

W. STEFFENS, B. PAUL-HAMBRINK, C. SIMONS, R. ARNOLD, H. KÄCHELE, P. BERGERHOFF, P. NOVAK, M. CIERPKA, B. HERTENSTEIN & B. KUBANEK

### **Zur langfristigen Bewältigung der Knochenmarktransplantation - Methode und kasuistische Illustration**

#### **Einleitung**

Im Gegensatz zu der Fülle hämatologischer Untersuchungen (Arnold et al. 1984) ist der Mangel an systematischen Studien klinisch-psychologischer oder medizin-soziologischer Art offenkundig; im Unterschied zu der inzwischen reichhaltigen Literatur zu anderen Organtransplantationen ist die Knochenmarktransplantation bisher relativ wenig in dieser Hinsicht untersucht worden (Koch 1987). In den vergangenen fünfzehn Jahren finden sich in der Literatur vorwiegend klinische Beschreibungen der psychotherapeutischen Probleme im Umgang mit den Patienten in der akuten Behandlungsphase der KMT (s. d. die Übersicht im Projektantrag des SFB 129, Kächele et al. 1985). Eine derzeit laufende empirische Untersuchung der Tübinger Arbeitsgruppe (Hörner et al. 1986) zur akuten Behandlungsphase zeigt auf, daß die Situation der Hilflosigkeit und der extremen Abhängigkeit von dem Spender und dem medizinischen Team das Wiederauftauchen früher, kindlicher Beziehungsmuster verstärkt. Dies unterstreicht, dass neben den Bewältigungsstrategien, die auf das Realtrauma gerichtet sind, auch mit Auswirkungen von Abwehrmechanismen gerechnet werden muss, die sich auf die Verarbeitung wiederbelebter lebensgeschichtlicher Traumata in der Realsituation beziehen (s. d. Steffens, Kächele in diesem Band).

Längerfristige Nachuntersuchungen größerer Stichproben transplantierter Patienten finden sich bislang nur vereinzelt (Wolcott et al. 1986; Lesko et al. 1987). Die dort verwandte Methode der postalischen Erhebung des Befindens mittels Fragebogen erbringt den Befund, dass

die allgemeine Befindlichkeit mit dem Grad der körperlichen Komplikationen zu korrelieren scheint. Diese Aussage lässt jedoch wenig Rückschlüsse auf die speziellen Anpassungs- und Bewältigungsprobleme zu, die mit spezifischen, unvermeidlichen Folgen der Transplantation, wie z. B. Sterilität, zusammenhängen dürften. Die Frage der weiteren Lebensgestaltung, die sich besonders bei den vielen jüngeren, häufig noch jugendlichen Patienten stellt, die oft mit den Folgen des quoad Grundkrankheit erfolgreichen Verfahrens zu leben haben, wird nicht aufgeworfen.

### **Ziele und Fragestellungen des Projektes**

- Die Knochenmarktransplantation ist ein eingreifendes und radikales Therapieverfahren.
- Die Untersuchung krankheitsinduzierter und therapieinduzierter Faktoren ist im Hinblick auf die Konsequenzen für die Lebenssituation des transplantierten Patienten ( "Langzeitprognose") erforderlich.
- Unsere leitende Frage ist: wovon hängen die zukünftigen Lebensmöglichkeiten und die Bedingungen für ihre Realisierbarkeit auf dem Hintergrund somatischer, psychischer und sozialer Gegebenheiten ab?

### **Teil 1**

#### **Das retrospektive Interview**

In einer 1. Phase wurde eine Retrospektiv-Untersuchung aller bisher in Ulm transplantierten und noch in ambulanter Behandlung befindlichen Patienten (2 lost for follow up) durchgeführt (n = 36). Ziel dieser retrospektiven Untersuchung ist die Sammlung von Daten über die langfristigen lebensgeschichtlichen Auswirkungen von Grunderkrankung und Therapie durch KMT; methodisch geht es dabei vor allem um die Erprobung eines durch einen thematischen Leitfaden semi-strukturierten Interviews. Die Interviews wurden alle durch eine in dem hämatologisch-onkologischen Feld sehr erfahrene klinische Psychologin mit psychoanalytischer Ausbildung (C.Simons) durchgeführt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und so verschriftet, daß sie in die Ulmer Textbank (Mergenthaler 1986) aufgenommen werden können und für weitere qualitative und

quantitative Inhaltsanalysen - geplant sind auch computerunterstützte Textanalysen - zur Verfügung stehen.

In einem ersten Auswertungsschritt konnten an der bisher vorliegenden Teilstichprobe (n = 26) erste Auswertungen zur Beantwortung besonders klinischer Fragestellungen durchgeführt werden (Arnold et al.1987): Ausgewertet wurden die Interviews im Hinblick

1. auf den subjektiven Status des Patienten zum Zeitpunkt des Retrospektiv-Interviews,
2. auf die retrospektive Sicht des Patienten über den Beginn seiner Erkrankung,
3. auf die Erfahrungen des Patienten mit seiner Krankheit und der Therapie und
4. auf Veränderungen, die vom Patienten auf die Krankheit und die Therapie bezogen werden.

Die KMT lag im Mittel der Patienten 21 Monate zurück; allerdings variiert der Abstand zwischen 3 und 96 Monaten.

Im Rahmen des Projektes nehmen die zunächst durchgeführten retrospektiven Interviews mit 36 Patienten strategisch und methodisch eine besondere Position ein. Zum einen dienen sie der Annäherung an den Forschungsgegenstand, d. h. einer ersten Konkretisierung unserer Vorstellungen, mit welchen Schwierigkeiten und Problemen die Patienten nach der medizinisch erfolgreichen Transplantation sich auseinandersetzen und wie sie mit dieser Erfahrung ihr weiteres Leben gestaltet haben. Zum anderen dienen sie der Erprobung des Verfahrens, mittels eines semistrukturierten Interviews sich den relevanten Erfahrungen anzunähern. Aus dieser Serie von Interviews, die, wie bereits erwähnt, alle von einer Untersucherin durchgeführt wurden, erwarten wir uns Aufschlüsse darüber, welche besonderen Themen in den einzelnen Phasen der Hauptuntersuchung schwerpunktmäßig erfasst werden sollen. Ein weiterer Zweck ergibt sich aus der forschungspraktisch wichtigen Erfahrung, eine vergleichende Bewertung der Erfahrungen, die die behandelnde Hämatologin intuitiv und im handelnden Umgang mit den Patienten während der stationären Behandlungsphase und in der Nachsorge sammeln konnte, mit der systematisch angelegten Erfahrung der klinisch-psychotherapeutisch geschulten Interviewerin vorzunehmen. Hierbei waren wir zunächst offen für verschiedene Erfahrungsmöglichkeiten: es hätte sich

herausstellen können, dass im systematischen Interview andere Erfahrungshorizonte der Patienten sichtbar werden, die dem behandelnden Arzt aus den verschiedensten Gründen nicht zugänglich gemacht werden. Aufgrund der inzwischen vorliegenden Befunde ist erkennbar, dass die Interviewdaten sich sehr weitgehend mit den Erfahrungsinhalten der langfristigen klinischen Betreuung decken. Es ist also möglich, sich im Rahmen einer solchen Einpunkt-Erhebung ein sowohl realistisches, als auch ziemlich umfassendes Bild vom Erleben und Verhalten eines Patienten zu machen.

Die intensive Diskussion der ersten retrospektiven Interviews in der Projektgruppe half darüber hinaus auch, den Erfragungsaustausch und einen eventuellen Abgleich der Perspektiven zwischen den am Projekt beteiligten Hämatologen, Psychotherapeuten und Medizin-Soziologen zu fördern.

Das methodische Vorgehen des durch thematische Vorgaben zwar strukturierten, aber in der Durchführung im Einzelnen doch klinisch - in Anpassung an die Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten - möglichst frei zu gestaltenden Interviews war durch die Vorgaben der Gutachter des Projektes bestimmt. Es scheint uns hervorhebenswert, dass bei der Antragsdiskussion eine ausgeprägte Besorgnis geäußert wurde, die Patienten könnten durch "psychoanalytische" Interviewtechnik belastet werden, was in gleicher Weise auch für die Verwendung von strukturierten Erhebungsmethoden, wie standardisiertes Interview oder gar Testverfahren, geltend gemacht wurde. Dieser Einwand erscheint uns durchaus diskussionswürdig, er sollte durch konkrete praktische Erfahrungen auch revozierbar sein. Die Durchführung der Interviews durch eine langjährig im Umgang mit onkologischen Patienten erfahrene Interviewerin stellte zunächst sicher, dass eine mit dem klinischen Feld vertraute Person diese ersten Erfahrungen sammelt und ihre Erfahrungen dann an weitere Interviewer via Supervision weitergeben kann.

Im folgenden geben wir zunächst eine Beschreibung des praktischen Vorgehens, wie es sich inzwischen etabliert hat. Die Patienten werden von der hämatologischen Ambulanz der Abteilung Innere Medizin III regelmäßig zu Nachuntersuchungen einbestellt. Dabei werden die Patienten von der untersuchenden Ärztin gefragt, ob sie bereit sind, an einer Untersuchung teilzunehmen, die das Ziel verfolgt,

1. Veränderungen gegenüber der Zeit vor der Transplantation zu erfassen und zu klären,

2. inwieweit die Situation während der Transplantation von seiten der Ärzte und Schwestern für die Patienten noch verbessert werden kann.

Stimmen die Patienten zu - und bei 36 untersuchten Patienten hat nur eine Patientin die Teilnahme an der Untersuchung verweigert - werden sie gebeten, im Anschluß an die medizinische Nachuntersuchung die Ambulanz der Abteilung Psychotherapie aufzusuchen, um dort ein solches Gespräch zu führen. Die Interviewerin versichert sich am Beginn des Interviews nochmals der Zustimmung der Patienten und klärt mit ihnen eventuell noch ausstehende Fragen bezüglich der Untersuchung. Sie holt dann die Erlaubnis ein, das Gespräch auf Band aufzunehmen und erklärt mögliche Verwendungen der transkribierten Texte sowie damit zusammenhängende Datenschutzfragen. Keiner der Patienten, die der zusätzlichen psychologischen Untersuchung zugestimmt hatte, lehnte die Tonbandaufnahme ab.

Die Interviews dauerten zwischen 70 und 90 Minuten und wurden in der Regel von der Interviewerin im Hinblick darauf beendet, dass die Patienten schon eine längere Zeit in der hämatologischen Ambulanz verbracht hatten und in vielen Fällen noch eine längere Heimfahrt vor sich hatten. Nach unserer bisherigen Erfahrung wurde das Gespräch von der Mehrzahl der Patienten nicht als zu belastend erlebt, sondern viele nahmen die Möglichkeit eines solchen intensiveren Besinnens positiv auf.

Die Gesprächsführung wurde durch folgende Gesichtspunkte bestimmt, die auch als zeitliche Organisatoren des Ablaufs gedacht waren:

### ***Interviewleitfaden***

#### *Phase 1: Momentane Situation*

1. Wie geht es Ihnen im Augenblick?
2. Gibt es Einschränkungen durch die Krankheit?
3. Was hat sich verändert gegenüber der Zeit vor der Erkrankung?

