

**Die Veränderung des Selbst-Erlebens und  
die Bedeutung psychologischer Unterstützung  
chronisch Kranker**

**Eine sozialpsychologische Untersuchung**

Darlegung von Untersuchungsergebnissen am Beispiel von  
Dialysepatienten und Dialysepatientinnen unter  
Berücksichtigung der Therapieverfahren Hämodialyse (HD) und  
Peritonealdialyse (PD)

Von der Philosophischen Fakultät  
der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover  
zur Erlangung des Grades einer  
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)  
genehmigte  
Dissertation

von Christina Sokol

2017

Referentin Prof. Dr. Angela Moré, Gottfried Wilhelm Leibniz Universität  
Hannover, Institut für Soziologie, Fach Sozialpsychologie.

Korreferent: Priv.-Doz. Dr. phil. Oliver Decker, Universität Leipzig, Abteilung für  
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Tag der mündlichen Prüfung: 06. März 2017

## **Hinweis**

In den folgenden Texten dieser Dissertation findet aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und der besseren Lesbarkeit lediglich die männliche Form Verwendung. Die Ausführungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen.

## Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei vielen Personen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit sehr unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt vor allem den betroffenen Menschen, die sich Zeit genommen haben, mir aus ihrem Leben zu berichten.

Bei Herrn Prof. Dr. phil. Wacker möchte ich mich für die Inspiration zu der Promotion bedanken. Frau Prof. Dr. phil. Angela More unterstützte mich als „Doktormutter“. Die zahlreichen inspirierenden Gespräche werden mir immer als bereichernder und konstruktiver Austausch in Erinnerung bleiben. Herrn PD. Dr. phil. Oliver Decker danke ich sehr für die hilfsbereite und wissenschaftliche Betreuung als Zweitgutachter.

Meinem Kollegen Dr. phil. Uwe Hoppenworth danke ich für seine vielfältigen Anregungen und konstruktiven Diskussionen. Ich danke vielen inspirierenden Medizern aus meinen Arbeitsbereichen, hier besonders Herrn Dr. med. Felix Wullstein-Winkler und Dr. med Christoph Uleer, die meine Aufmerksamkeit durch einen konstruktiven Austausch über psychologische Themen aus ärztlicher Sicht immer wieder geschärft haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt Frau Dr. med. Dipl.-Theol. Ricarda Elgeti, die mir durch ihr umfassendes psychoanalytisches Verständnis und über die Bedeutung neurobiologischer Zusammenhänge ein tieferes Verständnis zum Thema ermöglichte. Durch viele Gespräche und Interaktionen hat sie mich sehr gestärkt und meine Wahrnehmung für zwischenmenschliche Begegnungen faszinierend sensibilisiert.

Auch die vielen Gespräche über menschliche Entwicklung, Selbst- und Objektbeziehungen mit Kurt Brylla und Prof. Dr. phil. Eva Busch des Winnicott Instituts Hannover, haben diese Arbeit sehr bereichert.

Meiner Kollegin Elisabeth Pienisch danke ich für die gemeinsame psychoonkologische Arbeit und den erkenntnisreichen Austausch darüber.

Frau Gabriele Röthlinger, Felicitas Plinke und Leena Wilke erlebte ich für das sorgfältige Korrekturlesen als unverzichtbar.

## Zusammenfassung

Die Konfrontation und Auseinandersetzung mit einer körperlichen, chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankung zählen zu den tiefgreifendsten Erfahrungen im Leben eines Menschen. Sie beeinflussen die betroffenen Menschen in ihren Lebensbezügen und in ihrem Selbst- und Körperelbsterleben. Die Regulation eigener Bedürfnisse in der Auseinandersetzung mit der Krankheit und den Behandlungen fordert vom Betroffenen eine hohe Anpassungsleistung. Die bewussten und unbewussten psychisch-emotionalen und psychosozialen Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen gestalten sich zur Selbststabilisierung vielfältig. Die oft langjährige und intensive Beziehung zum Fachpersonal hat für die Krankheitsbewältigung eine besondere Bedeutung. Frühe Beziehungsmuster und Erwartungen werden reaktiviert und unbewusst auf das Fachpersonal übertragen. Erkenntnisse über solche psychodynamischen Hintergründe von Krankheitsverarbeitung gehören zu den Voraussetzungen professionellem Handelns. Die Unterstützung einer aktiven Rolle des Patienten in der Auseinandersetzung mit der Krankheit und Behandlung durch das Fachpersonal, wird als bedeutsam für die Regulation des Selbst- Körper- und Beziehungserleben gesehen.

Im Mittelpunkt der durchgeführten Untersuchung mit der Repertory-Grid-Technik stand das Selbst- und Beziehungserleben von 87 Dialysepatienten unter Berücksichtigung der Hämodialyseverfahren und der Peritonealdialyse.

**Ergebnis:** Die Übernahme einer aktiven Rolle im Dialysegeschehen hat einen positiven Effekt auf das Selbsterleben, auf das Autonomie- und Abhängigkeitserleben, auf das Selbstwertgefühl, sowie auf die gesundheitsfördernde Gestaltung von Beziehungen und den Umgang mit Einschränkungen.

**Schlüsselwörter:** Körperlich chronische Krankheit, Nephrologie, Hämodialyse, Peritonealdialyse, Psychoonkologie, Multiple Sklerose, Krankheitsbewältigung, Abwehr, Beziehung Patient-Fachpersonal, Repertory-Grid.

## **Abstract**

Confronting and dealing with a physical, chronic and life-threatening condition is one of the most profound experiences in a person's life, which influences affected people in their life-relations and in their self- and body experience. The regulation of personal needs in respect with the illness and treatment demands ask for a high degree of adaptation of the affected persons. The conscious and unconscious psycho-emotional and psychosocial coping possibilities for coping and self-stabilization are manifold. The often long-standing and intensive relationship with the professional staff is particularly important for the management of the disease. Early patterns of relationship and expectations are reactivated and transferred to the specialist staff unconsciously. Knowledge about such psychodynamic background of disease processing is one of the prerequisites for professional action. Support of an active role of the patient in the examination of the illness and treatment by the specialist, is seen as important for the regulation of the self-body and relationship experience.

The focus of the repertory grid based study was the self- and relationship experience of 87 dialysis patients, considering the hemodialysis method and peritoneal dialysis.

**Result:** Taking an active role in the dialysis process has a positive effect on self-experience, on autonomy and dependency experience, on self-esteem, as well as on the health-promoting formation of relationships and dealing with restrictions.

**Keywords:** physical chronic disease, nephrology, hemodialysis, peritoneal dialysis, psycho-oncology, multiple sclerosis, disease management, resistance, patient – specialists relationship, repertory grid.

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
Hinweis	3
Danksagung	4
Zusammenfassung	5
Abstract	6
Inhaltsverzeichnis	7
1 Die in die kumulative Arbeit integrierten Veröffentlichungen	12
1.1 Zusätzlich veröffentlichte themenspezifische Beiträge, die für das kumulative Dissertationsverfahren nicht berücksichtigt wurden:	12
1.2 Einführender Überblick über die eingereichten Beiträge der kumulativen Dissertation	13
2 „Generalisierungsfähige Aspekte“ zum Selbsterleben des Patienten mit einer chronisch körperlichen Erkrankung	19
2.1 Präzisierung des Begriffes „Selbst“: Frühe Entwicklung des Selbstbegriffes	21
2.2 Der Selbstbegriff in der Psychoanalyse	22
2.3 Der Selbstbegriff in der Objektbeziehung	26
2.4 Der Selbstbegriff in der Selbstpsychologie	29
2.5 Grundlegende Phänomene des Selbsterlebens	32
2.5.1 Das primäre basale, präreflexive oder leibliche Ich-Selbst-Erleben	32
2.5.2 Das bewusstere reflexive Selbst-Erleben	33
2.6 Die „Sache der Medizin“: Der Körper als Objekt	34
2.7 Der Körper als integrierter Bestandteil des Selbst - ein Kontaktorgan zur inneren und äußeren Welt	36
2.8 Frühe körperliche Erfahrungen	38
2.9 Haut und Körpererleben	40
2.10 Körperwahrnehmung in der Autonomieentwicklung	42
2.11 Körper-Bilder	43
3 Balance zwischen Anpassung und Abwehr	45
4 Das medizinische Fachpersonal in der Beziehung zum Patienten	46

5	Selbsterleben des Dialysepatienten Veröffentlichung [1]: Arbeiten mit Dialysepatienten	50
5.1	Terminale Niereninsuffizienz	54
5.1.1	Physische Symptome	54
5.1.2	Dialysebehandlung der terminalen Niereninsuffizienz	55
5.1.3	Hämodialyse (HD)	56
5.1.4	Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse - PD)	58
5.1.5	Beteiligung des Patienten an der Wahl des Dialyseverfahrens	59
5.2	Hämodialyse und Peritonealdialyse im Vergleich (Medizin/Struktur)	60
5.2.1	Stand der aktuellen Forschung: Stressoren und psychische Reaktionen von Dialysepatienten	61
5.3	Psychisches Belastungsreaktionen und psychosoziale Folgen durch eine körperliche chronische Krankheit	61
6	Körper- und Selbsterleben des Dialysepatienten	64
6.1	Peritonealdialyse: Eine Behandlung im Inneren	65
6.2	Hämodialyse: Eine Behandlung im Äußeren	66
6.3	Umgang mit den Einschränkungen der Grundbedürfnisse Essen und Trinken	68
6.3.1	Essen und Trinken als selbstschädigendes Verhalten	70
7	Selbst-Entwicklung zwischen Bindung und Autonomie Veröffentlichung [2]: Selbstwert- und Abhängigkeitserleben von Dialysepatienten	73
7.1	Suche nach Gleichgewicht – zwischen Autonomie und Abhängigkeit	80
7.2	Abhängigkeit versus Autonomie (Individuations-Abhängigkeitskonflikt)	82
7.2.1	Der passive Modus	83
7.2.2	Der aktive Modus	83
7.3	Umgang mit dem Abhängigkeits-Autonomie-Erleben im Kontakt zum Fachpersonal	84
8	Veröffentlichung [3]: Das interne Regulationssystem zur Selbst-Erhaltung	86
8.1	Multiple Sklerose – Eine Autoimmunerkrankung	93
8.2	Erleben der Multiplen Sklerose	93
9	Adaption an chronisch körperliche Krankheiten und Behandlung	94
		8

9.1	Kognitive Copingprozesse	95
9.2	Das psychoanalytische Abwehrkonzept	97
10	Unterstützung der Selbstmotivation des Patienten	
	Veröffentlichung [4]: Vom Coping zum Coaching	102
10.1	Motivation des Patienten zur Selbststabilisierung	110
11	Die Bedeutung des motivationalen Systems des Selbst nach	
	Lichtenberg et al.	111
11.1	Bewusstsein: „Das erinnerte Selbsterleben“	112
11.2	Adhärenz: Patient als aktiver Partner	114
11.3	Fachpersonal als Patientencoach	116
11.3.1	Möglichkeiten durch edukative Gruppenangebote	117
12	Veröffentlichung [5]: Die Bedeutung der Interaktion mit dem	
	medizinischen Fachpersonal für das Selbsterleben des Patienten	118
12.1	Professionelle Qualitätsmerkmale in der Beziehung zum Patienten	126
12.2	Beziehungsdynamik in der Dialyse	127
12.2.1	Peritonealdialyse	128
12.3	Übertragung und Gegenübertragung zwischen Patient und	
	Fachpersonal	129
13	Veröffentlichung [6]: Psychoonkologischer Behandlungsbedarf bei	
	Krebspatienten in ambulanten Schwerpunktpraxen	131
13.1	Die Notwendigkeit psychoonkologischer Unterstützung zur	
	Stabilisierung des Selbsterlebens onkologischer Patienten	137
13.2	Psychoonkologie	137
13.3	Psychosoziale Versorgungswünsche der Patienten	138
13.3.1	Konsequenzen für die Praxis	139
14	Umsetzung des Forschungsvorhabens	140
14.1	Ziel der Untersuchung	140
15	Forschung: Selbst- und Körpererleben chronisch körperlich	
	kranker Menschen	140
16	Methodischer Ansatz - Die Psychologie der persönlichen	
	Konstrukte	141
16.1	Zur Entstehung der Persönlichkeit	141
16.2	Organisation von Systemen	142

16.3	Entwicklung und Veränderung des Systems	142
16.4	Funktionsweise sozialer Beziehungen	143
17	Wissenschaftstheoretische Basis	144
17.1	Kellys Theorie des Selbst	144
17.2	Die Repertory-Grid-Technik	146
17.3	Gütekriterien: Reliabilität und Validität	147
18	Durchführung der Untersuchung	148
18.1	Schritt 1 – Erhebung der Elemente und Gewinnung der Konstrukte	148
18.2	Schritt 3 – Teilstandardisierung (Kategorisierung) von Elementen und Konstrukten	150
18.2.2	Selbstelemente	151
18.2.3	Selbst-Ideal-Distanz und Therapieerfolg	152
18.2.4	Objektbeziehungen	152
19	Auswertung der Daten	156
19.1	Computer-Auswertung	156
19.2	Fragestellung und Hypothesen	157
19.3	Hypothesen	157
19.4	Beschreibung der Patientengruppen	159
19.5	Repertory-Grid-Auswertung	161
19.5.1	Scree-Plot	161
19.5.2	Die Bedeutung von Elementen und Konstrukten	163
19.5.3	Faktorenanalyse	163
19.5.4	Hauptkomponentenanalyse (PCA = Principal Components Analysis) - Biplot	173
19.6	Zusammenfassung der Ergebnisse	186
19.7	Datenanalyse mit dem Kruskal Wallis Test	191
20	Zusammenfassung der Ergebnisse	206
20.1	Fragestellung und Hypothesen	207
21	Diskussion	211
21.1	Möglichkeiten und Grenzen der Methode	211
21.2	Ausblick	211
22	Literatur	213
23	Anhang	228

23.1	Abbildung 3: Erhobene Elemente (insgesamt)	231
23.2	Abbildung 4: Erhobene Konstrukte (insgesamt)	232
23.3	Abbildung 5: Erhobene Elemente (Fragebogen)	233
23.4	Scree-Plots	234
1.1	Anzahl der extremen Bewertungen (Elemente und Konstrukte) der Gruppen HD-alle	236
1.2	Hauptkomponentenanalysen (PCA's) aller Patientengruppen	240

# 1 Die in die kumulative Arbeit integrierten Veröffentlichungen

[1]<sup>1</sup> Sokol C., Hoppenworth U, (2006): Arbeiten mit Dialysepatienten. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

[2] Sokol C. (2014): Selbstwert- und Abhängigkeitserleben von Dialysepatienten unter Berücksichtigung von Hämodialyse (HD) und Peritonealdialyse. *Dialyse aktuell*, 2014; 18 (9), S.488-494.<sup>2</sup>

[3] Sokol C., Hoppenworth U. (2006): Coping: Eine Balance zwischen Krankheitsbewältigung und Abwehr. In: Schmidt R.M., Hofmann F. *Multiple Sklerose*, 2006. 4. Auflage, Kapitel 22, Elsevier Verlag, München, S.371-379.

[4] Sokol C., Hoppenworth U. (2012): Vom Coping zum Coaching: Paradigmenwechsel in der Patientenbetreuung. In: Schmidt R.M., Hofmann F., *Multiple Sklerose*, 2012. 5. Auflage, Kapitel 23, Elsevier Verlag, München, S.375-383.

[5] Sokol C. (2014) Patient und Fachpersonal – Eine besondere Beziehung Reflexion der Beziehungsdynamik unter Berücksichtigung von Hämodialyse (HD) und Peritonealdialyse (PD). *Dialyse aktuell*, 2015, 19 (3),S.157-162.

[6] Sokol C. in: Hoppenworth U., Würdemann A. (2014): Psychoonkologischer Behandlungsbedarf in ambulanten onkologischen Facharztpraxen – Eine Erhebung mit dem Hornheider Fragebogen. *Onkologische Welt* 3/2014, S.120-124.

## 1.1 Zusätzlich veröffentlichte themenspezifische Beiträge, die für das kumulative Dissertationsverfahren nicht berücksichtigt wurden:

Sokol C., Hoppenworth U. (2015): Patientencoaching: Coping gestalten – Autonomie fördern. In: Schmidt R.M., Hofmann F. *Multiple Sklerose*, 2015. 6. Auflage, Kapitel 25, Elsevier Verlag, München.

---

<sup>1</sup> Die Zahlen in den Klammern kennzeichnen die jeweiligen Veröffentlichungen.

<sup>2</sup> / <sup>2</sup> Die Zeitschrift *Dialyse Aktuell* verwendet das Peer-Review-Verfahren

Sokol C., Hoppenworth U. (2006): Zum Mythos „Teamentwicklung“ – Qualitätsmanagement in Zentrumsdialysen. Dialyse aktuell 8/2006, Thieme, S. 14-22.

Sokol C., Gutzmann E. (2006): Dialysepatienten lernen Lernen – Ernährungspsychologische Konzepte in der Ernährungsberatung. Dialyse aktuell, 4/2006, Thieme, S. 24-32.

Sokol C., Gutzmann E. (2002): Patientenmotivierung im Krankheitsverlauf. Dialyse aktuell, 7/2002, Conzema Verlag, Lohfelden, jetzt: Thieme, S. 54-57.

Sokol C., Gutzmann E. (2001): Mit Erfolg beraten – Diätetische und ernährungspsychologische Aspekte. Dialyse aktuell, 1-2/2001, Conzema Verlag, Lohfelden, S. 20-22.

Sokol, C., Gutzmann E. (2001): Der diabetische Dialysepatient. Dialyse aktuell, 4/2001, Conzema Verlag, Lohfelden: S. 12-16.

Sokol C. (2000): Der „schwierige Patient“ in der Dialysebehandlung, Ursachen und Möglichkeiten. Dialyse aktuell, 3/2000, Conzema Verlag, Lohfelden, S. 16-19.

## **1.2 Einführender Überblick über die eingereichten Beiträge der kumulativen Dissertation<sup>3</sup>**

Schwerpunkt der vorliegenden kumulativen Dissertation ist das Selbsterleben chronisch körperlich kranker Patienten. Auch wenn unterschiedliche körperlich chronische Krankheiten ganz spezifische Anforderungen an die Betroffenen stellen, so wird in dieser Arbeit durch die Berücksichtigung von drei Krankheitsbildern: Multipler Sklerose [3], [4], Krebserkrankungen [5] und der chronischen Niereninsuffizienz [1], [2], [6] versucht, auch krankheitsübergreifende, für chronische Erkrankungen generalisierungsfähige Aspekte zum Selbsterleben und dem psychologischen Betreuungsbedarf von Betroffenen aufzuzeigen. Einzelne thematische Schwerpunkte der jeweiligen Publikationen werden nach deren Darstellung vertiefend reflektiert. Diese kumulative Dissertation stützt sich

---

<sup>3</sup> Eine ausführliche Darstellung der Texte, Methoden und Ergebnisse folgt auf S. 157

auf insgesamt sechs Veröffentlichungen. Davon sind drei Publikationen ([2]<sup>4</sup>, [5]<sup>5</sup>, [6]) nach einem Begutachtungsverfahren in medizinischen, pflegewissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht worden. Diese Veröffentlichungen geben die inhaltlichen und methodischen Aspekte durchgeführter empirischer Untersuchungen wieder. Eine weitere Veröffentlichung [1]<sup>6</sup> wurde nach einem Begutachtungsverfahren in Form eines Buches in einem medizinischen Fachverlag publiziert. Die Reihenfolge der einzelnen Publikationen entspricht verschiedenen Aspekten des Selbsterlebens.

Bei der **ersten Veröffentlichung [1]** „*Arbeiten mit Dialysepatienten*“ handelt es sich um ein Fachbuch für Ärzte und medizinisches Fachpersonal der Dialyse mit einem praxisorientierten Schwerpunkt. Im Mittelpunkt steht dabei die intensive zwischenmenschliche Beziehung zwischen Fachpersonal und Patient, die als ein wesentliches Qualitätsmerkmal für die Situationsbewältigung des Patienten und des beruflichen Handelns der Ärzte, der Gesundheits- und Krankenpfleger (GuK) sowie der medizinischen Fachangestellten (MFA) verstanden wird. Die Dialyseeinrichtungen generieren Bedingungen, die wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung der Beziehungs- und Bewältigungsqualität haben. Die Aufgaben des medizinischen Fachpersonals und die Anwendung der Dialyse unterscheiden sich wesentlich voneinander, je nachdem, in welcher Umgebung (Praxis, zu Hause) sie Anwendung finden. Darum wird in den ersten Kapiteln dieses Buches die Dialyse in ihrer Versorgungsstruktur, ihren Abläufen und mit ihrer Medizintechnik, der Praxisstruktur und dem interdisziplinären Team dargestellt. Im weiteren Verlauf dieses Buches stehen das körperliche und psychische Erleben des chronisch kranken Dialysepatienten und die Exploration dieses Erlebens in der Beziehung zum Fachpersonal. Beschrieben werden die Erfahrungen, der andauernde Anpassungsprozess und der bewusste und unbewusste Umgang mit lebenserhaltenden Einschränkungen der Patienten durch die Erkrankung und durch die Dialysebehandlung. Sozialpsychologische, psychologische und psychoanalytische Überlegungen individueller Krankheitsbewältigung werden zum

---

<sup>4</sup> Peer – reviewter Zeitschriftenbeitrag der Autorin

<sup>5</sup> Peer – reviewter Zeitschriftenbeitrag der Autorin

<sup>6</sup> Peer – reviewter Buchbeitrag (maßgebliche Beteiligung der Autorin)

Verständnis des Patientenerlebens und Patientenverhaltens herangezogen. Fallbeispiele aus dem Dialysealltag veranschaulichen systemimmanente und personenbezogene Freiheitsgrade und Begrenzungen der Patienten und auch des medizinischen Fachpersonals und verweisen auf anspruchsvolle Begleit- und Behandlungsaufgaben.

Die **zweite Veröffentlichung [2]** „*Selbstwert- und Abhängigkeitserleben von Dialysepatienten unter Berücksichtigung von Hämodialyse (HD) und Peritonealdialyse (PD)*“ beschäftigt sich mit der Krankheitsverarbeitung des Dialysepatienten. Am Beispiel von zwei unterschiedlichen Dialyseverfahren werden Erlebnisweisen und Bedeutungszuschreibungen von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz erhoben und ausgewertet. Ergebnisse des Selbst- und Abhängigkeitserlebens unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Dialyseverfahren werden dargestellt. Es wurde nachgewiesen, dass die Übernahme einer aktiven Rolle des Patienten im Dialysegeschehen einen positiven Effekt auf die Regulation von Autonomie- und Abhängigkeitserleben haben kann. Darüber hinaus konnten Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die gesundheitsfördernde Gestaltung von Beziehungen sowie auf den Umgang mit Einschränkungen nachgewiesen werden.

Die **dritte Veröffentlichung [3]** „*Coping: Eine Balance zwischen Krankheitsbewältigung und Abwehr*“ stellt das Thema Krankheitsbewältigung und Abwehr im Allgemeinen und am Beispiel von Patienten mit Multipler Sklerose (MS) im Besonderen dar. Die differenzierende Betrachtung der seelischen Prozesse, die durch eine körperlich chronische Krankheit ausgelöst werden, öffnet den Blick auf emotionale Dynamiken, die zwischen Abwehr (Widerstand) und Anpassung oszillieren. Abwehrvorgänge werden in einer doppelten Funktion dargestellt: Als Regulationsvorgänge schützen sie die Integrität und die Kohäsion des Ich. Sie führen zur Ausgliederung unbewusster Wünsche, die diesen Zustand der Integrität und das stabilisierende Selbsterleben bedrohen (Kächele, Steffens 1988, S.4). Diese unbewussten und bewussten Strategien der Patienten zur Krankheitsbewältigung und Stabilisierung werden in den verschiedenen Phasen der MS-Erkrankung beispielhaft dargestellt. Hintergründe, die ein individuelles Bewältigungsverhalten beeinflussen, werden unter den Aspekten des

Zusammenspiels subjektiver Krankheitstheorien, der spezifischen Konstellation der Lebenswelt der Patienten, der Ausgestaltung sozialer Bezüge und dem Erleben der Selbstverantwortung betrachtet. Als Modell zur Visualisierung komplexer Zusammenhänge wird dem Fachpersonal für die Arbeit mit Patienten das (...)„Triadische Modell“(…) von Sokol und Hoppenworth (2006, S.87ff.) vorgestellt. Die Visualisierung von Verantwortlichkeiten über ein sogenanntes „gemeinsames Projekt“ eröffnet dem Patienten eine „dritte Position“, die es ihm ermöglicht, zum Beispiel aus einem „regressiven Abwehrprozess“ in eine aktivere Haltung zu gelangen. Das Modell veranschaulicht die Bedeutung der Beziehung zwischen Patient und Fachpersonal als „Instrument“ zur Regulation von Emotionen und Affekten.

Die Möglichkeit, ein psychoedukatives Gruppenangebot für Patienten und deren Angehörige zu etablieren, wird mithilfe der Methode des Psychodramas nach Moreno (1959) vorgeschlagen.

Die **vierte Veröffentlichung [4]** „*Vom Coping zum Coaching: Paradigmenwechsel in der Patientenbetreuung*“ betrachtet unter sozialmedizinischen Perspektiven Möglichkeiten der Patientenunterstützung durch Spezialisierungen des Fachpersonals. Vielfältige Veränderungen im Gesundheitswesen, insbesondere solche, die den Bereich chronischer Erkrankungen betreffen, haben erhebliche Auswirkungen auf die, hier im Focus stehende, Patientengruppe. Als eine der wesentlichen Folgen dieser Veränderungen kann ein erhöhter Anspruch an den Patienten registriert werden, die Organisation des eigenen Krankheitsverlaufes mitverantwortlich zu gestalten: Der Patient wird Coach seiner Erkrankung. In der Veröffentlichung werden Erkenntnisse über die Wirkung des Patientencoachings als Möglichkeit vorgestellt, den Patienten in seiner psychischen und psychosozialen Situation in der Praxis zu unterstützen. Dabei wird der interdisziplinären Vernetzung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen besondere Beachtung geschenkt.

Die **fünfte Veröffentlichung [5]** „*Psychoonkologischer Behandlungsbedarf in ambulanten onkologischen Facharztpraxen – Eine Erhebung mit dem Hornheider Fragebogen*“ (Hoppenworth; Sokol; Würdemann 2014). Diese Veröffentlichung beschäftigt sich inhaltlich mit den Differenzen in der Wahrnehmung von Patienten

und Ärzten im Hinblick auf den Bedarf an psychologischer und psychosozialer Begleitung, am Beispiel onkologischer Patienten in ambulanten Schwerpunktpraxen.

Aufgrund der Veränderungen der Versorgungsstrukturen in den Kliniken werden chronisch kranke Patienten zur Weiterbehandlung früher aus den Kliniken entlassen und auch häufiger in ambulante Praxen oder Versorgungszentren überwiesen. Dies hat zur Folge, dass das Fachpersonal in den ambulanten Praxen in seiner Verantwortlichkeit gegenüber der psychosozialen Mitbetreuung noch intensiver gefordert ist als vor den Veränderungen. In der Ausbildung wird das Fachpersonal jedoch nicht immer ausreichend auf diese Aufgabe vorbereitet. Vorgestellt werden die Ergebnisse der Auswertung einer Erhebung mit 19.771 onkologischen Patienten. Die Einschätzung dieses Bedarfs wurde aus der Perspektive des Arztes/ Fachpersonals und aus der Perspektive des Patienten eruiert.

Die **sechste Veröffentlichung [6]** *„Patient und Fachpersonal – Eine besondere Beziehung. Reflexion der Beziehungsdynamik unter Berücksichtigung von Hämodialyse (HD) und Peritonealdialyse (PD)“* greift die Bedeutung des Fachpersonals für den Dialysepatienten unter Berücksichtigung der Dialyseverfahren vertiefend auf. In der Veröffentlichung werden Ergebnisse zum Beziehungserleben des Patienten dargestellt. Neben den Auswirkungen einer latent existenziell bedrohlichen Lebenssituation und einer oft lebenslangen apparativen medizinischen Versorgung hat die Qualität der Beziehung zum Fachpersonal Einfluss auf das Selbst-Erleben, die Affekte und die Motivation des Patienten. Je nach Dialyseverfahren und Krankheitsverlauf ist die Beziehung langjährig, intensiv, meist auch „familiär“ geprägt und gleichzeitig hierarchisch strukturiert. Arzt und Fachpersonal teilen nicht dieselbe Wirklichkeit mit dem Patienten, dennoch wird die Krankheit zu einer unvermeidlichen menschlichen Erfahrung für alle Beteiligten.

Das Erleben einer körperlich chronischen Erkrankung wird neben gegenwärtigen und aktuellen Kontextbedingungen stets auch von entwicklungsgeschichtlichen Erfahrungen des Betroffenen bestimmt: Frühkindliche Erfahrungen bereiten den bewussten und unbewussten Umgang mit der eigenen Körperlichkeit und prägen

das Selbstgefühl. Wie auch immer die individuellen Prozesse der Entwicklung eines Menschen verliefen, ihre Sedimente werden bei einer späteren Beeinträchtigung der Physis entsprechende Wirkungen zeigen. Um der unbewussten und bewussten Komplexität für das Selbsterleben bei chronischer Erkrankung gerecht zu werden, beziehe ich mich vorrangig auf psychoanalytische und entwicklungstheoretische Konzepte. Mit Komplexität ist die Berücksichtigung der bewussten und unbewussten Kräfte und der Dynamik psychischen Geschehens, der Motivationen, der Emotionen und der kognitiven Prozesse von Geburt an gemeint, im Gegensatz zu der alleinigen Deskription von sichtbaren Verhaltensauffälligkeiten, Affekten oder Symptomen.

## 2 „Generalisierungsfähige Aspekte“ zum Selbsterleben des Patienten mit einer chronisch körperlichen Erkrankung

Chronische Krankheiten<sup>7</sup> sind in ihrer Ätiologie und Pathogenese medizinisch oft noch unverstanden, in ihren Verläufen schubweise oder kontinuierlich progredient und medizinisch nur begrenzt beeinflussbar. Sie gelten als meist nicht heilbar, so dass der Betroffene sich damit arrangieren muss (Hartmann 1993). Destabilisierung und Restabilisierung finden in einem unvorhersehbaren Wechsel statt. Dies fordert immer wieder Auseinandersetzung mit verschiedenen Anpassungsleistungen auf körperlicher, psychischer und psychosozialer Ebene. Die Konfrontation und Auseinandersetzung mit einer körperlichen, chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankung zählen nach Beutel (1988); Muthny (1992); Schöffling (2010) und Schulz-Kindermann (2013) zu den tiefgreifendsten Erfahrungen im Leben eines Menschen. Neben körperlichen Belastungen und damit einhergehenden Körperbildveränderungen und individuellen Anpassungsprozessen erleben die Betroffenen emotionale und psychosoziale Veränderungen, Stigmatisierung und Verlust sozialer Beziehungen, die individuell bewältigt werden müssen. Körperliche Irritationen führen zu Hemmungen in der Kontaktaufnahme zu anderen Menschen, Rückzug, Insuffizienzgefühlen oder im kompensatorischen Sinne zu Bedürfnissen nach mehr Geltung. Sinnsuche und Krankheitserleben werden bestimmt durch die reale Todesbedrohung, Ungewissheit und Verlust. Das Leben mit einer Behinderung oder, wie beispielsweise durch die Niereninsuffizienz, mit einem Organersatz und einer lebenslangen Anpassung an ein Behandlungsregime führt nach Beutel (1988); Muthny (1992); Ermann (2004); Schöffling (2010) und Schulz-Kindermann (2013)

---

<sup>7</sup> Der Gemeinsame Bundesausschuss (2012) hat in einer Richtlinie definiert, dass als schwerwiegend chronisch krank einzustufen ist, wer seit mindestens einem Jahr wenigstens einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung ist und bei dem eine kontinuierliche medizinische Versorgung notwendig ist. Bandura (1981) definiert chronische Krankheiten als „...*Ergebnis eines länger andauernden Prozesses degenerativer Veränderungen somatischer und psychischer Zustände*“ (1981, S.7) bzw. als Krankheit, die dauerhafte psychische oder somatische Schäden oder Behinderungen nach sich zieht. Corbin und Strauss (2004) assoziieren *chronische Krankheit* mit Phasen, in denen sich die Krankheitsverläufe zuspitzen und die Lebenszeit begrenzt ist.

zu intrapsychischem und interpersonellem Stress bis zu traumatischem Erleben, zu psychosomatischen Erkrankungen, die sich auf physiologischer, kognitiv-emotionaler Ebene oder direkt im Verhalten zeigen (Anhang I). Psychische und emotionale Folgen chronischer Erkrankungen resultieren nicht nur aus Bewältigungsproblemen, sondern es können auch direkte körperliche Folgen sein, wie zum Beispiel hirnorganische Störungen bei langjähriger Hämodialyse (Koch 2000), kognitive Störungen oder Neuropathien nach Chemotherapie, Verbrennungen durch Strahlentherapie.

Nach Rudolf (2005, S.21) treffen chronische Erkrankungen durch den Verlust von Autonomie, Körperfunktionen und Körperteilen vor allem die narzisstischen Wünsche, das heißt die Bedürfnisse nach andauernder Unversehrtheit, Ansehnlichkeit und Leistungsfähigkeit. Dieser Verlust bedeutet eine schwere Kränkung des seelischen Gleichgewichts und wird nicht nur als Mangel erlebt, sondern meist auch als Makel. Chronische Krankheiten werden zu Metaphern, gleichgesetzt mit Altern, Entmachtung, Nachlassen und Verlieren von Aufmerksamkeit, Konzentration und Kräften, Rückzug und Vergehen, Autonomieverlust. Neben der Konfrontation mit einer existenziell bedrohlichen körperlichen Erkrankung müssen sich die Betroffenen jetzt auch mit einem veränderten Selbsterleben arrangieren und auseinandersetzen (Hartmann 1993).

Das folgende Zitat von Horst Karasek (1985, S.38) als Betroffenenem ist ein Beispiel aus seinem Buch „Blutwäsche“, in dem er sein Selbsterleben mit der zunehmenden körperlichen Einschränkung, dem psychischen Leiden und der immer wieder aufflackernden Hoffnung durch die Diagnose der bevorstehenden terminalen Niereninsuffizienz im prädialytischen Stadium<sup>8</sup> schildert.

[...]„Die Untersuchungstermine in der Universitätsklinik schiebe ich immer länger hinaus, und vor den Telefonanrufen nach meinen Laborwerten drücke ich mich von Tag zu Tag. Überhaupt ist mir zumute, als ginge es mit mir zu Ende, ich fühle mich meinem Freundeskreis entfremdet und aus der Gemeinschaft der Lebenden ausgestoßen, niemand soll sehen, wie dreckig

---

<sup>8</sup> Prädialytisches Stadium: Zustand bei Nierenschädigung vor Dialysebeginn (Sokol/Hoppenworth, 2006, S. 22)

es mir in Wirklichkeit geht, erst recht nicht Helga....Wären da nicht von Zeit zu Zeit Momente des Aufbegehrens und des Aufbäumens und Zornausbrüche, ich müsste verzweifeln“[...].

Dieses Zitat verdeutlicht, wie brüchig die „normale Welt“ durch die lebensbedrohliche Erkrankung erlebt werden kann. Verlust, Bedrohung, körperliche Veränderungen, anstehender Organersatz, Einschränkungen und Grenzverletzungen werden eintreten. Herr Karasek kämpft gegen den Beginn der Dialysebehandlung an, gegen den Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung, wie er in seinem Buch beschreibt. Die Folge dieser Veränderungen durch die Krankheit und Behandlung für das Selbsterleben betrifft den ganzen Menschen.

Um das Selbst- und Körpererleben in seiner Entwicklung und Interaktion zum Verständnis von intrapsychischen und interpersonellen Prozessen chronisch Kranker genauer beschreiben zu können, wird zunächst versucht, den komplexen Begriff des Selbst und des Selbsterlebens zu präzisieren. Für die chronisch körperlich kranken Menschen ist die körperliche Ebene präsent und nicht „wegzudenken“, im Gegensatz zu der noch immer in der Medizin vorrangig tief verwurzelten Trennung zwischen subjektivem Erleben und objektivem Befund, die auf das dualistische Menschenbild Descartes (Brähler 1995, S.3) zurückgeführt werden kann.

## **2.1 Präzisierung des Begriffes „Selbst“:**

### **Frühe Entwicklung des Selbstbegriffes**

Die älteste Beschreibung des Begriffes Selbst in der Psychologie stammt von William James (1890, S.291). James hat sich als einer der ersten Psychologen intensiv mit dem „Selbst“ auseinandergesetzt. In soziologischen Konzepten, in psychologischen Persönlichkeitstheorien, in Ansätzen der Psychoanalyse und der Entwicklungspsychologie tauchen seine Annahmen und Theorien immer wieder auf (Ludwig-Körner 1992, S.22). Er unterschied das Selbst in ein zum Bewusstsein-kommendes Selbst (me) und ein Bewusstsein-habendes Selbst (I). Das Selbst ist ein Objekt und ein Subjekt. Der Mensch ist sich seines Selbst in seiner persönlichen Existenz bewusst und gleichzeitig ist er der Mensch, der das

Bewusstsein hat. Für James stellt das Selbst die Summe all dessen dar, was ein Mann sein eigen nennen kann: Sein Körper, seine psychischen Kräfte, seine Kleidung, sein Haus, seine Familie, seine Freunde, seine Arbeit, sein Besitz. Zur Präzisierung des Begriffes teilte James (1890) das Selbst in vier Kategorien ein: 1. Das materielle Selbst, 2. das soziale Selbst, 3. das spirituelle Selbst und 4. das reine Ego. Die eigene Subjektivität formuliert er als ein „erfahrenes Selbst“. Dieses zentrale Selbst bestehe aus leiblichen Gefühlen. Das fühlbarste Selbstsein beschreibt er als das leibliche Selbstsein (ebenda, S.319). Der eigene Leib stellt die Grundlage des Selbsterlebens dar, er habe ein unbewusstes vorreflexives Bewusstsein. Obwohl James das Selbst als Zusammensetzung verschiedener Selbst-Anteile beschreibt, existiert für ihn das Selbstgefühl durch die Fähigkeiten der Gedanken und Gefühle des Menschen und durch die Fähigkeit der Reflektion des Menschen über sich selbst. Bewusstsein und Denken verstand James (1890) nicht als einfaches Denken, sondern als *mein* Denken. Kein Gedanke und keine Empfindung können zweimal gedacht oder erlebt werden, da sich das Gehirn mit jedem Denk- und Wahrnehmungsvorgang verändert. Ein sich stetig verändernder Sinneseindruck trifft auf eine durch Plastizität gekennzeichnete physiologische Grundlage. Er betont einerseits die Unstetigkeit des Selbst durch Abhängigkeiten von anderen Menschen, Situationen und Bedingungen und andererseits auch die stabilen Eigenschaften, eine überdauernde Identität. Trotz dieser komplexen Überlegung zum Selbst, die noch heute die Selbstdefinition beeinflusst, fand der Begriff des Selbst in der psychologischen Forschung während der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts nicht viel Beachtung. Der Behaviorismus (Watson 1914) lehnte den Begriff mit der Begründung mangelnder Möglichkeiten einer systematischen Erforschung ab. In der psychoanalytischen Theorie (Freud 1914) tauchte der Begriff des Selbst nicht explizit auf, sondern wurde in der Entsprechung zum Ich formuliert.

## 2.2 Der Selbstbegriff in der Psychoanalyse

Die Entwicklung des modernen Selbstbegriffes ist stark beeinflusst von den psychoanalytischen Theorien der Freud'schen Ich- und Narzissmus-Konzepte. Freud (1914, S.252) hat das Ich in einer Mehrdeutigkeit dargestellt: Es richtet sich

in seinen Wahrnehmungsfunktionen, in seiner Vorstellungsorganisation sowie als Regulationsorgan nach außen auf die Objekte, oder nach innen auf die Körpergefühle. Freud verstand das Ich als zentrale Struktur und als Funktionsträger im Sinne eines Ich-Selbst. Mit der Einführung der strukturellen Theorie des psychischen Apparates und der damit einhergehenden räumlichen Aufteilung des Menschen in Ich-Funktionen (Es, Ich und Über-Ich als Instanzen) wurde das Ich als realitäts- und selbsterhaltungsorientierter Teil der Persönlichkeitsorganisation verstanden (Dreux et al. 1975). Das Ich innerhalb der Narzissmustheorie versteht Freud als einen Teil der Gesamtpersönlichkeit, der besetzt ist durch die Ich-Triebe, die aufgeteilt werden in Sexualtrieb und Selbsterhaltungstrieb und die eine bedeutsame Rolle für die Ich-Entwicklung im Kontakt und Austausch mit anderen Personen (Objekten) haben. An dieser Stelle nehme ich Bezug auf die Triebentwicklung<sup>9</sup> von Freud zum Aspekt der Selbstentwicklung in Abhängigkeit von körperlichen Reizen, körperlichen Spannungszuständen, die Unlust erzeugen und durch Reaktion zur Spannungsabfuhr streben. Als lusterzeugendes Objekt wird die Bezugsperson für den Säugling bedeutsam, auch weil sie repräsentativ für den Zustand der Abwesenheit von Unlust erlebt wird. Durch die Beziehung zu einem Objekt wird aus dem objektiven Körperbedürfnis ein subjektives Bedürfnis.

Die verschiedenen Debatten um den Triebbegriff in der Psychoanalyse werde ich in dieser Arbeit nicht berücksichtigen. Beide Triebmodelle (Ich-Selbsterhaltung und Sexualtrieb) finden in Ansätzen ihre Berechtigung durch die Neurowissenschaften (Roth 2009, S.147ff.). Durch die Erforschung des mesolimbischen dopaminergen Systems können Reaktionen wie Lustempfinden, Bedürfnisspannung, Drang nachgewiesen werden.

Das von Freud eingeführte Konzept des Über-Ich, als eine zumeist unbewusst wirksame Substruktur, repräsentiert die von den Eltern internalisierten Verbote und Gebote und die, mit dem Ich-Ideal verbundene Liebe und Hochschätzung

---

<sup>9</sup> Triebentwicklung: die Verknüpfung von libidinösen Triebbedürfnissen und körperlichen Grundvorgängen wie Nahrungsaufnahme und Ausscheidungsprozessen betrachtet und psychosexuellen Entwicklungsphasen (orale, anale, phallisch-narzisstische, genitale Phase) zugeordnet. Neben dem libidinösen-lebenserhaltenden Trieb wird auch der aggressive Triebimpuls genannt.

(Mentzos 2010, S.66ff.). Die Wirksamkeit der Über-Ichs und des Ich-Ideals ist die Regulierung der Beziehung zu den Eltern und des Selbstwertgefühls. Die Anwesenheit von anderen Menschen (Objekten) sei erforderlich, weil dadurch bestimmte Erfahrungen zum Erlangen von „vertrauten Gefühlen“ mobilisiert werden können (Mahler 2003). Mehrere Untersuchungen (Strauss 2000, S.102) zeigen die Bedeutung der Bindungstheorie für das Verständnis psychischer Störungen bei Erwachsenen auf. Zum Beispiel wird das desorganisierte Bindungsmuster in Verbindung mit dissoziativen Reaktionen und Störungen bei Erwachsenen gesehen. Auch Kohut (1976) stellt eine Begünstigung der strukturellen Kohäsion fest durch die, mit Bindungsmustern einhergehenden Objekt- und Selbstobjekterfahrungen<sup>10</sup>, die für die Krankheitsbewältigung einer chronischen Erkrankung sehr bedeutsam sein kann. Im übertragenden Sinn können fehlende empathische Begleitungen in Krisensituationen der Patienten die Herstellung einer Balance zwischen selbstbezogenen und objektbezogenen Themen behindern. Daraus resultieren narzisstische Defizite mit Auswirkung auf die Selbstwertgefühlsregulation, die auch im Erwachsenenalter den Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Verhaltensweisen erschweren.

Erst mit dem Aufkommen der Ich-Psychologie (Hartmann 1972, S.261) und der Präzisierung des Begriffes um die Funktionsfähigkeit des Ichs<sup>11</sup> wurde auch das Selbst stärker als vom Ich getrennt definiert. Hartmann (1972) beschreibt das Ich als ein strukturiertes mentales System und das Selbst, in Anlehnung an James, als die gesamte Person betreffend, den Körper und die psychische Organisation. Er beschreibt das Selbst als Sitz des Bewusstseins und damit auch das

---

<sup>10</sup> Selbstobjekterfahrung: Die Bezugspersonen, die einem Kind Zuwendung Anerkennung und Bewunderung anbieten und dadurch ermöglichen, dass sich ein Selbstwertgefühl entwickeln kann, werden Selbstobjekte genannt. Der Mensch ist ein Leben lang auf Selbstobjekte angewiesen, sie tragen zu einer Aufrechterhaltung der narzisstischen Homöostase bei (Hopf, Windhaus 2007).

<sup>11</sup> Ich: Das Ich umfasst lebenswichtige Ich-Funktionen wie Wahrnehmung, Denken, Impulskontrolle, Abwehr, Sprechen, Motorik und basale Fähigkeiten wie z.B. die Fähigkeit allein zu sein, Einfühlung, Betroffenheit, Erleben von Schuldgefühlen. Es beruht auf einer konstitutionellen Basis und wird durch Reifung und Erfahrung ausdifferenziert (Ermann 2004 S.40). Ein weiterer wichtiger Aspekt der Ich-Entwicklung ist die Entwicklung von Affekten, Angst, Wut, Trauer, Freude, Neid.

Bewusstsein vom eigenen Selbst. Lewin (1969, S.41) führte eine zusätzliche bedeutsame Unterscheidung ein. Nach ihm bildet sich das Ich durch seine Erkenntnis- und Wissensfunktionen ab und das Selbst durch Erleben. Ermann (2004) verbindet mit dem Selbst die Fähigkeit einer reiferen Realitätserfassung, mit der Integration der Erfassung von unterschiedlichen zeitlichen Dimensionen (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) und widersprüchlichen Wahrnehmungen. Mit der Einführung des Selbst als Instanz wurde es möglich, inneres Erleben und Wahrnehmung so zu untersuchen, dass Erkenntnisse darüber gewonnen werden konnten, wie eine Person zwischenmenschliche Beziehungen und Interaktionen auf sich bezogen erlebt.

Körperliche Krankheiten und ihre medizinischen Behandlungen hinterlassen Spuren im Körpererleben und können frühe interaktionelle und körperlich gespeicherte Erfahrungen reaktivieren und auf die, in der Gegenwart erlebte, Krankheitsrealität bezogen werden. Verlusterfahrungen oder Angst können durch Krankheitsverläufe, Therapienebenwirkungen, Körpererfahrungen (Schmerzen) oder durch das Erleben in Beziehung mit dem medizinischen Personal durch ähnliche Erfahrungen aus der Lebensgeschichte übertragen werden. Heigel-Evers (1990) greift die Beschreibung von Strauss (2004) aus der anthroposophischen Sichtweise auf, der in seiner Theorie zum psychischen Trauma die seelische Verarbeitung als (...)„subjektive Sinnentnahme“(...) beschreibt, die dann zu einem bestimmten Krankheitserleben und zu einer individuellen, angemessenen oder pathologischen Selbst-Inszenierung führen kann. Als Basis der subjektiven Sinnentnahme werden von Rudolf (2005) biologische Gegebenheiten, die individuelle Entwicklung und Lebensgeschichte mit Erfahrungen, Selbst- und Objektbeziehungen und die daraus resultierende Persönlichkeitsstruktur beschrieben. In Anlehnung an Piaget und Inhelder (1980, S.11) könnte man hier auch von

(...) „sensomotorischer Intelligenz“ (...) sprechen, mit dem Ziel, Erfolge und Wirkungen in und durch Beziehung zur Selbstregulation herzustellen und zu steuern.

### 2.3 Der Selbstbegriff in der Objektbeziehung

Als die wichtigste Funktion des Selbst ist neben der Selbstregulation die Objektbeziehung<sup>12</sup> beschrieben, die als Voraussetzung für die Entwicklung des Selbst und des Körper-Selbst<sup>13</sup> genannt wird (Balint 1937/1982; Spitz 1951; A. Freund 2006; Mahler et al. (1975); Stern (2000), Winnicott (2002),). Objektbeziehungen werden von ihnen als wichtige Funktionen der Ich- und Selbstentwicklung beschrieben. Als hauptsächliche Erkenntnisse beschreiben A. Freund (2006); Mahler et al. (1975); Spitz (1951); Stern (2000), dass sich das Ich primär durch die Integration von frühen Beziehungserfahrungen entwickelt, die zu mentalen Strukturen organisiert werden. Diese mentalen Strukturen sind körperliche, emotionale und psychische Erinnerungen durch Erfahrungen mit anderen Personen (Objekten), die durch die Prozesse von Assimilation<sup>14</sup>, Introjektion<sup>15</sup>, Identifikation<sup>16</sup>, Integration und Synthese zu einem Selbst (Selbstobjekt) organisiert und erlebt werden.

Worin die Objektbeziehungstheoretiker sich unterscheiden, sind die zeitlichen Dimensionen kindlicher Entwicklung. Mahlers Interesse gilt der Differenzierung und Konstituierung des Selbst in der frühen Zeit der Entwicklung. Während sie von einer symbiotischen Phase (2 - 4 Monate) zwischen Mutter und Kind ausgeht, sieht Stern (2007) es als Beweis an, dass sich der Säugling bereits von Beginn an als getrenntes körperliches Wesen wahrnimmt. Unter „symbiotisch“ wird in diesem Zusammenhang ein Zustand von Undifferenziertheit verstanden. Das „Ich“ wird noch nicht von einem „Nicht-Ich“ unterschieden, das Ich ist noch weitgehend ein

---

<sup>12</sup> Objektbeziehung: Bei Objektbeziehungen geht es um die kindlichen Beziehungen zu Bezugspersonen, insbesondere zur Mutter. Die Objektbeziehungen werden vor allem in ihrer Funktion gesehen, die Entwicklung des Ich und der psychischen Unabhängigkeit zu ermöglichen.

<sup>13</sup> Körper-Selbst: subjektive Wahrnehmung aus dem Körperinneren und von der Körperoberfläche (Mertens, 2014, S.508)

<sup>14</sup> Assimilation: (von lat.similis ‚ähnlich‘) Das Einander-Angleichen.

<sup>15</sup> Introjektion: (von lateinisch intro = „hinein“, „herein“ und iacere = „werfen“) in Begriff aus der Psychoanalyse, der einen Vorgang beschreiben soll, bei dem eine äußere Realität (Objekte, Objektqualitäten) nach dem Vorbild körperlicher Einverleibung in das seelische Innere hineingelangt.

<sup>16</sup> Identifikation: (von lat. idem: „derselbe“, facere: „machen“) bedeutet wörtlich übersetzt „gleichsetzen“. Gemeint ist damit in der Psychologie der Vorgang, sich in einen anderen Menschen einzufühlen. (Psychoanalyse aus dem Lexikon - wissen.de | <http://www.wissen.de>)

undifferenziertes Körper-Ich. Mahler et al. (1978) beschreiben die ersten Autonomiebestrebungen des Säuglings ca. ab dem 4. Lebensmonat. Autonomiebestrebungen versteht Mahler (1978) in Zusammenhang mit der Unterscheidung des eigenen Körpers von dem der Mutter.

Stern (2007) geht im Rahmen seiner 5 Thesen zur Entwicklung des *Selbst* von 4 Stadien der Selbsterfahrungen aus: Urhebererschaft, Selbst-Kohärenz, Selbst-Affektivität, Selbst-Geschicklichkeit.

- Auftauchendes Selbst und auftauchende Bezogenheit: Kurz nach der Geburt lassen sich Anzeichen dafür erkennen, dass der Säugling von sich aus Kontakt zu Personen aufnimmt. Daraus leitet Stern ab, dass er bereits zwischen Selbst und Nicht-Selbst unterscheiden kann.
- Kern-Selbst und ein Selbst in Beziehungen: Ab dem 3. Monat lassen sich Erwartungen des Säuglings erkennen und Vertrauen, sowie eine Verknüpfung von Gefühlen mit Erlebnissen gegenüber den Bezugspersonen.
- Subjektives Selbst und Intersubjektivität: Ab 6 Monaten entsteht eine intensive Abstimmung der Bedürfnisse, Affekte und der Wahrnehmung zwischen Bezugsperson und Säugling.
- Verbales Selbst und eine verbale Bezogenheit: Dies ist gekennzeichnet durch die Entwicklung von Begriffen zur Unterscheidung zwischen Eigenem und Fremdem. Das Erlebte wird jetzt sprachlich symbolisiert. Damit entsteht die Fähigkeit der Reflexion, der Vorstellung über Menschen und Beziehungen, um daraus Erkenntnisse zu ziehen.
- Entwicklung eines erzählenden Selbst

Stern (2007) geht bei der Entwicklung des Selbstempfindens davon aus, dass die dargestellten Entwicklungsphasen aufeinander aufbauen und die vorherigen Phasen integriert sind. Diese Bereiche des Erlebens beschreibt er als lebenslang wirkend. Er koppelt die Entwicklung des Selbst mit Veränderungen der Hirnstruktur (Stern 1992). Im Vordergrund steht nicht mehr die Triebentwicklung des Säuglings, sondern die Entwicklung des Selbstempfindens als Folge der Trieb- und Ich-Entwicklung. Stern geht dabei von einem basalen

Selbstempfinden<sup>17</sup> aus, das ursprünglich besteht und im Laufe der Entwicklung ausdifferenziert wird.

Winnicott (2002) beschäftigte sich bereits mit dem Selbsterleben des ungeborenen Kindes. Nach ihm verfügt bereits das ungeborene Kind über eine psychische Struktur und eine Kontinuität des Erlebens, was er als Beginn des Selbst definiert. Für die Beschreibung der vorgeburtlichen Aktivität verwendet er in Anlehnung an Freud den Begriff der (...) „Motilität“<sup>18</sup>(...) (Ludwig-Körner 1992, S.222). Diese Kraft befähigt das Kleinkind die Welt zu entdecken. Sie ist die Quelle des Wirklichkeitsgefühls (Winnicott 2002). Bereits die Geburt erlebe der Säugling, bei aller Passivität und Angewiesenheit, als ein Ergebnis eigener Bemühungen. Das Selbstgefühl entwickle sich bereits nach Winnicott (2002) intrauterin, auf der Grundlage des Gefühls Sein, mit der Geburt hin zum Handeln und behandelt werden. Winnicott (2002) beschreibt eine Entwicklungslinie, die beim „Ich“ beginnt, sich über einen Zustand „Ich bin“ fortsetzt und in einer psychischen Verfassung, die er als „Selbst“ bezeichnet, ankommt. Für das Gelingen dieses Prozesses sei das entstehende *Selbst* des Säuglings von einer haltenden Umwelt abhängig. Er befasst sich in diesem Zusammenhang mit der Bedeutung der frühen Bezugs-Kind-Interaktion für spätere Beziehungen und die Persönlichkeitsentwicklung. Winnicott sieht es als eine lebenslange Aufgabe an, inneres Erleben und äußere Welt zu unterscheiden, aber auch immer wieder in Beziehung zu setzen, um sich seiner Grenzen stetig bewusst zu werden (Kögler 2009, 2014).

Mit Hilfe von Übergangsphänomenen und Übergangsobjekten ermöglicht das Kind eine Loslösung von der Mutter. Das Prinzip des Übergangsobjektes symbolisiert die Einheit mit dem mütterlichen Objekt (Repräsentanz). Das Kind stellt die Einheit symbolisch aus eigener Kraft her, tröstet sich damit in ihrer Abwesenheit. So entsteht aus der absoluten Abhängigkeit eine relative Abhängigkeit bis hin zur Unabhängigkeit. Die Unabhängigkeit beschreibt hier eher ein Gefühl, frei selbstverantwortlich und selbstbestimmend zu sein. Die Abhängigkeit von der Umwelt ist stetig da (Winnicott 2002, S. 106ff.). Wird dieser Loslösungsprozess

---

<sup>17</sup> Basales Selbstempfinden: Die kindliche Aktivität, das Erleben von Lust und Unlust, Zustände des Bewusstseins, Wahrnehmen und Denken (Ludwig-Körner, 1992, S.300).

<sup>18</sup> Motilität: von lateinisch: motus – Bewegung, Beweglichkeit, Bewegungsfähigkeit.

durch die, zum Beispiel zu lange, Abwesenheit der Mutter von dem Kind traumatisch erlebt, kann es vor der Entwicklung von differenzierten Selbstbildern zu einer Spaltung kommen: Das Körperbild wird zur Rettung vor Angst vom frühen Selbst getrennt. Der abgespaltene Körper oder einzelne Körperteile können nach Hirsch (2011) im Sinne der Übergangstheorie auch im Erwachsenenalter reaktiv reparative und kompensatorische Funktionen haben (Hirsch 2011, S.46).

Wenn ich diese Gedanken auf erwachsene Menschen übertrage mit einer lebensbedrohlichen chronisch körperlichen Erkrankung, die traumatisierende Erfahrungen auslöst, werden der Körper oder werden einzelne Körperteile aufgrund von Dissoziationen als äußeres Objekt erlebt, das beherrscht werden kann. Der Körper oder ein Körperorgan wird demnach wie ein „schlechter“ Selbstanteil behandelt, der dann das Kranksein und die damit verbundenen Gefühle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein repräsentiert. Dissoziation entlastet das übrige Selbst von der unerträglichen Spannung zwischen Abhängigkeit und Autonomie, Passivität und Aktivität. Plassman (1987, S.892) beschreibt diesen Prozess als Spaltung in frühreife Anteile. Einerseits wird der Körper als Ort für Aggression und Schuld erlebt und andererseits gleichzeitig als ein symbolisch präsent, versorgendes mütterliches Objekt, das Leben ermöglicht und schützt.

## **2.4 Der Selbstbegriff in der Selbstpsychologie**

Die Selbstpsychologie entwickelte sich aus zwei Strebungen: Der Ich-Psychologie (Hartmann, Mahler, Erikson) und der Objektbeziehungstheorie (Ferencis, Fairbairn, Winnicott, Klein) mit der Bindungstheorie (Bowlby, Ainsworth).

Die Selbstpsychologie ist eine von Kohut (1976) begründete Weiterentwicklung psychoanalytischer Konzepte des Narzissmus und des Selbst. Die zentrale Rolle des Triebes nach Freud ersetzte er durch das Selbst als übergeordnete Instanz der Triebe- und Abwehrmechanismen [3], [4].

Kohut (1976, S.299) definiert das Selbst folgendermaßen:

„Das Selbst [...] ist, wie alle Realität [...], in seiner Essenz nicht erkennbar. Wir können mit Introspektion und Empathie nicht das Selbst per se erreichen; nur seine introspektiv oder empathisch wahrgenommenen psychologischen Manifestationen stehen uns offen“.

Für Kohut scheinen nicht die realen Beziehungen für die Kohäsion, Vitalität und Harmonie des Selbst entscheidend, sondern es ist das unbewusste Erleben dieser Beziehungen. Er geht davon aus, dass das Baby intrauterin einen vollkommenen Zustand des Wohlbefindens und der Versorgung erlebt. Nach diesem Zustand (Ich-Ideal) strebe der Mensch zeitlebens. Auch der gesunde Mensch benötige diese akzeptierende, wertschätzende Selbst-Objekterfahrung<sup>19</sup>. Der Mensch entwickle nicht Vertrauen, sondern versuche es immer wieder herzustellen, besonders in stark verunsichernden und frustrierenden Lebenssituationen.

Nach Kohut (1982, S.191) gibt es zwei Arten von Selbstobjekten:

[...]“Selbstobjekte, die das angeborene Gefühl von Lebenskraft, Größe und Vollkommenheit erwidern und bestätigen und Selbstobjekte, zu denen das Kind aufblickt und mit denen, bzw. deren Ruhe, Unfehlbarkeit und Omnipotenz, es verschmelzen kann. Die erste Art von Selbstobjekten wird als das spiegelnde Selbstobjekt, die zweite als idealisiertes Elternimago bezeichnet“[...].

Diese Selbstobjekte entsprechen nach Kohut (1982) den drei grundlegenden Selbstobjekt-Bedürfnissen:

1. Ein Bedürfnis nach Spiegelung, das zum Selbstwertgefühl, Selbstrespekt und daraus folgender Selbstbehauptung führen kann.
2. Ein Bedürfnis nach Idealisierung, bei dem aus beruhigenden und beschützenden Reaktionen die Erfahrung vermittelt wird, sich selbst zu beruhigen und daraus resultierend einen selbstregulativen Umgang mit aggressiver und libidinöser Erregung zu erlangen.
3. Ein Bedürfnis nach Gleichheit und Zugehörigkeit, das zur Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls und zu Stolz führt.

Kernberg (1997) berücksichtigt in seiner Objekttheorie die Rolle der Affekte bei der Organisation der Triebe. Er berücksichtigt alle physiologisch aktivierten Funktionen und körperlichen Bereiche, in denen durch die Interaktion zwischen Säugling, Kind und Mutter Erregungszustände beim Säugling/ Kind ausgelöst

---

<sup>19</sup> Selbst-Objekt: „Ein Objekt ist ein Selbstobjekt, wenn es intrapsychisch so erlebt wird, als erfülle es in einer Beziehung Funktionen, die das Selbstgefühl wecken, aufrechterhalten und positiv beeinflussen“ (Kohut 1976,S.279).

werden. Affekte sind demnach immer verbunden mit verinnerlichten Objektbeziehungen, die mit konkreten Phantasien, Wünschen (Erregung) und Ablehnungen (Aggression) gekoppelt sind. Triebe mobilisieren in der Auseinandersetzung mit Krankheiten zur Selbsterhaltung spezifische Objektbeziehungen, die gekoppelt sind mit unterschiedlichen Affekten. Der somatische Reiz bildet die Grundlage der psychischen und körperlichen Repräsentanzen des individuellen Objektes. Wichtige Objekte in der frühen Kindheit entsprechen den „Objekt-Repräsentanzen“ in der „inneren Welt“ (Kernberg 1988). Nach ihm besteht eine Beziehung zu einem Objekt aus einer Triade: 1. aus der Selbst-Repräsentanz (Bild über sich selbst), 2. aus der Objekt-Repräsentanz (ein Bild des Anderen) und 3. aus einem Affekt, der beide verbindet und Interaktionen maßgeblich prägt. Diese Triaden werden nach Kernberg (1988) zu den Grundlagen der psychischen Struktur eines Menschen. Durch aufbauende Erfahrungen und Entwicklungen verändern sich die verschiedenen Objekt-Repräsentanzen zu einem im Vordergrund stehenden Objekt-Bild und die verschiedenen Selbst-Repräsentanzen zu einem umfassenden und zusammenhängenden Selbst-Bild, auf dem unser Selbstgefühl basiert. Die Bedeutung dieser verinnerlichten Objekte für das Sicherheitsgefühl und für die narzisstische Homöostase des Menschen darf nach Mentzos (2010) nicht unterschätzt werden. Er betont im Modell der Selbstwertregulation deren Abhängigkeit von den internalisierten Objektbeziehungen. Stehen die Eltern oder eine andere Bezugsperson als Objekte nicht verlässlich zur Verfügung, kann das Kind Verlustangst, Hilflosigkeit erleben und Schuldgefühle entwickeln, mit Auswirkungen auf das Selbsterleben als erwachsener Mensch.

Für die Arbeit mit chronisch Kranken sind zusammenfassend folgende Erkenntnisse wesentlich für die Untersuchung:

- Individuelle Erfahrungen haben eine zeitlich überdauernde Struktur
- Die Bedeutung der Beziehungsbedürftigkeit eines Menschen für das Selbstwelterleben muss als ein lebenslanger Prozess angesehen werden
- Bewusste und unbewusste, dynamische und stabile Aspekte des Entwicklungsprozesses sind Voraussetzungen für Veränderungsprozesse
- Psychische Prozesse korrespondieren immer auch mit körperlichen

## 2.5 Grundlegende Phänomene des Selbsterlebens

Bezugnehmend auf die psychoanalytischen, entwicklungspsychologischen und selbstpsychologischen Darstellungen zum Selbst, beziehe ich mich in dieser Arbeit auf zwei grundlegende Phänomene des Erlebens:

### 2.5.1 Das primäre basale, präreflexive oder leibliche Ich-Selbst-Erleben

Das basale Selbst wird als allen Bewusstseinsprozessen inhärent beschrieben, als Bestandteil jeder Erfahrung, ohne Introspektion oder Reflexion. Winnicott (1972, S.7) beschreibt es als Basis für das Selbst im Körper. Ein elementares inhärentes Selbstempfinden, wie Stern (2007) es beschreibt. Fuchs (2000) charakterisiert es durch ein implizites präreflexives Ich-Gewahr-Sein („das bin ich“). Jedes Erlebnis schließt auch ein Erleben ein, welches unmittelbar und ohne individuelle Zuschreibung als „meinhaft“ (Nagel 1994) erlebt wird.

Das ganzheitliche Erleben des leiblichen Körpers scheint die präreflexive Erlebensweise zu sein. Das Subjekt erlebt den Körper noch nicht als Objekt, sondern ist noch ganz sein Körper. Alle bewussten Vorstellungen beinhalten eine natürlich gegebene Bezogenheit auf sich selbst und zur Umwelt. Sartre (1993, S.583) beschreibt diesen primären Zustand als [...], „schweigsame Unaufdringlichkeit des Körpers“ [...]. Der Körper ist nach Borkenhagen (2000, S.44) die primäre Gestalt des Ich's. Der Körper ist der Ort, an dem Bedürfnisse auftreten und Befriedigung erlebt werden kann. Das primäre körperliche Erleben, erweitert durch die sensomotorischen Fähigkeiten, ist das Körper-Raum-Gefühl. Wenn der Patient eine Praxis betritt, so sieht er nicht nur das Fachpersonal, die Gegenstände und die medizinischen Geräte, sondern er ist sich dessen auch bewusst - leiblich und zeitlich - was er sieht und dadurch erlebt. Das interaktive leibliche Verstehen zwischen Mutter und Kind findet, wie bereits beschrieben, von Geburt an statt. Stern (2007) beschreibt es als ein implizites Wissen über den Umgang in Beziehung, Austausch von Gefühlen und Signalisieren von Beziehungswunsch. Durch Spaltung der präreflexiven Subjekt-Objekteinheit des

Selbsterlebens steht der Körper einem Ich-Selbst gegenüber. Das präflexible Ich wird zum reflexiblen Selbst, wenn das objektsuchende Ich sich selbst zum Objekt nimmt. Dadurch erlangt der Mensch das Bewusstsein seiner selbst (Fuchs 2000; Rudolf 2005).

### **2.5.2 Das bewusstere reflexive Selbst-Erleben**

Die anfängliche Entwicklung des bewussteren reflexiven Selbst wird mit den ersten Erfahrungen in Verbindung gebracht, wenn das Kind mit ca. 9 Monaten die Mutter als Wesen mit einer eigenen Intentionalität bewusster wahrnimmt. Im Alter vom 2. bis zum 4. Lebensjahr, in der Phase der Autonomieentwicklung, entwickelt sich das reflexive oder personale Selbst, zu erkennen an der Fähigkeit, dass sich das Kind selbst im Spiegel betrachtet, sich von anderen abgrenzen und sich mit „Ich“ benennen kann (Fuchs 2000; Rudolf 2005). Das Kind betrachtet sich selbst mit den Augen anderer und wird selbst zum Objekt. Lacan (1980) beschreibt in seinen Beiträgen das Spiegelstadium als Zeitpunkt des Ich-Gewahr-Werdens. Das Kind identifiziert sich mit dem eigenen Bild und erkennt seinen Körper und sich in der Gestalt des Körpers. Diese von sich distanzierende Perspektive wird verinnerlicht zum reflexiven Selbstbewusstsein, was nicht nur eine kognitive Leistung darstellt, sondern eng verknüpft wird mit selbstreflexiven Emotionen wie: Scham, Stolz, Verlegenheit und Schuldgefühlen. Target, Fonagy (2002) beschreiben die Mentalisierungsfähigkeit<sup>20</sup> als Kern sozialen Funktionierens. Sie ist verknüpft mit selbstreflexiven Funktionen: der Fähigkeit Perspektiven nachvollziehen zu können und zu übernehmen, eigene psychische und körperliche Zustände und Erlebnisse auch bewusst zu reflektieren und ein begriffliches und autobiographisches Wissen über sich selbst zu erlangen, mit entsprechenden Möglichkeiten zu handeln.

---

<sup>20</sup> Mentalisierung: Mentalisierung bedeutet in der Psychologie und Psychoanalyse die „Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren(www.google.de).

Der gelebte Körper und die Organe sind implizit in allen Wahrnehmungen, Gefühlen und Handlungen gegenwärtig und vermitteln primär ein basales selbstverständliches Grundgefühl von Dazugehörigkeit, körperlicher Funktionalität und in der Welt sein. Dieses selbstverständliche basale Selbsterleben verändert sich durch eine existenziell bedrohliche, chronisch körperliche Krankheit (Borkenhagen 2000; S.41; Decker 2004, S.13) oder geht verloren. Einschränkende und fremdbestimmende Momente, die objektivierende Verfügungsfähigkeit durch die Medizin, treten durch Krankheit und Behandlung besonders hervor. Chronisch körperlich erkrankte Menschen scheinen, wie auch bei psychosomatisch erkrankten Menschen bekannt (Rudolf 2005), die Spaltung von Körperobjekt und Körpersubjekt als einen vertrauten Aspekt des eigenen Erlebens zu erfahren. Der Körper wird von Patienten als etwas Fremdes und Gegenständliches erlebt, als etwas Abgetrenntes beschrieben und so emotional ertragen. Ermann (2004) beschreibt diese [...] „Seelenblindheit“ [...] als Alexithymie und meint damit einen Mangel des Patienten, Phantasien und Gefühle wahrzunehmen, zu erkennen und beschreiben zu können. Alexithymie weist in ihrer klinischen Bedeutung auf die Abspaltung einzelner Körper- und Organrepräsentanzen hin, die nach Warsitz (1989, S.44) als [...] „Abwehr des Begehrens“ [...], als nützliche Strategie zum Selbstschutz des Patienten zu verstehen ist. Neben den Dissoziationstendenzen von Körper und Selbst werden von Rudolf (2005, S.141ff.) auch Desintegrationstendenzen als Folge traumatischer Erfahrungen durch schwere existenziell bedrohliche Erkrankungen als Selbstschutz beschrieben. Körperteile, Organe oder Körperzonen werden als nicht mehr zum Selbst dazugehörig erlebt und vom Körperselbstbild abgespalten.

## **2.6 Die „Sache der Medizin“: Der Körper als Objekt**

Bis zu einer körperlichen Krankheit oder anderen körperlichen Veränderungen wird der Körper kaum bewusst wahrgenommen. Er wird meist wie ein selbstverständlicher, daher auch unauffälliger Begleiter (Hirsch 2011, S.1) erlebt. Das stetige präsente Dasein des Körpers wird vorbewusst wahrgenommen. Erst eine körperliche Krankheit und eine überlebensnotwendige „Instandsetzung“ von Funktionsstörungen kann eine Fokussierung auf den Körper auslösen. Der Körper

wird zum Objekt (Porsch 1997, S.18), mit dem sich der Patient selbst mehr oder weniger bewusst auseinandersetzt, oder durch medizinische Behandlungen oder künstliche Organe beschäftigen muss. Durch körperliche Zustände wie Schmerzen oder Nebenwirkungen von Medikamenten durch Chemotherapie bei Krebserkrankungen, Krankheitsschübe bei der Multiplen Sklerose oder Vergiftungserscheinungen/ Hautjucken bei der Behandlung der Niereninsuffizienz wird der Körper bewusster wahrgenommen. Einerseits wird er wie ein äußeres Objekt und andererseits gleichzeitig als unterschiedlich zu anderen äußeren Objekten wahrgenommen. Der Körper wird berührt (Körper-Haben) und ist zugleich durch seine Empfindung Berührter (Körper-Sein) (Porsch, 1997).

Betrachtet wird der Körper in der Medizin meist als ein Objekt, das geformt werden kann: Körperteile werden ausgetauscht, das Immunsystem wird gestärkt, Funktionsschwächen werden substituiert. Die Funktionsfähigkeit zur Lebensverlängerung wird so lange wie möglich immer wieder hergestellt. Decker (2011) verweist auf die Ökonomisierung der Gesundheit, die auch dazu beiträgt, den Menschen als „Ware oder Rohstoff“ zu sehen, der zu funktionieren hat. Der Körper wird zur *res extensa*, d.h., zu Materie mit räumlicher Ausdehnung, und die Psyche zur *res cogitans*, d.h., den nicht materiellen Vorgängen des Geistes (Rudolf 2005, S.14) trennend zugeordnet. Patienten suchen durch medizinische Veränderungen körperlicher Merkmale eine Verbesserung ihrer körperlichen und innerlichen Befindlichkeit. Sie scheinen sich selbst im Sinne des Objektseins auf den Körper zu reduzieren. Der Krankheitsprozess erscheint als Störung eines technischen Ablaufes in einem vom Ich getrennten Körper.

Die Idealisierung der Medizin trägt dazu bei, Todesangst, Krankheit sowie den tragischen Moment des Scheiterns zugunsten des Wunsch- und Leistungsprinzips zu verdrängen und damit auch Angst und Aggression weitestgehend in Schach zu halten (Erdheim 1984, S.417). Körperlich chronische Krankheiten und Therapien sind aus diesem Blickwinkel aufdringliche Wiederkehrer des Verdrängten. Und damit wird das Anliegen des Patienten im Umgang mit einer chronischen Krankheit auch zum Spiegelbild gesellschaftlicher Gegensätze und Forderungen. Der Patient gerät in den Sog der negativen Konnotationsräume, die mit chronischer Krankheit assoziiert werden.

Dass der Körper aus entwicklungspsychologischer Sicht und phänomenologischer Argumentation niemals nur gegenständlich betrachtet werden kann, wird von Merleau-Pontis (1966) in der Tradition von Husserl, der vom Leib-Begriff ausgeht, und durch Überlegungen zum Körper-Sein und Körper-Haben als Ausgangspunkt der Selbstentwicklung gesehen. Merleau-Pontis (1966, S.117ff.) beschreibt seine Auseinandersetzung mit der leiblichen Erfahrung des Menschen für das Selbst- und Weltverhältnis wie folgt:

[...]“weil er das ist, wodurch es Gegenstände überhaupt erst gibt, vermag er selbst nie Gegenstand, niemals völlig konstituiert zu sein. Der Leib ist also nicht einer unter anderen äußeren Gegenständen, der alleine dadurch sich auszeichnet, stets da zu sein“. (...)Leib, schreibt Merleau-Pontis (1966, S.174), ist nicht nur [...],Verankerung in der Welt“[...], sondern eine Möglichkeit überhaupt [...]“eine Welt zu haben“[...] (ebd., S. 176).

Auch er betrachtet den Körper als Objekt, berücksichtigt jedoch bei seiner Betrachtung das basale Selbsterleben verbunden mit der Ich-Haftigkeit des Körpers als Ausgangspunkt jeglicher Umwelt- und Beziehungserfahrung.

## **2.7 Der Körper als integrierter Bestandteil des Selbst - ein Kontaktorgan zur inneren und äußeren Welt**

Eine körperliche Erkrankung ist weit mehr als die körperliche Befindlichkeit. Das Körperempfinden ist eng verbunden mit der Biographie (Fesenfels 2006; Moré 2003), die wiederum untrennbar ist von der Interaktion mit der Umwelt. Als Teil der Identität ist der Körper Objekt und Subjekt zugleich: Er ist

[...]“der Körper, den ich habe und gleichzeitig der Körper, der ich bin“[...], (Joraschky 1986, S.35).

Der Körper repräsentiert das Kontaktorgan mit gesellschaftlichen Erfahrungen, welche permanent in ihn eindringen (Bourdieu 2001) und die er nach außen sendet. Nur mit und durch den Körper ist die Welt erfahrbar und kann nur durch ihn begriffen werden. So wie die soziale Welt gleichermaßen durch Körpersprache repräsentiert wird, ist sie immer auch Ergebnis körperlichen Handelns (Barlösius 2014). Freud hat im Rahmen seiner psychoanalytischen Strukturentwicklung die

Ich-Entwicklung aus der Körperwahrnehmung abgeleitet und damit dem Körper als Quelle subjektiver Wahrnehmungen eine entscheidende Bedeutung gegeben. In diesem Zusammenhang erscheint es mir wichtig, den von Freud (1923) betonten Doppelaspekt von Körperlichkeit anzuführen:

[...]„Der eigene Körper und vor allem die Oberfläche desselben ist ein Ort, von dem gleichzeitig äußere und innere Wahrnehmungen ausgehen können. Er wird wie ein Objekt gesehen, ergibt aber den Getast zweierlei Empfindungen, von denen die eine einer inneren Wahrnehmung gleichkommen kann. Es ist in der Psychophysiologie hinreichend erörtert worden, auf welche Weise sich der eigene Körper aus der Wahrnehmungswelt heraushebt. Auch der Schmerz scheint dabei eine Rolle zu spielen und die Art, wie man bei schmerzhaften Erkrankungen eine neue Kenntnis seiner Organe erwirbt, ist vielleicht vorbildlich für die Art, wie man überhaupt zur Vorstellung eines eigenen Körpers kommt. Das Ich ist vor allem ein körperliches, es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Oberfläche“[...], (Freud 1923, S.253ff.).

Freud hat mit dieser Annahme auf die Wahrnehmung der körperlichen Innenwelt aufmerksam gemacht und damit ansatzweise dazu beigetragen, dass das Selbst in der weiteren psychoanalytischen Theorieentwicklung in einen Teil, der Gefühl ist (basal) und einen Gefühl fühlenden (reflektierenden) Teil differenziert wurde.

Bittner (1986, S. 721ff.) interpretierte in Freuds Textstelle „vor allem“ mit „ursprünglich“ und versteht das durch die Wahrnehmung des Körpers entstandene Ich als den Ursprung einer sich entwickelnden psychischen Instanz. Neben den pathologischen Auswirkungen, die sich durch die Schwächung bzw. den Verlust der Ich-Grenze entwickeln können, gibt es auch durch die Entwicklungspsychologie erfasste bedeutsame Entwicklungsschritte, in denen der Differenzierungsprozess des Körpers als Gegenstand der Objektfindung und als Voraussetzung von Autonomiebestrebungen gesehen wird (Mahlet et al. 1978).

