

# Das Lymphödem – auch ein psychosoziales Problem?

M. Jäger<sup>1</sup>, B. Leplow<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr.-Vodder-Akademie, Wittlinger-Therapiezentrum Walchsee, Österreich, Abteilung für Klinische Psychologie, <sup>2</sup>Institut für Psychologie der Martin-Luther-Universität zu Halle-Wittenberg

## Zusammenfassung

In der Lymphödemklinik Wittlinger-Therapiezentrum wurde ein Screening mit der Fragestellung: »Unterscheiden sich Lymphödempatienten in Ihrer Lebensqualität, psychischen Beeinträchtigung und in ihren Stressverarbeitungsstrategien von der Allgemeinbevölkerung?« durchgeführt. Die vorläufigen Ergebnisse bestätigen, dass sich Lymphödempatienten in der physischen, psychischen und umweltbedingten Lebensqualität von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. In Bezug auf das soziale Umfeld unterschied sich die untersuchte Stichprobe nicht von der Allgemeinbevölkerung.

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen konnten bei Somatisierungstendenzen und der phobischen Angst gezeigt werden. Außerdem stellen sowohl Gedanken an Tod und Sterben als auch Schlafstörungen bei der untersuchten Patientengruppe ein relevantes Problem dar. Die Gedanken an Tod und Sterben korrelieren signifikant mit Einschlafschwierigkeiten und frühem Erwachen am Morgen. Lymphödempatienten zeigen signifikant höhere Werte bei der Vermeidungstendenz als die Allgemeinbevölkerung, das heißt, sie versuchen stärker, eine erneute Konfrontation mit der belastenden Situation zu verhindern.

Ersatzbefriedigung als Ablenkungsstrategie bei der Stressverarbeitung wird von Lymphödempatienten signifikant öfter eingesetzt als von der Normalbevölkerung. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Ersatzbefriedigung und dem Item »Drang, übermäßig zu essen«.

**Schlüsselwörter:** Lymphödem, psychosoziale Belastung, Lebensqualität, Stressverarbeitung

## Summary

We conducted a psychological survey in the Wittlinger Therapy Center to determine possible differences between patients with a lymphedema and healthy people (no lymphedema). We investigated how absence or presence of lymphedemas affects their quality of life, their mental condition, and how these two different groups can manage stress.

Preliminary results highlight significant differences between lymphedema and healthy people. We could demonstrate that lymphedemas affect the physical, psychological, and environmental quality of life. Furthermore, tendencies for somatization disorders and phobias (anxiety disorders) were significantly different between the two groups. Thoughts about death correlated significantly with sleeping disorders (insomnia). Lymphedema showed a significant tendency to avoid dealing with their problem and situation. Lymphedema also reported that they try to distract themselves by satisfying different needs as part of their stress-management (coping). A significant distinction was found between their satisfaction of needs and »the compulsion to overeat«. However, patients with a lymphedema and healthy people could not be distinguished in terms of their social environment

**Key words:** Lymphedema, psychosocial stress, quality of life, stress processing

## Einleitung

Frauen mit Armlymphödem nach Brustkrebs und Mastektomie leiden neben einer größeren funktionellen Bewegungsbeeinträchtigung auch unter Angst und Depression [1]. Weitere belastende Faktoren sind Angst vor dem Verlust der Arbeit und der Arbeitsfähigkeit, Rückzug von sozialen Aktivitäten und die Furcht vor einer Verschlechterung des Lymphödems [2]. Zudem berichteten Patienten bei Carter [2], dass sie große Schwierigkeiten bei der Suche nach passender und einigermaßen modischer Kleidung hätten. Für einige Frauen war das Lymphödem belastender als die Diagnose und Behandlung ihres Brustkrebses, da es ihnen als ständiges Zeichen ihrer Nichtgenesung erschien.

Die Lebensqualität in den Bereichen physische und psychische Gesundheit sowie soziale Interaktion war bei Lymphödempatienten im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe signifikant geringer [3]. *Reitman et al.* [4] stellten fest, dass das Lymphödem neben den physischen Beeinträchtigungen zu psychischen und sozialen Einschränkungen in allen Lebensbereichen führt. So zeigte eine Untersuchung, dass circa jeder vierte Lymphödempatient unter krankheitsbedingten psychischen Beeinträchtigungen und Störungen leidet, welche auch den Verlauf somatischer Erkrankungen beeinflussen [5].

