probanden kann anhand dieser Studie keine allgemeingültige Aussage über einen Zusammenhang von Alter und Krankheitsverarbeitung getroffen werden.

### **6.3 Emotionales Befinden und körperliche Beschwerden**

Körperliche Beschwerden im Rahmen einer Tumorerkrankung gelten als ein Risikofaktor, Angst- bzw. depressive Störungen zu entwickeln (Massie et al., 1990; Bukberg et al., 1984; Kurtz et al., 2002). Noyes et al. (1990) stellten einen direkten Zusammenhang zwischen der Verschlechterung des körperlichen Befindens und dem Auftreten von emotionalen Störungen her.

Das Vorhandensein von körperlichen Beschwerden bei den Patienten dieser Studie zeigte jedoch keinen Einfluss auf deren emotionales Befinden. Die 11 Patienten mit körperlichen Symptomen gaben nicht signifikant häufiger eine depressive oder ängstliche Stimmung an als die 25 Patienten mit körperlichem Wohlbefinden. Allerdings gestaltete sich die Auswertung der Interviews bezüglich der körperlichen Beschwerden schwierig, da die Frage nach Krankheitssymptomen nicht direkt gestellt wurde. Es konnte daher auch keine Differenzierung in verschiedene Schweregrade vorgenommen werden. Die Einordnung erfolgte lediglich in die Kategorie „körperliche Beschwerden durch die Erkrankung“ mit den Ausprägungen „vorhanden“ bzw. „nicht vorhanden“. Allerdings wurden leichte Müdigkeit, Schlappeheit oder diskrete Leistungsminderung nicht als körperliche Beschwerden gewertet.

Eine Untergliederung der körperlichen Beeinträchtigungen nach Schweregrad sowie die Beurteilung des körperlichen Zustandes der Patienten z. B. anhand des Karnofsky-Index durch den Interviewer in folgenden Studien wäre hilfreich und sinnvoll. Möglicherweise tritt eine Beeinflussung des emotionalen Befindens erst bei ausgeprägten körperlichen Beschwerden auf.

#### **6.4 Emotionales Befinden und Therapie**

Neben körperlichen Beschwerden im Rahmen einer Tumorerkrankung gilt auch der Therapiestatus als ein Einflussfaktor, der die Entstehung von emotionalen Störungen begünstigen kann. In einer Studie von Cassileth et al. (1986) wurden Patienten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Behandlung erhielten, als besonders gefährdet beschrieben, eine depressive Störung zu entwickeln.

Der Einfluss von Therapiemaßnahmen auf das emotionale Befinden von Tumorpatienten wird in der Literatur jedoch nicht einheitlich beurteilt. So wurde andererseits berichtet, dass Patienten, die eine aktive Therapie erhalten, weniger belastet sind als Patienten, die keine oder nur eine palliative Therapie erhalten, weil Patienten unter aktiver Therapie sich weniger hilflos fühlen und stärker davon überzeugt sind, dass etwas zur Behandlung der Krankheit unternommen wird (Faller, 1998). Dementsprechend zeigte sich auch in einer Untersuchung an Patienten mit Lungenkrebs, dass bei Patienten, die bestrahlt wurden, weniger häufig eine Depression auftrat als bei Patienten, die keine Behandlung erhielten (Kurtz et al., 2002).

Im Interview gaben am häufigsten diejenigen Probanden ein verändertes emotionales Befinden (73%) an, die zum Zeitpunkt der Befragung keine Chemotherapie erhalten hatten. 50% der Probanden, bei denen zum Zeitpunkt der Befragung eine Chemotherapie durchgeführt wurde bzw. 54% der Probanden, die zu einem früheren Zeitpunkt eine Chemotherapie erhalten hatten, gaben ein verändertes emotionales Befinden an. Ein signifikanter Unterschied konnte allerdings nicht gezeigt werden. Auch bezüglich der Ergebnisse aus der HADS unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant voneinander. Die Hypothese, dass Patienten, die eine Chemotherapie erhalten, weniger häufig emotionale Störungen entwickeln kann somit anhand dieser Studie nicht bestätigt werden.