## 2.8 Frühe körperliche Erfahrungen

Freud (1914) beschreibt im Rahmen des Konzeptes des primären Narzissmus den subjektiven Zustand der anfänglich erlebten Ungetrenntheit zwischen Mutter und Kind. Balint (1969) spricht in Anlehnung an Ferenczi statt vom *primären Narzissmus* (Freud 1914, S.142) von der *primären Liebe*. Anfangs werden Reize durch Spannungen, Bedürfnisse und Entspannung je nach Intensität und Lokalität im Körper registriert. Dies bezeichnet den Beginn der libidinösen Besetzung einzelner Körperregionen, in denen der Säugling das Lustvolle im Kontakt zu den Objekten wahrnimmt. Harten und Moré (2003) beschreiben im Sinne von Greenacre (1960) das als Reaktionen des Körpers auf sich selbst.

[...]„dass der Körper von Anbeginn seiner Existenz im subjektiven Selbsterleben der Inbegriff von Dasein ist..., Ort der Lustempfindungen, Bedürfnis“[...].

In Anlehnung an Plassmann (1993) beschreiben auch sie den Körper als erstes Primärobjekt dahingehend, dass sie das Selbst vom Ursprung her als eine Internalisierung von Körpererfahrungen verstehen, die vor der Internalisierung von Objekterfahrungen stattfindet.

Pflügge (1967) in Brähler (1995) spricht von der Rolle des Körpers als „Rolle des Vermittelnden“ zwischen innen und außen. Mahler (1978), Winnicott (2002), Bowlby (2006) haben vor dem Hintergrund ihrer empirischen Forschung immer wieder beschrieben, dass der Körper die Voraussetzung für die Entwicklung seelischen Lebens ist. Er schafft Ausdrucksfähigkeit von Emotionen. Körpererleben und Wahrnehmung werden durch Bindungs- und Beziehungserleben geprägt.

Entsprechend heißt es bei Winnicott (1984, S.193):

[...]„Das wahre Selbst kommt von der Lebendigkeit der Körpergewebe und dem Wirken von Körperfunktionen, einschließlich der Herzarbeit und der Atmung. (...).Das wahre Selbst erscheint, sobald es auch nur irgendeine psychische Organisation des Individuums gibt, und es bedeutet wenig mehr als die Gesamtheit der sensomotorischen Lebendigkeit.“[...].

Diese anfangs „fragmentierten“ Körperteile fügen sich, je nach Objekterfahrung, im Laufe der Entwicklung zusammen oder driften auseinander: Dieser Wechsel von den somatischen Reizen zur Selbsterhaltung, die aus dem Inneren aufsteigen hin zu den Reizen, die interaktiv mit einem Objekt erlebt werden, wird als der Beginn der Sexualität beschrieben. Die Mutter kann mit all ihrer Zärtlichkeit den Sexualtrieb des Kindes wecken (Decker 2004, S.19). Die Fragmentierung des Körpers, ausgelöst durch Lust- und Unlustspannungen und -erfahrungen mit entsprechenden unterschiedlichen Erleben von Körperregionen, sorgt nach Freud (in Seiffge-Krenke 2009, S.4ff.) für die Angleichung des Säugling an das äußere Objekt zur Erfüllung des vorher erlebten grandiosen Zustandes. Das Objekt wird zum Liebesobjekt, narzisstisch und sexuell-libidinös. Decker (2004 S.23) begreift dieses Objekt als „Prothese“, die als Ersatz den Zustand rückwirkend beheben und beleben kann. An Stelle der eigenen Person tritt nun das idealisierte Objekt als Prothese mit jenen Fähigkeiten, die das Kind verloren zu haben scheint. Durch Introjektion und/ oder Identifizierung kommt es zur Bildung der Struktur des Ich-Ideals. Melanie Klein beschreibt diese Phase (3. – 4. Monat) als paranoide-schizoide Position, die auf massive Ängste des Säuglings hinweisen soll, verbunden mit Abwehrmechanismen, die eine Spaltung erzeugen. Das gute Teilobjekt der Mutter wird introjiziert und der böse Teil nach außen projiziert. Klein (1946) beschreibt damit Prozesse der Projektion und Identifikation, die sich ein Leben lang fortsetzen.

Lustvolle und unlustvolle Erlebnisse durch die Befriedigung oder Frustration von Bedürfnissen nach Nahrung und Körperkontakt sorgen für eine unterschiedliche Körperwahrnehmung und eine beginnende Bildung von Körperrepräsentanzen und innere Bilder vom Körper. Werden die Gesten der Mutter als Objekt zunächst als Reize auf der Haut erlebt, bilden sie im Laufe der Zeit die Grundlage der Kommunikation: Sie stimulieren Wahrnehmung, Bewusstsein und Körper-Bewusstheit. Klöß-Rothmann (1992) beschreibt den Hautsinn als den einzigen selbstreflexiven Sinn: Wer sich selbst berührt, ist Berührender und Berührter. Gelingt es dem Kind, durch Schreien, Weinen und körperliche Ausdrucksmöglichkeiten die Affekte seiner Unlust auszudagieren, werden nach Porsch (1997, S. 89) akute und/ oder chronische psychosomatische Störungen nicht auftreten. Wird diese Kommunikationsmöglichkeit des Kindes durch das

mütterliche Objekt verhindert, werden die Körper-Emotions-Phantasien, die sich durch das körperliche und psychische Agieren entwickeln, nicht in die Beziehung eingebracht, sondern bleiben im Körperlichen/Psychischen des Kindes gestaut. Kutter (1980, S.139) nennt sie [...], „archaische Phantasien“ [...], weil sie weniger von Vorstellungen sondern vielmehr durch Emotionen bestimmt sind.

## 2.9 Haut und Körpererleben

Anzieu (2013) beschreibt die Haut als Organ, welches den inneren Körper schützt und versorgt. Die Haut ist durch die Struktur und Funktion ein verbindendes System vieler Sinnesorgane. Ohne Haut kann der Körper nicht überleben. Sie atmet, sondert ab und hat damit auch eine Stoffwechselfunktion. Die Haut hält den Körper zusammen, sie schützt das Innere nach außen, sie ist durchlässig und anpassungsfähig.

Die Haut kann Reize nicht zurückweisen und sich nicht davor verschließen. Sie verschafft Schmerz und Lust zugleich. Nackte Haut wird assoziiert mit Schutzlosigkeit, Scham, narzisstischem und sexuellem Erleben. Ihre Verletzbarkeit ist Ausdruck psychischen Erlebens und existenzieller Not. Sie stellt die Repräsentanzen des inneren Erlebens dar wie auch die Einflüsse von außen, die dem Körperinneren zugänglich gemacht werden. Unter psychophysiologischer Perspektive können psychische Ereignisse auch auf die Veränderung der Haut zurückgeführt werden und im Umkehrschluss können Hautprobleme auch auf psychische Befindlichkeiten hinweisen. Neben dem Nervensystem und den anderen Sinnesorganen zählt die Haut zu den wichtigsten Kommunikationssystemen des Menschen mit seiner Umwelt (Brähler 1995, S.63).

Bick (vgl. in Anzieu 2013) überträgt die anatomische und physiologische Differenziertheit der Haut auf den psychischen Bereich. Sie vertritt die Hypothese einer *ersten psychischen Haut*. Dem Säugling fehlt anfangs noch die *Bindungskraft (binding force)*, um das psychische Erleben vom physischen Erleben zu unterscheiden. Nach Bick setzt die Trennung des physischen und

psychischen Erlebens die Introjektion<sup>21</sup> eines Objektes (Bezugsperson) voraus: Die Erfahrung des Gehalten-Werdens mit der Mutter (Brust, Wärme, Geruch, Stimme) wird in der Symbiose als eigene Erfahrung verinnerlicht und ermöglicht dem Säugling dadurch eine *Vorstellung vom Inneren des Selbst* (Bick in Anzieu 2013). Die sich damit entwickelnde „Individualität“ ermöglicht dem Kind die Trennung zwischen Selbst und Objekt und auch zwischen physischer und psychischer Wahrnehmung. Innerlich entsteht ein „emotionaler und gedanklicher“ Raum, der Frustrationen erträglicher werden lässt. Die *erste Haut* von Bick (in Anzieu 2013) entspricht dem Konzept des *Haut-Ichs* von Anzieu (2013). Ausgehend von der Erfahrung der Körperoberfläche entwickelt der Mensch eine Vorstellung von sich selbst. Dabei unterscheidet sie drei Funktionen des Haut-Ichs: Die erste Funktion vergleicht sie mit der einer *Tasche*, die Fülle enthalte und den Inhalt festhalte. In der zweiten Funktion entspricht das Haut-Ich einer *Grenzfläche*, die Grenze zur Außenwelt bei gleichzeitigem Schutz vor „Eindringlingen“ in die Innenwelt. Die dritte Funktion des Haut-Ichs ist die *Kommunikation* (Anzieu 2013). Abgesichert durch lustvolle Komponenten des Kontaktspiels mit Anspannungs- und Entspannungsphasen wird die Haut ein Ort des Zusammenhalts. Diese Funktion des Containings kann durch Störungen im Kontakt fundamental gestört werden.

Wird die haltende Funktion der Mutter „zerstörerisch“ ausgeübt, so dass die *erste Haut* nicht funktioniert, kommt es zu einer Identitätsverwirrung, einer Desintegration und einer undichten Grenze des Selbsterlebens. Eine *zweite Haut (muskuläre Haut)* bildet sich nach Anzieu (2013), wodurch die normale Abhängigkeitsentwicklung vom stabilisierenden Objekt durch eine Pseudo-Unabhängigkeit ersetzt werden kann. Die Sorge um das Selbst und um die Anerkennung als Person steht im Vordergrund des Erlebens.

---

<sup>21</sup> Introjektion von lateinisch intro= „hinein“, „herein“. lacere = „werden“.

## 2.10 Körperwahrnehmung in der Autonomieentwicklung

Die Herstellung und die Aufrechterhaltung von Autonomie wird wie die Bindung von Rudolf (2005, S.208) als eine lebenslange Aufgabe und als ein grundlegendes Bedürfnis beschrieben. Ausgehend von der symbiotischen Beziehungserfahrung des Säuglings über die schrittweise Innen- und Außen- Trennung (Selbst- und Objekt), wird dieser Entwicklungsprozess von Mahler (1978) als bedeutsam für die Regulation der Körper-Selbst-Grenzen herausgearbeitet. Unter „symbiotisch“ wird in diesem Zusammenhang ein Zustand von Undifferenziertheit verstanden. Das „Ich“ wird noch nicht von einem „Nicht-Ich“ unterschieden, das Ich ist noch weitgehend ein undifferenziertes Körper-Ich.

Mahler et al. (1978) beschreiben die ersten Autonomiebestrebungen des Säuglings ca. ab dem 4. Lebensmonat. Autonomiebestrebungen versteht Mahler (1978) in Zusammenhang mit der Unterscheidung des eigenen Körpers von dem der Mutter. Zunehmend realisiert das Kind die Trennung, die durch Visualisierung, taktile Erfahrungen und innere Reizerfahrungen (Hirsch 2011, S.4) zustande kommt. Auch über die Körper- Unterschiede zwischen sich und den anderen stellt es Differenzen her (Selbst- und Objektrepräsentanzen). Durch den Prozess der Affektspiegelung werden die Autonomiebestrebungen, die Regulationsfähigkeit des Kindes und das Selbstkonzept (Identitätsgefühl) beeinflusst und gestärkt. Anna Freud (1965/1982, S.2708) nennt die Unterscheidungsfähigkeit des Kindes zwischen der inneren Vorstellung und der äußeren Realität eine der wichtigsten Entwicklungen in der psychischen Entwicklung verbunden mit weiteren Ich-Funktionen.

Das Kind erlebt mit 11 Monaten eine narzisstische Lust bei seinen Erkundungen und einer relativen Unabhängigkeit von der Mutter (Mahler 1978). Diese Phase spielt eine große Rolle bei der Entwicklung des körperlichen und psychischen Selbstwertgefühls (Dornes 2004). Der Körper und die erworbene Beweglichkeit repräsentieren die Ablösung und Autonomie. Nach Seiffge-Krenke (2009) lernt das Kind in der Abgrenzung des eigenen Körpers die Unterschiede zwischen sich und anderen Menschen kennen und stellt sie im Sinne der Selbstwirksamkeitserwartung von Bandura (1998) selbst her. In

Gefahrensituationen beobachtete Bowlby (2006), dass durch ein primär vorgegebenes Muster mit der Funktion der Herstellung von Nähe ein Gefühl von Sicherheit aktiviert werden kann. Dieses Muster wird deaktiviert, wenn das Gefühl von Sicherheit erreicht ist.

Nach Moré (2003) umfasst das sich entwickelnde Körper-Selbst, entsprechend dem Alter und Geschlecht, die Erfahrung körperlicher, lustvoller Lebendigkeit, Vitalität und Kompetenz sowie ein reales und idealisiertes Körperbild und seine sexuelle Identität.

War ein Patient in seiner Entwicklung Affekten der Verlorenheit, der Nicht-Zugehörigkeit, der Unsicherheit darüber, bei anderen Menschen Sicherheit zu finden, massiv ausgesetzt, wird die psychische Entwicklung als Erwachsener und die damit verbundene Art der Auseinandersetzung und Verarbeitung dieser Belastungen als entscheidend für die Folgen und das Handeln/ Agieren<sup>22</sup> in der Dialyse gesehen.

## 2.11 Körper-Bilder

Das Körperbild<sup>23</sup> ist Teil des Selbstverständnisses eines Menschen und umfasst sein gesamtes Verhältnis zum eigenen Körper, sowie die Einstellung und die Vorstellung des eigenen Körpers. Es beinhaltet innere Repräsentanzen der eigenen Figur, der Organe, der körperlichen Ausstrahlung, und der Repräsentation der inneren und äußeren Körper-Raum-Beziehung, die das Selbstgefühl des Menschen in hohem Maße bestimmen (Joraschky et al. 2009, S.6; Borkenhagen 2000, S. 82 ff.; Decker 2004, S.105). Die Entwicklung des Körperbildes wird entsprechend der Entwicklungsphasen bis in die Zeit der vorschulischen Entwicklung erwähnt (Joraschky et al. 2009). Obwohl der Körper in einer konstitutionellen Art existiert, ist sein Körperempfinden immer abhängig von dem

---

<sup>22</sup> Agieren: Der Patient stellt vergangene Erfahrungen in der Gegenwart gegenüber einer Person dar, statt sie sprachlich-symbolisch mitzuteilen (Streek, 2000, S.7).

<sup>23</sup> Körperbild: (...)“Kontinuität der kinästhetisch-optischen Vorstellung des Körpers. Morphosynthese-Funktion als synthetisches Raumbild des Körpers; Erinnerungsschemata sozioemotionaler Interaktionsszenarien, die die spatialen Interaktionskontexte mit einschließen und eine Körper-Raum-Demarkation beinhalten“ (...). (Joraschky et al.2009, 10).

jeweiligen soziohistorischen Kontext (Stockmeyer 2004). Bei guten entwicklungsbedingten Voraussetzungen ist es verbunden mit Gefühlen von Selbst-Verständlichkeit, Vertrauen und Gewohnheiten (Moré 2003, S. 26).

Das subjektive Körperbild ist nicht identisch mit den objektiven Körpervorstellungen, sondern resultiert aus Wahrnehmungen der Körperoberfläche und Empfindungen aus dem Inneren des Körpers. Das subjektive Körperbild gestaltet sich, je nachdem, ob ein Mensch krank oder gesund ist, sich angespannt oder entspannt fühlt, Hunger hat oder satt ist, verschieden (Grunert 1977, S.9). Je nach individueller persönlicher Entwicklung hat sich im Erwachsenenalter ein mehr oder weniger gut integriertes Strukturniveau (Rudolf, Grande; Henningsen 2010) mit der Möglichkeit einer realistischen Einschätzung des Selbstbildes entwickelt.

Mit der existenziellen Bedrohung durch die Krankheit erleben Patienten auch eine strukturelle Störung, verbunden mit einem Verlust der Selbst-Verständlichkeit des Körpers. Die Frage nach dem „Wie-bin-ich und Wie-sehe-ich-aus?“ beinhaltet automatisch die Fragen: „Wie war ich?“, „Wie möchte ich gerne sein/ aussehen“ und „Wie möchte ich, dass die anderen mich sehen?“ So entsteht eine Spannung durch die Diskrepanz zwischen Real-Selbst-Bild und dem Ideal-Selbst (Böker et al. 1999; Kirsch und Jordan 2000). Die große Diskrepanz zwischen dem gesellschaftlich geforderten Körper-Ideal und dem realen Körper-Selbstbild ist der Nährboden für ein problematisches Selbsterleben. Gesellschaftlich vermittelte Körperbilder bestimmen wesentlich das Selbsterleben und das narzisstische Gleichgewicht. Krankheit und das dadurch ausgelöste seelische Ungleichgewicht sowie die psychischen Reaktionen zeigen, dass körperliche Integrität und narzisstische Stabilität lebenserhaltene Funktionen haben.

Im Zusammenhang mit dem Versuch, eine weitgehend konsensfähige Definition des Begriffs des „Selbst“ zu finden, wurde bei aller Unterschiedlichkeit deutlich, dass es stets auch um die Balance zwischen Anpassung und Individualität geht. Durch die Interaktion mit der sozialen Außenwelt entwickelt der Mensch, Abwehr- und Anpassungsmechanismen mit dem Ziel, Wünsche und Bedürfnisse zu befriedigen und Konfliktsituationen zu lösen.

### 3 Balance zwischen Anpassung und Abwehr

Mit Anpassung ist hier die Fähigkeit des chronisch kranken Patienten gemeint, mit den, durch die Krankheit und Behandlung verursachten Bedingungen und Anforderungen umzugehen, die Realität zu bewältigen, ohne jedoch damit vollständig identisch zu sein. Im dynamischen Sinne bedeutet Anpassung hier nach Fenichel (1945 in: Mertens 2014. S.88) [...],...*das Finden gemeinsamer Lösungen für Aufgaben, die durch innere Bestrebungen und äußere (hemmende oder drohende) Reize gestellt werden...*[...]. Darwin (1877 in Mertens) beschreibt im Kontext biologischer Konzepte die Fähigkeiten von Anpassung durch „*instinktives Wissen*“, das Kinder im Rahmen der Evolution bereits zum Überleben mitbringen.

Hartmann (1975, S.32) erweitert die Betrachtung des Anpassungskonzepts um den Aspekt der gesellschaftlichen Forderungen von Verhaltensweisen, Leistungen und Lebensformen, die auch assoziiert werden mit entsprechender Beschämung, Beziehungsverlust oder Ausschluss. Hartmann (1975, S.26) unterscheidet den Zustand des Angepasstseins von der Anpassung. Der zweite Aspekt beschreibt primär eine aktive wechselseitige Beziehung zwischen dem Patienten mit seiner inneren psychischen Organisation und der Umwelt. Einerseits scheint die Fähigkeit zur Anpassung von Kindheit an gegeben und andererseits versteht Hartmann (1975) es als eine gesellschaftliche Aufgabe, Anpassungsprozesse und damit die Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstorganisation individuell zu unterstützen. Chronische Krankheiten, wie z.B. die terminale Niereninsuffizienz, und ihre Behandlung, z.B. die Dialyse, fordern vom Betroffenen eine psychische Selbstregulation zwischen Anpassung und Abwehr, um sich einer veränderten Realität stellen zu können.

Das Selbstgefühl in und mit der Krankheit erwächst aus diesem Gefühl der intrapsychischen und interpersonellen Prozesse, der Organisation dieser Prozesse und des Integrierens. Diese Prozesse basieren auf gelebten Erfahrungen, die sich darauf beziehen, in potenziellen Ereignissen bewusst und unbewusst nach Affekten zu suchen, die eine ideale Verwirklichung von Wünschen und Bedürfnissen signalisieren. Auf die damit einhergehenden

Bewältigungs- und Abwehrmechanismen gehe ich im Zusammenhang mit spezifischen Krankheitsbildern in den Veröffentlichungen [1], [2], [3] ein.

#### **4 Das medizinische Fachpersonal in der Beziehung zum Patienten**

Der Körper mit seinen subjektiven Bedeutungen für das Selbsterleben ist nicht nur im wissenschaftlichen Interesse der Soziologie, der medizinischen Psychologie, der Sozialpsychologie und der psychosomatischen Medizin, sondern auch Forschungsgegenstand der Medizin und der Pflegewissenschaft.

Hartmann (1993) greift in einer eher philosophischen Auseinandersetzung mit den Begriffen Krankheit und Gesundheit die besondere Dynamik der Arzt-Patienten-Beziehung auf. Gesundheit sei nicht als Eigentum zu verstehen, etwas, das man besitzt oder verlieren kann, sondern als eine anfällige Eigenschaft der Person. Der Arzt und das Fachpersonal beschäftigen sich also nicht, wie der Krankheitsbegriff suggeriert, nur mit Krankheit und Behandlung als vorgegebener Aufgabe an einem „Objekt“, sie sind vielmehr in Interaktion mit einem Menschen, seinen Emotionen und Affekten.

Die Relevanz der Beziehung zwischen Arzt/ Fachpersonal und Patient in dieser Arbeit begründet sich durch die Entwicklung des Selbst in Beziehungen (Kohut 1976, S.299). Ein kohärentes Selbst<sup>24</sup> entsteht dadurch, dass die spontane Aktivität des Säuglings bei der Mutter auf Freude und einfühlsame Spiegelung stößt. Dabei bildet die mütterliche Empathie auch die Basis für die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls und für die Autonomieentwicklung. Je größer der Empathiemangel, desto gravierender ist für Kohut die Schädigung des Selbst. Verstanden zu werden wird von Wolf (1996, S.57) als fundamentale selbststärkende Funktion des Menschen in jedem Alter beschrieben.

---

<sup>24</sup> Kohärentes Selbst: lat. cohaerere = zusammenhängendes Selbstgefühl

In der Selbstpsychologie beschreibt es die angemessene altersentsprechende Selbstobjekterfahrung, die eine strukturelle Kohäsion<sup>25</sup> und die vitale Kraft des Selbst stärken kann. Gleichzeitig kann der Erwachsene seine strukturelle Identität durch Selbstobjekterfahrungen in Form von symbolischen Repräsentanzen, den ursprünglich fördernden Selbstobjekterfahrungen, aufrechterhalten. Diese Grundlagen aus der Selbstpsychologie und der Entwicklungspsychologie motivierten mich, die Bedeutungszuschreibung des Patienten in Beziehungen zu anderen Menschen zu untersuchen und auszuwerten. Als eine bedeutsame Beziehung für den Dialysepatienten wird die Beziehung zum Fachpersonal angesehen. Es begleitet den Dialysepatienten und manchmal auch deren Angehörige in einem Prozess, der von der Konfrontation mit dem „traumatisch“ anmutenden Ereignis der Erkrankung über Anpassungs- und Abwehrprozesse bis hin zur individuellen Bewältigung und Integration der Veränderungen verläuft. Selbst dann, wenn der Patient psychotherapeutisch mit betreut wird, trägt das Fachpersonal entscheidend zum „Gelingen“ der Therapie bei (Kaplan De-Nour 1978). Es kann den Entwicklungs- und Bewältigungsprozess des Patienten unterstützen oder ihm entgegenwirken.

Folkman und Greer (2000) betonen, dass psychisches Wohlbefinden trotz schwerer körperlicher Krankheit erlebt werden kann, wenn ein Sinn im Umgang mit der Lebenskrise gefunden wird. In Anlehnung an den Philosophen Spaemann (2006) kann hier der Begriff „*gelingendes Leben*“ Bedeutung haben. Er weist auf den Prozess hin, eine damit korrespondierende Anstrengung, sowie auf Möglichkeiten und Grenzen eines zufriedenstellenden Zielzustands. Der Betroffene wird in seiner aktiveren und verantwortungsvolleren Rolle für seine Gesundheit ernster genommen und unterstützt so Knoll (2011).

---

<sup>25</sup> Strukturelle Kohäsion: grundsätzliche strukturelle Einheit der Organisation der eigenen Persönlichkeit

## **Zusammenfassung**

Das Krankheitserleben wird maßgeblich geprägt durch Erfahrungen, Beziehungen, Körperlichkeit und die sich daraus entwickelnde individuelle Persönlichkeitsstruktur des Menschen. In dieser Arbeit spreche ich von dem Patienten als einer „gewordenen Person“, einer Person, die durch ihre Entwicklung so geworden ist wie sie ist und die aktuelle Lebenssituation bewusst und unbewusst mitgestaltet.

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass ein individuelles Funktionieren ohne die Entwicklung eines Selbstkonzeptes in und mit Beziehung kaum möglich ist (Epstein 1979). Die Entwicklung der Selbstkonzepte ist erforderlich, um die Wirklichkeit, die zunächst lediglich als Erfahrung verfügbar ist, bewusster zu erleben, zu verstehen und zu regulieren, die Lust-Unlust Bilanz über Zeiträume zu regulieren und das Selbstwertgefühl, die Selbstwirksamkeit und ein positives Selbsterleben aufrechterhalten zu können.

In den folgenden Veröffentlichungen wird das Selbsterleben der Patienten mit verschiedenen chronisch körperlichen Gesundheitsproblemen dargestellt: Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz, Patienten mit Multipler Sklerose und Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Bei aller Gemeinsamkeit des Selbsterlebens durch die chronisch körperliche Krankheit gibt es doch auch relevante Unterscheidungen, die nach den jeweiligen Veröffentlichungen im Folgenden dargestellt werden. Begründet durch die durchgeführte Untersuchung und die veröffentlichten Ergebnisse dieser Untersuchung [2], [5] wird dem Selbsterleben von Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz und den Behandlungsverfahren besondere Beachtung geschenkt.

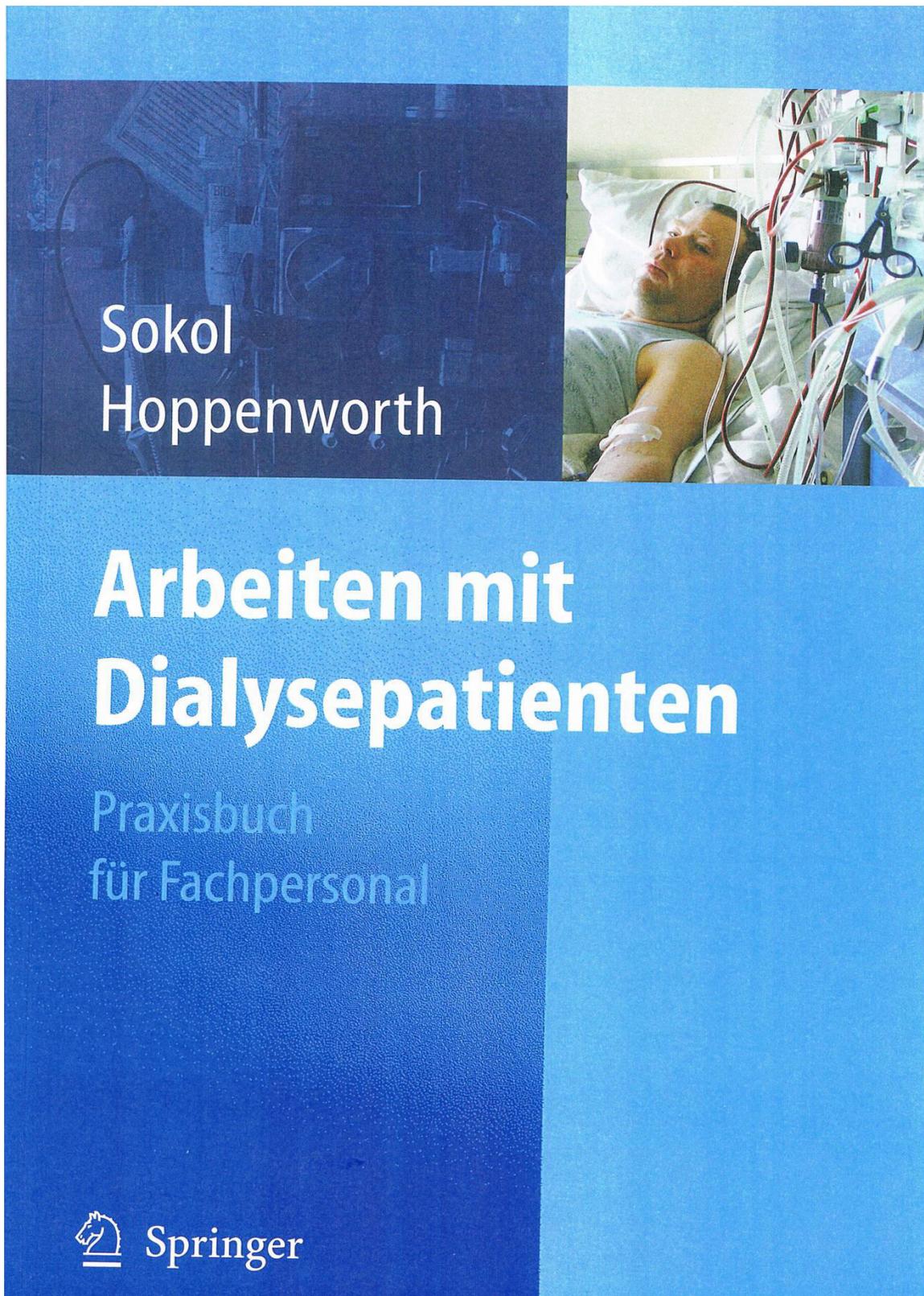
Unter Berücksichtigung der einleitenden Darstellung zur Entwicklung und Veränderung des Selbsterlebens aus entwicklungstheoretischer, psychoanalytischer, phänomenologischer, sozialpsychologischer und behavioristischer Sicht stehen weiterhin folgende Fragen im Mittelpunkt der Arbeit:

1. Wie wird eine körperliche chronische Erkrankung erlebt?
2. Welche Bedeutung haben primäre Objektbeziehungserfahrungen für das Selbsterleben mit der Krankheit?

3. Welchen Einfluss haben unterschiedliche Behandlungsmethoden auf das Erleben – in diesem Fall am Beispiel unterschiedlicher Dialyseverfahren?
4. Welche Bedeutung hat die Beziehungsqualität zwischen Fachpersonal und Patient für den Umgang mit der Erkrankung?

## 5 Selbsterleben des Dialysepatienten

Veröffentlichung [1]: Arbeiten mit Dialysepatienten



# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Als Fachpflegekraft in der Dialyse: Ansprüche und Kompetenzen .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Dialyse als Institution.....</b>	<b>7</b>
2.1	Organisationsformen .....	8
2.1.1	Ambulante Dialysebehandlung: Praxis, Zentrums- und Krankenhausdialyse.....	9
2.1.2	Dialyse im Krankenhaus: teilstationäre oder stationäre nephrologische Schwerpunktabteilung.....	9
2.1.3	Zentralisierte Heimdialysen: Limited-Care-Dialyse (LCD).....	9
2.1.4	Heimdialysen: beim Patienten zu Hause .....	10
2.1.5	Auswirkungen institutioneller Vorgaben auf die Patientenbetreuung .....	11
2.2	Die Dialysestation – ein komplexes System .....	12
2.3	Berufsgruppen in der Dialyse.....	15
<b>3</b>	<b>Der Dialysepatient – ein chronisch kranker Mensch .....</b>	<b>17</b>
3.1	Dialysepflichtig: Der Sturz aus der Selbstverständlichkeit.....	18
3.1.1	Erscheinungsformen einer Krise .....	20
3.1.2	Phasen der Krisenverarbeitung .....	20
3.2	Lebensqualität chronisch Kranker .....	24
3.2.1	Verlust von Lebenssicherheit .....	27
<b>4</b>	<b>Krankheitsbewältigung von Dialysepatienten .....</b>	<b>31</b>
4.1	Die Situation des Dialysepatienten .....	32
4.1.1	Einschätzung von Dialysemitarbeitern: Krankheitsbewältigung von Patienten.....	33
4.1.2	Bewältigungsformen von Dialysestress .....	33
4.1.3	Abhängigkeiten: Ein Leben zwischen Unabhängigkeit und Kontrolle .....	34
4.2	Angst als ständiger Begleiter .....	38
4.3	Der Shunt .....	39
4.4	Regression: Zurück in die Vergangenheit – oder: Wenn Krisen zur Umkehr zwingen ..	42
4.5	Das Phänomen der Übertragung .....	45
4.6	Aggression: Der Patient zwischen Verzweiflung und Wut .....	46
4.6.1	Ausdrucksformen und Merkmale .....	47
4.6.2	Stand der Forschung.....	49
4.7	Depression: Rückzug und Schutz .....	52
4.7.1	Auslösefaktoren depressiver Reaktionen.....	53
4.7.2	Interventionen: Konstruktiver Umgang mit Depressionen .....	54
4.7.3	Hilfen für eine patientenorientierte Gesprächsführung in verschiedenen Krankheitsphasen.....	55
<b>5</b>	<b>Essen und Trinken: Mehr als nur Nahrungsaufnahme.....</b>	<b>57</b>
5.1	Ernährungspsychologie.....	59
5.2	Essgewohnheiten und Lebensqualität .....	60
5.2.1	Das Modell der Transaktionsanalyse (TA).....	62
5.3	Programme zur interaktiven Ernährungsplanung von Dialysepatienten.....	69
5.3.1	DiDa – Diätetische Datenbank.....	69
5.3.2	DiPat – Diätetisches Patiententraining .....	69

<b>6</b>	<b>Dialyse und Familie</b> .....	<b>71</b>
<b>7</b>	<b>Beziehungsgestaltung mit Dialysepatienten</b> .....	<b>77</b>
7.1	Gelungene Beziehungsarbeit: Was ist das? .....	78
7.2	Bedeutung von Authentizität, Empathie und Wertschätzung .....	80
7.2.1	Authentizität .....	80
7.2.2	Empathie .....	82
7.2.3	Wertschätzung .....	84
7.3	Ziel der Beziehungsarbeit: Die Selbstverantwortung des Dialysepatienten .....	86
7.4	Chronisch krank oder bedingt gesund? .....	88
7.5	Das Mittel der Beziehungsarbeit: Kommunikation in der Dialyse .....	89
7.5.1	Die Kunst der Gesprächsführung – Jede Nachricht hat 4 Seiten .....	90
7.5.2	Wahrnehmung in Gesprächen: »Der Akteur-Beobachter-Effekt« .....	94
<b>8</b>	<b>Der neue Patient in der Dialyse</b> .....	<b>97</b>
8.1	Die erste Begegnung .....	98
8.1.1	Der Ort der Begegnung .....	98
8.1.2	Die Metapher »inneres Team«: Auf welche Stimme soll ich hören? .....	99
8.2	Leitfaden für das Erstgespräch .....	103
8.3	Visualisierung von Informationen .....	104
8.3.1	Was bedeutet gehirngerechte Informationsvermittlung? .....	104
<b>9</b>	<b>Der »chronisch schwierige« Patient</b> .....	<b>107</b>
9.1	Merkmale des schwierigen Patienten .....	109
9.1.1	Einteilung schwieriger Patienten .....	109
9.1.2	Vorurteile in Beratungssituationen: Wie schwierige Patienten wahrgenommen werden .....	111
9.2	Wahrnehmungswesen – und ihre Auswirkungen .....	113
<b>10</b>	<b>Worüber man sprechen sollte: Schwierige Themen in der Dialyse</b> .....	<b>117</b>
10.1	Geschlechterrollen: Geschlechtsneutralität in der Dialyse gibt es nicht! .....	118
10.2	Du oder Sie? Formen der Ansprache .....	119
10.3	Mangelnde Hygiene .....	119
10.4	Dialysieren – ohne Zustimmung des Patienten .....	120
10.5	Ausländische Patienten .....	120
<b>11</b>	<b>Zwischen Hinwendung und Abgrenzung in der Betreuung</b> .....	<b>123</b>
11.1	Selbstwahrnehmung und berufliches Selbstverständnis .....	124
11.2	Feed-back – »Ich« im Spiegel der anderen .....	127
11.2.1	Feed-back – eine Chance zur Entwicklung der Selbst- und Fremdwahrnehmung .....	130
11.3	Das Burn-out-Phänomen .....	132
11.4	Arbeit im Team: Arbeitsteilung und Unterstützung .....	133
11.4.1	Die Teambesprechung .....	134
<b>12</b>	<b>Beratung</b> .....	<b>137</b>
12.1	Patientenorientierte Beratungsarbeit .....	138
12.1.1	Beratung – und subjektive Wirklichkeit .....	138
12.1.2	Beratung – ganz praktisch gesehen .....	139

12.1.3	Wo Beratung stattfinden kann.....	139
12.1.4	Beratungszeiten: Wann soll beraten werden? .....	141
12.1.5	Mit welchen Hoffnungen/Befürchtungen kommen Patienten bzw. Pfleger in die Beratung?.....	141
12.1.6	Was fördert bzw. behindert die Beratung? .....	143
12.2	Wie Beratungsgespräche geplant und durchgeführt werden .....	143
12.2.1	Evaluation: Rückblick auf den Gesprächsverlauf.....	145
<b>13</b>	<b>Dialyse und Soziales: Sozialrechtliche Handlungskompetenz im Dialysealltag (Stand 01.01.2005) .....</b>	<b>147</b>
13.1	Die Rechte von Menschen mit Nierenerkrankungen.....	148
13.1.1	Der GdB – Nierenfunktionseinschränkung .....	148
13.1.2	Vorteile des Schwerbehindertenausweises.....	148
13.2	Patientenbeispiele aus der Dialysepraxis.....	150
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>157</b>
	<b>Stichwortverzeichnis.....</b>	<b>163</b>

Resultierend aus zahlreich durchgeführten Seminaren mit Ärzten und Pflegefachpersonal wurden Fallbeispiele aus der täglichen Arbeit mit Patienten in dem Buch „Arbeiten mit Dialysepatienten“ dargestellt, reflektiert und durch theoretische Erklärungsansätze erläutert und erweitert.

Ziel des Buches war es, die Komplexität des Dialysegeschehens, das Selbsterleben des Patienten mit der Krankheit und die Auswirkungen der Krankheit und Krankheitsverarbeitung zwischen Patient und Fachpersonal verständlich darzustellen. Praktische Fallbeispiele, vom Fachpersonal geschildert, sowie Aspekte aus der Psychonephrologie, Psychoanalyse, Pädagogik und der Sozialpädagogik verdeutlichen spezifische Interaktionsweisen und zeigen konkrete alternative Handlungsmöglichkeiten auf.

Eine vertiefende Auseinandersetzung zum Thema „Selbsterleben des Dialysepatienten“ - unter Berücksichtigung der Dialyseverfahren (Hämodialyse und Peritonealdialyse) - soll in diesem Kapitel der Arbeit stattfinden, nachdem die terminale Niereninsuffizienz und die Dialyseverfahren dargestellt wurden.

## **5.1 Terminale Niereninsuffizienz**

### **5.1.1 Physische Symptome**

Als terminale Niereninsuffizienz wird eine über längere Zeit bestehende, progrediente, meist irreversible Einschränkung der Nierenfunktion bezeichnet, die letztendlich zu einem terminalen Nierenversagen führt. Die Niereninsuffizienz geht einher mit körperlichen Symptomen und multiplen Organstörungen wie Störungen des Natrium- und Wasserhaushaltes, des Eiweiß-, Hormon- und Säure-Basen-Haushaltes, des Fettstoffwechsels, der Sammlung harnpflichtiger Substanzen im Blut sowie gastrointestinalen Störungen, u.a. Herz-Kreislauf-Komplikationen. Die Betroffenen berichten über eine hohe Anzahl körperlicher Einschränkungen: Müdigkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche, Appetitlosigkeit, Juckreiz, Unruhe der Beine (restless legs), Muskelkrämpfe, periphere Ödeme, Appetitlosigkeit.

Die Ursachen sind vielfältig, unterschieden werden die akute und die chronische Niereninsuffizienz. Das akute Nierenversagen ist meist Folge einer plötzlichen Mangel durchblutung der Nieren, z.B. durch Unfälle, plötzlichen Blutverlust oder Vergiftung. Die chronische Niereninsuffizienz, um die es hier in dieser Arbeit geht, wird in den meisten Fällen ausgelöst durch eine Entzündung der Nierenkörperchen (Glomerulonephritis), Zystenbildung oder eine Nierenschädigung als Folge einer langjährigen Zuckerkrankheit (diabetische Nephropathie) oder eines Bluthochdrucks (Balck; Muthny 2015).

Die Entscheidung zur Dialysebehandlung wird vom klinischen Zustand des Patienten und von der Entwicklung urämischer Symptome abhängig gemacht, die plötzlich (akute Niereninsuffizienz) oder über einen längeren Zeitraum (chronische Niereninsuffizienz) eintreten können (Hörl, Wanner 2003). Bei der chronischen Niereninsuffizienz übernimmt das gesunde Nierengewebe die Aufgaben, weshalb die Krankheit häufig zufällig oder erst in einem späten Stadium entdeckt wird.

Die terminale Niereninsuffizienz ist ein hochkomplexer Eingriff in das Zusammenspiel körperlicher Abläufe und hat damit auch weitreichende psychische und psychosoziale Auswirkungen. Unbehandelt führt die Krankheit innerhalb weniger Tage zum Tod. Als Indikator der Nierenleistung gilt u.a. der Serumkreatininwert. Hat er einen bestimmten Wert erreicht, wird der Shunt gelegt. Dieser Zeitpunkt ist für den Dialysepatienten ein wichtiges und prägendes Ereignis (Koch 2000; Breuch und Müller 2014).

### **5.1.2 Dialysebehandlung der terminalen Niereninsuffizienz**

Mit den Nierenersatztherapien<sup>26</sup> Hämodialyse, Peritonealdialyse und der Nierentransplantation stehen für Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz erfolgreiche und dauerhafte Therapien zur Lebensverlängerung zur Verfügung. Heute kann in Deutschland jedem Patienten mit chronischem Nierenversagen eine Form der Nierenersatztherapie auf hohem medizinischem und technischem

---

<sup>26</sup> Dialyse: griech. Dialysis = Auflösung, Trennung. Bezeichnet wird die künstliche Blutwäsche bei Menschen mit schweren Nierenschäden, deren Nieren den Körper nicht mehr von schädlichen Substanzen und überflüssigen Wasser befreien können (Koch 2000; Breuch, Müller 2014).

Niveau angeboten werden. Die Dialysebehandlung zählt zu den Routineverfahren bei der Behandlung von akuter und chronischer terminaler Niereninsuffizienz. Der Mensch hat sich zum Erhalt seines Lebens auf eine Abhängigkeit von einer „Nieren-Prothese“ einzustellen, wenn keine Transplantation möglich ist, und dies bis an sein Lebensende.

Zwei verschiedene Dialysetechniken stehen zur Behandlung der terminalen Niereninsuffizienz zur Verfügung. Es gibt ein Verfahren, das das Blut mit Hilfe eines extrakorporalen Verfahrens (außerhalb des Körpers) reinigt und ein Verfahren, welches das Blut innerhalb des Körpers reinigt. Der Dialysevorgang selbst ist für den Patienten, bis auf das Stechen der Dialyسنadel in den Shunt, völlig schmerzfrei. Die Dialyse kann die Funktionen der Nieren nicht vollständig ersetzen und Vergiftungsprozesse im Körper nicht vollständig verhindern. Die sich im Laufe der Jahre im Körper ansammelnden Stoffe können über Jahre zu verschiedenen körperlichen Komplikationen führen (Knochenschmerzen, Juckreiz, Herz- und Muskelschwäche, Vitalitätsverlust, Nervenstörungen...) (Geberth et al. 2014).

### 5.1.3 Hämodialyse (HD)

Zurzeit werden 92% aller Dialysepatienten mit der chronisch intermittierenden Hämodialyse behandelt. Die meisten Patienten müssen zur Lebenserhaltung mit dem extrakorporalen Verfahren dreimal pro Woche für jeweils 4 bis 7 Stunden mit einem Dialyseverfahren behandelt werden, das entweder in einer Zentrumsdialyse/ Klinik oder in Form der Heimdialyse zu Hause durchgeführt wird. In Zentrumsdialysen werden die Patienten durch das Fachpersonal unterstützt, die Heimdialyse führt der Patient mithilfe der Angehörigen durch. Die Limited-Care-Dialyse zeichnet sich durch die weitgehende selbstständige Behandlung der Patienten bei reduziertem Fachpersonal aus. Bei der Hämodialyse wird dem Körper regelmäßig eine große Menge Blut entnommen, gereinigt und ihm wieder zugeführt. Das Blut des Patienten wird durch einen Schlauch zum Dialysegerät in einen Dialysator (Filter) geleitet. Es fließt meist in einer Richtung an der Membran vorbei, die Spülflüssigkeit fließt in der anderen Richtung (Gegenstromprinzip). Innerhalb von drei bis vier Minuten strömt ein Liter Blut

durch den Dialysator. Die Reinigung und Entwässerung des Blutes erfolgt nach dem Prinzip der Diffusion: Von der Seite mit der hohen Konzentration wandern die Teilchen auf die Seite mit der niedrigen Konzentration, und zwar so lange, bis ein Ausgleich der Stoffkonzentrationen erreicht ist. Giftige Stoffe treten über winzige Poren in der Membran in die Spülflüssigkeit über. Indem das Dialysegerät einen Unterdruck erzeugt, kann es auch überschüssiges Wasser aus dem Körper entziehen. Anschließend wird das gereinigte entwässerte Blut mit angereicherten Stoffen über den Shunt wieder in den Körper zurückgeführt. Aus dem Blut werden schädliche Stoffe entfernt und erwünschte Stoffe wieder hinzugefügt. (Koch 2000; Breuch, Müller 2014).



© Jupiterimages/iStockphoto

**Abbildung 1: Patient an der Hämodialyse**

#### 5.1.3.1 Zugang zum Körper - Dialyse-Shunt:

Wenn ein Patient dauerhaft dialysiert werden muss, bekommt er am häufigsten einen arteriovenösen Dialyse- oder Cimino-Shunt (engl. Kurzschluss) am Unterarm gelegt. Über einen kleinen Schnitt werden eine Arterie und eine Vene freigelegt und miteinander verbunden. Der Shunt, der für jede Dialyse durch die Haut punktiert werden muss, verbindet die Arterie mit einer Vene, um eine ausreichende Geschwindigkeit des Blutflusses zu gewährleisten und zusätzlich die Gefäßwände für die regelmäßige Punktion ausreichend zu verdicken.

#### 5.1.4 Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse - PD)

Bei diesem intrakorporalen Verfahren dient das Bauchfell (Peritoneum) als Membran. Das Peritoneum als eine Haut, ein gut durchblutetes Gewebe, die die Bauchhöhle auskleidet, einen große Teile des Darms umhüllt und auch eine wichtige Funktion für die Immunabwehr des Körpers übernimmt. Aufgrund der besonderen Eigenschaften, kann das Peritoneum als zum Herausfiltern giftiger Stoffe wie eine „künstliche Niere“ genutzt werden.

Die Mediziner unterscheiden bei der Peritonealdialyse zwei Vorgehensweisen:

Die kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse: Bei diesem Verfahren wechselt der Patient die Spüllösung selbst aus. Über einen permanent in das Bauchfell implantierten Peritonealdialysekatheter, an dem ein steriles Schlauchsystem befestigt ist, wird 3- bis 5-mal täglich 1,5 - 2,5 l Dialyselösung keimfrei in die Bauchhöhle instilliert. Nach dem Prinzip der Osmose wandern giftige Stoffwechselprodukte aus dem Blut über das Bauchfell in die Dialyselösung. Der Patient kann sich mit der Dialyseflüssigkeit im Bauch frei bewegen. Nach tagsüber ca. 4 Stunden und nachts bis zu 9 Stunden wird die Dialyseflüssigkeit in einen Abflussbeutel abgelassen und durch neue Flüssigkeit ersetzt. Nach einigen Stunden ist die Dialyselösung erneut mit Giftstoffen gesättigt und wird wiederum ausgetauscht.

Die intermittierende Peritonealdialyse wird mithilfe einer Maschine (Cycler) nachts zu Hause durchgeführt. In mehreren Zyklen tauscht die Maschine pro Nacht insgesamt 12 bis 15 Liter Flüssigkeit aus. Bei diesem Verfahren sind die Betroffenen tagsüber mobiler und fast nicht eingeschränkt.

Bei beiden Formen der Peritonealdialyse wird ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Disziplin gefordert. Die Patienten müssen nur fest vereinbarte Termine, manchmal nur einmal im Monat, zu Routineuntersuchungen bei den behandelnden Ärzten wahrnehmen (Koch 2000; Breuch, Müller 2014).

Die Peritonealdialyse (PD) kann eigenverantwortlich, selbstständig und ortsunabhängig vom Patienten durchgeführt werden. Dafür erhält jeder Patient durch eine Dialysefachkraft aus dem Zentrum eine intensive Schulung, die über mehrere Tage geht.



© Jupiterimages/iStockphoto

## **Abbildung 2: Patient an der Peritonealdialyse**

### **5.1.4.1 Zugang zum Körper: Katheter**

Vor Beginn der Therapie wird ein Katheder unter Vollnarkose in der Bauchwand fest verankert. Er besteht aus Silikon, ist etwa 35 Zentimeter lang und hat einen Durchmesser von fünf Millimetern.

### **5.1.5 Beteiligung des Patienten an der Wahl des Dialyseverfahrens**

Bei der Hämodialyse und der Peritonealdialyse handelt es sich um zwei unterschiedliche, aber gleichwertige und integrative Verfahren. Die Entscheidung, welches Dialyseverfahren angewendet wird, hängt von medizinischen und individuellen Patienten-Kriterien ab. In der Praxis liegt es im Allgemeinen im Ermessen des Arztes, wie er eine den Kriterien entsprechende Zuordnung zu einem bestimmten Dialyseverfahren durchführt und gemeinsam mit dem Patienten die optimale Therapie bespricht und/ oder auswählt.

Kriterien, die für die Auswahl des Verfahrens berücksichtigt werden können sind:

- Der medizinische Zustand des Patienten und seine körperlichen und kognitiven Voraussetzungen, bestimmte psychische, soziale und familiäre Bedingungen, die z.B. für die PD erfüllt sein müssen.
- Die Bereitschaft des Arztes, beide Behandlungsmöglichkeiten mit Patienten, die dafür prädestiniert sind, besprechen zu wollen.
- Die Entscheidung des Patienten, der die Wahl des Dialyseverfahrens mitbestimmen kann (Breuch; Müller 2014).

## 5.2 Hämodialyse und Peritonealdialyse im Vergleich (Medizin/Struktur)

	<b>Hämodialyse</b>	<b>Peritonealdialyse</b>
Behandlung	In Zentren/ Kliniken	Überall durchführbar
Dialysebeginn	wird als Initialtherapie empfohlen	wird als Initialtherapie bevorzugt
Zielgruppe: Patienten	Für unsichere, ältere, eingeschränkte Menschen.	Für selbständige, verantwortungsbewusste, unabhängige Menschen
Durchführbarkeit	Ist fast immer möglich	Ist nicht immer möglich (Verwachsungen, Darmerkrankungen, nicht gewollt)
Ort / Zeit	Strukturelle Vorgaben 3 mal wöchentlich 3-7 Std.	Räumlich und zeitlich mehr Freiheit, täglich kontinuierliche Durchführung
Behandlung	Keine kontinuierliche Entgiftung: Ansammlung von Giftstoffen im Körper (Symptome), gelegentlich körperliche Probleme (Kreislauf)	Kontinuierliche Entgiftung (weniger Symptome), bessere Verträglichkeit, kreislaufschonend
Dialysezugang	Shunt, Arm muss geschont werden	Ständiger Katheder, Badeverbot
Ernährung /Trinken	Kontrolliert, Einschränkungen an Menge und Inhaltsstoffen	Mehr Freiheit in Auswahl und Menge
Ausscheidung	stellt sich eher ein	bleibt länger erhalten
Körpererleben	Bei der Punktion Schmerzen	Kaum vorhanden – bei Peritonitis (Bauchfellentzündungen), Pilzerkrankungen
Selbstständigkeit an der Dialyse	wird nicht erwartet / z.T. nicht gewünscht, im Umgang mit diätetischen Regeln/Gewicht ist Selbstständigkeit erwünscht	Übernahme von Verantwortung ist Voraussetzung
Informationen zum Dialyseverfahren	Patient wird individuell informiert, nicht selbstverantwortlich gefordert	Patienten werden so geschult, dass sie eigenverantwortlich die Selbstbehandlung übernehmen können, sind offen und neugierig auf Neuigkeiten
Anpassung Angewiesenheit	eher passiv Unabhängiger, aber auch angewiesen auf Fachpersonal	autonom Abhängigkeit vom Fachpersonal

Urlaub	Angehörige Dialyse vor Ort muss vor Urlaubsbeginn kontaktiert werden, evtl. unterschiedliche Materialien	Reisen sind unkompliziert, Material wird an den Urlaubsort geliefert
Beziehung zum Fachpersonal	Intensiv, dadurch Konflikte/ Übertragungen Manchmal edukative und pseudofamiliäre Tendenzen	Beratend, durch Selbstverantwortung und zeitliche Distanz professioneller
Voraussetzungen	keine	selbstverantwortliches Handeln, gutes Unterstützungssystem

**Tabelle 1: Heine (Universitätsklinik Düsseldorf, 2016); Keller (2010); Sokol (2014, [2]) Schöffling (2010); Kuttner, Zhang und Barnhart, Collins (2005).**

### **5.2.1 Stand der aktuellen Forschung: Stressoren und psychische Reaktionen von Dialysepatienten**

Die Auswahl der Darstellung wissenschaftlicher Erkenntnisse wird vom eigenen Untersuchungsinteresse bestimmt.

### **5.3 Psychisches Belastungsreaktionen und psychosoziale Folgen durch eine körperliche chronische Krankheit**

Die am häufigsten genannten Belastungsfaktoren und Reaktionen von Broda (1987); Beutel (1988); Muthny (1992); Fitzgerald Miller (2000); Ballack (2008); Schöffling (2010); [1],[2],[5] Sokol (2006,2014,2015) werden zusammengefasst, um ein Teil des Erlebensspektrums der Betroffenen abzubilden:

- **Veränderung des Körpererlebens**

Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit, Körperbildveränderungen, Nachlassen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, Aufmerksamkeitsdauer und Belastbarkeit, körperliche Verletzungen durch Diagnostik, Operationen und Behandlungen, Veränderungen körperlicher und sexueller Aktivitäten, Angst, die Kontrolle über bestimmte

Körperfunktionen oder Körperteile zu verlieren und damit die Selbstständigkeit, Schmerzen.

- **Irreversibilität des Zustandes und Lebensbedrohung**  
ständige latente Todesbedrohung, Wissen um schleichende Verschlechterungen, Prognose, Nichtvorhersehbarkeit der Symptome und des Krankheitsverlaufes, Kontrollverlust, unklare Zukunftsperspektiven, Zukunftspläne werden ungewiss.

- **Verletzungen des Selbstkonzeptes**

Ertragen von Gefühlen, Affekten, Veränderungen, Abhängigkeit, Selbstwert, Selbstakzeptanz, Gefährdung der Autonomie, Spontaneität und der Selbstwirksamkeit, Trauer um Verlust und Veränderung von Idealvorstellungen/Wertvorstellungen, Schuldgefühle und Angst, das Gesundheitsproblem selbst verursacht zu haben, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Anpassung versus Individualität.

- **Verlust vertrauter Rollen und sozialer Vernetzung**

- **Neuverteilung familiärer Aufgaben**

Unterbrechung oder Aufgabe der Berufstätigkeit, Trennungen, Rückzug, Stigmatisierung, Vereinsamung, Verlust von sozialer Funktionsfähigkeit, angewiesen sein auf andere, Angst, die Liebe und Anerkennung nahestehender Menschen zu verlieren und damit die Zugehörigkeit, Abschied von bisherigen Lebensweisen.

- **Anpassung an das medizinische Setting**

- **Orientierung an Erfordernissen**

Orientierung an Praxis- und Klinikroutinen, medizinische Abläufe bestimmen den Lebensrhythmus, psychische Anpassungsleistung, Umstellung und Einschränkungen entsprechender medizinischer Notwendigkeiten (Ernährung, Medikamenteneinnahmen), Auseinandersetzung mit medizinischer Terminologie und Behandlungstechniken.

Durch die Vergiftungsprozesse im Körper, an denen auch das Gehirn beteiligt ist, sind Anpassungsleistungen in ihren erforderlichen Funktionen zusätzlich beeinträchtigt.

Beutel (1990) stellt folgende Reaktionen und psychosozialen Folgen von chronischen Erkrankungen, die häufig auftreten und als krankheitsübergreifend gesehen werden können, zusammen:

- Die **Bewältigung der Belastung** löst vielfältige Reaktionen aus: Angst, Depression, Aggression, Kontrollverlust, Hilflosigkeit bis hin zu psychischen Störungen und Belastungsreaktionen,
- **veränderte Einstellungen** zur eigenen Person: vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Hemmung, Selbstabwertung,
- **deutliche Verminderung** sexueller Aktivitäten und gehäufte Störungen sexueller Funktionen,
- **unbefriedigende Compliance** beim Einhalten medizinischer Maßnahmen und Empfehlungen,
- **häufige Aufgabe** von Berufstätigkeit mit Folgen wie Statusverlust, Einkommenseinbußen und veränderten sozialen Rollen, Verminderung von Sozialkontakten und Freizeitaktivitäten.

## 6 Körper- und Selbsterleben des Dialysepatienten

Die Beeinträchtigung des Körperbildes (Körperschemastörung), verzerrte Wahrnehmungen der äußerern Erscheinung, des Leistungsvermögens und der stetigen „Übergriffligkeit“ durch Untersuchungs- und Behandlungstechniken haben einen großen Einfluss auf das Selbstkonzept<sup>27</sup> und auf das Selbsterleben. Eine vielleicht bis dahin vorhandene Grundsicherheit durch die verlässliche Funktionalität des Körpers, des Organs Niere und der Blasenfunktion ist bedroht und lässt sich durch die regelmäßige lebenserhaltende Notwendigkeit einer Dialysebehandlung auch nicht verleugnen.

Die Fistel (HD) und der Bauchkatheter (PD) rücken in den Fokus der konzentrierten Aufmerksamkeit; sie werden zu einem Lebenszentrum (Speidel 1985, S. 240). Durch die einerseits unvermeidliche „Schädigung“ des Körpers und andererseits durch die absolute Notwendigkeit für das Überleben werden ambivalente Gefühle erzeugt, die die volle Aufmerksamkeit des Patienten binden. Speidel (1985) beschreibt dieses *Lebenszentrum* als *zweiten Nabel*. Manchmal verbindet der Patient die funktionale Verschmolzenheit mit dem Dialyse-Equipment in einer unbewussten Fantasie mit der versorgenden Nabelschnur der Mutter. Auch Decker (2004, S.106) beschreibt in Anlehnung an Gaus et al., dass auf einer unbewussten Ebene von Patienten die künstliche Niere als Prothese im Sinne früherer Objektbeziehungen und deren inneren psychischen Repräsentanzen erlebt werden kann. Er stellt im psychoanalytischen Sinne die Prothetisierung als einen stabilisierenden psychischen Vorgang in der Entwicklungsphase (Säugling) der erotischen und narzisstischen Besetzung des Objektes dar (ebenda, S.22 ff.) Frühere Erfahrungen bahnen sich hier einen Weg: Gemeint ist eine Versorgungssituation der intrauterinen Entwicklungsstufe, in der die Differenzierung zwischen innen und außen noch nicht vollzogen wurde. Die Umgebung erscheint dem Säugling als Teil seines *Selbst*. Die damit verbundene

---

<sup>27</sup> Unter Selbstkonzept wird die Gesamtheit der auf die eigene Person bezogenen Bewertungen, Beurteilungen und Einstellungen eines Individuums verstanden und deren entsprechende Selbstregulationsprozesse. Es ist eine kognitive Repräsentation des Selbst und eine Gesamtheit aller Ansichten, die eine Person über sich gesammelt hat. Es bezieht sich auf den eigenen Körper, Fähigkeiten, Interessen, Gefühle, Wünsche und Verhalten (Mertens, 2014).

Erfahrung über einen einheitlichen Körper ist imaginär durch Spiegelungsprozesse verinnerlicht (Küchenhoff 1992, S.79). Wurde die Mutter einst als versorgend und haltend erlebt, kann diese körperliche Erfahrung unbewusst in Analogie zur künstlichen Niere positiv reaktiviert werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt der terminalen Niereninsuffizienz ist die zu Beginn eingeschränkte Funktionsfähigkeit der Blase, die kontinuierlich abnimmt, bis sie sich ganz einstellt. Die Blase ist ein Ausscheidungsorgan des Verdauungstraktes. Schmidt-Boß (2007, S.385) formuliert partielle Übereinstimmungen mit Merkmalen aus der psychosexuellen Entwicklung. Hier bezieht sie sich besonders auf den Schließmuskel der Harnblase und die Funktion des Verschließens, des willentlichen Zurückhaltens und des Einleitens, sowie das Kontrollbedürfnis. Diese Fähigkeit ist für die Separation- und Autonomieentwicklung bedeutsam. Die Selbstkontrolle steht nach Heinemann, Hopf (2004) für Eigenständigkeit.

Decker et al. (2000) beschäftigten sich mit dem Körpererleben des Dialysepatienten während der Behandlung. Vor einer Transplantation beschreibt er das Körpererleben der Patienten in sehr großer Distanz zum erkrankten Organ.

Unabhängig von der narzisstischen Kränkung, der Körperbildveränderung und der Veränderung der Körperempfindung, die beide Dialyseformen verursachen, erlebt sich der Dialysepatient, der mit der Peritonealdialyse behandelt wird, als weniger belastet (Schöffling 2012; S.195ff; Sokol 2014 [2], S.64ff.). Diesem Phänomen wird in den nächsten Darstellungen weiter nachgegangen.

## **6.1 Peritonealdialyse: Eine Behandlung im Inneren**

Der Entgiftungsprozess findet im Inneren des Körpers, durch ein eigenes im Körper liegendes Organ (Peritoneum) statt und wird damit als ein vertrauterer Vorgang erlebt. Winnicott (1972) beschreibt die Entwicklung einzelner Körperzonen- und Körperteilrepräsentanzen, die auch an die in Anlehnung von Schmitz (1965, S.27) definierten Leibinseln erinnern. Das anfänglich körpernahe Selbst besteht aus vielen Teilen, die sich durch Unlust- und lustvolle Erfahrung, durch Befriedigung oder Frustration bei der Ernährung und Körpernähe entweder fragmentieren oder sich verbinden. Dies beschreibt Winnicott als die Basis erster

psychischer Repräsentanzen von Körperzonen und Körperteilen und der Entwicklung von inneren Bildern des Körpers, einhergehend mit einer Selbsterfahrung. Die damit verbundene biologisch-physiologische Bedürfnisbefriedigung und Körpererfahrung führt nach Borkenhagen (2000 S.91) über das Körpererleben zu einer Binnendifferenzierung des Körpers. Durch die Körpererfahrung an den Körpergrenzen bildet sich das Bild des begrenzten Objektes. Dieses Bild wird realitätskonform mit der realen Körpergrenze abgeglichen.

Der Körper wird als vertrautes Objekt erlebt. Bei diesem körpernah-erlebenden Selbstempfinden handelt es sich nicht um ein bewusstes Erleben, sondern um ein präreflexives Erleben, d.h. das Wahrnehmen des Getrenntseins ist noch nicht bewusst (Lacan 1986). Im Sinne von Kohut (1976/1981) verstehe ich die Aufmerksamkeitsverschiebung des Patienten als Schutz vor einer drohenden Selbstfragmentierung oder einem Selbstobjektverlust.

## **6.2 Hämodialyse: Eine Behandlung im Äußeren**

Bei der Hämodialyse wird ein inneres körperliches System - die Nierentätigkeit - nach außen verlegt. Bisher innere körperliche Vorgänge wie Entgiftung und Entwässerung finden nunmehr sichtbar außerhalb des Körpers statt. Die Dialyse wird zu einem erweiterten körperlichen Raum. Körpergrenzen werden verschoben. Je nach Stabilität und Flexibilität der Körpergrenzen und der Körper-Selbststruktur werden von Joraschky (2009) Grenzstörungen im Zusammenhang mit Untersuchungen und Operationen zur Implementierung eines Organersatzes beschrieben. Diese zeigen sich im Selbsterleben, durch Gefühle der Fremdheit sich selbst gegenüber, zum eigenen Körper und im sozialen Kontakt. Dies kann zu Körperbildstörungen und zu dissoziativen Störungen führen. Der jeweilige Arm mit der Fistel (Shunt) wird als nicht zugehörig erlebt. Nach Schilder (1973, S.27) werden die Organe-Repräsentanzen, die ein hohes Maß an libidinöser Spannung enthalten, von der Körper-Selbstrepräsentanz in extremer „hypochondrischer“ Weise abgespalten. Die Spaltung wird als ein Abwehrmechanismus verstanden. Indem die Organe-Repräsentanzen zum Objekt der eigenen Wahrnehmung werden, kann eine Stabilisierung der Integrität des Selbst erhalten bleiben. Der

Fragmentierungsgrad ist nach Federn (1978) von der narzisstischen Besetzung des Körpers oder der Körperteile, sowie des Ich/Selbst abhängig.

Patienten schützen die für die Behandlung wichtigen Körperstellen (Zugänge) vor Verletzungen und sich selbst vor den Blicken anderer Menschen. Die Fistel erzeugt durch das Zusammenlegen der Arterie und der Vene ein lautes Fließgeräusch, was einerseits als störend erlebt wird und andererseits als Lebenszeichen gewünscht ist. Das Fließgeräusch als Symbol des Lebensflusses erinnert gleichzeitig daran, dass die Lebenserhaltung nur bedingt kontrollierbar ist. Es konfrontiert die Patienten mit der Endlichkeit des Lebens. Statt sich bewusst mit diesen Themen zu beschäftigen, zu trauern, wird Verlusterfahrung verleugnet oder durch Phantasien über Kontrolle und Macht ins Gegenteil verkehrt. Durch die Aufrechterhaltung einer scheinbaren Kontrollfähigkeit des Fließgeräusches können Hilflosigkeit und Angst bewältigt werden. Die Verleugnung z.B. der Endlichkeit dient hier als Schutzmechanismus. Gelingt diese Abwehr von Reizüberflutung nicht, kann es zu einer traumatischen Reaktion kommen. In Anlehnung an Küchenhoff (1992, S. 79), wird das Abbild des eigenen Körpers als einheitliche Gestalt erfasst und so als ein einheitliches Körperbild verinnerlicht. Dieses kohärente Körperbild ist narzisstisch besetzt und verfolgt den inneren Wunsch der Selbststabilisierung darüber, dass über den Körper selbst verfügt werden kann.

Die Kontrolle der Fistel kann auch im übertragenen Sinn die Regulation für weitere Themen im Zusammenhang mit Kontrollverlust (Partnerschaft, Ernährung) sein. Andere Formen der Integration in das Körper-*Selbst* finden durch Projektionen menschlicher Eigenschaften auf die Maschine statt: „meine Niere“, Namen wie Ben oder eine soziale Rolle wie z.B. Partner oder Partnerin. Identifikationen mit der Maschine ermöglichen die Einverleibung. Im Sinne des Abwehrmechanismus der Reaktionsbildung wird das Dialysegerät zum Freund, wodurch auch Angst reguliert wird. Diese Strategie kann als Reaktion auf Verlusterfahrung initiiert werden.

### 6.3 Umgang mit den Einschränkungen der Grundbedürfnisse Essen und Trinken

Dialysepatienten sind gezwungen, sich in vielerlei Hinsicht einzuschränken. Emotionen müssen im Sinn der Anpassung zurückgenommen und kontrolliert werden. Auf lustvolle Grundbedürfnisse wie Ess- und Trinkgewohnheiten muss verzichtet oder deren Zubereitung und Verzehr kontrolliert werden.

Essen und Trinken gehören zu den Primärbedürfnissen des Menschen. Von Geburt an wird die Motivation zur Bedürfnisbefriedigung durch ein intensives Körpergefühl ausgelöst. Freud stellt in seinem Phasenmodell der psychosexuellen Entwicklung die orale Phase als den Abschnitt dar, in dem durch die Nahrungsaufnahme die Lusterfahrung an den Mund gekoppelt wird. Hunger oder Durst sind für den Säugling eine reine Körpererfahrung. Im vital-körperlichen Bereich steht nach Rudolf (2005, S.106) der Rhythmus von Hunger und Sättigung, die Erfahrung des passiv Gefüttertwerdens und die allmähliche Entwicklung oral-motorischer Aktivität. Die Nahrung ist eng mit der Mutter assoziiert. Selvini-Palazzoli (1982, S.112) nennt sie [...]„Körpersubstanz“[...]. Durch die Mutter-Kind-Interaktion beim Stillen oder Füttern wird die Nahrungsaufnahme gekoppelt mit grundlegenden emotionalen Erfahrungen, die stabilisierend sein können, wie Sättigung, Verlässlichkeit, Zuwendung, Entspannung, Sinnlichkeit, Lusterleben, Geselligkeit, orale Kompensation von Stress. Wird dem Kind die Nahrung verweigert und damit Verlässlichkeit, Nähe etc. genommen, entwickelt es Bedrohungsgefühle und Ängste (Seiffge-Krenke 2009). Moré (2003) beschreibt Hungergefühl als ein Selbstempfinden, das sich steigern kann bis zu einem überwältigenden Schmerzerleben, das den Säugling völlig vereinnahmt. Der Säugling verinnerlicht das Gefühl, seine Umwelt nicht beeinflussen zu können und ihr hilflos ausgeliefert zu sein, was sich auf die folgenden Entwicklungsphasen auswirkt. Es sind diese Verbindungen zwischen Wahrnehmungen und Gefühlen, die in Form von Erinnerungen gespeichert werden. Ein Bild von Viktor von Weizsäcker vergleicht den Menschen mit einer Röhre, die unten und oben geöffnet ist. Nach ihm sei der physische und psychische Organismus ohne Prozesse von Aufnahme, Verarbeitung und Ausscheidung nicht lebensfähig. Die damit verbundenen erogenen Zonen: Mund, Atmungsorgane, Haut werden

assoziiert mit Einverleibung. Intestinaltrakt und Atmungsorgane werden assoziiert mit Ausscheidung (Brähler 1995, S.21). Erweitert wurden diese Theorien durch zusätzliche Erlebnisbereiche wie die vielfältigen sensomotorischen Eindrücke in der Entwicklungsphase der körperlichen Ablösung (laufen lernen). Die Bedeutung der erogenen Zonen, der Einverleibung für die Entwicklung des Selbsterlebens ist nicht nur wichtig für das Erreichen der Selbst- und Objektgrenzen (Erikson 1950), sondern fördert auch die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanz, zwischen dem Innen und dem Außen, zwischen dem Selbst als eigener Person und dem Nicht-Selbst. Diese frühe Bedeutung bleibt in der weiteren Entwicklung erhalten und entfaltet in Lebenssituationen ihre potentielle Wirksamkeit (Mertens 1981). Grundlegende Erfahrungen, die im Zusammenhang mit eingeschränkten Körperfunktionen stehen, wie beim Dialysepatienten, verbunden mit der Einschränkung der oralen Versorgung, sind offensichtlich verbunden mit der Schwächung, Genese und Stärkung der Ich-Funktionen. Nach Brähler (1995, S.23) können Einverleibungstendenzen zur Differenzierung und Gestaltung (Nähe/ Distanz) durch Interaktion in menschlichen Beziehungen auftreten und zur Verarbeitung von Verlusterfahrungen führen. Zu diesen Erfahrungen gehört auch ein Funktionsverlust der Organe, der mit unbewussten Wünschen assoziiert wird.

Essen ist auch das Mittel der Auseinandersetzung mit den Eltern, die zur weiteren Loslösung und Individuation notwendig ist. In seinem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung beschreibt Erikson (1973) das erste Lebensjahr als die Phase der Ambivalenz zwischen Ur-Vertrauen und Ur-Misstrauen. Ur-Vertrauen definiert er als ein „Gefühl des Sich-Verlassen-Dürfens“. Die Bindung zur Mutter und die damit verbundene Nahrungsaufnahme spielen neben der körperlichen Nähe eine bedeutende Rolle in der Abwehr des Ur-Misstrauens.

Diese Mutterbindung und die damit zusammenhängende Nahrungsaufnahme kann im Hinblick auf die Situation des Kindes mit dem Satz: „*Ich bin, was man mir gibt*“ pointiert beschrieben werden. Positive oder negative Gefühlszustände in späteren Beziehungen aktivieren ein bestimmtes Essverhalten, z.B. stressbedingtes Essen als orale Kompensation (Fehrmann 2002). Erlebnisse im Zusammenhang mit Bedürfnis und Bedürfnisbefriedigung werden auf

neurologischer Ebene verknüpft und als ein zusammengehöriges Erfahrungsabbild gespeichert, mit Auswirkungen auf die Oralität des Erwachsenen. Die Hunger-Fütterungssituation wird sowohl im episodischen als auch im prozeduralen Gedächtnis gespeichert (Lichtenberg 1989). Das damit verbundene Spüren und Erleben der Befriedigung wird als zuverlässige Realitätserwartung assoziativ verankert (Largo 2007) und findet beim Erwachsenen in Träumen und Phantasien ihren Ausdruck. Stets positive Erfahrungen als Säugling bezüglich Essen und Trinken sichern beim erwachsenen Menschen ein tiefes Sicherheitserleben bezogen auf seine oralen Bedürfnisse und auf Vertrauen in das Gefühl genug zu bekommen. Frustrierende Lernerfahrungen erzeugen Unsicherheit, Angst, „Hunger“ nach Zuwendung/ Sättigung. Nach Pudel (1986) bedeutet Ernährungsumstellung immer auch eine emotional geprägte Veränderung im Selbstkonzept. Dementsprechend werden durch die einschränkende, unlustvolle Aktualisierung des Themas Ernährung, das bei Erwachsenen zugleich mit unterschiedlichsten oral lustvollen Bereichen der Sexualität gekoppelt ist, Reaktionen wie z.B. Gier, Leere-Gefühle, depressive Phasen, Misstrauen oder starke Abhängigkeitswünsche hervorgerufen.

Wenn ein Teil des Körpers, ein Organ oder die ausgebildeten Körperrepräsentanzen eng verbunden sind mit Beziehungserleben, hat die Erkrankung des Körpers natürlich auch Auswirkungen und Folgen für die körperliche und psychische Reaktion auf die erlebte Verlusterfahrung des Objektes.

### **6.3.1 Essen und Trinken als selbstschädigendes Verhalten**

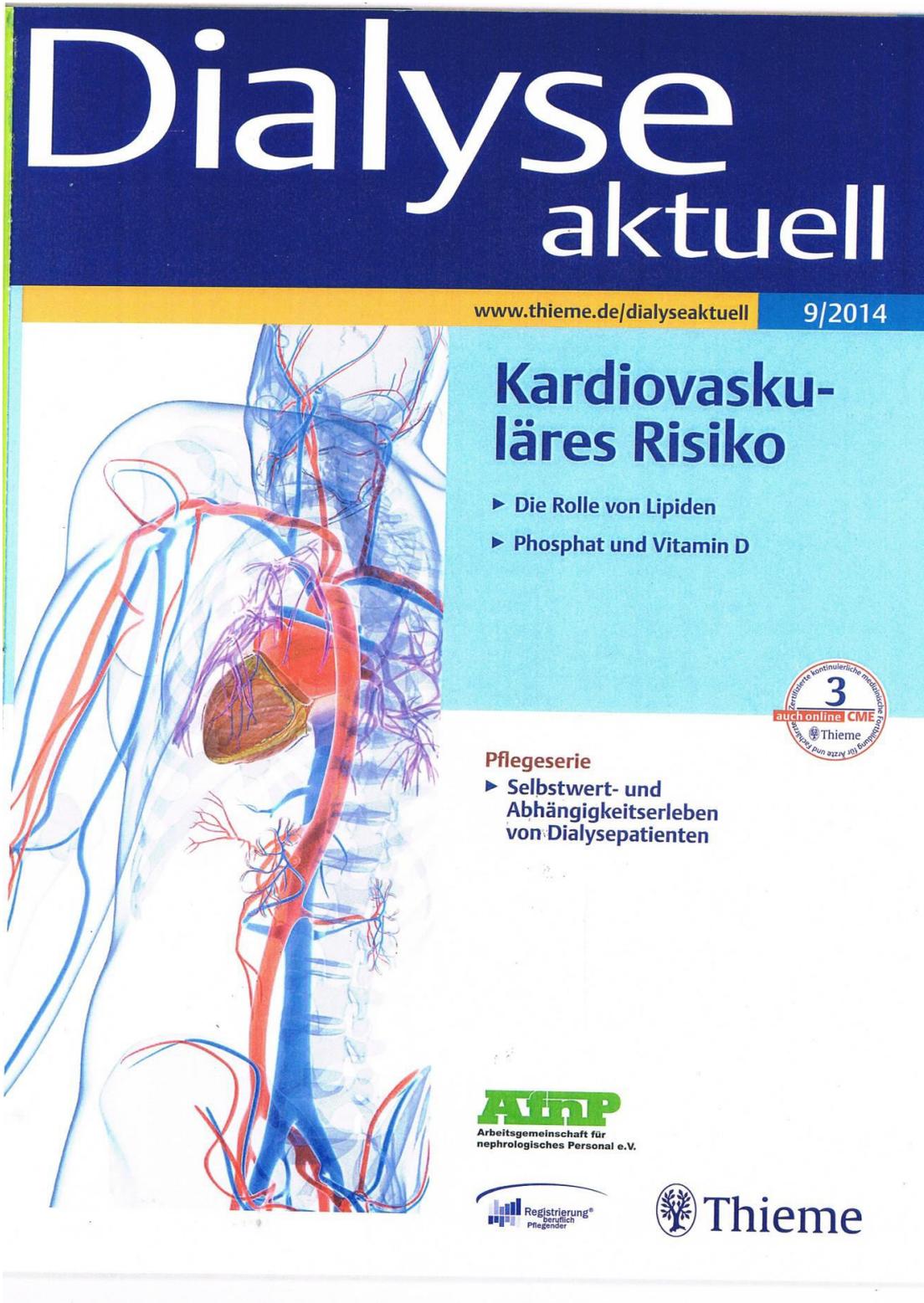
Patienten, die sich wiederholt einem unangemessenen Ernährungsverhalten aussetzen, initiieren einen die körperliche Integrität verletzenden Vorgang. Bei Patienten mit mehrfacher und kontinuierlicher Beratungsmöglichkeit ist anzunehmen, dass der Selbstschädigungswunsch und die induzierende Fehlleistung weitestgehend unbewusst oder vorbewusst stattfinden und gleichzeitig in offener Weise für das Fachpersonal erkenntlich durchgeführt werden. Im Sinne eines selbstverletzenden Verhaltens ist anzunehmen, dass die Nahrungszufuhr selbst in einem dissoziativen Ich- oder Körper-Zustand stattfindet

(Willenberg/ Hirsch 2011, S.155 ff.), vielleicht resultierend aus einer traumatisch erlebten Nahrungszufuhr als Säugling. Demnach können Dialysepatienten als Opfer und Täter zugleich gesehen werden.