#### *Phase 2: Beginn der Erkrankung*

1. Wie hat es damals angefangen, als Sie krank wurden?
2. Wie war Ihre damalige Situation (Familie, Beruf, Freunde - soziales Netz)?

3. Als Sie XY bemerkten, was haben Sie gedacht, was es sein könnte ?
4. Wie kam es zur Diagnosestellung? (wichtig für die Beurteilung der Fähigkeit zur Verleugnung)
5. Wie kam es zur Entscheidung zur KMT?
6. Wer ist der Spender?
7. Wie kam es zur Spenderauswahl (beim Vorhandensein mehrerer Spender)?
8. Wenn Sie die Wahl gehabt hätten, hätten Sie jemand anderen als Spender bevorzugt?
9. Können Sie sich erinnern, was Ihnen in bezug auf die KMT mitgeteilt wurde? Haben Sie etwas unterschrieben? Was stand darin über Komplikationen und Langzeitfolgen ?

*Phase 3 : KMT*

1. Wie lange sind Sie stationär behandelt worden ?
2. Was ist Ihnen von dieser Zeit am eindrucklichsten in Erinnerung ?
3. Was fanden Sie besonders schwierig ?
4. Was haben Sie als hilfreich empfunden ?
5. Gibt es etwas, das Sie sich anders gewünscht hätten ?
6. Was würden Sie jemandem raten, der jetzt eine KMT vor sich hat ?
7. Wäre es für Sie hilfreich gewesen, wenn ein Betroffener vorher mit Ihnen gesprochen hätte ?

*Phase 4: Zeit unmittelbar nach KMT*

1. Hatten Sie Gedanken, Phantasien, wie es nach der Behandlung im Zelt weitergehen würde ?
2. Gab es Dinge, die Sie unbedingt tun wollten?
3. Wie war es dann, als Sie entlassen wurden? (Hier nach allen Lebensbereichen fragen: Beziehungen, Arbeit, Umgang mit der Krankheit, Medikamente, Ambulanztermine)
4. Was haben Sie erlebt in der Zeit nach der Entlassung ?

*Phase 5: Rückkehr zur jetzigen Situation*

1. Gibt es einen Unterschied zwischen der Situation damals, als Sie aus der Klinik kamen, und heute ?
2. Hat sich in der Beziehung zu ...(dem Spender) etwas verändert ? Wie ist es für Sie, mit dem Knochenmark von ... zu leben ? Spielt die Tatsache, mit ...s Knochenmark ( des Spenders) zu leben, zwischen Ihnen beiden noch eine Rolle ?

3. Was war vor der Erkrankung die schwierigste Situation in Ihrem Leben? Umgang damit (Art des Coping) ?
4. Wie sind Ihre weiteren Pläne ?
5. Gibt es noch irgend etwas, das Sie wichtig finden ?

Die bisherige Erfahrung mit diesem Leitfaden zeigt, dass mit den aufgeführten Gesichtspunkten subjektiv wichtige Inhalte des Erlebens der Patienten erfasst werden können. Nicht immer wurden alle Gesichtspunkte vom Patienten aufgegriffen; wenn ein Patient sich zu einem Gesichtspunkt nicht äußerte, wurde zwar einmal nachgefragt, aber die Interviewerin insistierte nicht auf einer Behandlung dieses Aspektes; selbstverständlich gab sie auch keine Deutungen des dort nur theoretisch zu implizierenden Widerstandes; vermutlich waren die Gutachter besorgt, genau diese Form von wilder Psychoanalyse könne sich ereignen. Insgesamt erwies sich der Leitfaden als zu umfangreich, einzelne Gesichtspunkte werden in der prospektiven Studie aber zu unterschiedlichen Zeitpunkten aufgegriffen und können dann vermutlich besser ausgearbeitet werden. Da es in dieser retrospektiven Studie vornehmlich um einen Gesamteindruck vom Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung ging, konnte auf die Bearbeitung jener Punkte, die der Patient nicht aufgreifen wollte - aus welchen Gründen auch immer - verzichtet werden.

## **Teil 2**

### **Abwehr und Bewältigung einer Knochenmarktransplantation Überlegungen bei zwei Patienten**

#### **Klinischer Teil**

Frau Br war bei Erkrankungsbeginn 40 Jahre alt. Die Indikation zur Knochenmarktransplantation erfolgte aufgrund einer sogenannten Panmyelopathie, d.h. einer Erkrankung, bei der es mehr oder weniger rasch zu einem vollständigen Erliegen der Zellproduktion im Knochenmark kommt. Die KMT verlief unkompliziert, und es ging ihr die ersten drei Monate danach recht gut. Allmählich wurde sie jedoch klagsamer, erlebte sich als sensibler und in ihrer Stimmung depressiv. Diese Symptomatik bestand unverändert zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Außerdem leidet sie unter Schlafstörungen, die seit der KMT persistieren.

Ihren Klagen entnehmen wir, daß sie nicht mehr so ist, wie sie einmal war. Wenn wir uns ein Bild darüber zu machen versuchen, wie sie früher gewesen sein mag, sind wir auf ihre Aussagen angewiesen, mit denen sie beschreibt, wie sie vor der Erkrankung ihr Leben gemeistert hat. Außerdem können wir die Gründe untersuchen, die sie aus ihrer subjektiven Sicht daran hindern, ihr Leben nach der Erkrankung wieder so in die Hand zu nehmen, daß sie sich wohlfühlt. Frau Br entwirft von ihrer früheren Lebenssituation ein Bild, das geprägt ist vom Vermeiden aggressiver Auseinandersetzungen und von einem Verzicht auf die aktive Durchsetzung ihrer Interessen und Wünsche. Seit dem Tod des Schwiegervaters lebt sie gemeinsam mit ihrem Mann und dessen Stiefmutter in einem Einfamilienhaus. Trotz der unvermeidlichen Enge ist sie auf die Harmonisierung von Gegensätzen eingestellt. Durch die Erkrankung ist die ebenfalls von Harmonisierungstendenzen geprägte Beziehung zu ihrem Mann noch dichter geworden. Über ihre Herkunftsfamilie erfahren wir nur wenig. Sie sei die jüngste von fünf Geschwistern, aber - das betont sie sofort - sie sei nicht verwöhnt worden, denn "unsere Mutter hat uns alle gleich gern gehabt". Die ältere Schwester, von der sie das Knochenmark erhalten hat, war im Gegensatz zu ihr immer die resolutere. Die Witzeleien der Geschwister, sie werde jetzt vielleicht auch die Hosen anhaben, wenn sie deren Knochenmark bekomme, berühren den wunden Punkt der Patientin. Denn sich zu wehren und resolut zu sein, das sind Verhaltensweisen, die sie in ihr Selbstkonzept nicht zu integrieren vermochte. Stattdessen bezeichnet sie sich als eine, "die alles weggesteckt hat". Allerdings hat sie auf diese Weise eine angemessene psychosoziale Anpassung erreicht. Sie arbeitete lange als Kassiererin in einem Supermarkt, bis sie vor ca. 10 Jahren wegen Gelenkbeschwerden den Arbeitsplatz wechseln mußte. Es fiel ihr nicht leicht, diese Arbeit aufzugeben, die ihr durchaus Freude bereitet hatte. Sie wechselte in die Firma ihres Mannes und fand dort ebenfalls rasch berufliche Anerkennung.

Wenn sie über die Kinderlosigkeit in ihrer Ehe spricht, ist allerdings zu spüren, wie das "Wegstecken" nicht nur eine Fähigkeit der Patientin ist, mit der sie ihre psychosoziale Anpassung zu sichern vermag, sondern auch als ein Teil unbewußter Abwehrstrategien begriffen werden muß. Durch das "Wegstecken" kann sie es nämlich verhindern, Konflikte offen auszutragen. Es ist deshalb auch folgerichtig, wenn sie Spannungen wegen der Kinderlosigkeit verneint, obwohl beide Partner sich einer ärztlichen Untersuchung unterzogen haben, was ja nur heißen kann, daß einer von beiden einen Kinderwunsch gehabt haben muß. Wir wollen damit nicht bezweifeln, daß ein kinderlos gebliebenes

Ehepaar in diesem Punkt einen befriedigenden Kompromiß erreichen kann, für die Patientin jedenfalls scheint die Kinderlosigkeit ein essentieller Bestandteil des "unbewußten Ehevertrages" geworden zu sein. Ihr Mann, dessen Mutter früh verstorben war, hat in der Patientin, so erfahren wir von der behandelnden Ärztin, eine Mutterfigur gesucht und auch gefunden. Entsprechend ihrer depressiven Grundstruktur paßte die Patientin sich den Wünschen ihres Mannes an, wuchs in die Rolle einer versorgenden Mutterfigur hinein. Indirekt vermochte sie ihren eigenen Kinderwunsch zu verwirklichen, indem sie in ihrem Mann das Kind sieht, für das sie sorgen muß. Der Konflikt wird durch eine altruistische Abtretung, wie sie Anna Freud als Abwehrmechanismus beschrieben hat, gelöst. Das Paar hat in der Partnerbeziehung auf diese Weise einen unbewußten Kompromiß aushandeln können: Wünsche nach Selbstverwirklichung und Autonomie werden nicht zugelassen, weil sie die angestrebte Harmonie zu gefährden drohen. Durch die Krankheit hat sich nun ein Rollentausch vollzogen: Sie ist in die Position eines abhängigen Kindes geraten, das von ihm versorgt werden muß. Die entscheidende Frage lautet: Warum hat die Krankheit ein bis dahin funktionierendes interpersonelles Gleichgewicht so entscheidend geschwächt?

Um dies zu erklären, ist eine weitere Information der behandelnden Ärztin von entscheidender Bedeutung. Das Ehepaar hat, wie bereits erwähnt, die alte Stiefmutter des Ehemannes vor einigen Jahren zu sich genommen und mit ihrer finanziellen Unterstützung ein kleines Haus gekauft. Den Wunsch, nach dem Tod der Stiefmutter mehr Platz füreinander zu haben, durfte die Patientin aufgrund ihres strengen Über-Ichs nicht offen zulassen. Die eigene lebensgefährliche Krankheit hat die Patientin in diesem Zusammenhang als eine Bestrafung für ihre unbewußten, auf die alte Dame gerichteten Todeswünsche erlebt. Erst diese Hintergrundinformationen, die wir von der behandelnden Ärztin über die "Lebensplanung" der Patientin erhielten, macht plausibel, warum sie ihre Krankheit nicht besser zu bewältigen vermag. Wir verstehen nämlich, wie der Verzicht auf das Durchsetzen ihrer Wünsche nach Selbstverwirklichung, die die Patientin in Form einer Reaktionsbildung und durch eine altruistische Abtretung abwehrt, zugleich Lebensstrategie und Ideale der Patientin verkörpert. Es ist, als hätte sie bisher unter der Maxime gelebt: Wenn ich Verzicht übe, nicht aggressiv bin, werde ich dafür in meinem Leben belohnt und mit meinem Mann wie Philemon und Baucis glücklich alt werden. Da die Krankheit diesen Lebenstraum zerstört hat und die Bedeutung einer Strafe für ihre unbewußten aggressiven Regungen erhält, verfügt

sie nicht über die nötige Flexibilität, um die Krankheit angemessen bewältigen zu können.