## Copingstrategien bei chronischen Krankheiten

»Coping« (Bewältigung) bezeichnet die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase. *Janke* [6] definiert Stress als einen psychischen und somatischen Zustand, der charakterisiert ist durch eine länger andauernde und/oder stärkere Abweichung vom normalen Erregungsniveau. Dies äußert sich durch vegetative und endokrine Veränderungen sowie Gefühle der Angespanntheit und inneren Erregung [6].

Man unterscheidet zwischen positiven und negativen Bewältigungsstrategien. Zu den positiven Strategien gehören: Her-

unterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, positive Selbstinstruktion und das soziale Unterstützungsbedürfnis. Als negative Strategien bezeichnet Janke Vermeidung, Flucht, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Selbstbeschuldigung.

### Fragestellung

Unterscheiden sich Lymphödempatienten in Ihrer Lebensqualität, psychischen Beeinträchtigung und in ihren Stressverarbeitungsstrategien von der Allgemeinbevölkerung?

### Hypothesen

- Die physische, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität von Lymphödempatienten ist geringer als die der gesunden Normalbevölkerung.
- Lymphödempatienten sind psychisch höher belastet als die Normalbevölkerung, insbesondere bezüglich Somatisierungstendenz, depressiven Tendenzen sowie Ängsten und Unsicherheiten in sozialen Kontakten.
- Lymphödempatienten setzen eher negative Bewältigungsstrategien ein als positive.

### Methode

#### Datenerhebung

Die Studie wurde in der Lymphödemklinik Wittlinger-Therapiezentrum im stationären Setting als Screening durchgeführt. Die Daten wurden von Februar bis Dezember 2006 erhoben. Bei der Aufnahmeuntersuchung verteilten die Ärzte Fragebögen und gaben den Patienten alle notwendigen In-

Gesamtanzahl: 83 Probanden – 100 %		Lymphödem n	Lymphödem %	missing n/%
<b>Geschlecht</b>	weiblich	70	84	4 (4,8 %)
	männlich	9	10,8	
<b>Familienstand</b>	allein lebend	7	8,4	10 (12 %)
	verheiratet	43	51,8	
	verschieden	8	9,6	
	verwitwet	9	10,8	
	in Partnerschaft lebend	6	7,2	
<b>Schulabschluss</b>	Hauptschule	17	20,5	10 (12 %)
	Meisterprüfung	3	3,6	
	Matura/Abitur	14	16,9	
	Lehre mit Abschluss	24	28,9	
	Universität	5	6	
	Fach-/Hochschule	10	12	
<b>Beruf</b>	Teilzeit	10	12	9 (10,8 %)
	Vollzeit	17	20,5	
	Hausfrau	14	16,9	
	Pensionist/-in	33	39,8	
<b>Lokalisation des Lymphödems</b>	Arm rechts	12	14,5	3 (3,6 %)
	Arm links	26	31,3	
	beide Arme	3	3,6	
	Bein rechts	6	7,2	
	Bein links	12	14,5	
	beide Beine	21	25,3	
<b>Lymphödemstadium</b>	Stadium 0	2	2,4	8 (9,6 %)
	Stadium 1	4	4,8	
	Stadium 2	53	63,9	
	Stadium 3	16	19,3	
<b>Ödemart</b>	primäres Lymphödem	13	15,7	5 (6 %)
	sekundäres Lymphödem	59	71,1	
	Lipödem	2	2,4	
	sonstiges	4	4 (10 %)	

Tab. 1 soziodemographische Merkmale

struktionen. Sie bestimmten außerdem den Schweregrad des Lymphödems. Die Patienten warfen den ausgefüllten Fragebogen anonym in einen eigens dafür be-

stimmten Briefkasten. Der Fragebogen wurde allen Lymphödempatienten im Wittlinger-Therapiezentrum ausgehändigt.