Selbstverletzungen stehen mit negativem Selbsterleben in Zusammenhang. Gefühle der Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Selbsthass, Misserfolgs- und Versagensphantasien und eine tiefe Ohnmacht der Welt gegenüber dominieren das Selbstgefühl. Als Ausgangspunkt beschreibt Hopf (2007) die narzisstische Kränkung mit eskalierenden disphorischen Verstimmungen, Wutgefühlen und Angst. Eine Bewältigung oder Regulation widersprüchlicher Gefühle gelingt nicht. Scheinbar überhöht erlebte, abverlangte Höchstleistungen (Beherrschung des Triebes Essen) in kürzester Zeit, die über das Erreichbare hinausgehen, führen beim Dialysepatienten zu Selbstabwertungen in Form von Aggressionen gegen sich selbst. Aus psychoanalytischer Sicht steht ein strafendes sadistisches Über-Ich einem scheinbar unerreichbaren Ich-Ideal gegenüber (Hopf 2007, S.305). Eine Kränkung oder belehrende abwertende Argumentation durch das Fachpersonal wird durch eine persönliche Abwertung und Schädigung vorweg genommen. Kognitive Wahrnehmungs- und Denkfähigkeiten dissoziieren unter dem intrapsychischen Druck. Im Selbsterleben findet durch die Aufspaltung des Selbst in einen distanzierten Beobachter und einen Akteur eine Selbstentfremdung (Depersonalisation) statt. Hopf (2007, S.305) beschreibt diesen Zustand als Ausdruck einer Störung des Selbstkonzeptes, als Ich, Schwäche oder als adaptive Abwehrleistung [3]. Das Selbst wird in verschiedene Seinszustände gespalten. Kohut (1976) spricht in diesem Prozess von vertikaler Spaltung. In dieser Situation kann die Dissoziation so tiefgreifend sein, dass das Körperempfinden nicht in das Selbst integriert ist. Der Körper wird zur Matrix des handelnden Selbst unter Aufhebung des lebensbedrohlichen Körpergefühls und wird als biografische Quelle der Verwundbarkeit, des Schmerzes und der Scham bestraft. Dadurch erlebt das nicht körperliche Selbst eine Stabilisierung, Spannungsabfuhr (Ventil) und Selbstwertregulation. Folglich wird Selbstverletzung als paradoxe fürsorgliche Handlung beschrieben (Hopf 2007, S.307): Sie bedeutet Autoaggression und Selbstschutz. Als symbolisierende Ausdrucksform wird Selbstverletzung dem vorsprachlichen Bereich zugeordnet.

Diese psychodynamische Annahme kann vom Fachpersonal nicht durch Gespräche oder Beratung in ihrer Komplexität verstanden werden. Die paradoxe symbolische Bedeutung von selbstverletzendem Verhalten, verbunden mit biographischem Wissen, kann zu einem veränderten Verständnis für alle beitragen.

7 Selbst-Entwicklung zwischen Bindung und Autonomie  
Veröffentlichung [2]: Selbstwert- und Abhängigkeitserleben  
von Dialysepatienten



# Dialyse aktuell

www.thieme.de/dialyseaktuell 9/2014

## Kardiovasku- läres Risiko

- ▶ Die Rolle von Lipiden
- ▶ Phosphat und Vitamin D

**Pflegeserie**

- ▶ Selbstwert- und Abhängigkeitserleben von Dialysepatienten

**3**  
auch online CME  
Thieme

**ANP**  
Arbeitsgemeinschaft für  
nephrologisches Personal e.V.

Registrierung®  
beruflich  
Pflegerinnen

 **Thieme**

## Selbstwert- und Abhängigkeitserleben von Dialysepatienten

### Wie ist die Situation bei Hämodialyse und Peritonealdialyse?

Christina Sokol

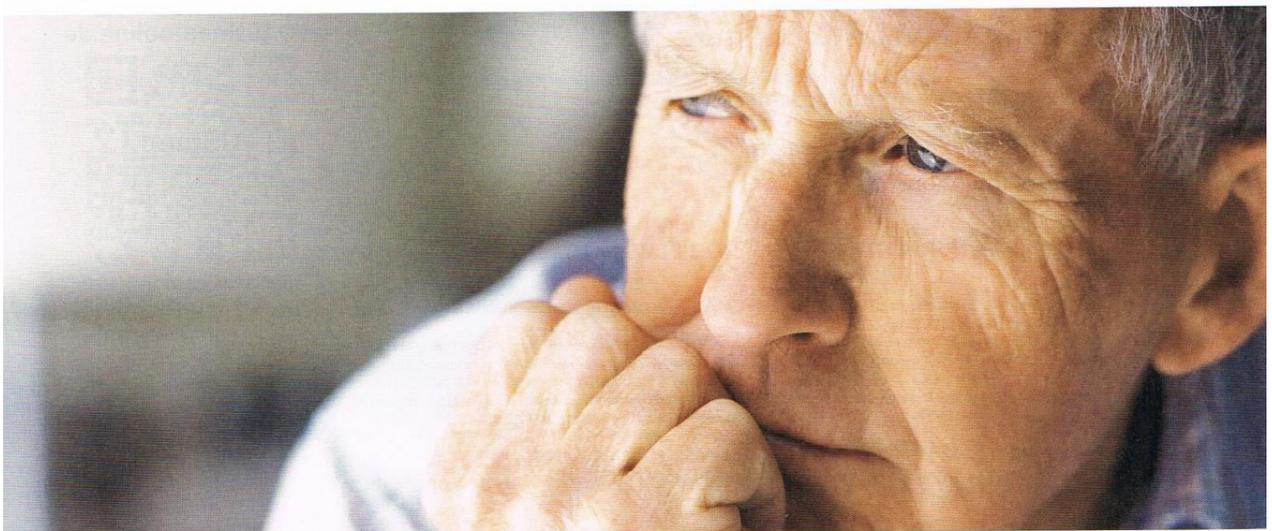
Psychologie, Psychotherapie, St. Bernward Krankenhaus Hildesheim und in freier Praxis

Als chronische Erkrankung beeinflusst die Niereninsuffizienz den gesamten Lebenszyklus des Patienten. Die physischen und psychischen Beeinträchtigungen durch die terminale Niereninsuffizienz können beträchtlich sein. Die Lebensqualität sowie die Teilhabe am sozialen, gesellschaftlichen und beruflichen Leben sind bei den meisten Dialysepatienten eingeschränkt, was durch die Bewältigungsaufgaben bei chronischen Erkrankungen zu erklären ist. Mit der stetigen Verbesserung der Dialysetechnik und der Reduktion der körperlich-medizinischen Komplikationen traten die psychosozialen, psychischen und psychosomatischen Probleme von Dialysepatienten stärker in den Mittelpunkt. Die Dialyseverfahren HD und PD werden heute nicht mehr als kompetitiv, sondern als ebenbürtig und sich ergänzend betrachtet und haben aus medizinischer Sicht, vom Behandlungsablauf und Behandlungsort, Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten. Trotz der aus medizinischer Sicht eruierten Vorteile einer PD-Behandlung und positiven Erkenntnisse aus Lebensqualitätsuntersuchungen werden in Deutschland weniger als 10% aller Patienten mit PD behandelt. Das subjektive Erleben des Patienten ist unmittelbar von dem jeweiligen Dialyseverfahren abhängig. Die Übernahme einer aktiven Rolle im Dialysegeschehen hat einen positiven Effekt auf die Regulation von Autonomie- und Abhängigkeitserleben, auf das Selbstwertgefühl sowie auf die gesundheitsfördernde Gestaltung von Beziehungen und den Umgang mit Einschränkungen. Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung steht die intrapsychische Verarbeitung der unterschiedlichen Dialysesituationen. Unter Berücksichtigung der Dialyseverfahren HD und PD werden Auswirkungen auf das Selbstbild des Patienten, auf seine Beziehungen im sozialen Umfeld und auf das Erleben der krankheitsspezifischen Einschränkungen untersucht.

Das Leben mit einer Niereninsuffizienz und die Anpassung an damit verbundene, psychosoziale Veränderungen stellen hohe Anforderungen an die Patienten. Die Betroffenen werden nicht nur zu einer Veränderung ihrer bisherigen Lebensweise gezwungen, die apparative Behandlung und psychosomatischen Reaktionen stellen selbstverständliche Sicherheiten des Alltags infrage [1]. Die Gewissheit, das Leben selbstbestimmend gestalten zu können, ist bedroht. Das Grundvertrauen in die Funktionalität des Körpers und in die Selbstfürsorge ist beschädigt. Die Patienten erleben eine tiefe Erschütterung ihrer Lebenssicherheit, was eine traumatische Reaktion auslösen kann [2, 3].

Die Adaptionprozesse verlaufen sehr unterschiedlich und werden durch psychische Implikationen erschwert [4]. Untersuchungen zeigen, dass Selbstwert- und Abhängigkeitsprobleme im Zentrum des Erlebens stehen [1]. Entscheidend für den Umgang mit der Erkrankung ist einerseits die persönliche Einschätzung des Patienten, die geprägt ist durch frühere Erfahrungen mit krankheitsbedingten Bedrohungen und andererseits psychische, psychosoziale und medizinische Unterstützung durch das nephrologische Team [5].

Bild: Fotolia, Fotograf/Crafter: Yuri Arcurs



### Die Bedeutung des Selbstbildes für die Krankheitsbewältigung

In dieser Untersuchung stehen die Selbstwahrnehmung und die Selbstwertregulation von Dialysepatienten unter Berücksichtigung der Dialyseverfahren Hämodialyse (HD) und Peritonealdialyse (PD) im Mittelpunkt. Die Beschäftigung mit der eigenen Person und der Frage, was die Persönlichkeit eines Menschen ausmacht, gehört zu den ältesten Themen der Persönlichkeitsforschung. Der Begriff des „Selbst“ wurde in dieser Arbeit unter psychoanalytischen und konstruktivistischen Sichtweisen definiert [6, 7].

Das Selbst wird als eine komplexe Organisation von Beziehungserfahrungen, Erwartungen und Bedürfnissen verstanden, das sich implizit mit der Regulation des Selbstwertgefühls beschäftigt [2]. Regulation und Organisationsmuster bilden sich in der frühen Eltern-Kind-Interaktion heraus und prägen später unser Erleben – und somit auch das Erleben von Dialysepatienten [8]. Dies geschieht zum größten Teil unbewusst, im Umgang mit der Dialysesituation wie auch in der Beziehung zum Fachpersonal.

Zum Selbstbild gehört das Bild, das ein Mensch von sich selbst hat, wie er sich selbst erlebt und wie er sich beschreiben würde. Dazu gehört das Bild des eigenen Körpers, die Wahrnehmung der eigenen Vitalität, das Wissen über persönliche Ressourcen, Emotionen, Bedürfnisse und Beziehungserfahrungen. Darüber hinaus wirken in diesem Zusammenhang auch Vorstellungen über die Ansprüche, die an die persönliche Zukunft gerichtet werden, um individuelle Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Der Verlust eines lebensnotwendigen Organs und die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung bewirken eine erhebliche Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls des Patienten, was in der Untersuchung je nach Dialyseverfahren unterschiedlich mit dem Gefühl von Abhängigkeit zusammenhängt.

### Bedeutung von Abhängigkeit vs. Autonomie im Dialyseerleben

Die Situation des Patienten oszilliert zwischen einer lebenserhaltenden Abhängigkeit vom fortlaufenden Dialyseprogramm und der Konfrontation mit der kontinuierlichen Dialysezunehmigkeit [9]. „Abhängigkeit“ im Erfahrungsvolumen chronisch Kranker findet zwischen den bipolaren Qualitäten „Nähe, Bindung, getragen werden“ und „Selbstständigkeit, Abgrenzung, Identität“ statt. Sie umfasst

- die Sehnsucht nach enger Beziehung und symbiotischer Nähe wie auch
- das Streben nach betonter Selbstständigkeit und ausgeprägter Distanz (Individuation).

„Unabhängigkeit“ bedeutet in diesem Spannungsfeld, ein ausgeglichenes Verhältnis

herstellen zu können. Je nach Krankheitsphase und Dauer der Erkrankung und je nach Dialyseform tendiert der Patient mehr in die eine oder andere Richtung, um sich zu stabilisieren und anzupassen. Es ist nicht nur die reale Abhängigkeit, die je nach Dialyseverfahren mehr oder weniger als belastend erlebt wird, sondern vielmehr das Gefühl, die erlebte Abhängigkeit nicht verändern zu können.

Hier wirken auch Erfahrungen mit früheren Bezugspersonen, die auf die reale Beziehung zu den Ärzten und zum Fachpersonal übertragen werden. Dies könnte auch ein Grund dafür sein, dass sich Patienten gerade zu Beginn der Dialyse mitunter eine besondere Nähe zu einer bestimmten „Schwester“ aus dem Team suchen. Die Hoffnung auf eine maximale Sicherung der Autonomie wird auch auf den Arzt und das Fachpersonal projiziert. Sie sind als Fachleute für die Behandlung besonders bevorzugte Projektionsflächen für die Patienten.

### Material und Methoden

#### Patienten

An der Studie nahmen insgesamt 87 Patienten aus 3 Dialysepraxen und 2 Klinikdialysen teil. Davon wurden 33 Patienten mit HD und 34 Patienten mit PD behandelt, 20 Patienten haben beide Verfahren erlebt. Diese Patientengruppe teilt sich auf in Patienten, die erst mit PD (HDPD-HD) und dann mit HD dialysiert wurden und Patienten, die erst mit HD (HDPD-PD) und anschließend mit PD dialysiert wurden.

Zum Erhebungszeitpunkt lag das Alter der Patienten zwischen 23 und 81 Jahren. An der Untersuchung nahmen 43 Männer und 44 Frauen teil. Die durchschnittliche Dialysezeit betrug 4,31 Jahre. 40% aller HD-Patienten haben sich bewusst für die Behandlungsform entschieden.

#### Das Erhebungsinstrument: die Repertory-Grid-Technik

Mit einem auf die subjektiven Erlebnisqualitäten gerichteten Ansatz wurde die Repertory-Grid-Methode von George Alexander Kelly [10] gewählt. Sie eignet sich als individuelle Dimensionen des Erlebens und dafür, die Zuschreibung von Bedeutungen von Ereignissen abzubilden. Damit wird sie sowohl dem Einzelfall in seiner individuellen Besonderheit als auch den gruppenspezifischen und prägnanztypischen Zusammenhängen gerecht [2]. Psychometrische Gütekriterien zeigen, dass die Repertory-Grid-Erhebung ein valides, sicheres und praktikables Selbsteinschätzungsinstrument in unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Bereichen darstellt [6].

Situationen/Personen werden im Repertory Grid als Elemente bezeichnet, Interpretationen/Bewertungen dieser Situationen/Personen als Konstrukte.

Tab. 1 Faktorenladung (F),

nach [10]

Gruppen Elemente	HD-alle			PD-alle			HDPD-HD			HDPD-PD		
	F.1	F.2	F.3									
Ich vor der Krankheit	-0,65	0,32	-0,12	0,18	0,13	0,20	-0,90	0,78	-0,02	-0,43	-0,27	0,60
Ich mit der Krankheit	0,76	0,12	0,26	0,55	-0,89	0,15	0,96	-0,76	1,52	0,38	-1,36	0,57
Ich, wie ich sein will	-2,03	0,74	-0,18	-1,54	1,63	0,61	-2,02	0,63	0,76	-0,88	1,52	0,55
Ich an der Dialyse	1,05	-0,01	0,17	0,36	-1,21	-0,15	1,04	0,34	1,01	0,14	-0,86	0,68
Ich zu Hause	-0,78	0,07	-0,53	0,07	0,38	0,57	-0,71	0,03	0,53	-0,36	-0,41	1,93
Ich, wenn ich mich gut verstanden fühle	-0,51	0,98	-0,63	-0,74	0,25	0,94	-1,10	0,21	0,72	-1,36	0,91	-0,34
Ich mit vielen Konflikten mit ...	-1,07	-3,34	-0,60	3,06	1,40	-0,01	-0,53	-3,52	-0,00	3,03	0,86	0,53
Ich im Kontakt zum Fachpersonal	0,26	-0,05	-0,14	0,02	-0,94	-2,59	-0,02	0,32	-0,74	0,27	0,22	-1,89
Ich im Kontakt zum Arzt	0,05	0,36	1,50	-0,75	-1,24	-0,99	0,65	0,43	0,55	-1,06	-0,91	0,44
Partner	-0,41	0,87	-0,52	-0,11	-0,23	0,27	-0,38	0,18	-0,74	0,00	-0,12	-0,73
Mutter	-0,53	0,99	-0,23	0,18	0,13	0,20	-0,85	0,31	-1,07	0,12	0,14	-1,49
Vater	0,04	-0,22	-0,86	0,18	0,13	0,20	-0,36	0,16	-1,25	-0,21	-1,66	-1,54
Essen	-0,30	-0,45	3,05	0,13	-0,14	0,06	1,06	-0,22	-2,01	-0,31	-0,38	0,45
Trinken	1,87	-0,30	0,01	0,11	-0,31	0,36	1,28	0,30	-0,87	0,40	-0,01	0,51
Zeit	1,41	-0,09	-1,09	-0,57	-1,13	1,72	0,61	0,43	0,97	0,91	0,22	-0,22
Punktion	0,83	0,01	-0,09	0	0	0	1,25	0,36	0,63	0	0	0

**Menschenbild – der Patient als aktiver Konstrukteur seiner Wirklichkeit**

Im Mittelpunkt von G. Kellys Theorie stehen der erkennende und seine Wirklichkeit konstruierende Mensch. Entsprechend der Theorie wird der Patient als „Forscher“ gesehen, der auf der Suche nach Antworten ist, um so Ereignissen in seinem Leben einen Sinn zu geben, die Zukunft vorher-sagbar zu machen und Ordnung in die innere Vielfalt der Gedanken und Emotionen zu bringen. Er ist nicht Gefangener der Umstände, sondern konstruiert und gestaltet sich selbst und seine Beziehungen zur Umwelt aktiv in einer Weise, die ihm Sinn und Bedeutung gibt – und das macht ihn verantwortlich für seine Handlungen.

Dieser Prozess findet nicht immer bewusst und verbal statt, sondern oft unbewusst und von Affekten gesteuert und begleitet [6, 10]. In Anlehnung an die Theorie von G. Kelly und die psychoanalytische Theorie werden in dieser Untersuchung das Selbsterleben und die zwischenmenschlichen Beziehungen in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt. Hinter dieser Methode steht Offenheit und Neugierde, so hat auch diese Untersuchung nicht den Anspruch, Patienten in Schubladen einzuordnen oder sie streng zu klassifizieren.

Um das Konstruktsystem von Dialysepatienten zu verstehen, benötigt das Fachpersonal Informationen über psychodynamische Reaktionen auf die Krankheits- und Behandlungssituation sowie Selbstreflexionsmöglichkeiten des eigenen Verhaltens- und Konstruktsystems. Flexibilität und Wertschätzung im Umgang mit dem

individuellen Erleben der Patienten ist die Grundlage jeglicher Interaktion in der Dialysebehandlung.

**Datenerhebung und Auswertung**

Der Fragebogen wurde durch die Mitarbeit von 6 Patienten konzipiert und nach einer Testung durch die Stichprobengruppe von 11 Patienten fertiggestellt. Der Fragebogen wurde vom Patienten in der Dialyse oder zu Hause bearbeitet. Mit jedem Patienten gab es ein persönliches Gespräch nach der Untersuchungssituation. Insgesamt wurden 16 Elemente (dialyse- und persönlichkeitspezifische Situationen) auf einer Skala von 1–5 durch 23 dichotome Konstruktpaare (Bewertungen der Elemente) eingeschätzt. Zusätzlich gab es ergänzende Fragen. Berechnet und ausgewertet wurden die Angaben der Patienten mit dem Grid-Suit-Programm [4] und dem SPSS für Windows, Version 15.0.

**Unterstützungs- und Gesprächsangebote**

70% aller HD-Patienten haben an einer Ernährungsberatung teilgenommen, 30% an mehreren. 25% haben eine sozialrechtliche Beratung angeboten bekommen und in Anspruch genommen sowie 10% wurde eine psychologische Beratung angeboten, welche diese nutzten.

**Ergebnisse**

In Tabelle 1 und Abbildung 1 werden die Ähnlichkeiten/Unähnlichkeiten der Situationen/Personen (Elemente), jeweils bewertet durch alle Konstrukte, grafisch dargestellt.

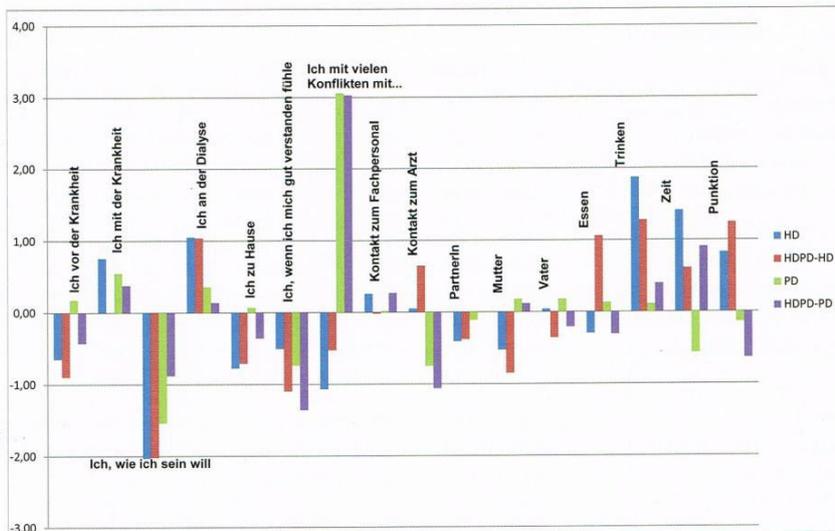


Abb. 1 Darstellung des Ideal-Selbst (Ich, wie ich sein will) in Abhängigkeit vom Dialyseverfahren mit entsprechenden Abweichungen der anderen Situationen/ Personen.

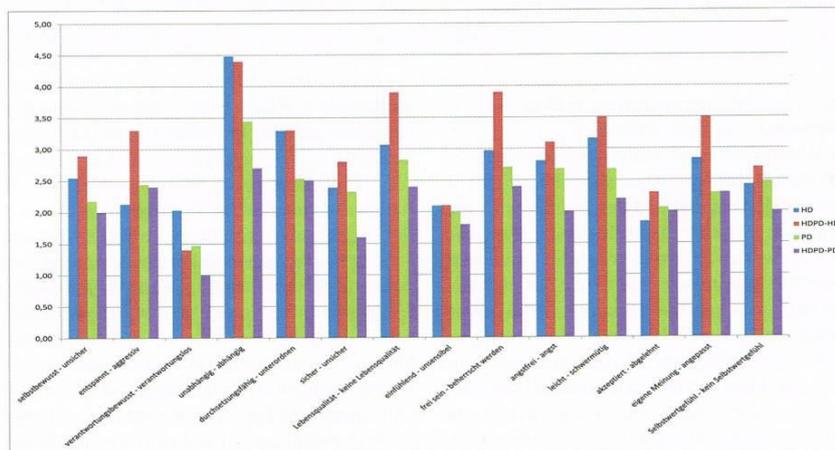


Abb. 2 Beispiel für die Auswertung des Erlebens (Konstrukte) bezogen auf die Situationen (Elemente): „Ich an der Dialyse“.

**Bedeutung des Ideal-Selbst-Elements „Ich, wie ich sein will“ im Repertory Grid**

Das Ideal-Selbst-Element bezeichnet in der Theorie von Kelly die Rolle, wie sich jemand als gesunde/selbstbewusste Person sehen möchte: Ich, wie ich sein will. So können Abweichungen der anderen Situationen/Personen vom Ideal-Selbst als Indikator für das Selbstwerterleben in der jeweils anderen Situation oder zu der anderen Person angesehen werden. Je näher eine Situation/Person am Ideal-Selbst liegt, umso positiver ist das Selbstwerterleben, je größer der Abstand, desto negativer ist das Selbstwerterleben [7].

**Selbstwerterleben**

Die HD-Patienten und die HDPD-HD-Patienten erleben sich in ihrem Selbstwerterleben am stärksten beeinträchtigt, gefolgt von den PD-Patienten.

Am stabilsten zeigt sich die Patientengruppe, die nach der initialen HD-Behandlung nun mit PD behandelt werden. Für alle Patientengruppen sind verständnisvolle Beziehungen von hoher Bedeutung für das Selbstwerterleben. Je geringer das Selbstwerterleben ist, desto abhängiger fühlen sich die Patienten. Die Regulationsfähigkeit der Autonomie-Abhängigkeits-Dynamik kann flexibler gestaltet werden. Ein Beispiel für die Auswertung des Erlebens (Konstrukte) bezogen auf die Situationen (Elemente) finden Sie in Abbildung 2 („Ich an der Dialyse“). Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Auswertung aller Situationen (Tab. 1).

**Zusammenhänge von Patientenmerkmalen**

Das Alter der Patienten beeinflusst das Ausmaß der Abhängigkeit: Jüngere Patienten fühlen sich stärker abhängig als ältere. Der Familienstand und Kinder haben keinen Einfluss auf das Gefühl der

Abhängigkeit. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind je nach Dialyseverfahren unterschiedlich stark ausgeprägt. Bei HD stärker als bei PD: Bei den Frauen korreliert das Selbstwerterleben mit Unsicherheit und angepasst sein und bei den Männern mit sich beherrscht fühlen und Aggression.

#### Abhängigkeit vs. Autonomie

Alle Patientengruppen beschreiben Gefühle von Abhängigkeiten, die

- vom Ausprägungsgrad,
- der auslösenden Situationen und
- den stabilisierenden Möglichkeiten unterschiedlich sind.

Die Patientengruppe, die mit PD behandelt wird, zeigt ein geringeres Abhängigkeitserleben als die mit HD behandelten Patienten. Für die mit HD behandelten Patienten ist das Abhängigkeitserleben das Gefühl, welches das Selbstwerterleben und die Lebensqualität am stärksten beeinträchtigt.

#### Trinken und Zeit

Die stärkste Abhängigkeit erleben die HD-Patienten im Zusammenhang mit den Themen „Trinken und Zeit“. In diesen Situationen haben sie das Gefühl, sich unterordnen zu müssen und beherrscht zu werden. Aggressive Gefühle, Angst, Schermtut und Pessimismus bestimmen das Erleben. Anpassung oder Ablehnung sind Versuche, die verschiedenen Emotionen zu regulieren.

#### Essen

Der Umgang mit dem Thema „Essen“ löst Unsicherheit und Angst aus. Eng verbunden damit wird die Aggression genannt, die der Patient entweder auf das Fachpersonal projiziert oder mit einem lebensbedrohlichen Essverhalten gegen sich selbst richtet. Die Aggression wird hier als Abwehrmechanismus gegen die Unsicherheit und Angst verstanden, mit dem Ziel der Anpassung an die unvertraute Ernährungsumstellung. Abwehrmechanismen werden als unbewusst ablaufende Vorgänge betrachtet, die erst einmal das Selbstwerterleben schützen, aber den inneren Konflikt mit dem Thema nicht lösen [11]. Das Thema Essen korreliert mit dem Element Arzt, auf den die Patienten Hoffnung im Umgang damit übertragen. Sie verstehen das Thema Essen als ärztliche Verantwortung/Handlung.

#### Abhängigkeit vs. Verantwortungsbewusstsein

Das Erleben der Abhängigkeit und Angst an der Dialyse wird eng verknüpft mit der Erwartung, sich unterzuordnen. Für die HDPD-HD-Patienten löst zusätzlich die Panktion das stärkste Gefühl von Abhängigkeit aus. Sie fühlen sich an der Dialyse am stärksten fremdbestimmt und reagieren emotional am intensivsten darauf: Pessimismus, Schwermütigkeit, Unsicherheit, Angst und Ag-

gression sind begleitende Emotionen/Affekte beider Gruppen in einem Prozess der Anpassung und Unterordnung.

Die mit HD dialysierten Patienten verbinden Beziehungen, in denen sie sich gut verstanden fühlen, mit ihrer Mutter. Sie assoziieren damit Bedürfnisbefriedigung wie Vertrauen, Akzeptanz und Rücksichtnahme. Das löst beim Patienten Interesse und Aufgeschlossenheit aus. Die „Rückkehr zur Mutter“ deutet auf einen regressiven Abwehrmechanismus hin. Regression steht für die unbewusste Wiederbelebung von entwicklungsgeschichtlich frühen Verhaltensweisen und dient der Aufrechterhaltung des Selbstwerterlebens [11, 12]. Es ist gekennzeichnet durch Rückzug von Personen in der Gegenwart und den Wunsch, sich in „Verschmelzungsfantasien“ zu früheren bedeutungsvollen Personen zu verlieren, die manchmal auch auf das Fachpersonal projiziert werden (z. B. wenn ein Patient nur von einer bestimmten Fachkraft/einem Arzt punktiert werden möchte).

#### Peritonealdialyse

Die Gruppe der Peritonealdialysepatienten erlebt sich in allen Situationen selbstbewusster, autonomer, stabiler und selbstbestimmter als die mit HD behandelten Patienten. Das Selbstwerterleben ist bei den HDPD-PD am positivsten bewertet.

Abhängig und fremdbestimmt zu sein erleben beide Gruppen im Zusammenhang mit dem Thema Zeit. Sie profitieren am stärksten von Beziehungen, in denen sie sich verstanden fühlen, was bei beiden Gruppen verknüpft ist mit dem Kontakt zum Arzt und zum Fachpersonal. Beide Gruppen stufen progressive Faktoren wie Unabhängigkeit, Möglichkeiten, die eigene Meinung zu äußern, Durchsetzungsfähigkeit, Optimismus, Angstfreiheit und Entspannung höher ein als die mit HD behandelten Patienten. Die Patienten erleben durch die Autonomie mehr Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein. Als größte Herausforderung für die PD und HDPD-PD-Patienten ist der Umgang mit jemandem, mit dem sie viele Konflikte haben. Diese Situation korreliert mit Angst sowie Unsicherheit und hat einen negativen Einfluss auf das Selbstwerterleben.

Vater und Mutter haben wenig Bedeutung. Die Regression als Abwehrmechanismus scheint gering ausgeprägt zu sein. Die Beziehungen zum Fachpersonal werden als rational/sachlich und mit Interesse wahrgenommen. Essen und Trinken haben für den PD-Patienten keine einschränkende Bedeutung.

#### Diskussion

Alle 4 Patientengruppen fühlen sich in ihrem Selbstwert- und Abhängigkeitserleben unterschiedlich stark beeinträchtigt. Deutlich wurde der positive Effekt des Dialyseverfahrens bei den mit PD oder erst mit PD und anschließend mit HD behandelten Patienten auf ihr Erleben.



#### Korrespondenz

Christina Sokol  
Psychologin, Therapie, Supervision  
Freie Praxis  
Braunschweigerstr. 4  
31134 Hildesheim  
c.sokol@arcor.de

#### Autorenerklärung

Die Autorin erklärt, dass sie in den letzten 3 Jahren keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma hatte, deren Produkt in dem Beitrag eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Die Förderung von Selbstkompetenzen durch eine von Wertschätzung und Anerkennung getragene Patientenschulung (PD) kann auf den Umgang mit dem anschließend notwendigen Wechsel zur HD-Behandlung einen positiven Effekt haben. Die Erfahrung, wichtige Ereignisse kontrollieren oder mitbestimmen zu können, erwies sich als belastungsreduzierend. Mangelnde Beteiligung an der eigenen Versorgung, ungewollte Abhängigkeiten und Passivität fördern Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Regression oder tauchen verdeckt in Projektionen auf den Arzt und das Fachpersonal wieder auf.

In keinem anderen Bereich der inneren Medizin gibt es so lange und intensive Beziehungen zwischen Patient und Fachpersonal wie in der Nephrologie. Für das Fachpersonal ist es eine professionelle Herausforderung, einerseits die besondere Situation der Patienten zu verstehen und andererseits eigene Möglichkeiten zur Regulation von professioneller Nähe und empathischer Distanz halten zu können.

#### Fazit für die Praxis

Jeder Patient sollte ausreichend über die Vor- und Nachteile aller für ihn möglichen Nierenerersatztherapieverfahren vom Arzt informiert werden, um ihm eine Beteiligung an der Wahl des Dialyseverfahrens zu ermöglichen. Zur Förde-

rung der Selbstbestimmung und zum Nutzen positiver Effekte der PD für den Umgang mit zukünftigen Krankheitsphasen sollte das PD-Verfahren wenn möglich mit hoher Priorität als initiales Verfahren der Nierenersatztherapie eingesetzt werden.

Jeder Patient sollte eine Schulung zum jeweiligen Dialyseverfahren erhalten und evtl. Aufgaben/Verantwortung am Hämodialysegerät übernehmen. Dem Patienten sollten mehr technische Hilfsmöglichkeiten (z.B. Ernährungsprogramm, Bewegungsmöglichkeiten an der Dialyse) zur Verfügung gestellt werden. Eine frühzeitige psychische und psychosoziale Unterstützung für die Adaption der veränderten Lebenssituation sollte in die medizinische Behandlung integriert sein. Es werden psychonephrologische Schulungen von Mitarbeitern zum Patientencoach benötigt. Diese Mitarbeiter sollen für eine prozessorientierte Beratung oder zur Krisenintervention für die Patienten zur Verfügung stehen. Unterstützung kann sich dabei auf das Verstärken bewusst oder unbewusst gewählter Verarbeitungswege beziehen. Darüber hinaus können evtl. gesundheitsschädigende Verarbeitungsformen aufgedeckt werden. Wichtig sind außerdem eine interdisziplinäre Supervision und Fallbesprechungen zur Reflexion von Patientenverhalten und einer gemeinsamen Interaktionen mit Patienten [5].

#### Self-perception and experience of dependence in dialysis patients – How is the situation in hemodialysis and peritoneal dialysis?

As a chronic disease, kidney insufficiency influences the entire life cycle of patients. The physical and psychological impairments caused by terminal kidney insufficiency can be substantial. Quality of life as well as participation in social and work life is severely limited for most of the dialysis patients. This can be explained by coping strategies applied to chronic diseases. Along with the continuous improvement of dialysis techniques and the reduction of physical/medical complications, psychosocial, psychological and psychosomatic problems attracted growing attention. The dialysis techniques HD and PD are not considered competitive anymore but rather as equal and complementary. From a medical point of view, they have a great impact on life quality of the patients, therapy process and its location. Despite the medically proven advantages of PD therapy and positive results from life quality investigations, less than 10% of the patients are being treated with PD. The subjective experience of a patient directly depends on the respective dialysis technique. Having an active role during the dialysis process has a positive effect on the regulation of autonomy and dependency experience, on self-esteem as well as on the creation of health-supporting relationships and coping with restrictions. In the center of this article is the intrapsychic processing of different dialysis situations. Taking into consideration the dialysis techniques PD and HD, the consequences on the self-perception of the patient on his relationships in the social environment and on his experience of illness-specific constraints are examined.

#### Key words

nephrology – psychology – coping – perception – hemodialysis – peritoneal dialysis – repertory grid – patient-doctor relationship – dialysis staff

#### Literatur

- 1 Beutel M. Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Theorien, Forschung und Möglichkeiten praktischer Hilfen. Weinheim: Chemie (edition medizin); 1988
- 2 Kaplan de Nour A. Persönlichkeitsfaktoren und Adaptation. In: Balck F, Koch U, Speidel H, Hrsg. Psychonephrologie – Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz Berlin: Springer; 1985
- 3 Sokol C, Hoppenworth U. Arbeiten mit Dialysepatienten. Heidelberg: Springer Medizin; 2006
- 4 Fromm M, Paschelke S. Grid Practice. Norderstedt: Books on Demand GmbH; 2010: 49–134
- 5 Sokol C, Hoppenworth U. Qualitätsmanagement in Zentrumsdialyse. Dialyse aktuell 2006; 10 (8): 14–22
- 6 Schoeffling S. Chronische Niereninsuffizienz: Belastungen, Krankheitsverarbeitung und psychosoziale Interventionsmöglichkeiten. Dissertation, Fachbereich 5: Erziehungswissenschaften der Universität Koblenz-Landau; 2010
- 7 Kohut H. Narzissmus. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1976
- 8 Klein M. Das Seelenleben des Kleinkindes, Klett-Cotta: Stuttgart; 2006
- 9 Balck F, Koch U, Speidel H, Hrsg. Psychonephrologie – Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz Berlin: Springer; 1985: 445–474
- 10 Scheer JW, Catina A. Einführung in die Repertory Grid-Technik. Bd. 1 und 2. Bern, Göttingen, Toronto Hans Huber; 1993: 11–91
- 11 Kaechele H, Steffens W, Hrsg. Bewältigung und Abwehr – Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1988: 2–68
- 12 Muthny FA, Bechtel M, Spaete M. Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen – eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt, Krebs, Dialyse und MS-Patienten. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 1992; 42: 41–53

Das Selbsterleben von Autonomie und Abhängigkeit wird von Dialysepatienten in dreifacher Weise erfahren: Erstens durch die Abhängigkeit von einem Organersatz, zweitens durch die Abhängigkeit von einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung durch das Fachpersonal und drittens als psychodynamischer Prozess.

### **7.1 Suche nach Gleichgewicht – zwischen Autonomie und Abhängigkeit**

Rudolf (2005) beschreibt die lebensgeschichtliche Entwicklung des Menschen als ein ständiges Suchen nach einem Gleichgewicht zwischen Bindung und Autonomie. Es geht um gegensätzliche Pole: Einerseits die Sehnsucht nach Qualitäten in und durch Beziehungen: Zugehörigkeit, Vertrauen, Anerkennung und Wertschätzung - andererseits das Streben nach Autonomie: Abgrenzung, Selbstbestimmung, Eigenständigkeit, Freiraum, mit dem Wunsch nach Verantwortung (Hopf, Windaus 2007). Nach Winnicott (2002) erfährt das Kind durch die wachsenden Fähigkeiten bei der Gestaltung seiner unmittelbaren Umwelt ein zunehmendes Gefühl von Unabhängigkeit. Dieser Prozess verläuft von der absoluten Abhängigkeit über eine relative Abhängigkeit bis hin zu einer weitgehenden Unabhängigkeit. „Unabhängigkeit“ bedeutet in diesem Zusammenhang, einen Ausgleich zwischen der Sehnsucht nach enger Beziehung und „symbiotischer Nähe“ und dem Streben nach Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung und einer Distanz (Individuation) herstellen zu können. Die Motivation für den Wechsel aus der Symbiose zur äußeren Objektwelt ist das lustvolle Ausprobieren neuer Fähigkeiten: laufen, denken, sprechen, handeln, zerstören. Der Wille zu Abgrenzung und Selbstbehauptung zeigt sich als „Trotz“ und darin, dass das Kind räumlichen Abstand von der Mutter sucht. Triebtheoretisch geht es auch um das Ausprobieren von Aggressionen, sich abzugrenzen und sich durchzusetzen. So erlebt es sich autonom als abgegrenztes, körperliches, emotionales und vitales Wesen. Winnicott (2002) sieht als Grundlage der sicheren Bindungserfahrung, die die Fähigkeit des Alleinseins und der [...] Selbstverfügbarkeit [...] (Rudolf 2005, S.208) ermöglicht, eine ausreichend gute Bemmutterung und die haltende Funktion.

Gleichzeitig lernt das Kind, nebeneinander stehende, gegensätzliche Gefühle, Gedanken und Wünsche auszuhalten: Gut und Schlecht werden zunehmend miteinander verbunden und aus dem „Entweder-Oder“ wird ein „Sowohl-als-Auch“, z.B. Trennungswünsche als auch Trennungsängste. Ermann (2004) versteht diese Entwicklungsaufgabe als die Überwindung von Trennungs- und Selbstbehauptungsambivalenz. Das Kleinkind kann dadurch ein stabiles Selbstgefühl entwickeln und die passiven Versorgungswünsche der frühen Entwicklung regulieren oder sogar überwinden.

Das Selbst als Akteur handelt dann nach eigenem Willen, woraus sich ein grandioses Selbstwertgefühl entwickeln kann. Es kann aber auch durch eine gewaltvolle Begrenzung der triebhaft-lustvollen Entwicklung und Neugierde in Verzweiflung geraten. Bei guter Entwicklung besitzt der Erwachsene Fähigkeiten, zwischen Nähe und Distanz zu regulieren und sich dem äußeren Objekt mit Interesse, Durchsetzungskraft und auch mit Widerstand und Abgrenzung zuzuwenden. Durch die Internalisierung solcher Erfahrungen bildet sich das Über-Ich als eine Struktur mit Werten, Normen, Regeln und Bewertungen.

Schafft das Kind den Schritt in die Autonomie nicht, so kann es im Abhängigkeitserleben fixiert bleiben. Um zu überleben, dazuzugehören, verleugnet es sich selbst und passt sich an die Bedürfnisse der Anderen an. Anstelle eines eigenen Selbst (Identität), entwickelt es so ein so genanntes „falsches Selbst“, ein vorbewusstes Gefühl, gar nicht das eigene Leben und Lebensgefühl zu erleben, sondern das eines oder der Anderen.

Kommt der Patient mit einem problematischen lebensgeschichtlichen Verlauf im Sinne des Allein-Sein-Müssens bzw. des Zusammen-Sein-Müssens in die reale Abhängigkeitssituation der Dialyse, kann diese thematisch existenzielle Bedeutung zu intrapsychischen und/ oder interpersonellen Konflikten führen mit Auswirkungen auf die Compliance und das Selbsterleben. Aktiviert werden können frühe basale und existenzielle Autonomie- und Abgrenzungsbeeinträchtigungen, ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt verbunden mit einem Selbstwertkonflikt, in dem vitale Abhängigkeit, Versorgungs- und Ohnmachtserfahrungen, Akzeptanz- und Ablehnungsfantasien erlebt wurden, die in Projektion auf das Fachpersonal zu entsprechenden Verhaltensmustern führen. Kaplan De-Nour (1998) spricht von

einer Frustrationsaggression, die infolge der realen Abhängigkeit vom Fachpersonal gehemmt wird und deutliche depressive Gefühle und Ängste nach sich zieht. Auf einer unbewussten Ebene können diese Dynamiken zwischen Fachpersonal und Patient deutlich machen, dass durch die reale Abhängigkeit des Patienten von der Prothese Niere innerpsychische Konflikte ausgelöst werden, die in Analogie zu früheren Objektbeziehungen und deren inneren psychischen Repräsentanzen erlebt werden (Gaus et al. 1996).

## 7.2 Abhängigkeit versus Autonomie (Individuations-Abhängigkeitskonflikt)

In der klassischen psychoanalytischen Neurosenlehre spielt der Konflikt Abhängigkeit versus Autonomie (Individuations-Abhängigkeits-Konflikt) (OPD)<sup>28</sup> eine zentrale Rolle. Dieser Konflikt meint nicht die zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen, sondern zeitlich überdauernde, meist unbewusste innerpsychische Konflikte, die eine krankheitsauslösende oder -aufrechterhaltende Potenz besitzen. Der Arbeitskreis „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (Arbeitskreis OPD)<sup>29</sup> definiert sieben Konfliktbereiche<sup>29</sup> sowie als achten Bereich die „eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“.

Als existenzielle Bedeutung formuliert der OPD die Themen Selbstständigkeit und Zugewandtheit in Beziehungen. Erlebt wird eine bipolare Spannung zwischen der Suche nach enger Beziehung und intensiver Nähe (Abhängigkeit) und dem Streben nach betonter Selbstständigkeit und ausgeprägter Distanz (Individuation). Unterschieden werden Ausprägungen und Vorgehensweisen, Autonomiebedürfnisse zu erfüllen. Als zeitlich überdauernd werden die durch die misslungene Integration der beiden Pole lebendig gebliebenen Konfliktmuster beschrieben, die immer wieder das Erleben und Handeln des Betroffenen bestimmen. Als grundsätzlicher Leitaffekt wird Angst beschrieben, die auf der

---

<sup>28</sup> OPD: Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2014)

<sup>29</sup> Konfliktbereiche (OPD): 1. Abhängigkeit versus Autonomie (Individuations-Abhängigkeits-Konflikt), 2. Unterwerfung versus Kontrolle, 3. Versorgung versus Autonomie, 4. Selbstwertkonflikt (Selbst-versus Objektwelt), 5. Schuldkonflikte (egoistische versus prosoziale Tendenzen / Selbst-versus Fremdbeschuldigung), 6. Ödipal-sexuelle Konflikte, 7. Identitätskonflikte (Identität versus Dissonanz), 8. Eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung (Arbeitskreis OPD; Cierpka M.(Hrsg.) (2014)

Seite mit der Suche nach Beziehung durch Distanz, auf der Seite des Strebens nach Autonomie durch Nähe entsteht.

### **7.2.1 Der passive Modus**

Hier ist das Bedürfnis der Enge und einer dauerhaften Beziehung (fast) um jeden Preis vorherrschend. Verantwortung und Eigenständigkeit werden nur bedingt oder gar nicht übernommen. Auseinandersetzungen und Konflikte in Beziehungen werden bagatellisiert oder rationalisiert. Das Selbsterleben ist von Hilflosigkeit, Schwäche, Unterordnen und Verleugnung geprägt. Der Leitaffekt ist die existenzielle Angst bei Verlust und Trennung. Das Gegenübertragungsgefühl von Dialysemitarbeitern könnte Sorge um den Patienten sein und gleichzeitig auch Ärger und ein Wunsch nach Abgrenzung. Das Fachpersonal übernimmt dadurch viel Verantwortung, die Beziehung ist geprägt von Befürchtung vor überstarken Wünschen nach Nähe und Vereinnahmung durch die Patienten.

### **7.2.2 Der aktive Modus**

Ein extremes Bedürfnis nach einer emotionalen und existenziellen Unabhängigkeit in allen Lebensbereichen steht hier im Vordergrund des Selbsterlebens. Eigene Wünsche und Bedürfnisse nach Anlehnung und Nähe werden verleugnet und/oder ins Gegenteil verkehrt: Unabhängigkeit und das Gefühl nicht angewiesen zu sein, wird als Stärke erlebt. Der Leitaffekt ist die existenzielle Angst vor Nähe, Vereinnahmung und Verschmelzung. Das Gegenübertragungsgefühl für Dialysemitarbeiter könnte sein, dass sie den Patienten entweder als sehr autonom erleben und darum wenig Zuwendung, Unterstützung und Schutz zur Verfügung stellen, oder sie reagieren eher besorgt auf das Verhalten des Patienten durch die abgewehrten Abhängigkeitswünsche.

Krankheit schafft einerseits die Möglichkeit die Abhängigkeit auszuleben und andererseits kann Krankheit als zentrale Bedrohung der Freiheit erlebt werden.

### 7.3 Umgang mit dem Abhängigkeits-Autonomie-Erleben im Kontakt zum Fachpersonal

Die reale Abhängigkeit ist stets durch die Notwendigkeit einer fortlaufenden medizinischen Behandlung und einer kontinuierlichen versagenden Ernährungsumstellung vorhanden. Wie die Abhängigkeit erlebt wird und welche Abwehrmechanismen<sup>30</sup> [3] aktiviert werden, kann individuell sehr unterschiedlich sein und ist für das Fachpersonal nicht immer ersichtlich ([1]Sokol und Hoppenworth 2006). Wie bereits dargestellt können das Fachpersonal und die Dialysesituation für den Patienten – durchaus unbewusst – Teil seines verinnerlichten Angstsystems werden und damit zu einer Bedrohung und Belastung. Um mit diesem psychischen Erleben besser umgehen zu können, mobilisiert der Patient Abwehrmechanismen (Beutel 1988), die eine Anpassung an die Anforderung der Situation ermöglichen. Freyberger und Speidel (1976) nennen als relevante Abwehrmechanismen im Umgang mit Abhängigkeit die partielle infantile Regression und die Verleugnung. Balint (2013) wertet Regression erstmals auch als Bewältigungsmechanismus, der die Selbstregulation ermöglicht. Sie schafft durch die Wiederbelebung entwicklungsgeschichtlicher Verhaltensweisen (Abhängigkeitswünsche) „Akzeptanz“ einer intensiven Beziehung zum Fachpersonal und der Abhängigkeit vom medizinischen Prozedere (Speidel 1976; Muthny 1992; Sokol 2014).

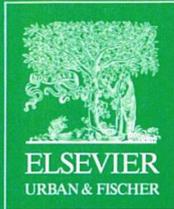
Je mehr Fähigkeiten ein Patient darin hat, Verständnis und Bewältigungsmechanismen aufzubauen, umso mehr ist er imstande mit Belastungen umzugehen. Selbstwirksamkeitserwartung, also die innere Überzeugung, etwas bewirken oder beeinflussen zu können, ist nach Bandura (1977) ein wesentlicher Faktor für eine gelungene Balance zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Schutzstrategien, die sich zeigen, auch wenn sie im Verhalten des Patienten nicht immer gleich als solche zu erkennen sind, sind immer auch Folgen von historischen Beziehungserfahrungen. Sie sind Ausdruck dafür, in

---

<sup>30</sup> Abwehrmechanismus wurde von Freud (1936) als Überbegriff geprägt. Er definiert Abwehr als allgemeine Bezeichnung für alle Techniken, derer sich das Ich in seinen eventuell zur Neurose führenden Konflikten bedient. Abwehr richtet sich gegen „Triebgefahr“ entweder als Fluchtversuch oder in Form von „energischen“ Gegenreaktionen (Anna Freud 2006).

einem bestimmten Zeitraum mit einem bestimmten Verhalten die größtmögliche Sicherheit und den größtmöglichen Freiraum erlangt zu haben, so unzureichend oder unverständlich sie dem Außenstehenden und dem Fachpersonal auch erscheinen mögen.

8 Veröffentlichung [3]: Das interne Regulationssystem zur Selbst-Erhaltung



Rudolf M. Schmidt  
Frank A. Hoffmann (Hrsg.)

# Multiple Sklerose

4. Auflage



URBAN & FISCHER

## 22 Coping: Eine Balance zwischen Krankheitsbewältigung und Abwehr

Ausgangspunkt für gesundheitliche Beeinträchtigung sein kann. In zahlreichen Studien konnte Stress als wichtige Einflussgröße in Krankheitsverläufen nachgewiesen werden. Es schloss sich die Frage an, welche Verhaltensweisen Menschen in stressgeprägten Situationen zeigen und welche Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. den Krankheitsverlauf zu verzeichnen sind.

Copingprozesse umfassen die aktive Auseinandersetzung mit einer Bedrohungssituation. Trotz aller unterschiedlicher theoretischer Ansätze, Copingverhalten zu systematisieren, ist allen Konzepten gemeinsam, dass Krankheitsbewältigung ein phasenhaft ablaufender Prozess ist, der zwischen den Polen der kognitiven Bewertung der eigenen Situation (Krankheit als Verlust, Bedrohung, Herausforderung) und der Auswahl verschiedener Verhaltensweisen (z. B. Suche nach Informationen über die eigene Krankheit, Veränderung der Lebensweise) oszilliert. Horowitz (1980) unterscheidet drei Formen von Bewältigungsmustern:

- aktive Beschäftigung mit der eigenen Krankheit und Durcharbeiten der eigenen Situation
- Hinwendung zu anderen Aktivitäten und Neuformierung eigener Einstellungen und Werte
- Aufsuchen sozialer Kontaktpersonen.

Welche Copingstrategien im Verlauf der Krankheit dominieren, ist neben krankheitsbedingten Variablen (Dauer und Prognose über den Verlauf der Krankheit) abhängig von individuellen Faktoren (kognitive Struktur der Betroffenen, Einstellungen, Werthaltungen etc.), den Erfahrungen mit sich selbst in Lebenskrisen, seinen subjektiven Krankheitstheorien, dem Selbstwertgefühl und schließlich von den Reaktionen des sozialen Kontextes. Bei der Klassifizierung von Copingstrategien besteht die Schwierigkeit, dass Coping-Konstrukte nur schwer von Persönlichkeitsstrukturen und anderen Abwehrmechanismen abzugrenzen sind.

Das Verhältnis von Coping und Abwehr wird unterschiedlich eingeschätzt: Während Haan (1977) ein hierarchisches Modell von Coping und Abwehr annimmt (in absteigender Folge Coping – Abwehr), trennen Cohen und Lazarus (1982) Coping und Abwehr nicht deutlich voneinander: Coping ist für sie der Oberbegriff und Abwehr eine Spezialform des Coping. Vaillant (1986) interpretiert Coping als eine gelungene Form der Abwehr. Eine vermittelnde Auffassung zwischen Abwehr und Coping nehmen Kächele und Steffens (1988) ein: Sie fassen Coping als unterstützende Form der Bewältigung auf, während Abwehr regressive Ängste verhindern soll. Eine moderierende Form der Abwehr beeinflusst das nachfolgende Coping positiv, weil eine rigide Form der Abwehr eine aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit behindert oder gar unmöglich macht.

In > Tabelle 22-1 sind die wesentlichen Merkmale des Abwehr- und des Copingkonzepts gegenübergestellt (Faller 1998).

Es bleibt festzuhalten, dass das Verhältnis von Abwehr und Coping gegenwärtig noch nicht abschließend geklärt ist. Das Problem, ob es sich bei Abwehr- bzw. Copingprozessen um ein und dasselbe oder um verschiedene Aspekte menschlichen Erlebens oder, als dritte Möglichkeit, um sich einander ergänzende Aspekte handelt, ist bisher nicht hinreichend geklärt.

Sicher dagegen ist: Krankheitsbewältigung muss als multifaktorieller Prozess verstanden werden, dem ein kompliziertes Umwelt-Person-Passungsgefüge zugrunde liegt. MS-Patienten reagieren auf ihre Erkrankung ausgesprochen unterschiedlich, sie reagieren auf spezifische Situationen mit einem spezifischen Bewertungsprozess, der biografisch determiniert ist und in der Bewältigungssituation jene Ressourcen aktiviert, die durch die vorausgegangene Selektion nicht abgeblockt, sondern freigegeben

**Tabelle 22-1** Merkmale des Abwehr- und des Copingkonzepts (Faller 1998).

Abwehr	Coping
Herkunft aus der Psychoanalyse Ziel: bedrohliche Fantasien und Gefühle unbewusst lassen sichert die Funktionsfähigkeit des Ichs erfolgt unbewusst	Herkunft aus der Stressforschung Ziel: Realitätsbewältigung sichert die Realitätsanpassung des Individuums erfolgt meist bewusst und verhaltensnah

wurden. Diese Auffassung von Coping scheint gegenwärtig konsensfähig, offen bleibt die Frage, inwieweit eine situationsabhängige Coping-Flexibilität abhängig ist von überdauernden Persönlichkeitsfaktoren: Kann ein MS-Erkrankter auf Grund eines veränderten Krankheitszustandes seine bisher aktivierten Copingqualitäten und -intensitäten ändern – oder setzt die Persönlichkeitsstruktur den Rahmen für das aktivierbare Spektrum an Copingressourcen? Die Rekonstruktion der komplexen, sich prozesshaft entwickelnden Wechselbeziehungen zwischen dem Erkrankten, den Angehörigen, dem weiteren sozialen Umfeld und den professionellen Helfern zeigt, dass es nicht *den* erfolgreichen Bewältigungsweg gibt. Die Besonderheiten der MS stellen täglich neue Herausforderungen an die Betroffenen und ihre Angehörigen. Es gibt so viele individuelle Wege der Krankheitsbewältigung wie es Individuen gibt, die von MS betroffen sind (Hellige 2002) schlägt deshalb vor, statt Krankheitsbewältigung den Begriff „mit der Krankheit leben“ einzuführen.

## 22.2 Strategien der Krankheitsbewältigung

### Diagnose MS – ein Sturz aus der Selbstverständlichkeit

Mit einer chronischen Krankheit zu leben, bedeutet zu trauern, dass man nicht mehr ist, wer man einmal war. Gesundheit und Vitalität rangieren in unserer Gesellschaft an höchster Stelle: Alter, Krankheit und Tod werden tabuisiert, ausgegrenzt – die durchgängige Sprachlosigkeit im Umgang mit diesen Themen, ihre permanente Vermeidung macht die Aufrechterhaltung der Gesundheit zur Bedingung der Möglichkeit einer erfolgreichen Teilnahme am Wettbewerb gesellschaftlicher Gratifikationen. Umso dramatischer wird vor diesem Hintergrund der Einbruch im scheinbar selbstverständlichen Zusammenspiel, der Organe und Organsysteme im menschlichen Körper erlebt: Währt diese als Desaster erlebte Dysfunktion über einen längeren Zeitraum – kommt es im

Allgemeinen zu einer Krise, die den Menschen zutiefst erschüttert und ihn aus dem normalen Gang seines Lebens herausreißt.

Die Eröffnung der Diagnose „MS“ stellt einen emotionalen Schock dar. Der Betroffene kann dies vergessen oder sogar bestreiten, dass ihm die Diagnose mitgeteilt wurde. Die Reaktionen sind vielfältig: Manche Patienten reagieren wie in einer akuten Stresssituation, andere erleben die Diagnose als Entlastung, da sie schon lange nach den Ursachen ihrer neurologischen Symptome suchten. Eine häufige Reaktion besteht darin, die Krankheit zu verleugnen, diese Patienten sind dann an Informationen über MS wenig interessiert. Je traumatisierender die Krankheit erlebt wird, desto umfassender fällt die notfallartig einsetzende Reaktion aus. Erst nach einiger Zeit gelingt mitunter trotzdem eine Integration der Krankheit in die gesamte Persönlichkeit.

Diese Integration ist abhängig von biografischen Vorerfahrungen, Persönlichkeitsmerkmalen, Einstellungen zum eigenen Körper und Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten. Für Patienten mit sichtbaren Behinderungen ist es oft leichter, die Folgen der Krankheit zu integrieren, als für Patienten, die wenig oder keine sichtbaren Symptome aufweisen (Harrower 1987). Der Adaptionsprozess für Patienten mit nicht sichtbaren Symptomen oder mit sich wieder rehabilitierender MS wird sogar komplizierter, weil sich der Patient zwischen einer gesunden und einer kranken Welt alternierend anpassen muss.

### Phasen der Krankheitsbewältigung

Krankheitsbewältigungsprozesse verlaufen in verschiedenen Phasen, es sind immer auch implizit Versuche eines „Krisenmanagements“: Die Erkrankung zwingt zur Besinnung, stellt neue Anforderungen und macht ungewohnte Bewältigungsformen notwendig, die typische Verlaufsformen aufweisen – wie > Tabelle 22-2 (Hellige 2002) veranschaulicht. Dabei verläuft der „Bewältigungsprozess“ nicht in strenger Abfolge: Je nach individueller Ausgangslage und Bewältigungskompetenz werden einzelne Stufen übersprungen, wird auf Stufen verharret oder bereits bewältigte Abschnitte werden noch einmal durchlaufen.

## 22 Coping: Eine Balance zwischen Krankheitsbewältigung und Abwehr

Tabelle 22-2 Phasen der Krankheitsbewältigung

Phase	Merkmale	+ Coping/– Abwehr
Vordiagnosephase	<p>Verlauf ist u. a. abhängig von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Beginn der Krankheit</li> <li>– Verhalten des Patienten (Hoffnung der Patienten, dass „es“ wieder vorübergeht)</li> <li>– Grad der Verunsicherung des Patienten durch Verstärkung der Symptomatik</li> <li>– Verhalten von Angehörigen und professionellen Helfern</li> <li>– Bereitschaft einen Arzt zu konsultieren</li> </ul>	<p>(–)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– verharmlost die Probleme und Symptome der Krankheit</li> <li>– verschiebt Entscheidungen über die eigene Krankheit</li> <li>– spricht möglichst nicht über sich und seine Gefühle und Gedanken in Bezug zu der Krankheit</li> </ul> <p>(+)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– äußert sein Sorge</li> <li>– artikuliert und zeigt seine Gefühle</li> </ul>
Diagnosephase	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Selbst- und Körperkonzept gerät aus dem Gleichgewicht, notwendige Einrichtungen (Berufstätigkeiten, Familienarbeit u. a.) sind dauerhaft oder bei Symptomverstärkung gestört.</li> <li>– Unsicherheit der Patienten wird durch mögliche Unsicherheit der Professionellen im Umgang mit der Diagnose verstärkt.</li> <li>– Haben die Patienten schließlich die Diagnose erfahren, hängt es von der Art der Mitteilung und den daraus entstandenen Bildern der Betroffenen ab, wie sie mit der Diagnose umgehen.</li> </ul>	<p>(–)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– verleugnet, unterdrückt und verdrängt seine Krankheit</li> <li>– isoliert sich sozial, gibt frühere Aktivitäten und soziale Kontakte auf, ist vorwiegend mit sich selbst beschäftigt, ist auch depressiv</li> <li>– gibt anderen die Schuld, z. B. dem behandelnden Arzt, verweigert die Mithilfe bei der Therapie, ist aggressiv</li> </ul> <p>(+)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sucht Informationen, richtet sein Verhalten auf die Krankheit aus, fragt nach Hintergründen der Therapie</li> <li>– behält soziale Aktivitäten bei</li> </ul>
Phase der Suchbewegungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Versuche der Neugestaltung der eigenen Lebenswelt: Täglich müssen neue Anpassungsleistungen geplant, mit Angehörigen abgestimmt, bewertet und realisiert werden. Verminderung der Fähigkeiten und Kompetenzen ist irreversibel. Der Patient erkennt, welche Konsequenzen dies für die Gestaltung seines Alltags hat.</li> <li>– Zunehmende Fähigkeitsverluste initiieren eine permanente Krise, Selbst- und Körperbild müssen ständig neu etabliert werden.</li> <li>– Trauer (Abschiede von vielen Teilkompetenzen) und Frustrationsarbeit werden nicht selten zu einer größeren Belastung als die eigentlichen Krankheitssymptome.</li> <li>– Auseinandersetzung mit medizinischen Behandlungskonzepten, Anschluss an Selbsthilfegruppen: Vergleich der eigenen Bewältigungsstrategien mit den Strategien anderer Erkrankter.</li> </ul>	<p>(–)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– hat unrealistische Hoffnungen für die Zukunft</li> <li>– glaubt, seine Funktionalität würde völlig wieder hergestellt</li> <li>– sucht nicht aktiv nach Hilfe</li> <li>– stützt sich übermäßig auf Angehörige</li> <li>– setzt sich unrealistische Ziele</li> <li>– nimmt Ereignisse passiv hin, glaubt an Vorbestimmung (Krankheit als Schicksal), zeigt wenig Besorgnis über die bestehenden Probleme,</li> <li>– verweigert die Mitarbeit bei der Therapie</li> </ul> <p>(+)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nimmt Einfluss auf die Gestaltung seiner Lebenswelt – ist motiviert</li> <li>– wird zunehmend aktiver</li> <li>– denkt positiv und versucht das Gute in jeder Situation zu sehen, nutzt seinen Humor</li> <li>– behält soziale Aktivitäten bei</li> <li>– bewusster Umgang mit Grenzen</li> <li>– nimmt Kontakt mit Gleich-Betroffenen auf, findet Trost in dem Wissen, dass es anderen ähnlich geht</li> </ul>
Konsolidierungsphase	<ul style="list-style-type: none"> <li>– MS ist weitgehend in den Alltag integriert: Die Patienten haben eine Lebensform gefunden, die es ihnen – und soweit vorhanden – ihren Angehörigen ermöglicht, ein Leben unter den Bedingungen der Krankheit zu führen.</li> <li>– Neben der Erfahrung verschiedenster Fähigkeitsverluste ist die Erfahrung getreten, dass es eine Reihe gesunder Potentiale</li> </ul>	<p>(+)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– hält einen realistischen Grad von Unabhängigkeit aufrecht</li> <li>– übernimmt seine Pflege selbst, soweit das die Krankheit zulässt</li> <li>– setzt sich Ziele und arbeitet aktiv darauf hin</li> <li>– erprobt neue Rollen</li> <li>– antizipiert was sein wird, wenn die Krankheit voranschreitet</li> </ul>

**Tabelle 22-2** Phasen der Krankheitsbewältigung (Fortsetzung)

Phase	Merkmale	+ Coping/– Abwehr
Konsolidierungsphase	gibt, die eine bestimmte Lebensqualität sichern und das eigene Selbstbild stabilisieren. – Patienten haben sich im Allgemeinen aus den unterschiedlichsten Informationsquellen ein „Expertenwissen“ angeeignet, das die Bewältigungskompetenz positiv stützt	– bereitet sich innerlich auf verschiedene Verlaufsformen vor – lässt sich von anderen helfen, wenn es nötig ist

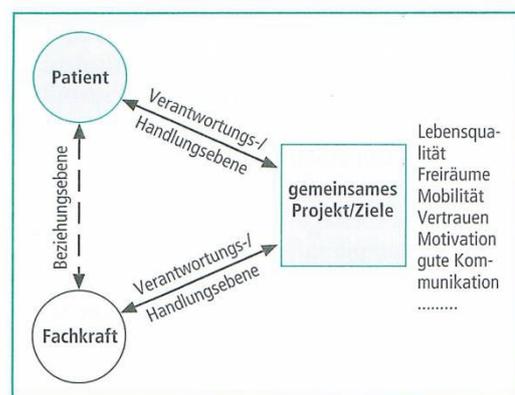
Ein hohes Maß an Bewältigungskompetenz zeichnet sich schließlich dadurch aus, inwieweit der Betroffene in der Lage ist, selbstverantwortlich und bewusst die eigene Erkrankung zu bewältigen. Wenn frühere Fähigkeiten und Kompetenzen, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen, verloren gegangen sind, ist die Bewahrung eines positiven Selbstkonzeptes eine der wichtigsten Bewältigungsaufgaben. Für die Angehörigen und insbesondere die professionellen Unterstützer bedeutet dies, diejenigen Aktivitäten und Kompetenzbereiche zu identifizieren und verstärken, die das Selbstwertgefühl steigern und die verbliebenen persönlichen Stärken betonen. Es fördert das Selbstwertgefühl des Kranken, wenn ihm geholfen wird, seine Leistungen zu würdigen und intakte Rollenfunktionen beizubehalten. Der Patient kann sich nur dann ein positives Selbstkonzept und Selbstwertgefühl bewahren, wenn es ihm gelingt, sein Selbstideal mit dem neuen Körperbild auszubalancieren.

halten beginnen: Erst wenn das Zusammenspiel der subjektiven Krankheitstheorien, der spezifischen Konstellationen der Lebenswelt und die Ausgestaltung sozialer Bezüge thematisiert und verstanden worden ist, können Vorschläge im Hinblick auf eine Optimierung des Copingverhaltens vorgetragen werden.

Durch die Wahrnehmung und Wertschätzung der Selbstkompetenz des Patienten wird seine Verantwortlichkeit für den Krankheitsprozess betont: Der Betroffene erfährt, dass seine Versuche der Bewältigung respektiert und als wesentliche Momente in weiterführende Therapiekonzepte einfließen. Dieses patientenorientierte Vorgehen lässt sich mit Hilfe des nachfolgenden „Triadischen Modells“ (Sokol und Hoppenworth 2002) nicht nur anschaulich visualisieren, es ist auch eine wirkungsvolle Methode, gemeinsam mit dem MS-Patienten am Thema „Verantwortlichkeit“ zu arbeiten (➤ Abb. 22-1).

### 22.3 Copingstrategien in der Praxis: Hilfe zur Selbsthilfe

Um das Bewältigungsverhalten besser einordnen zu können, ist es unerlässlich auch die individuelle Bedeutung kennen zu lernen, die der Patient seiner Situation beimisst. Die jeweils gewählten Bewältigungsstile sind effektiv für den Patienten, solange sie der Erhaltung und/oder Verbesserung der Lebensqualität dienen. Die Förderung positiver Copingstrategien muss deshalb beim individuellen Bewältigungsver-



**Abb. 22-1** Das triadische Modell des Arbeitsbündnisses zwischen Patient und Fachkraft.

In der bildlichen Darstellung der triadischen Anordnung des Arbeitsbündnisses zwischen Patient und Fachpersonal wird die Verteilung der Verantwortlichkeiten deutlich: MS-Patient und Arzt begegnen sich im Hinblick auf das gemeinsame Projekt, die gemeinsame Aufgabe „Krankheitsbewältigung“. Beide tragen ihren Anteil dazu bei. Der Patient kann Schwierigkeiten und Probleme in der Krankheitsbewältigung vortragen, die damit verbundenen Gefühle, Wünsche und Ziele benennen und im triadischen System lokalisieren. Patient und Arzt entgehen auf diesem Wege einer Vielzahl von Missverständnissen, die daraus entstehen, dass Beziehungs- und Sachebenen miteinander vermischt werden. Der Patient kann als Mensch auf der Beziehungsebene wertgeschätzt werden und gleichzeitig kann ein Problemverhalten des Patienten thematisiert werden, ohne dass er sich existenziell „bedroht“ fühlen müsste, was wiederum eher negatives Copingverhalten fördern würde.

Der vertrauensvolle Kontakt zwischen Patient und Arzt ist die Voraussetzung für eine verlässliche Bindung an die Praxis. – Das Triadische Modell ist eine Möglichkeit, das Gespräch übersichtlich zu strukturieren. Es ermöglicht die Kommunikation auf der Sach- und Beziehungsebene. Dem Patienten wird das Gefühl von Akzeptanz und positiver Wertschätzung vermittelt. Coping als umfassender Begriff für Strategien der Krankheitsbewältigung ist zum einen autodidaktische Kompetenz – zum anderen kann dieses strategische Verhalten durchaus „trainiert“ werden. In Form von zeitlich und thematisch strukturierten *Copingtrainings* können den Patienten geeignete Umgangsformen, Ausdrucksmöglichkeiten und Lösungsvarianten vermittelt werden. Dabei kommt dem Austausch und der Begegnung mit anderen Betroffenen und Familienangehörigen eine besondere Bedeutung zu. Kugler et al. (2000) untersuchten die Effekte der Gruppentherapie auf Psyche und Immunsystem. Es zeigte sich bei den Teilnehmern eine deutlich geringere Depressivität und eine gesteigerte Lebensqualität.

### Psychodrama und Copingtraining

Das Psychodrama ist ein in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von dem Arzt Jacop Levy Moreno entwickeltes Verfahren der handelnden Darstellung inneren Erlebens (griech. „drama“ = Handlung, „psyche“ = Seele). Moreno selbst bezeichnete das Psychodrama als „...diejenige Methode (...), die die Wahrheit der Seele durch Handeln ergründet“ (Moreno 1959).

Die Autoren haben in verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen mit Patienten, Angehörigen und medizinischen Personal ermutigende Erfahrungen mit psychodramatischen Settings gemacht, die der Unterstützung und Förderung der Krankheitsbewältigung von MS-Patienten dienen.

Psychodramatisch orientierte Copingstrategien intendieren eine effektivere Bewältigung des Umgangs mit der Krankheit, sie werden im Allgemeinen in Gruppen realisiert, sind mit geringfügiger Modifikation aber auch in der Einzelarbeit anwendbar. Das Training zielt auf die Bewusstmachung (Erhöhung der verantwortlichen Selbstreflexivität) und eine positive Veränderung im Copingverhalten der jeweils spielenden Person und der gesamten Gruppe ab. Ein innerer Konflikt (etwa die Entscheidung über den weiteren Behandlungsweg) wird vom Trainer mit Hilfe verschiedener psychodramaspezifischer Arrangements und Techniken auf der „Bühne“ sichtbar gemacht, analysiert und einer Lösung zugeführt. Der jeweilige Patient („Protagonist“) durchlebt sein „Spiel“ sowohl für sich selbst als auch stellvertretend für die übrigen Teilnehmer, die durch ihre Identifikation ebenfalls an den Effekten des Spiels teilhaben. Im Vergleich zu anderen Trainingsmethoden (Gesprächsrunden, Fallstudien, Rollenspiel etc.) zeichnet sich das Psychodrama durch besondere Realitätsnähe aus: Die Patienten bringen *ihre* Themen auf die Bühne (im Gegensatz etwa zum Rollenspiel, in dem nicht unbedingt die eigene Rolle vorgestellt werden muss), sie externalisieren intrapsychische Probleme, die bis dahin diffus, wenig konturiert und wenig kommunikationsfähig waren und die Anbahnung einer bewussten, effektiveren Umgangsform ausschlossen. Von besonderem Vorteil ist es auch, dass alle den Krankheitsbewältigungs-

prozess beeinflussende Faktoren wie Motive, Gewissen, abwesende Personen durch Mitspieler (oder symbolische Repräsentanten) Gestalt annehmen und bearbeitet werden können. Durch die szenische Darstellung werden Lösungsvorschläge nicht beschrieben, sondern erlebt. Verschiedene Perspektivenwechsel erhöhen schließlich die Bandbreite der Verhaltensmöglichkeiten der Patienten. Die hohe Effizienz psychodramatischer Arbeitsformen resultiert nicht zuletzt daraus, dass die Beteiligten selbst mögliche Handlungsvarianten und Verhaltensänderungen entdecken, ausprobieren, erleben – statt diese durch Dritte von außen zu erhalten.

## Literatur

- Cohen F, Lazarus RS (1982) Coping with the stresses of illness. In: Stone GC, Cohen F, Adler NF (eds.): *Health Psychology – A Handbook*, pp. 217–254. Jossey Bass, San Francisco.
- Faller H (1998) *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen.
- Fitzgerald Miller J (2000) *Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden. Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins*. Hans Huber, Bern.
- Freud A (1936) Das Ich und die Abwehrmechanismen. *Die Schriften der Anna Freud*, Bd. 1, S. 191–355. Kindler (1980), München.
- Freud S (1926) Hemmung, Symptom, Angst, S. 111–205. *GW Bd. 14. Imago*, London.
- Fürst J, Ottomeyer K, Pruckner H (2004) *Psychodramatherapie*. Facultas, Austria.
- Goldstein ME, Jones RB, Clemens TL et al. (1965) Coping style as a factor in psychophysiological response to tension-arousing film. *Journal of Personality and Social Psychology* 1: 200–302.
- Haan N (1977) *Coping and Defending*. Academic Press, New York.
- Hellige B (2002) Living with a chronic progressive form of multiple sclerosis – a balance act. *Pflege* 15: 284–292.
- Hoppenworth U, Sokol C (2002) *Das Triadische Modell*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Horowitz MJ, Milner N Life events, stress and coping. In: Poon L (ed): *Aging in the 1980s: selected contemporary issues in the psychology of aging*, pp. 363–374. American Psychological Association, Washington.
- Kächele H, Steffens W (Hrsg.) (1988) *Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*. Springer, Heidelberg.
- Kugler J, Krause B, Pöhlau D (2000) Psychoneuroimmunologica effects of coping training with multiple sclerosis. *Psychologische Beiträge* 42: 50–59.
- Lazarus R (1966) *Psychological stress and the coping process*. Mac Graw Hill, New York.
- Lipowski Z (1970) Physical illness, the individual and the coping process. *Psychiatry in Medicine* 1: 91–102.
- Mullen B, Suls J (1982) The effectiveness of attention and rejection as coping styles. *Journal of Psychosomatic Research* 26: 43–49.
- Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO (1986) An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiat* 43: 786–94.

Diese Veröffentlichung beschäftigt sich mit Phasen und Strategien der Krankheitsbewältigung einer körperlich chronischen Erkrankung sowie mit den Schutzmechanismen des Selbst am Beispiel von Patienten, die an der Multiplen Sklerose (MS) erkrankt sind.

Um der Individualität chronisch körperlicher Erkrankungen gerecht zu werden, stelle ich zu Beginn kurz die Besonderheit der Krankheit MS vor.

### **8.1 Multiple Sklerose – Eine Autoimmunerkrankung**

Die Multiple Sklerose ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen des zentralen Nervensystems mit chronischem Verlauf, die durch entzündliche Endmarkung (Demyelinisierung) und Neurodegeneration gekennzeichnet ist. Sie ist eine Erkrankung, die durch (fehlgesteuerte) autoimmune Reaktion verursacht ist, eine Krankheit, bei der sich „der Körper gegen sich selbst richtet“. Sie tritt meist bei jungen Menschen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf, in einer sensiblen Lebensphase, in der z.B. Familienplanung oder Planung und Umsetzung beruflicher Wünsche die Ziele sind (Schmidt, Hoffmann, Faiss, Köhler 2015). Die primäre Ursache der MS ist noch weitgehend unbekannt. Unumstritten ist jedoch die Vermutung, dass früh im Krankheitsverlauf immunologische Prozesse maßgeblich zu der Erkrankung beitragen (Krumbolz et al. in: Schmidt et al. 2015). Die Krankheit zeigt entzündliche Herde an den unterschiedlichsten Lokalisationen im zentralen Nervensystem auf, die Symptomatik ist dadurch vielgestaltig. Man spricht von ihr als [...], „Krankheit mit den vielen Gesichtern“[...] (Schmidt 2015, S.63). Als chronisch körperliche Krankheit ist sie chronisch degenerativ und damit nicht heilbar. Sie verläuft chronisch-progredient oder schubförmig. Alle Therapieversuche haben das Ziel den Klienten zu stabilisieren, während dieser die verschiedenen Phasen des Krankheitsprozesses durchläuft ([3] Sokol, Hoppenworth 2014, S.374).

### **8.2 Erleben der Multiplen Sklerose**

Aufgrund des hochgradig ungewissen Krankheitsverlaufes durch den Wechsel von Remission und Progression, sowie durch die unterschiedliche Symptomatologie

und in Anbetracht des jungen Alters zu Beginn der Erkrankung, wird die Bewältigung der MS als besonders schwierig beschrieben (Fitzgerald Miller 2000, S.253, Schmidt 2006, S.342). Zum Beispiel wird eine auftretende psychische Symptomatik häufig der körperlichen MS-Symptomatik zugeordnet, also als psychoorganisch anerkannt. Am Beispiel depressiver Phasen könnte diese auch als ein Ausdruck eines Befalls bestimmter Areale im Gehirn diagnostiziert werden, die eine prämorbid Störung des serotonergen Systems auslösen. Für den Patienten kommt es dadurch zu vielfältigen körperlichen und subjektiven Kontrolldefiziten, verbunden mit psychischen Belastungsreaktionen, die den Handlungsspielraum und die Autonomie einschränken. Brehm (1972) bezeichnet die recht komplexe Abwehrreaktion, die als Widerstand und Gegenreaktion gegen äußere oder innere Einschränkungen aufgefasst wird mit „Reaktanz“ (Schmidt, Hoffmann 2006, S.320), die sich bei einer dauernden Unbeeinflussbarkeit in Hilflosigkeitseffekte wie z.B. depressive Affekte wandeln kann.