In unseren theoretischen Ausführungen haben wir erläutert, warum wir davon ausgehen, daß Abwehrvorgänge und Bewältigungsvorgänge immer ineinandergreifen und gleichzeitig ablaufen. Wenn bei Frau Br durch die Krankheit von Beginn an ein latenter unbewußter Konflikt aktiviert wird, entspricht die Einschränkung in der flexiblen Verwendung von Bewältigungsvorgängen unseren theoretischen Annahmen. Belege für unsere Hypothese lassen sich im Interview sowohl unter klinischen als auch empirischen Gesichtspunkten finden. Ihre Feststellung, sie sei ein "Problemfall" gewesen, gewinnt in diesem Kontext eine doppelte Bedeutung. Auf der Ebene der äußeren Realität sind medizinisch-diagnostische Kriterien gemeint, da die Knochenmarktransplantation bei ihr aufgrund ihres Alters zunächst in Frage stand. Auf der intrapsychischen Ebene bringt sie mit ihrer Formulierung, sie sei ein Problemfall gewesen, ihre Ängste zum Ausdruck, sie könnte von den Ärzten wegen ihrer unbewußten aggressiven Wünsche abgelehnt werden und deshalb sterben. Betrachten wir die Schilderung des Behandlungsverlaufs, so scheint der Patientin die Bewältigung der akuten Realgefahr (Knochenmarktransplantation unter erschwerten Bedingungen aufgrund ihres Alters, Isolation im Zelt etc.) ziemlich gut gelungen zu sein. Die ständige Präsenz ihres Mannes vermochte die Angst vor dem Verlassenwerden in Schach zu halten. In ihrer Formel "da muß ich jetzt durch" klingt allerdings auch ihr Vorsatz an, unbedingt ein braver Patient zu sein und auf jeden Fall zu verhindern, die sicherheitsgebenden Objekte durch anstößiges Verhalten zu irritieren. Sie ist gradezu bemüht, alles besonders gut zu machen und überfordert sich damit. Ein Beispiel ist ihre überschießende, geradezu leicht hypomanische Reaktion, über die sich selbst die Ärzte wundern, als sie mit Mundschutz mutiger als die meisten anderen Patienten sogar einkaufen geht. Nach der Entlassung schlägt ihre Stimmung jedoch bald in ein depressives "was ist denn los mit dir" um, als sie feststellen muß, daß sie körperlich noch kaum belastbar ist. Zwar scheint eine depressive Verstimmung im Anschluß an die Entlassung eine fast regelhafte Reaktion nach KMT zu sein, die Patientin bleibt jedoch depressiv. Sie ist empfindlich, macht sich verrückt, wie sie sagt, kann nicht mehr alles wegstecken wie früher. Es gelingt ihr nicht, die traumatische Erfahrung durchzuarbeiten und ihre Selbst- und Objektschemata allmählich zu kalibrieren, wie Horowitz es in seinem Prozeßmodell beschrieben hat. Besonders gravierend scheint uns das Symptom der Schlafstörungen zu sein: seit der Entlassung wird sie jede Nacht wach, steht auf, um Wasser zu lassen. In ähnlicher Weise prägt das nächtliche Urinieren-

müssen die Phase im Isolierzelt. Die Persistenz dieses Symptoms werten wir als Beleg dafür, daß sie die Krankheit, insbesondere die Zeltphase, als traumatisch erlebt hat, ohne die traumatische Erfahrung integrieren zu können. Sie wirkt bleibend beeinträchtigt in ihrer Fähigkeit, aktiv zu sein, in ihrer Arbeit Befriedigung zu finden oder aus der Beziehung zu ihrem Mann wieder Kraft zu ziehen. Diese Symptomatik läßt sich mit Horowitz als Folge eines unabgeschlossenen Durcharbeitens einer traumatischen Erfahrung betrachten. Es fällt auch auf, daß sie im Nachhinein keine affektive Reaktion, keinen emotionalen Durchbruch oder irgendeine Form des inneren Protests zulassen konnte. Es drängt sich die Vermutung auf, daß das Zulassen von Affekten nach der Entlassung von grundsätzlicher Bedeutung für die weitere Wiederanpassung sein könnte. Wenn Patienten die Strategien beibehalten, die in der Akutphase hilfreich waren, könnte die Verarbeitung des Krankheitsprozesses blockiert bleiben. Bei Frau Br erkennen wir, daß ihre Überlebensstrategie, sich an die für sie wichtigen Objekte anzuklammern und auf keinen Fall ihren Affekten, vor allen Dingen nicht den aggressiven Affekten, freien Raum zu lassen, ihr Leben beherrscht. Die Angst, von ihrem Mann verlassen zu werden, scheint neu aufgetreten zu sein. Sie spricht über ihre Befürchtung, daß es ihrem Mann zuviel werden könnte. Die Fähigkeit, unbeschwert zu sein, das Leben leicht zu nehmen, scheint als wesentlicher Bestandteil ihres Selbst unwiederbringlich verloren zu sein. Auch hierfür können unbewußte Bestrafungstendenzen zur Erklärung herangezogen werden. Um den Verlust der idealisierten Aspekte ihres Selbst betrauern zu können, müßte die Patientin über aggressive Regungen verfügen dürfen. Außerdem müßte sie ihre Wut und Enttäuschung darüber zulassen, daß die Schwiegermutter noch recht rüstig ist, sogar die dominierende Rolle zu Hause zu spielen scheint. Resignierend zieht sie sich zurück und sagt "bist halt ewig s'Kind, oder?" Ihr Ich war zwar in der Akutphase in der Lage, die bedrohlichen, krankheitsbezogenen Erfahrungen auszuhalten, mit der zusätzlichen Aufgabe, die neurotischen Schuldgefühle in Schach zu halten, ist sie jedoch überfordert. Sie vermag die traumatische Erfahrung nur durch Wiederholung in Form der persistierenden Schlafstörungen einigermaßen abzuschwächen, ohne eine befriedigende Reorganisation ihrer inneren Welt, aber auch der äußeren Lebensumstände vollziehen zu können.

Abschließend möchten wir noch auf ein Mißverständnis aufmerksam machen, das sich daraus ergeben könnte, daß wir neurosenpsychologische Gesichtspunkte zur Falldarstellung mitherangezogen haben. Wir möchten dadurch keineswegs die Fähigkeiten der Patientin, die sie bei der Verarbeitung ihrer Krankheit eingesetzt hat, entwerten. Auch

wenn die Krankheitsverarbeitung durch die zusätzliche Auseinandersetzung mit einem unbewußten Konflikt erschwert ist, sind wir uns bewußt, daß die Krankheit Frau Br in einer Lebensphase getroffen hat, in der die Bewältigung auch objektiv schwieriger ist beispielsweise im Vergleich zu jüngeren Patienten. Der Optimismus und die Fähigkeit, Illusionen kreativ zu nutzen, über die Jugendliche noch verfügen, weicht im reifen Erwachsenenalter einer eher kritischen Sicht des eigenen Lebens. Es wird schmerzhaft bewußt, daß Ziele nicht erreicht wurden, und es wachsen Zweifel daran, was vielleicht doch noch zu verwirklichen ist. Dies umsomehr, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit die eigenen Grenzen schonungslos bewußt macht. Insofern ist die Krankheit bei Frau Br in eine ohnehin für narzißtische Kränkungen sensible Lebensphase eingebettet.

Herr Fr hat die Knochenmarktransplantation anders als Frau Br erlebt und verarbeitet. Dies hat drei Gründe: 1. hat ihn die Krankheit in der Adoleszenz getroffen, in einer Lebensphase, in der die Beschäftigung mit dem eigenen Innenleben einen hohen Stellenwert hat und das Potential 'Hoffnung' noch besonders groß ist; 2. er ist an einer Leukämie erkrankt, so daß bei einem protrahiert verlaufenden Krankheitsprozeß die Anpassung an die Todesbedrohung über einen längeren Zeitraum erfolgt ist; 3. der Abstand zur Krankheit ist kürzer, da er erst ein halbes Jahr entlassen ist.

Während für Frau Br die Krankheit insofern eine Zäsur bedeutet, weil ihr gesamtes Befinden sich danach zum Schlechteren gewendet hat, fühlt Herr Fr das Gegenteil. Er beurteilt die Auswirkungen der Krankheit auf seine Entwicklung im Sinne eines "Treibhauseffektes", sein Denken und Fühlen hat sich erweitert, er fühlt sich insgesamt reifer. Vorher schildert er sich als jemand, der "ein bißchen intellektuell, unsinnlich", ja "blutleer asketisch" war. Er schwänzte nie die Schule, vergaß nie, seine Schularbeiten zu machen, und war immer einer der Besten in seiner Klasse. An seinen intellektuellen Leistungen hatten er selbst, aber auch die Eltern Gefallen, mit denen er sich häufig in philosophischen Diskussionen vertiefte. Auch wenn er sich als "ziemlichen Abklatsch der Eltern" charakterisiert, schwingt darin mit, daß er sich in der Freude an intellektuellen Auseinandersetzungen mit den Eltern verbunden weiß und auf diese Fähigkeiten stolz ist. Trotz seiner eher introspektiven Einstellung schildert er sich als durchaus kontaktfreudig. Allerdings hatte er vor der Erkrankung nie die "Gier, irgendwas zu erleben oder so" wie seine Schwester, die manchmal abfällig über "eure vergeistigten Unterhaltungen" redete. Bereits vor Beginn der

Erkrankung, so meint er rückblickend, habe er begonnen, sich zu verändern, den Intellekt nicht mehr so zu verabsolutieren.

Nach dem, was wir von ihm erfahren, wirkt er wie ein typischer Jugendlicher, der vielleicht sogar eine besonders ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstreflexion besitzt. Er beschreibt in abgeschwächter Form das, was Anna Freud die "Pubertätsaskese" genannt hat. Somit sind seine Neigung zum Intellektualisieren und seine Triebverdrängung als phasenspezifische Abwehrvorgänge zu sehen, wobei wir seine intellektuellen Fähigkeiten nicht auf den Abwehrmechanismus des Intellektualisierens reduzieren wollen. Im Stolz auf seine intellektuelle Begabung klingt eine phallisch-exhibitionistische Seite an. Mit seiner intellektuellen Begabung weiß er sich anderen überlegen. Er versteht sie durchaus auch im Interview so einzusetzen, daß er die interviewende Kollegin insgesamt sehr positiv beeindruckt. Die Beziehung zu seinen Eltern wirkt lebendig, er fühlt sich ihnen verbunden, aber nicht mehr von ihnen abhängig. Über die Beziehung zu seiner Schwester, der Spenderin, erfahren wir allerdings kaum etwas.

Die "Selbststeuerung über den Verstand" betrachtet er selbst als die entscheidende Waffe in der Auseinandersetzung mit der Krankheit. Den Begriff "Waffe", verwenden wir, um darauf aufmerksam zu machen, daß der Patient die Auseinandersetzung mit der Krankheit wie einen Kampf erlebt hat, bei dem er auf diese Fähigkeit zurückgreifen konnte, um seine Selbstachtung zu wahren.