WHOQOL-BREF	LÖ		AB		t	df	p
	M	SD	M	SD			
physisch	64,82	20,13	76,85	17,17	-5,38	82	<b>0,00</b>
psychisch	68,21	16,40	74,00	15,45	2,17	82	<b>0,01</b>
soziale Beziehungen	71,94	18,33	71,49	18,76	0,06	82	0,47
Umwelt	77,02	14,28	70,29	14,97	4,14	82	<b>0,00</b>
gesamt	64,16	19,79	66,31	17,76	1,65	82	0,05

Anmerkung: T-Test; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, LÖ = Lymphödempatienten AB = Allgemeinbevölkerung

Tab. 2 gesundheitsbezogene Lebensqualität der Lymphödempatienten im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung

SCL-90-R	unbeeinträchtigt		beeinträchtigt		hoch beeinträchtigt		missing	
	n	%	n	%	n	%	n	%
allgemeine psychische Belastung	45	54,2	<b>8</b>	<b>9,6</b>	0	0	30	36,1
Somatisierung	55	66,3	<b>17</b>	20,5	6	7,2	5	6
phobische Angst	60	72,3	<b>13</b>	15,7	8	9,6	2	2,4
paranoides Denken	62	74,7	<b>10</b>	12	9	10,8	2	2,4
Depressivität	65	78,3	10	12	4	4,8	4	4,8
Psychotizismus	61	73,5	10	12	4	4,8	8	9,6
Zwanghaftigkeit	69	83,1	7	8,4	5	6	2	2,4
Ängstlichkeit	69	83,1	5	6	6	7,2	3	3,6
Aggressivität	63	75,9	3	3,6	2	2,4	15	18,1
Unsicherheit im Sozialkontakt	66	79,5	3	3,6	5	6	9	10,8

**Tab. 3**  
psychische Beeinträchtigungen der Lymphödempatienten

Verwendete Fragebögen

- Soziodemographischer Fragebogen mit medizinisch relevanten Fragestellungen
- WHO-Instrument zur internationalen Erfassung der subjektiven Lebensqualität (WHOQOL-Bref von Angermeyer, Kilian und Matschinger [7])  
Grundlage der Instrumente ist die Definition von Lebensqualität als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. Der Fragebogen

erfasst die Dimensionen physisches und psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt [7].

- Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Derogatis und Franke [8])  
Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraums von sieben Tagen. Die 90 Items der neun Skalen umfassen die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus [8].

SCL-90-R	M	SD	t	df	p
Somatisierung	55,03	11,72	4,57	77	<b>0,00</b>
phobische Angst	52,01	11,90	1,44	80	<b>0,07</b>
Aggressivität	46,88	9,48	-2,68	67	<b>0,00</b>
paranoides Denken	51,16	12,30	0,80	80	0,21
Depressivität	51,05	11,31	0,78	78	0,21
Ängstlichkeit	50,95	10,87	0,73	79	0,23
Psychotizismus	50,58	10,09	0,46	74	0,32
Unsicherheit im Sozialkontakt	49,37	11,02	-0,46	73	0,67
Zwanghaftigkeit	49,12	12,56	-0,60	79	0,72

**Tab. 4:**  
psychische Beeinträchtigungen der Lymphödempatienten im Vergleich zur Normstichprobe des Fragebogens (t-Werte: M = Mittelwert = 50; SD = Standardabweichung = 10)

- Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 78; Janke, Erdmann und Kallus [6])  
Der SVF 78 besteht aus 78 Items, mit denen folgende 13 zeitlich relativ stabile und relativ situationsunabhängige Merkmale erfasst werden: Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, positive Selbstinstruktion, soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Flucht, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbeschuldigung [6].

So ergibt sich – ohne Einbeziehung der soziodemographischen und medizinischen Daten – ein Fragebogen aus drei Teilen mit insgesamt 200 Items und 26 ausgewerteten Skalen. Dabei können acht Globalwerte erhoben werden. Die Bearbeitung des Fragebogens dauert circa 30 Minuten.

Statistische Analyse

Die Rohwerte wurden durch lineare Transformation standardisiert, sodass der Wertebereich der Skalen (Symptomcheckliste und Stressverarbeitungsfragebögen) zwischen 0 und 100 lag. In Anlehnung an die jeweiligen Normen beziehungsweise Testhandbücher wurde eine dreistufige Klassifikation der Patienten verwendet. Dabei wurde die t-Wertverteilung zu Grunde gelegt (bei SCL-90-R und SVF 78). Für die Mittelwertvergleiche mit der Normalbevölkerung (Angaben aus der Normstichprobe der Fragebögen) wurden t-Tests durchgeführt. Statistisches Programm war SPSS 10.0.