Wie bereits bei der terminalen Niereninsuffizienz deutlich wurde, kommt es auch bei Patienten mit Multipler Sklerose als einer weiteren chronischen Krankheit nach der Diagnose zu einem Prozess der Adaption an die Krankheit und an die Therapie. Auch hier wird der Prozess der Adaption als ein komplexer, kontinuierlicher und lebenslang andauernder Prozess verstanden, der je nach Persönlichkeit unterschiedlich sein kann und abhängig ist von inneren und äußeren Faktoren.

## **9 Adaption an chronisch körperliche Krankheiten und Behandlung**

Zwei wissenschaftliche Strebungen prägen seit Ende der 50er Jahre maßgeblich die Entwicklungsgeschichte der Konzepte zur Krankheitsverarbeitung<sup>31</sup> und

---

<sup>31</sup> Krankheitsverarbeitung: Unter diesem Begriff werden alle unbewussten und bewussten Reaktionen subsumiert, die auf krankheitsbedingte Veränderungen erfolgen, die auf der emotionalen, kognitiven Ebene oder im Verhalten ersichtlich sind (Kächele, Steffens 1988, S.117).

Krankheitsbewältigung<sup>32</sup>. Zunächst rückte die Theorie des Abwehrkonzeptes von S.Freud (2006) und Anna Freud (1936) in den Mittelpunkt.

In seinen frühen Werken beschäftigte sich A. Freud mit der Erkenntnis, dass Menschen durch Bildung von Symptomen eine Lösung finden, widersprüchliche, seelische Strebungen auszugleichen.

Die zweite wichtige Strebung sind die Copingprozesse der kognitiven Emotionstheorien. Die Stressforschung, die zunächst durch Selye (1974) physiologisch ausgerichtet war, wurde von Lazarus und Folkman (1984) erweitert, indem sie psychologische Stressreaktionen auf Belastungen integrierten. Im weiteren Verlauf wurde die Bewältigungsforschung durch Konzepte aus der Gesundheits- und medizinischen Psychologie (Bengel und Jerusalem 2009), der Verhaltenstherapie, der Soziologie und Sozialpsychologie (Aronson; Wilson; Akert 2008) ergänzt.

Als Gemeinsamkeit beider Strebungen wird Bewältigung innerer und äußerer Belastungs- und Konfliktsituationen genannt. Als Unterschied werden die psychologischen Paradigmen genannt, aus denen sie entwickelt wurden.

Nachdem Copingkonzepte Ähnlichkeiten zu analytischen Abwehrtheorien infrage stellten oder sogar ablehnten, nutzten Kächelle und Steffens (1988) erneut beide Konzepte für Entwicklungen im Bereich der Copingforschung. Auch nach Muthny (1990) verhalten sich Abwehr- und kognitive Copingprozesse komplementär zueinander.

## 9.1 Kognitive Copingprozesse

Die Forschung auf dem Gebiet der Krankheitsbewältigung befasst sich in diesem Rahmen mit der zentralen Frage, auf welche Weise und mit welchem Erfolg Menschen eine Erkrankung und die damit verbundenen Belastungen einschätzen und bewältigen (Heim, Perret 1994; Filipp, Aymanns 1997; Faller 2001).

---

<sup>32</sup> Krankheitsbewältigung: Erwartete oder bestehende krankheitsbedingte Belastungen zu verändern. Das Ziel ist eine intrapsychische Anpassung oder eine Veränderung der Situation, Befindlichkeit (Kächele, Steffens 1988, S.117).

Das wohl bekannteste Modell zur Beschreibung von Stress und seinen psychischen Folgen ist das Transaktionale Stressmodell von Lazarus (1966) und Lazarus/Folkman (1984). Dieser Ansatz ist kognitiv-phänomenologisch orientiert (vgl. Lazarus 1995). Lazarus (1966) vernachlässigte das interaktionelle Geschehen und stellte den Patienten und sein individuelles und subjektives Erleben in den Mittelpunkt der Krankheitsbewältigung.

Chronische Krankheiten als Ursache oder Folge von Stresssituationen wurden als komplexe Wechselwirkungen zwischen den Anforderungen der intrapsychischen und interpersonellen Ressourcen der Betroffenen gesehen. Besondere Bedeutung wurde dabei der subjektiven Einschätzung und der Situationsbewertung sowie den innerpsychischen, kognitiven und emotionalen Verarbeitungs- und Reorientierungsressourcen beigemessen. Eine Stressreaktion entsteht, wenn die Situation, wie sie wahrgenommen und bewertet wird (primary appraisal), die Möglichkeiten der Bewältigung übersteigt (secondary appraisal) (Lazarus 1995). Die Möglichkeit der Veränderung der Erstbewertung bezeichnet Lazarus als Neubewertung (Reappraisal). Eine Stresssituation kann durch die Möglichkeit einer Neubewertung zu einer zu bewältigenden Herausforderung werden. Als Ziel der Stressbewältigung beschreiben Buchwald, Schwarzer, Hobfoll (2004), die Ressourcen zu schützen, zu erweitern und einen weiteren Verlust zu vermeiden.

Antonovsky (1979) entwickelt im Rahmen von Gesundheitstheorien das Konzept der Salutogenese und wendet sich in der Frage nach Bewältigungsverhalten den Ressourcen und Potenzialen zu. Er beschäftigt sich mit der Frage, warum Menschen trotz Verlusterfahrungen und bedrohlichen Ereignissen gesund bleiben. Das Kohärenzgefühl ist ein zentraler Aspekt in der Salutogenese. Nach Antonovsky hat Kohärenz drei Aspekte:

- Die Fähigkeit, dass man die Zusammenhänge von Situationen/ Verhalten und Beziehungen versteht. Das Gefühl des Verstanden Werdens und der Glaube an die Wichtigkeit der eigenen Person.
- Die Überzeugung, dass man das eigene Leben subjektiv lebenswert gestalten kann und durch eigene Handlung und Gefühle kontrollieren und beeinflussen kann. Das Gefühl der Handhabbarkeit.

- Der Glaube, dass das Leben einen Sinn hat. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit. Die Bewertung des Stressors als Herausforderung zu sehen und nicht als Bedrohung.

Widerstandsressourcen und Copingsstrategien ermöglichen den Betroffenen durch eine innere Einstellung oder äußere Haltung Unsicherheiten abzubauen. Hierzu zählen körperliche, biochemische, materielle, kognitiv-emotionale Intelligenz, Kreativität, Ich-Identität, Kohärenzgefühl und makrosoziokulturelle Rituale.

Corbin und Strauss (2004) postulieren aus ihrem interaktionstheoretischen Ansatz, dass nicht die Diagnose das Erleben ausmacht, sondern die Symptome, die Bewältigungsaufgaben und die krankheitsbedingten körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen. Es geht um das, was der Betroffene in jeglicher Interaktion mit sich und anderen erlebt. Das subjektive Erleben des Betroffenen wird vom Erleben und Verhalten anderer beeinflusst. Jeder chronisch Kranke wird mit seiner Sozialität konfrontiert. Für ihn ist es oft nicht unterscheidbar, ob er unter seiner psychischen Verfassung leidet oder unter den Reaktionen seiner Umwelt auf seine Krankheit.

Die Verhaltenstherapie trägt mit ihren kognitiven Ansätzen dazu bei, subjektive Bewertungs- und Verarbeitungsprozesse in den Mittelpunkt zu rücken.

## 9.2 Das psychoanalytische Abwehrkonzept

Das Ich und das Selbst wurden in den vorausgegangenen Abschnitten als eine sich selbst organisierende Struktur gezeigt, die durch soziale Aspekte und zwischenmenschliche Beziehungen in ihrer Entwicklung maßgeblich geprägt und beeinflusst ist. Und deren Funktion es ist, im Sinne der Selbsterhaltung, die sozialen Beziehungen und Bezüge in der Außenwelt für die Innenwelt aufrecht zu erhalten. Mit dem Thema der Anpassungs- und Abwehrprozesse wird ein psychoanalytisches Konzept vorgestellt, das für die Regulation jener Bedürfnisse, damit verbundene Emotionen und Handlungsbedürfnisse als manchmal „überlebensnotwendig“ erachtet wird. Rudolf (2000, S.73) beschreibt die Dynamik als den Trieb-Triebabwehr-Konflikt. Um eine Kohärenz des Selbst (Stern 1992)

oder eine stabile Selbstorganisation zu entwickeln, zu erhalten oder wiederherzustellen zu können, werden vom Ich, seiner Struktur entsprechend, Abwehrmechanismen<sup>33</sup> etabliert, die als spezifische Anpassungsmechanismen (Freud, A. 2006, S.40f) das Ich gegenüber abgewiesenen Triebansprüchen schützen. Das Ich wehrt sich aufgrund von Impulsen des Über-Ichs gegen die Triebwünsche des Es und reguliert innere Abläufe so, dass der Mensch vor großem Bedürfnisdruck und unerträglicher Frustration bewahrt bleibt. Das innere Gleichgewicht bleibt erhalten, das Selbstbild wird gestärkt, der Gewinn von Lust und Wohlbefinden kann erhöht und das narzisstische Gleichgewicht stabilisiert werden (Beutel 1988; Kächelle, Steffens 1988). In diesem Sinne haben Anpassungs- und Abwehrreaktionen eine doppelte Funktion:

- Sie sind Regulationsvorgänge für den Zustand der Integrität (Körper, Ich)
- Sie führen dazu, unbewusste Wünsche, die diese Integrität bedrohen, auszuschalten

Klein (1976); Kächelle und Steffens (1988) beschreiben im Sinne von Freud, dass Angst dann ausgelöst wird, wenn Wünsche, Triebimpulse oder eine Fantasie sich im Gegensatz zu Wertvorstellungen oder moralischen Haltungen befinden. Die Abwehr ermöglicht eine Regulation der inneren Spannung zwischen dem Selbst und dem Ideal-Selbst. Als ein weiterer Versuch die Integrität zu wahren wird die Symptombildung verstanden, die eher als eine Problemverschiebung angesehen wird als eine befriedigende Lösung.

Chronisch körperlich kranke Patienten erleben dauerhaft Einschränkungen und sind lebenslang auf eine medizinische Behandlung angewiesen. Das dem beruflichen Selbstverständnis von Ärzten und Fachpersonal immanente Ziel, den Patienten zu heilen, kann nicht erreicht werden. Zum eigenen Schutz vor der täglichen, oft traumatisch erlebten Konfrontation mit einer existenziell bedrohlichen Krankheit werden von Patienten Anpassungs- und Abwehrmechanismen initiiert. Verdrängt oder verleugnet werden u.a. Gedanken [...]“*an den Tod als die radikalste Form der Trennung und als Quelle der Todesangst.*“[...]Elgeti (1999,

S.309). Wird das Selbst traumatisch bedroht, wie z.B. durch eine lebensbedrohliche Diagnose, entstehen Ängste sich zu verlieren, auseinanderzufallen, zu fragmentieren (Kohut 1976). Das Selbst kann in Einzelteile zerfallen, wenn Erfahrungen nicht mehr integriert werden können. Eine chronische Erkrankung kann traumatisch erlebt werden und infolge mangelnder Integration von Affekten zu einer Affektüberflutung und folglich zu einer Dekompensation des Selbstsystems führen (Epstein 1979). Fragmentierung wird hier mit einer Form von Regression als Abwehr der lebensbedrohlichen Gefühle, die durch das sich auflösende Selbst (partieller oder vollständiger Strukturverlust) entstehen, gleichgesetzt. Kohäsion lässt nach, das Selbstwelterleben wird gestört, Vitalität wird gebremst, Angst und Depression können ausgelöst werden. „(...) Der Mensch ist nicht Herr seiner selbst (...)“, so drückte Freud (1936) aus, dass menschliches Handeln in täglichen Situationen nur zu einem kleinen Anteil bewusst bestimmt werden kann. Er stellte die Bedeutung des Unbewussten für das menschliche Handeln dar und ergänzte bisherige Auffassungen um den Aspekt der verborgenen Subjektivität (Persönlichkeit, Gefühle, Konflikte).

Das Erleben existenziell bedrohlicher chronischer Erkrankungen kann zu einer körperbezogenen Subjekt-/Objektspaltung als Abwehrreaktion führen und den Patienten damit unbewusst vor einer Überflutung bedrohlicher Gefühle des Selbsterlebens schützen. Der Betroffene muss durch die körperlichen Veränderungen und medizinischen Einschränkungen auf Wunscherfüllung verzichten, und statt diese Wünsche zu realisieren werden sie zur Regulation der Emotionen unbewusst (Erdheim 1984, S.217). Innere Impulse werden dem Bewusstsein nicht zugänglich. Die Konsequenz eines Erlebnisses wie dem einer existenziell bedrohlichen Krankheit und einer damit einhergehenden narzisstischen Kränkung beschreibt Hirsch (2011, S.98) als eine Dissoziation des Ichs. Hierbei handelt es sich um einen narzisstisch besetzten Selbstanteil, der nach innerer Struktur für die Leistungsfähigkeit und für den Erfolg eine bedeutsame Rolle spielt. Dissoziation stellt einen Bruch zwischen den subjektiven und den objektiven Erlebensaspekten des Körpers dar und verhindert dem Subjekt eine Oszillation (Küchenhoff 1992, S.53) zwischen den Erlebensebenen. Das Selbst erlebt den Körper nicht mehr als integrierten Bestandteil. Die Selbstentwicklung, die Subjekt-/ Objektspaltung des Körpers sowie ein

destruktives Agieren und die Fixierung im Körpererleben (Gaus et al. 1986) sind von der Literatur auch für nephrologische Patienten beschrieben worden. Dissoziationen werden von den Dialysepatienten beschrieben, die zum Beispiel ihren „Dialysearm“ als Fremdkörper von sich abspalten und nicht mehr wahrnehmen.

Abwehrmechanismen werden als Schutzmechanismen des Patienten verstanden, die nicht „gebrochen“ sondern als Ressource verstanden und anerkannt werden sollten.

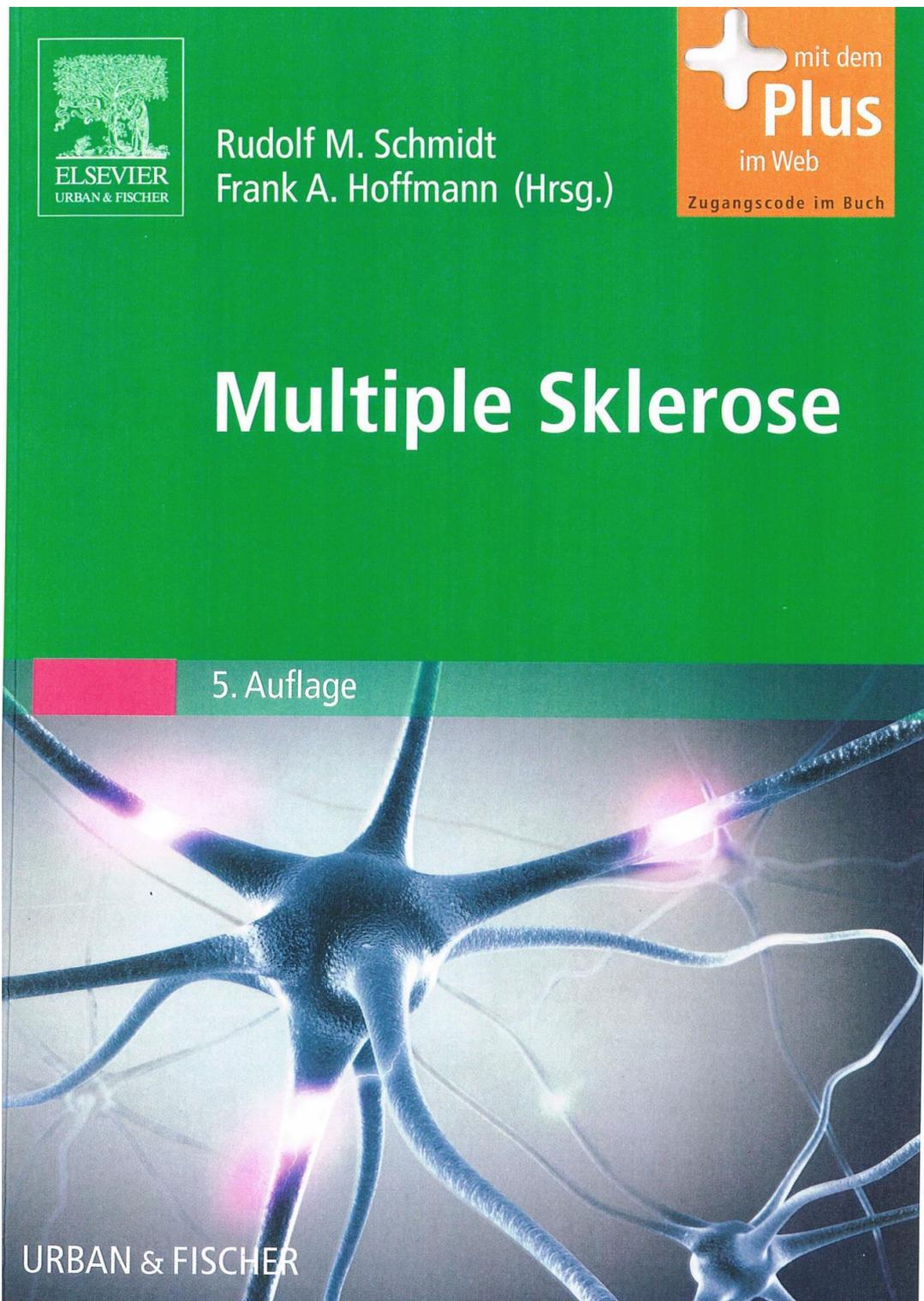
Besonders durch Kohut (1976) entwickelten sich Theorien der Selbstpsychologie und Möglichkeiten, psychische Phänomene zu beobachten und zu organisieren. Kohut (1976) prägte den Begriff des „gesunden Narzissmus“. Damit meint er, dass Menschen natürliche Strebungen und Fähigkeiten besitzen, sich ständig weiterzuentwickeln. Dieser individuell sowohl dynamische als auch stabile Prozess bewirkt Unterschiedlichkeit im Erleben der Diagnose, im Mobilisieren von Ressourcen und dem Organisieren inneren Erlebens. Für die Funktionsfähigkeit des Menschen ist es von großer Bedeutung, dass die Selbstorganisation aufrechterhalten werden kann. Diese Annahmen von Freud (1923) werden durch die Weiterentwicklungen, Korrekturen und Ergänzungen in Verbindung mit körperlichen Vorgängen nach Geißler; Heisterkamp (2007), mit Selbst- und Objekttheorien nach Balint (1982); Winnicott (2002); Klein (1992) und entwicklungstheoretischen Prozessen nach Stern (1992) und Bowlby (2006) als Grundlage von Verhaltensweisen und entsprechenden Erlebnisqualitäten verstanden.

Für den Umgang mit einer infausten Prognose, wie es die existenziell bedrohlichen Erkrankungen Multiple Sklerose, Krebs und die terminale Niereninsuffizienz sind, scheint eine Identifikation des Fachpersonals mit dem Patienten und seinen Abwehrreaktionen erstmals sogar notwendig zu sein, um überhaupt handlungsfähig zu bleiben und den Versorgungsauftrag erfüllen zu können. Es kommt zu einer kollektiven Verdrängung. In Anbetracht der täglich vor Augen geführten Lebensbedrohlichkeit oder Lebensfreude entwickeln das Fachpersonal sowie der Patient bewusst und unbewusst Strategien des

Selbstschutzes, vielleicht vor der Sprachlosigkeit in einem „Geschäft“, in dem es um Lebenserhaltung geht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass historische und aktuelle Situation sowie Körper- und Beziehungserfahrungen die Differenzierungsprozesse der Bewältigung und Anpassung an eine chronische körperliche Krankheit bestimmen. Intuitiv verwendet der Patient ihm vertraute und bewährte Abwehr- und Copingstrategien zur Regulation seines Selbsterlebens und zur Stabilisierung seiner Selbstkonzepte, seiner Autonomie und Selbstwirksamkeit. Wird der Patient mit einer neuen Veränderung konfrontiert, werden im Sinne der Selbstregulation und Selbstkontrolle auch die Erwartungen an sich selbst verändert (Bandura 2001). Der Patient kann durch seine vorhandenen Fähigkeiten erleben, gesundheitsfördernde Prozesse aktiv mitgestalten zu können. Darauf werde ich nach der nächsten Veröffentlichung ergänzend eingehen.

10 Unterstützung der Selbstmotivation des Patienten  
Veröffentlichung [4]: Vom Coping zum Coaching



## 23

# Vom Coping zum Coaching: Paradigmenwechsel in der Patientenbetreuung

<b>23.1 Coping: ein Begriff – viele Bedeutungen</b> .....	375
23.1.1 Unterscheidung Abwehr – Coping .....	375
23.1.2 Compliance als Therapietreue oder wie individuelle Bewältigungsstrategien auf medizinische Notwendigkeiten ausgerichtet werden .....	376
23.1.3 Adhärenz: ein Modell partizipativer Entscheidungsfindung .....	377
23.1.4 Diagnose MS – ein Sturz aus der Selbstverständlichkeit .....	377
23.1.5 Phasen der Krankheitsbewältigung .....	378
<b>23.2 Patientencoaching: Hilfe zur Selbsthilfe</b> .....	378
23.2.1 Was ist Patientencoaching? .....	378
23.2.2 Patientencoaching in der Gruppe .....	380
23.2.3 Psychodrama als Methode .....	380

Die Rollenerwartung an Patienten, die Qualität gesundheitsrelevanter Leistungen haben sich erheblich geändert: Von Patienten wird erwartet, dass sie einen sehr viel größeren Teil ihres Therapieerfolgs selbst in die Hand nehmen und als aktive Mitgestalter am Behandlungsprozess teilnehmen. Der Weg vom passiven Patienten (paternalistisches Modell) zum selbstbewussten Mitgestalter seiner Krankheit (partnerschaftliches Modell) kann mit den Schlüsselbegriffen Coping, Compliance und Adhärenz markiert werden. Mithilfe des Patientencoachings werden Patienten bei ihrer Autonomieentwicklung im Umgang mit ihrer Krankheit und der Therapie unterstützt. Ihre aktive Mitwirkung soll die Behandlungsergebnisse verbessern, mehr Lebensqualität sichern und nicht zuletzt für einen effizienteren Einsatz der medizinischen Mittel sorgen.

## 23.1 Coping: ein Begriff – viele Bedeutungen

Das Konzept des Copings (engl. *cope with*) ist am ehesten mit Krankheitsbewältigung zu beschreiben. Eine einheitliche Definition bzw. ein standardisiertes Instrumentarium zur Messung von Copingstrategien liegt bisher nicht vor. Zum Verständnis vorliegender Konzepte der Krankheitsbewältigung ist es notwendig, zwischen Coping und Abwehr zu unterscheiden, zwei Konzepte, die wenig theoretisch konturiert sind und mehr Fragen aufwerfen als Lösungen aufzeigen.

### 23.1.1 Unterscheidung Abwehr – Coping

Die Erforschung menschlichen Verhaltens auf bedrohliche Situationen – und eine Erkrankung ist eine bedrohliche Situation – geht zurück ins 19. Jahrhundert und berührt die Wurzeln der

Psychoanalyse: Menschliches Verhalten in Krisensituationen geriet zunächst als „Abwehrverhalten“ in den Blick. Das psychoanalytische Konzept der Abwehr umfasste alle Abwehrbemühungen, die ausgelöst werden, wenn ein Angstsignal dem Individuum eine Bedrohung signalisiert (Freud 1936). Sie dienen dem Schutz vor unangenehmen, schmerzhaften Affekten, die in bestimmten Situationen körperlicher oder seelischer Bedrängnis auftreten (Freud 1926). Beispiele für solche eher unbewusst motivierten Abwehrprozesse sind u. a. Verdrängung, Verleugnung, Projektion. Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie dem Erkrankten „helfen“;

- die durch die Krankheitsbedrohung ausgelösten Emotionen zu reduzieren,
- Zeit zur Bewältigung von Ereignissen, die nicht sofort integriert werden können, zu gewinnen (z. B. dem Schock der Diagnose MS),
- mit unwiederbringlichen Verlusten (z. B. Mobilität) umzugehen.

Während die Abwehr darauf zielt, Bedrohung von sich fernzuhalten bzw. sie im subjektiven Erleben zu modifizieren – sie also zu bagatellisieren, zu verdrängen oder zu projizieren –, greift Coping einen eher bewussten Umgang mit der Erkrankungssituation auf.

Der Begriff Coping umfasste alle kognitiven und verhaltensmäßigen Versuche eines Individuums, eine durch Krankheit ausgelöste Stresssituation zu meistern. Stress wurde in diesem Zusammenhang als stark belastende Lebenssituation verstanden, die Ursache und Ausgangspunkt für gesundheitliche Beeinträchtigung sein kann.

Trotz der Unterschiede in den theoretischen Ansätzen zur Systematisierung von Copingverhalten ist allen Konzepten gemeinsam, dass Krankheitsbewältigung als phasenhaft ablaufender Prozess verstanden wird. Horowitz und Wilner (1980) unterscheiden drei Formen von Bewältigungsmustern:

1. aktive Beschäftigung mit der eigenen Krankheit und Durcharbeiten der eigenen Situation,
2. Hinwendung zu anderen Aktivitäten und Neuformierung eigener Einstellungen und Werte,
3. Aufsuchen sozialer Kontaktpersonen.

Welche Copingstrategien im Verlauf der Krankheit dominieren, ist neben krankheitsbedingten Variablen (Dauer und Prognose über den Verlauf der Krankheit) abhängig von individuellen Faktoren (kognitive Struktur der Betroffenen, Einstellungen, Werthaltungen etc.), den Erfahrungen mit sich selbst in Lebenskrisen, seinen subjektiven Krankheitstheorien, dem Selbstwertgefühl und schließlich von den Reaktionen des sozialen Kontextes abhängig. Krankheitsbewältigung muss als multifaktorieller Prozess verstanden werden, dem ein kompliziertes Umwelt-Person-Passungsgefüge zugrunde liegt. So reagieren MS-Patienten auf spezifische Situationen mit einem spezifischen Bewertungsprozess, der biografisch determiniert ist und in der Bewältigungssituation jene Ressourcen aktiviert, die durch die vorausgegangene Selektion nicht abgeblockt, sondern freigegeben wurden.

### 23.1.2 Compliance als Therapietreue oder wie individuelle Bewältigungsstrategien auf medizinische Notwendigkeiten ausgerichtet werden

Während in der Beobachtung von Copingprozessen das Verhalten der Patienten nicht selten zwischen den Polen von Abwehr und Akzeptanz oszilliert, gerät im Compliancekonzept die „gehorsame“ Einhaltung von medizinischen Verhaltensmaßregeln (Therapietreue) in den Blick. Therapietreue als Gütekriterium einer gelungenen Krankheitsbewältigung löst allerdings eine Reihe von kritischen Fragen aus: Abgesehen von den moralischen Implikationen des Begriffs „Treue“ stellt sich die Frage: „Wer ist wem gegenüber zur Treue verpflichtet“? Stellt „Untreue“ (Noncompliance) in diesem Zusammenhang nicht auch gerade den Versuch dar, das eigene Leben – und damit den Umgang mit der Krankheit – selbstbestimmt zu organisieren? Ist Noncompliance in diesem Fall nicht geradezu der Versuch, die eigene Autonomie wiederherzustellen – um sich selbst treu zu bleiben? Soviel lässt sich an dieser Stelle sagen: Noncompliance an sich ist einerseits noch kein Beweis für fremdbestimmtes Verhalten und andererseits kein Ga-

rant für eine gelungene Krankheitsbewältigung. Entscheidend ist in jedem Fall die jeweils individuelle Situation des Patienten mit seinen krankheitsspezifischen Bedingungen.

In diesem Sinne kann „Verordnungstreue“ durchaus positiv gesehen werden: Sie sichert, dass Medikamente gemäß der ärztlichen Verschreibung eingesetzt werden, um auch bei Langzeittherapien den gewünschten Erfolg erreichen zu können. Gerade bei MS ist angesichts der hohen Therapieabbruchrate eine auf Vertrauen und Zuverlässigkeit basierende Kooperation zwischen Arzt und Patient zur Erhaltung der Compliance unerlässlich.

### 23.1.3 Adhärenz: ein Modell partizipativer Entscheidungsfindung

Adhärenz markiert den Wechsel vom überwiegend „väterlichen, beschützenden“ Arzt zu einem „zur Mitsprache einladenden Gesundheitsexperten“, der dem Patienten anbietet, ihm als Partner in seiner Krankheitsbewältigung zu begegnen und ihn zu akzeptieren.

Die Ausfüllung der Patientenrolle erfährt einen dramatischen Wandel: Der Patient wird aktiv Fragender statt sprachloser Empfänger überwiegend schlechter Nachrichten, er ist der umfassend Informierte statt der ausschließlich Betroffene, er wird zum Handelnden statt zum ausschließlich Behandelten.

In der Praxis kommen nicht selten Compliance- statt Adhärenztechniken zur Anwendung. Dies erklärt sich nach Anderson und Funnel (2005) mit dem immer noch überwiegend in der Arzt-Patient-Beziehung dominierenden Paradigma der Akutmedizin. Hier übernimmt der Arzt Verantwortung für den kranken Patienten, was bei chronischen Erkrankungen eher hinderlich ist, da die Betroffenen lebenslang mit ihrer Erkrankung kompetent umgehen müssen. Die Vergrößerung des Handlungsvolumens des Patienten und damit eine Rückgewinnung seiner Autonomie gelingen ohne entsprechende Unterstützung nur partiell, weil die MS Lebensgewohnheiten und Routinen verändert und das Selbstwertgefühl beeinträchtigt. Dieses Zusam-

enspiel von Krankheitsbedingungen und sozialen Folgen bedarf einer behutsamen Unterstützung, die einerseits die Nöte der Patienten ernst nimmt und andererseits alternative Umgangsformen aufzeigt. Der Patient kann sich nur dann ein positives Selbstkonzept und Selbstwertgefühl bewahren, wenn es ihm gelingt, sein Selbstideal mit dem neuen Körperbild auszubalancieren.

### 23.1.4 Diagnose MS – ein Sturz aus der Selbstverständlichkeit

Mit einer chronischen Krankheit zu leben, bedeutet zu trauern, dass man nicht mehr ist, wer man einmal war. Gesundheit und Vitalität rangieren in unserer Gesellschaft an höchster Stelle: Umso dramatischer wird vor diesem Hintergrund der Einbruch im scheinbar selbstverständlichen Zusammenspiel der Organe und Organsysteme im menschlichen Körper erlebt: Währt diese als Desaster erlebte Dysfunktion über einen längeren Zeitraum, kommt es im Allgemeinen zu einer Krise, die den Menschen zutiefst erschüttert und ihn aus dem normalen Gang seines Lebens herausreißt.

Die Eröffnung der MS-Diagnose stellt einen emotionalen Schock dar. Manche Patienten reagieren wie in einer akuten Stresssituation, andere erleben die Diagnose als Entlastung, da sie schon lange nach den Ursachen ihrer neurologischen Symptome suchten. Je traumatisierender die Krankheit erlebt wird, desto umfassender fällt die notfallartig einsetzende Reaktion aus. Eine Integration der Krankheit in die Persönlichkeit gelingt mitunter erst nach einiger Zeit und ist abhängig von biografischen Vorerfahrungen, Persönlichkeitsmerkmalen, Einstellungen zum eigenen Körper und Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten. Für Patienten mit sichtbaren Behinderungen ist es oft leichter, die Folgen der Krankheit zu integrieren, als für Patienten, die kaum oder keine sichtbaren Symptome aufweisen. Der Adaptationsprozess für Patienten mit nicht sichtbaren Symptomen oder mit sich wieder rehabilitierender MS wird sogar komplizierter, weil der Patient sich, zwischen einer

gesund und einer kranken Welt alternierend, anpassen muss.

### 23.1.5 Phasen der Krankheitsbewältigung

Krankheitsbewältigungsprozesse verlaufen in verschiedenen Phasen, und diese sind immer auch implizit Versuche eines Krisenmanagements: Die Erkrankung zwingt zur Besinnung, stellt neue Anforderungen und verlangt ungewohnte Bewältigungsformen (> Tab. 23.1). Dabei hält der „Bewältigungsprozess“ keine strenge Abfolge ein: Je nach individueller Ausgangslage werden einzelne Stufen übersprungen, wird auf Stufen verharrt, oder bereits bewältigte Abschnitte werden noch einmal durchlaufen.

## 23.2 Patientencoaching: Hilfe zur Selbsthilfe

### 23.2.1 Was ist Patientencoaching?

MS-Patienten müssen seelische und körperliche Belastungen bewältigen, eine Fülle von Informationen verarbeiten und eine Vielzahl von Therapieanweisungen und Verhaltensregelungen befolgen. Dabei bleiben bedeutsame psychosoziale Faktoren, die eine Adhärenzverbesserung bewirken könnten, oftmals unberücksichtigt.

Wie die Erfahrung zeigt, verhält sich ungefähr jeder 2. Patient überhaupt therapiegerecht. Hier setzt das Konzept des „Patientencoachings“ im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ ein, um den Patienten zu einem langfristigen verantwortungsbewussten Umgang mit seiner Krankheit und der medizinischen Behandlung zu. Ziel des Coachings ist vor allem die Verbesserung der Krankheitsbewältigung unter Berücksichtigung der Ressourcen. Im Patientencoaching ist zunächst keine Verhaltensänderung intendiert. Der Coach zeigt Wege auf, wie Situationen gemeistert werden können und eine neue „Normalität“ im Alltag möglich wird.

Der Patientencoach

- bespricht mit dem Patienten, dessen Angehörigen und Arzt, was er zusätzlich tun kann, um besser mit seiner Erkrankung umgehen zu können;
- vermittelt Kontakte (z. B. zu Ärzten, MS-Nurses, Reha-Zentren, Pflegediensten, Hilfsmittelanbietern, Selbsthilfe- und Sportgruppen usw.);
- erleichtert den Wechsel vom Krankenhaus nach Hause oder in die Reha – und ist auch nach dem Klinikaufenthalt weiterhin Ansprechpartner für den Patienten.

Durch die Wahrnehmung und Wertschätzung der Selbstkompetenz des Patienten wird dessen Verantwortlichkeit für den Krankheitsprozess betont: Der Betroffene erfährt, dass seine Möglichkeiten der Bewältigung respektiert werden und als wesentliche Momente in weiterführende Therapiekonzepte einfließen.

Um das Bewältigungsverhalten besser einordnen zu können, ist es unerlässlich zu ergründen, welche individuelle Bedeutung der Patient seiner Situation beimisst.

Dieses patientenorientierte Vorgehen lässt sich mithilfe des **triadischen Modells** (Sokol und Hoppenworth 2002) nicht nur anschaulich visualisieren, es stellt auch eine wirkungsvolle Methode dar, um gemeinsam mit dem MS-Patienten am Thema „Verantwortlichkeit“ zu arbeiten (> Abb. 23.1).

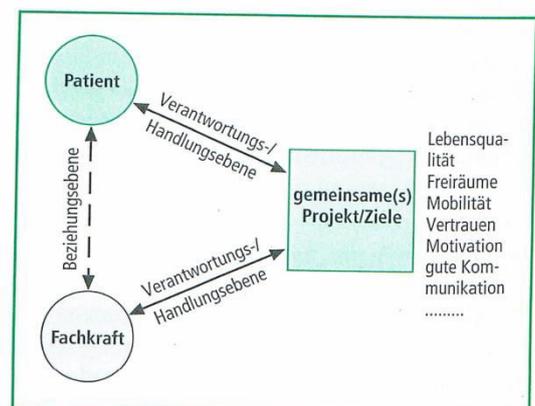


Abb. 23.1 Das triadische Modell des Arbeitsbündnisses zwischen Patient und Fachkraft [L106]

Tab. 23.1 Phasen der Krankheitsbewältigung (Hellige 2002)

Phase	Merkmale	+ Coping/– Abwehr
Vor-diagnose-phase	<p>Verlauf ist u. a. abhängig von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn der Krankheit</li> <li>• Verhalten des Patienten</li> <li>• Grad der Verunsicherung des Patienten durch Verstärkung der Symptomatik</li> <li>• Verhalten von Angehörigen und professionellen Helfern</li> <li>• Bereitschaft, einen Arzt zu konsultieren</li> </ul>	<p>(–)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verharmlost die Probleme und Symptome der Krankheit</li> <li>• verschiebt Entscheidungen über die eigene Krankheit</li> <li>• spricht möglichst nicht über sich, seine Gefühle und Gedanken</li> </ul> <p>(+)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• äußert seine Sorge</li> <li>• artikuliert und zeigt seine Gefühle</li> </ul>
Diagnose-phase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbst- und Körperkonzept gerät aus dem Gleichgewicht, notwendige Verrichtungen (Berufstätigkeiten, Familienarbeit u. a.) sind dauerhaft oder bei Symptomverstärkung gestört</li> <li>• Unsicherheit des Patienten wird durch mögliche Unsicherheit der Professionellen im Umgang mit der Diagnose verstärkt</li> <li>• Hat der Patient schließlich die Diagnose erfahren, hängt es von der Art der Mitteilung und den daraus entstandenen Bildern des Betroffenen ab, wie er mit der Diagnose umgeht</li> </ul>	<p>(–)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unterdrückt und verdrängt seine Krankheit</li> <li>• isoliert sich sozial, gibt frühere Aktivitäten und soziale Kontakte auf, ist vorwiegend mit sich selbst beschäftigt, ist depressiv</li> <li>• gibt anderen die Schuld, z. B. dem behandelnden Arzt</li> <li>• verweigert die Mithilfe bei der Therapie, ist aggressiv</li> </ul> <p>(+)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sucht Informationen, richtet sich auf die Krankheit aus, fragt nach Hintergründen der Therapie</li> <li>• behält soziale Aktivitäten bei</li> </ul>
Phase der Suchbewegungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versuche der Neugestaltung der eigenen Lebenswelt: Täglich müssen neue Anpassungsleistungen geplant, mit Angehörigen abgestimmt, bewertet und realisiert werden. Patient erkennt, welche Konsequenzen dies für die Gestaltung seines Alltags hat</li> <li>• Zunehmende Fähigkeitsverluste initiieren eine permanente Krise, Selbst- und Körperbild müssen ständig neu etabliert werden</li> <li>• Trauer (Abschied von vielen Teilkompetenzen) und Frustrationsarbeit werden nicht selten zu einer größeren Belastung als die eigentlichen Krankheitssymptome</li> <li>• Auseinandersetzung mit medizinischen Behandlungskonzepten, Anschluss an Selbsthilfegruppen: Vergleich der eigenen Bewältigungsstrategien mit den Strategien anderer Erkrankter</li> </ul>	<p>(–)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hat unrealistische Hoffnungen für die Zukunft</li> <li>• glaubt, seine Funktionalität würde völlig wiederhergestellt</li> <li>• sucht nicht aktiv nach Hilfe</li> <li>• stützt sich übermäßig auf Angehörige</li> <li>• setzt sich unrealistische Ziele</li> <li>• nimmt Ereignisse passiv hin, glaubt an Vorbestimmung (Krankheit als Schicksal), zeigt wenig Besorgnis über die bestehenden Probleme,</li> <li>• verweigert die Mitarbeit bei der Therapie</li> </ul> <p>(+)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nimmt Einfluss auf die Gestaltung seiner Lebenswelt, ist motiviert</li> <li>• wird zunehmend aktiver</li> <li>• denkt positiv und versucht das Gute in jeder Situation zu sehen</li> <li>• behält soziale Aktivitäten bei</li> <li>• nimmt Kontakt mit ebenfalls Betroffenen auf, findet Trost in dem Wissen, dass es anderen ähnlich geht</li> </ul>
Konsolidierungs-phase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MS ist weitgehend in den Alltag integriert:</li> <li>• Patient hat eine Lebensform gefunden, die es ihm – und soweit vorhanden – seinen Angehörigen ermöglicht, ein Leben unter den Bedingungen der Krankheit zu führen</li> <li>• Neben der Erfahrung verschiedenster Fähigkeitsverluste ist die Erfahrung getreten, dass es</li> </ul>	<p>(+)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hält einen realistischen Grad von Unabhängigkeit aufrecht</li> <li>• übernimmt seine Pflege selbst, soweit das die Krankheit zulässt</li> <li>• setzt sich Ziele und arbeitet aktiv darauf hin</li> <li>• erprobt neue Rolle</li> </ul>

Tab. 23.1 Phasen der Krankheitsbewältigung (Hellige 2002) Fortsetzung

Phase	Merkmale	+ Coping/– Abwehr
Konsolidierungsphase	<p>eine Reihe gesunder Potenziale gibt, die eine bestimmte Lebensqualität sichern und das eigene Selbstbild stabilisieren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient hat sich i. Allg. aus den unterschiedlichsten Informationsquellen ein „Expertenwissen“ angeeignet, das die Bewältigungskompetenz positiv stützt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bereitet sich innerlich auf verschiedene Verlaufsformen vor</li> <li>• lässt sich von anderen helfen, wenn es nötig ist</li> </ul>

In der bildlichen Darstellung der triadischen Anordnung des Arbeitsbündnisses zwischen Patient und Fachpersonal wird die Verteilung der Verantwortlichkeiten deutlich: MS-Patient und Arzt begegnen sich im Hinblick auf die gemeinsame Aufgabe „Krankheitsbewältigung“. Beide tragen ihren Anteil dazu bei. Der Patient kann Schwierigkeiten und Probleme in der Krankheitsbewältigung vortragen, die damit verbundenen Gefühle, Wünsche und Ziele benennen und im triadischen System lokalisieren. Patient und Arzt entgehen auf diesem Wege einer Vielzahl von Missverständnissen, die z. B. daraus entstehen, dass Beziehung- und Sachebenen miteinander vermischt werden. Der Patient wird auf der Beziehungsebene wertgeschätzt, gleichzeitig kann sein Verhalten thematisiert werden, ohne dass er sich beurteilt fühlen muss, was wiederum eher negatives Copingverhalten fördern würde.

### 23.2.2 Patientencoaching in der Gruppe

Patientencoaching findet im Allgemeinen im Einzelkontakt statt. Studien zeigen, dass supportive Gruppenkonzepte nicht nur vor dem Hintergrund der sich verknappenden Ressourcen eine sinnvolle unterstützende Maßnahme für Patienten, sondern durch den gruppenspezifischen Prozess einen wichtigen Baustein der integrierten patientennahen Versorgung darstellen (Weiss et al. 2006).

In der Gruppe erfahren die Patienten emotionale und handlungsorientierte Unterstützung durch Mitpatienten: über das Feedback der an-

deren können sie ihre Einstellungen, Gefühle und ihr Handeln überprüfen, Bestätigung erfahren oder Alternativen entdecken. Die Gruppe stellt den tragenden emotionalen Resonanzboden für den Einzelnen dar. Er erfährt Ermutigung und Unterstützung aus der Gruppe und erkennt, dass andere Menschen in der gleichen Situation ähnliche Gedanken und Gefühle haben. Beziehungserfahrungen mit den Ärzten, dem Fachpersonal sowie mit den Angehörigen können leichter zum Ausdruck gebracht werden, ohne dass eine Stigmatisierung befürchtet werden muss. Das Gefühl, anderen helfen zu können, stabilisiert und stärkt das Selbstwertgefühl.

### 23.2.3 Psychodrama als Methode

Das **Psychodrama** ist ein in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von dem Arzt Jacop Levy Moreno entwickeltes Verfahren der handelnden Darstellung inneren Erlebens (griech. *drama*, Handlung; *psyche*, Seele). Moreno selbst bezeichnete das Psychodrama als „... *diejenige Methode [...], die die Wahrheit der Seele durch Handeln ergründet*“ (Moreno 1959).

Psychodramatisch orientierte Schulungsverfahren intendieren eine effektivere Bewältigung des Umgangs mit der Krankheit, sie werden im Allgemeinen in Gruppen realisiert, sind mit geringfügiger Modifikation aber auch in der Einzelarbeit anwendbar. Das Training zielt auf die Bewusstmachung und positive Veränderung des Verhaltens der jeweils spielenden Person. Ein innerer Konflikt (etwa die Entscheidung über den weiteren Behandlungsweg) wird vom Coach

mithilfe verschiedener psychodramaspezifischer Arrangements auf der „Bühne“ sichtbar gemacht und einer Lösung zugeführt. Der jeweilige Protagonist (Patient) durchlebt sein „Spiel“ sowohl für sich selbst als auch stellvertretend für die übrigen Teilnehmer, die durch ihre Identifikation ebenfalls an den Effekten des Spiels teilhaben. Durch die szenische Darstellung werden

Lösungsvorschläge nicht beschrieben, sondern erlebt. Die hohe Effizienz psychodramatischer Arbeitsformen resultiert nicht zuletzt daraus, dass die Beteiligten selbst mögliche Handlungsvarianten und Verhaltensänderungen entdecken, ausprobieren und erleben – statt diese durch Dritte von außen zu erhalten.

Deutlich beschrieben wurden in den vorherigen Kapiteln aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven die Entwicklungsprozesse des Selbst und des Selbsterlebens, sowie selbsterhaltende Fähigkeiten und Möglichkeiten das Selbst zu stabilisieren. Vor allem müssen schmerzliche Affekte reguliert werden, wie der körperliche oder psychische Schmerz, der durch narzisstische Kränkungen hervorgerufen wird. Diese Vorgänge sind unter dem Gesichtspunkt der unbewusst motivierten Abwehr genauso zu betrachten wie auch unter dem Gesichtspunkt der Bewältigung als Strategien des Ichs, die auch unbewusst ablaufen, aber nicht in unbewussten Konflikten verankert sind. Ausgehend davon, dass durch eine schwere körperliche Krankheit immer ein Konflikt zwischen der Anpassung an die Realität und dem Aufrechterhalten der intrapsychischen Balance bestehen kann, scheint es nach Kächele und Steffens (1988, S.35) möglich zu sein, progressive Anteile des Patienten so weit zu fördern, dass „vitale Interessen“ aufrecht erhalten werden können.

### **10.1 Motivation des Patienten zur Selbststabilisierung**

Als sehr gute Voraussetzung für die Motivation des Patienten beziehe ich mich auf natürliche, innere, unbewusste Strebungen und Fähigkeiten des Menschen, sich weiter entwickeln zu wollen und zu können. Kohut (1976) prägte den Begriff des „gesunden Narzissmus“. Die narzisstische Thematik wird im weiteren Sinne auch für jegliche Formen der Selbstwertregulierung gebraucht, die für den Menschen erstrebenswert scheint.

Die ersten kommunikativen Erfahrungen des Menschen werden im Kontakt zu den Objekten gefühlt und erlebt. Hierzu gehören die eigenen Ausdrucksmöglichkeiten von Geburt an sowie die Reaktion der Objekte darauf. Als Grundlage für diesen kommunikativen Austausch und den daraus resultierenden Wachstumsprozess nennen Lichtenberg et al. (2000) neben den angeborenen Affekten ein motivationales Bedürfnissystem, das als Antriebssystem zur Verfügung steht und dafür sorgt, Aktivitäten und Motivation in Gang zu setzen und in Gang zu halten

## 11 Die Bedeutung des motivationalen Systems des Selbst nach Lichtenberg et al.

In der Verbindung von Psychoanalyse und Motivation stellen Lichtenberg et al. (2000) eine Alternative zu Freuds dualer Triebtheorie und zum Strukturmodell vor. Lichtenberg et al. gehen davon aus, dass sich die unbewussten Motivationen des Selbst aus fünf Gruppierungen basaler Bedürfnisse herleiten: 1. dem Bedürfnis nach physiologischer Regulation, 2. dem Bedürfnis aversiv mit Rückzug zu reagieren, 3. dem Bedürfnis nach Selbstbehauptung und Exploration, 4. dem Bedürfnis nach Bindung sowie 5. dem Bedürfnis nach sexueller und erotischer Erregung und deren Befriedigung. Innere Repräsentanzen (Porsch 1997; Lichtenberg et al. 2000; Borkenhagen 2000; Decker 2004; Klöpfer 2014) bilden die Erfahrungen des Selbst mit Anderen und das Körperselbst in generalisierender Form ab. Aus diesen Erkenntnissen heraus kann gesagt werden, dass es ein „unabhängiges Selbst“ nicht geben kann. Die Erfahrung mit Objekten und die daraus resultierenden Erkenntnisse sind stets im Unbewussten repräsentiert. Mertens (2013) beschreibt diesen Aspekt mit dem Begriff des [...]“Zwei- Personen-Unbewussten“[...]. Lichtenberg et al. (2000, S.94) betonen in ihren Theorien die Fähigkeit des sich entwickelnden Selbst und damit eine unbewusst initiierte geistige Tätigkeit und Bereitschaft, durch Interaktion Erfahrungen zu organisieren, mit dem inneren System zu vernetzen und zu integrieren.

Was der Patient an Gefühlen und Reaktionen ausdrückt, kann als interaktioneller Prozess verstanden werden. Sandler und Sandler (1984) schlugen eine Aufteilung in Vergangenheitsunbewusstes und Gegenwartsunbewusstes vor. Das Vergangenheitsbewusste meint unmittelbare fordernde Wünsche, Impulse und Reaktionen, die früh entwickelt wurden und das Gegenwartsunbewusste bedeutet eine Verdrängungsbereitschaft um z.B. ausgelöste Beschämungen und dadurch ausgelöste aversive Gefühle wie Angst, Wut, Depression durch Veränderungen des Selbsterlebens des Patienten zu verhindern. Lichtenberg et al. (2000, S.94) gehen davon aus, dass aversive Affekte zur Einschränkung von Verfügbarkeit von Informationen und Informationsverarbeitung führen und dadurch eine Kommunikationssituation erschwert werden kann.

## 11.1 Bewusstsein: „Das erinnerte Selbsterleben“

Lichtenberg et al. (2000, S.121) nimmt an, dass zwei Faktoren ineinandergreifen, die für Bewusstheit bedeutsam sind:

1. Das Bewusstsein entwickelt sich dem Reifungsprozess entsprechend stufenweise.
2. Als bedeutsam erachtet wird die wechselhafte Dominanz zwischen den motivationalen Systemen.

Alle Erfahrungen bleiben ein Leben lang erhalten und mit jeder Erweiterung des Bewusstseins werden sie komplexer und die Fähigkeit der Reflexion größer. Als größter Zuwachs an Komplexität werden die symbolischen Repräsentanzen gesehen (Lichtenberg et al. 2000, S.124).

Edelmann (1995) beschreibt das Bewusstsein als unabhängig von Verhalten. Die Wirkung und die Inhalte des Bewusstseins sind unausweichlich da. James in Edelmann (1995) nennt das Bewusstsein persönlich, zum Selbst gehörig. Im Bezug auf Zeit und Inhalte scheint es selektiv zu sein, es ist nicht oder nur schwer messbar. Das Bewusstsein zeigt Intentionalität und ist bezogen auf Ereignisse oder Situationen. Und doch ist es kein „Spiegel der Wirklichkeit“ (Edelmann 1995, S.163). Edelmann unterteilt das Bewusstsein in ein „primäres Bewusstsein“ und ein „Bewusstsein höher Ordnung“ (ebenda S.163). Mit dem primären Bewusstsein beschreibt er die Fähigkeit der direkten Wahrnehmung, sich der Dinge in der Welt unmittelbar geistig bewusst sein zu können. Im Gegensatz dazu gehört zum Bewusstsein höher Ordnung, dass der denkende Mensch Handlungen, Verhalten und Gefühle erkennt und sich seines Bewusstseins in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bewusst ist.

In der Medizin (Therapie) werden zum Bewusstsein gehörige Kriterien wie Orientierungsfähigkeit und Ansprechbarkeit überprüft. In der Onkologie bemerken die Patienten selbst durch Medikamente diesbezügliche Einschränkungen (Gedächtnisleistung, Chemobrain), die bei den meisten Patienten eine tiefe Verunsicherung auslösen. Der Grad der Einschränkung, als subjektiv bedeutsame

Erfahrungen, Gefühle und Empfindungen, färben die Wahrnehmung der aktuellen Lebenssituation und der Beziehungen. Edelman nennt diese resultierenden Erscheinungszustände [...]“Qualia“: [...] (ebenda, S.166). Qualia beschreiben Erscheinungszustände, die Zustände, wie die Dinge dem Menschen erscheinen. Betrachten lassen sich wiederum die Mechanismen, durch die individuelle Qualia entstehen, in dieser Arbeit durch die Darstellung der entwicklungspsychologischen Voraussetzungen zur Entwicklung des Selbst ansatzweise (generalisierend) beschrieben.

Als Grundlage für die Entwicklung des Bewusstseins beschreibt Edelman (1995, S.170) zwei Organisationsweisen des Nervensystems, die er für das Verständnis der Entwicklung des Bewusstseins als wichtig erachtet: das erste ist der Hirnstamm mit dem limbischen System. Dieses System hat mit Appetit, geschlechtlichen und anderen befriedigenden Verhalten und mit Verteidigung zu tun. Es ist mit vielen Körperorganen und körperlichen Funktionen eng verbunden. Die zweite Organisationsweise erzeugt das thalamokortikale System. Dieses System ermöglicht die Wahrnehmung körperlicher Zustände, z.B. ein bewusstes Schmerzempfinden .Es stellt zwischen Wahrnehmung und Bewegung, die bewertet werden, Selbstkategorien her. Diese Selbstkategorien ermöglichen einen Wechsel zwischen Selbst und dem von Werten bestimmten Gedächtnis. Diese Beweglichkeit ermöglicht Veränderungen im Planen und in der Anpassung an neue Situationen.

Angesichts dieser Tatsache, dass Qualia von jedem Patienten in seiner Situation individuell erlebt werden, wird deutlich, dass methodologisch Zugänge zum individuellen Konstruktsystem begrenzt sind. Die eigene Erfahrung lässt sich vom Patienten zwar mitteilen, aber diese Mitteilung ist für den Betrachter unvollständig. Und gerade die Fähigkeiten zu berichten und Beziehung herstellen zu können, eröffnet wiederum die Möglichkeit der Erforschung menschlicher Konstruktsysteme.

Der Neurowissenschaftler Damasio (2011) bereicherte die Selbstpsychologieforschung mit seiner Frage: „Wie erzeugt das Gehirn im Akt des Erkennens parallel zu den mentalen Mustern für ein Objekt auch den Selbst-Sinn?“ Eine ausschließliche Betrachtung der Repräsentationen von Objekten oder

Ereignissen aus der neuronalen Perspektive, wie sie von seinen Kollegen propagiert wird, erlebt er als nicht ausreichend. Auch er betrachtet den Selbstprozess aus zwei Blickwinkeln. Der eine Blickwinkel ist der eines Beobachters, der ein dynamisches Objekt betrachtet, das durch bestimmte geistige und neuronale Abläufe, Verhaltensmerkmale und durch Erlebnisse gebildet wird, das Selbst als Objekt. Der zweite Blickwinkel ist der des Selbst als Wissender, auf das Selbst als Subjekt. Es ist der Prozess, der Erfahrungen eine Bedeutung gibt, über die reflektiert werden kann. Beide Selbstprozesse sind durch Kontinuität und Entwicklung ergänzend und bereichernd miteinander verbunden. Bei der Erforschung des Bewusstseins bezüglich der Wahrnehmung bezieht Damasio neben rein neurokognitiven Phänomenen auch den Körper und die Verkörperung mit ein. Er schließt eine rein neurobiologische Betrachtung des Selbst aus, da es nach den aktuellen Erkenntnissen kein biologisches Zentrum auf der Ebene der Gehirnvorgänge gibt, in dem das Selbst mit allen Sinnesmodalitäten verarbeitet und als bewusste Erfahrung zu finden ist.

All die vorangegangenen Überlegungen zur Selbst- und Beziehungspsychologie und Selbstmotivation eines körperlich kranken Menschen sind für das Fachpersonal im Kontakt zum Patienten wichtige Voraussetzungen, um das Verhalten des Patienten und das eigene Verhalten als Fachkraft gegenüber dem Patienten besser verstehen, einordnen und reflektieren zu können. Die Auseinandersetzungen mit diesen Selbst-Theorien erscheinen mir für die Unterstützung des Patienten von hoher Bedeutung, gerade auch hinsichtlich der sozialmedizinischen und medizinischen Veränderung.

## **11.2 Adhärenz: Patient als aktiver Partner**

Die Rollenerwartungen an Patienten im Krankheitsgeschehen haben sich durch medizinische Entwicklungen und gesundheitspolitische Veränderungen entwickelt. Von chronisch kranken Menschen wird zunehmend erwartet, dass sie sich bestmöglich als aktive Mitgestalter am Behandlungsprozess beteiligen. Z.B. sind es die oralen Therapiekonzepte in der Onkologie und Neurologie (MS), für deren Applikation der Patient selbstverantwortlich und autonom handeln kann und muss und dadurch mehr Kontrolle über seine Krankheit erreichen kann

(Halfdanarson, Jatoi 2010). Im Unterschied zur Compliance werden Patienten im zielorientierten definierten Adhärenzkonzept als aktive Partner in dieser Vereinbarung betrachtet, deren Zustimmung zu den ärztlichen Empfehlungen nötig ist. Adhärenz (engl. adherence, Einhalten, Befolgen), früher Compliance (engl. für Einverständnis, Einhalten, Willfährigkeit, Fügsamkeit) genannt, ist ein Modell partizipativer Entscheidungsfindung und bezeichnet das Ausmaß, zu dem das Verhalten einer Person hinsichtlich Medikamenteneinnahme, Diätbefolgung und/oder Lebensstiländerungen mit den vereinbarten Empfehlungen eines Arztes übereinstimmen. Der Patient wird zum aktiven Fragenden statt sprachloser Empfänger überwiegend schlechter Nachrichten. Einflüsse auf die Adhärenz werden immer noch erforscht und diskutiert. Einige Faktoren, die bisher in Zusammenhang mit Adhärenz genannt werden, sind: kognitive Einschränkungen, psychosozialer Stress, Ablehnung der Therapie, fehlende Akzeptanz der Krankheit, Abwehr- und Regulationsmechanismen (z.B. Dissoziationen, Regression), Angst vor Abhängigkeit, Angst vor Nebenwirkungen, zu geringe Fähigkeiten im Umgang mit Nebenwirkungen oder Therapieanweisungen, die vom Patienten nicht verstanden werden, schlechte Erfahrungen mit Ärzten oder Fachpersonal aus Kliniken oder Praxen oder eine Erfahrung durch die Krankheit stigmatisiert zu werden (Rieder 2013, S.6ff.). Nach Freud erfordern psychische Vorgänge ebenso Energie wie physische Prozesse. Die Energiemenge einer Person zu einem gegebenen Zeitpunkt sieht Freud nicht als unbegrenzt verfügbar; vor allem dann, wenn sie bereits an bestimmte psychische Prozesse (z.B. Abwehr) gebunden ist und nicht für andere Wahrnehmungen und Auseinandersetzungen zur Verfügung steht. Ist beispielsweise ein Patient von einer vorausgegangenen Chemotherapie aufgrund der geringen Wirksamkeit enttäuscht, so sind die Gedanken/ das Körpererleben mehr oder weniger mit der Angst, Hilflosigkeit beschäftigt. Eine bewusste Konzentration auf die umgestellte Therapie erfordert eine Auseinandersetzung mit psychischen Belastungsreaktionen.

Das Ziel der Beratungen durch den Arzt oder durch das Fachpersonal sollte die Förderung des Anpassungsprozesses des Patienten, die Identifizierung

individueller Bedürfnisse des Patienten sowie weiterer Faktoren sein, die es dem Patienten erschweren, das Therapieziel zu erreichen.

Neben den strukturellen Veränderungen in den Praxen, einem Schnittstellen-Management, dass die Kommunikation zwischen Patienten und dem interdisziplinären Team sichert, sehe ich die größte Herausforderung in der Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals (MS-Nurse, Onkologiefachschwester, Patienten-Coach [5]), die in der Arbeit mit körperlich chronisch kranken Patienten ein umfassendes Wissen über Medizin, Pädagogik und Psychologie erfordert. Eine Methode, die sich in den letzten Jahren in der Onkologie entwickelt hat, ist die Rolle des Patientencoach.

### **11.3 Fachpersonal als Patientencoach**

Patientencoaching wird im Gesundheitswesen als eine Dienstleistung für den Patienten verstanden. Sie soll dem Patienten Erleichterung verschaffen, z.B. durch zeitnahe Informationsmöglichkeit und Beratung chronisch kranker Menschen. Das Ziel soll sein, dass der Patient sich im Gesundheitswesen zurechtfinden kann. So soll das Selbstmanagement und die Autonomie des Patienten gefördert werden. Das Coaching umfasst dabei die Berücksichtigung des beruflichen und privaten Bereiches sowie die Einbindung des sozialen Umfeldes der Patienten. Selbstwahrnehmung und Eigenverantwortung sind Voraussetzungen, die bei Versicherten und Patienten zumindest teilweise vorhanden sein sollten, die aber auch der Förderung bedürfen.

Der Patientencoaching sollte stets klare Grenzen zu anderen ähnlichen Disziplinen (Psychotherapie, psychosoziale Beratung) einhalten. Der Coach soll sich weder um die Abklärung von körperlichen oder seelischen Beschwerden kümmern, noch persönliche Bewertungen von Leistungserbringern oder speziellen Therapeuten abgeben. Coaching ist hierbei keine psychotherapeutische Behandlung der Patienten und ebenso keine Fachberatung in diagnostischen oder therapeutischen Fragen.

- Patientencoaching ermöglicht es Menschen, von einem Ausgangspunkt (Frage, Bedürfnis, Behandlungsnotwendigkeit) an ein Ziel zu gelangen.
- Das Ziel formuliert der Patient, die Fachkraft begleitet den Patienten auf seinem Weg als Ansprechpartnerin. Die Fachkraft unterstützt den Patienten im Finden eigener Ideen und Möglichkeiten. Als ein neutraler Gesprächs- und Interaktionspartner motiviert sie, beantwortet Fragen und hilft ggf. bei der Umsetzung von Wünschen.

Im Sinne der "Hilfe zur Selbsthilfe" ist das Ziel durch Patientencoaching u.a. verdeckte Ressourcen zu erkennen, zu benennen und nutzbar zu machen.

### **11.3.1 Möglichkeiten durch edukative Gruppenangebote**

In der Gruppe erfahren die Patienten emotionale und handlungsorientierte Unterstützung durch das Feedback der Mitpatienten und der anderen Anwesenden. Einstellungen, Gefühle und das persönliche Handeln können überprüft werden, Bestätigung wird erfahren oder alternative Möglichkeiten werden entdeckt. Die Gruppe stellt den tragenden emotionalen Resonanzboden für den Einzelnen dar. Die Patienten erfahren Solidarität, Ermutigung und Unterstützung aus der Gruppe und können erfahren, dass andere Menschen in der gleichen Situation ähnliche Gedanken, Gefühle, Ängste und Schwierigkeiten haben. Sie werden in ihrem Erleben, in ihrem Fühlen und Wahrnehmen bestätigt. Erfahrungen im Krankheitsprozess, im Beziehungserleben mit den Ärzten und dem Fachpersonal sowie mit den Angehörigen können leichter zum Ausdruck gebracht werden, ohne dass eine Stigmatisierung befürchtet werden muss. Durch die Identifikationsmechanismen werden Emotionen integriert und das Gefühl von Zusammenhalt, Zugehörigkeit entsteht. Das Gefühl anderen helfen zu können stabilisiert und stärkt das Selbstwertgefühl.

12 Veröffentlichung [5]: Die Bedeutung der Interaktion mit dem medizinischen Fachpersonal für das Selbsterleben des Patienten



# Dialyse aktuell

www.thieme.de/dialyseaktuell 3/2015

## Intensivmedizin und Nephrologie

- ▶ Arzneydosierung bei Nierenversagen – Antibiotika bei akuter Nierenschädigung
- ▶ Das akute Nierenversagen – Intensivmedizinische Aspekte

**3**  
auch online CME  
Thieme  
Fortbildung für Ärzte und Fachpersonal in der kontinuierlichen medizinischen Ausbildung

**Pflegeserie**

- ▶ Patienten und Fachpersonal: eine besondere Beziehung

**ANP**  
Arbeitsgemeinschaft für  
nephrologisches Personal e.V.

Registrierung  
beruflich  
Pflegende

 **Thieme**

# Patienten und Fachpersonal: eine besondere Beziehung

## Reflexion der Beziehungsdynamik unter Berücksichtigung von Hämo- und Peritonealdialyse

**Christina Sokol**  
Psychologie, Psychotherapie, St. Bernward Krankenhaus Hildesheim und in freier Praxis

Als chronische Erkrankung beeinflusst die Niereninsuffizienz das gesamte Leben des Patienten [1, 2, 3]. Trotz medizinischer Fortschritte bleiben die Patienten durch eine nicht immer patientenorientierte apparative Behandlungsempfehlung, erlebte Einschränkungen, psychosoziale und psychische Beeinträchtigungen in ihrem Selbst- und Körpererleben sowie in der Teilhabe am sozialen, gesellschaftlichen und beruflichen Leben bedroht [2, 3].

Aus psychoanalytischer Sicht stellen die genannten psychischen Belastungen eine narzisstische Kränkung für den Patient dar [4]. Das bedeutet, dass der Patient in dem, was er als stolzer, unabhängiger und fähiger Mensch erlebt, verletzt wurde. Das Selbsterleben wird beeinträchtigt, die vor der Krankheit vorhandene Unversehrtheit besteht nicht mehr. Adaptionsprozesse an komplexe Veränderungen können einen hohen Leidensdruck zur Folge haben. Die Patienten erleben sich in ihrem Selbstkonzept und in ihrer Lebenssicherheit teilweise so tief erschüttert, dass traumatische Reaktionen mit unterschiedlichen Affekten und Abwehrreaktionen ausgelöst werden können [5].

Dialyseverfahren haben einen Einfluss auf die Bewältigung der Krankheit und den damit verbundenen Einschränkungen und Veränderungen [6]. Dies erzeugt eine besondere Verantwortlichkeit für das Fachpersonal und fordert jeden einzelnen Mitarbeiter in seiner Rolle mit seinen medizinischen, psychosozialen, psychologischen und pädagogischen Kompetenzen je nach Dialyseverfahren mehr oder weniger intensiv heraus.

### Arbeit mit Dialysepatienten bedeutet Arbeit in der Beziehung

Aus der Entwicklungspsychologie sind verschiedene Entwicklungsvoraussetzungen bekannt, die für das Überleben eines Menschen als grundlegend gesehen werden. Dazu gehört die Befriedigung von physiologischen Bedürfnissen (Atmen, Trinken, Essen, Schlafen), von sensorischen Be-

**In Abhängigkeit vom Dialyseverfahren und dem jeweiligen Krankheitsverlauf ist die Beziehung des Fachpersonals zum chronisch kranken Patienten von besonderer Bedeutung: Sie sind meist langjährig, intensiv, vertraut und manchmal auch „heimisch“ geprägt. Die latente, existenziell bedrohliche Lebenssituation in Verbindung mit der Abhängigkeit von einer dauerhaften apparativen Versorgung bestimmt die Beziehung zum Fachpersonal in besonderer Weise: Frühe Beziehungsmuster und Erwartungen werden reaktiviert und unbewusst auf das Fachpersonal übertragen. Dabei nehmen der Patient, der Arzt und die Pflegekräfte in der hierarchisch strukturierten Beziehung unterschiedliche Rollen ein, sie teilen nicht dieselbe Wirklichkeit. Das Wissen um die psychischen Prozesse des Patienten und die Auswirkungen im Praxisalltag, sowie seine Reflexionsfähigkeit über das eigene Erleben und Handeln haben einen wesentlichen Einfluss auf die Compliance und auf den Behandlungserfolg der Patienten. Die vorliegende Untersuchung soll zum Verständnis der Beziehungsdynamik zwischen Patient und Fachpersonal beitragen.**

dürfnissen (Fühlen, Sehen, Riechen, Schmecken) und von zwischenmenschlichen Bedürfnissen (Wertschätzung, Anerkennung, Bestätigung). Es geht um das Erleben und Reflektieren von Gefühlen und Erfahrungen im Umgang mit Verlust, Verzicht und Veränderung, mit dem Ziel eines positiven Selbsterlebens. Die Beziehung zum Fachpersonal kann dazu beitragen, Ressourcen zu mobilisieren [7].

Die Beziehungen zu anderen Menschen und eine Beziehung zu sich selbst sind von Geburt an zentraler Bestandteil der persönlichen Entwicklung und des Lebensgefühls. Es findet von Geburt an im Kontakt zu wichtigen Bezugspersonen statt, meistens zu den Eltern [8]. Die Bindungserfahrung, die sich im Laufe des ersten Jahres entwickelt, bleibt während des gesamten Lebens aktiv. Deshalb suchen auch Erwachsene in bedrohlichen oder unbekanntem Situationen die Nähe zu anderen Personen, von denen sie sich im Hinblick auf Stabilisierung emotionale Hilfe und Unterstützung erhoffen.

In der Dialyse lässt sich diese Dynamik gerade zu Beginn der Behandlung beobachten: Der HD-Patient (HD: Hämodialyse) erlebt oft zu der Fachschwester, die ihn als erste punktiert hat,

eine „symbiotisch“ erscheinende Nähe. Sie bleibt oft die wichtigste Ansprechpartnerin, weil sie dem Patienten und den Angehörigen die größte emotionale Sicherheit vermittelt. Durch die existenzielle Bedrohung der Krankheit, dem Abhängigkeitserleben und der Hilflosigkeit im Umgang damit, werden „alte“ Bindungsmuster, die vorsprachlich geprägt wurden, reaktiviert. Vorsprachlich bedeutet, dass das Erleben nicht oder nur begrenzt verbalisiert werden und zur Folge haben kann, dass der HD-Patient, der zur Stressreduktion des Teams auch von anderen punktiert werden soll, alle guten Argumente des Teams ignoriert und an dem bisherigen Punktionsarrangement festhalten will.

Die Arbeit mit Dialysepatienten ist eine hierarchisch strukturierte Begegnung, in der das Fachpersonal die Kontrolle hat sowie „gibt“ und der Patient „gläsern“ ist sowie „nimmt“. Es geht neben der Regelung und Absprache von sachlichen und manifesten Themen vorrangig um die Abstimmung des Miteinanders und das Verstehen von inneren Haltungen, Wünschen, Ansprüchen, Widerständen und Abwehrmechanismen. Je nach Dialyseverfahren erlebt der Patient sich mehr oder weniger abhängig in der Unterstützung durch das Fachpersonal, was Auswirkungen hat auf das Selbsterleben und auf die Selbstwirksamkeit [6, 9].

#### Der „Rahmen“ als stabilisierendes Element der Behandlung

Je stärker Patienten durch die Erkrankung erschüttert sind, desto wichtiger werden stabilisierende Rahmenbedingungen für die Behandlung, die für den Erhalt eines Sicherheitsgefühls eine große Rolle spielen [10]. Der Rahmen umfasst auf der strukturellen Ebene den Dialyseort, die Ansprechpartner, den Umgang mit Zeit, das Dialysegerät und ritualisierte Abläufe/Termine. Auf der interpersonellen Ebene sind Kontinuität, Verlässlichkeit, Umgang mit Gefühlen und Verhalten, Wertschätzung und ressourcenorientierte Unterstützung wichtig [11]. Es sollte Einigkeit im Team bezüglich der Regeln im Ablauf bestehen. Unabhängig vom Dialyseverfahren gestalten Patienten zur Selbststabilisierung den Prozess ganz individuell durch persönliche Rituale mit. Dazu gehören:

- eigene Zeitrhythmen: Termine, der An- und Abfahrt zur Dialyse
- „heimisches“ Einrichten des Platzes: möglichst immer der gleiche Platz, gleiche Maschine, gleicher Raum, dieselben Nachbarn
- Kleidung: Manche Patienten ziehen zur Dialyse eine bestimmte Kleidung an.
- Essensgewohnheiten
- Fernsehprogramme

Abweichungen davon können starke Verunsicherungen hervorrufen und entsprechende

Gefühle und Reaktionen beim Patienten auslösen. Je verunsicherter ein Patient sich erlebt, desto „zwanghafter“ kann sich das Verhalten zeigen [3]. Das Verstehen und Verbalisieren dieser Rituale durch das Fachpersonal bedeutet die Sicherung der Integrität des Patienten.

#### Untersuchung

##### Jeder Mensch erlebt seine „Wirklichkeit“

Jeder Mensch versucht, einen Weg zu finden, sein Leben selbstbestimmend zu gestalten, und was ihm widerfährt, in einer für ihn möglichst positiven Weise zu bewältigen [5, 9]. Diese Ressource ist jedem Menschen eigen und findet Ausdruck in einer ganz persönlichen Art und Weise. Nur durch die Interpretation des Menschen erhalten Situationen und Umwelt Sinn und Bedeutung. Es gibt immer so viele individuelle Interpretationen der Dialysesituation wie Patienten, die dieses Ereignis wahrnehmen.

In dieser Untersuchung wird jeder Patient entsprechend der Theorie von George Alexander Kelly als „Forscher“ gesehen, der auf der Suche ist nach Antworten, um so dem Lebensereignis einen Sinn zu geben, die Zukunft „vorhersagbar“ zu machen und etwas Ordnung in die innere Vielfalt der Gedanken und Emotionen zu bringen. Der Patient wird als aktiv und nicht nur als reaktiv gesehen. Dieser Prozess findet nicht immer bewusst und verbal statt, sondern ist oft unbewusst sowie von Affekten gesteuert und begleitet [2]. Kelly stellt bei der Entwicklung der Persönlichkeit eines Menschen, ähnlich wie die psychoanalytische Theorie der Objektbeziehungen, zwischenmenschliche Beziehungen in den Mittelpunkt der Betrachtung. Flexibilität und Wertschätzung im Umgang mit dem individuellen Erleben der Patienten ist deshalb die Grundlage der Kommunikation in der Betreuung von Dialysepatienten.

#### Methodik

Die Repertory-Grid-Methode von George Alexander Kelly [2] wurde gewählt, um das subjektive Erleben der Patienten zu erfassen. Diese Methode eignet sich als individuumzentrierte, idiografische Methode gut zur Operationalisierung von Hypothesen zum Thema Beziehungen und erfasst Beschreibungen von Beziehungen zu sich und anderen Menschen. Situationen/Personen werden im Repertory Grid als Elemente bezeichnet, Interpretationen/Bewertungen als Konstrukte.

#### Durchführung

Der Fragebogen wurde durch die Mitarbeit von 6 Patienten konzipiert und nach einer Testreihe durch die Stichprobengruppe von 11 Patienten fertiggestellt. Mit jedem Patienten gab es ein persönliches Gespräch im Abschluss an die Untersuchungssituation.

Insgesamt wurden 16 Elemente (dialyse- und persönlichkeitspezifische Situationen) auf einer Skala von 1–5 durch 23 dichotome Konstruktpaare (Bewertungen der Elemente) eingeschätzt. Ausgewertet wurden die Angaben der Patienten mit dem Grid-Suite-Programm (Hauptkomponentenanalyse) [8] und dem SPSS-Programm (Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney-U-Test).

**Deskriptive Parameter**

Das Alter der Patienten lag zwischen 23 und 81 Jahren, es betrug im Mittel 57 Jahre. Die Geschlechterverteilung war ausgeglichen (43 Männer und 44 Frauen). Die durchschnittliche Dialysezeit betrug 4,31 Jahre.

**Bedeutung des Ideal-Selbst-Elements**

Das Ideal-Selbst-Element „Ich, wie ich sein will“ bietet die Möglichkeit, die Abweichung der anderen Elemente von diesem Punkt als Indikator der Einstellung des Patienten anzusehen. Je näher ein Element am Ideal-Selbst-Element liegt, umso positiver ist die Einstellung bezüglich dieses Elementes [2].

**Ergebnisse**

**HD-Patienten**

Das Ideal-Selbst liegt im linken oberen Quadrat gegenüber dem Quadrat der Dialysethemen, was auf eine Polarisierung hinweist, vielleicht zwischen Wunsch und Realität (Abb. 1). Das Ideal-Selbst korreliert zu den Elementen „Mutter“, „Jemand, von dem ich mich gut verstanden fühle“ und „Partner/Familie“. Sie werden charakterisiert durch Vertrauen, Akzeptanz und Rücksichtnahme, was mit aktiven Ressourcen wie Interesse und Aufgeschlossenheit verbunden wird. Die Patienten erleben sich unabhängiger und im Selbstwertgefühl gestärkt. Hier drückt sich auch der sekundäre Krankheitsgewinn aus (Dazugehörigkeit und Zuwendung). Durch die Identifikation mit den „mütterlichen Eigenschaften“ sind die Patienten mit ihren Idealvorstellungen von Unabhängigkeit, Vertrauen und Akzeptanz verbunden, was das Selbstwert erleben stärkt.

Im zweiten Quadrat gegenüber dem Selbst-Ideal befinden sich die Dialysethemen „Essen“, „Trinken“, „Zeit“, „Ich an der Dialyse“, „Ich mit der Krankheit“ und die „Beziehungen zum Arzt, zum Fachpersonal in Korrelation mit dem Vater“. Bedeutsam werden die Elemente durch die Beschreibung:

- Abhängigkeit
- sich unterordnen
- beherrscht werden
- angepasst sein
- Aggression
- Angst
- Schwermütigkeit

Dialyse aktuell 2015; 19 (3): 157–162

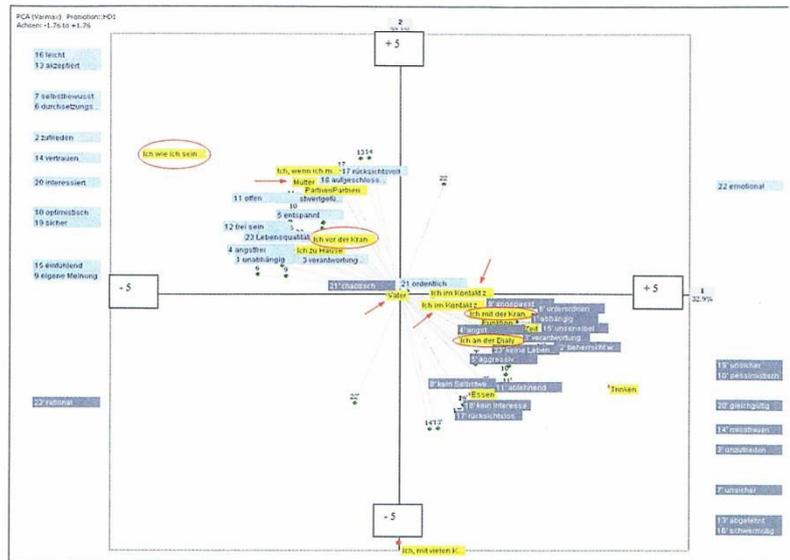


Abb. 1 Hauptkomponentenanalyse bei HD-Patienten: In gelber Farbe sind die Elemente abgebildet, hellblau stellt die „positiven“ und grau die „negativen“ Konstruktpole dar. Die roten Pfeile weisen auf die primären Objektbeziehungen (Eltern) und auf die aktuellen Bezugspersonen (Partner, Fachpersonal) hin.