Wie wesentlich es für ihn ist, die Selbstachtung zu wahren, erfahren wir durch entscheidende Ergänzungen, die die behandelnde Ärztin uns über den Krankheitsverlauf gibt. Fr hat im Interview nämlich einiges ausgespart, um - so interpretieren wir dies - ein Bild von sich zu entwerfen und der Interviewerin zu vermitteln, das mit seinem Selbstwertgefühl vereinbar ist. Darauf werden wir weiter unten noch zurückkommen. Bereits vor der Verlegung in die Knochenmarkstransplantationseinheit war Fr in einen psychogenen Ausnahmezustand geraten. Er war völlig apathisch, was die behandelnde Ärztin ebenso wie die Eltern darauf zurückführten, daß er sich psychisch überfordert hatte und es nicht ertragen konnte, daß er nicht so tapfer und mutig blieb, wie er es von sich erwartet hatte. Der Ausnahmezustand darf aber nicht nur als ein passagerer Zusammenbruch von Abwehr- und Bewältigungsverhalten gesehen werden, wir müssen ihn im Sinne einer Abwehr durch Regression als Schutzmechanismus verstehen, um durch die Regression wieder Kraft schöpfen zu können. Es drängt sich sogar die Vermutung auf, daß die Bildung passagerer psychischer Symptome

in besonders belastenden Phasen der Erkrankung eine wichtige Ventilfunktion haben könnte. So kehrt bei Fr während der Konditionierung das Initialsymptom zurück, das den Beginn der Leukämie markierte. Damals konnte er aufgrund eines leukämischen Infiltrates den Kopf nicht drehen, bei der Konditionierung waren es diesmal seelische Gründe, die dieses Symptom wiederkehren ließen. Auch war er in der Zeltphase erneut apathisch; er formuliert: "willenlos gegenüber der Außenwelt".

Wir möchten damit deutlich machen, daß der Patient sich über weite Strecken gegen die Krankheit mit aller Kraft gewehrt hat, ohne regressive Perioden vermeiden zu müssen, auf die er erst ausgewichen ist, wenn er nicht mehr anders konnte. Das oberste Ziel scheint für ihn allerdings gewesen zu sein, die Kontrolle über seine Emotionen und damit auch über die äußere Situation zu behalten. An seiner Äußerung über das allmähliche Bewußtwerden der Bedrohung nach der Diagnosestellung ("das Gefühl sickert so langsam in jede Körperzelle"), können wir ermessen, welche Anstrengung es ihn gekostet haben mag, bei diesem Kampf einen klaren Kopf zu behalten. Es finden sich immer wieder Beispiele, die zeigen, wie es ihm gelingt, sein Ich für die "Realitätsbewältigung" im Sinne von Hartmann (s. Kapitel 1) freizuhalten. So war es für ihn beispielsweise sofort klar, daß er nicht weiterlesen würde, als er in einem Buch über die geringen Heilungsaussichten bei Leukämie nachlas. Er war überzeugt, daß dies Wissen nur seine Moral untergraben würde. Wir erfahren an dieser Stelle, daß er über Leukämie ein gewisses Vorwissen gehabt haben muß, weil seine Großmutter an dieser Erkrankung verstorben war. Im Nachhinein reflektiert er, daß er das volle Wissen über die reale Bedrohung immer erst nach Abschluß des jeweiligen Behandlungsabschnittes zuließ.

Sein Entschluß, seine Kräfte total seiner Krankheit zuzuwenden, bedeutete für die Eltern, daß er sie bei Besuchen wegschickte, wenn es ihm zuviel wurde, hatte aber auch zur Folge, daß er von Briefen seiner Klassenkameraden keine Notiz nahm. Er baute fest darauf, daß er sich dadurch die Sympathie dieser Personen nicht verscherzte. Sein Verhalten gründet insgesamt in einem fest verankerten Vertrauen, das Richtige getan zu haben. Wenn er rückblickend resümiert, er habe ausnehmend Glück gehabt, klingt darin die Vorstellung an, daß er trotz allem Unheil ein Glückskind ist, das von der Natur, insbesondere auch von den Eltern, mit den entsprechenden Fertigkeiten ausgestattet wurde, die ihm geholfen haben, die Krankheit ohne seelischen Schaden zu überleben. In seiner Feststellung "der Tod kam für mich einfach nicht in Betracht" äußert sich nicht alleine die Verleugnung im Dienste des

Überlebens, die sich ja bei vielen Patienten finden läßt, vielmehr der Glaube an seine Unerschütterlichkeit, ja vielleicht sogar der Glaube an die Unzerstörbarkeit seiner inneren Überzeugungen. Aus psychoanalytischer Sicht verstehen wir, daß er eine Spaltung zwischen seinem seelischen und seinem körperlichen Selbst vollzogen hat. Das seelische Selbst vermag dem Angriff der Krankheit standzuhalten, indem er die "Selbststeuerung durch den Intellekt" aufrechtzuerhalten weiß. Diese Selbststeuerung gibt ihm die Sicherheit, trotz Schmerz und Angst stark zu bleiben. Sicherlich spielt dabei auch eine Rolle, daß er sich seinen Eltern verbunden weiß und damit starke Bundesgenossen hinter ihm stehen, von denen er sich jedoch nicht allzu abhängig macht. Es entstehen daher auch keine Konflikte, wenn er die Eltern, wie bereits oben erwähnt, bei Besuchen wegschickt, wenn es ihm zuviel wird. Wir verstehen dies als eine Maßnahme, sich regressiven Abhängigkeitswünschen zu widersetzen, die seine Ressourcen für die Bewältigung der Krankheit entscheidend geschwächt hätten. Wir halten dies für eine Form der interpersonellen Abwehr: der Patient delegiert gewissermaßen seine Ängste auf die Eltern, die sich gefahrlos besorgt zeigen dürfen und auch sollen. Um seine Überzeugung aufrechtzuerhalten, daß er sie nicht unbedingt und ständig braucht, "beweist" er sich, daß er sie wegschicken kann. Um seine Selbstachtung zu wahren, muß er die Illusion behalten, er sei autonom mit der Krankheit fertig geworden. Wir möchten hier auf die Schnittstelle aufmerksam machen, an der sich das Ineinandergreifen von Bewältigung und Abwehr zeigen läßt. Indem es ihm gelingt, eine drohende regressive Bewegung zu verhindern, schafft er die Voraussetzungen für die Bewältigung der aktuellen äußeren und inneren Bedrohung. Andererseits kann Abwehr durchaus in den Dienst von Bewältigung treten - etwa in den beschriebenen regressiven Zuständen oder auch in der Verwendung der Delegation der Ängste auf die Eltern. Das entscheidende Kriterium ist die Flexibilität und die angemessene Einschätzung der Situation. So unterscheidet er genau zwischen einer Gefährdung, die er mehr außen lokalisiert, die er hauptsächlich in Verbindung mit den regelmäßigen medizinischen Eingriffen bringt und der inneren Gefährdung, die durch ein Außer-Kontrolle-Geraten seiner Affekte entsteht. Seine Fähigkeit, sich selbst und seine Umwelt zu beobachten, ist dabei der Grundpfeiler für seine Bewältigungsstrategien. Er hält ein Maß an Sicherheitsempfinden aufrecht und verhindert die Überflutung durch Affekte, die ihn hilflos und ohnmächtig machen würden.

Wie er mit der äußeren Realität umgeht, zeigt die Schilderung über die regelmäßigen schmerzhaften Lumbal- bzw. Knochenmarkpunktionen. Er zieht einmal den Vergleich mit Folterungen, um dann vom

Lotteriespiel zu sprechen, womit er darauf anspielt, daß es jedes Mal ungewiß war, wie schmerzhaft dieser Eingriff sein würde. Er zeigt sich dabei als genauer Beobachter der Szene, der registriert, wie im Laufe der Behandlung die Knochen weicher werden und nicht mehr so knirschen bei den Punktionen. Er wundert sich, was man dem Körper alles an Schmerz zumuten kann. Diese Aufspaltung seines Selbst in ein erleidendes (das Körperselbst) und ein beobachtendes Selbst, das die Situation kontrolliert, hilft ihm dabei, die Kontrolle über die Situation zu behalten, ohne sich ohnmächtig zu fühlen. Auch vermag er dadurch eine entscheidende Barriere aufzurichten gegen eine traumatische Überflutung durch Affekte. Diese Aufspaltung gibt ihm außerdem die Möglichkeit, sich indirekt mit den ärztlichen Aggressoren zu identifizieren. So wird er einerseits zum exakten Beobachter seiner inneren Reaktionen, der sich ständig der Situation anzupassen weiß, der sich andererseits dadurch aus der quälenden Passivität des Erleidens, Abwartens und Aushaltens und der damit verbundenen Ungewißheit befreit. Von daher ist es nicht verwunderlich, daß er den Berufswunsch äußert, später selbst Arzt zu werden. Andererseits erlaubt ihm der Vergleich mit der Folter, einen Teil seiner Aggression gegen die übermächtigen Ärzte zu kanalisieren. Dennoch führt diese Aufspaltung des Selbst nicht zu einer Depersonalisation, sie scheint sogar wie die therapeutische Ich-Spaltung in der psychotherapeutischen Behandlungssituation Voraussetzung dafür gewesen zu sein, daß er die Situation zu bewältigen vermag. Ebenso wirkt sie sich auf die Einstellung zu seinem Körper aus. So stellt er fest, daß er seinen Körper nie wirklich abstoßend empfunden habe, obwohl er heute denkt, er müsse gespenstisch ausgesehen haben, vor allen Dingen, als er sich noch einen schwarzen Bademantel habe schenken lassen. Überhaupt ist im Interview der extreme Wechsel zwischem rationalem Argumentieren und affektiven Regungen beeindruckend, und wir möchten dies als ein adoleszenzspezifisches Zeichen werten, wie auch die bereits oben erwähnte Fähigkeit, die unangenehmsten Erinnerungen im Sinne der Stabilisierung des Selbstwertgefühls zumindest im Interview zu streichen, ebenfalls für Jugendliche typisch sein dürfte. Insofern versucht der Patient Fr die Krankheitserfahrung in die phasenspezifische Entwicklungsthematik einzubauen. Es gelingt ihm deshalb viel leichter, als Frau Br, eine Zukunftsperspektive aufrechtzuerhalten, indem der sich gewissermaßen als "Phönix aus der Asche" darstellt.

Die andere Seite der Krankheitsbewältigung, nämlich die Balancierung der "Affektdaten" (im Sinne von Sandler) schildert er ebenfalls eindrücklich. Er macht deutlich, daß er die Überflutung durch Affekte als eine außerordentliche Gefahr betrachtet hat. Deshalb hat er "alle,

alle Gefühle" unterdrückt, denn "sich den Emotionen auszuliefern, das wäre tödlich". Allerdings gab es eine Ausnahme: Aggressionen waren das einzige, was er gebrauchen konnte, und er versteht darunter Trotz und Wut. Es ist leicht einzusehen, daß das Zulassen "weicherer" Gefühle ihn seiner wichtigsten Waffe, nämlich seiner kognitiven Distanzierung und Analyse, beraubt hätte. Wut und Trotz sind gewissermaßen der Mantel, mit dem er sein Inneres zu umhüllen versteht. Beispielsweise zeigt sein kurzes Experimentieren mit den "gefährlichen" Emotionen der Wehmut und sehnsüchtigen Erinnerungen an eine Klassenfahrt vor der Erkrankung, wie nötig er diesen Schutz durch die "harten" Gefühle braucht. Wir spüren aber auch, wie flexibel er ist, daß er nicht rigide an einer einmal gewählten Strategie festhält, sondern herauszufinden versucht, wie er am besten mit der Situation fertigzuwerden vermag. Man könnte diese Flexibilität im klassischen Sinne als ein Zeichen seiner Ich-Stärke werten. Dafür lassen sich noch weitere Belege finden. Die bereits oben erwähnte Interpretation der Krankheit als Zäsur in seinem Leben, durch die er reifer geworden sei, weist nämlich in die gleiche Richtung. Wir erfahren aber auch, daß er im Verlaufe der Krankheit diese Abschottung aufzugeben vermag. Dabei handelte es sich hierbei um eine unbewußte Auflockerung: es kommt zu Alpträumen nach der Entlassung. Diese Alpträume möchten wir im Sinne von Horowitz als spontan auftretende Zustände von intrusion verstehen, die ein Zeichen für das Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung sind. In diesen Alpträumen treten die bis dahin unterdrückten Affekte ins Bewußtsein, und zwar in einer Phase, in der die äußere Bedrohung nachgelassen hat, so daß es nun möglich ist, bedrohliche Affekte (panische Angst) und bedrohliche Phantasien (von einem Rezidiv) zuzulassen.