## **6.5 Krankheitsverarbeitung und körperliche Beschwerden**

Der Einfluss von körperlichen Beschwerden auf die Krankheitsverarbeitung von Tumorpatienten wird in der Literatur unterschiedlich beurteilt. In einer Studie von Tschuschke et al. (1994) konnte bei einer Untersuchung von 36 Leukämiepatienten kein Zusammenhang zwischen dem

körperlichen Befinden der Patienten und den eingesetzten Copingstrategien festgestellt werden. In einer Studie von Harrer et al. (1993) wurden Patienten mit M. Hodgkin untersucht. Es zeigte sich hier, dass Patienten mit Beeinträchtigung ihres Allgemeinbefindens (B-Symptomatik), häufiger die Bewältigungsstrategien „depressive Verarbeitung“ und „kognitive Vermeidung/Dissimulation“ aufwiesen als Patienten mit körperlichem Wohlbefinden.

Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass bei Patienten mit körperlichen Beschwerden eine aktivere Auseinandersetzung mit der Erkrankung stattfindet als bei Patienten mit körperlichem Wohlbefinden.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich ein Einfluss des körperlichen Befindens auf die Krankheitsverarbeitung. Die Patienten mit körperlichen Beschwerden gaben im Interview signifikant häufiger an, sich aktiv mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen als Patienten ohne körperliche Beeinträchtigung. Die Skala „aktives problemorientiertes Coping“ aus dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung wies jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Patienten mit bzw. ohne körperliche Beschwerden auf.



## 7 ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Querschnittuntersuchung wurden 36 Patienten mit der Diagnose eines niedrig-malignen Non-Hodgkin-Lymphoms befragt. Im Vordergrund standen das emotionale Befinden sowie die Krankheitsverarbeitung von Patienten, die an einer chronisch lymphatischen Leukämie erkrankt waren. Schwerpunktmäßig wurden diese Themen in Abhängigkeit von Alter und körperlichem Befinden untersucht.

Die Auswertung der angewendeten Fragebögen bzw. der mit den Patienten geführten Interviews zeigten folgende Ergebnisse:

Zwischen dem Lebensalter der Patienten und ihrem emotionalen Befinden fand sich keine signifikante Korrelation. Angststörungen bzw. Depressionen waren bei den 11 Patienten mit körperlichen Beschwerden nicht signifikant häufiger als bei den 25 Patienten ohne Krankheitssymptome. Im Interview gaben die Patienten, die derzeit keine Therapie bekamen, am häufigsten ein verändertes emotionales Befinden an. Signifikante Unterschiede in Bezug auf den Therapiestatus konnten aber nicht nachgewiesen werden. Das Alter sowie das körperliche Befinden und der Behandlungsstatus der Patienten zeigten somit keinen Einfluss auf deren emotionales Befinden.

Die Hypothese, dass sich Patienten mit körperlichen Beschwerden aktiver mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen als Patienten mit körperlichem Wohlbefinden, konnte anhand des durchgeführten Patienteninterviews, nicht jedoch anhand des Freiburger Fragebogens für Krankheitsverarbeitung bestätigt werden. Andere Einflüsse auf die Krankheitsverarbeitung, insbesondere ein Einfluss des Lebensalters der Patienten auf deren Krankheitsverarbeitung, konnten nicht festgestellt werden.

Die vorliegende Untersuchung erbrachte erste Hinweise auf das emotionale Befinden sowie auf die Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit chronisch lymphatischer Leukämie. Die komplexen Zusammenhänge der behandelten Themenbereiche in Bezug auf die CLL konnten allerdings anhand dieser Studie nicht untersucht werden. Die eingangs beschriebene besondere Problematik der Konfrontation mit der Erkrankung an einer chronisch lymphatischen Leukämie bedarf daher sicherlich weiterer Forschung.