Ergebnisse

Stichprobe

Die 83 befragten Lymphödempatienten waren zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 28 und 87 Jahre alt (Mittelwert: 56,25). Das Verhältnis männlich : weiblich war 1:9 (9 Männer, 70 Frauen). Die Hälfte der Patienten war zum Zeitpunkt der Erhebung verheiratet (51,8 %). Die durchschnittliche Kinderanzahl betrug 2,19. Der häufigste genannte Schulabschluss war

eine Lehre mit Abschluss (28,9 %). 39,8 % der Probanden waren bereits in Pension. 49,1 % der Patienten hatten ein Arm-, 50,9 % ein Beinödem. 63,9 % der Probanden litten an einem Ödem im Stadium II. Bei 71,1 % war das Lymphödem sekundär. Bei den Beinödempatienten waren zumeist beide Beine betroffen (25,3 %), bei 7,2 % das rechte Bein, bei 14,5 % das linke Bein. Armödempatienten (31,3 %) waren am häufigsten am linken Arm beeinträchtigt, am rechten Arm 14,5 %, an beiden Armen 3,6 %. (Tab. 1).

**Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Lymphödempatienten**

Tab. 2 zeigt, dass Lymphödempatienten eine geringere Lebensqualität haben als die gesunde Vergleichsstichprobe (M = 64,16 versus M = 66,31; p = 0,05). Die sozialen Beziehungen der Lymphödempatienten gleichen denen gesunder Menschen (M = 71,94 versus M = 71,49; p = 0,47). Die physische (M = 64,82 versus M = 76,88; p = 0,00) und psychische (M = 68,21 versus M = 74,00; p = 0,01) Gesundheit ist jedoch bei Lymphödempatienten statistisch signifikant schlechter als bei Gesunden. Im Bereich der Umweltbedingungen zeigt sich ein signifikanter Unterschied (M = 77,02 versus M = 70,29; p = 0,00): Hier beschreiben die Patienten mehr Möglichkeiten, mit ihren Umweltbedingungen zurechtzukommen, als die Normalbevölkerung.

Zusatzitems	LÖ		AB		t	df	p
	M	SD	M	SD			
SCL-90-R							
schlechter Appetit	0,15	0,39	0,17	0,46	-0,41	80	0,34
Einschlafschwierigkeiten	0,96	1,22	0,42	0,76	3,86	80	<b>0,00</b>
Gedanken an den Tod	0,61	0,98	0,36	0,69	2,08	81	<b>0,02</b>
Drang, übermäßig zu essen	0,27	0,67	0,31	0,57	-0,5	81	0,69
frühes Erwachen am Morgen	0,55	0,77	0,36	0,76	2,38	81	<b>0,00</b>
unruhiger und gestörter Schlaf	1,11	1,16	0,51	0,78	4,62	81	<b>0,00</b>
Schuldgefühl	0,39	0,72	30	0,58	0,46	81	0,46

Anmerkung: t-Test. LÖ = LymphödempatientInnen. AB = Allgemeinbevölkerung

**Tab. 5**  
Mittelwerte der Zusatzitems von der Symptomcheckliste

**Psychische Beeinträchtigung bei Lymphödempatienten**

Tab. 3 zeigt, dass in der untersuchten Gruppe zum Zeitpunkt der Aufnahme ca. 10 % der Patienten grundsätzlich psychisch beeinträchtigt waren (beinhaltet alle Skalen der Symptomcheckliste). Auf den einzelnen Skalen ist zu erkennen, dass 27,7 % der Patienten eine Somatisierung zeigten, was Ausdruck eines Disstress sein kann. 66,3 % waren davon unbeeinträchtigt. Eine phobische Angst wurde von 25,3 % der Patienten berichtet, 72,3 % waren insofern nicht belastet.

Der Vergleich der Mittelwerte der Gruppen (Tab. 4) zeigt, dass sich Lymphödempatienten signifikant (p = 0,00) in Bezug auf Somatisierung (t = 3,80; df = 77) und Aggressivität (t = -2,68; df = 67) von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. Des Weiteren zeigt sich ein tendenzieller

Unterschied p = 0,07 bezüglich der phobischen Angst (t = 1,44; df = 80).