## **Deskriptiver Teil**

Im folgenden Teil des Beitrags soll am Beispiel der soeben charakterisierten Patienten, Frau Br und Herrn Fr, demonstriert werden, wie wir bei der inhaltsanalytischen Erfassung der Copingstrategien vorgehen. Wir wollen aufzeigen, zu welchen Ergebnissen eine deskriptive Analyse des Bewältigungsverhaltens im Vergleich zu einer klinisch-psychoanalytisch orientierten Evaluation kommt. In diesem Zusammenhang ist wichtig, daß wir bei der (deskriptiven) Analyse der Copingstrategien allein von den transkribierten Interviews ausgehen, ohne Zusatzinformationen, wie z. B. die Beobachtungen Dritter zu berücksichtigen. Auf diese Weise erfassen wir die für uns wichtige subjektive Sichtweise des Patienten bzw. das, was er uns sagen

kann und/oder will. Abgesehen von der Datenverzerrung, die durch Vergessensprozesse zustande kommt (z. T. liegt die KMT bereits mehrere Jahre zurück, wenn die Patienten interviewt werden), können deshalb zusätzlich u. U. Diskrepanzen auftreten zwischen der Art, wie die Patienten ihr Verhalten beschreiben und dem Eindruck, den z. B. das Krankenhauspersonal von den Patienten gewonnen hat. Im ersten Teil dieses Beitrags, in dem es um eine psychoanalytische Interpretation der Interviews ging, wurden zusätzlich zu den reinen Interviewdaten die Informationen, über die die behandelnde Ärztin verfügt, hinzugezogen.

Wenn wir (zumindest vorläufig) auf der deskriptiven Analyseebene bleiben, so beinhaltet dies auch die Weigerung zu entscheiden, welche Strategien im Zusammenhang mit einer Knochenmarktransplantation "gut" oder "schlecht" sind. Fragen nach der Effektivität von Copingstrategien setzen immer das Vorhandensein eines Kriteriums voraus, das wir aber bisher nicht haben bzw. dessen Festsetzung sehr schwierig wäre.

Obwohl im folgenden nun die Interviews im Hinblick auf die von den Patienten genannten Copingstrategien analysiert werden sollen, sei noch einmal betont, daß in unseren Interviews nicht explizit nach Copingstrategien gefragt wird, sondern wir erfassen die von den Patienten spontan geäußerten Strategien.

Bei der Operationalisierung von Äußerungen über Bewältigungsmaßnahmen berücksichtigen wir dabei in Anlehnung an das Konzept von Lazarus zwei Ebenen, nämlich Kognitionen und Verhalten (vgl. Folkman 1984). Entsprechend seiner kognitiven Orientierung betont Lazarus vor allem den Aspekt der Bewertung ("appraisal") durch das Individuum. Streß selbst definiert Lazarus als "relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and as endangering his or her well-being." (Folkman, 1984, S. 840). Diese Streßdefinition verdeutlicht den relationalen Charakter der von Lazarus vertretenen (Streß- und) Coping-Theorie. Seine Definition impliziert, und das gilt insbesondere für die Analyse von Interviewdaten, daß man dem Patienten genau zuhören muß, um zu erkennen, welche Situationen oder Anforderungen bzw. welche situativen Aspekte von ihm als streßreich empfunden wurden und welches Verhalten man dementsprechend als Coping klassifizieren kann. Unter Copingstrategien werden Maßnahmen verstanden, die eingesetzt werden, um die internalen und/oder externalen Anforderungen einer

Streßsituation zu bewältigen, zu reduzieren oder zu tolerieren (vgl. Folkman 1984; Folkman, Lazarus 1980).

Alle Äußerungen eines Patienten, aus denen hervorgeht, welche Maßnahmen er ergreift in dem Versuch, mit seiner Erkrankung, der Therapie, den möglichen Komplikationen und Folgen umzugehen, werden aus dem Interview herausgefiltert und bestimmten Kategorien zugeordnet. Zur Zeit arbeiten wir vor allem mit den sog. "Befos" einem Kategoriensystem, das von E. Heim und seinen Mitarbeitern entwickelt wurde (Heim et al. 1986). Es kann vorkommen, daß Aussagen über Kognitionen und/oder Aktivitäten der Patienten sehr indirekt erfolgen, manchmal müssen sie auch aus dem Zusammenhang erschlossen werden.

### **Fallbeschreibungen (deskriptive Analyse):**

Frau Br litt, wie bereits erwähnt, unter einer Panmyelopathie, die eine für den Patienten plötzlich und unerwartet einsetzende vitale Bedrohung darstellt. Die ersten Symptome, wie Müdigkeit, Schwächegefühl, starke Blutungen wurden von der Patientin nicht als alarmierend empfunden, da es Beschwerden waren, die sie bereits von früher kannte und die sich darüber hinaus nur ganz allmählich verschlimmerten, so daß es ein halbes Jahr dauerte, bis sie ihren Hausarzt aufsuchte, weil sie glaubte, sich eine Blasenentzündung zugezogen zu haben. Die Diagnose wurde dann relativ schnell gestellt; zur Abklärung kam die Patientin für einige Wochen ins Krankenhaus. Hier hatte man Zweifel, ob sie für eine KMT nicht zu alt sei. Die Patientin erweckt den Eindruck, daß sie nicht sehr gründlich über den Befund und seine Implikationen aufgeklärt worden ist. Als sie ins Krankenhaus eingeliefert wurde, kannte sie ihre Diagnose noch nicht, und auf die Frage, ob sie sich unter der KMT habe etwas vorstellen können, antwortet sie: "Ja, eigentlich nicht, nein, das habe ich erst so nach und nach halt mitgekriegt, gell." Da aber alle Patienten sehr gründlich über ihre Krankheit, die Therapiemöglichkeiten und -bedingungen aufgeklärt werden, scheint diese Aussage der Patientin weniger die Realität widerzuspiegeln als die Art, wie sie ihre Krankheit und die KMT emotional verarbeitet hat. Zwei Jahre sind - wie erwähnt - seit dem Eingriff bis zum Interview vergangen; dieser Zeitraum ist eigentlich nicht so groß, daß die Patientin alle Informationsgespräche vergessen haben könnte. Wahrscheinlich zeigt sich in ihrer Art der Darstellung eher versteckte Aggression über die Erkrankung, die Transplantation und die desolante Stimmungslage, in der sich die

Patientin seit dem Eingriff befindet. Mit ihrer Version, daß sie eigentlich gar nicht so recht gewußt habe, auf was sie sich da einläßt, erklärt sie gewissermaßen ihre Depressivität. Vielleicht will sie aber auch sagen, daß sie erst ganz allmählich die bedrohlichen Informationen an sich habe herankommen lassen.

Aufgrund von Informationen der Schwestern und Mitpatienten entschied sich die Patientin dann trotz der Bedenken wegen ihres Alters für die Transplantation. Es bleibt jedoch unklar, ob sie diese Informationen aktiv gesucht hat oder ob sich solche Situationen mehr oder weniger zufällig ergaben. Dasselbe gilt für ihre Aussage, daß sie mit einem Patienten auf der Station habe sprechen können. Wichtig scheint aber vor allem das Gespräch mit ihrem Mann gewesen zu sein, der sie in ihrem Entschluß bestärkte, zumal eine Schwester der Patientin als Spenderin in Frage kam.

An den informed consent erinnert sich die Patientin nicht. Es trifft jedoch anscheinend für relativ viele Patienten zu, daß sie nicht mehr genau wissen, welche Risiken ihnen vor der Behandlung mitgeteilt wurden (wahrscheinlich bezieht sich das vor allem auf Langzeitfolgen). Hierfür kommen wohl drei Gründe in Betracht: es könnte sein, daß im Vergleich zur tödlichen Bedrohung durch die Krankheit alle möglichen Nebenwirkungen und eventuelle Spätfolgen oder Komplikationen relativ bedeutungslos erscheinen und sich deshalb entsprechend wenig einprägen. Andererseits könnte es sein, daß das Bewußtmachen dieser möglichen Konsequenzen zu bedrohlich ist und deshalb verleugnet werden muß. Ein dritter Aspekt ist natürlich die Zeitspanne, die seit der KMT verstrichen ist, so daß sicherlich auch ganz "normale" Vergessensprozesse zum Tragen kommen.

Ängste im Zusammenhang mit der Krankheit und Zweifel an der Richtigkeit ihrer Entscheidung zur KMT ließ die Patientin offensichtlich nicht zu. Sie beschreibt, daß sie sich immer gesagt habe, da müsse sie durch, es gebe keine andere Chance als die Transplantation, und deshalb könne sie nicht zurück. In der Phase der Isolierung war es wichtig für sie, sich nicht "gehenzulassen" und nicht das Zeitgefühl zu verlieren. Sie sagt, daß sie deshalb immer frühzeitig aufgestanden sei, sich gewaschen und gefrühstückt und anschließend das Zelt in Ordnung gebracht habe. Sie hat also in gewisser Weise versucht, so weiterzuleben wie bisher. Auch die Medikamente nahm sie regelmäßig ein, gleichgültig, wie schwer ihr das fiel. Als am unangenehmsten empfand sie das sterile Essen, das habe sie "mit der Zeit angestunken." Auf die Frage, was sie als hilfreich erlebt habe,

nennt sie die Unterstützung durch ihren Mann, der sie oft besuchte, so daß sie sich darauf einstellen und freuen, "von einem Tag zum anderen leben konnte."