## 8 LITERATURVERZEICHNIS

Behnke E, Dirhold S, Thomas W, Köhle K (1994) Anpassungsleistungen bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen. In: Schüßler G, Leibing E (Hrsg.): Coping: Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit. Hogrefe Verlag, Göttingen Bern Toronto Seattle

Berterö C, Eriksson B-E, Ek A-C (1997) A substantive theory of quality of life of adults with chronic leukaemia. *Int J Nurs Stud* 34:9-16

Binet JL, Auquier A, Dighiero G (1981) A new prognostic classification of chronic lymphocytic leukemia derived from a multivariate survival analysis. *Cancer* 48:198

Bukberg J, Penman D, Holland JC (1984) Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 46:199-212

Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA (1985) A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer* 55:72-76

Cassileth BR, Lusk EJ, Brown LL, Cross PA, WALSH WP, Hurwitz S (1986) Factors associated with psychological distress in cancer patients. *Med Pediatr Oncol* 14:251-254

Cella DF, Tross S, Orav JE (1989) Mood states of patients after diagnosis of cancer. *J Psychosoc Oncol* 7:45-54

Chen M-L, Chang H-K, Yeh C-H (2000) Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. *Journal of Advanced Nursing* 32:944-951

Cronkite RC, Moos RH (1984) The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *J Health Soc Behav* 25:372-393

Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients *JAMA* 249:751-757

Devlen J, Maguire P, Phillips P, Crowther D (1987) Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas II (Prospective study). *Br Med J* 295:955-957

Faller H, Lang H, Schilling S (1994) Subjektive Krankheitstheorie und Krankheitsverarbeitung bei Hirntumorpatienten. *Psychother Psychosom med Psychol* 44:207-214

Faller H (1995) Zur multimodalen Erfassung von Coping. Ein Vergleich von Interview und Fragebogen in Selbst- und Fremdeinschätzung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 4:37-46

Faller H (1998) Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Hogrefe, Göttingen

Faller H, Kraus MR, Burth EM, Zeigert B (1999) Emotionales Befinden, Krankheitsverarbeitung und klinischer Status bei Morbus Hodgkin-Patienten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 1:19-28

Faller H (2002) Krankheitsbewältigung bei Brustkrebs. In: Untch M, Sittek H, Bauernfeind I, Konecny G, Reiser M, Hepp H (Hrsg.): Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms – State of the Art – W. Zuckschwerdt Verlag München Wien New York

Filipp S-H, Ferring D, Freudenberg E, Klauer T (1988) Affektiv- motivationale Korrelate von Formen der Krankheitsbewältigung – Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie mit Krebspatienten. Psychother Psychosom med Psychol 38:37-42

Freud A (1959) Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler: München

Haan N (1977) Coping and Defending. New York: Academic Press

Härter MC (2000) Psychische Störungen bei körperliche Erkrankungen. Psychother Psychosom med Psychol 50:274-286

Härter MC (2002) Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Rehabilitation 41:357-366

Hallek M, Bergmann M, Emmerich B (2002) Chronische lymphatische Leukämie – Aktualisierte Vorschläge zu Diagnostik und Therapie. Dtsch Arztebl 19:1010-1016

Harrer ME, Mosheim R, Richter R, Walter MH, Kemmler G (1993) Coping und Lebenszufriedenheit bei Patienten mit M. Hodgkin in Remission. Psychother Psychosom med Psychol 43:121-132

Heim E (1986) Krankheitsauslösung – Krankheitsverarbeitung. In: Heim E, Willi J (Hrsg.): Psychosoziale Medizin, Band 2: Klinik und Praxis, 343-390. Springer: Berlin

Heim E, Augustinsky K, Blaser A, Schaffer L (1991) Berner Bewältigungsformen. Verlag Hans Huber, Bern

Herrmann C, Buss U, Snaith RP (1995) Testdokumentation und Handanweisung zu HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Verlag Hans Huber

Holland J (Hrsg.) (1998) Handbook of psychooncology. Oxford University Press, Oxford New York

Hosaka T, Aoki T, Ichikawa Y (1994) Emotional states of patients with hematological malignancies: preliminary study. Jpn J Clin Oncol 24:186-190

Juliusson G, Oscier DG, Fitchett M, et al. (1990) Prognostic subgroups in chronic lymphocytic leukemia defined by specific chromosomal abnormalities. N Engl J Med 323:720-724