- Pessimismus
- Verantwortungslosigkeit

In der Realität „Dialyse“ werden sie mit der „Frustration“ darüber konfrontiert, dass Wünsche nach Unabhängigkeit und einem positiven Selbstwert erleben nicht erfüllt sind, was auch Aggressionen und depressive Reaktionen auslöst. Als Abwehr dieser starken Gefühle regrediert der Patient partiell. Regression steht für die unbewusste Wiederbelebung von entwicklungsgeschichtlich früheren Verhaltensweisen und dient der Aufrechterhaltung des Selbstwert erleben [5, 9]. Es ist gekennzeichnet durch den Wunsch, sich in „Verschmelzungsfantasien“ zu früheren bedeutungsvollen „Bezugspersonen“ zu verlieren. Patienten übertragen das historische erinnerte und erlebte Gefühl der symbiotischen Geborgenheit auf das Fachpersonal, insbesondere auf die Schwestern, weil sie sich als „mütterliche“ Projektionsfläche eignen.

In der Praxis zeigt sich Regression z.B. im Umgang mit der Anrede „Du“. Wenn ein Patient jemanden vom Team duzen darf, reagieren andere Patienten darauf, manchmal neidisch, im Sinne von Neid auf Bindungsintensität und Sicherheit. Oder auch das „Lügen“ des Patienten bei der Gewichtsangabe deutet auf infantiles Verhalten hin. Angst vor Verlust von Zuwendung oder vor Gefühlen, die das Selbstwert erleben bedrohen könnten, müssen vom Patienten abgewehrt werden, manchmal durch ein regressives (hilfsbedürftiges), verdrängendes (alle anderen sind mir egal), verschobenes (die anderen sind schuld)

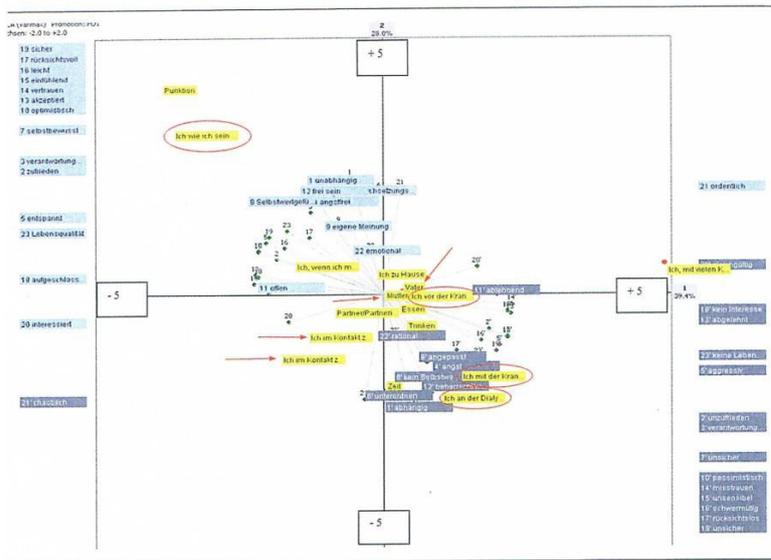


Abb. 2 Hauptkomponentenanalyse bei PD-Patienten.

Verhalten. Das ist eine Möglichkeit, wie der Patient eine Regulation seiner Gefühle herstellt zwischen Wunsch und Realität.

Eine andere, auch häufige Reaktion ist die Aggression gegen das eigene Selbst. Die größte Nähe zum Ideal-Selbst „Ich, wie ich sein will“ zeigt das Element „Ich mit vielen Konflikten mit ...“. Da diese Konstellation nicht durch Konstrukte beschrieben wird, könnte dies ein Hinweis auf eine unbewusste Tendenz zur Selbstkritik und Wendung der Aggression gegen die eigene Person (z. B. selbstgefährdendes Ess- und Trinkverhalten, abwertende Selbstverbalisation) ausdrücken. Die Abwehr dieser Tendenzen findet durch Symptome einer depressiven Reaktion statt.

**HDPD-HD-Patienten**

Die HDPD-HD-Patienten-Gruppe, die nach der PD-Behandlung (PD: Peritonealdialyse) mit HD dialysiert wird, unterscheidet sich von der HD-Gruppe durch ein stärkeres Abhängigkeitsgefühl, bei gleichzeitig hohen Verantwortungsbewusstsein. Verantwortungsbewusstsein bedeutet die Bereitschaft zur Aktivität. Dadurch werden regressive Prozesse deutlich minimiert. Der Arzt und das Fachpersonal sind als reale Vertrauenspersonen bedeutsamer für das Wohlbefinden an der Dialyse. Das Selbsterleben wird als gefährdet bewertet, wenn sie sich von vertrauensvollen Personen abgelehnt fühlen.

**PD-Patienten**

Die PD-Patienten-Gruppe (Abb. 2) zeigt im linken oberen Quadrat das Ideal-Selbst „Ich, wie ich sein will“ mit den größten Abstand zu dem Element „Ich mit vielen Konflikten mit ...“, was im Vergleich zur HD-Gruppe auf ein besseres

Selbsterleben hinweist. Die Elemente im Quadrat rechts „Ich mit der Krankheit“ und „Ich an der Dialyse“ beeinträchtigen das Selbsterleben im Vergleich zur HD-Gruppe viel geringer. Als bedeutsam werden Beziehungen bewertet.

Das Element „Ich, wenn ich mich gut verstanden fühle“ zeigt eine hohe Korrelation zu den Elementen „Arzt“ und „Fachpersonal“ und wird mit Konstrukten wie „Unabhängigkeit“, „eigene Meinung“, „Durchsetzungsfähigkeit“, „Optimismus“, „Angstfreiheit“ und „Entspannung“ charakterisiert. Die Patienten drücken in der Korrelation zur Unabhängigkeit Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein aus. Sie charakterisieren die Beziehungen zum medizinischen Fachpersonal als rational/sachlich und mit Interesse. Die Elemente „Vater“ und „Mutter“ haben durch die Nähe zum Nullpunkt wenig Bedeutung, was zusätzlich auf eine verantwortungsbewusste, autonome und aktive Haltung im Umgang mit der Krankheit und Therapie hinweist.

**HDPD-PD-Patienten**

Bei der HDPD-PD-Patienten-Gruppe, die nach der HD-Behandlung mit PD dialysiert wird, korreliert das Ideal-Selbst „Ich, wie ich sein will“ eng mit dem Element „Ich im Kontakt zum Arzt“. Für sie scheint eine gute Arzt-Patienten-Beziehung am bedeutsamsten zu sein für das Selbsterleben. Durch die Identifikation mit dem Arzt sind sie mit den Idealvorstellungen von Unabhängigkeit, Selbstbewusstsein und Verantwortungsbewusstsein verbunden. Das Element „Ich im Kontakt zum Fachpersonal“ korreliert mit den Elementen „Vater“ und „Mutter“, die beschrieben werden durch die Konstrukte „Verantwortungsbewusstsein“, „Vertrauen“, „Sicherheit“, „Entspannung“ und „eigene Meinung“. Die Identifikation der Patienten mit der „heimischen“ Welt zeigt die Auseinandersetzung mit Wünschen und Gefühlen, die in der Übertragung auf das Fachpersonal zum Ausdruck kommen.

**Dialysespezifische Merkmale und Beziehungserleben in Abhängigkeit von Dialysezentren**

Neben dem Einfluss des Dialyseverfahrens hat auch der Dialyseort mit seinen Betreuungskonzepten einen signifikanten Einfluss auf das Erleben des Patienten in der Beziehung zum Arzt und zum Fachpersonal.

**Beziehung zum Fachpersonal**

Auf das Erleben der mit PD behandelten Patienten hat der Dialyseort keinen Einfluss. Die mit HD behandelten Patienten zeigen bei der Bewertung zu „eigene Meinung – angepasst sein“ in Beziehung zum Fachpersonal einen signifikanten Unterschied. In der HDPD-HD-Gruppe konnten zwischen den Dialyseorten bei der Bewertung

„verantwortungsbewusst – verantwortungslos“ „interessiert – gleichgültig“ und „akzeptiert – abgelehnt“ signifikante Unterschiede festgestellt werden. Hier könnten sich die Konsequenzen der Zurücknahme des selbstständigen Handelns durch den Wechsel von der PD zur HD ausdrücken, die in der Beziehung zum Fachpersonal ihren Ausdruck finden.

#### Beziehung zum Arzt

Bei der HD-Gruppe ergeben sich Unterschiede zwischen den Dialysearten bei den Bewertungen „selbstbewusst – unsicher“, „durchsetzungsfähig – unterordnen“ und „eigene Meinung – angepasst“. Bei den HDPD-HD-Patienten war es die Bewertung „aufgeschlossen – kein Interesse“. Bei den mit PD behandelten Gruppen zeigten sich keine Unterschiede in den Bewertungen.

#### Diskussion

Die Mitarbeiter der Dialysezentren sind wichtige Ansprechpartner und „Wachstumspartner“ für die Patienten. Mangelnde Beteiligung an der eigenen Versorgung, ungewollte Abhängigkeiten und Passivität fördern Abwehrmechanismen wie Verdrängung und Regression, die vom Patienten durch eine Übertragung auf den Arzt, auf das

Fachpersonal oder gegen sich selbst agiert werden. Je nach der Erfahrung mit früheren Bezugspersonen reagiert der Patient unbewusst kooperativ, ablehnend oder selbstverletzend.

Die Erfahrung, wichtige Ereignisse kontrollieren oder mitbestimmen zu können, erwies sich für die Patienten als belastungsreduzierend, Ressourcen können durch Unterstützung mobilisiert werden. Ohne das Wissen über solche Prozesse reagiert das Fachpersonal auf Übertragungsphänomene und nicht auf die realen Ereignisse und verstärkt damit regressive Tendenzen des Patienten. Dialyseverfahren haben einen starken Einfluss auf das Selbsterleben der Patienten, auf das Erleben von Abhängigkeit, Handlungsfähigkeit und damit auch auf die Beziehungsgestaltung zum Arzt und zum Fachpersonal.

#### Fazit für die Praxis

Folgende Schlüsse können gezogen werden:

- Professionelle Nähe und Distanz zum Patienten bedeuten ein hohes Maß an Bewusstheit, die jeden Tag neu austariert werden muss. Um Einblick in die Nähe und Distanz Regulation zu gewinnen und diese professionell gestalten zu können, sind Fallbesprechungen/ Fortbildungen/Supervision sinnvoll.

**Patients and qualified personnel: a special relationship –****Reflection of relationship dynamics in consideration of hemo- and peritoneal dialysis**

Depending on the dialysis procedure and course of the disease, the relationship of the professional staff to the chronically ill patients is of special importance: It is usually long-lasting, intense, intimate and sometimes home-based. The latent existentially threatening situation in conjunction with the dependency on permanent care by a technical apparatus determines the relationship with the professional staff in a unique way: Early relationship patterns and expectations are reactivated and unintentionally transferred to the specialist staff. Patient, doctor and nurses take different roles in this hierarchically structured relationship, they do not share the same reality. The knowledge about the mental processes of the patient and their impact on daily practice, as well as the ability to reflect on one's own experience and action have a major effect on the patient's compliance and treatment success. The present investigation shall contribute to the understanding of the relationship dynamics between patient and medical staff.

**Key words**

nephrology – psychonephrology – perception of hemodialysis – peritoneal dialysis – doctor-specialist staff – patient relationship

- Zum Nutzen positiver Effekte der PD für den Umgang mit der Krankheit und dem Selbsterleben sollte das PD-Verfahren wenn möglich mit hoher Priorität als initiales Verfahren der Nierenersatztherapie eingesetzt werden. Auch bei den anschließend mit HD behandelten Patienten zeigte sich ein positiver Effekt in der Selbstverantwortung.
- Auch HD-Patienten können Verantwortung an der Dialyse übernehmen.
- Um die Effekte durch Beziehung zu nutzen, sollte ein Mitarbeiter als Patientencoach [12] ausgebildet werden. Dadurch könnten die Patienten unabhängig vom Dialyseverfahren prozessorientiert auch in ihrer psychischen und psychosozialen Situation begleitet werden.
- Der „neue“ Patient sollte gleich zu Beginn der Dialyse in seinen aktiven Möglichkeiten motiviert werden, z.B. durch technische Hilfsmöglichkeiten wie DiPat-Ernährungsprogramm für Patienten [13] oder Bewegungsmöglichkeiten an der Dialyse.

- 6 Sokol C. Selbstwert- und Abhängigkeitserleben von Dialysepatienten – Wie ist die Situation bei Hämodialyse und Peritonealdialyse? *Dialyse aktuell* 2014; 18: 488–494
- 7 Peplau EH. *Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber; 1997
- 8 Fromm M, Paschelke S. *Grid Practice*. Norderstedt: Books on Demand GmbH; 2010: 104–123
- 9 Sokol C, Hoppenworth U. Coping: Eine Balance zwischen Krankheitsbewältigung und Abwehr. In: Schmidt RM, Hofmann F. *Multiple Sklerose*. 4. Aufl. München: Elsevier; 2006: 371–379
- 10 Winnicott DW. *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Gießen: Psychosozial; 2002
- 11 Bowlby J. *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie*. München: Reinhardt; 2008
- 12 Sokol C, Hoppenworth U. Vom Coping zum Coaching: Paradigmenwechsel in der Patientenbetreuung. In: Schmidt RM, Hofmann F. *Multiple Sklerose*. 5. Aufl. München: Elsevier; 2012: 375–383
- 13 Lipke H, Gutzmann E, Meißner M, Sokol C. *Ernährungsprogramm für Dialysepatienten*. Im Internet: <http://www.ernaehrungsberatung-dialyse.de>; Stand: 12.03.2015

**Literatur**

- 1 Balck F, Koch U, Speidel H, Hrsg. *Psychonephrologie – Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz*. Berlin: Springer; 1985: 445–474
- 2 Schoeffling S. *Chronische Niereninsuffizienz: Belastungen, Krankheitsverarbeitung und psychosoziale Interventionsmöglichkeiten*. Dissertation, Fachbereich 5: Erziehungswissenschaften der Universität Koblenz-Landau; 2010
- 3 Sokol C, Hoppenworth U. *Arbeiten mit Dialysepatienten*. Heidelberg: Springer Medizin; 2006
- 4 Kohut H. *Narzissmus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1976
- 5 Kaechele H, Steffens W, Hrsg. *Bewältigung und Abwehr – Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1988

**Korrespondenz**

Christina Sokol  
Psychologin, Therapie, Supervision  
Freie Praxis  
Braunschweigerstr. 4  
31134 Hildesheim  
c.sokol@arcor.de

**Autorenerklärung**

Die Autorin erklärt, dass sie in den letzten 3 Jahren keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma hatte, deren Produkt in dem Beitrag eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Chronische Krankheiten berühren das Selbstverständnis der ärztlichen Rolle und das berufliche Verständnis der Pflegekräfte. Die Notwendigkeit einer Veränderung ärztlicher Denkgewohnheiten beschäftigte auch Victor von Weizsäcker (2008, S. 237). *"Gesundsein heißt nicht normal sein, sondern es heißt, sich in der Zeit verändern, wachsen, reifen, sterben können"*. Diese Kritik intendiert auch das zeitbedingte medizinische Krankheitsmodell. Er sieht die Aufgabe des Arztes darin, dem chronisch kranken Patienten neue Spielräume für seine Freiheit zu eröffnen. Das Übertragungskonzept aus der Psychoanalyse ergänzte das Anliegen von Weizäckers zum Thema Arzt-Patienten-Beziehung prägend ab den 30-er Jahren. Er formulierte gegenüber Freud mit einer Referenz,

*[...],dass die Lenkung der seelischen Beziehung zwischen Arzt und Patient als hochwichtig, die richtige Entwicklung derselben als entscheidend für den Verlauf der Krankheit erkannt wurde"* (v. Weizsäcker 2008, S.103). Die durch die chronische Krankheit ausgelösten psychodynamischen Prozesse „zwingen“ den Arzt und auch das Fachpersonal am chronischen Krank- und Gesundsein des Patienten teilzuhaben“ [...].

Je nach Krankheit unterscheiden sich die Kontakte zum Patienten nach Häufigkeit, Dauer, Intensität und Aufgabenbereichen. Grypdonck (1999) beschreibt vier Aufgaben des Fachpersonals bei der Betreuung chronisch Kranker. Der Patient soll dabei unterstützt werden,

- sich der existenziellen Krise zu stellen und sie zu überwinden mit dem Ziel, dem Leben Sinn zu verleihen,
- beim Kampf des täglichen Lebens,
- beim Management des therapeutischen Regimes,
- bei der Organisation der Pflege.

Die Ausbildung des Fachpersonals orientiert sich bisher weitgehend an medizinischen Themen. In den vergangenen Jahren wurden fachspezifische Weiterbildungen entwickelt, die je nach Fachgebiet als berufliche Anforderung für

die ambulante Versorgung nachweislich erforderlich sind, z.B. in der Onkologie<sup>34</sup>. In der Nephrologie sind Fort- und Weiterbildungen erwünscht, aber von Fachgesellschaften nicht gefordert. Die Konzentration auf Schlüsselqualifikationen in medizinischen Teams, wie z.B. Patientencoach, Breastnurse, Orale Nurse, Onkologische und Nephrologische Fachschwester, MS-Nurse (Hoppenworth und Sokol 2012; Schöffling 2010) würden zusätzliche Unterstützungsangebote für die Patienten und deren Angehörige ermöglichen.

### **12.1 Professionelle Qualitätsmerkmale in der Beziehung zum Patienten**

Die Tätigkeit des Fachpersonals mit chronisch körperlich kranken Menschen unterscheidet sich von der ursprünglich erlernten pflegerischen Tätigkeit mit akut kranken Menschen häufig durch die intensivere Beziehungsdynamik. In der Arbeit mit chronisch körperlich erkrankten Patienten wird das Fachpersonal pädagogisch, diätetisch, psychosozial und psychologisch gefordert. Einen großen Raum nimmt auch der Umgang mit Behandlungstechniken (Dialyseverfahren) ein, die mehr oder weniger selbstständig und eigenverantwortlich eingesetzt werden müssen.

In der Begegnung zwischen Fachpersonal und Patient entsteht durch die intensive und meist jahrelange Begleitung eine tiefgehende menschliche Beziehung, in der Einfühlung und Vertrauen wesentliche berufliche Qualitätsmerkmale sind. Wie intensiv sich Beziehungen zwischen Patient und Fachpersonal entwickeln, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig, wie der Krankheit, der Behandlungsintensität, den strukturellen Gegebenheiten, den Ansprüchen des Arztes, von der Persönlichkeit des Patienten und den damit einhergehenden Reaktionen und Bewältigungsmöglichkeiten sowie von der Persönlichkeit, der fachlichen Kompetenz und der Introspektionsbereitschaft des Fachpersonals [1].

Die Versorgung von chronisch körperlich kranken Patienten fordert eine besondere Verantwortung vom Arzt und vom Fachpersonal in der Beziehung. Über kompetente medizinische und technische Versorgung hinaus benötigen die Patienten eine stabile, tragfähige und sichere Beziehung. Aus der

---

<sup>34</sup> Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten: „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (1.Juli 2009)

Entwicklungspsychologie sind verschiedene Entwicklungsvoraussetzungen bekannt, die für das Überleben eines Menschen als absolut grundlegend angesehen werden. Dazu gehören die Befriedigung von physiologischen Bedürfnissen (Atmen, Trinken, Essen, Schlafen), von sensorischen Bedürfnissen (Fühlen, Sehen, Riechen, Schmecken) und von zwischenmenschlichen Bedürfnissen (Wertschätzung, Anerkennung, Bestätigung, Berührung). Mit diesen durch die chronische Krankheit, z.B. die terminale Niereninsuffizienz, und ihre Behandlung beeinträchtigten Lebensgefühlen/ Bedürfnissen und die dadurch verursachten psychischen Belastungsreaktionen, wird das Fachpersonal in unterschiedlichem Ausmaß konfrontiert. Der Patient nutzt die Beziehung zum Fachpersonal im übertragenden Sinne, um sich in der Interaktion mit sich selbst zu erfahren und neu zu definieren.

Kaplan De Nour et al. (1985) resümieren ihre eigenen Erfahrungen und betonen die Notwendigkeit der Einsicht des Fachpersonals in psychologische, psychosoziale und interpersonelle Prozesse und Zusammenhänge sowie die Einsicht des Patienten in das subjektive Erleben seiner chronischen Krankheit.

## **12.2 Beziehungsdynamik in der Dialyse**

Bei der Beziehung zwischen Fachpersonal und Dialysepatient handelt es sich im Vergleich zu anderen medizinischen Versorgungsstrukturen chronisch Kranker um die mit deutlichem Abstand intensivste Beziehung. Die Dialysefachkraft ist die Person, die die meiste Zeit mit dem Patienten verbringt.

In keinem anderen medizinischen Arbeitsfeld ist die Beziehung zwischen Patient und Fachpersonal so intensiv wie beim Hämodialyseverfahren (Strauch-Rathäuser 1985). Die Kontakte finden regelmäßig dreimal in der Woche für 4 bis 6 Stunden statt. Ohne Nieren-Transplantation ist dieser Rhythmus ein Leben lang notwendig. Der Patient wählt diese Situation und Veränderung nicht freiwillig. Er wird darüber hinaus in seinem Ess- und Trinkverhalten überwacht und wenn nötig auch reglementiert. Jedes Mal wird der Patient beim Anlegen an die Dialyse von einer Fachkraft punktiert. Die freie Wahl einer Person seines Vertrauens bezüglich der Punktion und Behandlung ist nur bedingt oder gar nicht möglich. Speidel (1985)

spricht von einer [...]“*Dauerbeziehung* und einer *Zwangsehe*“[...] mit allen denkbaren Konfliktquellen. Dialysepatienten nehmen diese Konflikte durchaus wahr, vermeiden aber die Konfrontation und Auseinandersetzung mit dem Fachpersonal, um die Zugewandtheit desselben nicht zu gefährden. Psychische und psychosomatische Probleme können nicht ausreichend bearbeitet oder besprochen werden. Zum einen fehlt es oftmals an Zeit und Hinwendungsbereitschaft, zum anderen bedarf es eines gehörigen Maßes an Selbstbewusstsein und Selbstreflexivität aufseiten des Patienten, um die eigenen Ansprüche und Bedürfnisse zu artikulieren. Bei manchen Patienten wird die narzisstische Kränkung mit einem grandiosen Selbst kompensiert, welches scheinbar autonom und unabhängig ist. Die Kontaktbedürfnisse werden dann verleugnet. Die projektive Abwehr der eigenen aggressiven Anteile und die Flucht in die Grandiosität lässt beim Fachpersonal das Bild eines überheblichen und feindseligen Gegenübers entstehen, das wiederum zu Zurückweisungen führen kann. Diese Ablehnungserlebnisse bestätigen bei einigen Patienten alte Erfahrungen mit Ablehnung und Verlustangst und werden erneut als Unrecht erlebt. Das Fachpersonal erfüllt damit unbewusst das Bedürfnis mancher Patienten nach Passivität und Versorgung und fördert unbewusst den eher depressiven Umgang mit der Situation.

### 12.2.1 Peritonealdialyse

Die Selbstverantwortung für den Dialysevorgang an der Peritonealdialyse schränkt regressives Verhalten ein und fördert somit die Autonomie. Krankheitsbedingte Abhängigkeit wird meist durch die Behandlung bewusster erlebt und auf diese beschränkt. Die Reaktivierung negativer Erfahrung in frühen Entwicklungsphasen im Zusammenhang mit Versorgung, Macht und Ohnmacht findet nur begrenzt statt (Speidel 1976; Kaplan de Nour 1980; [2],[5]Sokol 2014, 2015).

### 12.3 Übertragung und Gegenübertragung zwischen Patient und Fachpersonal

Übertragung<sup>35</sup> und Gegenübertragung<sup>36</sup> gehören als „Instrument“ zu den Essentials psychoanalytischen Denkens und Handelns. Als Vorgang finden Übertragungen und Gegenübertragungen unbewusst ständig in der Begegnung zwischen Menschen statt. In der Arbeit mit Dialysepatienten können diese Prozesse in zweifacher Weise als Verstehenshilfe begriffen werden. Einerseits, um Einsicht in die Bedeutung von Mitteilungen der Patienten zu gewinnen und andererseits, um eigene Reaktionen auf den Patienten besser zu verstehen und patientenorientiert zu nutzen. Durch die spezifische Konstellation zwischen Patient und Fachpersonal findet eine Übertragung auf das Fachpersonal als Team oder auf einzelne Teammitglieder statt. In der Realität „Dialyse“ werden die Patienten mit der „Frustration“ darüber konfrontiert, dass Wünsche nach Unabhängigkeit und einem positiven Selbstwerterleben nicht erfüllt sind, was auch Aggressionen und depressive Reaktionen auslöst. Als Abwehr dieser starken Gefühle kann der Patient partiell regredieren. Regression steht für die unbewusste Wiederbelebung von entwicklungsgeschichtlich früheren Verhaltensweisen und dient der Aufrechterhaltung des Selbstwerterlebens [1,2]. Diese Abwehr drückt den Wunsch aus sich in „Verschmelzungsphantasien“ zu früheren, meist aus der Kindheit bedeutungsvollen „Bezugspersonen“ zu verlieren. Patienten übertragen das erinnerte und aktuell reaktivierte Gefühl durch eine Phantasie zu einer symbiotischen Geborgenheit auf das Fachpersonal, insbesondere auf die Schwestern, weil sie sich als „mütterliche“ Projektionsfläche eignen. In der Praxis zeigt sich Regression z.B. im Umgang mit der Anrede „Du“. Wenn ein Patient jemanden vom Team duzen darf, reagieren andere Patienten darauf manchmal neidisch, im Sinne von Neid auf Bindungsintensität und Sicherheit. Oder auch das „Lügen“ des Patienten bei der Gewichtsangabe deutet auf infantiles Verhalten hin.

---

<sup>35</sup> Übertragung: Der Begriff stammt aus der Psychoanalyse und beschreibt den Vorgang, wenn ein Mensch Wünsche, Erwartungen, Befürchtungen aus der Kindheit unbewusst auf aktuelle Beziehungen überträgt und reaktiviert (Hopf, Windhaus 2007).

<sup>36</sup> Gegenübertragung bezeichnet in der Psychoanalyse, wenn der Therapeut / das Fachpersonal mit seinen Bedürfnissen, Wünschen, Motiven auf die Übertragung des Patienten reagiert (Hopf, Windhaus 2007).

Angst vor Verlust von Zuwendung oder vor Gefühlen, die das Selbstwerterleben bedrohen könnten, müssen vom Patienten abgewehrt werden, manchmal durch ein regressives (hilfsbedürftiges), verdrängendes (alle anderen sind mir egal), verschobenes (die anderen sind schuld) Verhalten. Das ist eine Möglichkeit, wie der Patient eine Regulation seiner Gefühle herstellt zwischen Wunsch und Realität.

Beim Fachpersonal wird eine Gegenübertragung ausgelöst. Es reagiert unbewusst auf reaktivierte eher „frühkindliche“ Muster des Patienten mit Zuwendung, Versagen, Ärger oder Überfürsorglichkeit. Die erlebte Bedürftigkeit des Patienten kann für das Fachpersonal zur Bedrohung eigener Bedürfnisse werden. Erwartungen des Fachpersonals, den Patienten in seiner Autonomie und Selbstverantwortung zu unterstützen, werden enttäuscht. So können Beziehungsdynamiken entstehen, die sich mehr und mehr zu einem Konflikt in der Beziehung zuspitzen. Das Fachpersonal kann diese Zuspitzung von Beziehungskonflikten nicht durch eine Trennung von diesen Patienten lösen. Deshalb sollte die Bereitschaft des Fachpersonals in die Richtung gefördert werden, sich der Komplexität von Übertragung und Gegenübertragungen in der Arbeit bewusster zu werden, um auch an der Hämodialyse die Selbstverantwortung des Patienten zu stärken.

13 **Veröffentlichung [6]: Psychoonkologischer  
Behandlungsbedarf bei Krebspatienten in ambulanten  
Schwerpunktpraxen**

E 45120 ISSN 1869-0874

# Onkologische Welt

3/2014

## Gesundheitspolitik

Krebsfrüherkennung:  
Chancen und Risiken

## Brustkrebs

EBCC: molekulare Ansätze

## Hämato-Onkologie

Myeloproliferative  
Erkrankungen

## Supportivtherapie

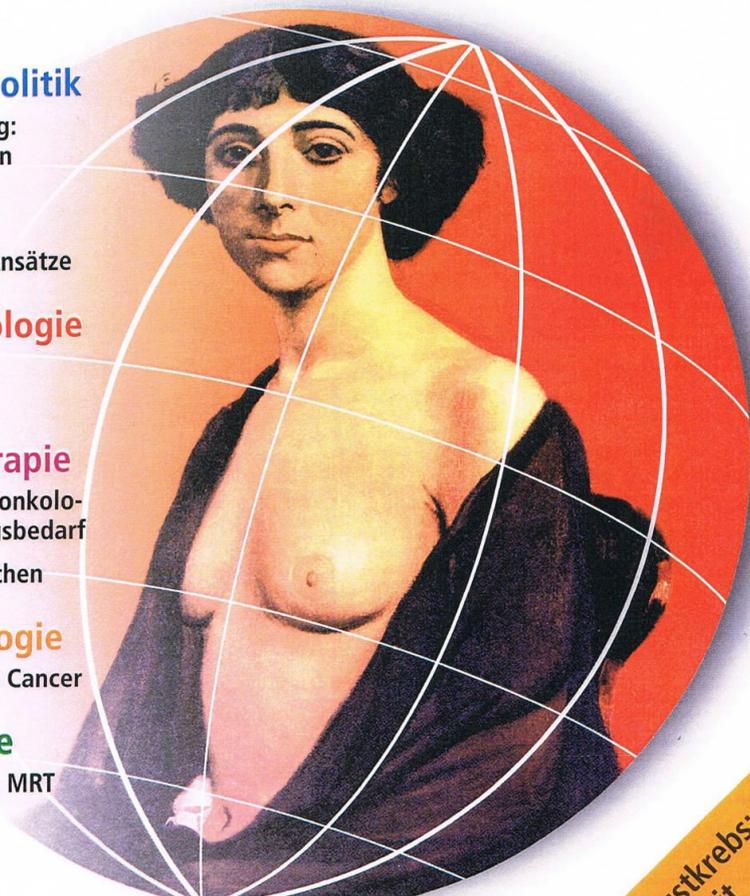
Ambulanter psychoonkolo-  
gischer Behandlungsbedarf  
Übelkeit und Erbrechen

## Gastro-Onkologie

St. Gallen EORTC GI Cancer

## Uro-Onkologie

Multiparametrische MRT



 **Schattauer**

www.schattauer.de  
www.onkologische-welt.de

Onkologische Welt 2014; 5: 97-144  
Juni

Hochrisiko-Brustkrebs:  
Interview mit  
Prof. Schneeweiss  
S. 131

# Psychoonkologischer Behandlungsbedarf in ambulanten onkologischen Facharztpraxen

## Eine Erhebung mit dem Hornheider Fragebogen

U. Hoppenworth<sup>1</sup>; C. Sokol<sup>2</sup>; A. Würdemann<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kurt-Schumacher-Damm 28d, 49078 Osnabrück; <sup>2</sup>Richard Wagner Straße 35, 31141 Hildesheim; <sup>3</sup>Adolfstraße 49, 49078 Osnabrück

### Schlüsselwörter

Onkologie, Psychoonkologie, Screening Verfahren, Psychosoziale Belastung, Hornheider Fragebogen, Fachpersonal-Patienten Beziehung, Patientencoaching, Krisenintervention

### Zusammenfassung

Die Krebserkrankung, deren Behandlung und mögliche Behandlungsfolgen belasten die davon betroffenen Menschen im psychischen und sozialen Bereich in vielfältiger Weise. Verkürzte stationäre Aufenthaltszeiten in den Akutkliniken, psychoonkologische Erstversorgung in den Zentren und ambulante Therapien sind längst Realität in der Onkologie (13). Dies erzeugt besondere Verantwortlichkeiten für das dortige Fachpersonal. Ziel der Untersuchung war es, den Betreuungsbedarf in Abhängigkeit von verschiedenen soziodemografischen Variablen aufzuzeigen. Darüber hinaus wurde erhoben, inwiefern das onkologische Fachpersonal die Belastungen der Patienten erkennt und entsprechende psychoonkologische Betreuung veranlasst.

**Methode:** An der Studie nahmen insgesamt 19771 Patienten aus 72 Praxen teil, davon

51% Frauen und 48% Männer. Bei der Auswertung wurden Patienten aus ambulanten Praxen vor oder zu Beginn der Chemotherapie berücksichtigt. Folgende Erhebungsdaten gingen in die Auswertung ein: medizinische und soziodemografische Angaben, eine Kurzform des Hornheider Fragebogens (HFK) zur Erhebung der psychosozialen Belastung sowie die Einschätzung des onkologischen Fachpersonals zum Betreuungsbedarf des Patienten.

**Ergebnisse:** Es zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Patienten (65%) nach den Werten im HFK als psychosozial belastet einzustufen waren. Nach Einschätzung des onkologischen Fachpersonals wiesen nur 37% der Patienten Betreuungsbedarf auf. Die Patienten zeigten sich besonders stark im Bereich berufliche und finanzielle Sorgen belastet gefolgt von Sorgen um das körperliche Befinden. Frauen hatten dabei signifikant höhere Belastungswerte in fast allen Bereichen. Ebenso gingen ein geringeres Lebensalter und ein palliativer Behandlungscharakter durchschnittlich mit einer höheren Belastung einher.

**Schlussfolgerungen:** Die Erhebung hat gezeigt, dass Screeninginstrumente zur psycho-

onkologischen Bedarfsermittlung grundsätzlich in niedergelassenen Praxen integriert werden sollten, um den Bedarf der Patienten frühzeitig zu erkennen und in Form von spezifischen Betreuungsmöglichkeiten bedarfsgerechter umzusetzen.

### Keywords

Oncology, psycho oncology, screening, psychosocial stress, Hornheider questionnaire, professional staff-patient relationship, patient coaching, Crisis-intervention

### Summary

Cancer, its treatment and possible treatment SIDE effects are a burden on affected persons in many ways, psychologically and socially. Shorter hospital stay times in acute care hospitals, centres offering psycho-oncological primary care, and outpatient therapies, have been reality in oncology for a long time [13]. This demands special responsibilities for the local staff. The aim of this study is to demonstrate the need for care as a function of various socio-demographic variables. Additionally, it was ascertained to what extent the oncologic specialist staff recognizes patient stress, and arranges appropriate psycho-oncological care.

### Korrespondenzadresse

Dr. Uwe Hoppenworth  
Kurt Schumacher-Damm, 28d  
49078 Osnabrück  
E-Mail: uwe.hoppenworth@osnanet.de

### Psycho-oncological treatment needs in outpatient oncology practices: a survey with the Hornheider questionnaire

OW 2014; 5: 120–124

Während einer Tumorerkrankung und der Behandlung können psychosoziale Belastungen in der Partnerschaft, in der Familie, im beruflichen Kontext und Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Befindlichkeit auftreten.

Etwa 30–50% aller Krebspatienten benötigen im Verlauf ihrer Erkrankung psychosoziale Betreuungsangebote in verschiedenen Bereichen (2, 18, 19). Unbehandelte psychosoziale Belastungen können sich negativ auf die Lebensqualität der

Patienten auswirken, erschweren die Krankheitsverarbeitung, beeinflussen medizinische Behandlungsergebnisse und können chronifizieren (11, 16). Je nach Art, Stärke und Dauer der Symptomatik zeigen Patienten, zumeist als Reaktion auf die le-

benseinschränkende somatische Erkrankung, auch Symptome von psychischen Störungen im Sinne der psychischen Komorbidität (5). Die in epidemiologischen Studien identifizierten Inzidenzraten psychischer Störungen liegen bei etwa 40–50% (1). Zu spät oder nicht erkannte und behandelte psychische Störungen und Belastungsreaktionen können sich negativ auf den Krankheitsverlauf, die Arzt-Patienten Kommunikation und auf die Compliance der Patienten auswirken (6).

Daher umfasst eine qualifizierte Krebsbehandlung auch die psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten sowie ihrer Angehörigen.

Psychoonkologische Versorgung umfasst gestufte psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen, insbesondere Information, Beratung und Krisenintervention. Die positiven Effekte psychoonkologischer Maßnahmen auf die psychische Belastung und die Lebensqualität der Patienten konnten in einer Metaanalyse nachgewiesen werden (4).

Durch die zunehmende Verkürzung der stationären Liegedauer werden Themen der Krankheitsverarbeitung erst relevant, wenn Patienten die Akutklinik bereits verlassen und in ambulanten onkologischen Praxen weiterbehandelt werden. Im Gegensatz zu den ambulanten Praxen wurden im klinischen Setting national und international zahlreiche Studien zur Evaluierung von Belastungsfaktoren mit sehr gut validierten Screeninginstrumenten (7) durchgeführt, deren Ergebnisse zur Verbesserung der hauptsächlich klinischen psychoonkologischen Versorgungsstrukturen führten (4, 19).

In der folgenden Untersuchung wurde deshalb mit Hilfe des HFK (Hornheider Fragebogen Kurzform) eine umfangreiche Erhebung zum psychoonkologischen Bedarf in ambulanten onkologischen Praxen durchgeführt.

## Material und Methode

### Patientencharakteristik

In die Untersuchung wurden 19771 Patienten aus 72 onkologischen Praxen eingeschlossen, die zwischen 1998 und 2011 in einer ambulanten onkologischen Facharzt-

Tab. 1 Altersverteilung

Altersverteilung	Häufigkeit	Prozent
<41	986	5
41–50	2460	12
51–60	4540	23
61–70	6571	33
>70	4581	23
k.Ang.	633	3
Gesamt	19771	100

praxis chemotherapeutisch weiter behandelt wurden. In ► Abbildung 1 sind die in der Erhebung berücksichtigten Tumorentitäten dargestellt. 70% der Patienten waren zum Erhebungszeitpunkt zwischen 41 und 70 Jahre alt (Altersverteilung in ► Tabelle 1). In die Studie wurden 10083 Frauen (51%) und 9688 Männer (49%) eingeschlossen.

In 6031 Fällen (31%) hatte die Behandlung einen adjuvanten Charakter, 614 waren neoadjuvant (3%). Der Therapieansatz war in 1843 Fällen (9%) kurativ und in 10346 (52%) Fällen palliativ, insbesondere zur Symptom- bzw. Schmerzlinderung. In 937 Fällen (5%) liegen keine Angaben über die Therapieintention vor.

### Das Erhebungsinstrument: Der Hornheider Fragebogen

Als Erhebungsinstrument wurde eine Kurzform des Hornheider Fragebogens

eingesetzt, der von Strittmatter et al. (1997) entwickelt wurde. Der HF gilt als ein zuverlässiges und bewährtes Instrument, das differenzierte Belastungssituationen von ambulanten Patienten mit unterschiedlichen Tumorentitäten systematisch und objektiv erhebt. Die Autoren des Hornheider Fragebogens, entwickelten zunächst eine Langform mit 27 Items. Um den Arbeitsaufwand und die Praktikabilität für Patienten und Mitarbeiter zu reduzieren entstand eine Kurzform mit 9 Items, welche die 8 Dimensionen psychischer Belastung abbilden.

Im Unterschied zur Normalform des HF lässt die Kurzform keine differenzierte Belastungserfassung zu. Ihr Vorteil liegt in der schnellen Ermittlung betreuungsbedürftiger Patienten. Psychometrische Gütekriterien der Kurzform des HF zeigen, dass er ein valides, sicheres und praktikables Selbsteinschätzungsinstrument zur multidimensionalen Belastungserfassung von Tumorpatienten darstellt. Chronbach's Alpha beträgt 0,8077 (15). Der Fragebogen ermittelt Belastungsbereiche, die für Krebspatienten relevant sind: psychisches Befinden, Anspannung und innere Unruhe, Tumorangst, Selbstunsicherheit, soziale Unterstützung, ärztliche Unterstützung, berufliche und finanzielle Probleme sowie körperliches Befinden.

Der Patient wird aufgefordert, die Items auf einer 6-stufigen Likert-Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft zu und belastet mich stark“ anzukreuzen. Er gilt dann als betreuungsbedürftig, wenn die

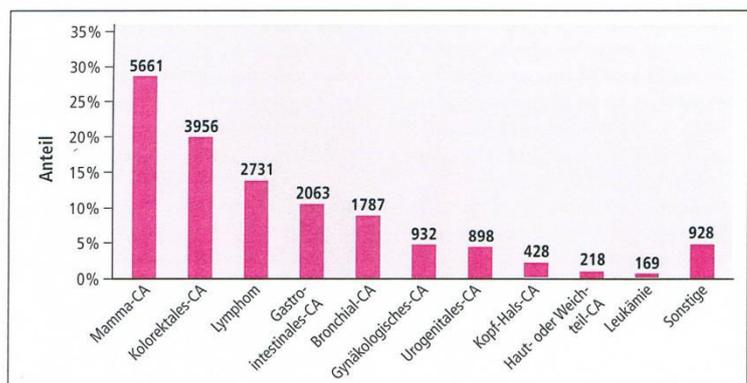


Abb. 1 Tumorentitäten

Häufigkeit in %	Belastungsbereich	Belastungsitems
18	Berufliche und finanzielle Situation (Item 4)	<i>Ich traue mir nicht zu, meine gewohnte Arbeit wieder aufzunehmen</i>
15	Körperliches Befinden (Item 5)	<i>Ich fühle mich körperlich weniger leistungsfähig als vor der Erkrankung</i>
14	Anspannung und innere Unruhe (2)	<i>Ich kann nicht entspannen und zur Ruhe kommen</i>
14	Tumorangst (Item 3/6)	<i>Ich habe Angst vor dem Leben mit der Krankheit Der Gedanke, dass der Tumor weitergehen könnte, macht mir Angst.</i>
12	mangelnde soziale Unterstützung (Item 8)	<i>Es fällt mir schwer mit meinen nächsten Angehörigen über meine Sorgen und Ängste zu sprechen</i>
10	Selbstunsicherheit (Item 7)	<i>Ich befürchte, dass andere Menschen mich aufgrund des veränderten Aussehens ablehnen könnten</i>
9	Psychisches Befinden (Item 1)	<i>Ich mache mir häufig Sorgen</i>
8	Information (Item 9)	<i>Ich fühle mich über Krankheit und Behandlung nicht ausreichend informiert</i>

**Tab. 2**  
Darstellung der Häufigkeiten: Überschreiten des Schwellenwertes einzelner Items (38 867 Nennungen)

über die 9 Items aufsummierte Gesamtpunktzahl 16 Punkte oder größer ist oder er einen bestimmten Schwellenwert in einem der Items überschreitet.

### Untersuchungsablauf

Der Fragebogen wurde im Verlauf der ersten Begegnung mit dem Arzt oder dem onkologischen Fachpersonal an die Patienten ausgehändigt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden im Anschluss wieder in der Praxis abgegeben und von einer dafür ausgewählten Fachkraft gesichtet und ausgewertet. Der Arzt schätzt den Betreuungsbedarf nach den Eindrücken, die er vom Patienten in verschiedenen Begegnungen gewonnen hat ein und notiert dies ebenfalls auf dem Fragebogen.

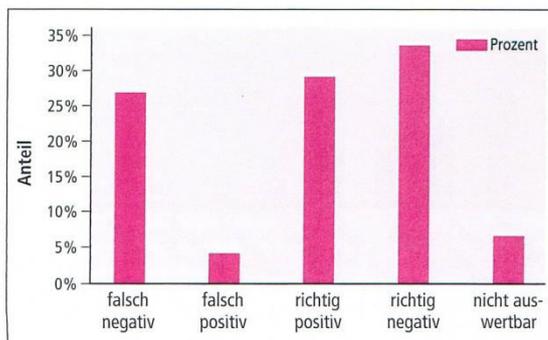
### Auswertung des Hornheider Fragebogens und statistische Verfahren

Statistisch analysiert wurde mit Hilfe von SPSS für Windows Version 15.0. Es wurden deskriptiv statistische Berechnungen durchgeführt und mittels Regressionsanalysen Zusammenhänge zwischen den Patientenvariablen und den Ergebnissen im HFK auf Signifikanz getestet. Ziel dieser Regression war die Erklärung der Gesamtpunktzahl des Fragebogens anhand von Therapie- bzw. soziodemografischer Variablen. Die soziodemografischen Variablen waren das Alter und das Geschlecht. Die Therapievariablen waren die Therapieintention und das Vorhandensein von Fernmetastasen. Als Signifikanzniveau wurde  $p < 0,05$  angenommen.

### Ergebnisse

In der ►Tabelle 2 werden zunächst alle Belastungsbereiche dargestellt. Dabei sind die Bereiche in der Rangfolge ihrer Häufigkeit aufgeführt, mit der ihr spezifischer Schwellenwert überschritten wurde. Nach den Ergebnissen im HFK haben insgesamt 65% der Patienten psychoonkologischen Betreuungsbedarf. Von den Ärzten werden dagegen nur 37% als betreuungsbedürftig erkannt. Die Ergebnisse des Betreuungsbedarfs nach Selbst- und Fremdeinschätzung sind in ►Abbildung 2 dargestellt.

- Als **falsch negativ** – d.h. eigentlich belastet, aber nicht als solche erkannt – werden 27% der Patienten, unabhängig von der Tumorentität.
- **Falsch positiv** bedeutet, dass das Fachpersonal bei 4% aller Patienten einen Betreuungsbedarf feststellt, der Patient sich aber nicht als betreuungsbedürftig einschätzt.
- **Richtig positiv:** 29% aller Patienten werden vom Fachpersonal als betreuungsbedürftig erkannt.
- **Richtig negativ:** 33% aller Patienten werden vom Fachpersonal übereinstimmend mit den Patienten als nicht betreuungsbedürftig eingeschätzt.



**Abb. 2**  
Betreuungsbedarf:  
Selbst- und Fremdeinschätzung

## Zusammenhänge von Patientenmerkmalen mit den psychosozialen Belastungen

Patienten, die mit der Therapieintention palliativ behandelt werden, sind signifikant höher belastet als solche, die kurativ behandelt werden (im Vergleich durchschnittlich 2 Punkte höheren Wert im HFK). Frauen sind signifikant höher belastet als Männer (sie haben im Vergleich einen um knapp 2 Punkte höheren Wert im HFK).

Das Alter der Patienten beeinflusst das Ausmaß der Belastung: Jüngere Patienten sind höher belastet als ältere. Pro zusätzliches Lebensjahr verringert sich das Testergebnis des Fragebogens im Durchschnitt um 0,104 Punkte, d.h. ein 50-Jähriger hat gegenüber einem 30-Jährigen im Schnitt ein um 2 Punkte niedrigeren Belastungswert.

Patienten mit Fernmetastasen haben einen um 0,888 höheren Wert als Patienten ohne. In diesen Zusammenhängen gibt es keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen, d.h. bei Männern und Frauen beeinflussen Alter und Therapie-Intention den Behandlungsbedarf in gleicher Weise.

## Diskussion

### Darstellung der Belastungsbereiche

Die berufliche und finanzielle Situation stellt für 18% der Patienten dieser Untersuchung einen Belastungsfaktor dar. Studien zur wirtschaftlichen Auswirkung einer Krebserkrankung haben gezeigt, dass Dreiviertel der Patienten finanzielle Einbußen mit Krankheitsbeginn erleben. Mit einer langwierigen Behandlung sind häufig Einkommensverluste verbunden. Gleichzeitig haben sich Eigenbeteiligung der Patienten und Zuzahlungen deutlich erhöht (9). Sozialrechtliche Fragestellungen und Fragen zur Sicherung der materiellen Existenz spielen deshalb in der Beratung von Krebspatienten eine zunehmend wichtige Rolle.

15% der Patienten sind durch Sorgen um die körperliche Leistungsfähigkeit hochbelastet. Die Auswirkungen der Krebserkrankung durch Operationen und

durch strahlen- und chemotherapeutische Nebenwirkungen verändern das Körpererleben, sie erzeugen ein Gefühl von körperlicher Schwäche und beeinträchtigen das Vertrauen in die körperlichen Abläufe. Diese Unsicherheit kann zu Angst und Anspannung führen.

14% der Patienten sind durch Stresssymptome und innere Unruhe belastet, 9% geben häufiges sich-Sorgen-machen und Gedankenkreisen an. Komorbiditätsstudien im Bereich psychischer Erkrankungen bei Krebspatienten haben gezeigt, dass Anpassungsstörungen, affektive Störungen und Angststörungen zu den häufigsten psychischen Beeinträchtigungen gehören (8, 10).

12% der Patienten wünschen sich mehr Unterstützung von ihren nächsten Angehörigen. Zum einen werden hier die Unkenntnisse der Angehörigen und eine damit empfundene Hilflosigkeit verantwortlich sein. Gleichzeitig vermeiden Patienten

nicht selten eine detaillierteren Befindlichkeitsmitteilung, weil sie sich für die entstandenen familiären Belastungen verantwortlich und verpflichtet fühlen, für Andere stark sein müssen.

10% der Patienten nennen als Belastungsfaktor Selbstunsicherheit auf Grund ihres veränderten Aussehens. Die Auswirkungen der medizinischen Behandlungen verändern die Körperwahrnehmung und die damit verbundene Selbstsicherheit. Insbesondere bei Frauen kann die Therapie erheblichen Auswirkungen in Bezug auf das weibliche Selbstwertgefühl, die weibliche Integrität und das sexuelle Erleben haben, was nicht selten auch Partnerkonflikte auslöst (9).

8% der Patienten fühlen sich über die Krankheit und Behandlung nicht ausreichend informiert. Untersuchungen haben gezeigt, dass ein Großteil der Patienten vollständig über Erkrankung, Behandlung und Prognose informiert sein möchte egal,

### Fazit für die Praxis

Die Untersuchung hat gezeigt, dass viele Patienten in der ambulanten Praxis auf Grund der vielfältigen Belastungen einen psychoonkologischen Betreuungsbedarf haben. Da das Ausmaß der Belastung von den Patienten vermutlich häufig nicht geäußert und von den behandelnden Ärzten somit nicht erkannt wird, sollte sie mit möglichst spezifischen Screening-Instrumenten erhoben werden, um gezielt Unterstützungsmaßnahmen anbieten zu können.

Neben dem routinemäßigen Einsatz eines Screeningsinstruments könnten die nachstehenden Maßnahmen die Effektivität der Bedarfserkennung und Betreuung noch verbessern.

- Die Ergebnisse der Auswertung werden im Praxisprogramm dokumentiert. Der Arzt kann im Patientengespräch auf die Ergebnisse des Fragebogens eingehen. Damit werden psychosoziale Belange integrativer Bestandteil der Behandlung, was das Vertrauen des Patienten stärken kann.
- Eine Erweiterung der Anamnese im Hinblick auf die psychosoziale Situation des Patienten, wie z.B. die Berücksichtigung

der beruflichen und finanziellen Situation.

- Fallbesprechungen in der Praxis, Fortbildung und Fallsupervision könnten die Sensibilität für Verhaltensweisen im Rahmen der Krankheitsverarbeitung erhöhen.
- Eine Mitarbeiterin des Fachpersonals wird nach entsprechender Schulung als „Patientencoach“ eingesetzt. Diese Mitarbeiterin ist zuständig für die Vernetzung des Patienten mit externen Psychoonkologen, psychosozialen Beratungsstellen und anderen supportiven Möglichkeiten.
- Wahrnehmungspräferenzen und „blinde Flecken“ werden am ehesten in kommunikativen Prozessen aufgedeckt und bewusst gemacht. Indem ein oder mehrere Mitarbeiter sich an der Indikationsstellung beteiligen, findet eine kommunikative Validierung statt: Das medizinische Fachpersonal erlebt die Patientinnen oftmals in anderen Zusammenhängen und Situationen: Nicht selten öffnet sich die Patientin der Schwester gegenüber bereitwilliger und ohne die Scheu und den Respekt, die in der Begegnung mit dem Arzt immer noch wirken.

ob diese gut oder schlecht ist (5). Ihnen wird dadurch ermöglicht, das verlorene gegangene Erleben von Kontrolle wiederzugewinnen, Orientierung zu erlangen und Angst zu reduzieren.

### Selbst und Fremdeinschätzung des Betreuungsbedarfs

Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung des Betreuungsbedarfes zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den Patienten. Wie lässt sich eine solche Differenz erklären?

Möglich ist, dass Patienten ihre psychischen Belastungen dem Fachpersonal gegenüber nicht so deutlich zeigen, wie sie es erleben. Was dem Patienten jeweils aktuell widerfährt, löst zum Teil beklemmende Fantasien aus, die die konkreten Erfahrungen mit der Erkrankung weit übersteigen. Der Patient könnte durch seine Sorgen und Ängste innerlich so absorbiert sein, dass er für konkrete Begegnung mit dem Arzt über wenig spontane Reaktionen verfügt.

Folgen dieser veränderten Selbstwahrnehmung wirken sich auch auf die Beziehung zum Fachpersonal aus, bestimmte Themen werden vermieden, andere betont in den Vordergrund gestellt. Bestimmt werden diese wechselnden Präferenzen in der Kommunikation auch vom Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Fachpersonal bestimmt.

Auf Seiten der Ärzte können Theorien über das Krankheitsverhalten onkologischer Patienten eine selektiven Wahrnehmung bewirken: Es werden überwiegend Hinweise anerkannt, die das eigene Verständnis von Krankheitsbewältigung und Therapiesetting stützen, widersprechende Faktoren werden möglicherweise eher vernachlässigt. Schließlich kann auch davon ausgegangen werden, dass ganz pragmatische Beweggründe zu einer „falsch/negativen“ Einschätzung des Betreuungsbedarfes führen: Der Arzt und das Fachpersonal wissen um die begrenzten psychoonkologischen Kapazitäten und Abrechnungsdefizi-

te und passen den Betreuungsbedarf den konkreten Rahmenbedingungen in der Praxis an.

### Einfluss von Patientenmerkmalen auf die psychosoziale Belastung

Bei dem Vergleich Männer/Frauen wird deutlich, dass Männer durchschnittlich einen geringeren Belastungswert angeben als Frauen. Möglicherweise artikulieren männliche Patienten in einzelnen Fällen das Ausmaß ihrer Belastung nicht, dies könnte im Rahmen der Krankheitsverarbeitung auf eher rational-kognitiv bestimmte Verhaltensweisen hinweisen.

Die Ergebnisse deuten außerdem darauf hin, dass ein geringeres Lebensalter mit einer höheren psychosozialen Belastung der Patienten einhergeht.

Diese Zusammenhänge passen zu den Ergebnissen einer Untersuchung von Singer et al. zum Vorkommen psychischer Begleiterkrankungen von Tumorpatienten. Am häufigsten betroffen von depressiven Erkrankungen und Angststörungen waren dabei jüngere Patientinnen (14).

Das Ausmaß der Belastung wurde von der Therapieintention dahingehend beeinflusst, dass Patienten, die palliativ behandelt wurden höher belastet waren, als solche die kurativ behandelt wurden. Offensichtlich führt die Konfrontation mit einer ungünstigen Prognose der Krankheitsprogredienz vermehrt zu einer Auseinandersetzung mit existenziellen Ängsten die Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit auslösen können.

### Literatur

1. Bergelt C, Schölermann C, Hahn I, Weis J, Koch U. Psychoonkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen im Krankenhaus und im ambulanten Sektor. *Das Gesundheitswesen* 2010; 10: 700–706.
2. Burgess C, Cornelius V, Love S, et al. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj* 2005; 330: 702.

3. Faller H. Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. 1998: S. 154.
4. Faller H, Schuler M, Richard M. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013; 12(2): 103–112.
5. Faller H, Weis J. Bedarf psychosozialer Unterstützung und reale Versorgung. Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen. Stuttgart, New York: Thieme 2005; 18–32.
6. Herschbach P. Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie und Medizinische Psychologie* 2002; 52: 141–150.
7. Herschbach P, Weiss. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Broschüre Der PSO Und DAPO 2008.
8. Holland J. Principles of Psycho-Oncology, Chapter 69 in: Jimmie C. Holland, William Breitbart, Paul B. Jacobsen (Hrsg.): 1998, *Frei Cancer Medicine*. 5th edition.
9. Hornemann B, Kranz I, Stamm C. Psychosoziale und Psychoonkologische Aspekte in der Onkologie. *Der Gynäkologe* 2010; 43: 819–826.
10. Mehnert A. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety and Depression in a representative sample of breast cancer patients. *Psychooncology* 2004; 13: Suppl. 62.
11. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2008; 64: 383–391.
12. Schulz-Kindermann F. *Psychoonkologie* 2013.
13. Schumacher A. Strukturen psychoonkologischer Versorgung. *Psychotherapie Im Dialog* 2010; 11: 107–112.
14. Singer S, Bringmann H, Hauss J. Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132: 2072–2076.
15. Strittmatter G. Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie 1997. S. 103–310.
16. Vries A, Söllner W, Steixner E. Subjektiv erlebte Belastung und Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten in strahlentherapeutischer Behandlung. *Strahlenther Onkol* 1998; 174: 408–414.
17. Walther J. Krebs und Armut. *Forum* 2011; 26: 28–30.
18. Weis J. Aktueller Entwicklungsstand der Psychoonkologie im Spannungsfeld zwischen Psychotherapie, Beratung und Sterbebegleitung. *Psychotherapie Im Dialog* 2010; 11: 113–116.
19. Zenger M, Ernst J, Götze H. Betreuungsbedarf und Betreuungswunsch von Patienten mit Prostatakarzinom – eine Längsschnitterhebung. *Med Psychol* 2010; 19: 51–59.

### **13.1 Die Notwendigkeit psychoonkologischer Unterstützung zur Stabilisierung des Selbsterlebens onkologischer Patienten**

Trotz umfangreicher und intensiver Forschung sind die Ursachen maligner Prozesse bis heute nur zu einem geringen Teil bekannt. Es wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen: Strahlen, Infektionen, Karzinogene, Stress, immunologische, genetische und endokrine Prozesse. Entsprechend gibt es auch keine Therapie, die absolute Heilung versprechen kann. Als Säulen der Behandlung gelten Chemotherapie, Operationen und Strahlentherapie. Neuerungen sind Antikörpertherapien und bessere supportive Therapien gegen Nebenwirkungen der Medikamente.

Faller (1998, S.26ff) fasst wesentliche psychische und psychosoziale Belastungen, die mit einer Diagnose und Behandlung einhergehen, zusammen:

- Todesdrohung
- Verletzung der körperlichen Unversehrtheit
- Autonomieverlust
- Verlust von Aktivitäten
- Soziale Isolation, Stigmatisierung
- Bedrohung der sozialen Identität und des Selbstwertgefühls

Eine Krebsdiagnose verbunden mit bedrohlichen Assoziationen löst bei fast allen Menschen eine Krise aus.

### **13.2 Psychoonkologie**

In psychoonkologischen Praxisfeldern sind verschiedene Berufsgruppen tätig: Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Fachpflegekräfte (Breastnurse, Therapeuten, onkologisches Fachpersonal). Die psychoonkologische Betreuung besteht darin, unter psychoonkologischen Interventionen alle Maßnahmen zusammenzufassen, die im Zusammenhang mit Krebserkrankungen und der medizinischen Behandlung von unterschiedlichen Professionen angewendet werden.

Die psychische Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung ist nach Schulz-Kindermann (2013 S.123), ergänzt durch Sokol (2015) wie auch bei anderen chronisch körperlichen Erkrankungen, von grundlegenden psychologischen Vorgängen geprägt:

- Von entwicklungspsychologischen Prozessen (Bindungsstilen)
- Von Prägungen und Entwicklung der Persönlichkeit
- Von lern- und kognitionspsychologischen Erfahrungen (subjektive Krankheitstheorien, Krisenerfahrungen, Körpererleben)

Die Erlebens- und Reaktionsunterschiede sowie die unbewussten und bewussten Abwehr- und Bewältigungsstrategien sind im hohen Maße abhängig von intrapsychischen, interpersonellen Prozessen und aktuellen psychosozialen Faktoren (Entwicklungsstand, Alter, berufliche und familiäre Situation).

Die psychoonkologische Tätigkeit unterscheidet sich in Aufgaben, Inhalten und Methoden je nach strukturellen Versorgungsschwerpunkten (Ort, Krankheitsphasen).

### **13.3 Psychosoziale Versorgungswünsche der Patienten**

In Deutschland existiert ein sektorisertes Gesundheitssystem, d.h. es gibt klare Trennungen zwischen den ambulanten, stationären und rehabilitativen Krankenbehandlungen. Überschneidungen sind nur in wenigen Ausnahmen möglich (integrierte Versorgungsmodelle). Dadurch ist eine finanzielle Vergütung der Leistungen und Kostenträger nicht gesichert (Schulz-Kindermann 2013, S.154).

Zeitlich vorgegebene Strukturen, Auswirkungen ökonomischer Zwänge, verkürzte Liegezeiten in den Akutkliniken und die Zunahme der ambulanten Versorgung drängen Fragen der Krankheitsverarbeitung einer onkologischen Erkrankung und der Anpassung an krankheits- oder therapiebedingten Einschränkungen immer mehr in den Hintergrund. Sie werden zu einem Zeitpunkt für den Krebspatienten relevant, wenn er bereits die Akutklinik verlassen hat und in ambulanten Praxen weiterbehandelt wird (Hoppenworth, Sokol, Würdemann 2014). Darüber hinaus

werden der Arzt und das Fachpersonal in den Behandlungspraxen mit den Bedürfnissen der Patienten konfrontiert. Krisenmanagement gehört zur Tagesordnung des Fachpersonals. Das Bedürfnis und die natürlichen Strebungen der chronisch kranken Patienten nach Kohärenz und Autonomie geben dem Fachpersonal gar keine andere Möglichkeit, als sich mit den Patienten und ihren Themen auseinanderzusetzen. Dem wird bisher in den Strukturen und Abläufen der meisten Praxen wenig Beachtung geschenkt. Das in vielen Kliniken integrierte Primary Nursing Konzept - ein personenbezogenes Pflegekonzept (Manthey 2011) - ermöglicht dem Fachpflegepersonal Arbeitsprozesse aktiv zu gestalten und eher am Versorgungsbedarf der Patienten auszurichten. In vereinzelt ambulanten Schwerpunktpraxen sind entsprechende Konzepte ansatzweise durch fachweitergebildete Fachkräfte integriert.

### 13.3.1 Konsequenzen für die Praxis

- Um die psychische Versorgung chronisch kranker Patienten in den ambulanten spezialfachärztlichen Praxen sicherzustellen, bedarf es entsprechender flächendeckender Versorgungsstrukturen außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie<sup>37</sup> und durch die Ärztekammer anerkannter Weiterbildungsmöglichkeiten für das Fachpersonal.
- Abklärung eines psychoonkologischen Bedarfs oder Bedürfnisses des Patienten integriert in den Praxisablauf.
- Der Umgang mit professioneller Nähe und Distanz zum Patienten erfordert ein hohes Maß an Bewusstheit in der Beziehungsgestaltung. Um Einblick in die Krankheitsverarbeitung des Patienten sowie in die eigene Nähe- und Distanz-Regulation zu gewinnen und diese professionell gestalten zu können ist es sinnvoll, interdisziplinäre Fortbildungen, kollegiale Beratung, Fallbesprechungen und /oder Supervision im Team zu erfahren.

---

<sup>37</sup> In Anlehnung an das Positionspapier der PSO zur Umsetzung der S3 Leitlinie in der Psychoonkologie, Deutscher Arbeitskreis für Psychoonkologie (dapo 2014).

## **14 Umsetzung des Forschungsvorhabens**

### **14.1 Ziel der Untersuchung**

Indem durch diese Arbeit das Verständnis für das Erleben chronisch körperlich kranker Patienten vertieft und spezifische Verarbeitungsprozesse differenzierter wahrgenommen werden können, soll ein Beitrag zur Weiterentwicklung des ärztlichen und pflegerischen Wissens geleistet werden.

Hierfür wird dem Selbsterleben von Dialysepatienten unter Berücksichtigung des Dialyseverfahrens im Folgenden weiterhin besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die theoretischen Hintergründe und die individuellen Erfahrungen der Patienten aus der Untersuchung können in der Nephrologie vorliegende Kriterienkataloge zur Auswahl des Therapieverfahrens sinnvoll ergänzen. Damit soll unterstützt werden, dass, unabhängig von der jeweiligen Praxissituation und den Routinen des Arztes, psychische und psychosoziale Kriterien bei der Auswahl der Therapieoption selbstverständlicher berücksichtigt werden.

## **15 Forschung: Selbst- und Körpererleben chronisch körperlich kranker Menschen**

In der psychoanalytischen und psychosomatischen Literatur gibt es eine Menge Hypothesen und Untersuchungen zum Erleben des Patienten, zur Krankheitsbewältigung und zu psychosozialen Auswirkungen eines chronisch körperlich kranken Patienten im Zusammenhang mit den Selbst-, Entwicklungs- und objekttheoretischen Modellen. Die meisten Studien in der psychosomatischen Medizin beschäftigen sich mit der Gruppe der Patientinnen mit Essstörungen (Joraschky 2009, S.135), oder mit psychosomatischen Erkrankungen (Holy-Seven). Es gibt nur wenige neuere sozialpsychologische Studien im Hinblick auf Patienten an der Dialyse. Hier ist ein wesentliches Merkmal, die künstliche Niere als Organersatz oder die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten.

## 16 **Methodischer Ansatz - Die Psychologie der persönlichen Konstrukte**

Für die Untersuchung des Selbst-Erlebens und der Objektbeziehungen von Dialysepatienten wurde die Repertory-Grid-Methode von dem amerikanischen Psychologen George Alexander Kelly (1905 - 1966) ausgewählt. Diese Methode ermöglicht es sich subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen der Patienten im Selbst-Körper- und Beziehungserleben sowie objektivierbaren Gemeinsamkeiten anzunähern, diese zu erkennen und abzubilden (Scheer, Catina 1993; Porsch 1997; Kirsch 2000; Borkenhagen 2000; Decker 2004) Die Psychologie der persönlichen Konstrukte basiert auf einem Grundpostulat und 11 Korollarien, die die Vorstellung von der Organisation des Menschen differenzieren und die Bedeutung des Grundpostulats erklären (Scheer, Catina 1993, S.15ff)

### **Grundpostulat:**

Für Kelly ist das grundlegende Postulat der Theorie der persönlichen Konstrukte:

*„ A person´s processes are psychologically channelized by the way in which he anticipates events“ (Kelly 1955, S.46).*

Der Mensch ist nach Kelly nicht nur reaktiv, sondern aktiv am Konstruktionsprozess seiner Selbst und seiner Beziehungen beteiligt. Er selbst ist dieser Prozess. Ursachen seines Verhaltens liegen damit nach Kelly nicht außerhalb seiner Person, sondern in ihm begründet.

### **16.1 Zur Entstehung der Persönlichkeit**

#### **1. Korollarium der Konstruktion**

Der Mensch antizipiert Ereignisse und bildet Konstrukte, indem er ihre Wiederholungen konstruiert.

Hinter diesem Satz steht die Erwartung, dass einmal festgestellte Unterscheidungen in der Zukunft wiederzufinden sind. Konstrukte verbinden zeitliche Dimensionen, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

## **2. Korollarium der Individualität**

Jeder Lebensbereich hat individuelle Konstrukte (Angemessenheitsbereich). Bestimmte Konstrukte erfassen demnach nur bestimmte Geltungsbereiche.

## **3. Korollarium der Individualität**

Menschen unterscheiden sich in ihrem Konstruktsystem bezüglich gleicher Ereignisse voneinander (Scheer, Catina 1993, S.16).

## **16.2 Organisation von Systemen**

### **4. Korollarium der Dichotomie**

Intrapsychisch sind die Kernkonstrukte zur Definition und Erhaltung des Selbst und Rollenkonstrukte, die die Beziehung zu anderen definieren, nach Wichtigkeit und Bedeutsamkeit geordnet. Manche Konstrukte haben mehrere Bedeutungen für den Menschen. Das Konstruktionssystem setzt sich aus einer endlichen Anzahl von zwei gegensätzlichen Polen (dichotomer Konstrukte) zusammen.

Diese basalen Kernkonstrukte erzeugen Widerstand gegen Veränderungen, weil damit das ganze Konstruktsystem „gefährdet“ wird (Scheer, Catina 1993, S.17).

## **16.3 Entwicklung und Veränderung des Systems**

### **5. Korollarium der Wahl**

Als eine konstruierte Wirklichkeit eines Menschen ist das System durch die Rückmeldungen der Umwelt einer permanenten Überprüfung ausgesetzt, die für die Anpassung an veränderte Lebensbedingungen oder Entwicklung von Strukturen entweder als Bestätigung oder Verwerfung bedeutsam ist.

Nach Kelly tritt eine psychische Krise ein, wenn der Ablauf von zwei Kreisläufen (Handlungsentscheidungen, Kreativität und Entwicklung) zum Stillstand kommt und dadurch die notwendige Revidierung des Systems verhindert wird.

Der erste Kreislauf wird von Scheer und Catina (1993, S.18) mit der Copingtheorie von Lazarus verglichen: Der Mensch betrachtet alle verfügbaren Strategien des

Handelns (circumspection), er wählt die subjektiv beste Strategie aus (preemption) und überprüft sie bezüglich der Situation (control).

#### **6. Korollarium des Bereichs**

„Durchlässigkeit“ und „geringe Durchlässigkeit“ bezeichnet das Vermögen der Konstruktionen, neue Erkenntnisse und Erfahrungen einzuordnen oder zielgerichtetes Denken und Handeln zu sichern (Scheer, Catina 1993, S.18ff).

#### **7. Korollarium der Erfahrung**

Jeder Mensch entwickelt eine begrenzte Menge gegensätzlicher Konstrukte oder Pole.

#### **8. Korollarium der Veränderung**

Bei der Anwendung der Konstrukte muss der Mensch sich für einen Pol so entscheiden, dass neue Erkenntnisse und Erfahrungen innerhalb des Angemessenheitsbereiches möglich sind. Sader (1980) verbindet diesen Prozess mit der Selbstaktualisierung im Rahmen der Persönlichkeitstheorie nach Roger.

#### **9. Korollarium der Fragmentierung**

Der Mensch kann eine Vielzahl von Konstruktionssystemen anwenden, die widersprüchlich und miteinander unvereinbar sind. Catina (1993) bezieht sich auch auf Piaget, der diese Phänomene im Rahmen der Entwicklungstheorie mit [...] „Risse“ [...] bezeichnet, die Logik und Kohärenz zu bedrohen scheinen. Anfänglich unvereinbare Subsysteme werden durch die Einordnung auf ein höheres Abstraktionsniveau integriert.

### **16.4 Funktionsweise sozialer Beziehungen**

#### **10. Korollarium der Gemeinsamkeit**

Die Basis in der Ähnlichkeit der Konstruktionen von Ereignissen zweier Menschen findet statt durch z.B. ähnliche Berufe, Kultur, Familie und Sichtweise. Sind sich die Konstruktionen von Ereignissen zweier Menschen ähnlich, so handeln sie auch ähnlich und werden ähnliche psychologische Prozesse haben. Dies

ermöglicht dem Menschen, andere zu verstehen und ihre psychischen Prozesse nachzuvollziehen.

Dieses Phänomen bringe ich auch in Verbindung mit dem sinnvollen Einsatz und dem Erfolg edukativer Gruppenangebote für chronisch körperlich kranke Menschen.

### **11. Korollarium der Teilnahme am sozialen Prozess**

Um eine grundsätzlich empathische Kommunikation oder eine adäquate soziale Beziehung herstellen zu können, reichen nach Kelly (Scheer, Catina 1993, S.20) gemeinsame Konstrukte nicht aus. Er hält die Fähigkeit und das Bedürfnis sich gegenseitig zu verstehen (Sozialität) für die Voraussetzung, sich in die fremde Perspektive hineinzusetzen.

## **17 Wissenschaftstheoretische Basis**

Da die Repertory Grid Methode neben den zwischenmenschlichen Beziehungen auch grundsätzlich alle Begebenheiten des Lebens beschreiben kann, erstreckt sich die Anwendung der Repertory Grid Technik in verschiedenen Varianten auf die Psychologie, Psychiatrie, die Psychosomatik bis hin zu Pädagogik und Marktforschung (Scheer, Catina 1993).

Wissenschaftlich zugeordnet wird sie der konstruktivistischen Denkrichtung, die vor allem durch Watzlawick bekannt wurde (1981). Auch er ging wie Kelly davon aus, dass das Begreifen der subjektiven Wirklichkeit als Entdecken erlebt wird, was impliziert, dass die Gegenstände der Welt wie sie sind nicht erfasst und begriffen werden können. Jede Wahrnehmung ist beeinflusst von subjektiven Zuschreibungen.

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden das Selbst aus Kellys Sicht dargestellt.

### **17.1 Kellys Theorie des Selbst**

In der konstruktpsychologischen Sichtweise Kellys (1955) ist das Selbst integrierter Bestandteil des Gesamtbildes eines Menschen. Definiert wird das

Selbst durch Kernkonstrukte, die die Aufrechterhaltung einer Selbstidentität ermöglichen. Kernkonstrukte steuern die lebenserhaltenden Prozesse des Menschen und sind deshalb relativ prägend und flexibel. Grundsätzlich verändern lassen sie sich in der Regel nicht, nur in schweren Krisensituationen unter starkem Widerstand (Catina; Scheer 1993; Böker 1999). Diese Konstrukte lassen sich leichter in ihrer Qualität ändern oder ergänzen. Fransella, Bannister (1977) erweitern das „Selbst als Konstrukt“ noch um ein „Selbst als Element“, das einen bestimmten Platz im Konstruktionssystem einnimmt. Das Selbst-Konstrukt wäre dann die Bewusstheit vom Ich, während das Selbst-Element die Unterscheidungen beinhaltet, die wir in gewissen Zusammenhängen zwischen uns und anderen machen.

Die Entwicklung der Kernkonstrukte ist nach Salmon (1970) von der Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes abhängig. Als persönliche Konstrukte bezeichnen Kelly (1955), Catina und Scheer (1993) die von einem Individuum entwickelten Begriffe, um Ereignisse der physischen, sozialen und inneren Welt in bedeutsame, wiederkehrende Muster zu ordnen, um zukünftige Ereignisse antizipieren zu können. Menschen haben die Möglichkeit, zu kommunizieren und sich durch gemeinsame Konstrukte zu verständigen. Sie sind durch Flexibilität und Individualität eigener Konstruktsysteme in der Lage, Konstrukte anderer Menschen zu verstehen und nachzuvollziehen. Die Übernahme des Konstruktsystems der Mutter wird zunächst überprüft, später verfeinert. Dies geschieht unbewusst und bewusst durch die Beziehung zu anderen Menschen. Dieser Prozess ist nicht immer offenkundig, verbal oder formal logisch, aber stets von Emotionen begleitet. Die Wahrnehmung der objektiven Realität wird permanent verbessert und aktualisiert. Sein Menschenbild charakterisiert Kelly daher mit der Metapher „der Mensch als Wissenschaftler“.

Bannister und Fransella (1981, S.21 ff) weisen nachdrücklich darauf hin, dass zwischenmenschliche Interaktion durch die Art des Verstehens jeder Person durch die andere zustande kommt, das bedeutet durch Beziehung, durch Interpretation und durch Reflektion. Diese Annahme und die daraus abgeleiteten Handlungsmöglichkeiten zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient haben eine große Bedeutung in der Kommunikation zum Patienten.

Die Unterstützung des Fachpersonals kann dem Patienten helfen, das subjektive Erleben der Dialysesituation durch eigene Erfahrungen aktiv zu „konstruieren“ und nicht zum passiven „Anhängsel“ einer scheinbar unveränderlichen Realität zu werden. Solche Konstruktions-Kompetenzen werden möglich, weil Potentiale der Selbstmotivation und Unterstützungs-Erfahrungen des Fachpersonals genutzt werden können, um das eigene Konstruktsystem zu erweitern. Nach Kelly tritt eine Krise ein, wenn der Konstruktionskreislauf nahezu zum Stillstand kommt und die Veränderung (Anpassung) verhindert wird. Nach ihm ist ein Symptom nicht ein anhaftendes Übel, sondern ein Teil des Selbst (Kelly 1969). Symptome sind Fragen und Unsicherheiten, die sich im Verhalten ausdrücken. Der Inhalt und die Struktur des Konstruktsystems sind von großer Bedeutung für die Entstehung und das Weiterbestehen des Symptoms (Winter 1993).

Kelly sah den Ursprung von Kognition und Emotion im Konstruktsystem. Er verstand Affekte als eine Unvereinbarkeit von Konstruktsystemen und Realität. Angst assoziierte er mit einem rigiden Konstruktsystem oder als Folge einer Ablehnung einer Situation. Aggression und Feindseligkeit bedeutete für ihn eine Weigerung, das Konstruktsystem zu verändern und anpassen zu müssen, im Sinne der Verleugnung (Porsch 1997, S.124). Eine Erklärung für die Entstehung von Affekten konnte Kelly nicht klarstellend aufzeigen.

## 17.2 Die Repertory-Grid-Technik

Die Repertory-Grid-Technik ist eine Technik zur Erhebung der subjektiven Konstruktwelt des Patienten und zur Abbildung des Konstruktsystems. Als persönliche **Konstrukte** bezeichnet Kelly (1998) die von einem Individuum entwickelten Begriffe, um Ereignisse der physischen, sozialen und inneren Welt in bedeutsame, wiederkehrende Muster zu ordnen und zukünftige Ereignisse antizipieren zu können. **Elemente** werden als Bedeutungsträger verstanden, Konstrukte führen zu Verhaltenskonsequenzen und können als Handlung umgesetzt oder auch formuliert werden. Nach Riemann (1991) kann mit der Repertory-Grid-Technik die individuelle Dimension subjektiver Erfahrungen erfasst werden. Es lassen sich quantitative Maße gewinnen, die einen Vergleich mit anderen Menschen ermöglichen, Lohaus (1993). Durch das Erfragen von

Situationen und Erleben des Patienten, die die Wahrnehmung und das Handeln bestimmen, vergleicht Riemann (1991) das Grid Verfahren mit einem strukturierten Interview.