Auch nach dem Ende der Isolierung versuchte die Patientin, sich nicht gehenzulassen. Sie erzählt, daß sie sehr aktiv gewesen sei. Trotz der damit für sie verbundenen gesundheitlichen Risiken sei sie sehr bald allein herumgelaufen. Nur mit einem Mundschutz versehen, sei sie einkaufen gegangen, und auch sonst habe sie sich, wie sie berichtet, nicht ängstlich gefühlt. Diese Schilderungen benutzt die Patientin aber eigentlich, um zu illustrieren, daß sie niemals dazu geneigt habe, ihre Krankheit überzubewerten. Dies betont sie sehr auffällig. "Aber ... wirklich, ich tu das nicht jetzt da so überbewerten, gell." Hier kann man angesichts der vitalen Bedrohung, die die Patientin erlebt hat, sicher von Bagatellisieren oder Isolieren von Gefühlen sprechen. Ihre Haltung, keine Schwäche zulassen zu wollen, steht auch im Widerspruch zu ihrer depressiven Verstimmung, die sie gleich zu Beginn des Interviews anspricht und zu dem von ihr selbst wahrgenommenen "Copingdefizit": immer wieder stellt sie ihre früheren und jetzigen Reaktionsweisen einander gegenüber. Bei beruflichen oder privaten Konflikten konnte sie sich vor Ausbruch der Krankheit selbst beruhigen, ausgeglichen bleiben und sich innerlich von fremden Ansprüchen abgrenzen bzw. humorvoll reagieren. Dazu ist sie seit ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus nicht mehr fähig; in vergleichbaren Situationen macht sie sich nervlich, wie sie sagt, immer gleich fertig.

Man kann sich fragen, ob das von der Patientin aktuell erlebte Copingdefizit ein Ergebnis ihres Umgangs mit der KMT ist: die Patientin beschreibt sehr eindrucksvoll, daß eine ihrer wichtigsten Strategien darin bestand, sich nicht gehenzulassen und sich in das Unvermeidliche zu fügen. Dies beinhaltet automatisch, daß sie ihre Ängste, Zweifel, wahrscheinlich auch ihre Aggressionen und ihre Hilflosigkeitsgefühle sehr stark verdrängen bzw. verleugnen mußte. Nachdem alles vorüber war, kam es zu einer Art "Entlastungsdepression", die, das muß man allerdings sagen, sehr lange angehalten hat bzw. anhält (seit der Entlassung aus dem Krankenhaus). Aufgrund ihrer Depressivität ist die Patientin zur Zeit des Interviews leicht irritierbar, sie hat starke Selbstzweifel und grübelt viel, Verhaltensweisen, für die sie sich gleich wieder Selbstvorwürfe macht.

Wie auffällig ihre größere Labilität für die Patientin ist, wird auch daran deutlich, daß sie auf die Frage hin, wie es ihr geht, zwischen

ihrem körperlichen und psychischen Zustand differenziert: "Körperlich geht's mir ganz gut, gell, jetzt seelisch und nervlich bin ich einfach nicht so, wie ich vorher war." Diese Selbstwahrnehmung, daß sie seit der Entlassung aus dem Krankenhaus psychisch wesentlich labiler ist als früher, erwähnt sie sehr oft und macht es an vielen Beispielen deutlich. Offensichtlich ist diese Veränderung für sie sehr bedrohlich und im Grunde auch nicht nachvollziehbar. Vor allem aber steht sie, wie bereits erwähnt, in krassem Gegensatz zu ihrem Bedürfnis, sich nicht gehenzulassen, also zu dem Wunsch, die Kontrolle über ihren Zustand und das, was sie tut, zu behalten.

Zusammenfassend scheinen folgende Aspekte für eine Charakterisierung von Frau Br wichtig zu sein:

Während sie früher in beruflichen oder privaten Streßsituationen ruhig bleiben und sich innerlich auf Distanz halten konnte, regt sie sich seit der Entlassung aus dem Krankenhaus immer sehr schnell auf und zweifelt an ihren Fähigkeiten. Was die notwendigen Behandlungen angeht, so fügt sie sich in das Unvermeidliche und versucht, die Kontrolle über sich und die Situation (vor allem im Zelt) zu behalten. Entsprechend ihrer depressiven Stimmungslage nach der Entlassung neigt sie zum Grübeln und zu Selbstvorwürfen. Auch jetzt kann sie die mit der Krankheit und ihren Folgen zusammenhängenden Gefühle nicht wirklich zulassen, statt dessen bagatellisiert sie und fordert weiterhin von sich, keine Schwäche zu zeigen. Umso stärker ist sie von ihrer Selbstunsicherheit betroffen. Diese macht sich vor allem im beruflichen Bereich bemerkbar.

Wichtig während der Isolierungszeit war für die Patientin vor allem die Unterstützung durch ihren Mann, dies scheint auch für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt zu gelten. Offenbar hat die ausbleibende Schwangerschaft in ihrer Ehe zu einer verstärkten symbiotischen Beziehung zwischen den Eheleuten geführt. Wie konfluent die Patientin mit ihrem Mann wird, erkennt man an ihren Selbstvorwürfen, die einsetzen, als sie den Eindruck bekam, daß ihr Mann auch zunehmend labiler wurde. Diese Labilisierung muß für sie allerdings ziemlich bedrohlich sein, wenn man bedenkt, wie enorm sie auf die Unterstützung ihres Mannes und damit auf seine Stärke angewiesen ist.

Es folgen nun einige konkrete Beispiele aus dem Verbatimprotokoll, die wir mit Genehmigung der Patientin

veröffentlichen.<sup>1</sup> (Dies gilt im übrigen selbstverständlich auch für die im Text zitierten Aussagen.) Die Textstellen, die eine Aussage der Patientin darüber enthalten, was sie dachte oder tat, um mit den Anforderungen ihrer Krankheit oder der Knochenmarktransplantation selbst umzugehen, sind durch Unterstreichungen gekennzeichnet. Der Buchstabe T steht für Therapeut, P für Patientin.

Im folgenden berichtet die Patientin, welche Einstellung sie momentan gegenüber ihrer Krankheit hat und wie sich dieselbe Einstellung in ihrer Art mit der Krankheit umzugehen äußerte, nachdem sie das Isolierzelt verlassen durfte.

343 T: Hmhm+

344 P: Nichts Schwerwiegendes +so

345 T: Hmhm+

346 P: Gell= (schnieft) ---- (Türengeräusche, Stimmen im Hintergrund)

347 T: Spielt denn so die Knochenmarkstransplantation für Sie oder auch die Krankheit? im Augenblick noch irgendeine Rolle in Ihrem Leben? - so in den Gedanken oder Gefühlen oder= Phantasie=

348 P: Ja, (zögernd, bestätigend) - weiß zwar nicht wie ich sagen soll, ich tu das nicht= extra überbewerten oder über-;

349 T: Ja,

350 P: Wirklich nicht, - oder jetzt sagen= jetzt hast du das gehabt jetzt darfst du das nicht mehr machen und das nicht mehr machen und so im Gegenteil, wo ich noch da im Krankenhaus war bin ich= viel= alleine gelaufen und ohne // weiß Gott was nur mit dem Mundschutz mit allem wenn sie mich mal auch schon= komisch angeschaut haben (lacht etwas) und so, gell= einmal bin ich ein Geschäft hinein dann hat die Verkäuferin gesagt 'was haben denn Sie angestellt' und hat da irgendwie Angst gehabt und dann hab ich gesagt 'das ist bloß ein Schutz für mich' hm= und und ja das hat sie noch nie gesehen dann hab ich gesagt 'dann sind Sie froh', (lacht) oder so da hab ich das da hab ich das irgendwie, wirklich ich war nicht ängstlich oder so, +gell ich;

351 T: Ja+

---

<sup>1</sup>"Zum Schutz personenbezogener Daten ist der vollständige Abdruck der Quellen nicht möglich. Soweit es das wissenschaftliche Interesse erfordert, ist jedoch eine Einsichtnahme an der Abteilung Psychotherapie der Uni Ulm, Am Hochsträß 8, 7900 Ulm möglich."

- 352 P: Da haben sie oftmals gesagt 'was Sie schon sich zumuten' und so das haben andere Patienten gar nicht gemacht und so, gell= wirklich, und auch jetzt= ich denk nicht ja, jetzt darfst das nicht mehr machen und +jenes
- 353 T: Hmhm+
- 354 P: Nicht mehr machen- klar macht dir eines mehr Spaß und das andere nicht so, gell=
- 355 T: Ja=
- 356 P: Aber, - (Stimmen im Hintergrund) wirklich ich tu das nicht jetzt da so überbewerten, gell,
- 357 T: Hmhm gibt's denn Dinge die Sie nicht mehr= machen können? oder dürfen?

Aus dem nun folgenden Teil des Interviewtextes geht hervor, wie Frau Br versucht hat, ihre Angst vor der KMT unter Kontrolle zu halten und was sie während der Isolierungszeit tat, um eine allzu starke (und für sie bedrohliche) Regression zu verhindern. Außerdem beschreibt sie, auf welche Weise sie es vermied, Angst vor möglichen Komplikationen oder einem negativen Behandlungsergebnis zu empfinden.

- 629 T: Hm+
- 630 P: Gell= ----
- 631 T: Gibt's denn jetzt wenn Sie zurückschauen über die Zeit, die Sie in hier stationär waren Haus drei eins= gäb's irgendwas was Sie= denken könnte man anders machen? sollt man sollt man anders machen wär für Sie besser gewesen? -
- 632 P: Hmhm- - ich find so viel= grad= zum= anders machen gibt's ja in dem Fall gar nicht, gell?
- 633 T: Hmhm
- 634 P: Grad= äh= - wie gesagt da= im Zelt hinten mit dem= Gigasept und so das hat mich das hat mich wahnsinnig gestört und so gell? aber, :das das hat einfach sein müssen von der Hygiene her und von allem oder=
- 635 T: Ja=
- 636 P: Und= "mei" mit dem Essen da hab ich schon auch manchmal gedacht da hätt man sich schon noch irgendwie ein bißchen was einfallen lassen können das war manchmal schon irgendwie= (atmet tief ein) eintönig so gell=
- 637 T: Hmhm - also das wär ein Punkt. -

- 638 P: Und sonst, "mei" die Schwestern die waren ja alle so nett wirklich= und auch die Ärzte alles, also da= wüßt ich wirklich nicht was man besser machen könnt+ gell-
- 639 T: Hmhm+ was würden Sie denn jemand= raten. Der wenn jetzt jemand zu Ihnen Ihnen käm und, äh hätte das noch vor sich eine Knochenmarkstransplantation was= wäre Ihnen; was möchten Sie dem mitteilen oder würden Sie dem mitteilen, aus Ihrer Erfahrung raus, -
- 640 P: Ja, also= ich find= wenn man's grad also wenn man= wenn man weiß man hat das jetzt so vor sich und so? und= ich würd da= wirklich niemand abraten ich würd sagen da mußt du das= das hilft dir und wie ich's selber auch gemacht hab du mußt da durchgehen und, - also, ich find-jederzeit das= das kann auch jeder durchstehen so das ist nicht= daß jetzt da weiß Gott was auf einem zukommt und, und äh= also ich bin da wirklich unbefangen hineingegangen und hab hab zu mir gesagt 'das ist das was dir hilft? eine andere Möglichkeit gibt's nicht du mußt das durchstehen und fertig' und das "tät" ich= zum anderen Patient= wahrscheinlich genauso= raten,
- 641 T: Hmhm
- 642 P: Gell? -- und ich- bin auch wirklich da nie irgendwie hysterisch geworden oder hab gedacht 'jetzt fällt dir alles auf den Kopf' oder irgendwie weil= im Prinzip ist das ja ein kleiner Raum wo man da nachher lebt da +drinnen
- 643 T: Ja+
- 644 P: Und so= und ich hab= mir auch immer vorgenommen daß ich mich nicht gehen lasse da drin, ich bin in der Früh- so ziemlich regelmäßig, hab ich mich= gleich also, gewaschen und alles= s Zelt mal wieder richtig gemacht und= äh und, also so gut's gegangen ist hab ich mich da= wirklich nicht gehenlassen und hab gedacht, 'ich darf jetzt nicht da irgendwie's Zeitgefühl verlieren'=
- 645 T: +Hmhm
- 646 P: Weil+ :das später, muß es ja mal wieder= alles normal werden +und so
- 647 T: Ja+
- 648 P: Gell= (schnieft) -- ich hab also ziemlich in der Früh gefrühstückt wie's normal war und Mittagessen zur Zeit= wenn ich nachher hintennach gesehen hab wo ich da schon wieder herausen war da waren dann so Junge dort, die haben- manchmal erst nachmittags um drei gefrühstückt und vielleicht "z'nacht um zehne" mittag gegessen und so=

das hab ich gleich von Anfang an= gar nicht so einreißen lassen gell,

649 T: Hmhm Sie waren da also sehr !genau auch mit sich selber, +nicht?

650 P: Ja,+

651 T: Sich da dran zu halten,

652 P: Hmhm ---

653 T: Und das ging Sie sagen es Sie haben's ganz gut überstanden es ging= hat es in irgendeiner Weise ne Rolle gespielt für Sie daß es ja auch wenn es nicht anwächst= schlecht ausgehen kann mit der Transplantation?