Kapfhammer HP (1993) Epidemiologie der Depression im Rahmen von Tumorerkrankungen. In: Staab HJ, Ludwig M (Hrsg.): Depression bei Tumorpatienten. Georg Thieme Verlag: Stuttgart New York

Katon W, Sullivan MD (1990) Depression and chronic medical illness. J of Clinical Psychiatry 51(6):3-11

Kübler-Ross E (1980) Interviews mit Sterbenden. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh

Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given B (2002) Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with lung cancer - longitudinal analysis. *Psycho-Oncology* 11:12-22

Lang H, Faller H, Schilling S (1989) Krankheitsverarbeitung aus psychosomatisch-psychotherapeutischer Sicht am Beispiel pankreatektomierter Patienten. *Psychother Psychosom med Psychol* 30:239-247

Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. Springer: New York

Lee MS, Love SB, Mitchel JB (1992) Mastectomy or conservation for early breast cancer: psychological morbidity. *Eur J Cancer* 28:1340-1344

Massie MJ, Holland JC (1989) Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: Holland JC, Rowland JH (Hrsg.): *Handbook of psychooncology*. Oxford University Press, Oxford New York

Massie MJ (1990) Anxiety, panic and phobias. In: Holland JC, Rowland JH (Hrsg.): *Handbook of psychooncology*. Oxford University Press, Oxford New York

Massie MJ, Holland JC (1990) Depression and the cancer patient. *J of Clinical Psychiatry* 51(7):12-19

Massie MJ, Popkin MK (1998) Depressive Disorders. In: Holland JC (ed.): Handbook of psychooncology. Oxford University Press, Oxford New York

Mayring P (1983) Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim Basel

McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB (1995) Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. Arch gen psychiatry 52:89-97

Montserrat E, Rozman C (1995) Chronic lymphocytic leucemia: Present status. Ann Oncol 6:219-235

Muthny FA (1989) Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Beltz, Weinheim Basel

Muthny FA, Bechtel M, Spaete M (1992) Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Psychother Psychosom med Psychol 42:41-53

Muthny FA, Bermejo I (1993) Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In: Muthny FA, Haag G (Hrsg.): Onkologie im psychosozialen Kontext. Roland Asanger Verlag. Heidelberg

Newport DJ, Nemeroff CB (1998) Assessment and treatment of depression in the cancer patient. Journal of Psychosomatic Research 45:215-237

Noyes R, Kathol RG (1986) Depression and cancer. Psychiatric Developments 2:77-100



Noyes R, Holt CS, Massie MJ (1998) Anxiety Disorders. In: Holland MD, Rowland JH (Hrsg.): Handbook of psychooncology. Oxford University Press, Oxford, New York

Oduncu FS, Emmerich B (2001) Klinische Symptome, Komplikationen und Begleiterkrankungen. In: Hallek M, Emmerich B (Hrsg.): Chronische lymphatische Leukämie. Uni-med, Bremen London Boston

Rai KR, Sawitsky A, Cronkite EP (1975) Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia. Blood 46:219

Razavi D, Delvaux N, Bredart A, Paesmans M, Debusscher L, Bron D, Stryckmans P (1992) Screening for psychiatric disorders in a lymphoma out-patient population. Eur J Cancer 28 :1860-1872

Rummel M (1998) Chronisch lymphatische Leukämie. In: Hoelzer D, Seipelt G (Hrsg.): Leukämietherapie. Uni-med, Bremen London Boston

Schmitt B, Bergmann M, Hallek M (2001) Die konventionelle Therapie. In: Hallek M, Emmerich B (Hrsg.): Chronische lymphatische Leukämie. Uni-med, Bremen London Boston

Schüßler G, Leibing E (1994) Coping – Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit. Hogrefe Verlag, Göttingen Bern Toronto Seattle

Stilgenbauer S, Lichter P, Döhner H (2001) Pathogenetische und prognostische Bedeutung genetischer Abberationen. In: Hallek M, Emmerich B (Hrsg.): Chronische lymphatische Leukämie. Uni-med, Bremen London Boston