Aus Tab. 5 geht hervor, dass sich Lymphödempatienten gedanklich signifikant öfter mit dem Thema Tod beschäftigen (t = 2,08; df = 81; p = 0,02) als die Allgemeinbevölkerung. Auch bei Einschlafschwierigkeiten (t = 3,86; df = 80; p = 0,00), frühem Erwachen am Morgen (t = 2,38; df = 81; p = 0,00) sowie unruhigem und gestörtem Schlaf (t = 4,62; df = 81; p = 0,00) unterscheiden sich Lymphödempatienten signifikant von der gesunden Allgemeinbevölkerung.

Tab. 6 zeigt, dass die Gedanken an Tod und Sterben signifikant mit Einschlafschwierigkeiten (r = 0,37) und frühem Erwachen am Morgen (r = 0,30) korrelieren. Unruhiger und gestörter Schlaf korrelieren signifikant mit Einschlafschwierigkeiten (r = 0,70), frühem Erwachen am Morgen (r = 0,49) und dem Drang, übermäßig zu essen

	schlechter Appetit	Einschlafschwierigkeiten	frühes Erwachen am Morgen	Gedanken an Tod und Sterben	unruhiger oder gestörter Schlaf	Drang, übermäßig zu essen
schlechter Appetit	1	0,140	0,303**	0,150	0,127	-0,108
Einschlafschwierigkeiten	0,140	1	0,485**	0,374**	0,702**	0,043
frühes Erwachen	0,303**	0,485**	1	0,303**	0,495**	0,070
Gedanken an den Tod	0,150	0,374**	0,303**	1	0,157	0,106
gestörter Schlaf	0,127	0,702**	0,495**	0,157	1	0,231*
Drang, übermäßig zu essen	-0,108	0,043	0,070	0,106	0,231*	1

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.  
\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

**Tab. 6**  
Zusammenhänge (Pearson-Korrelation) zwischen den Zusatzitems der SCL-90-R N=83

SVF 78	normal		stark		sehr stark	
	n	%	n	%	n	%
<b>positive- Strategien (POS) Um- u. Abwertungsstrategien</b>	<b>43</b>	<b>41</b>	<b>14</b>	<b>16,9</b>	<b>1</b>	<b>1,2</b>
Herunterspielen	57	68,7	12	14,5	3	3,6
Schuldabwehr	<b>45</b>	<b>54,2</b>	<b>26</b>	<b>31,3</b>	<b>3</b>	<b>3,6</b>
<b>Ablenkungsstrategien</b>						
Ablenkung	67	80,7	7	8,4	2	2,4
Ersatzbefriedigung	57	68,7	11	13,3	2	2,4
<b>Kontrollstrategien</b>						
Situationskontrolle	63	75,9	10	12	2	2,4
Reaktionskontrolle	58	69,9	12	14,5	1	1,2
pos. Selbstinstruktion	<b>47</b>	<b>56,6</b>	<b>18</b>	<b>21,7</b>	<b>9</b>	<b>10,8</b>
<b>negative Strategien (NEG)</b>	<b>59</b>	<b>71,1</b>	<b>6</b>	<b>7,2</b>	<b>2</b>	<b>2,4</b>
Fluchttendenz	67	80,7	3	3,6	3	3,6
ged. Weiterbeschäftigung	62	74,7	10	12	0	0
Resignation	61	73,5	6	7,2	4	4,8
Selbstbeschuldigung	69	83,1	5	6	1	1,2
<b>»singuläre« Strategien</b>						
soz. Unterstützungsbedürfnis	66	79,5	6	7,2	1	1,2
Vermeidungstendenz	<b>60</b>	<b>72,3</b>	<b>14</b>	<b>16,9</b>	<b>1</b>	<b>1,2</b>
soziale Abkapselung	58	69,9	3	3,6	4	4,8

Tab. 7: Stressverarbeitungsstrategien der Lymphödempatienten

(r = 0,23). Frühes Erwachen am Morgen und Einschlafschwierigkeiten (r = 0,48). korreliert mit schlechtem Appetit (r = 0,30)