654 P: Da hab ich mich eigentlich mich gar nie äh nervös gemacht oder so=

655 T: Hmhm

656 P: Ich weiß bloß noch wo ich also's Knochenmark übertragen hab? daß das schon bißchen ein komisches Gefühl war so gell=

657 T: Hmhm

658 P: Daß du jetzt gedacht hast 'ja jetzt kriegst das Knochenmark von der= Schwester' und so= aber ich hab mich dann da irgendwie abgelenkt und hab das dann wirklich ganz gut=

659 T: Hm

660 P: Überstanden, ---

661 T: Und so die Folgen die eine Folge ist wir haben vorhin drüber gesprochen daß Sie sich nicht so, gut dran erinnern :was es ist ja lange her auch= was da so ge- eine Folge ist sind ja so= Schäden an den Augen, nicht? die auftreten können? wie ist es bei Ihnen?

662 P: äh= Augen also eine Weile lang hab ich auch gedacht gehabt daß ich jetzt dann eine Brille brauch oder irgendwie so da war die Sehkraft= weniger= gut und ich war auch in der Augenklinik +vorher

663 T: Hm+

664 P: Mal und so? also aber das hat sich jetzt ich= möcht sagen altersbedingt,

665 T: Hmhm

666 P: Wieder= - wirklich= gelegt,

667 T: Hm

668 P: Dann mit den Nieren= Nierenschädigung und so= (atmet tief ein) aber das ist auch alles toi toi toi wieder +gut.

669 T: Hmhm+

670 P: Leberwerte hab ich mal ganz schlechte gehabt= aber jetzt muß ich ja :das Zyklosporin schon seit Mai nicht mehr nehmen letzt-;

671 T: +Ja

672 P: Und+ äh, das bewirkt das scheint's halt auch=

673 T: +Hmhm

674 P: Gell+ daß die Nieren dann= in Mitleidenschaft gezogen werden, aber sonst so im großen ganzen was ich noch hab= äh= (schnieft) meine, grad der rechte Arm vom Ellenbogen weg bis vor schläft er mir immer ein,

Zum Vergleich nun die zweite Fallstudie:

Herr Fr war etwa 17 Jahre alt, als seine Krankheit zum Ausbruch kam. Sie äußerte sich zunächst in Nacken- und Kreuzschmerzen, die aber zwischenzeitlich wieder verschwanden, so daß der Patient erst nach etwa vier Wochen den Arzt aufsuchte. Eine Woche später stellten Fachärzte die Diagnose. Nach drei Chemotherapien wurde der Patient vorbehandelt und anschließend transplantiert. Seine Schwester eignete sich als Spenderin. Zur Zeit des Interviews lag der Entlassungstermin etwa ein halbes Jahr zurück.

Als am schlimmsten empfand der Patient die Ganzkörperbestrahlung. Zusätzlich zu der üblicherweise dabei auftretenden Übelkeit litt er unter starken Kopfschmerzen, die nach einer Lumbalpunktion begonnen hatten. Im Zusammenhang mit der Konditionierung berichtet er, daß er nur dalag und hoffte einzuschlafen.

Vor der KMT selbst hatte der Patient ziemlich große Angst. Er wußte, daß dieser Teil der Behandlung "subjektiv" am schlimmsten sein würde. Während der Isolierung gab es dann auch Komplikationen, da die Granulozytenzahl nur langsam anstieg, daher blieb der Patient länger als geplant im Zelt. Als besonders unangenehm empfand er die Punktionen, die oft sehr schmerzhaft für ihn waren. Teilweise hatte er Schwierigkeiten, bestimmte pulverisierte Medikamente zu nehmen; auch das viele Trinken fiel ihm schwer. Diese Probleme löste er auf sehr pragmatische Weise, nämlich indem er sich einen Plan machte (z. B. jede volle Stunde ein Glas Wasser zu trinken). Ansonsten versuchte er, sich abzulenken und sich selbst zu beruhigen.

Während der Zeit im Zelt war ständig ein Elternteil von ihm anwesend. Dies erlebte der Patient - wie er sagt - als sehr hilfreich, zumal vorher ausgemacht worden war, daß er sich "völlig egoistisch"

verhalten und z. B. sagen solle, wenn ihm die Anwesenheit seiner Eltern zuviel würde.

Der Patient beschreibt in dem Interview immer wieder sehr plastisch, wie er sich verhalten hat, um mit der Krankheit und der Transplantation zurechtzukommen. Einige dieser Strategien wurden bereits genannt: Ablenkung (Lesen, Musikhören, Reden), Selbstberuhigung, soziale Unterstützung. Besonders interessant sind aber die "übergreifenden Techniken", die er einsetzte und die er auch sehr anschaulich und differenziert beschreibt. Es wurde bereits erwähnt, daß er sich als jemand charakterisiert, der sehr früh lernte, den Intellekt zu betonen und sich von seinem Verstand leiten zu lassen. Hiermit hängt seiner Meinung nach auch seine Fähigkeit zusammen, immer wieder auf Distanz zu sich selbst zu gehen und sich zu beobachten. Und diese Fähigkeit, so meint der Patient, habe ihm während der Isolierungszeit am meisten geholfen. "... ich hab halt gleich von Anfang - von Anfang an versucht, mich der Krankheit gegenüber auf - einfach auf einen sachlichen Standpunkt zu stellen und also mich nicht in Emotionen irgendwelcher Art zu verlieren." Auf diese Weise sei es ihm gelungen, seine Angst bis auf drei oder vier "Ausfälle" völlig zu unterdrücken. Allerdings sei es wichtig, überhaupt keine Gefühle zuzulassen, also auch keine positiven. Die einzigen Emotionen, die man zulassen könne, seien Trotz und Aggression. Aus diesem Grund habe er während der Isolierungszeit auch nur aggressive Musik gehört, um sich die Wut und den Trotz zu erhalten.

Eine weitere wichtige Strategie wird von dem Patienten zwar weniger explizit formuliert, aber sie ergibt sich deutlich aus seinen Äußerungen und aus dem Zusammenhang. Aufgrund seiner Erziehung war ihm Leistung von Kindheit an sehr wichtig. Der Patient beschreibt, daß er immer ein ziemlich guter Schüler gewesen sei und es ihm wichtig war, intellektuell und von seinem Wissen her nicht hinter anderen zurückzustehen: "... ich hab weniger dafür geackert ..., um vor andern der Beste zu sein oder so, sondern hauptsächlich halt, weil ... es hat sich schlecht mit meiner Selbstachtung ... vertragen, daß ich ... z. B. über ... Sachen, die andere wußten, daß ich darüber nicht so viel wußte ... ." Interessant ist nun, daß der Patient im Zusammenhang mit seiner Krankheit genau die entgegengesetzte Strategie einsetzte; zunächst klingt es wie Zufall: "... das war überhaupt so, daß das ganze Wissen um die eigentliche Form der Krankheit die Gefährlichkeit, daß das ... immer im Grunde erst hinter dem jeweiligen Behandlungsabschnitt kam." Etwas später wird deutlich, daß der Patient offensichtlich bewußt darauf verzichtet hat,

sich genauer zu informieren. Anders als sonst konnte er es ertragen, daß sein Informationsstand über die Krankheit und die KMT defizitär war, weil er wußte, daß er sich auf diese Weise besser schützen konnte. "... ich hab mich offensichtlich mit dem zufriedengegeben, was ich wußte ..." "Und so, ... daß ich im Grunde viel zu wenig immer wußte, um die Gefahr, in der ich mich befinde, wirklich ein Bild machen zu können, das ist also, das ist das erste Mal, daß ich sowas als sehr positiv empfinde, normalerweise also ärgere ich mich über Unkenntnisse, weil da - da hat's wirklich sehr viel genützt, weil, dann ist es natürlich wesentlich einfacher, den Optimismus aufrechtzuerhalten." Daß er tatsächlich auch ganz bewußt auf allzu detailliertes Wissen über seine Krankheit und den Eingriff verzichtete, wird deutlich, als der Patient eine kleine Episode beschreibt: bei einem seiner Krankenhausaufenthalte während der Abklärungsphase drückte ihm ein Krankenpfleger ein medizinisches Wörterbuch in die Hand, damit er sich über den Begriff "Leukämie" informieren konnte. "... um Gottes willen, und ... da las ich halt: irgendwas Leukämie und da war dann noch 'ne Leukämie und noch eine und so und ich las da so einen Haufen lateinischer Ausdrücke, dann stand irgendwo: keine Therapie möglich, Ausgang stets tödlich. Ja, und also spätestens da war mir klar, daß ich nicht weiterlesen würde ..." Hier ist wirklich die Flexibilität faszinierend, die es dem Patienten ermöglicht, fest verankerte und gewohnte Verhaltensweisen und Motive fallenzulassen und genau das Gegenteil zu tun, um mit einer Streßsituation fertigzuwerden.

Ähnlich wie bei der zuerst beschriebenen Patientin berichtet dieser Patient allerdings auch, daß die während der Krisenzeit unterdrückten emotionalen Reaktionen umso heftiger nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einsetzten: es traten Alpträume auf, und er berichtet, daß er etwa zwei Wochen lang völlig apathisch gewesen sei und daß die kleinsten Erinnerungen an die Zeit im Zelt oder im Krankenhaus allgemein (z. B. der Geruch von bestimmten Reinigungsmitteln) emotionales Unbehagen und Übelkeit bei ihm hervorrufen.

Aus diesen Schilderungen wird deutlich, daß die bisher genannten Copingstrategien zwar während der Zeit des Krankenhausaufenthaltes sehr hilfreich für den Patienten waren, sie schienen jedoch nicht zu genügen, um auch die längerfristigen Traumatisierungen zu bewältigen. Eine ähnliche Beobachtung hatten wir auch bei der ersten Patientin gemacht.