### 17.3 Gütekriterien: Reliabilität und Validität

Um die Qualität wissenschaftlicher Erkenntnisgewinnung durch Methoden feststellen zu können, sind generelle Kriterien nötig, die verschiedene Aspekte aller Methoden vor einem wissenschaftstheoretischen Hintergrund erfassen und untereinander vergleichbar machen (Lamnek 1987, S.145ff). Diese Kriterien sind:

**Reliabilität:** Sie bezeichnet die Verlässlichkeit eines Tests, die Fähigkeit, die Genauigkeit und die Zuverlässigkeit, mit der ein Test misst. Eine absolute Reliabilität ist gegeben, wenn ein Test bei wiederholter Durchführung identische Ergebnisse liefert. Das Problem der Anwendung des Repertory Grid liegt darin, dass dieser Repertory Grid auch ein Instrument zur Veränderungsmessung sein soll, dass also eine Sensitivität für Veränderung durchaus erwünscht ist (z.B. zur Beurteilung einer Veränderung aufgrund einer Behandlung). Eine hohe Reliabilität setzt aber voraus, dass ein Instrument unempfindlich gegen Veränderung ist (Lohaus 1993). Fransella (1977) argumentierte mit der Standardisierung von Konstrukten und Elementen. Sie unterliegen nicht stetiger Veränderung, zentrale Teile bleiben meist stabil, daher kann auch hier eine hohe Reliabilität erreicht werden (Lohaus 1993).

**Validität (Gültigkeit)** bezeichnet die Eigenschaft eines Tests, das zu messen, was er vorgibt. Lamnek (ebenda S.157) beschreibt Gültigkeit mit Deckungsgleichheit zwischen Begriff und Realität. Die Validität des Repertory Grid ist nicht einfach zu überprüfen, da der Repertory Grid keine festgelegten spezifischen Merkmale misst, sondern das individuelle Konstruktsystem. Jeder Patient in dieser Untersuchung besitzt individuelle Elemente und Konstrukte, dadurch ist die Validierung an einem äußeren Merkmal nicht möglich. Nach Lohaus (1993) können jedoch bestimmte Bereiche des Konstruktsystems durch Konstruktvalidierungen überprüft werden.

## 18 Durchführung der Untersuchung

Die Anwendung der Repertory-Grid-Technik lässt sich in vier Schritte aufgliedern. Nachdem die Untersuchungsgruppe oder Ereignisse, die untersucht werden sollen, festgelegt wurden, kommt es zur Erhebung der Elemente und der Gewinnung von Konstrukten.

### 18.1 Schritt 1 – Erhebung der Elemente und Gewinnung der Konstrukte

In einer Stichprobenuntersuchung wurden 6 Dialysepatienten (3 Frauen, 3 Männer) ausgewählt. Davon waren 4 Hämodialysepatienten und 2 Peritonealdialysepatienten.

Entsprechend der zentralen Rolle, die das dichotome Prinzip des Kontrastbildens in Kellys Theorie hat, wurde in dieser Untersuchung der Triadenvergleich<sup>38</sup> angewendet. D.h., es wurde ein Konstrukt (Merkmal) genannt, in dem sich zwei von drei gewählten Elementen ähneln, und ein Kontrastpol, durch dessen Merkmal sich das dritte Element von den ersten beiden unterscheidet<sup>39</sup>. So konnten insgesamt 20 Elemente (21.1 Anhang) und 35 Konstruktpaare (21.2 im Anhang) erhoben werden. Diese Elemente und Konstrukte wurden entsprechend der Bedeutsamkeit durch weitere 11 Patienten auf 16 Elemente (21.3) und 23 Konstruktpaare (Abb. 7, S.153) reduziert und festgelegt. Ausgewählte "Kernkonstrukte" die das Ich betreffen ermöglichen die Aufrechterhaltung der Selbstidentität. Veränderungen der Kernkonstrukte können zu starkem Stress führen. Kernkonstrukte sind weniger leicht veränderbar, sind anderen übergeordnet und haben deswegen einen größeren Anwendungsbereich. Zur systematischen Untersuchung von Aspekten des Selbst, der entsprechenden Beziehungskonstellation (Rollenträger) und den Erlebensaspekten wurden die folgenden Elemente für jeden Patienten standardisiert vorgegeben.

---

<sup>38</sup> Triadenvergleich: Untersuchungsmethode zur Bildung von Ähnlichkeits- und Verschiedenheitsurteilen (Konstrukte) (vgl. Scheer & Catina, 1993)

<sup>39</sup> Verschiedenen Formulierungen zur Gewinnung von Konstrukten (Scheer & Catina, 1993, S. 30–31)

**Tabelle 2: Kategorisierung der Elemente**

<b>1. Selbst</b>	<p><b>1) Ideal-Selbst („Ich, wie ich sein möchte“)</b>  <b>Konkret:</b>  - Ich, wie ich sein möchte (Element 3)</p> <p><b>2) Selbstbild („ So wie ich bin“)</b>  <b>Konkret:</b>  - Ich vor der Krankheit (Element 1)  - Ich mit der Krankheit (Element 2)</p> <p><b>3) Normatives Selbst („Ich wie ich sein muss“)</b>  <b>Konkret</b>  - Ich an der Dialyse (Element 4)  - Ich zu Hause (Element 5)</p>
------------------	---

**2. Beziehungen**

Untersucht wurde die Beziehung des einzelnen Patienten zu Bezugspersonen in Abhängigkeit von der momentanen Lebenssituation.

<b>Ich im Kontakt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zu Schwestern/Pflegern</li> <li>- zum Partner/zur Partnerin/Familie</li> <li>- zur Mutter, zum Vater</li> <li>- Ich, wenn ich mich gut verstanden fühle von...</li> <li>- Ich, mit vielen Konflikten mit....</li> </ul>
-----------------------	--

**3. Erlebensaspekte**

Untersucht wurde in diesem Bereich die Veränderung des Erlebens von Einschränkungen im Hinblick auf Erlebensaspekte:

<b>Erlebensaspekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essen und Trinken</li> <li>- Zeit (eigene Zeiteinteilung)</li> <li>- Punction (Verletzung der körperlichen Integrität )</li> </ul>
------------------------	---

## 18.2 Schritt 3 – Teilstandardisierung (Kategorisierung) von Elementen und Konstrukten

Die zum größten Teil standardisierten Elemente und Konstrukte wurden in ein Gitterraster (Grid) eingetragen. Danach wurden Elemente vom Patienten im Hinblick auf alle vorgegebenen Konstrukte anhand einer mehrstufigen Ratingskala (1 – 5) eingestuft, damit wurden die Elemente und Konstrukte zueinander in Beziehung gesetzt. Diese Matrix ist Grundlage der Auswertung (Riemann 1983). Deutlich wird durch die Skalierung der Konstrukte das Ausmaß der Ausprägung jedes Elements.

Durch Standardisierung der Elemente und der Konstrukte ähnelt das Verfahren nach Scheer und Catina (1993, S.37) fast dem Polaritätsprofil<sup>40</sup> im Sinne von Hofstätter (1971). Das Spezifische des Personal-Konstrukt-Ansatzes wird damit eingeschränkt. Erhalten wird das spezifische des Personal-Konstrukt-Ansatzes dann, wenn in Vorstufen Elemente und Konstrukte durch Patienten gewonnen werden, wie es in dieser Arbeit durch die Stichgruppen praktiziert wurde. Auch die Verknüpfungsweisen der Konstrukte selbst können individuell variieren. Bei aller vorgegebenen Standardisierung des Grids bleibt der Patient doch der Bewerter seiner Elemente. Nach Lohaus (1993, S.81) ist aufgrund der standardisierten Daten ein intersubjektiver Vergleich [...] individueller Wirklichkeitskonstruktionen [...] der Patienten möglich. Die beste Vergleichbarkeit von Gruppengrid wird nach Scheer, Catina (1993, S.37) erreicht, wenn Elemente und Konstrukte konstant sind.

Allerdings kann es dann auch vorkommen, dass die vorgegebenen Konstrukte und Elemente die innere Welt mancher Probanden nicht optimal abbilden.

---

<sup>40</sup> Mit Polaritätsprofil (auch Semantisches Differenzial) wird ein Messverfahren der empirischen Sozialforschung bezeichnet, das 1952 von Charlese Osgood (1916–1991) entwickelt und 1955 von Peter Hofstätter (1913–1994) in den deutschen Sprachraum eingeführt wurde. Die Methode dient der Beurteilung von Begriffen, Vorstellungen, Gegenständen und Personen, wie sie von verschiedenen Menschen in ihrer Bedeutung erlebt werden.

### 18.2.1.1 Spezifische Vorgaben

Spezifische Konstruktsysteme können im Sinne von Kelly unter Einbeziehung bestimmter Elemente gezielt untersucht werden.

### 18.2.2 Selbstelemente

Die Bedeutung des Selbst (Kategorie1 in Abb.3) wird in der Repertory-Grid-Forschung schon alleine dadurch offenbar, dass in vielen Repertory Grids mehrere Selbst-Elemente verwendet werden, z.B. „Ich, wie ich sein will“, „Ich, an der Dialyse“ oder „Ich mit der Krankheit“, Scheer und Catina (1993), Bartholomew (1993), Böker et al. (2000), Kirsch, Jordan (2000). Je geringer die Distanz, desto mehr erlebt der Patient sich, wie er sein will. Je größer der Abstand, desto weniger entspricht er seinen Wünschen und desto geringer ist das Selbstwelterleben. Die Bedeutung des Selbstwelterlebens wird im Repertory-Grid durch den Abstand der Elemente Selbst und Ideal-Selbst operationalisiert. Das Ideal-Selbst repräsentiert das Bild, das der Patient von sich haben will und wie er sich erleben will.

Böker (1999, S.72) beschreibt die von sich Noris und Makhlouf-Noris (1976, S.79ff) aufgestellten Theorien, die sich mit dem Konzept des Selbst beschäftigen und die eine hypothetische Konstruktion des Konzeptes Selbst vorstellen. Sie postulierten drei wichtige Komponenten des Selbst:

1. Das aktuelle Selbst - in dieser Untersuchung repräsentiert durch Elemente, die das gegenwärtige Selbst charakterisieren: *Ich an der Dialyse, Ich mit der Krankheit, Ich zu Hause.*
2. Das soziale Selbst - als Repräsentation der Wahrnehmung anderer über sich selbst. In dieser Untersuchung wird das soziale Selbst durch das Selbsterleben der Patienten in Beziehungen repräsentiert.
3. Das Idealselbst - als Richtung erwünschter Veränderungen, das in dieser Untersuchung durch das Element *Ich wie ich sein will* repräsentiert wird.

### 18.2.3 Selbst-Ideal-Distanz und Therapieerfolg

Die Bedeutung des Selbstwertgefühls, welches im Repertory Grid durch den Abstand der Elemente Selbst und Ideal operationalisiert wird, ist ein Bestandteil von Persönlichkeitstheorien (Freud 1914, 1923; Epstein 1979) und hat in der Forschung der Psychologie und Psychosomatik immer wieder Aufmerksamkeit gefunden.

Landfield (1977), Winter (1992), Fairburn (1993) haben sich mit der Frage beschäftigt, ob das Selbstwertgefühl sich während einer erfolgreichen Therapie verändert oder ob gar anhand des Selbstwertgefühls vorhersehbar ist, wie erfolgreich eine Therapie sein wird. Ein weiterführender Ansatz von Basseler und Krauthauser (1996) bringt die Motivation des Menschen als treibende Kraft gegen den Leidensdruck, der durch die Selbst-Ideal-Distanz erzeugt wird, in Zusammenhang mit dem Erfolg einer Therapie. Large (1985) formuliert Hinweise darauf, dass der beste Zeitpunkt einer Intervention bei Patienten mit schweren Erkrankungen unter Berücksichtigung der Krankheitsverarbeitungsphasen gekennzeichnet ist durch eine hohe Selbst-Ideal-Distanz. Indem der Patient die Situation und Handlungsbedarf nach Large (1985) richtig einschätzen könne (Phase- Akzeptanz), sei er bereit die Situation zu verändern.

Diese Operationalisierung des Abstandes zwischen den Elementen des Selbst (Ich...) und des Idealselbst soll in dieser Untersuchung für die Dialysepatientengruppen unter Berücksichtigung der Dialyseverfahren weiterverfolgt werden.

### 18.2.4 Objektbeziehungen

16 Elemente zum Thema Beziehungen (Kategorie2 in Abb.3) sind von der Stichprobengruppe ausgewählt worden. 4 Elemente wurden vorgegeben (*Ich im Kontakt zur Mutter, Ich im Kontakt zum Vater, Ich, wenn ich mich gut verstanden fühle von..., Ich mit vielen Konflikten mit...*). Eine extreme Nähe oder Distanz der Selbstelemente zu den Beziehungselementen (*Ich im Kontakt zum Vater, Mutter, Arzt, Fachpersonal...*) liefern Hinweise auf die Beziehungsqualität. Evident ist, dass sich über die primären Objektbeziehungen in der Psychogenese wesentliche

Wurzeln des Konstruktsystems herauskristallisieren, die durch aktuelle Erlebnisse und Erfahrungen überformt und weiterentwickelt werden können.

### **Bedeutung der Elemente Vater und Mutter**

In Anlehnung an Kelly (1955) wurden vier Rollenstereotypen einbezogen:

- *Ich im Kontakt zum Partner,*
- *Ich im Kontakt zum Vater und Ich im Kontakt zur Mutter,*
- *Jemanden, Ich mit vielen Konflikten mit...,*
- *Ich wenn ich mich gut verstanden fühle...,*
- *Ich im Kontakt zum Arzt und Ich im Kontakt zum Fachpersonal.*

Hierbei geht es um signifikante Bezugspersonen, die für den Patienten in der Psychogenese eine besondere Rolle hatten oder noch haben. Nach Kelly wird stereotypisches Verhalten/Erleben über konkrete biografische Beziehungserfahrungen, die aus psychoanalytischer Sicht in realen Objektbeziehungen wiederbelebt. In dieser Untersuchung geht es um die Beschreibung der abgebildeten Daten ohne Aussage über die Qualität der Beziehung zu der jeweiligen Person.

Porsch (1997, S.128) beschreibt den Versuch von Ryle (1975), der versuchte, die psychoanalytische Theorie mit der Grid-Auswertung zu verbinden. Ryle beschäftigte sich mit vorbewussten (unbewussten) Prozessen, die er insbesondere vom Standpunkt der Objektbeziehungstheorie aus betrachtete. Unterscheide in den Beschreibungen der Elemente Mutter und Vater galten für ihn als Hinweis auf einen Ambivalenzkonflikt.

Catina und Tschuschke (1993) stellten fest, dass die nicht erfolgreichen Patienten sich stärker mit ihrer Mutter identifizierten (operationalisiert durch den Ich–Mutter Abstand) und einen größeren Abstand zum Idealselbst deutlich wurde. Sie schlossen daraus, dass eine symbiotische Beziehung mit der Mutter prädiktiv für einen schlechten Therapieerfolg gilt. Ein weiteres Ergebnis war, dass sich das Selbstwertgefühl und der Therapieerfolg der Patienten verbesserten, deren Identifikation mit der Mutter sich auf einem mittleren Niveau normalisierte.

Basseler et al. (1986, Paper 1988, Catina, Schütz 1993) untersuchten das Mutterbild und stellten fest, dass bei erfolglosen Patienten vor der Therapie sich eine höhere Varianz des Elementes Mutter zeigte, als bei erfolgreichen Patienten. Die Bedeutung der Mutter war bei den erfolglosen Patienten größer.

Grid – Matrix: **Selbstbild**

**Ich vor der Krankheit**

	1		5		
unabhängig					abhängig
zufrieden					unzufrieden
verantwortungsbewusst					verantwortungslos
angstfrei					angst
entspannt					aggressiv
durchsetzungsfähig					unterordnen
selbstbewusst					unsicher
Selbstwertgefühl					kein Selbstwertgefühl
eigene Meinung					angepasst
optimistisch					pessimistisch
offen					ablehnend
frei sein					beherrscht werden
akzeptiert					abgelehnt
vertrauen					misstrauen
einführend					unsensibel
leicht					schwermütig
rücksichtsvoll					rücksichtslos
aufgeschlossen					kein Interesse
sicher					unsicher
interessiert					gleichgültig
ordentlich					chaotisch
emotional					rational
Lebensqualität					keine Lebensqualität

**Tabelle 3: Grid-Matrix (Selbstbild - Element: Ich vor der Krankheit)**

Ein Beispiel eines Formblattes für die getrennten Einschätzungen der Elemente durch die 23 Konstrukte. Jedes Element (16) wurde vom Patienten den Konstrukten entsprechend skaliert.

## 19 Auswertung der Daten

Die Daten jedes Patienten und jeder Patientin sowie die Daten der Gruppengrids wurden mit der Faktorenanalyse (Strukturkoeffizienten), der Clusteranalyse (Dendogramm, Ähnlichkeitsmatrix), dem Scree-Plot (Eigenwerte), der Hauptkomponentenanalyse (Biplot) ausgewertet.

Eine ergänzende Auswertung zum Vergleich der vier Patientengruppen miteinander und untereinander, unter spezifischen Fragestellungen wurde mit dem Kruska-Wallis-Test<sup>41</sup> und dem Mann-Whitney-U-Test<sup>42</sup> (SPSS) durchgeführt. Damit war es möglich, die Werte einer abhängigen Variablen, wie bestimmte Konstrukte, der Dialyseort in Korrelation mit Gruppen/Personen (Dialysegruppen, Männer/Frauen) in den vier Patientengruppen (unabhängige Stichprobe) miteinander zu vergleichen und statistisch signifikante Unterschiede zu ermitteln. Ein Mittelwertvergleich wurde von allen Gruppen in Korrelation zu allen Konstrukten erhoben.

Auswertungen der Daten in den folgenden Kapiteln stellen neben Ergebnissen gleichzeitig die Auswertungsschritte dieser Datenmenge dar.

### 19.1 Computer-Auswertung

Zur computergestützten Analyse der Grid-Matrix wurde die von Fromm (2007) entwickelte Software GridSuite 2 und 4 genutzt, die auf dem Programm *Ingrid* von Slater (1972,1977) basiert. Aus der Vielzahl von Daten werden Zusammenhänge und Distanzen zwischen Elementen und Konstrukten sowie übergeordnete Kategorien mithilfe der, durch den Rechner ausgeführten, Auswertungsmöglichkeiten der Hauptkomponentenanalyse (englisch: principal components analysis (PCA)), Biplots und Clusteranalyse herausgearbeitet.

---

<sup>41</sup> Nicht parametrischer Test (Rangsummentest) zur Überprüfung, ob sich mehr als zwei Stichproben signifikant voneinander unterscheiden, Signifikanzniveau:  $\alpha=0,05$  (5%), (Kubinger, Rasch, Yanagida 2011)

<sup>42</sup> Nicht parametrischer Test zur Überprüfung von zwei unabhängigen Stichproben.

## 19.2 Fragestellung und Hypothesen

### 19.3 Hypothesen

1. In dieser Untersuchung wird davon ausgegangen, dass das Selbsterleben chronisch Kranker vorrangig von Beziehungserfahrungen und einer narzisstischen Wertung bestimmt wird, was in den theoretischen Überlegungen erläutert wird. Daraus resultierend werden die psychodynamischen Prozesse als so komplex eingeschätzt, dass diese Untersuchung als eine Annäherung an interaktionsdynamische Prozesse chronisch Kranker verstanden wird. Folgende Hypothesen sollen die 3 Fragen vertiefen:
  - Chronische Erkrankungen verändern das Selbsterleben und das Selbstbewusstsein von Patienten.

Am Beispiel von Dialysepatienten kann exemplarisch aufgezeigt werden, dass chronische Erkrankungen und ihre psychosozialen Auswirkungen stets mit einer Verunsicherung des Gefühls von Lebenssicherheit einhergeht. Unter Berücksichtigung unterschiedlicher Dialysettings erhält das Erleben von Abhängigkeit besondere Relevanz:

- Angesichts des Dialysettings, der Behandlung und der existenziellen Bedeutung von chronischer Niereninsuffizienz spielt das Erleben von Abhängigkeit eine bedeutende Rolle für den Patienten. Es wird davon ausgegangen,
- dass der HD-Patient ein stärkeres Abhängigkeitsgefühl erlebt als der PD-Patient,
- dass das Ausmaß des Erlebens von Abhängigkeit korreliert mit dem Ausmaß von Angst und Aggression,
- dass biographische Sedimente (Vater/Mutter) stärker durch das HD-Verfahren aktiviert werden als durch das PD-Verfahren.

2. Dialysepatienten werden durch ihre Krankheit, durch die medizinische Behandlung und die daraus resultierenden psychosozialen Auswirkungen in ihrer Lebenssicherheit verunsichert. Diese veränderte Situation hat Auswirkungen auf das Selbstkonzept, d.h. auf das Selbsterleben und auf das damit verbundene Selbstwertgefühl. Die Selbst-Ideal Distanz zeigt durch den Abstand zwischen den Selbst-Elementen *Ich mit der Krankheit* und *Ich vor der Krankheit* den Grad der Zufriedenheit. Eine hohe Selbst-Ideal-Distanz kann als ein Hinweis auf ein niedriges Selbstwertgefühl und eine niedrigen Selbst-IdealDistanz als Hinweis auf ein hohes Selbstwertgefühl gewertet werden.
  - Bei HD-Patienten wird ein geringeres Selbstbild erwartet als bei PD-Patienten.
  - HDPD-HD Patienten bewerten sich als selbstverantwortlicher als HD-Patienten.
3. Das Fachpersonal hat für die Krankheitsbewältigung des Patienten eine wichtige Bedeutung.
  - Die Beziehung zum Fachpersonal wird von den HD-Patienten negativer beurteilt wird als von den PD oder HDPD-HD Patienten.

## 19.4 Beschreibung der Patientengruppen

Gesamtstichprobe	P	MHH	W	Hi	HM	O	HM	K	
<b>Dialyseform</b>	HD	PD (HDPD)	HD	PD (HDPD)	PD (HDPD)	HD	HD	HD	Insg.
<b>Geschlecht</b>									
M	8	9	5	5	7	5	6	6	43
W	9	5	4	5	7	6	4	4	44
<b>Altersgruppen</b>									
20-40	3	1	1	2	2	0		2	11
41-60	7	7	4	4	9	5	10	8	52
61-81	7	6	4	4	3	6			30
<b>Familienstand</b>									
ledig	1	2	1	1	2	2	5		6
verheiratet	7	9	4	5	7	5		8	51
getrennt	2	2	2	1	2	3		1	13
geschieden	4	1	1	1	1	0	2		10
verwitwet	3	0	1	2	2	1	2	1	7
<b>Kinder</b>									
Ja	10	10	6	7	9	8	9	7	65
Nein	7	3	3	3	5	3	1	3	27
<b>Dialysejahre</b>	98 4-17J.	49 2 M.-9J.	40 3 -10J.	41 3 - 11J.	51 2 - 9 J.	52 2 M.-10 J.	48 3 – 11 J.	40 2-12 J.	419
<b>Zusatzerkrankungen</b>	8	5	4	3	5	5	6	4	40
<b>Beratung/Aufklärung zu Dialysebeginn:</b>									
a: sehr gut	7	7	3	6	8	6	7	8	50
b: ausreichend	5	3	3	3	2	3	2	2	25
c: schlecht	3	2	2	1	4	2	1	0	12
<b>Wurden Sie beraten (letzten 2 Jahre)?</b>									
Ernährung	10	9	7	8	14	9	10	10	79
Psychologisch	8	4	2	3	4	1	7	8	37
Sozialrechtlich	7	7	2	6	6	3	5	6	42

Tabelle 4: Soziodemographische Daten. Erläuterung: (M.=Monate, J.=Jahre)

An der Untersuchung nahmen insgesamt 87 Dialysepatienten teil, davon 43 Männer und 44 Frauen. Es gab drei Patientengruppen, die sich unterteilten in 33 Hämodialysepatienten (HD), 34 Peritonealdialysepatienten (PD) und 20 Patienten die in Folge mit beiden Verfahren dialysiert wurden. Die dritte Gruppe wurde bezüglich der zurückliegenden HD- oder PD-Behandlung retrospektiv befragt und bezogen auf die aktuelle Dialysesituation (HDPD-HD und HDPD-PD). Es wurden die Daten jedes einzelnen Patienten sowie die der jeweiligen Gruppen ausgewertet. Insgesamt wurden 7 Dialysen kontaktiert. Davon waren 6 Praxisdialysen und eine Klinikdialyse.

Zum Erhebungszeitpunkt lag das Alter der Patienten zwischen 23 und 81 Jahren. Die durchschnittliche Dialysezeit betrug 4,8 Jahre (2 Monate – 17 Jahre). Die Kontaktaufnahme zum Patienten erfolgte über den Arzt oder im direkten Kontakt zum Patienten. Bei der Auswahl der Patienten war das Therapieverfahren vorrangiges Kriterium.

Für jeden Patienten wurde für die Grid-Erhebung ein Zeitbedarf von 1 – 2 ½ Std. eingeplant. Der Patient bekam die Grid-Matrix (Abb.1) zur Bearbeitung entweder mit nach Hause, oder er konnte sie vor, während oder nach der Dialysebehandlung ausfüllen. Mit jedem Patienten wurde ein persönliches Gespräch geführt, das zwischen 0,5 Std. und 2 Std. dauerte. Ich gehe davon aus, dass das Ausfüllen der Grid-Matrix auch von spezifischen Umgebungsvariablen (Partner, Zeitpunkt...) abhängig ist. Diese Variablen wurden im Gespräch berücksichtigt, in der Auswertung nicht.

## Grid-Matrix (Bearbeitungsort)

Dialyse	Zu Hause	Vor der Dialyse	Während der Dialyse	Nach der Dialyse	Zur Untersuchung
HD	5	12	14	2	
PD	6				28
HDPD-HD	2	3	7		
HDPD-PD					10

**Tabelle 5: Bearbeitungsort der Grid-Matrix**

### 19.5 Repertory-Grid-Auswertung

#### 19.5.1 Scree-Plot

Das Scree-Plot gibt an, welcher Prozentsatz der Gesamtvarianz durch die einzelnen Komponenten aufgeklärt wird. Der Prozentanteil der Varianzaufklärung der ersten Komponente und der folgenden geben Aufschluss über den Differenzierungsgrad des jeweiligen Erlebensbereiches. 80,95% der Gesamtvarianz sind durch 3 Komponenten in dieser Untersuchung aufgeklärt. Dieses Bild zeigt damit für die Gruppe der Hämodialysepatienten (HD-alle) ein differenziertes Konstruktsystem bezogen auf die Elemente. Dieses Maß wird in dieser Studie für die kognitive Komplexität herangezogen. Für die Interpretation ist hier interessant, dass wenige Komponenten darauf hinweisen, dass diese Patientengruppe mit wenigen Urteilsdimensionen auskommt, um seine subjektive Welt zu ordnen. Die erste Komponente ist mit 32,95% bedeutsam und zeigt, dass diese Patientengruppe verschiedene Konstrukte auch unterschiedlich ausdrückt. Eine hohe Varianzaufklärung durch die erste Komponente würde eine niedrige Differenzierung des Konstruktsystems implizieren. Auch geringe Komponenten können nach Fromm et al. (2010, S.120) eine sehr spezifische Bedeutung haben oder für eine Restvarianz stehen, die nicht interpretierbar ist.

Einstellungen					PC 1 - PC 2 (Varimax)	PC 1 - PC 3 (Varimax)	PC 2 - PC 3 (Varimax)	Eigenwerte/Scree-Plot (Unrotiert)	Faktorenladungen (Varimax)
PC	Eigenwert	% Varianz	Kumulativ %	Scree					
1	7.58	32.95	32.95	[Bar chart showing a sharp drop from PC 1 to PC 2]					
2	6.92	30.10	63.05	[Bar chart showing a sharp drop from PC 2 to PC 3]					
3	4.12	17.91	80.95	[Bar chart showing a sharp drop from PC 3 to PC 4]					
4	1.02	4.42	85.37	[Bar chart showing a sharp drop from PC 4 to PC 5]					
5	0.71	3.10	88.47	[Bar chart showing a sharp drop from PC 5 to PC 6]					
6	0.55	2.39	90.86	[Bar chart showing a sharp drop from PC 6 to PC 7]					
7	0.52	2.24	93.10	[Bar chart showing a sharp drop from PC 7 to PC 8]					
8	0.43	1.87	94.98	[Bar chart showing a sharp drop from PC 8 to PC 9]					
9	0.36	1.56	96.53	[Bar chart showing a sharp drop from PC 9 to PC 10]					
10	0.28	1.20	97.74	[Bar chart showing a sharp drop from PC 10 to PC 11]					
11	0.18	0.79	98.53	[Bar chart showing a sharp drop from PC 11 to PC 12]					
12	0.16	0.71	99.24	[Bar chart showing a sharp drop from PC 12 to PC 13]					
13	0.11	0.50	99.74	[Bar chart showing a sharp drop from PC 13 to PC 14]					
14	0.05	0.20	99.94	[Bar chart showing a sharp drop from PC 14 to PC 15]					
15	0.01	0.06	100.00	[Bar chart showing a sharp drop from PC 15 to PC 16]					

**Abbildung 3: Scree-Plot (HD-alle). Die Scree-Plots der weiteren Untersuchungsgruppen sind im Anhang Abb. 8/ 9/10 zu sichten.**

Varianzaufklärung	HD	PD	HDPD-HD	HDPD-PD
1.	32.95	39.45	50.67	33.53
2.	30.10	28.01	23.58	33.52
3.	19.91	11.53	6.73	7.61
Kumulativ	80.95	78.98	80.99	74.67

**Tabelle 6 : Die Scree-Plots**

Der größte Teil der Varianz wird durch zwei Hauptachsen geklärt. Nach Kelly strukturieren die Hauptachsen den „psychologischen Raum“, in dem die Person, hier der Patient, subjektiv lebt (Fromm 1995). Es ist eine ungleichmäßige Besetzung der Quadranten zu erwarten.

Aus Gründen der Praktikabilität erfolgt bei vorliegender beispielhafter Auswertung eines Grids eine Darstellung im zweidimensionalen Raum, der sich aufspannt mittels der horizontalen ersten Hauptkomponente und der orthogonal dazu verlaufenden, vertikalen zweiten Hauptkomponente.

Die Positionierung der Elemente und Konstrukte erfolgt gemäß ihrer Ladung auf den einzelnen Hauptkomponenten.

### 19.5.2 Die Bedeutung von Elementen und Konstrukten

Die Bedeutung eines Elements wird nach Raithel (1993) üblicherweise durch die [...], „Salienz“[...] bestimmt. Salienz bedeutet Intensität, Eindeutigkeit, Wichtigkeit. Je größer die Salienz (Streuung der Skalenwerte um die neutrale Null) bei den Konstrukten, desto eindeutiger bewertet der Patient das Konstrukt im Hinblick auf die Unterschiede zwischen den Elementen. Ebenso verhält es sich mit den Salienzen von Elementen im Hinblick auf die Konstruktzahl. Die Elementdistanz gibt die Ähnlichkeit zwischen zwei Elementen wieder. Je geringer die Distanz ist, desto ähnlicher sind die Elemente. Die am häufigsten verwendete Berechnung geht auf Slater (1977) zurück, wonach die durchschnittliche Distanz 1.0 beträgt. Distanzen größer als 1.0 zeigen eine überdurchschnittliche Unähnlichkeit, kleinere Distanzen zeigen eine große Ähnlichkeit (Raithel 1993, Scheer, Catina 1993, S.41).

Aus der Distanz zwischen den Elementen lassen sich Konstellationen von Beziehungen ableiten. Besonders bedeutsam für das Verständnis des Selbstbildes einer Person sind die Entfernung von Ich/ Selbst und Ich-Ideal. Je näher Ich und Ich-Ideal beieinander liegen, desto mehr entspricht die Person dem eigenen Ideal. Sind Ich/ Selbst und Ich-Ideal dagegen weiter voneinander entfernt, so entspricht das wenig den eigenen Wünschen und Vorstellungen mit Auswirkungen auf das Selbstwahrnehmen (Bartholomew 1993).

### 19.5.3 Faktorenanalyse

Das Ergebnis der Faktorenanalyse sind wechselseitig unabhängige Faktoren, welche die Zusammenhänge zwischen den in ihnen gebündelten Elementen oder Konstrukten erklären.

Die folgenden Tabellen (Abb.4, 5) der Faktorenladungen war hilfreich, um die große Anzahl der Elemente und Konstrukte (Strukturkoeffizienten) inhaltlich zu charakterisieren. Dabei ging es mir hauptsächlich um die Sichtung der jeweiligen Kategorien. Hohe Ladungen bedeuten nach Fromm, Paschelke (2010) Werte  $>0,75$  unabhängig von ihren Vorzeichen. Die Vorzeichen sind insofern wichtig, um festzustellen, ob die Konstrukte/Elemente durch den linken (positive

Vorzeichen) oder den rechten (negative Vorzeichen) des Konstrukts gekennzeichnet sind. Wobei der erste Faktor die maximale Varianz aufklärt, der zweite Faktor die nächstgrößte Varianz und die folgenden die nächst höheren Varianzen. Die Ladungen der einzelnen Elemente/ Konstrukte auf den Faktoren können die Komponenten auch inhaltlich mitbestimmen und bilden übergeordnete Dimensionen ab, mit denen der Patient seine Wahrnehmung bezüglich seiner genannten Erlebensbereiche beschreibt und strukturiert.

In der folgenden Faktorenanalyse der Elemente und Konstrukte aller Patientengruppen sind Ladungen schwarz fett markiert, die als hoch in der Ladung gesehen werden. Sie drücken hohe Korrelationen aus, die in der Grafik weiter entfernt vom Schnittpunkt der Achse zu finden sind. Rote Einträge stellen Unähnlichkeit dar, niedrige Korrelationen, nahe dem Schnittpunkt der Achse.

Abbildung 11: Ergebnisse der Faktorenanalyse (Grid) Elemente aus allen 4 Gruppen zusammengestellt

19.5.3.1 Untersuchungsergebnisse Faktorenanalyse Elemente/ Konstrukte

Gruppen	HD-alle			PD-alle			HDPD-HD			HDPD-PD		
	F.1	F.2	F.3	F.1	F.2	F.3	F.1	F.2	F.3	F.1	F.2	F.3
Ich vor der Krankheit	-0.65	0.32	- 0.12	<b>0.18</b>	<b>0.13</b>	0.20	<b>-0.90</b>	<b>0.78</b>	<b>-0.02</b>	-0.43	-0.27	0.60
Ich mit der Krankheit	<b>0.76</b>	0.12	0.26	0.55	<b>-0.89</b>	0.15	<b>0.96</b>	<b>-0.76</b>	<b>1.52</b>	0.38	<b>-1.36</b>	0.57
Ich wie ich sein will	<b>-2.03</b>	<b>0.74</b>	- 0.18	<b>-1.54</b>	<b>1.63</b>	0.61	<b>-2.02</b>	0.63	<b>0.76</b>	<b>-0.88</b>	<b>1.52</b>	0.55
Ich an der Dialyse	<b>1.05</b>	<b>- 0.01</b>	0.17	<b>0.36</b>	<b>-1.21</b>	-0.15	<b>1.04</b>	0.34	1.01	<b>0.14</b>	-0.86	0.68
Ich zu Hause	<b>-0.78</b>	0.07	- 0.53	<b>0.07</b>	0.38	0.57	<b>-0.71</b>	0.03	0.53	<b>-0.36</b>	-0.41	<b>1.93</b>
Ich, wenn ich mich gut verstanden fühle	-0.51	0.98	- 0.63	-0.74	0.25	0.94	-1.10	0.21	0.72	-1.36	0.91	-0.34
Ich, mit vielen Konflikten mit....	-1.07	<b>-3.34</b>	-0.60	<b>3.06</b>	1.40	<b>-0.01</b>	<b>-0.53</b>	<b>-3.52</b>	-0.00	<b>3.03</b>	0.86	0.53
Ich im Kontakt zum Fachpersonal	<b>0.26</b>	<b>- 0.05</b>	<b>-0.14</b>	<b>0.02</b>	-0.94	<b>-2.59</b>	<b>-0.02</b>	0.32	-0.74	<b>0.27</b>	0.22	<b>-1.89</b>
Ich im Kontakt zum Arzt	<b>0.05</b>	0.36	<b>1.50</b>	<b>-0.75</b>	<b>-1.24</b>	<b>-0.99</b>	<b>0.65</b>	0.43	0.55	<b>-1.06</b>	<b>-0.91</b>	0.44
Partner	<b>-0.41</b>	<b>0.87</b>	-0.52	<b>-0.11</b>	-0.23	0.27	<b>-0.38</b>	0.18	<b>-0.74</b>	<b>0.00</b>	<b>-0.12</b>	<b>-0.73</b>
Mutter	-0.53	<b>0.99</b>	-0.23	0.18	<b>0.13</b>	0.20	<b>-0.85</b>	0.31	<b>-1.07</b>	<b>0.12</b>	0.14	<b>-1.49</b>
Vater	<b>0.04</b>	- 0.22	<b>-0.86</b>	0.18	<b>0.13</b>	0.20	<b>-0.36</b>	<b>0.16</b>	<b>-1.25</b>	-0.21	<b>-1.66</b>	<b>-1.54</b>
Essen	<b>-0.30</b>	-0.45	<b>3.05</b>	<b>0.13</b>	-0.14	0.06	<b>1.06</b>	-0.22	<b>-2.01</b>	-0.31	-0.38	0.45
Trinken	<b>1.87</b>	- 0.30	<b>0.01</b>	<b>0.11</b>	-0.31	0.36	<b>1.28</b>	0.30	<b>-0.87</b>	0.40	<b>-0.01</b>	0.51
Zeit	<b>1.41</b>	<b>- 0.09</b>	<b>-1.09</b>	-0.57	-1.13	<b>1.72</b>	0.61	0.43	<b>0.97</b>	<b>0.91</b>	0.22	-0.22
Punktion	0.83	<b>0.01</b>	<b>-0.09</b>	-0.14	<b>2.01</b>	-1.55	1.25	0.36	0.63	-0.64	2.11	<b>-0.04</b>

Tabelle 7: Ergebnisse der Faktorenanalyse (Grid), Elemente aus allen 4 Gruppen

## Auswertung der Faktorenanalyse (Elemente)

1. Hohe und gegensätzliche Ladungen zeigt die Gruppe der **HD-Patienten** durch die Elemente *Trinken* (1.87), *Zeit* (1.41) und *Ich an der Dialyse* (1.05), sowie das Element *Ich wie ich sein will* (-2.03) auf dem 1. Faktor (F1). Auf dem zweiten Faktor (F2) ist das Element: *Ich mit vielen Konflikten mit...*(-3.34) im Gegensatz zum Element *Ich im Kontakt zur Mutter* (0.99) und zum Element *Ich im Kontakt zum Partner* (0.87) gegensätzlich hoch geladen. Als gemeinsam positiv geladen werden auf dem 3. Faktor das Element *Ich im Kontakt zum Arzt* (1.50) und das Element *Essen* (3.05) angezeigt.

**Zusammenfassung (HD-alle):** Auf dem 1. Faktor können die Elemente als Ausdruck des Selbsterlebens charakterisiert werden. Dabei werden durch die Elemente *Trinken*, *Zeit* und *Ich, an der Dialyse* als ähnlich dargestellt, die durch das negative Vorzeichen eher Einschränkungen ausdrücken, im Gegensatz (unähnlich) zum Element *Ich wie ich sein will*. Die Elemente auf dem 2. Faktor fassen das Selbsterleben mit Objekten (Beziehungserleben). Als ähnlich charakterisiert zeigen sich die Elemente *Ich im Kontakt zur Mutter* und *Ich im Kontakt zum Partner* und als unähnlich das Element *Ich mit vielen Konflikten mit...*

2. Die Gruppe der **PD-Patienten** zeigt hohe Ladungen der Elemente *Ich mit vielen Konflikten mit...* (3.06) und dem unähnlich bewerteten Element *Ich wie ich sein will* (-1.54) auf dem 1. Faktor. Auf dem 2. Faktor sind die Element *Punktion* (2.01) und *Ich wie ich sein will* (1.63) als ähnlich charakterisiert, im Gegensatz zu den Elementen *Ich im Kontakt zum Arzt* (-1.24) und *Ich an der Dialyse* (-1.21), die mit einem negativen Vorzeichen als ähnlich charakterisiert werden. Auf dem 3. Faktor ist das Element *Ich im Kontakt zum Fachpersonal* (-2.59) mit negativen Vorzeichen hoch geladen.

**Zusammenfassung (PD-alle):** Die Elemente *Ich mit vielen Konflikten mit...* und *Ich wie ich sein will* auf dem 1. Faktor charakterisieren Selbsterleben (Selbst-Idealselbst). Auf dem zweiten Faktor charakterisieren die Elemente *Punktion* und *Ich wie ich sein will* die Autonomie der Patientengruppe durch Selbstpunktion im

Gegensatz zu den Elementen *Ich im Kontakt zum Arzt* und *Ich an der Dialyse*, die eher als ähnlich charakterisiert die Konfrontation mit der Krankheit symbolisieren.

3. Die dritte Gruppe der **HDPD-HD** Patienten zeigt ähnliche Ladungen der Elemente *Ich wie ich sein will* (-2.02) auf dem 1. Faktor und der Elemente *Trinken* (1.28), *Punktion* (1.25) und *Essen* (1.06).

**Zusammenfassung (HDPD-HD-alle):** Diese Patientengruppe charakterisiert gewünschtes Selbsterleben durch das Element *Ich wie ich sein will* (Idealselbst) und eingeschränktes körperliches Selbsterleben (Bedürfnisbefriedigung) durch die als ähnlich charakterisierten Elemente *Trinken*, *Punktion* und *Essen*.

4. Die vierte Gruppe der **HDPD-PD** Patienten zeigt auf dem 1. Faktor ähnlich wie die PD-Patientengruppe eine hohe Ladung der Elemente *Ich mit vielen Konflikten mit* (3.03) und *Ich im Kontakt zum Arzt* (-1.06). Auf dem 2. Faktor korreliert das Element *Ich wie ich sein will* (1.52) mit den Elementen *Ich im Kontakt zum Vater* (-1.66) und *Ich mit der Krankheit* (-1.36). Auf dem 3. Faktor zeigen hohe Ladungen das Fachpersonal (-1.89), *Ich im Kontakt zum Vater* (-1.54), *Ich im Kontakt zur Mutter* (-1.49), sowie das Element: *Ich zu Hause* (1.93).

**Zusammenfassung (HDPD-PD):** Diese Daten zeigen auf dem 1. Faktor als ähnlich charakterisiert Elemente, die das Selbsterleben in Beziehungen ausdrücken. Auf dem 2. Faktor wird das Element *Ich wie ich sein will* (Idealselbst) unähnlich zu den Elementen *Ich im Kontakt zum Vater* und *Ich mit der Krankheit* charakterisiert. Auf dem 3. Faktor werden die Beziehungselemente *Ich im Kontakt zum Fachpersonal*, *Ich im Kontakt zum Vater* und *Ich im Kontakt zur Mutter* als unähnlich zum Element *Ich zu Hause* genannt. Dies könnte Selbsterleben wie Versorgung/Abhängigkeit versus Selbstwirksamkeit/Autonomie beschreiben.

Mit Ausnahme der 4. Gruppe zeigen alle Patientengruppen eine hohe Ladung (Bedeutsamkeit) auf dem Idealselbst: *Ich wie ich sein möchte*, mit großer

Unähnlichkeit zu den Selbstelementen *Ich*... Diese Elemente entsprechen nach Bartholomew (1993) wenig den eigenen Wünschen und Vorstellungen mit Auswirkungen auf das Selbstwelterleben.

## Untersuchungsergebnisse Faktorenanalyse Konstrukte

<b>Gruppen</b>	<b>HD-alle</b>			<b>HDPD-HD-alle</b>			<b>PD-alle</b>			<b>HDPD-PD-alle</b>		
	<b>F.1</b>	<b>F.2</b>	<b>F.3</b>	<b>F.1</b>	<b>F.2</b>	<b>F.3</b>	<b>F.1</b>	<b>F.2</b>	<b>F.3</b>	<b>F.1</b>	<b>F.2</b>	<b>F.3</b>
<i>Unabhängig - abhängig</i>	<b>-0.84</b>	0.22	-0.26	<b>-0.96</b>	<b>0.07</b>	0.13	-0.22	0.90	<b>0.02</b>	-0.34	<b>0.89</b>	<b>0.05</b>
<i>Zufrieden - unzufrieden</i>	-0.53	0.62	-0.35	<b>-0.81</b>	0.38	0.10	-0.74	0.27	-0.45	-0.64	0.71	0.07
<i>Verantwortungsbewusst - verantwortungslos</i>	-0.55	0.24	-0.64	<b>-0.10</b>	-0.14	<b>0.89</b>	-0.50	0.64	0.08	<b>-0.03</b>	0.21	<b>0.84</b>
<i>Angstfrei - Angst</i>	-0.64	0.25	-0.52	-0.85	<b>0.02</b>	0.18	-0.46	<b>0.74</b>	-0.12	-0.30	0.77	-0.11
<i>Entspannt - aggressiv</i>	-0.66	0.49	-0.40	-0.83	0.43	0.12	<b>-0.81</b>	0.40	-0.14	-0.68	0.62	-0.17
<i>Durchsetzungsfähig - unterordnen</i>	<b>-0.86</b>	0.13	<b>-0.17</b>	<b>-0.92</b>	0.14	0.06	<b>-0.02</b>	<b>0.80</b>	0.06	-0.05	<b>0.82</b>	0.11
<i>Selbstbewusst - unsicher</i>	<b>-0.47</b>	0.44	-0.67	-0.78	0.34	0.20	-0.52	0.71	-0.18	-0.48	0.75	0.03
<i>Selbstwertgefühl - Kein Selbstwertgefühl</i>	-0.55	0.64	-0.23	-0.83	0.40	<b>-0.01</b>	-0.46	0.74	-0.12	-0.48	0.75	0.03
<i>Eigene Meinung angepasst</i>	-0.69	<b>0.12</b>	-0.53	<b>-0.94</b>	-0.13	0.11	-0.30	0.54	-0.41	-0.22	0.65	0.53
<i>Offen - ablehnend</i>	-0.66	0.63	<b>-0.04</b>	-0.81	0.28	0.11	<b>-0.79</b>	<b>0.01</b>	-0.55	<b>-0.85</b>	0.34	<b>0.01</b>
<i>Frei sein - Beherrscht werden</i>	<b>-0.86</b>	0.39	-0.09	<b>-0.93</b>	0.15	0.11	-0.34	<b>0.77</b>	-0.32	-0.43	0.69	0.19
<i>Akzeptiert - abgelehnt</i>	<b>-0.24</b>	<b>0.92</b>	-0.09	-0.11	<b>0.89</b>	0.09	<b>-0.88</b>	0.15	-0.12	<b>-0.86</b>	0.22	0.10

<i>Vertrauen-Misstrauen</i>	-0.19	<b>0.92</b>	-0.08	<b>0.01</b>	<b>0.95</b>	-0.19	<b>-0.89</b>	<b>0.08</b>	0.03	-0.75	0.27	-0.23
<i>Einführend - unsensibel</i>	-0.71	<b>0.19</b>	<b>-0.03</b>	-0.51	0.54	0.49	<b>-0.86</b>	0.33	<b>0.00</b>	<b>-0.86</b>	0.34	<b>0.01</b>
<i>Leicht - schwermütig</i>	-0.67	0.40	-0.39	<b>-0.93</b>	<b>0.16</b>	-0.09	-0.68	0.36	-0.21	-0.73	0.59	-0.11
<i>Rücksichtsvoll rücksichtslos</i>	-0.35	<b>0.84</b>	-0.12	-0.20	<b>0.76</b>	-0.23	-0.51	0.44	-0.39	-0.65	0.25	-0.22
<i>Aufgeschlossen - Kein Interesse</i>	-0.39	0.75	-0.39	-0.50	<b>0.73</b>	-0.16	<b>-0.86</b>	0.13	-0.26	<b>-0.92</b>	0.06	0.15
<i>Sicher - unsicher</i>	-0.46	0.48	-0.66	<b>-0.88</b>	0.31	<b>-0.03</b>	-0.79	0.45	-0.10	-0.25	0.61	-0.59
<i>Interessiert gleichgültig</i>	-0.39	<b>0.75</b>	-0.39	-0.46	0.69	0.20	-0.66	-0.21	-0.68	<b>-0.81</b>	0.22	-0.03
<i>Ordentlich-chaotisch</i>	<b>0.05</b>	0.02	<b>-0.89</b>	-0.10	<b>0.73</b>	0.39	0.13	0.82	-0.35	0.09	0.42	-0.36
<i>Emotional - rational</i>	0.27	<b>0.74</b>	-0.48	-0.33	0.55	0.15	<b>-0.08</b>	0.33	<b>-0.88</b>	-0.12	0.77	0.14
<i>Lebensqualität - Keine Lebensqualität</i>	-0.61	0.37	-0.54	<b>-0.87</b>	0.34	0.11	-0.66	0.49	-0.32	-0.70	0.35	0.01

**Tabelle 8: Ergebnisse der Faktorenanalyse (Grid), Konstrukte aus allen 4 Gruppen**

### 19.5.3.2 Auswertung Faktorenanalyse (Konstrukte)

1. Die Gruppe der **HD-Patienten** charakterisiert auf dem 1. Faktor als ähnlich wahrgenommene Konstrukte mit negativen Vorzeichen *abhängig* (-0.84), *unterordnen* (-0.86) und *beherrscht* werden (-0.86).

Auf dem 2. Faktor werden die Konstrukte *akzeptiert*, *Vertrauen* (0.92) und *rücksichtsvoll* (0.84) als ähnlich charakterisiert, wie auch die Konstrukte *interessiert* (0.75) und *emotional* (0.74).

Auf dem 3. Faktor steht das Konstrukt *chaotisch* einzeln da.

#### Zusammenfassung

Die Konstrukte auf dem 1. Faktor charakterisieren den Autonomieverlust/ die Passivität im Gegensatz zu den Konstrukten auf dem 2. Faktor, die eher den Wunsch und die Sehnsucht eines positiven Selbsterlebens abbilden.

2. Die Gruppe der **PD-Patienten** charakterisiert auf den 1. Faktor als ähnlich bewertete Konstrukte *abgelehnt* (-0.88) *Misstrauen* (-0.89), *unsensibel* (-0.86) *kein Interesse* (-0.86), *aggressiv* (0.81) und *ablehnend* (-0.79).

Auf dem 2. Faktor werden die Konstrukte *angstfrei*, *durchsetzungsfähig* und *frei fühlen* als ähnlich charakterisiert.

Auf dem 3. Faktor wird das Konstrukt *rational* mit einem hohen Wert abgebildet.

#### Zusammenfassung

Die Konstrukte auf dem 1. Faktor charakterisieren eine aktive, eher progressive Auseinandersetzung mit der Situation. Die Konstrukte auf dem 2. Faktor verbinden aktives Handeln mit einem positiven Selbstwertgefühl, was mit positiven Gefühlen wie *Angstfreiheit* verknüpft wird.

3. Die dritte Gruppe der **HDPD-HD Patienten** charakterisiert auf dem 1. Faktor als ähnlich wahrgenommene Konstrukte mit negativen Vorzeichen

*abhängig*(-0.96), *unzufrieden* (-0.81), *unterordnen* (-0.92), *angepasst sein* (-0.94), *beherrscht werden* (-0.93) und *keine Lebensqualität* (-0.87).

Auf dem 2. Faktor werden die Konstrukte *akzeptiert* (0.89), *Vertrauen* (0.95) als ähnlich charakterisiert, wie auch die Konstrukte *rücksichtsvoll* (0.76), *aufgeschlossen* (0.73) und *ordentlich* (0.73).

Auf dem 3. Faktor steht das Konstrukt *verantwortungsbewusst* (0.89) einzeln da.

### **Zusammenfassung**

Die Konstrukte auf dem 1. Faktor charakterisieren eine passive Anpassung ohne Lebensqualität. Die Konstrukte auf dem 2. Faktor charakterisieren einen Beziehungswunsch verbunden mit einem positiven Selbsterleben.

4. Die Gruppe der **HDPD-PD Patienten** charakterisiert auf dem 1. Faktor als ähnlich bewertete Konstrukte *kein Interesse* (-0.92), *abgelehnt* (-0.86), *ablehnend* (-0.85), *unsensibel* (-0.86) und *gleichgültig* (-0.81)

Auf dem 2. Faktor werden die Konstrukte *unabhängig* (0.89) und *durchsetzungsfähig* (0.82) als ähnlich charakterisiert.

Auf dem 3. Faktor wird das Konstrukt *verantwortungsbewusst* (0.84) mit einem hohen Wert abgebildet.

### **Zusammenfassung**

Die Konstrukte auf dem 1. Faktor charakterisieren eine aktive, eher ablehnende und ignorante Haltung gegenüber Objekten, von denen die Patienten sich abgelehnt fühlen. Die Konstrukte auf dem 2. Faktor verbinden aktives Handeln mit positiven Gefühlen wie Angstfreiheit.

Die Anzahl der extrem bewerteten Elemente und Konstrukte, die für die jeweilige Gruppe als bedeutsam charakterisiert werden, sind im Anhang (Tabellen 13 – 16) zu sehen.

#### **19.5.4 Hauptkomponentenanalyse (PCA = Principal Components Analysis) - Biplot**

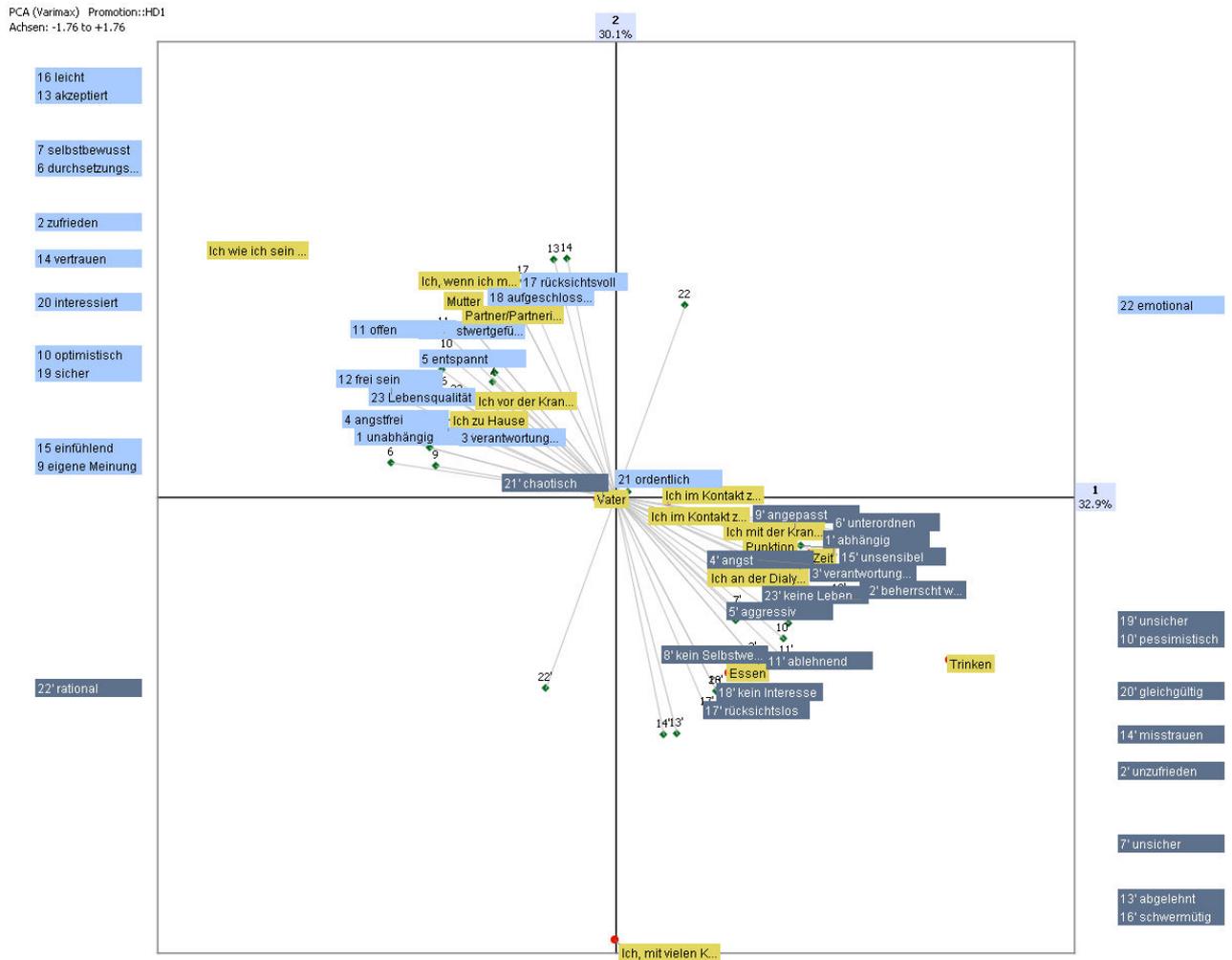
Die Hauptkomponentenanalyse (PCA) als eine Erweiterung der Faktorenanalyse ermöglicht eine bildliche Darstellung. Sie berechnet wie die Clusteranalyse einen wechselseitigen Zusammenhang und Ähnlichkeit/ Unähnlichkeit zwischen den Elementen (in der vorliegenden Untersuchung dialysespezifische Situationen) und den Konstrukten (Erlebenszuschreibungen). Sie wird mathematisch erstellt, die Ergebnisse sind auf einer übergeordneten Matrix als Datenpunkte in einem Achsensystem sichtbar und ablesbar. Scheer, Catina (1993, S.53) verstehen diese Hauptachsen – wie in der Faktorenanalyse üblich – als grundlegende Dimensionen des „kognitiven Ähnlichkeitsraumes“, was bedeutet, dass nur die Konstrukte mit der höchsten Ladung berücksichtigt werden. Absolutwerte unter 1 haben eine geringe Ladung, was sich dadurch ausdrückt, dass das Element nahe dem Nullpunkt einer Achse liegt.

Slater (1977) hat die PCA zum meist verwendeten Auswertungsverfahren gemacht. Als Ziel der PCA formuliert Raithel (1993, S.54) die Konstrukte auf möglichst wenig unabhängige Komponenten zu reduzieren und gleichzeitig eine maximale Varianzaufklärung zu erreichen.

Rein graphisch gibt es zwei Kriterien, nach denen man Elemente und Konstrukte in der PCA beurteilen kann: Der Winkel zweier Punkte mit dem Nullpunkt und die Entfernung vom Nullpunkt. Ähnliche Elemente bzw. Konstrukte bilden einen kleinen Winkel mit dem Nullpunkt und unähnliche einen Winkel von maximal 180 Grad. Dies bedeutet, dass ähnliche Elemente nah beieinander liegen und unähnliche weit voneinander entfernt. Dasselbe gilt für die Konstrukte und auch für die Verwandtschaft von Konstrukten mit Elementen. Zu den Elementen mit dem größten Abstand vom Nullpunkt gehört oft das Idealselbst (Catina, Scheer 1993).

## 19.5.4.1 Darstellung und Auswertung der Patientengruppe - HD-alle und PD-alle

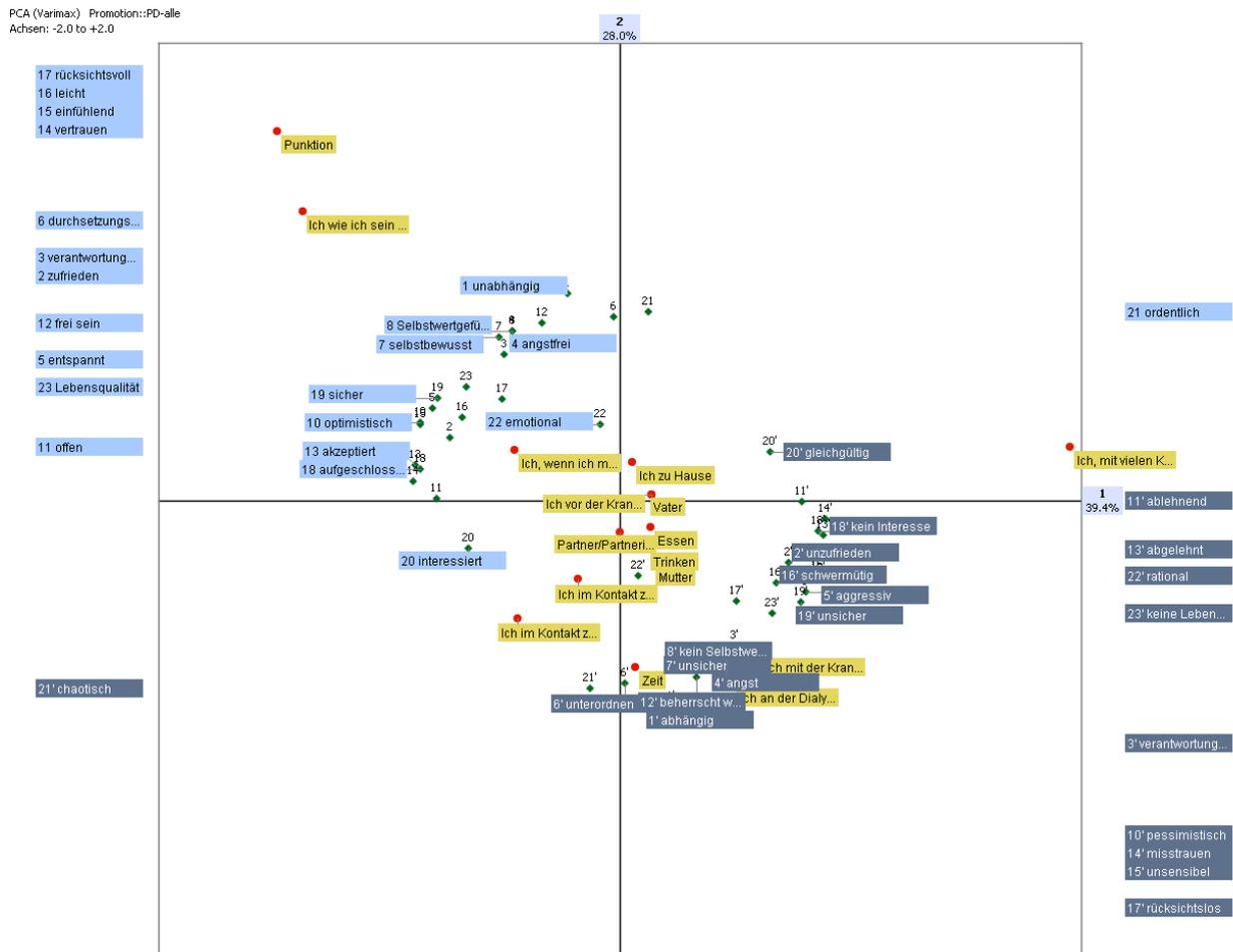
### Patientengruppe HD-alle



**Abbildung 4: HD-alle - Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse (PCA-Biplot).**

Zur besseren Lesbarkeit sind die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse (PCA-Biplot) aller vier Patientengruppen im Anhang vergrößert dargestellt.

## Patientengruppe PD-alle

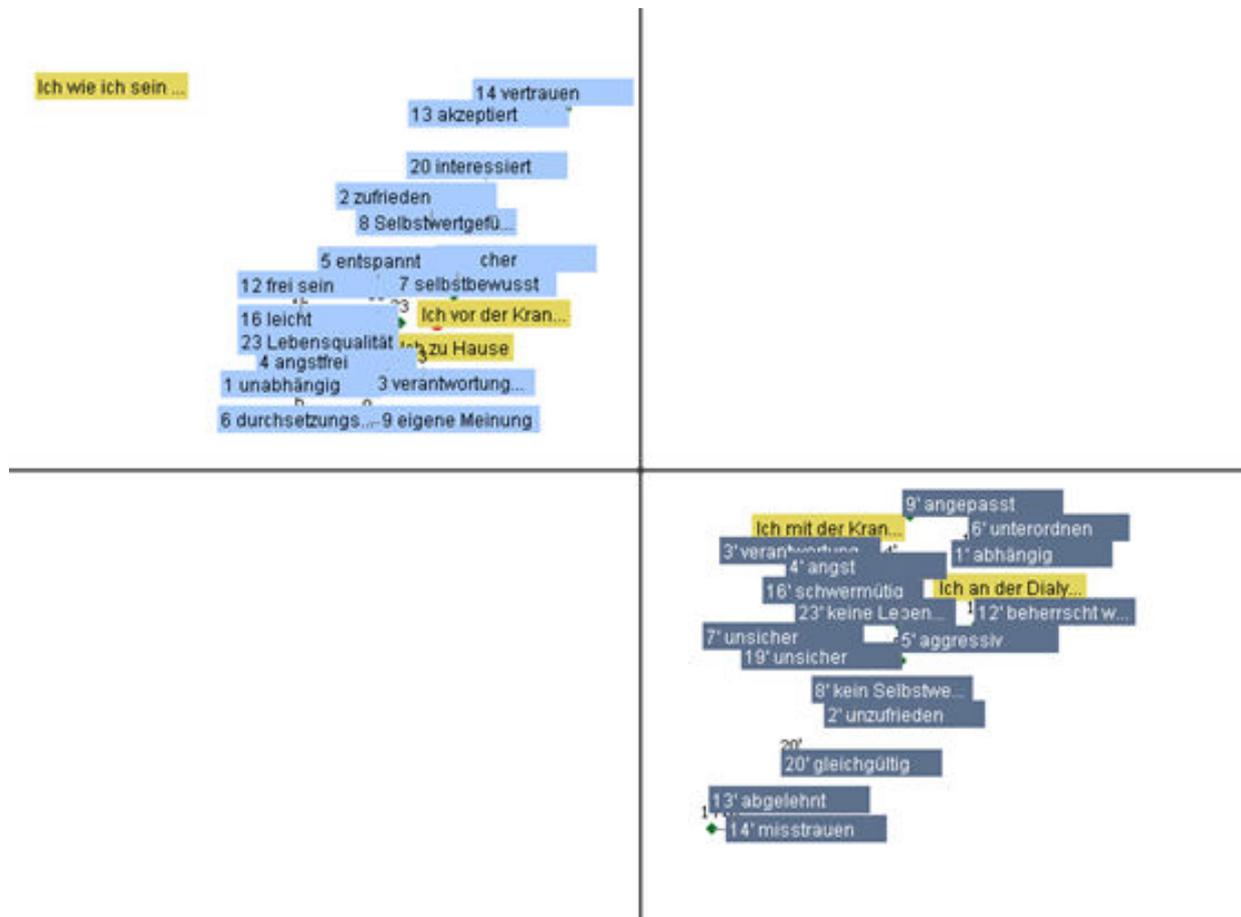


**Abbildung 5: PD-alle - Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse (PCA-Biplot).**

Ein erster Überblick zur Darstellung der PCA kann von der Belegung der Quadranten des Koordinatenkreuzes ausgehen. Sie kann darüber informieren, wie differenziert die Vorstellungswelt des Patienten ist. Sind alle Quadranten belegt, kann das darauf hindeuten, dass der Patient seine Wertigkeiten unabhängig voneinander konstruiert. Sind zwei Quadranten belegt, ist die Bezogenheit der Elemente/Konstrukte aufeinander groß, was bei der HD-Patientengruppe zu erkennen ist, im Gegensatz zu den PD-Gruppen, in deren graphischer Abbildung die Elemente und Konstrukte auf alle vier Quadranten verteilt sind.

Um die Kategorien (Selbst, Beziehungen und dialysespezifische Herausforderungen/ Einschränkungen) übersichtlicher erfassen zu können, wurden zusätzlich kategoriale PCA's erstellt.

## Patientengruppe: HD-alle – Selbstelemente



**Abb.4a: HD-alle - Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse (PCA-Biplot), Selbstelemente.**

Im zweiten Quadrant gegenüber dem Idealselbst: *Ich wie ich sein will* (-2.03) mit weitem Abstand zu den Elementen *Ich vor der Krankheit* (-0,65) und *Ich zu Hause* (-0.78), befinden sich die Selbstelemente *Ich mit der Krankheit* (0.76) und *Ich an der Dialyse* (1.05), charakterisiert durch Konstrukte, die vor allem eine narzisstische Wertigkeitsproblematik verdeutlichen, die verknüpft sind mit *Abhängigkeit* *Anpassung* durch *unterordnen*, *beherrscht werden* *Verantwortungslosigkeit* und *Angst*.

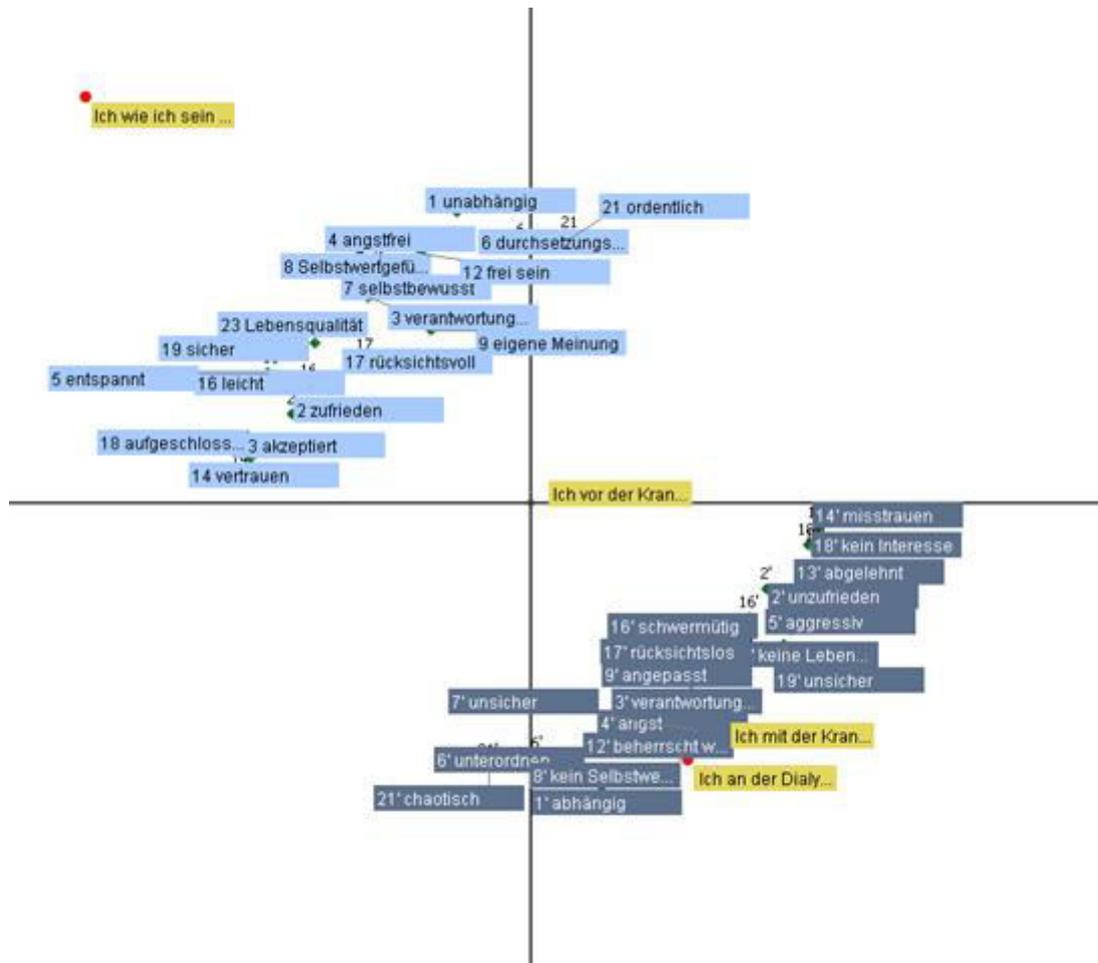
Im ersten Quadrant sind die Elemente *Ich vor der Krankheit* und *Ich zu Hause* charakterisiert durch Konstrukte, die Autonomie und Selbstwirksamkeit symbolisieren wie *Selbstbewusstsein*, *frei* und *leicht fühlen*, *verantwortungsvoll* mit

einem Gefühl von *Lebensqualität*. Das Element (Idealselbst) *Ich wie ich sein will* zeigt eine große Distanz zu den Selbst-Elementen im gleichen Quadranten. Auffällig ist auch, dass das Idealselbst nicht durch Konstrukte charakterisiert wird. Die Selbst- bzw. *Ich...* -Distanz zum Idealselbst zeigt das Maß an Zufriedenheit mit sich selbst an (Bartholomew 1993). Das Ich der Person entspricht wenig den eigenen Wünschen und Vorstellungen. Eine große Selbst-Ideal-Distanz bedeutet ein niedriges Selbstwertgefühl. Unterschiedliche Untersuchungen von Persönlichkeitsmerkmalen, Körpererleben und körperlichen Krankheiten im Zusammenhang mit Selbst-Ideal-Distanzen mit Auswirkungen auf das Selbstgefühl wurden in verschiedenen Untersuchungen erhoben (Joraschky et al. 2009; Decker 2004; Borkenhagen 2000; Böker et al 2000; Freshwater 2001; Ryle, Evans 1991). Aus psychoanalytischer Sicht könnte es sich bei der Verteilung der Selbst-(Ich-)Elemente auf zwei gegenüberliegende Quadranten mit entsprechender Charakterisierung der Elemente durch Konstrukte mit nur negativen Vorzeichen auf der einen Seite und Konstrukten mit nur positiven Bewertungen auf der anderen Seite um den Abwehrmechanismus Spaltung handeln [3]. Die Spaltung ist ein zentraler Abwehrmechanismus und verdeutlicht mit der Charakterisierung der Elemente durch die Konstrukte ein aktives Auseinanderhalten von jeweils konträren bewussten Ich-Anteilen. Dabei gelten die einzelnen Anteile als voll bewusstseinsfähig (Mentzos 2010). Durch die Spaltung in „gute und böse Anteile“ schützen sich die Patienten vor dem Erleben von Ambivalenz, Trauer, Schuldgefühlen und existenzieller Bedrohung. Durch das aktive Auseinanderhalten wird Vernichtungsangst abgewehrt. Wird die Spaltung als Abwehrmöglichkeit eingesetzt, dann wissen die Patienten um die Existenz der inneren Widersprüche, ohne allerdings darüber jedoch eine emotionale Betroffenheit zu empfinden, was sich in den fehlenden Konstrukten zur Charakterisierung des Idealselbst zeigen könnte. Reaktiviert wird dieser Mechanismus durch frühere Objektbeziehungen (siehe S.35ff) und Objektrepräsentanzen.

Eine negative und hohe Korrelation beschreibt eine Abspaltungstendenz. Operationalisiert wird dieser Vorgang indem die Unähnlichkeit zwischen den Selbstelementen *Ich mit der Krankheit* (0.76), *Ich an der Dialyse* (1.05) und dem Idealselbst *Ich wie ich sein will* (-2.03) über die Charakterisierung und über die

Konstruktpaare berechnet wird. Der entgegengesetzte Komponentenraum stellt dann den verleugneten oder abgespaltenen Aspekt da (Catina, Scheer 1993, S.94).

### Patientengruppe: PD-alle – Selbstelemente

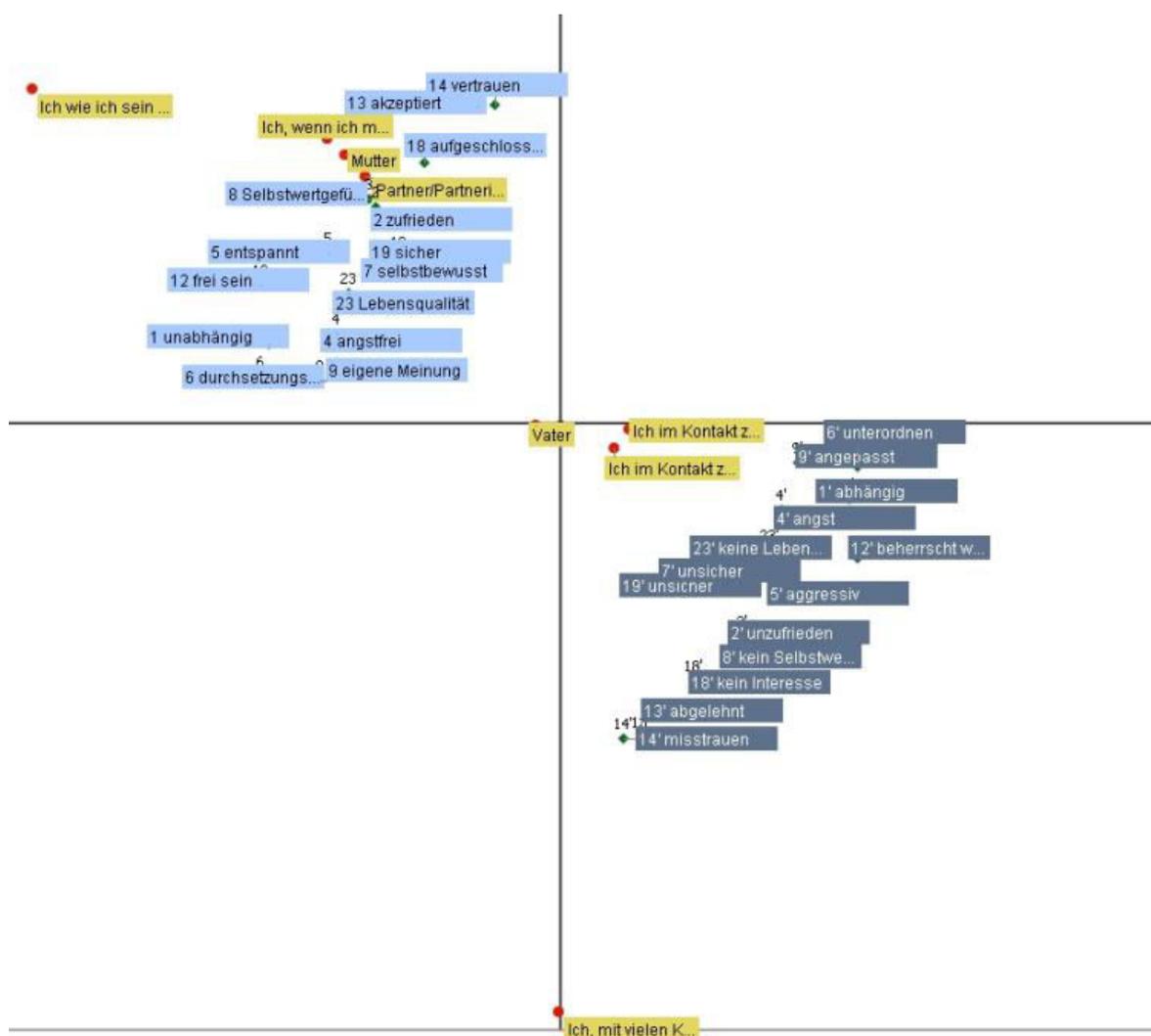


**Abb.5a: PD-alle: Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse (PCA-Biplot)-, Selbstelemente.**

Im zweiten Quadrant gegenüber dem Idealselbst *Ich wie ich sein will* (-1.54) mit Abstand zu den Konstrukten, befinden sich die Selbstelemente *Ich mit der Krankheit* (-0.89) und *Ich an der Dialyse* (0.36) charakterisiert durch Konstrukte, die vor allem, wie bei der HD-Gruppe auch, eine narzisstische Wertigkeitsproblematik verdeutlichen, ausgedrückt durch Konstrukte wie *Abhängigkeit, wenig Selbstbewusstsein, Angst und Unsicherheit*. Der Abstand des Elementes *Ich vor der Krankheit* (0.18) ist nahe dem Nullpunkt verortet und zeigt

damit ein geringes Ausmaß der Charakterisierung durch die Konstrukte. Die Bedeutsamkeit dieses Elements ist gering, damit ist vielleicht auch eine geringe Idealisierung des Zustandes vor der Krankheit verbunden. Realität und Phantasie gleichen sich eher an. Auch diese Patientengruppe charakterisiert das Idealselbst *Ich wie ich sein will*, nicht durch Konstrukte. Wenn das Selbst bzw. *Ich...* -Distanz zum Idealselbst als Maß der Zufriedenheit mit sich selbst anzeigt (Bartholomew 1993), dann entspricht das aktuelle Selbsterleben der PD-Patienten wenig den eigenen Wünschen und Vorstellungen. Eine Selbst-Ideal-Distanz weist, wie bei der HD-Gruppe auch, auf ein niedriges Selbstwertgefühl hin.