Uexküll T von, Wesiack W (1986) Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein biopsychosoziales Modell. In: Uexküll T von (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Urban&Schwarzenberg, München

Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ (1997) Psychological Sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. Psychosomatic Medicine 59:280-293

Weis J, Koch U, Heckl U, Stump S, Kepplinger J (1998) Stabilität versus Variabilität der Krankheitsverarbeitung im prospektiven Längsschnittverlauf, In: Koch U, Weis J, Aymanns P (Hrsg.): Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Schattauer, Stuttgart New York S. 59-76

Weis J (1998) Krankheitsverarbeitung und subjektive Krankheitstheorien – Theoretische Konzepte, Forschungsmethodik und Forschungsergebnisse. In: Koch U, Weis J, Aymanns P (Hrsg.): Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Schattauer, Stuttgart New York S. 13-23

Weis J, Heckl U, Koch U, Tausch B (1994) Psychosoziale Belastungen und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung – Erste Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie. In: Schüßler G, Leibing E (Hrsg.): Coping. Hogrefe Verlag, Göttingen Bern Toronto Seattle

Zigmond AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatr Scand 67:361-370

## **9 ANHANG**

Anhang 1: Interviewleitfaden

Anhang 2: Kategoriensystem

Anhang 3: Soziale Daten

Anhang 4: HADS

Anhang 5: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung

Anhang 6: Hinweis für Patienten

## **Anhang 1: Interviewleitfaden**

### 1 Erleben der Vorgeschichte

Würden Sie mir bitte einmal erzählen, wie das bei Ihnen angefangen hat?

*(Wie ist es eigentlich herausgekommen? Haben Sie selbst etwas bemerkt?)*

Was hat man Ihnen gesagt, was es sei?

Was war da Ihr erster Gedanke? Was ging in Ihnen vor?

Was hat man Ihnen über die Therapiemöglichkeiten gesagt?

Wie haben Sie das aufgefaßt?

### 2 Belastungen, Lebensqualität

Hat sich in Ihrem Leben durch die Erkrankung etwas verändert?

*(Hat sich durch die Erkrankung Ihre Lebensqualität geändert? Was Ihnen wichtig ist im Leben? Hat sich in der Familie etwas geändert? Gehen die Angehörigen, die Freunde und Bekannten anders mit Ihnen um als vorher? Hat sich beruflich, sozial etwas verändert? Was erleben Sie dabei als belastend?)*

### 3 Coping

Was hilft Ihnen, mit Ihrer Situation zurechtzukommen?

*(Tun Sie etwas Bestimmtes?)*

Erleben Sie Unterstützung von Ihren Angehörigen?

Gibt es sonst noch Unterstützungsmöglichkeiten?

#### 4 Subjektive Krankheitstheorie

Haben Sie sich schon einmal Gedanken darüber gemacht, wie es zu dieser Erkrankung gekommen ist?

*(Haben Sie eine Vermutung?)*

Haben Sie eine Vorstellung, wie Sie den weiteren Krankheitsverlauf günstig beeinflussen könnten?

Können andere Menschen etwas tun?

Können die Ärzte etwas tun? Könnten Sie mehr tun?

#### 5 Beschwerden und emotionale Befindlichkeit

Wie geht es Ihnen jetzt mit Ihrer Erkrankung?

Wie ist Ihre Stimmung?

*(Manche Menschen sind bisweilen ganz niedergeschlagen, wenn sie an einer derartigen Erkrankung leiden. Kennen Sie solche Stimmungen auch bei sich selbst?)*

*(Wie gehen Sie damit um? Was hilft Ihnen, damit zurechtzukommen?)*

Sind im Laufe Ihrer Erkrankung schon einmal Angstgefühle aufgetreten?

*(Wie ist das jetzt? Wie gehen Sie damit um? Was hilft Ihnen damit zurechtzukommen?)*

## 6 Erleben der Therapie, Compliance

- für Patienten, bei denen noch keine Therapie durchgeführt wurde:  
Bei Ihnen ist ja noch keine Chemotherapie durchgeführt worden. Wie ist das für Sie?