Trotzdem gibt es noch eine Selbstbeobachtung des Patienten, die sehr eindrucksvoll ist: er erzählt, daß er, kurz bevor die Krankheit

zum Ausbruch kam (etwa, als er 16 1/2 Jahre alt war), allmählich anfang, sich zu verändern. Er bezeichnet es selbst als eine Phase, in der er andere Prioritäten setzte als früher, d. h. vor allem, er akzeptierte, daß Gefühle ebenso wichtig sind wie intellektuelle Fähigkeiten. Diese Veränderung seiner Wertmaßstäbe wurde dann ganz stark durch das Erlebnis der KMT intensiviert. Der Patient bezeichnet die Krankheit als eine Art Zäsur, durch die sich sehr viel geändert hat, "vor allem, was halt so Wertmaßstäbe und Prioritäten setzen und sowas angeht."

Weiter sagt er: "Und ... das Interessanteste war an sich, ich hatte so das Gefühl, auch während der Krankheit, daß ... die Intensität von Emotionen, daß die stärker wurde ... ." Der Patient bezeichnet die Wirkung der Krankheit als eine Art "Treibhauseffekt". Er beobachtete an sich selbst, daß seine Vorstellungskraft zunahm: durch die Erfahrung von Schmerzen und Leiden könne er sich heute besser vorstellen, was es z. B. bedeutet, gefoltert zu werden oder welches Ausmaß an Leidensfähigkeit überhaupt möglich sei. Auch die Intensität der Emotionen habe zugenommen, sagt er. "Ja, ... man könnte es sozusagen als 'ne verstärkte Wahrnehmung vielleicht bezeichnen ..." "Und also so ungefähr das Gefühl, wie wenn man 'ne zu schwache Brille hatte und dann 'ne richtige Brille aufgesetzt kriegt."

Zusammenfassend scheinen folgende Strategien für den Patienten charakteristisch zu sein: Bei der Entscheidung zur KMT zog er zwar ärztliche Informationen heran, aber ansonsten vermied er es, und zwar entgegen seiner sonstigen Gewohnheit, sich gründlich über die Krankheit und den Eingriff zu informieren. Dieses Informationsdefizit ermöglichte es ihm, seinen Optimismus aufrechtzuerhalten. Im nachhinein erscheint ihm sein Verhalten selbst unverständlich und beinahe erschreckend, aber er ist sich bewußt, daß er diese Flexibilität brauchte, um die Bedrohung der KMT auszuhalten.

In anderer Hinsicht blieb der Patient sich treu: Gerade während der Transplantation bzw. im Umgang mit der Krankheit insgesamt half ihm seine Fähigkeit, sich von sich selbst zu distanzieren und alle Gefühle zu unterdrücken, gleichgültig, ob es sich um positive oder um negative Emotionen handelte. Sie hochkommen zu lassen, wäre - so drückt der Patient sich aus - tödlich gewesen. Nur den Trotz und die Aggression galt es zu erhalten. Obwohl der Patient seine Krankheit als einen Umbruch erlebte, durch den er empfindsamer wurde und lernte, seine Gefühle wahrzunehmen und auszuhalten, schaffte er es, vorübergehend auf diese neue Fähigkeit ganz bewußt zu verzichten.

Natürlich muß bei diesen Aussagen berücksichtigt werden, daß sie auf der subjektiven Schilderung des Patienten beruhen und deshalb u. a. die Tendenz beinhalten, sich bei weiter zurückliegenden Ereignissen eher an Positives zu erinnern und eigene Handlungen und Entscheidungen im nachhinein "stimmig" zu machen. Aber selbst wenn man nur auf der Interviewebene bleibt und keine weiteren Informationen über den Patienten berücksichtigt, so wird auch aus einigen Äußerungen, die der Patient fast nebenher macht, deutlich, daß er die Zeit des stationären Aufenthaltes wohl doch etwas weniger gut überstanden hat, als er der Interviewerin zu vermitteln versucht. Beispiele für solche Äußerungen wurden bereits genannt (seine Alptraumphase und seine Apathie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, sein Ekel vor Reinigungsmitteln, die ihn an seinen Aufenthalt auf der Station erinnern). Außerdem berichtet er, daß er anfangs zusammengezuckt sei, als er ein Flugzeug hörte, weil dies ihn ebenfalls an ein Erlebnis im Krankenhaus erinnerte.

Auch seine Angst vor Regression und vor "weicheren" Gefühlen deutet darauf hin, daß er manches ausblenden mußte, um die Bedrohung der KMT zu bewältigen.

### **Schlußbemerkungen**

Abschließend möchten wir noch einmal unterstreichen, daß die Untersuchung somato-psychischer Wechselwirkungen bei schweren körperlichen Erkrankungen die Kombination von einem am Einzelfall orientierten Vorgehen und einem Verfahren, das die Erfassung Individuum-übergreifender Verarbeitungsweisen ermöglicht, verlangt. Dabei soll die Knochenmarktransplantation als ein Modell dienen, an dem wir nicht nur Besonderheiten herausstreichen wollen, die gerade für die Auseinandersetzung mit dieser Behandlung typisch sind. Indem wir uns dem Prozeß der psychosozialen Verarbeitung dieses eingreifenden Therapieverfahrens zuwenden, tauchen nämlich neben methodischen Fragen auch theoretische Überlegungen auf: inwieweit sind die bisherigen Modellvorstellungen ausreichend, um eine Antwort darauf zu finden, wie für Patienten das Leben danach, also nach dem Überleben weitergeht?

Die ausgewählten beiden Patienten zeigen, wie schwer es sein wird, die theoretisch bereitgestellten Konzepte des Bewältigungsverhaltens, der Abwehr und des social support bei der Fallbeschreibung klar

voneinander zu trennen oder umgekehrt zu zeigen, wie die Überlappungen aussehen.

Deutlich wird dabei, daß das Vorgehen des Hämatologen auf der Basis einer über vielen Jahre entwickelten Grundlagenforschung erfolgt, die als experimentelle Therapie zur Anwendung kommt. Die Erforschung der psychosomatisch-somatopsychischen Wechselwirkungen befindet sich vergleichsweise noch in den Anfängen. In diesem Feld ist die sorgfältige Untersuchung von Einzelfällen von großer hypothesen-generierender Bedeutung.

Um eine Kooperation von naturwissenschaftlicher und psychosomatischer Medizin zu fördern, ist eine konfrontierende Gegenüberstellung von somatischer und psychologischer Medizin wenig hilfreich. Eine integrative Vorstellung von Psychosomatik, in der sowohl der Internist wie der Psychotherapeut seinen Platz findet, ist nicht nur in der Behandlung der Patienten, sondern auch in der Forschung erstrebenswert. Nur stellt sich gleich die Frage nach dem Wie.

Um hier eine Antwort zu finden, wäre eine ausführlichere Auseinandersetzung mit methodologischen Problemen sinnvoll. Gerade auf diesem komplizierten Feld kann der Kampf um eine fruchtbare Kooperation schnell verlorengehen. Rasch stellt sich heraus, wie die Position der biologisch und der psychologisch fundierten Forschung zu verschieden sind. Gerade die "Psychiker", um salopp die Position der Psychofächer zu benennen, verkennen leicht, daß in diesem Felde zunächst sie von den "Somatikern" zu lernen haben, denn Medizin als Tätigkeit ist ja keineswegs auf die "somatische Betrachtungsweise" einzuschränken; gewiss ist die biologisch-medizinische Methodik in der Forschung nur eine, wenn auch wesentliche Seite der Sache, die solche Behandlungsformen überhaupt erst ermöglichten. Angesichts der Komplexität des medizinisch-naturwissenschaftlichen Vorgehens in solchen Behandlungsformen kann die psychologische Forschung über weite Strecken erst einmal nur zur "Folgenabschätzung" und "Bewältigung" beitragen. Eine bisherige Einschätzung der Zusammenarbeit unserer Forschungsgruppe macht jedenfalls deutlich, dass ein klinisch tätiger Hämatologe in und durch die Arbeit mit dem Patienten ein sehr differenziertes psychologisches Wissen erwirbt, was aber in weiten Bereichen nicht verbal ausformuliert wird (Polany's tacit knowledge), das durch psychologisch-psychosomatische Untersuchungsansätze expliziert werden kann.

Unsere Untersuchung begann mit dem "Brief an die Großmutter" - einem sozialwissenschaftlichen Verfahren zur Verbalisierung hintergründiger Erfahrungsinhalte, zur Notierung von Erzählungen der unmittelbar betroffenen Hämatologin. Die Durchführung retrospektiver, und demnächst prospektiver Interviews durch eine (n) psychodynamisch geschulte(n) Interviewer(-in) muß sich erst daran bewähren, ob es dieser/m gelingt, in einer Stunde eine relevante Skizze jenes Wissens vom Patienten zu erwerben, über welche der (die) Hämatologe(in) durch die intensive Zusammenarbeit mit dem Patienten verfügt. Aufgrund seiner speziellen Aufgabenstellung scheint dieses ärztliche aus dem Umgang her bestimmte Wissen zugleich aber auch nicht präsent sein zu dürfen. Deshalb halten wir die Durchdringung des schweigenden Wissens der behandelnden Hämatologen für ein wesentliches Ziel unserer Untersuchung.

Damit möchten wir auf die vorläufigen Ergebnisse der retrospektiven Untersuchung zurückkommen. Es sind hier zwei Wege zu beschreiten, die in die gleiche Richtung führen. Wir werden als Ergebnis der Retrospektive auf der einen Seite herausfinden, wie die Gruppe der überlebenden Patienten insgesamt mit den Chancen und den Folgen der Krankheit und der Behandlung in ihrer von dem Rückblick geprägten Erfahrung umgeht. Wir werden erfahren, auf welche Bewältigungsformen, welche Formen der sozialen Unterstützung die Patienten zurückgreifen, und wie die Krankheit unbewußte Konflikte tangiert, sie aktualisiert und wie Patienten sich gegen auftauchende irrationale Ängste zur Wehr setzen.

Gerade an diesem Punkt könnte sich ein Gegensatz zwischen somatischen und psychologischen Ansätzen herausstellen, nämlich dann, wenn wir bekennen müßten, daß, gemessen an dem Wissensniveau der somatischen Forschung, der Anspruch der psychologischen Forschung bescheidener sein muß. Von daher sind die Möglichkeiten, Aussagen über die Gesetzmäßigkeiten der somatischen Vorgänge bei der Knochenmarktransplantation zu machen, unvergleichlich weiter entwickelt, als die derzeitigen Möglichkeiten, die psychologischen Gesetzmäßigkeiten bei der Auseinandersetzung mit diesem Behandlungsverfahren zu erfassen. Das genaue Studium von Einzelverläufen, bei denen extreme Bedingungen besser sichtbar gemacht werden können, ist deshalb legitim und zugleich unverzichtbar. In diesem Sinne sind die beiden Fallbeschreibungen keinesfalls nur Zeichen einer gewissen Vorläufigkeit der bisherigen Projektarbeit. Dies trifft für die Art der Darstellung zu, die angestrebte Zielsetzung wäre eine methodisch differenzierte Beschreibung

von klinisch zu ermittelnden problematischen wie unproblematischen Einzelverläufen. Diese Zielsetzung ließ sich in der vorgelegten Analyse der Bewältigungsstrategien beider Patienten bereits verwirklichen. Anzustreben sind ähnliche Analysen für Abwehr und social support. Erst dann wäre der im Kapitel (1) vertretene Anspruch an eine integrative Sicht von Bewältigung und Abwehr eingelöst.