### Patientengruppe: HD-alle – Beziehungselemente



**Abb.4b: HD-alle - Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse (PCA-Biplot), Beziehungselemente.**

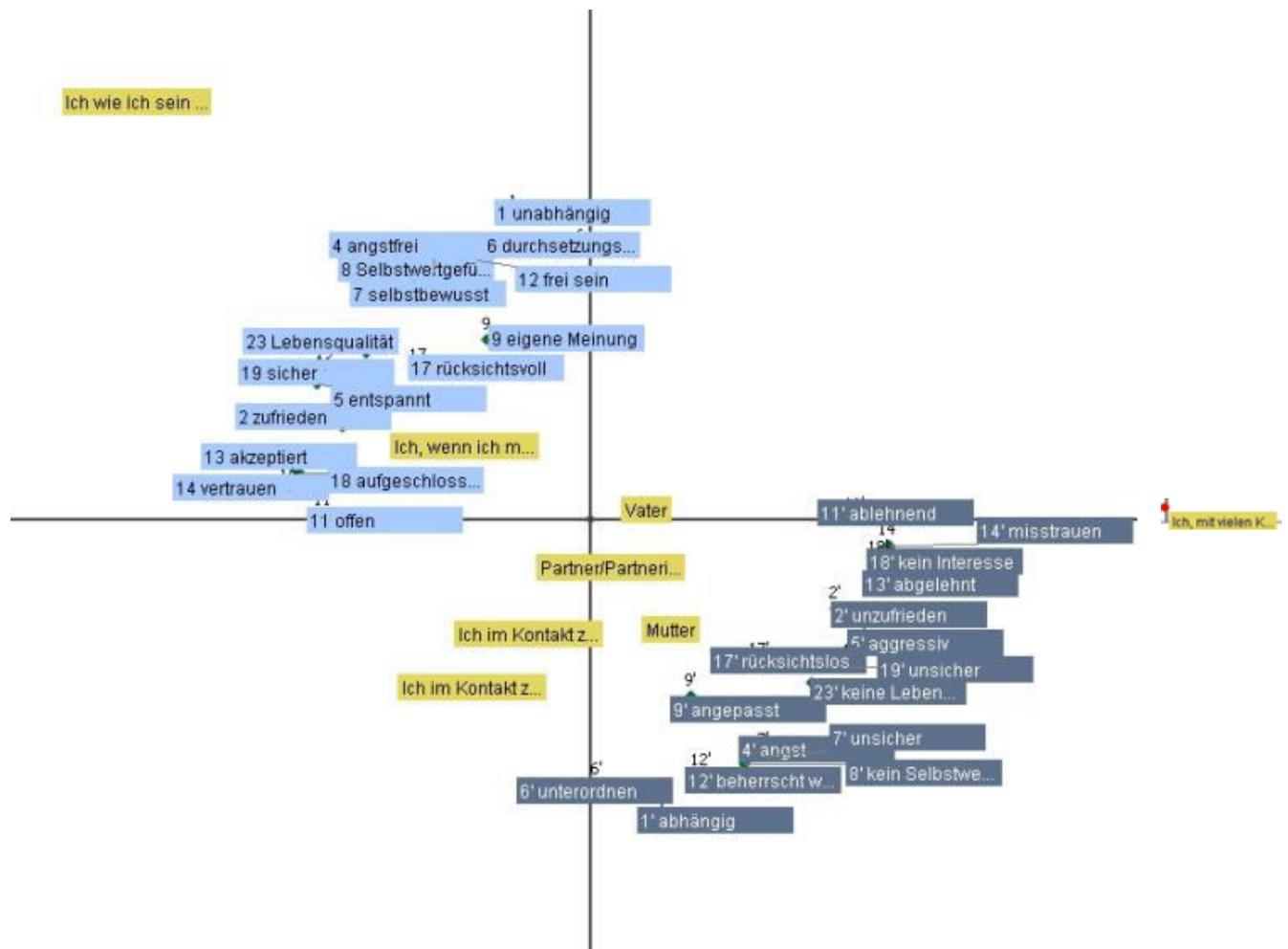
Im zweiten Quadranten gegenüber dem Selbst-Ideal Element *Ich wie ich sein will* (-2.03) und den Elementen *Ich wenn ich mich gut verstanden fühle...*(-0.98), *Ich im Kontakt zur Mutter* (0.99), *Ich im Kontakt zum Partner* (0.87) befinden sich die Elemente der Objekte *Ich im Kontakt zum Arzt* (0.05), *Ich im Kontakt zum Fachpersonal* (0.26) und *Ich im Kontakt zum Vater* (0.04). Charakterisiert werden die Elemente im rechten unteren Quadranten durch die Konstrukte: *Abhängigkeit, sich unterordnen, angepasst sein, abhängig und Angst*. Der Abstand des Elementes *Ich im Kontakt zum Vater* vom Nullpunkt sowie auch die *Beziehungen zum Arzt und Fachpersonal* in Abstand zum Nullpunkt zeigen ein geringes Ausmaß der Charakterisierung durch die Konstrukte. Die Bedeutsamkeit der Elemente/ Beziehungen ist gering.

Der Abstand wird abgebildet durch die Varianz, die auf dieses Element entfällt.

Das Ideal-Selbst korreliert mit den Elementen *Mutter, Jemand, von dem ich mich gut verstanden fühle* und *Partner/Familie*. Die Elemente werden charakterisiert durch die Konstrukte *Vertrauen, Akzeptanz und Rücksichtnahme*, was mit aktiven Ressourcen wie *Interesse, Offenheit und Aufgeschlossenheit* verbunden wird. Durch die Identifikation mit dem „*mütterlichen Objekt*“ scheinen die Patienten mit Bedürfnissen wie *Unabhängigkeit, Vertrauen und Akzeptanz* verbunden, was das Selbstwerterleben stärkt. Die Patienten charakterisieren sich durch Konstrukte wie *Unabhängig* und im Selbstwertgefühl gestärkt. Eigene Wünsche und Idealvorstellungen scheinen nicht integriert zu sein, sondern werden auf die anderen (Fachpersonal) projiziert.

Die größte Distanz zum Ideal-Selbst *Ich wie ich sein will* zeigt das Element *Ich, mit vielen Konflikten mit....*Da dieses Element nicht durch Konstrukte charakterisiert wird und das Selbstideal eher affektisoliert oder dissoziiert erscheint, könnte dies ein Hinweis auf eine unbewusste Tendenz zur Selbstkritik und Wendung der Aggression gegen die eigene Person ausdrücken.

## Patientengruppe: PD-alle - Beziehungselemente

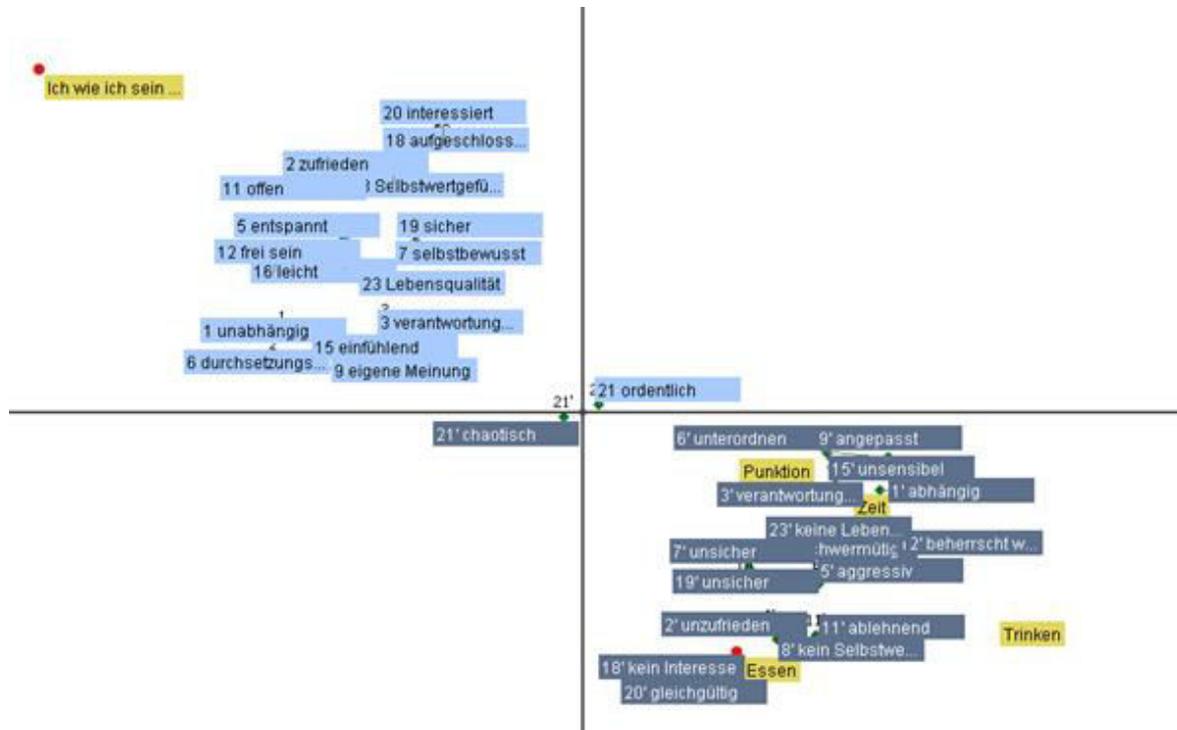


**Abb.5b: PD-alle - Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse (PCA-Biplot), Beziehungselemente.**

Die **PD-Patientengruppe** zeigt im linken oberen Quadrant das Ideal-Selbst *Ich wie ich sein will* (-1.54), mit dem größten Abstand zu dem Element *Ich, mit vielen Konflikten mit...*(3.06). Das konnte im Vergleich zu der HD-Gruppe auf ein besseres Selbstwerterleben hinweisen. Aus entwicklungspsychologischer Sicht (Mentzos 2010) könnte es sich um die wichtigste psychische Polarität zwischen Autonomie – Abhängigkeit als Gegensatzpaar handeln, um Selbstbezogenheit einerseits und Objektbezogenheit andererseits.

Das Element *Ich, wenn ich mich gut verstanden fühle* (-0.74) wird mit idealisierten Personen assoziiert, welches durch Konstrukte von *Aufgeschlossenheit*, *Entspannung* und *Zufriedenheit* charakterisiert wird. Die Elemente *Ich im Kontakt zum Arzt* (-1.24), *Ich im Kontakt zum Fachpersonal* (-0.94) zeigen sich in einem dritten Quadranten ohne Charakterisierung durch ein Konstrukt. Die Elemente *Ich im Kontakt zum Partner* (-0.11) und *Ich im Kontakt zum Vater* (0.18) liegen nahe dem Nullpunkt und werden auch nicht durch Konstrukte charakterisiert. Das Element *Ich im Kontakt zur Mutter* (0.18) wird durch das Konstrukt rücksichtslos charakterisiert. In dieser PCA- Abbildung haben außer dem Element *Ich im Kontakt zur Mutter*, die realen Objektbeziehungen im rechten und unteren Quadranten keine große Bedeutung. Sie werden weder positiv noch negativ beschrieben. Vorsichtig interpretiert, scheint eine positive Objektrepräsentanzwelt eine Stärkung des Selbsterlebens und der Selbstwirksamkeit zu bedeuten. In der ersten Dimension finden sich auf der linken Seite Persönlichkeitseigenschaften, die verbunden sind mit Autonomie und Objektbezogenheit. Die Identifikation mit mütterlichen/versorgenden Objektrepräsentanz wird abgewertet (operationalisiert durch den Selbstideal–Mutter-Abstand). In Anlehnung an Catina und Tschuschke (1993), die fest stellten, dass die nicht erfolgreichen Patienten sich stärker mit ihrer Mutter identifizierten und/oder diese negativer und weiter entfernt vom Ich-Ideal sahen. Sie schlossen daraus, dass eine symbiotische Beziehung mit der Mutter (tendenziell) prädiktiv für einen schlechten Therapieerfolg ist. Patienten, deren Identifikation mit der Mutter sich auf einem mittleren Niveau normalisierte, hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit einen guten Therapieerfolg und ein höheres Selbstwertgefühl.

## Patientengruppe: HD-alle - dialysespezifischen Themen (Einschränkungen)



**Abb. 4c: HD-alle - Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse (PCA-Biplot), dialysespezifischen Themen (Einschränkungen).**

Im zweiten Quadranten gegenüber dem Selbstideal befinden sich die Elemente *Punktion* (0.83), *Essen* (-0.30), *Trinken* (1.87) und *Zeit* (1.41). Das Element *Punktion* ist durch Konstrukte wie *unterordnen*, *angepasst*, *unsensibel* und *verantwortungslos* charakterisiert. Das Element *Zeit* an der Dialyse wird durch Konstrukte charakterisiert wie *Abhängigkeit*, *Verantwortungslosigkeit*. Dieses Element wird mit *wenig Lebensqualität* charakterisiert. Das Element der Einschränkung des *Essens* wird verbunden mit einem *geringen Selbstwertgefühl*, *keinem Interesse* und *Gleichgültigkeit*.

Das Element *Trinken* zeigt den größten Abstand zum Selbstideal *Ich wie ich sein will*. Diese beiden Elemente *Essen* und *Trinken* werden nicht durch Konstrukte charakterisiert.

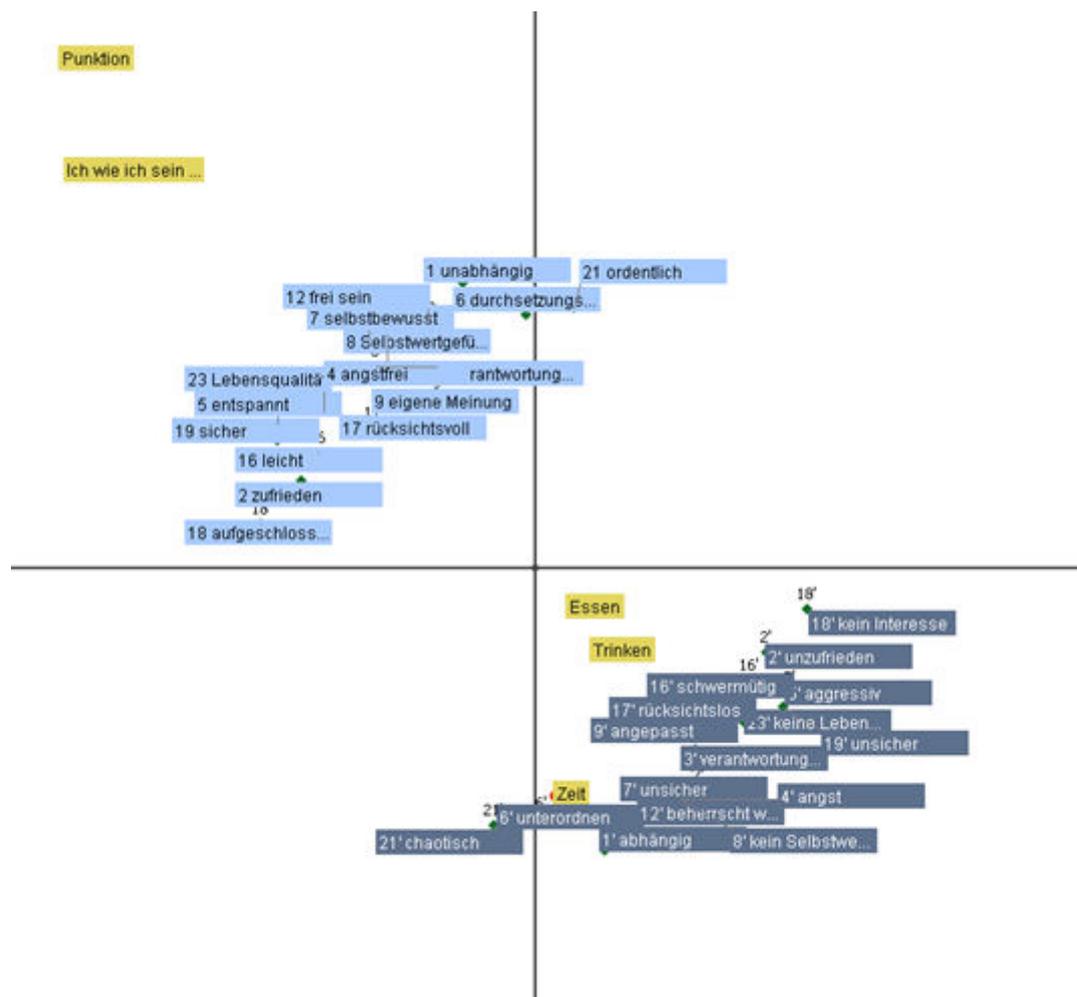
Diese dialysespezifischen Themen beschreiben durch die Funktion ein Zufügen von körperlichen Schmerzen und die Einschränkungen und Bedeutung von Trinken und Essen in Zusammenhang mit Durst und Hunger einen Vorgang der Introjektion<sup>43</sup> (Vereinleibung) sowie körperliche Bedürfnisse/Gier/existenzielle Sicherung. Im Vordergrund dieser Kategorie steht das Körper-Selbst. Hierbei handelt es sich um eine innerpsychische Repräsentanz, die sich aus subjektiven und objektiven Erlebensaspekten des Selbst- und Körpererlebens zusammensetzt, in dieser Untersuchung als Körper-Element aber explizit nicht vorkommt und damit auch nicht der Charakterisierung und der offenen Kommunikation zugänglich ist. Dennoch weisen Dissoziationstendenzen darauf hin, dass Körperrepräsentanzen (Arm, Mund, Magen, Darm, Blase) ein integriertes Erleben nicht mehr ermöglichen und tendenziell als unähnlich zum Körper (Ideal) erlebt werden. Die Distanz zwischen den Elementen im rechten Quadranten, könnte durch die Elemente *Essen*, *Trinken* und *Punktion* den Realkörper abbilden und die Distanz zum Selbstideal (Körperideal) kann als Maß der Körperakzeptanz „angedacht“ werden.

Auswertung der Daten unter den Aspekten „Selbstwert- und Abhängigkeitserleben von Dialysepatienten“ [2] und „Patienten und Fachpersonal: Eine besondere Beziehung“ [5], unter Berücksichtigung des Dialyseverfahrens sind in den Veröffentlichungen ausführlich beschrieben.

---

<sup>43</sup> Von lateinisch intro = „hinein“, „herein“ und iacere = „werfen“. Körperliche Einverleibung in das seelisch Innere.

## Patientengruppe: PD-alle - dialysespezifischen Themen (Einschränkungen)



**Abb. 5c: PD-alle – Hauptkomponentenanalyse - Biplot), dialysespezifischen Themen (Einschränkungen).**

Im zweiten Quadrat gegenüber den Elementen *Punktion* ( $-0.14$ ) und *Selbst-Ideal* ( $-1.54$ ) befinden sich die Elemente *Essen* ( $0.13$ ), *Trinken* ( $0.11$ ) und *Zeit* ( $-0.57$ ). Das Element *Punktion* ( $0.14$ ) und *Selbstideal Ich wie ich sein will* ( $-1.54$ ), werden durch Konstrukte nicht charakterisiert. Eine nicht notwendige *Punktion* durch das Dialyseverfahren (PD) scheint als nahe dem Idealzustand des Selbst erlebt zu werden, operationalisiert durch die Distanz zwischen dem Element *Punktion* ( $-0.14$ ) und dem unähnlichsten Element *Ich, mit vielen Konflikten mit* ( $3.06$ ).

PD-Patienten sind in ihrem Ess- und Trinkverhalten kaum eingeschränkt, was sich in der PCA dadurch ausdrückt, dass das Element *Essen* nahe dem Nullpunkt liegt und durch Konstrukte nicht charakterisiert wurde.

Das Element *Zeit* an der Dialyse wird durch Konstrukte charakterisiert wie: *Abhängigkeit, Verantwortungslosigkeit*. Dieses Element wird mit *wenig Lebensqualität* charakterisiert. Das Element der Einschränkung des *Essens* wird verbunden mit einem *geringen Selbstwertgefühl, kein Interesse* und *Gleichgültigkeit*.

Das Element *Trinken* zeigt den größten Abstand zum Selbstideal *Ich wie ich sein will*. Diese beiden Elemente werden nicht durch Konstrukte charakterisiert.

Die körpernahen Elemente beschreiben durch die Funktion ein Zufügen von körperlichen Schmerzen und durch die Einschränkungen und Bedeutung von Trinken und Essen in Zusammenhang mit Durst und Hunger einen Vorgang der Introjektion<sup>44</sup> (Einverleibung) sowie körperliche Bedürfnisse/Gier/existenzielle Sicherung. Im Vordergrund dieser Kategorie steht das Körper-Selbst. Hierbei handelt es sich um eine innerpsychische Repräsentanz, die sich aus subjektiven und objektiven Erlebensaspekten des Selbst- und Körpererlebens zusammensetzt, in dieser Untersuchung als Körper-Element aber explizit nicht vorkommt und damit auch nicht der Charakterisierung und der offenen Kommunikation zugänglich ist.

Die Biplots der Patientengruppen HDPD-HD und HDPD-PD sind im Anhang Abbildungen 9-12 hinterlegt.

## 19.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Neben der unterschiedlichen inhaltlichen Darstellung des Selbsterlebens unter Berücksichtigung des Dialyseverfahrens zeigen sich bei der kategorialen Auswertung der Daten Unterschiede und Gemeinsamkeiten aller vier Patientengruppen.

Aus der Verteilung der Konstrukte im PCA werden die inhaltlichen Erklärungen der Elemente deutlich. Es wurden die Konstrukte eingetragen, deren Varianzanteile

---

<sup>44</sup> Von lateinisch intro = „hinein“, „herein“ und iacere = „werfen“. Körperliche Einverleibung in das seelisch Innere.

überdurchschnittlich hoch sind. Konstrukte mit der höchsten Ladung auf der ersten Hauptkomponente sind auch definiert durch die größte Entfernung zum Nullpunkt. Die Bedeutungszuschreibung der Elemente erfolgt in Analogie zu den Konstrukten über den Varianzanteil.

### **Patientengruppe HD – alle**

Die Hauptkomponente I im Biplot (Abb. 15), im rechten Quadranten, ist durch 32,9% Varianz aufgeklärt und durch die Selbstelemente, die die Krankheit und die Behandlung betreffen, belegt. Folgende Elemente gehören dazu: *Ich an der Dialyse, Ich mit der Krankheit, Ich in der Dialyse, Ich im Kontakt zum Arzt und zum Fachpersonal*. Dort sind auch die durch die Krankheit einschränkenden Faktoren *Essen, Trinken, Zeit und Punction* verortet. Inhaltlich bestimmen die Konstrukte *Abhängigkeit, unterordnen, beherrscht werden* die Elemente, was auf eine narzisstische Wertigkeitsproblematik hinweisen kann. Das Element *Ich, mit vielen Konflikten mit...* wird nicht durch Konstrukte charakterisiert und stellt die größte Unähnlichkeit zum Selbstideal dar. Es geht nicht um die Lösung eines offensichtlichen Konfliktes, es geht um eine narzisstische Kränkung. Der Gegenpol (linker Quadrant) ist durch 30,1% Varianz aufgeklärt. Das Element Selbstideal *Ich wie ich sein will* ist das Element, welches mit 83% die höchsten Bewertungen von der Anzahl der Extrembewertungen pro Element hat (Abb. 19 im Anhang). Im gleichen Quadranten, am nächsten zum Selbstideal, liegt das Element *Ich, wenn ich mich gut verstanden fühle* nahe den Elementen *Ich im Kontakt zur Mutter und zum Partner*. Inhaltlich bestimmen die Konstrukte *zufrieden, rücksichtsvoll interessiert* verbunden mit einem guten Selbstgefühl die Elemente im linken Quadranten.

Psychodynamisch ist anzunehmen, dass die in ihrem Selbstwertgefühl verunsicherten Patienten zur Aufrechterhaltung ihres narzisstischen Gleichgewichts in ihrer Umgebung idealisierbare Personen benötigen, die zuverlässig stabilisierend wirken. Das Dialysefachpersonal erinnert an Krankheit. Und damit versagt diese Umgebung durch Enttäuschung, die abgewehrt werden muss. Gelingt diese Abwehr nicht, erfolgt eine Regression auf den sogenannten Primärzustand mit den Phantasien von Geborgenheit, Verständnis, Wärme und Verschmelzung mit einem diffus erlebten primären mütterlichen Objekt. Die

Selbstelemente *Ich vor der Krankheit* und *Ich zu Hause* liegen mit einer geringeren Entfernung näher zum Nullpunkt.

Um beim Hämodialyseverfahren zu bleiben, werde ich nun die Daten der Patientengruppe (HDPD-HD) darstellen, die von der Peritonealdialyse zur Hämodialyse gewechselt hat.

### **Patientengruppe HDPD-HD**

Die Hauptkomponente I im Biplot (Abb. 18 im Anhang), rechter Quadrant, ist durch 50,7% Varianz aufgeklärt und durch die inhaltlich bestimmenden Selbstelemente im rechten unteren Quadranten *Ich mit der Krankheit* und den einschränkenden Faktoren *Essen* und *Trinken*. Charakterisiert werden diese Elemente durch die bestimmenden Konstrukte *beherrscht werden, unterordnen, keine Lebensqualität, unsicher*, verbunden mit einem geringen Selbstwert.

Im Gegensatz zu der HD-alle Patientengruppe liegen die Elemente *Ich im Kontakt zum Fachpersonal* und das Element *Zeit* im oberen rechten Quadranten nahe dem Nullpunkt, charakterisiert durch die Konstrukte *verantwortungslos* und *Angst*. Das Element *Ich im Kontakt zum Arzt* ist nahe dem Element *Vater* und *Partner* sichtbar, ohne durch signifikante Konstrukte charakterisiert zu sein. Die Konstrukte *Verantwortung, Vertrauen* und *eigene Meinung* sind ohne Bezug zu einem Element für sich im unteren linken Quadranten zu sehen, so als würde es diese Ich-Qualitäten geben, die aber zzt. nicht mit der Realität vereinbar zu leben sind.

Diese Patientengruppe charakterisiert den Verlust von Autonomie und Fremdbestimmung durch krankheitsbedingte einschränkende Aspekte, was durch die Elemente *Trinken* und *Essen* deutlich wird. Das Element *Zeit*, sowie die Elemente *Ich im Kontakt zum Vater, Arzt, Partner*, die eher autoritäre Repräsentanzen symbolisieren, werden durch die Nähe zum Nullpunkt bedeutungsloser. Diese Patientengruppe charakterisiert das Konstrukt *abhängig* durch die Varianz bedeutsamer als die HD-alle Patientengruppe, die auch im Gegensatz zur HD-Gruppe das Konstrukt *aggressiv* höher bewertet. Obwohl auch diese Gruppe eine große Distanz zum Selbstideal aufzeigt, scheint sie

progressiver und weniger regressiv, was ich später durch die Kruska-Wallis-Auswertung überprüfen möchte.

Zum Vergleich der PD-Patientengruppe mit der HD-Gruppe, die im übertragenden Sinne auch die Dialyseverfahren symbolisieren, werde ich im Anschluss auch die HDPD-PD Patientengruppe darstellen. Diese Patientengruppe repräsentiert die Patienten, die nach einer Hämodialysebehandlung an die Peritonealdialyse gewechselt sind.

### **Patientengruppe PD-alle**

Dieses Biplot (Abb.5) zeigt einen fast gleichmäßig genutzten Quadranten, was auf eine differenzierte Vorstellungswelt schließen lässt.

Die Elemente *Ich im Kontakt zum Arzt* und *zum Fachpersonal* sind die bestimmenden Elemente der 2. Hauptkomponente, charakterisiert durch das Konstrukt *interessiert*. Die für die HD Patienten bestimmenden Elemente *Essen*, *Trinken*, *Mutter*, *Ich vor der Krankheit*, *Ich, wenn ich mich wohl fühle...* sind in diesem Biplot für die PD-Gruppe nahe dem Nullpunkt abgebildet (geringe Varianz). Die Konstrukte *Abhängigkeit*, *beherrscht werden und unterordnen*, *unsicher* und *Angst* korrelieren mit den Elementen *Ich an der Dialyse* und *Ich mit der Krankheit*. Das Element *Punktion* wird wie das Selbstideal, durch Konstrukte nicht charakterisiert. Es scheint aber durch die größte Unähnlichkeit zum Element *Ich, mit vielen Konflikten mit...* eine große Bedeutung für diese Patientengruppe zu haben, vermutlich aus der retrospektiven Erfahrung mit Punktion als schmerzhaftes Körpererfahrung.

### **Patientengruppe HDPD-PD**

Auf diesem Biplot sind viele primäre und aktuelle Beziehungselemente wie *Ich im Kontakt zum Fachpersonal*, *zur Mutter*, *zum Partner*, Aspekte der für HD-Patienten einschränkenden Elemente wie *Essen* und *Trinken*, sie haben eine geringe Varianz und sind nahe dem Nullpunkt verortet. Die größte Distanz zum Selbstideal und zu den Elementen *Ich, wenn ich mich verstanden fühle...* und *Punktion* zeigt

das Element *Ich, mit vielen Konflikten mit...*, was auf eine große Spannung hinweisen kann. Auch diese Patientengruppe erlebt die Dialyse selbst als *unsicher* und *als Fremdbestimmung*, was *Aggression* und *Schwermütigkeit* erzeugt. Durch die Nähe zum Element *Vater* unten im Quadranten rechts, wird durch die Identifikation dem Element *Ich mit der Krankheit* progressiver (rational) begegnet. Die Konstrukte *Selbstwert*, das Erleben von *Unabhängigkeit* charakterisieren ganz leicht das Element *Ich wie ich sein will* mit Auswirkungen auf das Selbsterleben.

Aus der vorliegenden Untersuchung lässt sich zusammenfassend sagen, dass beide Behandlungsverfahren unterschiedliche Auswirkungen hinsichtlich des Selbst- und Körpererlebens sowie des Objekterlebens für die Patienten haben.

Im nächsten Schritt werden die Elemente *Ich an der Dialyse* in Korrelation zum Selbstideal *Ich wie ich sein will* sowie die Mittelwerte aller Gruppen in Korrelation aller Konstrukte zum Element *Ich an der Dialyse* mit dem Kruska-Wallis-Test betrachtet. Als ergänzendes Kriterium zur Erfassung des Selbsterlebens werden zusätzlich zum Dialyseverfahren auch die Einflüsse des Dialyseortes, der Beziehung zum Fachpersonal und Arzt als Kriterien herangezogen.

## 19.7 Datenanalyse mit dem Kruskal-Wallis-Test

Der Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben wurde als ein nichtparametrischer Test zur Überprüfung eingesetzt, um die zentralen Tendenzen von verschiedenen Stichproben (4 Gruppen) zu spezifischen Fragestellungen signifikant voneinander zu unterscheiden: **Element: *Ich an der Dialyse***

Konstruktpaare	Chi-Quadrat	df	Asymptotische Signifikanz
selbstbewusst - unsicher	4,546	3	0,208
entspannt - aggressiv	7,204	3	0,066
verantwortungsbewusst - verantwortungslos	15,608	3	0,001
offen - ablehnend	1,659	3	0,646
unabhängig - abhängig	15,243	3	0,002
optimistisch - pessimistisch	2,403	3	0,493
durchsetzungsfähig - unterordnen	6,733	3	0,081
interessiert - gleichgültig	2,737	3	0,434
sicher - unsicher	6,144	3	0,105
aufgeschlossen - kein Interesse	2,204	3	0,531
Lebensqualität - keine Lebensqualität	9,070	3	0,028
ordentlich - chaotisch	0,608	3	0,895
emotional - rational	2,685	3	0,443
einführend - unsensibel	0,747	3	0,862
frei sein - beherrscht werden	7,600	3	0,055
zufrieden - unzufrieden	7,857	3	0,049
vertrauen - misstrauen	0,378	3	0,945
angstfrei - Angst	3,782	3	0,286
leicht - schwermütig	7,570	3	0,056
akzeptiert - abgelehnt	3,379	3	0,337
eigene Meinung - angepasst	7,537	3	0,057
rücksichtsvoll - rücksichtslos	2,596	3	0,458
Selbstwertgefühl - kein Selbstwertgefühl	2,386	3	0,496

**Abbildung 6: Mittelwerte (Kruska-Wallis-Test)**

0 Zellen (0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Mittelwerte (Kruska-Wallis-Test): Element „Ich an der Dialyse“ in Korrelation mit den Konstrukten

Gruppe		selbstbewusst unsicher	- entspannt aggressiv	- verantwortungsbewusst - verantwortungslos	offen ablehnend	- unabhängig abhängig	- optimistisch pessimistisch	durchsetzungsfähig - unterordnen
HD-HD	Mittelwert	<b>2,55</b>	2,13	2,03	2,03	<b>4,48</b>	2,71	3,29
	N	33	33	33	33	33	33	33
	Standardabweichung	1,502	1,056	1,048	1,016	1,122	1,296	1,419
	Median	3,00	2,00	2,00	2,00	5,00	3,00	4,00
	Minimum	1	0	1	1	1	1	1
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
HD-PD-HD	Mittelwert	<b>2,90</b>	<b>3,30</b>	1,40	2,50	<b>4,40</b>	2,60	<b>3,30</b>
	N	10	10	10	10	10	10	10
	Standardabweichung	0,738	1,252	0,699	1,179	1,075	0,843	1,494
	Median	3,00	3,50	1,00	2,00	5,00	2,00	3,50
	Minimum	2	2	1	1	2	2	1
	Maximum	4	5	3	5	5	4	5
HD-PD-PD	Mittelwert	2,00	2,40	1,00	2,00	<b>2,70</b>	2,50	2,50
	N	10	10	10	10	10	10	10
	Standardabweichung	0,667	0,843	0,000	0,816	1,337	0,527	1,080
	Median	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,50	2,50
	Minimum	1	1	1	1	1	2	1
	Maximum	3	4	1	3	5	3	4
PD-PD-PD	Mittelwert	2,18	2,44	1,47	2,09	<b>3,44</b>	2,26	2,53
	N	34	34	34	34	34	34	34
	Standardabweichung	0,999	1,021	0,861	1,240	1,655	1,189	1,285
	Median	2,00	3,00	1,00	2,00	4,00	2,00	2,00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	4	5	5	5	5	5	5
Insgesamt	Mittelwert	2,38	2,42	1,61	2,11	<b>3,85</b>	2,49	2,89
	N	85	85	85	85	85	85	85
	Standardabweichung	1,175	1,084	0,927	1,102	1,500	1,140	1,372
	Median	2,00	2,00	1,00	2,00	5,00	2,00	3,00
	Minimum	1	0	1	1	1	1	1
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5

Gruppe		interessiert - gleichgültig	sicher - unsicher	aufgeschlosse n - kein Interesse	Lebensqual ität - keine Lebensqual ität	ordentlich - chaotisch	emotional - rational	einführend - unsensibel
HD-HD	Mittelwert	1,71	2,39	1,90	3,06	1,81	2,13	2,10
	N	33	33	33	33	33	33	33
	Standardabweichung	1,101	1,308	1,193	1,340	0,946	1,056	1,012
	Median	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00
	Minimum	0	1	0	0	1	0	1
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
HD-PD-HD	Mittelwert	2,30	2,80	2,50	3,90	1,70	1,70	2,10
	N	10	10	10	10	10	10	10
	Standardabweichung	1,567	1,033	1,354	1,101	0,675	0,675	0,876
	Median	2,00	3,00	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00
	Minimum	1	1	1	2	1	1	1
	Maximum	5	4	5	5	3	3	4
HD-PD-PD	Mittelwert	1,50	1,60	1,80	2,40	1,50	2,10	1,80
	N	10	10	10	10	10	10	10
	Standardabweichung	0,850	0,516	0,632	0,966	0,527	0,316	0,632
	Median	1,00	2,00	2,00	2,00	1,50	2,00	2,00
	Minimum	1	1	1	1	1	2	1
	Maximum	3	2	3	4	2	3	3
PD-PD-PD	Mittelwert	1,85	2,32	2,00	2,82	1,82	2,32	2,00
	N	34	34	34	34	34	34	34
	Standardabweichung	0,925	1,147	0,953	1,141	0,999	1,199	1,128
	Median	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,50	2,00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5
Insgesamt	Mittelwert	1,81	2,32	2,00	2,99	1,76	2,15	2,02
	N	85	85	85	85	85	85	85
	Standardabweichung	1,075	1,167	1,069	1,239	0,895	1,029	1,000
	Median	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00
	Minimum	0	1	0	0	1	0	1
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5

Gruppe		frei sein - beherrscht werden	zufrieden - unzufrieden	vertrauen - misstrauen	angstfrei - angst	leicht - schwermütig	akzeptiert - abgelehnt	eigene Meinung - angepasst	rücksichtsvoll - rücksichtslos	Selbstwertgefühl - kein Selbstwertgefühl
HD-HD	Mittelwert	2,97	3,06	2,13	2,81	3,16	1,84	2,84	2,00	2,42
	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33
	Standardabweichung	1,354	1,459	1,284	1,424	1,369	1,186	1,508	0,931	1,361
	Median	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00
	Minimum	1	1	1	1	1	0	1	1	0
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5	4	5
HD-PD-HD	Mittelwert	3,90	3,50	2,20	3,10	3,50	2,30	3,50	2,40	2,70
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Standardabweichung	1,101	1,080	0,919	1,287	1,080	0,823	1,080	0,843	0,823
	Median	4,00	3,50	2,00	2,50	3,50	2,50	3,50	2,00	3,00
	Minimum	2	2	1	2	2	1	2	1	1
	Maximum	5	5	4	5	5	3	5	4	4
HD-PD-PD	Mittelwert	2,40	2,00	2,00	2,00	2,20	2,00	2,30	2,00	2,00
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Standardabweichung	1,075	0,667	0,471	0,471	0,632	0,667	0,949	0,667	0,667
	Median	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	4	3	3	3	3	3	4	3	3
PD-PD-PD	Mittelwert	2,71	2,76	2,09	2,68	2,68	2,06	2,29	1,94	2,47
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34
	Standardabweichung	1,426	1,257	1,055	1,273	1,224	1,043	1,219	1,013	1,161
	Median	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Insgesamt	Mittelwert	2,91	2,87	2,11	2,69	2,89	2,00	2,64	2,02	2,42
	N	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	Standardabweichung	1,368	1,307	1,069	1,282	1,254	1,035	1,335	0,926	1,159
	Median	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	Minimum	1	1	1	1	1	0	1	1	0
	Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Abbildung 7 (Kruska-Wallis-Test): Mittelwerte der Konstrukte in Korrelation zum Element „Ich an der Dialyse“

:

### **Auswertung: *Ich an der Dialyse***

Insgesamt lässt sich auch hier feststellen, dass das Erleben des Konstrukts *Abhängigkeit* (3.85) von allen vier Gruppen die höchste Bewertung erhalten hat. Die HD-Patientengruppe bewertet das Konstrukt *Abhängigkeit* am höchsten (4.48), HDPD-HD (4.40) im Verhältnis zu den PD-Patienten (3.44), HDPD-PD (2.70). Dieses Konstrukt steht bei den HD-Patientengruppen im engen Zusammenhang mit dem Erleben von Kontroll- und Autonomieverlust (*beherrscht werden, unterordnen*), was gleichzeitig auch *Angst, Unzufriedenheit* und *Schwermütigkeit* auszulösen scheint. Der Mittelwert des Selbstwörterlebens drückt sich in den Gruppenergebnissen nicht gravierend unterschiedlich aus. Einen etwas höheren Wert zeigt die HDPD-HD Gruppe (2.70) im Gegensatz zu HD (2.42), PD (2,47) und HDPD-PD (2.00).

Mittelwerte- Kruska-Wallis-Test: Element Ideal-Selbst: „Ich wie ich sein will (...)“ Selbstbild:

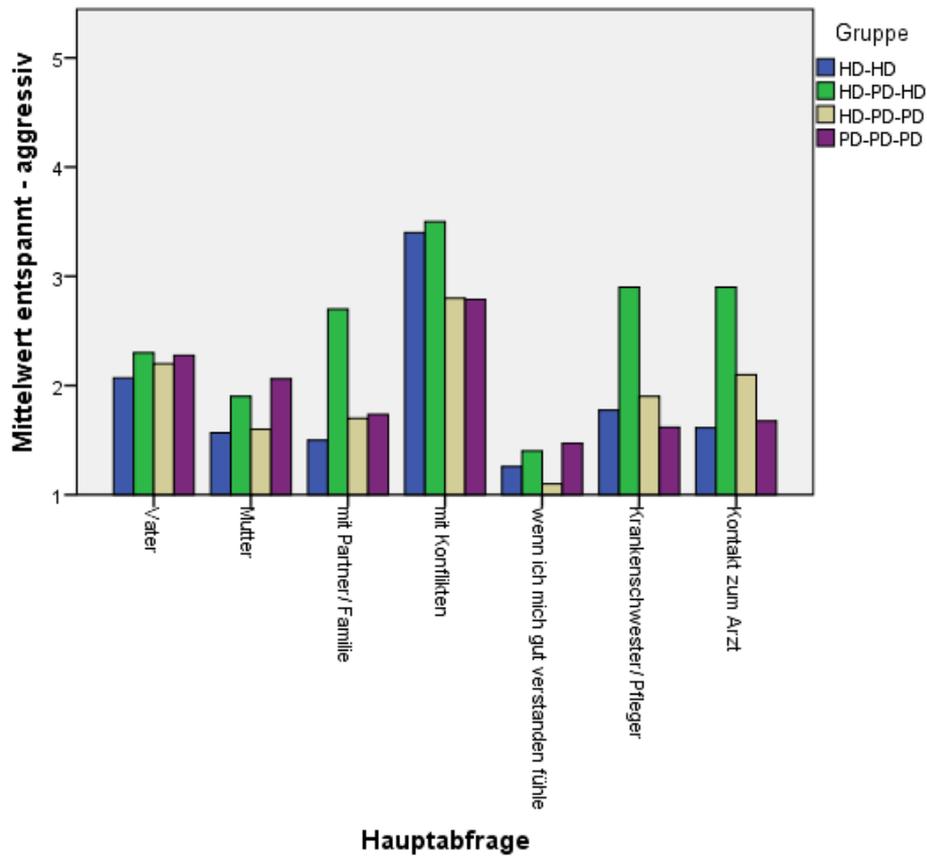
- „Ich an der Dialyse“

Konstrukte		HD	PD	HDPD-HD	HDPD-PD	Insgesamt
Unabhängigkeit – Abhängigkeit	Ideal-Selbst	1,16 ± 0,45	1,23 ± 0,73	1,20 ± 0,42	1,20 ± 0,42	1,21 ± 0,57
	Selbstbild	4,48 ± 1,12	3,44 ± 1,66	4,40 ± 1,08	2,70 ± 1,34	3,85 ± 1,50
Zufrieden - unzufrieden	Ideal-Selbst	1,23 ± 0,50	1,18 ± 0,72	1,10 ± 0,32	1,10 ± 0,32	1,18 ± 0,56
	Selbstbild	3,06 ± 1,46	2,76 ± 1,26	3,50 ± 1,08	2,00 ± 0,67	2,87 ± 1,31
Verantwortungsbewusst verantwortungslos	Ideal-Selbst	1,23 ± 0,50	1,29 ± 0,63	1,10 ± 0,32	1,10 ± 0,32	1,22 ± 0,52
	Selbstbild	2,03 ± 1,05	1,47 ± 0,86	1,40 ± 0,70	1,00 ± 0,00	1,61 ± 0,93
Angstfrei - Angst	Ideal-Selbst	1,35 ± 0,84	1,24 ± 0,78	1,30 ± 0,48	1,40 ± 0,70	1,31 ± 0,76
	Selbstbild	2,81 ± 1,42	2,68 ± 1,27	3,10 ± 1,29	2,00 ± 0,47	2,69 ± 1,28
Entspannt - aggressiv	Ideal-Selbst	1,35 ± 0,84	1,26 ± 0,75	1,20 ± 0,42	1,20 ± 0,42	1,28 ± 0,72
	Selbstbild	2,13 ± 1,06	2,44 ± 1,02	3,30 ± 1,25	2,40 ± 0,84	2,42 ± 1,08
Durchsetzungsfähig - unterordnen	Ideal-Selbst	1,29 ± 0,53	1,74 ± 1,17	1,10 ± 0,32	1,10 ± 0,32	1,19 ± 0,57
	Selbstbild	3,29 ± 1,42	2,53 ± 1,29	3,30 ± 1,50	2,50 ± 1,08	2,89 ± 1,37
Selbstbewusst - unsicher	Ideal-Selbst	1,16 ± 0,53	1,74 ± 1,17	1,10 ± 0,32	1,10 ± 0,32	1,42 ± 0,85
	Selbstbild	2,55 ± 1,50	2,18 ± 1,00	2,90 ± 0,74	2,00 ± 0,67	2,40 ± 1,18
Selbstwertgefühl – Kein Selbstwertgefühl	Ideal-Selbst	1,26 ± 0,58	1,24 ± 0,56	1,10 ± 0,32	1,10 ± 0,32	1,21 ± 0,51
	Selbstbild	2,42 ± 1,36	2,47 ± 1,16	2,70 ± 0,82	2,00 ± 0,67	2,42 ± 1,16
Eigene Meinung - angepasst	Ideal-Selbst	1,48 ± 0,93	1,59 ± 0,99	1,40 ± 0,52	1,30 ± 0,48	1,49 ± 0,87
	Selbstbild	2,84 ± 1,51	2,29 ± 1,22	3,50 ± 1,08	2,30 ± 0,95	2,64 ± 1,34
Optimistisch - pessimistisch	Ideal-Selbst	1,29 ± 0,53	1,38 ± 0,85	1,40 ± 0,52	1,40 ± 0,52	1,31 ± 0,67
	Selbstbild	2,71 ± 1,30	2,26 ± 1,19	2,60 ± 0,84	2,50 ± 0,53	2,49 ± 1,14
Offen - ablehnend	Ideal-Selbst	1,29 ± 0,45	1,44 ± 1,02	1,40 ± 0,52	1,30 ± 0,48	1,36 ± 0,77
	Selbstbild	2,03 ± 1,02	2,09 ± 1,24	2,50 ± 1,18	2,00 ± 0,82	2,11 ± 1,10
Frei sein - Beherrscht werden	Ideal-Selbst	1,19 ± 0,54	1,38 ± 0,82	1,20 ± 0,42	1,20 ± 0,42	1,27 ± 0,64
	Selbstbild	2,97 ± 1,35	2,71 ± 1,43	3,90 ± 1,10	2,40 ± 1,08	2,91 ± 1,37
Akzeptiert - abgelehnt	Ideal-Selbst	1,19 ± 0,48	1,29 ± 0,80	1,10 ± 0,32	1,10 ± 0,32	1,21 ± 0,60
	Selbstbild	1,84 ± 1,19	2,06 ± 1,04	2,30 ± 0,82	2,00 ± 0,67	2,00 ± 1,04
Vertrauen - misstrauen	Ideal-Selbst	1,23 ± 0,84	1,44 ± 0,93	1,50 ± 0,53	1,40 ± 0,52	1,36 ± 0,71
	Selbstbild	2,13 ± 1,28	2,09 ± 1,06	2,20 ± 0,92	2,00 ± 0,47	2,11 ± 1,07
Einfühlend - unsensibel	Ideal-Selbst	1,29 ± 0,53	1,44 ± 1,02	1,20 ± 0,42	1,10 ± 0,32	1,32 ± 0,74

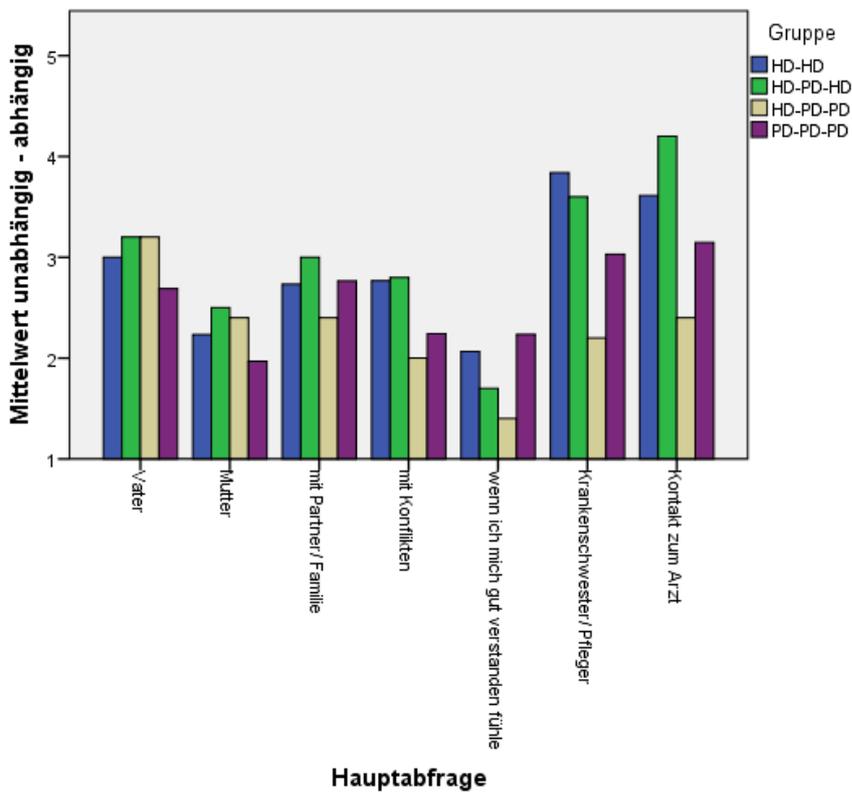
	Selbstbild	2,10 ± 1,01	2,00 ± 1,13	2,10 ± 0,88	1,80 ± 0,63	2,02 ± 1,00
Leicht - schwermütig	Ideal-Selbst	1,39 ± 0,62	1,53 ± 0,93	1,20 ± 0,42	1,10 ± 0,32	1,39 ± 0,73
	Selbstbild	3,16 ± 1,37	2,68 ± 1,22	3,50 ± 1,08	2,20 ± 0,63	2,89 ± 1,25
Rücksichtsvoll - rücksichtslos	Ideal-Selbst	1,35 ± 0,80	1,38 ± 0,60	1,60 ± 0,52	1,50 ± 0,53	1,41 ± 0,67
	Selbstbild	2,00 ± 0,93	1,94 ± 1,07	2,40 ± 0,84	2,00 ± 0,67	2,02 ± 0,93
Aufgeschlossen - Kein Interesse	Ideal-Selbst	1,32 ± 0,65	1,44 ± 0,70	1,10 ± 0,32	1,22 ± 0,44	1,33 ± 0,63
	Selbstbild	1,90 ± 1,19	2,00 ± 0,95	2,50 ± 1,35	1,80 ± 0,63	2,00 ± 1,07
Sicher - unsicher	Ideal-Selbst	1,19 ± 0,54	1,38 ± 0,82	1,20 ± 0,42	1,20 ± 0,42	1,27 ± 0,64
	Selbstbild	2,39 ± 1,31	2,32 ± 1,45	2,80 ± 1,03	1,60 ± 0,52	2,32 ± 1,17
Interessiert - gleichgültig	Ideal-Selbst	1,29 ± 0,64	1,53 ± 0,75	1,20 ± 0,42	1,30 ± 0,68	1,38 ± 0,67
	Selbstbild	1,71 ± 1,10	1,85 ± 0,93	2,30 ± 1,57	1,50 ± 0,85	1,81 ± 1,08
Ordentlich - chaotisch	Ideal-Selbst	1,45 ± 0,62	1,44 ± 0,70	1,60 ± 0,52	1,50 ± 0,53	1,47 ± 0,63
	Selbstbild	1,81 ± 0,95	1,82 ± 1,00	1,70 ± 0,68	1,50 ± 0,53	1,76 ± 0,90
Emotional - rational	Ideal-Selbst	2,03 ± 0,95	1,94 ± 1,23	2,30 ± 0,68	1,30 ± 0,82	2,06 ± 1,03
	Selbstbild	2,13 ± 1,06	2,32 ± 1,20	1,70 ± 0,68	2,10 ± 0,32	2,15 ± 1,03
Lebensqualität - Keine Lebensqualität	Ideal-Selbst	1,52 ± 0,93	1,29 ± 0,76	1,20 ± 0,63	1,10 ± 0,32	1,34 ± 0,78
	Selbstbild	3,06 ± 1,34	2,82 ± 1,14	3,90 ± 1,10	2,40 ± 0,97	3,00 ± 1,24

**Abbildung 8: Mittelwerte: Element *Ideal-Selbst*: „Ich wie ich sein will (...)“ und das Selbstelement „Ich an der Dialyse“**

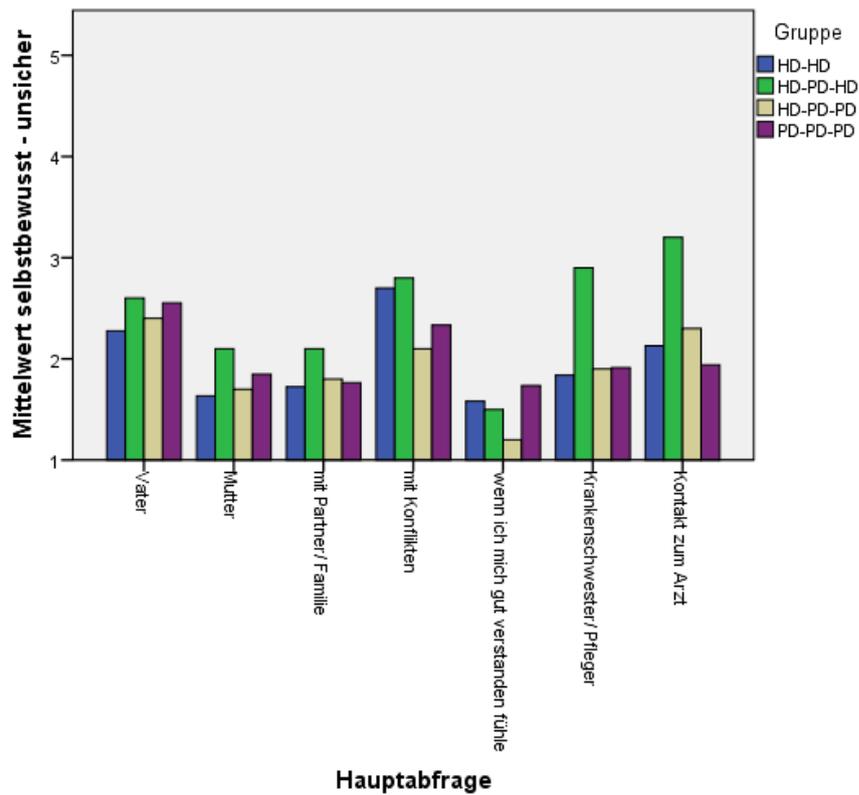
Die rot markierten Felder zeigen die größte Distanz im Selbsterleben an der Dialyse zum Selbstideal der HD-alle und HDPD-HD - Patientengruppen und die blauen Felder die größte Distanz zum Selbstideal der PD-alle, HDPD-PD Patientengruppen. Im Hinblick auf die Hypothese (4), wird das Erleben von Abhängigkeit, Angst und Aggression im Folgenden grafisch dargestellt, es wird in der Auswertung der Hypothesen beschrieben (Kapitel 20).



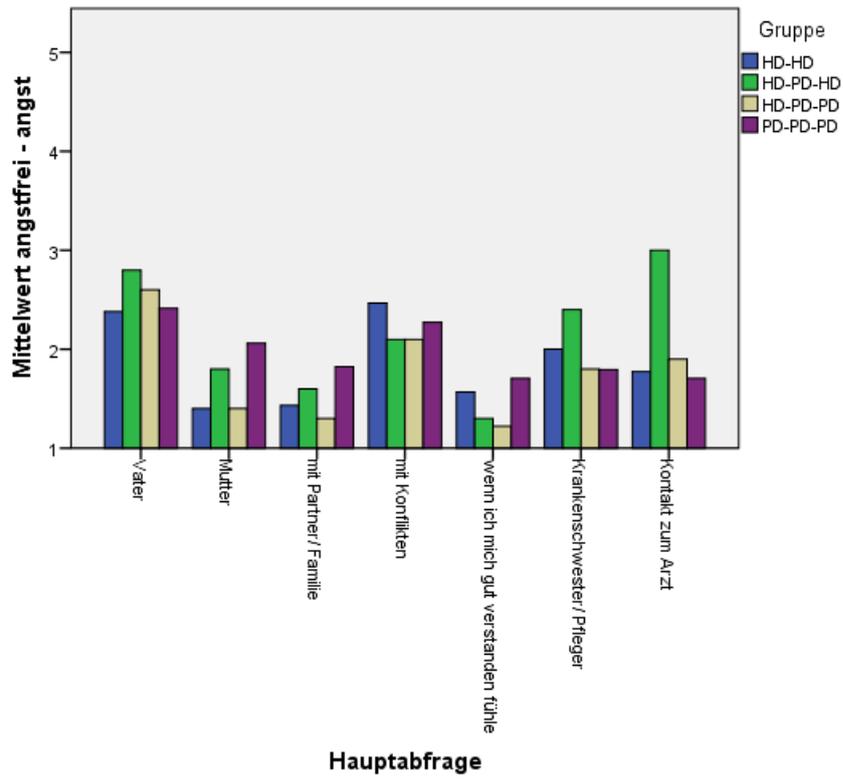
**Abbildung 9 (Kruska-Wallis-Test): Mittelwerte der Konstrukte entspannt - aggressiv**



**Abbildung 10 (Kruska-Wallis-Test): Mittelwerte der Konstrukte unabhängig-abhängig**



**Abbildung 11 (Kruska-Wallis-Test): Mittelwerte der Konstrukte selbstbewusst-unsicher**



**Abbildung 12 (Kruska-Wallis-Test): Mittelwerte der Konstrukte angstfrei-Angst**

	Abfrage 1		Abfrage 2		Abfrage 3		Abfrage 4		Abfrage 5		Abfrage 6		Abfrage 7		Abfrage 8		Abfrage 9		Abfrage 10	
	1 vs. 2	3 vs. 4	1 vs. 2	3 vs. 4																
Gruppenvergleich																				
selbstbewusstunsicher		nix	nix		nix				nix	nix		nix		nix		nix		nix	nix	
entspanntaggressiv	0.004**			0.013*			0.02*						0.007*		0.001**					
verantwortungsbewusstverantwortungslos																				
offenablehnend	0.001**												0.022*							
unabhängigabhängig				0.003**			0.001**													
optimistischpessimistisch	0.012*			0.013*																
durchsetzungsfähigunterordnen				0.013*			0.001**	0.009*												
interessiertgleichgültig	0.024*							0.009*												
sicherunsicher															0.015*					
aufgeschlossenkeinInteresse				0.013*			0.012*										0.005*			
LebensqualitätkeineLebensqualität	0.011*			0.001**				0.000**					0.001**							
ordentlichchaotisch																				
emotionalrational						0.024*														
emfühlendunsensibel																				
Freieinbeherrschtwerden							0.002**	0.018*					0.005*							0.011*
zufriedenunzufrieden	0.002**			0.003**			0.009*	0.015*			0.018*				<0.001**					
vertrauenmisstrauen																				
angstfreiangst				0.013*			0.008*													
leichtschwerfällig													0.003**		0.007**					
akzeptiertabgelehnt																				
eigeneMeinungangepasst							0.017*				0.002**									
rücksichtsvollrücksichtslos							0.018*						0.013*		0.006**					
SelbstwertgefühlkeinSelbstwertgefühl															0.018*					



Da die Patientengruppen (PD/ HD) in unterschiedlichen Praxen/Klinik (Orten) behandelt werden, soll die Möglichkeit, dass insbesondere die Bewertungen des Verhältnisses zum Pflegepersonal (Abfrage 12 Fachpersonal, Abfrage 13 Arzt) nicht nur von der Dialyseart, sondern auch von dem Dialyseort abhängig ist. Der Einfluss des Dialyseortes auf die Beziehung zum Fachpersonal soll untersucht werden.

### Beziehung zum Fachpersonal/ Arzt in Abhängigkeit vom Dialyseort

DialyseOrt \* Gruppe Kreuztabelle

Anzahl		Gruppe				Gesamt
		HD-HD	HD-PD-HD	HD-PD-PD	PD-PD-PD	
	HI	0	0	3	7	10
	HM	4	5	2	13	24
	Ka	0	5	5	0	10
DialyseOrt	MHH	0	0	0	14	14
	O	9	0	0	0	9
	P	11	0	0	0	11
	W	9	0	0	0	9
	Gesamt	33	10	10	34	87

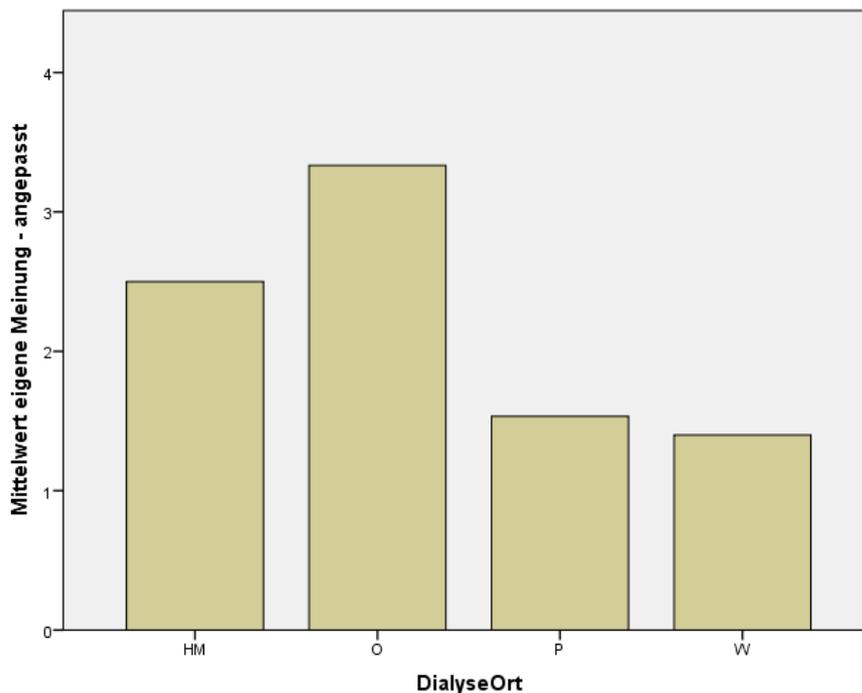
Tabelle 9: PD und HD Dialyseorte

### Ergebnis

#### Abfrage: Beziehung zum Fachpersonal in Korrelation mit dem Dialyseort

Der Vergleich aller Bewertungen (Kruskal-Wallis-Test) hinsichtlich der Abfrage 12 (Dialyseort) bei der **PD Gruppe** erbrachte keine signifikanten Unterschiede. Im Verhältnis zu den Schwestern/ Pflegern konnte kein signifikanter Einfluss des Dialyseortes in Abhängigkeit vom Fachpersonal festgestellt werden.

Beim Vergleich der Dialyseorte der **HD-Patienten** bei der Abfrage 12 zeigte sich bei der Bewertung zu „eigene Meinung - angepasst“ ein signifikanten Unterschied (p-Wert= 0.013), der im folgenden Diagramm abgebildet wird.



**Abbildung 14:**

**Durchschnittliche Bewertung von „eigene Meinung – angepasst“ der HD-alle Patienten, Abfrage 12 Fachpersonal**

In der **HD-PD-HD** Gruppe konnte zwischen den beiden Dialyseorten ein signifikanter Unterschied bei den Bewertungen „verantwortungsbewusst-verantwortungslos“ (p-Wert 0,008), „interessiert-gleichgültig“ (p-Wert 0,032) und „akzeptiert-abgelehnt“ (p-Wert 0,016- Mann-Whitney U Test) aufgezeigt werden. Da die Fallzahl pro Dialyseort jeweils nur 10 beträgt, werden diese Ergebnisse eher als eine Tendenz betrachtet.

In der **HD-PD-PD** Gruppe konnte ein signifikanter Unterschied bei der Bewertung „eigene Meinung - angepasst“ hinsichtlich des Dialyseortes festgestellt werden (p-Wert 0,032, Mann-Whitney U Test).

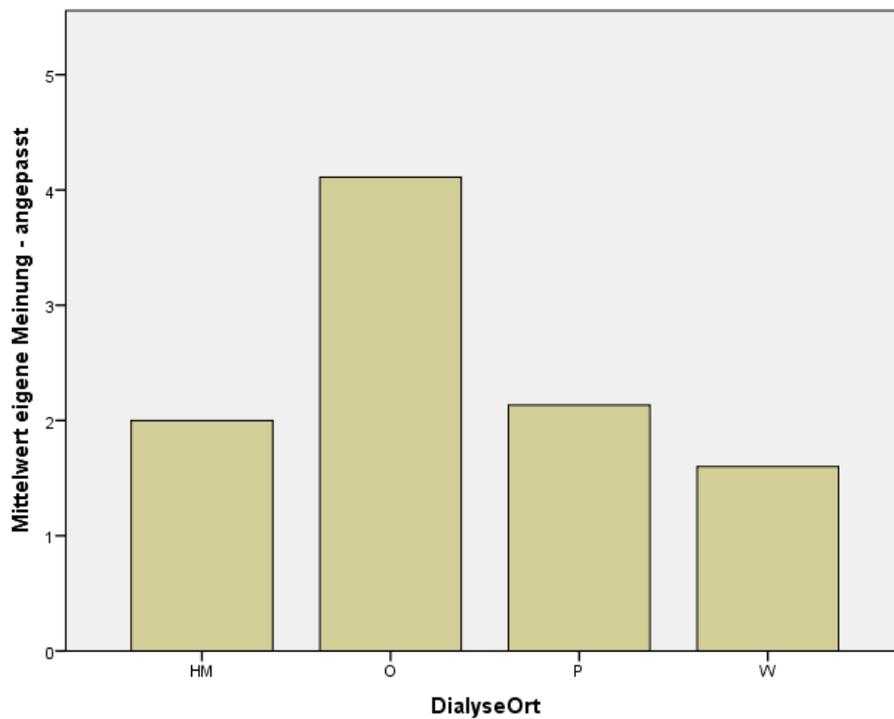
**Abfrage: Beziehung zum Arzt in Korrelation mit dem Dialyseort**

Bei der Abfrage 13 „Arzt“ ergibt sich ein ähnliches Bild. Bei der **HD-HD** Gruppe ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den Dialyseorten bei den Bewertungen „selbstbewusst-unsicher“ (p-Wert 0,049), „durchsetzungsfähig-unterordnen“ (p-Wert 0,036) und „eigene Meinung-angepasst“ (p-Wert 0,002) (s. Diagramm unten), alles im Kruskal-Wallis-Test.

Bei der **PD-PD** Gruppe konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Bei der **HD-PD-HD** Gruppe wurden bei der Bewertung „aufgeschlossen-kein Interesse“ (p-Wert 0,032; Mann-Whitney U-Test) Unterschiede beim Dialyseort festgestellt.

Bei der **HD-PD-PD** Gruppe wurden keine Unterschiede in den Bewertungen beobachtet.



**Abbildung 15: Durchschnittliche Bewertung von „eigene Meinung – angepasst“ der HD-HD Patienten, Abfrage 13 „Arzt“**

## 20 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Anliegen dieser Arbeit war es, ein tieferes Verständnis für das individuelle Selbsterleben und die Objektbeziehungen von chronisch körperlich kranken Patienten zu erforschen. Dazu wurde eine empirisch-psychologische Methode gewählt, die sowohl die Besonderheit der Einzelfallbetrachtung ermöglicht als auch eine Gruppenauswertung, die den Blick auf bedeutungsvolle Zusammenhänge und Vergleiche zulässt. Untersucht wurden:

- Selbstbilder von Dialysepatienten im Zusammenhang mit dem Schwerpunkt auf Selbst (*Ich...*), Selbstideal.
- Objektbeziehungen mit besonderer Berücksichtigung der primären Beziehungen - *Selbst – Mutter/ Vater* und der aktuellen Beziehungen zum *Arzt/ Fachpersonall Partner/ Ich, mit vielen Konflikten mit.../ Ich, wenn ich mich gut verstanden fühle...*
- Selbsterleben durch krankheits- und therapiebedingte Einschränkungen.
- Neben dem genannten Forschungsinteresse wurde in der Biplotauswertung eher deutungsweise versucht, die körperliche Dimension des Selbsterlebens zu benennen. Da es kein dafür explizites Element gibt, spreche ich von hypothetischen Annahmen. Das Fehlen eines körperbezogenen Elements verstehe ich retrospektiv als einen kritischen Aspekt dieser Arbeit.
- Die Bedeutung des Arztes und der Fachkraft für die Patienten.

Die Auswertung der einzelnen Hypothesen werden vor dem Hintergrund der, in dieser Arbeit dargestellten, theoretischen Überlegungen aus der Selbstentwicklungs-, der Objektbeziehungs-, aus der Abwehr- und Bewältigungsforschung sowie auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse zusammenhängend beschrieben. Anschließend wird ihre Bedeutung für das Selbsterleben der Patienten unter Berücksichtigung der Behandlungsverfahren bewertet, was zum Teil im fließenden Text bereits stattgefunden hat.

## 20.1 Fragestellung und Hypothesen

1. In dieser Untersuchung wird davon ausgegangen, dass das Selbsterleben chronisch Kranker vorrangig von Beziehungserfahrungen und einer narzisstischen Wertung bestimmt wird, dies wird in den theoretischen Überlegungen erläutert. Daraus resultierend werden die psychodynamischen Prozesse als so komplex eingeschätzt, dass diese Untersuchung als eine Annäherung an interaktionsdynamische Prozesse chronisch Kranker verstanden wird.
  - Chronische Erkrankungen verändern das Selbsterleben und das Selbstbewusstsein (Selbstwertgefühl) von Patienten.
2. Angesichts des Dialysesettings, der Behandlung und der existenziellen Bedeutung von chronischer Niereninsuffizienz spielt das Erleben von Abhängigkeit eine bedeutende Rolle für den Patienten. Es wird davon ausgegangen, dass der HD-Patient ein stärkeres Abhängigkeitsgefühl erlebt als der PD-Patient,
  - dass das Ausmaß des Erlebens von Abhängigkeit korreliert mit dem Ausmaß von Angst und Aggression,
  - dass biographische Sedimente (Vater/Mutter) stärker durch das HD-Verfahren aktiviert werden als durch das PD-Verfahren.
3. Dialysepatienten werden durch ihre Krankheit, durch die medizinische Behandlung und die daraus resultierenden psychosozialen Auswirkungen in ihrer Lebenssicherheit verunsichert. Diese veränderte Situation hat Auswirkungen auf das Selbstkonzept, d.h. auf das Selbsterleben und auf das damit verbundene Selbstwertgefühl. Die Selbst-Ideal Distanz zeigt durch den Abstand zwischen den Selbst-Elementen *Ich mit der Krankheit* und *Ich vor der Krankheit* den Grad der Zufriedenheit. Eine hohe Selbst-Ideal-Distanz kann als ein Hinweis auf ein niedriges Selbstwertgefühl und eine niedrige Selbst-Ideal-Distanz als Hinweis auf ein hohes Selbstwertgefühl gewertet werden.

- Bei HD-Patienten wird ein geringeres Selbstbild erwartet als bei PD-Patienten.
  - HDPD-HD-Patienten bewerten sich als selbstverantwortlicher als HD-Patienten.
4. Das Fachpersonal hat für die Krankheitsbewältigung der Patienten eine wichtige Bedeutung.
- Die Beziehung zum Fachpersonal wird von den HD-Patienten negativer beurteilt als von den PD- oder HDPD-HD-Patienten.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass das Selbsterleben der Patientengruppen unmittelbar vom jeweiligen Dialyseverfahren abhängig ist [1], [2]. Für die Patienten ist das Erleben von Unabhängigkeit, Selbstverantwortung, Freiraum und damit gekoppelt das Selbsterleben von elementarer Bedeutung. Die Regulation des Autonomie- und des damit einhergehenden Selbstwertgefühls nimmt eine zentrale Rolle bei allen vier Patientengruppen ein (Faktorenanalyse, Mittelwerte), wobei das Ausmaß der Bedeutung (Varianz) unterschiedlich erlebt wird. Beide HD-Patientengruppen bewerten das Selbsterleben geringer als die PD-Patientengruppen, die sich als selbstverantwortlicher und unabhängiger erleben. Die, z.B. durch Luftnot, Vergiftung körpfernah spürbare Krankheit und die damit einhergehende tödliche Bedrohung konfrontiert die Patienten zeitnah und unausweichlich mit inneren und äußeren Prozessen (Repräsentanzen, Objekten und Selbsterleben) Die Hämodialysepatienten (HD, HDPD-HD) repräsentieren, bedingt auch durch die strukturellen Bedingungen, den Dialyseort, die Dialyseform, im Vergleich die Gruppe mit den stärksten psychischen Belastungsreaktionen und Abwehr-Bewältigungsstrategien. Die stärkste Abhängigkeit erlebten die HD-Patienten der ersten und dritten Untersuchungsgruppe im Zusammenhang mit den Themen Trinken und Zeit. In diesen Themenbereichen hatten sie das stärkste Gefühl, sich unterordnen zu müssen und beherrscht zu werden. Aggressive Gefühle, Angst, Schwermütigkeit und Pessimismus bestimmen das Erleben. Anpassung oder Ablehnung sind dann Versuche, die verschiedenen Emotionen zu regulieren. Eng verbunden mit diesen

Einschränkungen bewertet die Patientengruppe HDPD-HD Aggression als bedeutsam (Varianz), die der Patient entweder auf das *Fachpersonal* projiziert oder mit einem lebensbedrohlichen *Essverhalten* gegen sich selbst richtet.

Der Körper wird durch Hunger, Durst, Punktion und andere Missempfindungen als Quelle von Dysphorie und Unwohlsein wahrgenommen, was durch die bedeutsamen Konstrukte (Gegenpol) deutlich wird. Das Bild des „satten Säuglings“ ist geradezu eine Metapher für den Zustand des Rundumzufriedenseins. Dieser Zustand kann nicht selbst hergestellt werden, er ist auf die empathische und wertschätzende Fürsorge und genügend gute Versorgung durch ein Mutterobjekt angewiesen. Durch die Nähe des Elements Mutter zum Idealselbst (HD-Patienten-alle) und die eher versorgende und narzisstisch stabilisierenden Charakterisierungen des Elements Mutter durch die Konstrukte scheint eine partielle infantile Regression und damit eine Wiederbelebung entwicklungsgeschichtlicher früherer Bedürfnisse erlebt zu werden. Die Aggression wird hier als Abwehrmechanismus gegen die Unsicherheit und Angst verstanden, die durch das Abhängigkeitserleben vom „guten Objekt“ Fachpersonal aus Verlustangst gegen sich selbst gerichtet wird. Die Realität, dass der eigene Körper als Selbstquelle von Unlust und Lust existiert, kann vom Patienten nicht oder in einem Prozess der Unterstützung bewältigt werden.

Abwehrmechanismen werden als unbewusst ablaufende Vorgänge betrachtet, die erst einmal das Selbstwerterleben schützen, aber den inneren Konflikt mit dem Thema nicht lösen. Das Thema *Essen* korreliert mit dem Element *Arzt*, auf den Hoffnung im Umgang damit übertragen wird. Die Patienten scheinen das Thema *Essen* als ärztliche Verantwortung/Handlung zu verstehen. Vielleicht wird im Sinne der Triangulierung mit dem Element *Arzt* die Hoffnung auf Ablösung aus den symbiotischen Versorgungswünschen.

Die Bedeutung des Shunts und der Punktion als sich wiederholende und direkte Hautverletzung, stellt eine innere Ambivalenz her, die sich in der Übertragungsbeziehung zum Fachpersonal ausdrückt, oder verschoben wird auf das Element *Ich mit vielen Konflikten mit...* Neben den bereits dargestellten entwicklungspsychologischen Zusammenhängen stellt die Haut auch ein psychosomatisch reagierendes Organ da (Brähler 1995, S.65), mit grundlegenden

Ich-Funktionen (Sicherheit, Anerkennung). Das Hautbild Shunt sowie der Blutfluss aus dem eigenen Körper kann zu Entstellungsgefühlen mit Distanz zum eigenen Körper führen. Dagegen erleben die PD-Patientengruppen mehr Sicherheit. Durch die differenzierten psychischen Repräsentanzen des Unbewussten Körper-Ichs (Organfunktionen im Inneren, Oralität) unterscheidet sich das Erleben an der Dialyse durch die Charakterisierung der Konstrukte von der HD-Patientengruppen.

Eine aus psychologischer und sozialpsychologischer Sicht notwendige Auseinandersetzung mit dem Thema erfordert einen kontinuierlichen Lernprozess unter Berücksichtigung ernährungspsychologischer Inhalte und Verhaltensweisen. Unter dem Gesichtspunkt eines bewussten Selbsterlebens, kann der Patient sich selbst zum Objekt machen. Rudolf (1996, S. 66) betont die Bedeutung einer Selbstrepräsentanz im Sinne eines Selbstbildes, das der Patient sehen mag. Aus dem präreflexiven erlebenden Selbst wird durch die Unterstützung bei der Betrachtung des Selbst-Bildes an der Dialyse ein reflexives selbstverantwortliches und handelndes Ich.