*(Was ist daran schwierig? Was würden Sie sich von einer Chemotherapie erwarten? Als der Arzt Ihnen gesagt hat, daß keine Chemotherapie notwendig sei, was haben Sie da gedacht?)*

- für Patienten, die zur Zeit eine Chemotherapie bekommen:  
Sie bekommen ja zur Zeit eine Chemotherapie. Wie geht es Ihnen damit?

Was erwarten sie sich von der Chemotherapie?

*(Wie war das als Sie die letzte Chemotherapie bekommen haben)*

- für Patienten, zur Zeit ohne Chemotherapie; haben aber schon zu früherem Zeitpunkt eine Chemotherapie erhalten:  
Sie bekommen ja zur Zeit keine Chemotherapie. Wie ist das für Sie?  
Was würden Sie sich von einer erneuten Chemotherapie erwarten?  
Wie war das bei Ihrer letzten Chemotherapie? Was haben sie damals von dieser erwartet?

## 7 Erwartungen und Befürchtungen für die Zukunft

*Wie wird das jetzt bei Ihnen weitergehen?*

## **Anhang 2: Kategoriensystem**

### 1. Feststellen der Erkrankung

K 1: Zufallsbefund

K 2: Selbst, Beschwerden

*Ausprägungen: 0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden*

### 2. Erster Gedanke bei Mitteilung der Diagnose/Therapiemöglichkeiten

K 3: Negative Gefühle

K 4: Verharmlosen

K 5: Akzeptieren

K 6: Zupacken

*Ausprägungen: 0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden*

### 3. Erwartungen an die Chemotherapie

K 7: Positive Erwartungen

K 8: Negative Erwartungen

*Ausprägungen: 0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden*

### 4. Veränderungen durch die Krankheit

K 9: Gar nicht

K10: Äußere Bedingungen

K11: Innere Einstellung

K12: Körperliche Beschwerden

*Ausprägungen: 0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden*

## 5. Coping

K13: Aktive Auseinandersetzung

K14: Ablenkung

K15: Soziale Unterstützung

K16: Unterstützung durch den Arzt

K17: Passive Hinnahme

K18: Vertrauen auf die Chemotherapie

*Ausprägungen: 0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden*

## 6. Subjektive Krankheitstheorie

K19: Keine Gedanken gemacht

K20: Gedanken gemacht, aber keine Vorstellung

K21: Äußere Einflüsse

K22: Psychische Probleme

*Ausprägungen: 0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden*

## 7. Emotionales Befinden

K23: Verändert

*Ausprägungen: 0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden*

## 8. Compliance

K24: Bereitschaft zur Mitarbeit

K25: Wunsch nach Behandlung

*Ausprägungen: 0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden*



### Anhang 3: Soziale Daten

Abschließend bitten wir Sie noch um einige Angaben zu sozialen Daten.

Ihr Alter: ..... Jahre

Ihr Geschlecht: männlich  weiblich

Ihr Familienstand:  ledig   
 verheiratet   
 getrennt lebend/geschieden   
 verwitwet

Haben Sie derzeit eine feste Partnerschaft? Ja  nein

Leben Sie  allein?   
 mit Ihrem/r Partner/in?   
 mit Ihren Eltern?   
 in einer Wohngemeinschaft?

Wieviele Kinder haben Sie: .....

Schulbildung:  Volksschule/Grundschule   
 Realschule   
 Gymnasium

Sind Sie  berufstätig   
 arbeitslos   
 Schüler(in)/Student(in)   
 Auszubildende/r   
 Hausfrau/Hausmann   
 Rentner/-in   
 Teilnehmer(in) an Reha-Maßnahme   
 sonstiges

Beruf: .....

Berufliche Stellung  Arbeiter(in)   
 Facharbeiter(in)   
 Angestellte(r)   
 Beamte(r)   
 Leitender Angestellte(r)/Beamte(r)   
 selbständig

## Anhang 4: HADS



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Code-Nummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ 199

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

<p><b>Ich fühle mich angespannt oder überreizt</b></p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p> <p><input type="checkbox"/> oft</p> <p><input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p><b>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</b></p> <p><input type="checkbox"/> fast immer</p> <p><input type="checkbox"/> sehr oft</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p><b>Ich kann mich heute noch so freuen wie früher</b></p> <p><input type="checkbox"/> ganz genau so</p> <p><input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr</p> <p><input type="checkbox"/> nur noch ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht</p>	<p><b>Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</b></p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich oft</p> <p><input type="checkbox"/> sehr oft</p>
<p><b>Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung daß etwas Schreckliches passieren könnte</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr stark</p> <p><input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark</p> <p><input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p><b>Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, stimmt genau</p> <p><input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte</p> <p><input type="checkbox"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum</p> <p><input type="checkbox"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer</p>
<p><b>Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer</p> <p><input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel</p> <p><input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p><b>Ich fühle mich rastlos, muß immer in Bewegung sein</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> nicht sehr</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p><b>Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf</b></p> <p><input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft</p> <p><input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft</p> <p><input type="checkbox"/> nur gelegentlich/nur</p>	<p><b>Ich blicke mit Freude in die Zukunft</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr</p> <p><input type="checkbox"/> eher weniger als früher</p> <p><input type="checkbox"/> viel weniger als früher</p> <p><input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht</p>
<p><b>Ich fühle mich glücklich</b></p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p>	<p><b>Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich oft</p> <p><input type="checkbox"/> nicht sehr oft</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p><b>Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, natürlich</p> <p><input type="checkbox"/> gewöhnlich schon</p> <p><input type="checkbox"/> nicht oft</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p><b>Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen</b></p> <p><input type="checkbox"/> oft</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> eher selten</p> <p><input type="checkbox"/> sehr selten</p>

## Anhang 5: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS)

Bitte kreuzen Sie für jeden der folgenden Begriffe an, wie stark er aus Ihrer Sicht auf den Patienten für die in der Instruktion beschriebene Situation zutrifft.

Wie stark trifft diese Aussage zu?

	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
1. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	1	2	3	4	5
2. Nicht-wahrhaben-Wollen des Geschehenen	1	2	3	4	5
3. Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	1	2	3	4	5
4. Wunschenken und Tagträumen nachhängen	1	2	3	4	5
5. Sich selbst die Schuld geben	1	2	3	4	5
6. Andere verantwortlich machen	1	2	3	4	5
7. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	1	2	3	4	5
8. Einen Plan machen und danach handeln	1	2	3	4	5
9. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	1	2	3	4	5
10. Gefühle nach außen zeigen	1	2	3	4	5
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	1	2	3	4	5
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	1	2	3	4	5
13. Sich mehr gönnen	1	2	3	4	5
14. Sich vornehmen intensiver zu leben	1	2	3	4	5
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	1	2	3	4	5
16. Sich selbst bemitleiden	1	2	3	4	5
17. Sich selbst Mut machen	1	2	3	4	5
18. Erfolge und Selbstbestätigung suchen	1	2	3	4	5
19. Sich abzulenken versuchen	1	2	3	4	5
20. Abstand zu gewinnen versuchen	1	2	3	4	5
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen	1	2	3	4	5
22. Ins Grübeln kommen	1	2	3	4	5
23. Trost im religiösen Glauben suchen	1	2	3	4	5
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	1	2	3	4	5
25. Sich damit trösten, daß es andere noch schlimmer getroffen hat	1	2	3	4	5
26. Mit dem Schicksal hadern	1	2	3	4	5
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen	1	2	3	4	5
28. Vertrauen in die Ärzte setzen	1	2	3	4	5
29. Den Ärzten mißtrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	1	2	3	4	5
30. Anderen Gutes tun wollen	1	2	3	4	5
31. Galgenhumor entwickeln	1	2	3	4	5
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen	1	2	3	4	5
33. Sich gerne umsorgen lassen	1	2	3	4	5
34. Sich von anderen Menschen zurückziehen	1	2	3	4	5
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	1	2	3	4	5

Was hat ihm Ihrer Meinung nach am meisten geholfen, um damit fertig zu werden?