Die Förderung von Selbstkompetenzen durch eine von Wertschätzung und Anerkennung getragene Patientenschulung als Voraussetzung für die PD-Behandlung hat einen positiven Effekt auf den Umgang mit dem anschließenden Wechsel zur HD-Behandlung. Die Elemente zum Selbstbild zeigen zum Ideal-Selbst eine geringere Distanz, das weist auf ein besseres Selbstwertgefühl hin als das der Patienten, die nur mit HD behandelt wurden. Ein größeres Maß an Selbstbestimmung zeigt sich auch durch die geringere Distanz zwischen dem Ideal-Selbst und dem Element Mutter. Die Erfahrung, wichtige Ereignisse kontrollieren oder mitbestimmen zu können, erwies sich sowohl als belastungsreduzierend als auch autonomiefördernd.

Neben den strukturellen Bedingungen scheinen die Beteiligung des Patienten an der Entscheidung für ein Dialyseverfahren und die Mitverantwortung für den Dialyseprozess von besonderer Bedeutung zu sein.

Die Hypothese 4 zur negativen Bewertung des Fachpersonals durch die HD-Gruppe (im Vergleich zu PD) konnte nicht bestätigt werden. Eher wird durch die Identifikation der Patienten mit dem mütterlichen Objekt die Komplexität der

beruflichen Herausforderung für das Fachpersonal deutlich und damit der Bedarf der Patienten an psychologischer Unterstützung durch das Fachpersonal.

## **21 Diskussion**

### **21.1 Möglichkeiten und Grenzen der Methode**

Dieses Verfahren auf der Basis eines konstruktivistischen Wissenschaftsverständnisses ermöglicht eine systematische Erfassung eines Repertoires von Konstruktionen, hier am Beispiel von Patienten mit einer terminalen Niereninsuffizienz unter Berücksichtigung von zwei Behandlungsverfahren. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Repertory-Grid-Technik ein mögliches Verfahren zur Erfassung von Selbsterleben, Objektbeziehungen und Erleben von dialysespezifischen Themen darstellt und eine Einzel- sowie eine Gruppenauswertung ermöglicht. Ein weiterer Vorteil ist die anwendungsspezifische Adaptionfähigkeit, die in dieser Untersuchung zur Standardisierung von den Grids genutzt wurde. Die Frage, inwieweit die erhobenen Ergebnisse zur Konstruktion des Selbst- und der Objektbeziehungen als zeitlich stabile Werte gesehen werden können, kann nur im Rahmen einer Langzeitstudie beurteilt werden. Die Frage nach der Konstruktvalidierung lässt offen, ob das, was erhoben wurde, der theoretischen Vorgabe als persönliches Konstrukt akzeptiert werden kann.

### **21.2 Ausblick**

In dieser Arbeit wurde verdeutlicht, dass existenziell bedrohliche körperliche Erkrankungen, die medizinischen Behandlungen und das Fachpersonal, das Selbsterleben und das Körpererleben individuell beeinflussen. Die dem Selbst inhärente Bereitschaft und Fähigkeit zum Wachstum, zur Reifung und zur Reflexion wird als zentrale Ressource für die Krankheitsbewältigung angesehen. Die Erfahrung und Bewertung eigener Handlungsmöglichkeiten und Erlebensweisen können zur Entwicklung kohärenter Selbst- und Körper selbstbilder führen und damit zu mehr Autonomie und Selbstwirksamkeit.

Die Versorgung von chronisch körperlich kranken Patienten fordert durch die intensive Beziehung eine besondere Verantwortung vom Arzt und vom Fachpersonal. Über kompetente medizinische und technische Versorgung hinaus benötigen die Patienten eine stabile, tragfähige und sichere Beziehung und Individualität in der Krankheitsverarbeitung.

Bereits der Psychiater und Philosoph Jasper (in Fahrenberg 2007) stellte fest:

*„...Immer ist der Mensch in seiner Lage als Einzelner vor die Aufgabe gestellt mit seiner Krankheit in seiner Weise eine Lebensform zu finden, die nicht allgemein entworfen und nicht identisch wiederholt werden kann.“*

Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstreichen die Bedeutung der interpersonellen Beziehungen und können als Orientierung einer therapeutischen Orientierung für medizinisches Fachpersonal herangezogen werden.

So wie der Mensch durch wertschätzende Objektbeziehungen, intrapsychische Prozesse und Austausch zu einer individuell möglichen Entfaltung seiner inneren Selbstzustände gelangen kann, so können auch Entfaltungsmöglichkeiten durch die Vernetzung interdisziplinärer Versorgungsstrukturen als äußere Systeme, Fertigkeiten, Fähigkeiten und Möglichkeiten im Sinne des chronisch kranken Patienten zunehmend aktiviert werden.

Weitere sozialmedizinische, psychosoziale, sozialpsychologische und pflegewissenschaftlichen Forschungsbemühungen sowie Erfahrungen aus der psychologischen Tätigkeit mit existenziell körperlich chronisch kranken Menschen und entsprechenden integrativen Weiterbildungen für das Fachpersonal, können zu einer weiteren Optimierung der Patientenbetreuung und Therapieadhärenz beitragen.

## 22 Literatur

- Achilles P., Stoffels H. (2008): *Die Dimensionen des Pathischen im Gesundheitsverständnis Viktor von Weizsäckers*. In: Grönemeyer D., Kobusch T., Schott H. *Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen und Kulturen*. S. 231-249, Niemeyer Verlag, Tübingen.
- Altick R. (1965): *Lives and letters-A history of literary biography in England and America*. Knopf Verlag, New York.
- Ameln von F., Gerstmann R., Kramer J. (2005): *Psychodramatische Arbeit auf der Gruppenebene*. In: *Psychodrama*, S.98-117, Medizin Verlag, Heidelberg.
- Antonovsky (1979): *Was erhält Menschen gesund?* In: Bendel J., R. Strittmatter, Willmann H. (2001): *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. BZGH-Verlag, Köln.
- Anzieu D. (2013): *Das Haut-Ich*. 5. Auflage. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Arbeitskreis OPD; Cierpka M. (Hrsg.): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. 3. Auflage. Huber Verlag, Karlsruhe.
- Arolt V., Diefenbacher A. (2004): *Psychiatrie in der klinischen Medizin-Konsiliarpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, Steinkopf Verlag, Darmstadt.
- Aronson Elliot; Wilson Timothy D.; Akert Robin M. (2008): *Sozialpsychologie*. 6. aktualisierte Auflage, Pearson Studium, München.
- Auchter S., Strauss L (2003): *Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse*. Vandenhoeck&Ruprecht Verlag, Göttingen.
- Balck F. (2008): *Die psychische Situation des Dialysepatienten*. *Z Med. Psychologie*, S.17, S. 5-8.
- Balck F., Koch U., Speidel H. (Hrsg.) 1985: *Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz*. Berlin. Springer Verlag, S.445-474.
- Balck F., Muthny F.(2015): *Psychonephrologie*. Pabst Science Publishers Verlag.
- Balint M. (2013): *Angstlust und Regression*. 7. Auflage, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Balint M.(1937/1982): *Frühe Entwicklungsstadien des Ichs. Primäre Objektliebe*. *Imago-Zeitschrift für psychoanalytische Psychologie ihre Grenzgebiete und Anwendung*. Heft 3 (XXIII), S. 270-288. Publisher Verlag. In: Kutter P. (1982).*Psychologie der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S.19-42.

- Bandura, A. (1981). Self-referent thought: A developmental analysis of self-efficacy. In J. Flavell & L. Ross (Eds.), *Social cognitive development: Frontiers and possible futures*. (pp. 200-239). Cambridge: Cambridge University Press.
- In: Barkhoff J., Engelhardt von .D. (2010): *Körperkult, Körperzwang, Körperstörung*. Mattels Verlag, Heidelberg.
- Barlösius E. (2014): *Dicksein-Wenn der Körper das Verhältnis zur Gesellschaft bestimmt*. Campus Verlag Frankfurt / New York.
- Bartholomew U. (1993): *Die Selbst-Identitäts-Grafik*. In: Scheer J.W.; Catina A.(Hrsg.): *Einführung in die Repertory Grid-Technik*, Band 2. Klinische Forschung und Praxis. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Bengel J., Jerusalem M. (Hrsg.) 2009: *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*, S. 62 – 97, Hogrefe Verlag Göttingen-Bern-Wien-Paris.
- Beutel M. (1988): *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim, Edition Medizin.
- Bittner G. (1986): *Vernachlässigt die Psychoanalyse den Körper?* *Psyche* (Zeitschrift für Psychoanalyse und Anwendung) Jahrgang 40, Heft 8, S.709-734. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Böker H. (1999): *Selbstbild und Objektbeziehungen bei Depressionen*. Steinkopff Verlag, Darmstadt.
- Bordieu P. (2001): *Die Wirkungsmacht des Symbolischen*. *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 34, Heft 2, April 2005, S. 112–127. Lucius & Lucius Verlag Stuttgart.
- Borkenhagen A. (2000): *Dissoziationen des Körpers*. Psychosozial Verlag, Gießen.
- Bowlby J. (2006): *Bindung*. Reinhardt Verlag, München.
- Bowlby, J. (2008): *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie*. Reinhardt Verlag, München.
- Brähler, E. (1995): *Körpererleben – Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele*. 2. Auflage. Psychosozial Verlag, Gießen.
- Breuch G.; Müller E. (2014): *Fachpflege Nephrologie und Dialyse*. 5. Auflage. Urban und Fischer Verlag, München.
- Broda, M. (1987): *Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten*. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder. Dissertation. Deutscher Studienverlag, Weinheim.
- Bruch H. (1973): *Eating Disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books.

Buchwald P., Schwarzer C. Hobfoll S. (2004): *Stress gemeinsam bewältigen*. Hogrefe Verlag, Göttingen-Bern-Paris.

Bulinger, M. und Kirchenberger (1998): *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit*. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 47, S. 76-91.

Bundesministerium für Gesundheit (2014) <http://www.bmg.bund.de/>.

Corbin J.M.; Strauss A. (2004): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Huber Verlag, Bern.

Damasio A. (2011): *Selbst ist der Mensch*. Siedler Verlag, München.

Davis S., Enders A., Lamers J. (2012): *BASICS Psychosomatik und Psychotherapie*. 2. Auflage, Elsevier, Urban und Fischer Verlag, München.

Decker O. (2004): *Der Prothesengott – Subjektivität und Transplantationsmedizin*. Psychosozial Verlag, Gießen.

Decker O. (2006): *Organaustausch und Prothese. Zerstückelung und Ganzheitsphantasien*. In: Schicktanz S., Ehm S. (Hrsg.) *Körper als Maß – Biomedizinische Eingriffe und ihre Auswirkungen auf Körper*, S.147-168. Hirzel Verlag, Stuttgart.

Decker O. (2011): *Der Warenkörper. Zur Sozialpsychologie der Medizin*. Klampen Verlag, Springe.

Decker O. Borkenhangen A., Brähler E.: (2000): *Das Wahre, Schöne, Gute oder schöne gute Ware?* *Psyche*, 2001, 55 (11), S. 1245-1252

Dornes M. (2004): *Die emotionale Welt des Kindes*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.

Dornes M. (2009): *Der kompetente Säugling*. Die präverbale Entwicklung des Menschen, 12. Auflage, Fischer Verlag, Frankfurt am Main.

Dreus S.; Brecht K.(1975): *Psychoanalytische Ich-Psychologie*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.

Edelmann G.(1995): *Göttliche Luft, vernichtendes Feuer – Wie der Geist im Gehirn entsteht*. Piper Verlag, München.

Egger J. W. (2005): *Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit*. In: *Psychologische Medizin, Forschung und Lehre Research*, 16.Jahrgang 2005, Nr. 2, S. 3-12.

Elgeti R. (1999): *Unsterblichkeitsglaube – Tröstungsphantasie oder Selbsterkenntnis*. In: Schlösser A.M., Höhfeld K. (Hrsg.) *Trennungen*, S. 309-324. Psychosozial Verlag.

- Elgeti R.(2001): *Kreativität und Scheitern als Dimensionen der Freiheit*. In Schlösser A. M., Gerlach A. (Hrsg.) *Kreativität und Scheitern*. S. 53-65. Psychosozial Verlag.
- Engelhardt v. D. (1986): *Mit der Krankheit leben. Grundlagen und Perspektiven der Copingstruktur des Patienten*. Verlag für Medizin, Fischer, Heidelberg.
- Epstein S. (1979/ 1993): *Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie*. In Filipp S. *Selbstkonzept-Forschung*. Klett Cotta Verlag, Stuttgart.
- Erdheim M. (1984): *Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt. S. 417.
- Erikson E.(1950): *Kindheit und Gesellschaft*. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Erikson E.(1959): *Identität und Lebenszyklus*. 11. Auflage. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M.
- Ermann M. (2004): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 4. Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Faccio E.; Belloni G.; Castelnuovo (2012): *The power semantics in self and other repertory grid representations: a comparison between obese and normal-weight adult woman*. *Frontiers in Psychology*, Volume 3, Article 517.
- Fahrenberg J. (2003): *Annahmen über Menschen-Menschenbilder*. Asanger Verlag, Kröning.
- Faller H (1998) *Somatisierung, Krankheitsattribution und Public Health.*, S. 193-214. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 46:
- Faller H (2001) *Krankheitsbewältigung und Überlebenszeit bei Krebskranken*. S. 20-35 *Literaturübersicht und Ergebnisse einer Untersuchung mit Lungenkrebspatienten*. *Psychotherapeut* 46:
- Federn P. (1978): *Ich-Psychologie und die Psychosen*. 2. Auflage. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Fehrmann S. (2002): *Die Psyche isst mit – wie sich Psyche und Ernährung beeinflussen*. Foitzick Verlag, München.
- Ferdinand M., Beyer G., Martin, Muth C., Saal K., Jochen Fullerton B., Nolte E., Erler A.(2011): *Qualität der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland*. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Volume 105, Issue 8, 554-562, Elsevier Verlag.
- Fesenfels Anke (2006): *Brustverlust – Zum Leib-Erleben von Frauen mit einer Brustamputation*. Tectum Verlag, Marburg.

- Fitzgerald Miller J. (2000): *Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden*. Hans-Huber Verlag, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle.
- Folkman, S. & S. Greer (2000): *Promoting psychological well-being in the face of serious illness - When theory, research, and practice inform each other*. In: *Psycho-Oncology*, 9, 11-19.
- Fonagy P.; Target M. (2003): *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Klett Cotta Verlag, Stuttgart.
- Fransella F, Bannister D. (1977): *Grid Methodik*. In: Fromm M. (2010) *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Springer Verlag.
- Freud A. (2006): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. 19. Auflage, Fischer Verlag, Frankfurt a.M.
- Freud S. (1914): *Zur Einführung des Narzissmus*. In: Dosheva Borislava (2009): *Das Konzept des Narzissmus bei der Freudschen Abhandlung „Zur Einführung des Narzissmus“*. Grin Verlag GmbH, Norderstedt.
- Freud, S.(1923, 2013): *Das Ich und das Es*. Reclam Verlag, Stuttgart.
- Freyberger H.(1985): *Psychodynamisch orientiertes Psychotherapiemodell für Dialysepatienten und ihre Partner*. In: Balck F., Koch U., Speidel H. (Hrsg.) *Psychonephrologie*, S. 528-540, Springer Verlag.
- Fröhlich-Rüfenacht S.; Rousselot A.; Künzler A. (2013): *Psychosoziale Aspekte chronischer Erkrankung und deren Einfluss auf die Behandlung*. *Schweiz. Med. Forum* 13 (10), S.206-209.
- Fromm M., Paschelke (2010): *GridPractice*. S.104 - 123. Books on Demand GmbH, Norderstedt
- Fuchs Thomas (2000): *Psychopathologie von Leib und Raum*. Steinkopff-Verlag, Darmstadt.
- Gaus E., Köhler K.; Koch U.; Beutel M.; Muthny F.A. (1986): *Psychosomatische Gesichtspunkte bei der Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz*. In: Adler R; Hermann J.M.; Köhle K.; Schonecke O.W.; Uexküll T. von; Wesiack, W. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München.
- Geberth S., Nowack R.(2014): *Praxis der Dialyse*. 2. Auflage. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.
- Geißler P., Heisterkamp G. (2007): *Psychoanalyse und Lebensbewegungen*. Springer Verlag, Wien, New York.
- Gensichen F.M. (2006): *Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker, Teil 1 Chronische Erkrankungen als*

*Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis*, S.335-343. ZaeFQ Elsevier Verlag, Frankfurt am Main.

Grosskurth P. (1992): *Melanie Klein, Ihre Welt und ihr Werk*. Verlag Internationale Psychoanalyse.

Grunert J. (1977): *Körperbild und Selbstverständnis*. Psychoanalytische Beiträge zur Leib-Seele Einheit. Kindler Verlag, München.

Grypdonck M. (1999): *To lift live above illness*. The role of the nurse in the care of chronically ill. 2. Konferenz Pflge Theorie, 23 - 25.09 1999, Nürnberg.

Guilford, J.P. (1964): *Persönlichkeit*. Beltz Verlag, Weinheim.

Halfdanarson T.Jatoi A. (2010): Oral cancer chemotherapy. S. 247-252. *Curr Oncol Rep*. 12.

Harten G., Moré A. (2003) *Vor allen Worten und zwischen den Zeilen*. In: Schäfer J.(Hg.), *Körperspuren*. Bd.25, Vandenhöck&Ruprecht Verlag, Göttingen, S. 54-90.

Härter B., Bengel H. (2007): *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Hartmann F. (1993): *Chronisch krank oder bedingt gesund?* In: Hammer C., Schubert V. (1993): *Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung*. R.S. Schulz Verlag.

Hartmann H. (1972): *Ich-Psychologie: Studien zur psychoanalytischen Theorie*. Klett Cotta Verlag, Stuttgart.

Hartmann H. (1975): *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*. 3. Auflage, Klett Verlag, Stuttgart.

Hartmann H. (1997): *Ich-Psychologie*. 2. Auflage, Klett Cotta Verlag, Stuttgart.

Häuser W., Muthny F. A. (1988): *Bewältigungsprozesse bei chronischer Nierenerkrankung in der Einschätzung von Pflegepersonal und Ärzten*. In *System Familie: Forschung und Therapie*, Bd.4,Heft 1, S. 48-50, Springer Verlag, Heidelberg.

Heigel-Evers, A. (1990): *Anmerkungen zu „Ursachenfragen bei neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen“ von Walter Bräutigam*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 36, S. 237-239. Vandenhoeck und Ruprecht Verlag.

Heil J. (2011): *„We live forward, we understand backward“ Philosophie und Psychologie im Denken von William James*. Themenschwerpunkt „Subjekt

und Objekt“. IZPP (Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik). Ausgabe 1/2011.

Hellige B.(2002): *Balanceakt Multiple Sklerose*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln.

Hirsch M. (2011): *Der eigene Körper als Objekt*. S. 1, 4, 46, 155ff, Psychosozial Verlag, Gießen.

Hoffmann S.O. (2006): *Viktor von Weizsäcker: Arzt und Denker gegen den Strom*. Deutsches Ärzteblatt 103 (11): A 672-67/ B-577 / C-55.

Hopf H. Heinemann E.(2004): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Hörl v. W. H., Wanner C. (Hrsg.) (2003): *Dialyseverfahren in Klinik und Praxis*. 6. Auflage, Thieme Verlag Stuttgart.

Huppmann G; Wilker F. (1988): *Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie*, Urban&Schwarzenberg Verlag, München, Wien, Baltimore.

James W. (1890): *Principies of psychology*. S. 291-319. Voll 1-2. London, Macmillan.

Jochen S. (Hrsg.) (1984): *Familie und individuelle Entwicklung*. Übs. Theusner-Stampa G. Fischer Verlag, Frankfurt a.M. Originalausgabe unter dem Titel: *The Family and Individual Development*. London Tavistock 1965 (Fischer TB).

Joraschky P.(1986): *Das Körperschema und das Körper selbst*. In Brähler E. (1995) 2. Auflage. Psychosozialverlag, Gießen.

Joraschky P., Loew J., Röhrich F. (2009): *Körpererleben und Körperbild*. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York.

Kaechele H., Steffens W. (Hrsg.), 1988: *Bewältigung und Abwehr – Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.

Kandel E. (2012): *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes*. 4.Auflage, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.

Kaplan de Nour, A. (1985): *Persönlichkeitsfaktoren und Adaptation*. In: Balck, F., U. Koch & H. Speidel (Hrsg): *Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz*. Springer Verlag, Heidelberg.

Keller C., Geberth S. K. (2010): *Praxis der Nephrologie*. 3.Auflage, Springer Verlag, Berlin.

Kelly, George (1955/1991) *The psychology of personal constructs*. New York: Routledge in association with the Centre for Personal Construct Psychology, London.

- Kernberg O. (1988): *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. In: Freedmann A. et al. *Psychiatrie in Praxis und Klinik*. Bd. 3 Neurosen. Stuttgart, Thieme Verlag. S.163-181.
- Kirsch J., Jordan J. (2000): *Die Repertory-Grid-Technik als Instrument der Psychotherapieforschung*. VAS Verlag, Frankfurt am Main.
- Klein M. (1946): *Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen*. In: Thorner, H.A (1983): *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Klöpper M. (2014): *Die Dynamik des Psychischen*. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Klöß-Rotmann L. (1992): *Haut und Selbst*. Jahrbuch der Psychoanalyse (29), Psychosozial Verlag.
- Knoll N. (2011): *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Reinhardt Verlag, München.
- Koch K. M. (2000): *Klinische Nephrologie*. Urban und Fischer Verlag, München-Jena.
- Kögler M. (2009): *Möglichkeitsräume in der analytischen Psychotherapie*. Psychosozial Verlag, Gießen.
- Kögler M. (2014): *Übergangsräume bei verfeindeten Volksgruppen am Beispiel eines Nah-Ost-Konfliktes*. In: Kögler M., Busch E. (Hrsg.): *Übergangsobjekte und Übergangsräume*. S. 169-187. Psychosozial Verlag, Gießen.
- Kohut H. 1991: *Die Heilung des Selbst*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Kohut H. (1982): *Vier Grundbegriffe der Selbstpsychologie*. *Psychoanalyse* 2/3, S. 181-205. In: Ludwig-Körner: *der Selbstbegriff in der Psychologie und Psychotherapie*. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.
- Kohut H. 1976: *Narzissmus*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M.
- Kubinger, von K. D., Rasch D., Yanagida T. (2011): *Statistik in der Psychologie*. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto.
- Küchenhoff J (1995): *Psychosomatische Wechselwirkung – zur Interaktion körperlicher und seelischer Faktoren im Krankheitsverlauf des Morbus Chron*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, Band 41.
- Küchenhoff J. (1992): *Körper und Sprache*. Asanger Verlag, Heidelberg.

- Kutner N.; Zhang R.; Barnhart H.; Collins A. (2005): *Health status and quality of life reported by incident patients after 1 year on haemodialysis or peritoneal dialysis*. Nephrol Dial. Transpl. 20: S. 2159-2167.
- Kutter P. (1980): *Emotionalität und Körperlichkeit. Anmerkungen zu einer Emotiogenese psychosomatischer Störungen*. Prax. Psychotherapie, Psychosomatik; 25. S. 131-145.
- Lacan J. (1986/1991): *Das Spiegelstadium als Bildner der Ich-Funktionen*. Schriften 1, 3. Auflage, Quadriga Verlag, Weinheim.
- Lamnek S. (1987): *Qualitative Sozialforschung*. Bd.1. Psychologie Verlag, München.
- Lang P. (2005): *Nicht nur in Begleitung meines Körpers*. Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main.
- Largo R. H. (2007): *Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht*. 14. Auflage, Piper Verlag, München.
- Lazarus R., Folkmann S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Verlag, New York.
- Lersch P. (1951): *Aufbau der Person*. 4. Auflage. Barth Verlag, München.
- Lewin, K. (1969). *Grundzüge der topologischen Psychologie*. S. 41. In: (1936): *Principles of topological psychology*. New York: McGraw-Hill, 1936. Huber Verlag, Bern:
- Lichtenberg J., Lachmann F., Fosshage J. (2000): *Das Selbst und die motivationalen Systeme*. S. 94. Brandes&Apsel Verlag, Frankfurt am Main.
- Lohaus A.(1993): *Testtheoretische Aspekte der Repertory-Grid-Technik*. In: Scheer J., Catina A. (Hrsg.): *Einführung in die Repertory-Grid-Technik. Grundlagen und Methoden*, Bd.1, S. 80-91. Hans-Huber-Verlag, München.
- Ludwig-Körner, C. (1992): *Der Selbstbegriff in Psychologie und Psychotherapie*. Springer Verlag, Wiesbaden.
- Mahler M. Pine F. Bergmann A. (1975/ 1978/ 2003): *Die psychische Geburt des Menschen*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.
- Manthey M. (2011): *Primary Nursing*. Huber Verlag Bern, 3. Auflage, Pfeffer S. (2010) *Krankheit und Biographie – Bewältigung von chronischer Krankheit und Lebensorientierung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Mentzos S., Münch A. (2010): *Reflexionen zu Aspekten einer Theorie der Psychosen*. Vandenhoeck und Ruprecht Verlag,

- Merleau-Ponty M. (1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. De Gruyter Verlag, Berlin.
- Mertens W. (1981): *Krise der psychoanalytischen Theorie?*. In: Mertens W. (Hrsg.): *Neue Perspektiven der Psychoanalyse*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Mertens W. (2013): *Das Zwei-Personen-Unbewusste – unbewusste Wahrnehmungsprozesse in der analytischen Situation*. *Psyche – Z Psychoanal* 67, 2013, S.817-843.
- Mertens W. (Hrsg., 2014): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Kohlhammer Verlag.
- Mikl-Horke G. (2011): *Soziologie*. Oldenburger Wissenschaftsverlag.
- Moré A. (2003): *Bewusste und unbewusste Körperbilder – Ihre Bedeutung in der Persönlichkeitsentwicklung junger Frauen*. In: Ellensohn A., Fallend K. Mätzler K. (Hrsg.) *Werkblatt* 51, Heft 2/20. Jahrgang, 25-45.
- Moreno J.L. (1959): *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*: Einleitung in die Theorie und Praxis. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Muthny F. A. (1988): *Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch Patienten, Ärzte und Personal – Gemeinsamkeiten, Diskrepanzen und ihre mögliche Bedeutung*. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 17, S. 319-333.
- Muthny, F. A. (1992): *Krankheitsverarbeitung im Vergleich von Herzinfarkt-, Dialyse-, und MS-Patienten*. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 21, S. 372-391.
- Nagel, E. Fuchs, C. (Hrsg) (1994): *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin*. Dokumentation des Wiss. Symposiums Mai 1992 in Hannover. Springer Verlag, Berlin.
- Neimeyer GJ. (1991): *Personal memories and personal constructs: reflections of self-constructions and reconstructions*. 9<sup>th</sup> International congress on Personal Construct Psychology. Albany, New York. 09.08.1991.
- Noris H, Makhlouf F. (1976): *The Measurement of Self-identity*. In: Slater P. (Hrsg.) *The Measurement of Intrapersonal Space by Grid Technique*. Vol 1. *Explorations of Intrapersonal Space*, Wiley, London, S.79-82.
- Nowossadeck E. (2012): *Demografische Alterung und stationäre Versorgung chronisch Kranker*. *Deutsches Ärzteblatt*; 109 (9), S. 151-157.
- Peplau H. E. (1997): *Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege*, Verlag Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

- Piaget J., Inhelder B. (1980): *Gedächtnis und Intelligenz*. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Pine F. (1990): *Die vier Psychologen der Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Praxis*. *Forum der Psychoanalyse*, 6/3, S. 232-249.
- Plassmann R. (1987): *Organ Worlds: Outline of an Analytical Psychology of the Body*. *Psychoanalytic Inquiry* 18(3), 344-367
- Porsch, Udo (1997): *Der Körper als Selbst und Objekt*. Vandenhoeck& Ruprecht Verlag, Göttingen.
- Puchert F. (2008): *Stimmen, Mitmenschen und Selbstaspekte – Eine Untersuchung chronisch akustisch halluzinierender schizophrener Patienten und Patientinnen mit dem Repertory Grid Test*. Dissertation, Berlin.
- Pudel V., Westenhöfer J. (1998) *Ernährungspsychologie*. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 2. Auflage, S.38ff.
- Raithel A (1993): *Auswertungsmethoden für Repertory Grids*. In: Scher J. Catina A. *Einführung in die Repertory Grid Technik*. Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto Seattle.
- Reimer C., Eckert J., Hautzinger M., Wilke E. (2000): *Psychotherapie*. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 2. überarbeitete Auflage. Springer Verlag, Heidelberg.
- Rieder E. (2013): „Ich bin froh, nur Pillen schlucken zu müssen!“- Adhärenz bei oralen Tumormedikamenten aus pflegerischer Sicht. *Zeitschrift-Onkologiepflege* 4\_5.
- Riemann R. (1983): *Eine Untersuchung zur Validität der Gridtechnik*. *Psychologische Beiträge*, 25. In: Roland K., Jenkins M., Johnson A. (2010): *An Exploration of the Burden Experienced by Spousal Caregivers of Individuals with Parkinson's Disease*. *Movement Disorders*, Vol.25, No.2.
- Rosemeier H. P. (1999): *Vom Umgang mit Sterben und Tod – Medizin-psychologische Reflexion zu einem Tabuthema*. Berlin. <http://www.gemeinde-seelsorgedienst-wittlich.de/>.
- Roth G. (2009): *Aus Sicht des Gehirns*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Rudolf G. (2005): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. 5. unveränderte Auflage. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Rudolf G., Grande T., Henningsen T. (2010): *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur psychotherapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzeptes*. 5. unveränderte Auflage. Schattauer Verlag, Stuttgart.

- Sader M. (1980): *Psychologie der persönlichen Konstrukte*. Juventa Verlag, München.
- Salmon P. (1970): *A psychology of personal growth*: In Bannister D.: *Perspectives in Personal Construct theory*. Academic Press, London.
- Salter M. (1999) *Körperbild und Körperbildstörung*. Ullstein Medical Verlag, Wiesbaden.
- Sandler, J. (1986): *Reality and the stabilizing function of unconscious fantasy*. Bull In: Anna Freud (1999 [1998]): *Innere Objektbeziehungen. Entstehung und Struktur*. Übers. U. Stopfel. Klett-Cotta, Stuttgart
- Sartre J.-P. (1993): *Das Sein und das Nichts*. Versuch einer phänomenologischen Ontologie. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Scheer J.W., Catina A., (1993): *Einführung in die Repertory Grid-Technik*. Bd. 1 und 2, Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto.
- Schilder P. (1973): *Entwurf zu einer Psychiatrie auf einer psychoanalytischen Grundlage*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Schmidt R., Hoffmann F., Faiss J., Köhler W. (2015): *Multiple Sklerose*. 6. Auflage. Urban und Fischer Verlag, München.
- Schmidt-Boß S. (2007): *Enuresis und Enkopresis*. In: Hopf H.; Windaus H. *Lehrbuch der Psychotherapie*. CIP-Medien Verlag, München.
- Schmits H.(1965): *Subjektivität*. Beiträge zur Phänomenologie und Logik, Bonn.
- Schneider C. (2001): *Persönlichkeit und Selbst*. Dr. Kovac Verlag, Hamburg.
- Schoeffling, S. (2010): *Chronische Niereninsuffizienz: Belastungen, Krankheitsverarbeitung und psychosoziale Interventionsmöglichkeiten*. Dissertation, Fachbereich 5: Erziehungswissenschaften der Universität Koblenz-Landau, Internet: <http://kola.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2011/688/>.
- Schulz-Kindermann F. (2013): *Psychoonkologie*. 1.Auflage, Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Schwab K. (2006): *Die Bedeutung standardisierter Maße der Repertory-Grid-Technik als ein idiografisches Verfahren in der Beziehungsdiagnostik in der Psychosomatik*. Dissertation, Marburg.
- Seidl E., Walter I. (Hrsg.) (2000): *"Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag*. Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation", Verlag Wilhelm Maudrich, ISBN 3-85175-827-7.

- Seiffge-Krenkel I. (2009): *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie*, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Selvini Palazzoli M. (1982): *Magersucht*. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Selye, H. (1974/1976). *The Stress of Life*. McGraw-Hill, New York:
- Siegrist J. (2009): *Sozialpsychologische und soziologische Grundlagen*. In: Wippert P.-M., Beckmann J. Stress- und Schmerzursachen verstehen. S. 3 - 16. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Slater M. (1999) *Körperbild und Körperbildstörung*. Ullstein Medical Verlag, Wiesbaden.
- Slater P. (1972): *Notes of Ingrid-72*. Academic Department of Psychiatry. St. George Hospital, Clairhouse, London.
- Sokol C., Hoppenworth U. 2006: *Arbeiten mit Dialysepatienten*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Sokol, C. (2014): *Selbstwert- und Abhängigkeitserleben von Dialysepatienten unter Berücksichtigung von Hämodialyse (HD) und Peritonealdialyse*. *Dialyse aktuell*, 07/2014, Thieme Verlag, Stuttgart.
- Sokol, C., Hoppenworth, U. 2006: *Coping: Eine Balance zwischen Krankheitsbewältigung und Abwehr*. In: Schmidt R.M., Hofmann F. Multiple Sklerose, 2006. 4. Auflage, Elsevier GmbH, München, S.371 - 379.
- Sokol, C., Hoppenworth, U. 2012: *Vom Coping zum Coaching: Paradigmenwechsel in der Patientenbetreuung*. In: Schmidt R.M., Hofmann F. Multiple Sklerose, 2012. 5. Auflage, Elsevier GmbH, München, S.375 - 383.
- Spaemann R. (2006): *Personen – Versuche über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“*. 3. Auflage, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Speidel, H. (1976/ 1985): *Spezifische psychische Belastungsfaktoren in der Dialysesituation*. In: Balck, F., U. Koch & H. Speidel 1985: Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz. S. 235-246. Springer Verlag, Berlin.
- Spitz R. (1951) In: Thyson P., Thyson R. (2009): *Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie*. 3. Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Stern D. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart.
- Stern, D. (2007): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. 9. Auflage. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart:

- Stern, D. N. (2000): *Mutter und Kind. Die erste Beziehung*. 4. Auflage, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Stern, D. N. (2004): *Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt*. 13. Auflage, Piper Verlag, München.
- Stockmeyer A. (2004): *Identität und Körper in der (post) modernen Gesellschaft*. Tectum Verlag, Marburg.
- Strauch-Rahäuser G. (1985): *Interaktionelle und berufsspezifische Probleme bei Teamangehörigen in Dialyseeinrichtungen*. In: Balck F., Koch U.; Speide H: *Psychonephrologie*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio.
- Strittmatter R., Künzler A. (2010): *Auffangnetz in der neuen Realität*. Psychoscope, 31, (1-2), S. 6-7.
- Tschudi F. (1993): *Manual Flexgrid 5.21*. Tschudi System Sales, Oslo. In: Fransela F., Bell R., Bannister D. (2004): *A Manual für Repertory Grid Technique*, 2.Edition. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex, England.
- Wanka J. (aktualisiert 2014): *Forschung für die Gesundheit: Chronisch Krank und trotzdem gesund?* Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Warsitz R. P. (1989): *Von den Spuren der Seele im Körper*. Fragmente, Schriftreihe zur Psychoanalyse, Heft 31.
- Watson, J.B. (1914): *Behavior*. Holt, Rinehart & Winston Verlag, New York.
- Watzlawick P. (1981): *Die erfundene Wirklichkeit. Beiträge zum Konstruktivismus*. Piper Verlag, München.
- Wedler H., Kolip P., Abel T. (Hrsg.) (2000): *Gesundheit, Salutogenese und Kohärenzgefühl*. In: *Salutogenese und Kohärenzgefühl*, S.11-19. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Wezsäcker von V. (Autor), Rimpau W., Hontschick B. (Hrsg.): *Warum wird man krank?* medizinHuman, Suhrkamp Verlag, Berlin.
- Winnicott D. (1972) *Playing and Reality*. S.7. London New York Basic Books.
- Winnicott D. W. (2002): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*, Psychosozial Verlag Gießen.
- Winnicott D.W.(2008): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Psychosozial Verlag, Gießen.

Winter D. (1993): *Psychische Störung aus Sicht der Personal Construct Psychology*. In: Scheer J., Catina A. (Hrsg.): *Einführung in die Repertory Grid-Technik*, Band 2. Klinische Forschung und Praxis. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Wolf E.(1996/1998): *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. S. 57. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.

## 23 Anhang

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Patient an der Hämodialyse .....	57
Abbildung 2: Patient an der Peritonealdialyse .....	59
Abbildung 3: Scree Plot (HD-alle). Die Scree-Plots der weiteren Untersuchungsgruppen sind im Anhang Abb. 8/9/10 zu sichten. ....	162
Abbildung 4: Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse (PCA), (HD-alle) in Form eines Biplot des in Abbildung 4 dargestellten Grid. Zur besseren Lesbarkeit sind die PCA's aller vier Patientengruppen im Anhang vergrößert dargestellt. ....	174
Abbildung 5: Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse (PCA), (PD-alle).....	175
Abbildung 6: Mittelwerte - Kruska-Wallis-Test - 0 Zellen (0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. ....	191
Abbildung 7: Mittelwerte der Konstrukte in Korrelation zum Element: Ich an der Dialyse .....	194
Abbildung 8: Mittelwertermittlung im Bezug auf das Element <i>Ideal-Selbst</i> : <i>Ich wie ich sein will (...)</i> und das Selbstelement <i>Ich an der Dialyse</i> .....	197
Abbildung 9: Mittelwerte der Konstrukte entspannt - aggressiv.....	198
Abbildung 10: Mittelwerte der Konstrukte unabhängig-abhängig .....	199
Abbildung 11: Mittelwerte der Konstrukte selbstbewusst-unsicher.....	199
Abbildung 12: Mittelwerte der Konstrukte angstfrei-Angst.....	200
Abbildung 13: Kreuztabelle zur Auswertung der folgenden Fragestellungen .....	202
Abbildung 14: Durchschnittliche Bewertung von „eigene Meinung - angepasst“ der HD-alle Patienten, Abfrage 12 Fachpersonal .....	204
Abbildung 15: Durchschnittliche Bewertung von „eigene Meinung - angepasst“ der HD-HD Patienten, Abfrage 13 „Arzt“ .....	205
Abbildung 16: PD-alle.....	234
Abbildung 17: HDPD-HD-alle .....	234
Abbildung 18: HDPD-PD-alle .....	235
Abbildung 19: Hauptkomponentenanalyse-HD-Patienten-alle. ....	240
	228

Abbildung 20: Hauptkomponentenanalyse - PD-Patienten-alle.....	241
Abbildung 21: Hauptkomponentenanalyse – HDPD-PD-alle .....	242
Abbildung 22: Hauptkomponentenanalyse – HDPD-HD-alle .....	243

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Heine (Universitätsklinik Düsseldorf, 2016); Keller (2010); Sokol (2014, [2]) Schöffling (2010); Kuttner, Zhang und Barnhart, Collins (2005).....	61
Tabelle 2: Kategorisierung der Elemente .....	149
Tabelle 3: Grid-Matrix (Selbstbild - Element: Ich vor der Krankheit).....	155
Tabelle 4: Soziodemographische Daten. Erläuterung: (M.=Monate, J.=Jahre) .....	159
Tabelle 5: Bearbeitungsort der Grid-Matrix.....	161
Tabelle 6 : Die Scree-Plots dieser Untersuchungsgruppen sind im Anhang Abb. 4/5/6 zu sichten.....	162
Tabelle 7: Ergebnisse der Faktorenanalyse (Grid), Elemente aus allen 4 Gruppen .....	165
Tabelle 8: Ergebnisse der Faktorenanalyse (Grid), Konstrukte aus allen 4 Gruppen .....	170
Tabelle 9: PD und HD Dialyseorte.....	203
Tabelle 10: Anzahl der extremen Bewertungen der Patientengruppe HD-alle .....	236
Tabelle 11: Anzahl der extremen Bewertungen der Patientengruppe PD-alle.....	237
Tabelle 12: Anzahl der extremen Bewertungen der Patientengruppe HDPD-HD .....	238
Tabelle 13: Anzahl der extremen Bewertungen der Patientengruppe HDPD-HD .....	239

## 23.1 **Abbildung 3: Erhobene Elemente (insgesamt)**

### **Selbstbild**

Ich vor der Krankheit  
Ich mit der Krankheit  
Ich, wie ich sein will  
Ich, wie ich sein muss  
Ich an der Dialyse  
Ich zu Hause

### **Beziehungen**

Gut verstanden fühlen von...  
Viele Konflikte mit..  
Schwestern / Pfleger  
Arzt  
Partner/Partnerin  
Mutter  
Vater  
Geschwister

### **Dialysespezifische Themen**

Thema Essen  
Thema Trinken  
Thema Zeit  
Thema Punktion  
Thema Sexualität  
Thema Todesbedrohung

## 23.2 Abbildung 4: Erhobene Konstrukte (insgesamt)

Konstruktpol (1)	Kontrastpol (5)
unabhängig	abhängig
zufrieden	unzufrieden
verantwortungsbewusst	verantwortungslos
angstfrei	angst
entspannt	aggressiv
emotional	rational
durchsetzen	unterordnen
selbstbewusst	unsicher
Selbstwertgefühl	kein Selbstwertgefühl
eigene Meinung	angepasst
kontrolliert	unkontrolliert
optimistisch	pessimistisch
offen	ablehnend
frei sein	beherrscht werden
akzeptiert	abgelehnt
vertrauen	misstrauen
Herausforderung	Resignation
informiert	uninformiert
unsensibel	einführend
wichtig	unwichtig
leicht	schwermütig
rücksichtsvoll	rücksichtslos
aufgeschlossen	kein Interesse
sicher	unsicher
gesprächig	reserviert
interessiert	gleichgültig
mache mir Gedanken	verdränge
ordentlich	chaotisch
wertvoll	wertlos
aktiv	passiv
spontan	gelähmt
entschlossen	unentschlossen
handlungsfähig	handlungsunfähig
im Kontakt	zurückgezogen
Lebensqualität	keine Lebensqualität

### 23.3 **Abbildung 5: Erhobene Elemente (Fragebogen)**

#### **Selbstbild**

Ich vor der Krankheit  
Ich mit der Krankheit  
Ich, wie ich sein will  
Ich, wie ich sein muss  
Ich an der Dialyse  
Ich zu Hause

#### **Beziehungen**

Gut verstanden fühlen von...  
Viele Konflikte mit..  
Schwestern / Pfleger  
Arzt  
Partner/Partnerin  
Mutter  
Vater

#### **Dialysespezifische Themen**

Thema Essen  
Thema Trinken  
Thema Zeit  
Thema Punktion

## 23.4 Scree-Plots

Einstellungen					
PC 1 - PC 2 (Varimax)		PC 1 - PC 3 (Varimax)		PC 2 - PC 3 (Varimax)	Eigenwerte/Scree-Plot (Unrotiert)
PC	Eigenwert	% Varianz	Kumulativ %	Scree	
1	9.07	39.45	39.45	[Green bar]	
2	6.44	28.01	67.46	[Green bar]	
3	2.65	11.53	78.98	[Green bar]	
4	1.18	5.13	84.11	[Green bar]	
5	0.97	4.23	88.34	[Grey bar]	
6	0.78	3.38	91.72	[Grey bar]	
7	0.58	2.54	94.26	[Grey bar]	
8	0.40	1.74	96.00	[Grey bar]	
9	0.37	1.63	97.63	[Grey bar]	
10	0.24	1.03	98.66	[Grey bar]	
11	0.16	0.70	99.36	[Grey bar]	
12	0.12	0.51	99.87	[Grey bar]	
13	0.03	0.13	100.00	[Grey bar]	
14	0.00	0.00	100.00	[Grey bar]	
15	0.00	0.00	100.00	[Grey bar]	

Abbildung 16: PD-alle

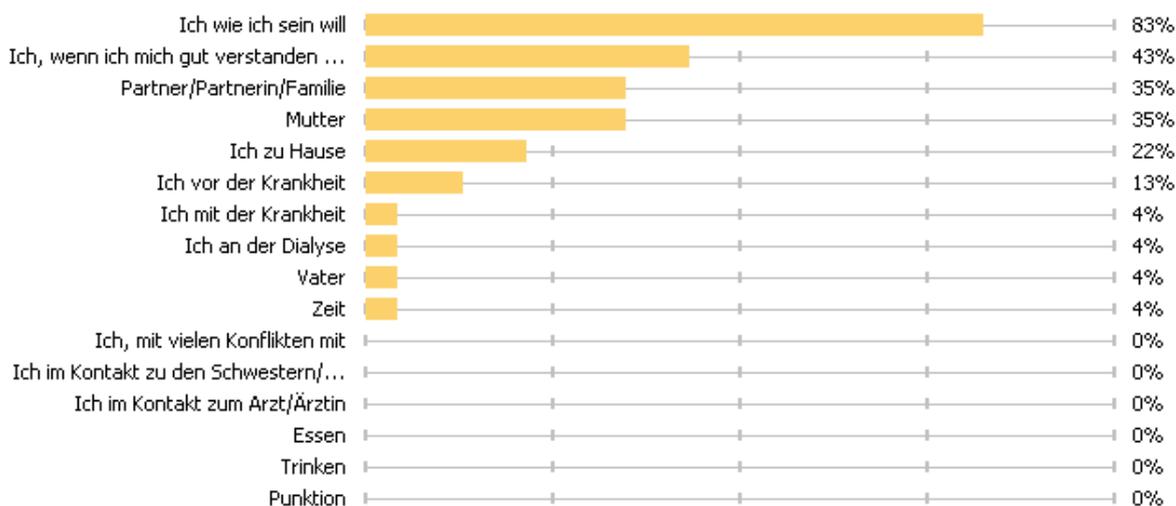
Einstellungen					
PC 1 - PC 2 (Varimax)		PC 1 - PC 3 (Varimax)		PC 2 - PC 3 (Varimax)	Eigenwerte/Scree-Plot (Unrotiert)
PC	Eigenwert	% Varianz	Kumulativ %	Scree	
1	11.65	50.67	50.67	[Green bar]	
2	5.42	23.58	74.25	[Green bar]	
3	1.55	6.73	80.99	[Green bar]	
4	0.97	4.22	85.20	[Grey bar]	
5	0.81	3.54	88.74	[Grey bar]	
6	0.77	3.36	92.10	[Grey bar]	
7	0.48	2.07	94.17	[Grey bar]	
8	0.35	1.54	95.71	[Grey bar]	
9	0.28	1.22	96.93	[Grey bar]	
10	0.22	0.95	97.88	[Grey bar]	
11	0.17	0.72	98.60	[Grey bar]	
12	0.12	0.52	99.12	[Grey bar]	
13	0.11	0.47	99.59	[Grey bar]	
14	0.05	0.23	99.82	[Grey bar]	
15	0.04	0.18	100.00	[Grey bar]	

Abbildung 17: HDPD-HD-alle

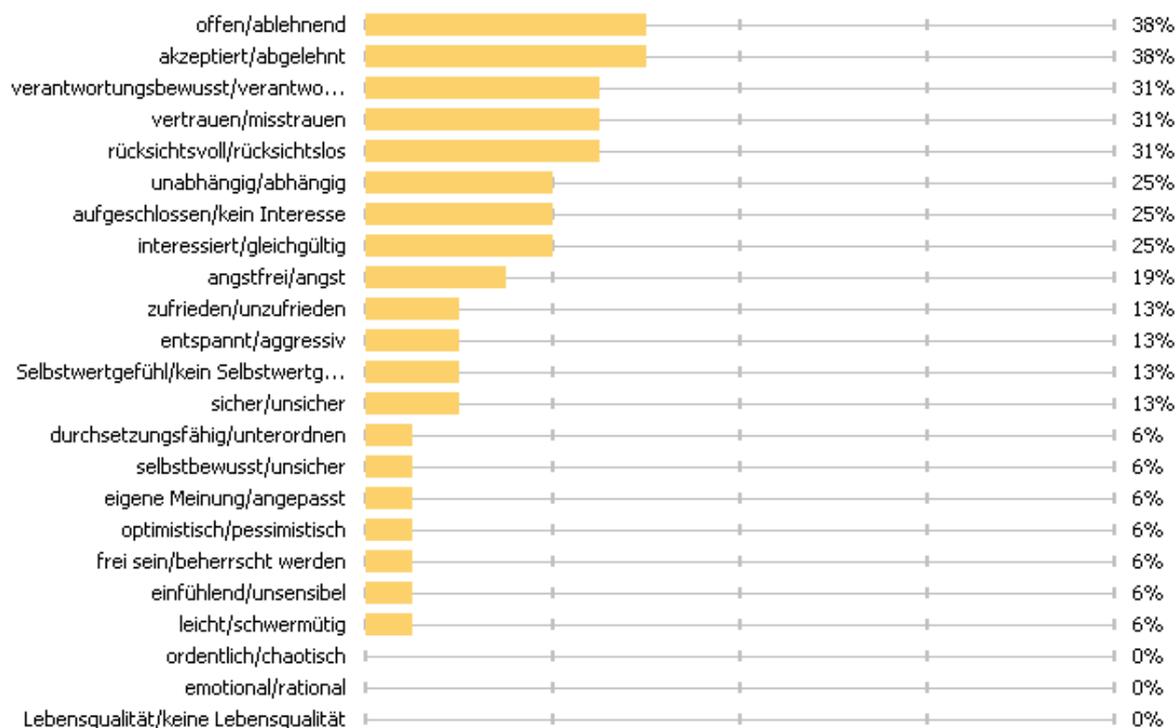
Einstellungen					PC 1 - PC 2 (Varimax)	PC 1 - PC 3 (Varimax)	PC 2 - PC 3 (Varimax)	Eigenwerte/Scree-Plot (Unrotiert)
PC	Eigenwert	% Varianz	Kumulativ %	Scree				
1	7.71	33.53	33.53	█				
2	7.71	33.52	67.05	█				
3	1.75	7.61	74.67	█				
4	1.35	5.85	80.51	█				
5	1.21	5.26	85.78	█				
6	0.72	3.14	88.92	█				
7	0.70	3.06	91.97	█				
8	0.52	2.26	94.24	█				
9	0.43	1.89	96.13	█				
10	0.35	1.52	97.64	█				
11	0.24	1.03	98.68	█				
12	0.16	0.68	99.36	█				
13	0.07	0.30	99.66	█				
14	0.05	0.22	99.88	█				
15	0.03	0.12	100.00	█				

Abbildung 18: HDPD-PD-alle

## 1.1 Anzahl der extremen Bewertungen (Elemente und Konstrukte) der Gruppen HD-alle



### Anzahl der extremen Bewertungen pro Konstrukt:(in Prozent)



### Verteilung der Ratings:(in Prozent)

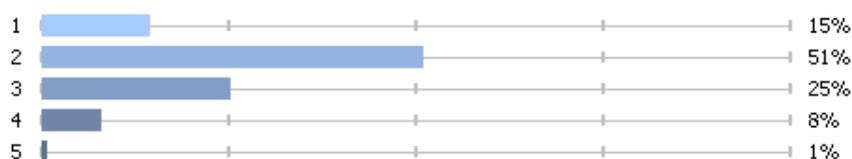
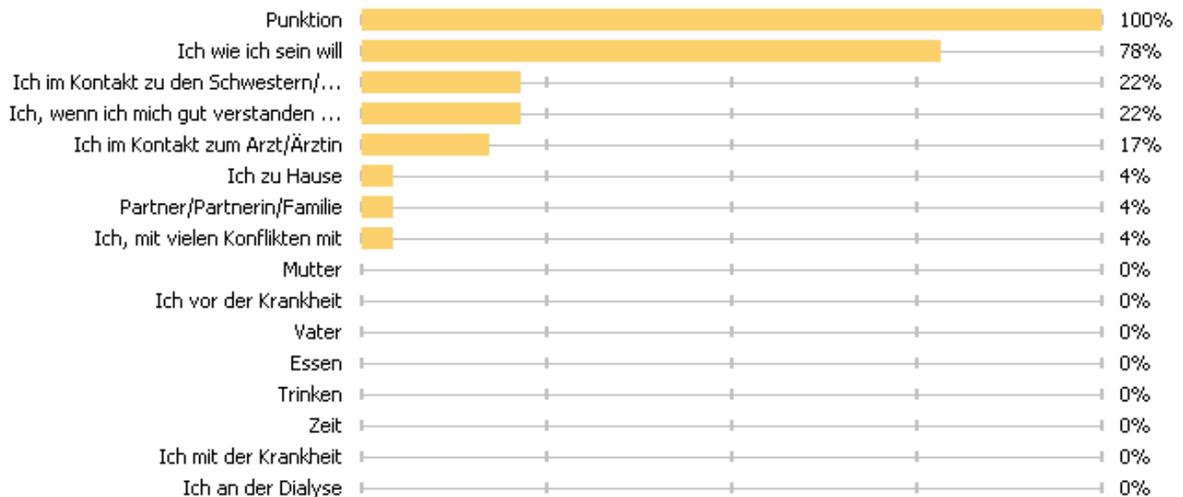


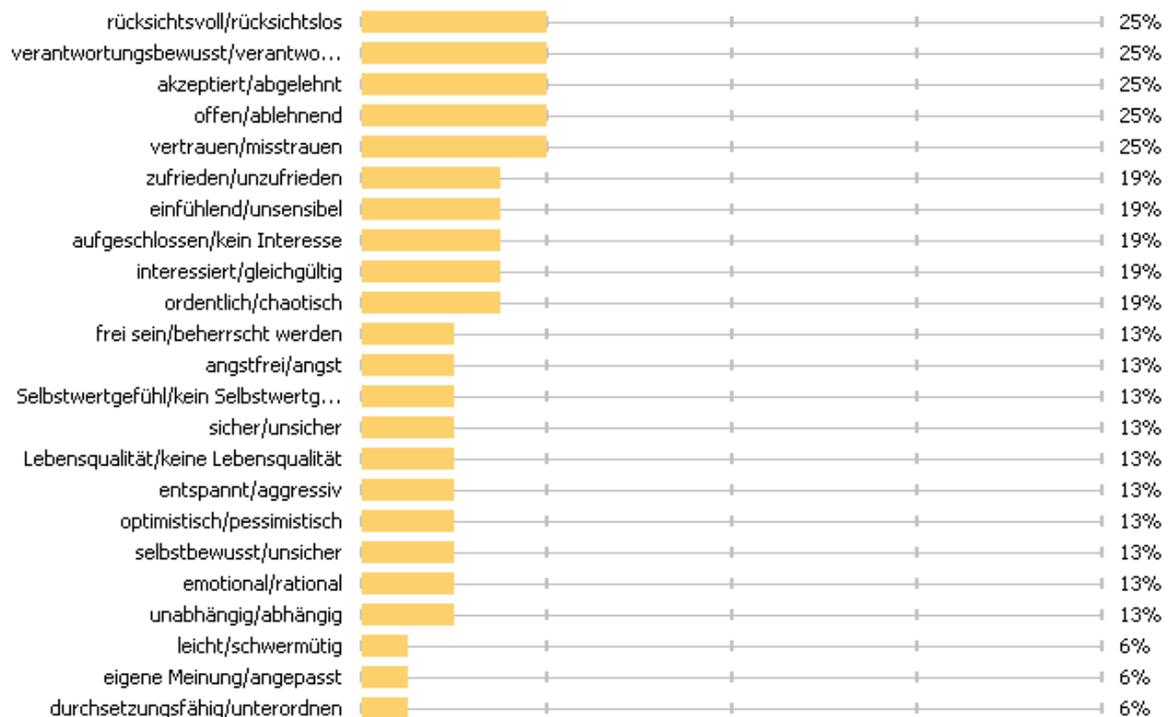
Tabelle 10: Anzahl der extremen Bewertungen der Patientengruppe HD-alle

## Anzahl der extremen Bewertungen (Elemente und Konstrukte) der Gruppe PD-alle

### Anzahl der extremen Bewertungen pro Element:(in Prozent)



### Anzahl der extremen Bewertungen pro Konstrukt:(in Prozent)



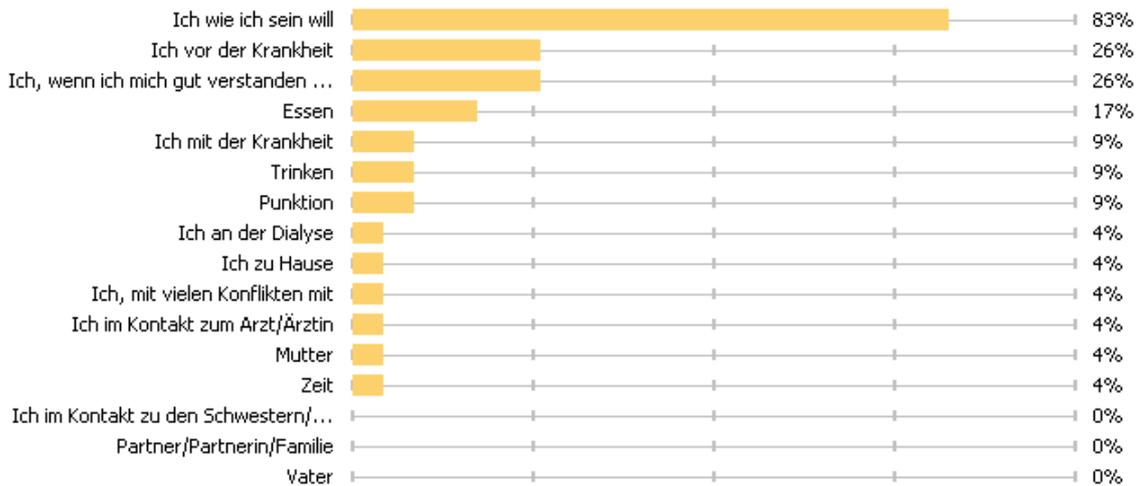
### Verteilung der Ratings:(in Prozent)



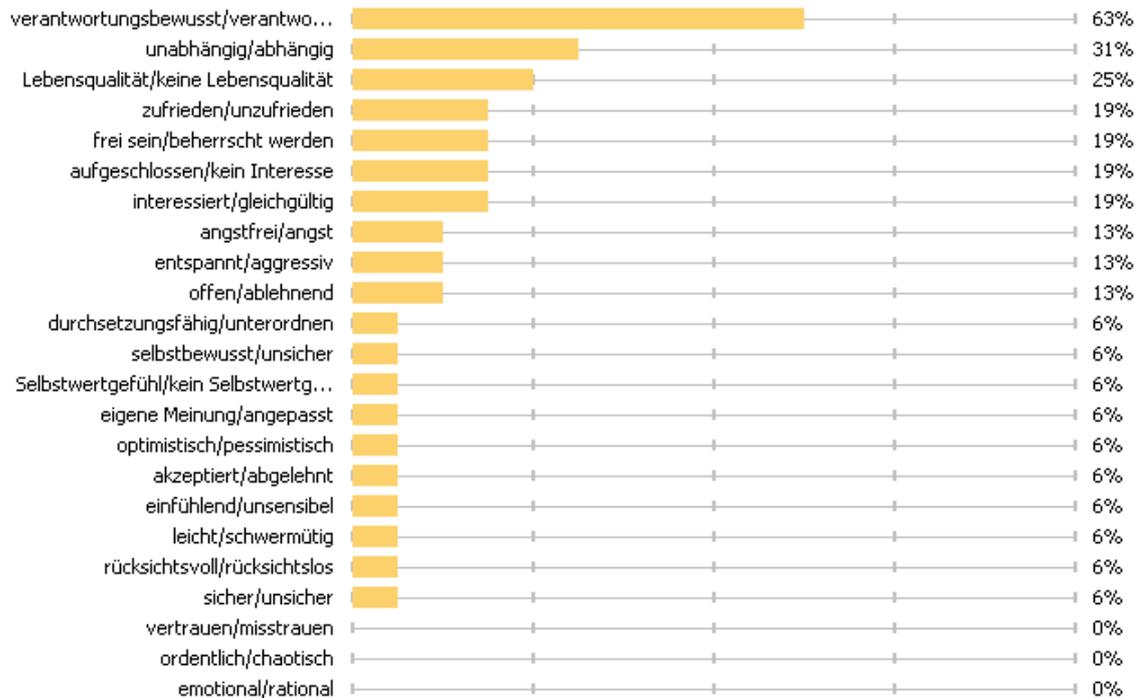
Tabelle 11: Anzahl der extremen Bewertungen der Patientengruppe PD-alle

## Anzahl der extremen Bewertungen (Elemente und Konstrukte) der Gruppe

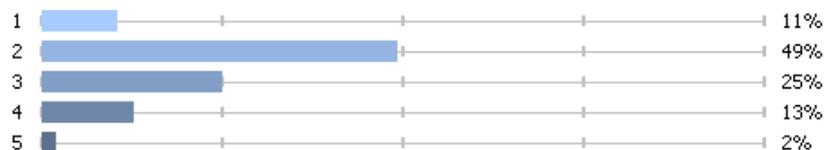
### HDPD-HD alle



### Anzahl der extremen Bewertungen pro Konstrukt:(in Prozent)



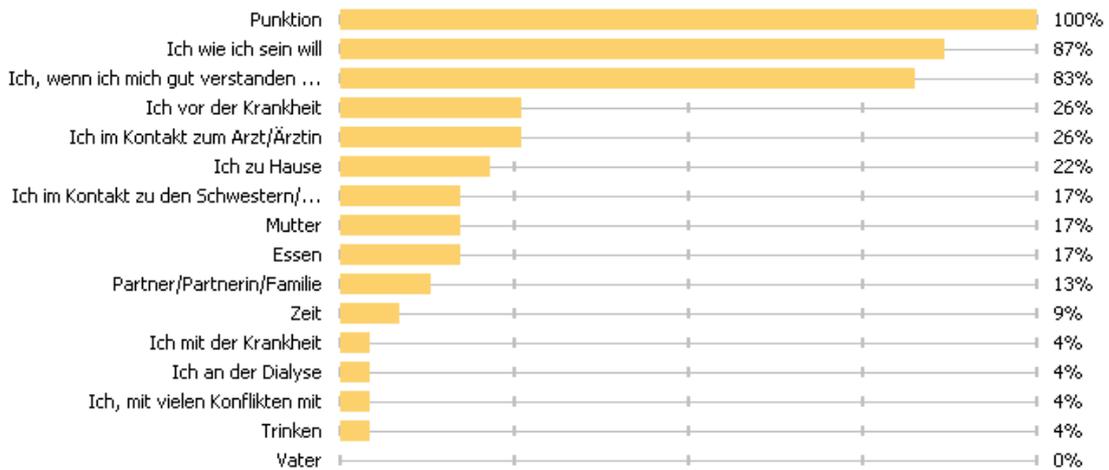
### Verteilung der Ratings:(in Prozent)



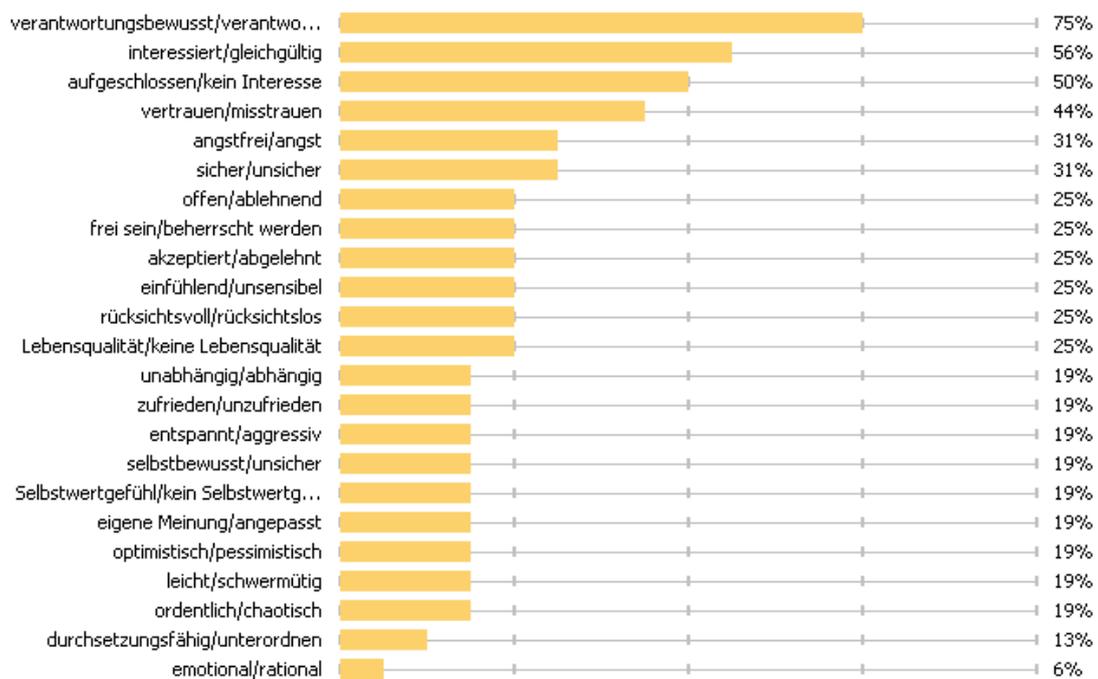
**Tabelle 12: Anzahl der extremen Bewertungen der Patientengruppe HDPD-HD**

## Anzahl der extremen Bewertungen (Elemente und Konstrukte) der Gruppe HDPD-PD alle

### Anzahl der extremen Bewertungen pro Element:(in Prozent)



### Anzahl der extremen Bewertungen pro Konstrukt:(in Prozent)



### Verteilung der Ratings:(in Prozent)

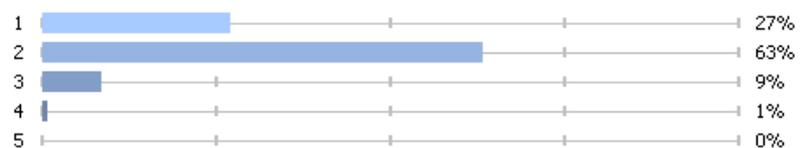


Tabelle 13: Anzahl der extremen Bewertungen der Patientengruppe HDPD-HD

## 1.2 Hauptkomponentenanalysen (PCA's) aller Patientengruppen

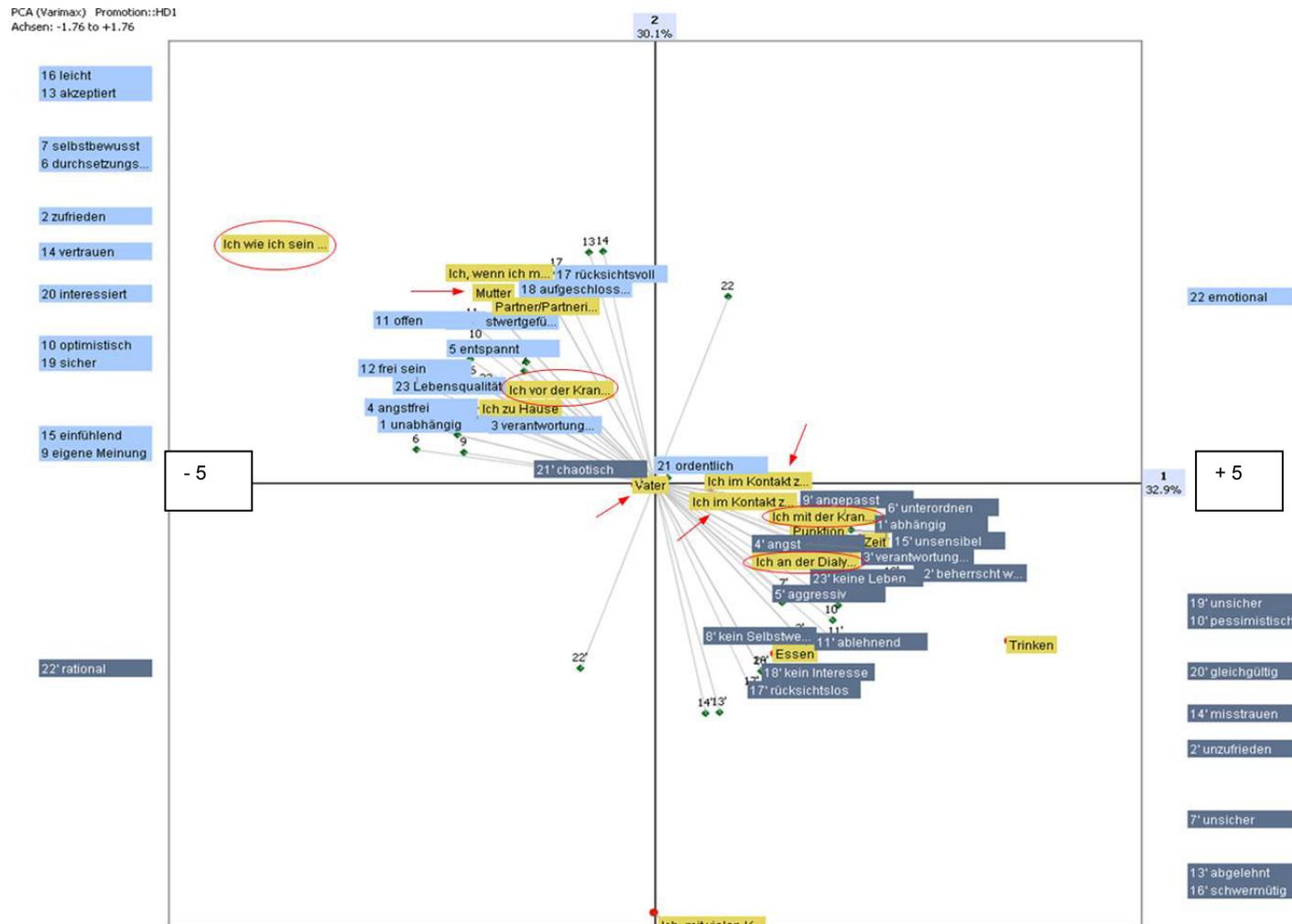


Abbildung 19: Hauptkomponentenanalyse-HD-Patienten-alle.

In gelber Farbe sind die Elemente abgebildet, hellblau stellen die „positiven“ und grau die „negativen“ Konstruktpole dar. Die roten Pfeile weisen auf die primären Objektbeziehungen (Eltern) und auf die aktuell

PCA (varimax) Promotion::HDI  
 Achsen: -2,0 to +2,0

- 19 sicher
  - 17 rücksichtsvoll
  - 16 leicht
  - 15 einfühlend
  - 14 vertrauen
  - 13 akzeptiert
  - 10 optimistisch
- 7 selbstbewusst
- 3 verantwortung...
  - 2 zufrieden
- 5 entspannt
  - 23 Lebensqualität
- 18 aufgeschloss...
- 20 interessiert
- 21' chaotisch

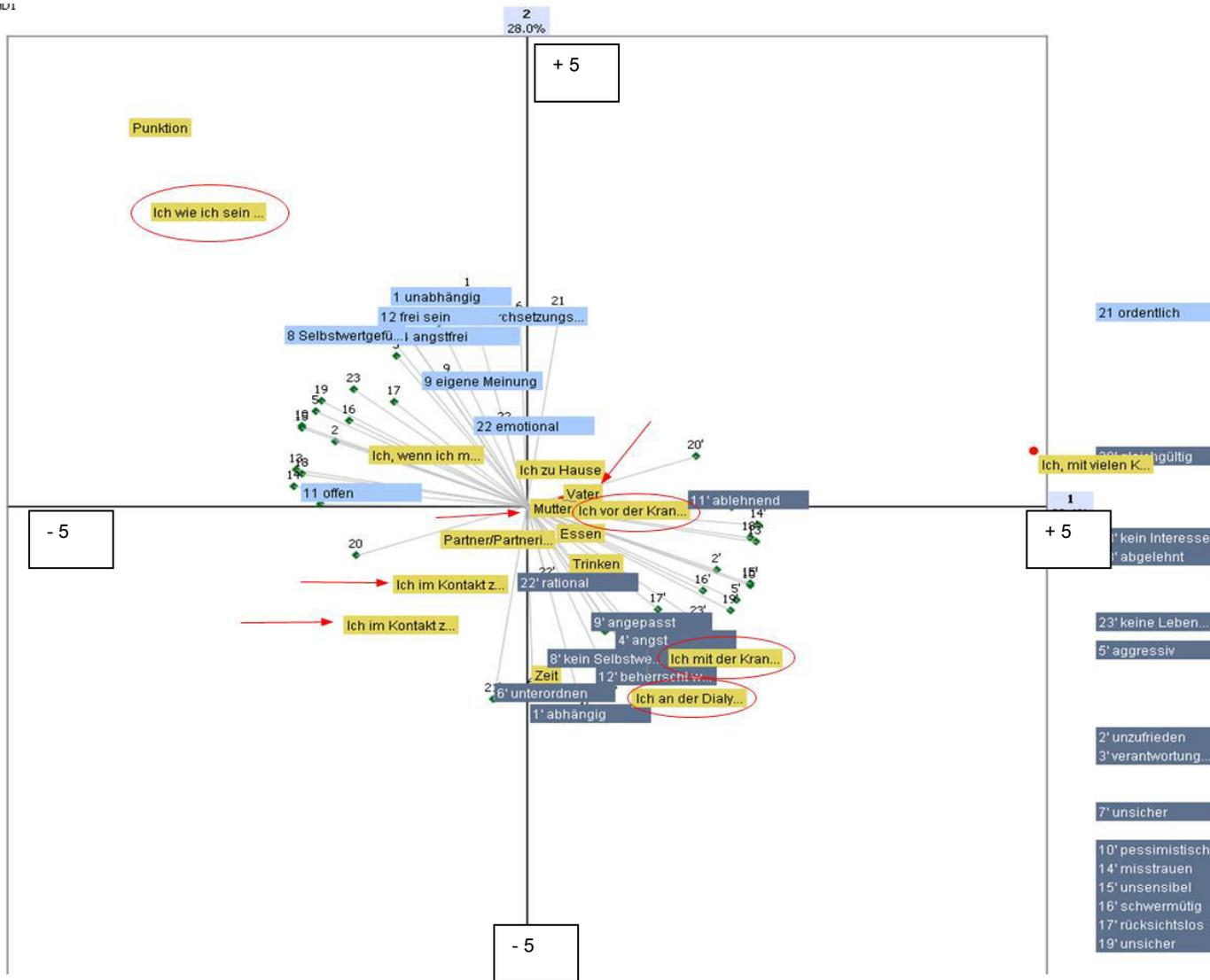


Abbildung 20: Hauptkomponentenanalyse - PD-Patienten-alle



PCA (Varimax) Promotion::HDPD-HD alle  
 Achsen: -1.97 to +1.97

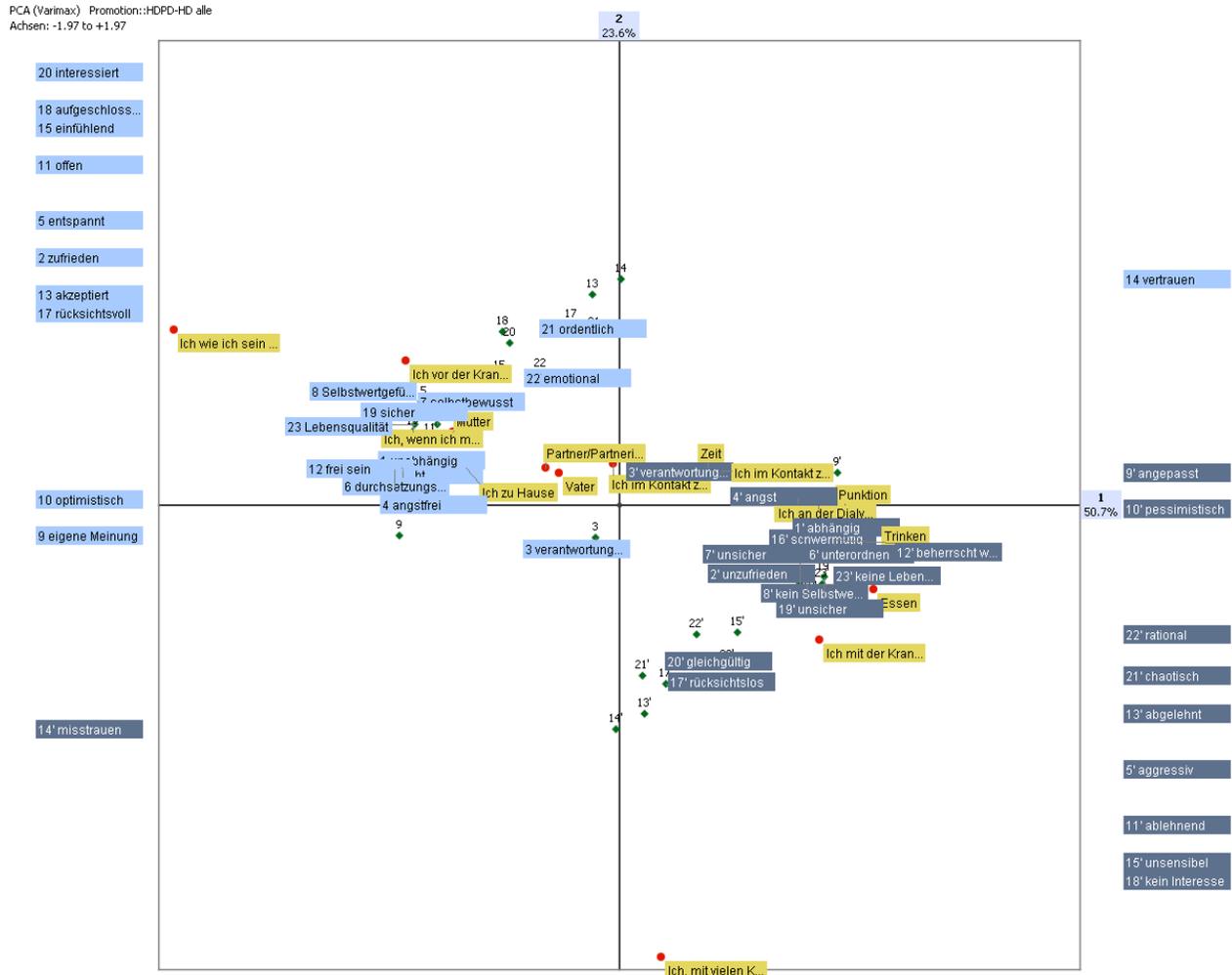


Abbildung 22: Hauptkomponentenanalyse

Die **HDPD- HD** Patientengruppe, die nach der PD Behandlung mit HD dialysiert wird unterscheidet sich von der HD Gruppe durch ein stärkeres Abhängigkeitsgefühl, bei gleichzeitig hohen Verantwortungsbewusstsein. Verantwortungsgefühl bedeutet die Bereitschaft zur Aktivität. Dadurch werden regressive Prozesse deutlich minimiert. Der Arzt und das Fachpersonal sind als reale Vertrauenspersonen bedeutsamer für das Wohlbefinden an der Dialyse. Das Selbsterleben wird als gefährdet bewertet, wenn sie sich von vertrauensvollen Personen abgelehnt fühlen.

– HDPD-HD-alle