Bitte tragen Sie die Nummern der entsprechenden Begriffe ein (nach der Reihenfolge ihrer Bedeutung für den Patienten, d.h. auf Platz 1 das, was ihm/ihr am meisten geholfen hat, usw.):

1. Nr. \_\_\_\_\_ 2. Nr. \_\_\_\_\_ 3. Nr. \_\_\_\_\_

## Anhang 6: Hinweis für Patienten

### MEDIZINISCHE POLIKLINIK DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG

DIREKTOR: PROF. DR. K. WILMS 97070 WÜRZBURG, KLINIKSTRASSE 6-8

Tel. Vermittlung 09 31/31-1

Durchwahl 51 . . . .

Telefax 09 31/1 53 91

#### Lieber Patient, Liebe Patientin!

Wir bitten Sie, die folgenden Fragebögen auszufüllen. Sie betreffen Ihre Stimmung und die Art und Weise, wie Sie mit Ihrer Erkrankung umgehen.

Bitte gehen Sie bei der Beantwortung zügig vor. Dann werden Sie nicht viel Zeit zum Ausfüllen benötigen. Oft ist auch der erste, spontane Gedanke zutreffender, als wenn man erst lange überlegt, welche Antwort die richtige ist.

Alle persönlichen Angaben, die sich aus dem Interview und aus den Fragebögen ergeben, werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Auswertung erfolgt absolut anonym.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

## **DANKSAGUNG**

Bei Herrn Prof. Dr. Dr. H. Faller möchte ich mich für die Überlassung des Themas, ganz besonders aber für die unkomplizierte und kompetente Betreuung bedanken.

Herrn Priv.-Doz. Dr. Dr. M. Kraus danke ich sehr für die Übernahme des Koreferates.

Auch bei den an dieser Studie beteiligten Patienten möchte ich mich an dieser Stelle herzlich bedanken.

Ein besonderer Dank gebührt Dr. P. Stimmler für die mühevollen Korrektur meiner Arbeit.

Außerdem möchte ich mich bei Ulrike Bittner bedanken, die mir eine große Hilfe bei der Erstellung dieser Arbeit war.

Mein ganz persönlicher Dank gilt meinen Eltern Elena Gippert-Raff und Helmut Raff, die mir mein Studium ermöglichten und mich stets unterstützten.



## **LEBENS LAUF**

### **Persönliche Daten**

Name	Kerstin Elena Raff
Geburtsdatum	06.02.1973
Geburtsort	Esslingen/N

### **Schul Ausbildung**

09/79 – 07/83	Grundschule, Stuttgart-Möhringen
09/83 – 07/93	Gymnasium; Abitur am Lise-Meitner-Gymnasium, Böblingen

### **Freiwilliges Soziales Jahr**

08/93 – 04/94	Sprachheilzentrum, Calw-Stammheim
---------------	-----------------------------------

### **Hochschulausbildung**

05/94 – 10/00	Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
03/96	Ärztliche Vorprüfung
03/97	1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
09/99	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/00	3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

### **seit März 2001**

Ärztin an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie der Universität Regensburg, Klinikdirektor: Prof. Dr. M. Landthaler

## Veröffentlichungen

Raff K, Landthaler M, Hohenleutner U  
(2003) Ekzem auf Nävus flammeus.  
Phlebologie 32:15-17

Raff K, Landthaler M, Hohenleutner U  
(2004) Optimizing treatment parameters  
for hair removal using long-pulsed  
Nd:YAG-Lasers. Lasers Med Sci  
18:219-222

Friedrich S, Raff K, Landthaler M, Karrer  
S (2004) Cutaneous ulcerations on  
hands and heels secondary to long-term  
hydroxyurea treatment. Eur J Dermatol  
14:343-346

Coras B, Hohenleutner S, Raff K,  
Hohenleutner U (2004) Das rote Me-  
lanom – eine seltene Variante des  
amelanotischen Melanoms. J Deut Der-  
matol Gesell 2:597-604

Raff K, Friedrich S, Landthaler M,  
Hohenleutner U (2004) Blue-rubber-  
bleb-nevus-syndrome – Treatment op-  
tions. Lasers Med Sci (im Druck)

Regensburg, im Mai 2004