SVF 78	M	SD	t	df	p
<b>positive- Strategien (POS) Um- u. Abwertungsstrategien</b>	<b>55,08</b>	<b>10,09</b>	<b>3,06</b>	<b>50</b>	<b>0,00</b>
Herunterspielen	53,75	9,85	2,64	70	<b>0,00</b>
Schuldabwehr	55,16	10,35	3,53	75	<b>0,00</b>
<b>Ablenkungsstrategien</b>					
Ablenkung	49,59	9,6	-0,29	76	0,38
Ersatzbefriedigung	52	9,53	1,42	70	<b>0,08</b>
<b>Kontrollstrategien</b>					
Situationskontrolle	48,16	12,60	1,1	74	0,14
Reaktionskontrolle	51,02	9,97	0,7	71	0,24
pos. Selbstinstruktion	54,50	14,08	1,33	73	<b>0,09</b>
<b>negative Strategien (NEG)</b>					
Fluchttendenz	47,12	9,81	2,13	68	<b>0,01</b>
ged. Weiterbeschäftigung	46,65	10,89	-2,03	72	<b>0,02</b>
Resignation	48,33	10,20	-2,18	71	<b>0,01</b>
Selbstbeschuldigung	48,33	10,20	1,13	70	0,13
Selbstbeschuldigung	45,33	9,52	-6,58	74	<b>0,00</b>
<b>»singuläre« Strategien</b>					
soz. Unterstützungsbedürfnis	49,40	10,85	-0,35	64	0,35
Vermeidungstendenz	52,93	8,09	2,93	75	<b>0,00</b>
soziale Abkapselung	46,79	9,47	-2,31	72	<b>0,00</b>

Anmerkung: t-Test

Tab. 8: Stressverarbeitungsstrategien der Lymphödempatienten im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung (t-Werte: M = 50; SD = 10)

### Stressverarbeitung

Die am häufigsten genannte Bewältigungsstrategie bei Lymphödempatienten war Schuldabwehr (34,9 %) (Tab. 7): Die untersuchten Patienten betrachteten sich als nicht verantwortlich für die Situation. Durch positive Selbstinstruktion (32,5 %) versuchten sie, mit ihrer Situation fertig zu werden. Sie mieden Situationen, welche sie an die Erkrankung erinnern (Vermeidungstendenz: 18,1 %).

Auch hinsichtlich Um- und Abwertungsstrategien unterschieden sich Lymphödempatienten signifikant (t = 2,64; df = 70; p = 0,00) von der Allgemeinbevölkerung (Tab. 8). Die Patienten neigten dazu, ihre Situation im Vergleich zu der anderer Menschen günstiger darzustellen, als sie ist. Tendenziell spielten sie ihre Probleme herunter. Daneben gönnten sich die Patienten signifikant öfter »etwas Gutes« als die Durchschnittsbevölkerung (Ersatzbefriedigung, t = 1,42; df = 70; p = 0,08). Sie unterschieden sich bezüglich der positiven Selbstinstruktion (t = 1,33; df = 73; p = 0,09) signifikant von der Allgemeinbevölkerung.

Die Fluchttendenz (t = -2,03; df = 72; p = 0,02), die gedankliche Weiterbeschäftigung (t = -2,18; df = 71; p = 0,01) und die Selbstbeschuldigung (t = -6,58; df = 74; p = 0,00) zählen zu den negativen Stressverarbeitungsstrategien. Die Lymphödempatienten wiesen hier einen signifikant geringeren Mittelwert auf als die Normalbevölkerung. Dies bedeutet, dass sie weniger negative Stressverarbeitungsstrategien einsetzten als die Allgemeinbevölkerung. Weitere signifikante Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Vermeidungstendenz (t = 2,93; df = 75; p = 0,00) und der sozialen Abkapselung (t = -2,31; df = 72; p = 0,00).

### Diskussion

Das Screening bestätigte, dass sich Lymphödempatienten in der physischen, psychischen und umweltbedingten Lebensqualität von der deutschen Allgemeinbevölkerung unterscheiden. In Bezug auf das soziale Umfeld zeigten sich keine Unterschiede.

Entsprechend der Somatisierungsskala nach Janke et al. [6] entsteht Distress da-

durch, dass man körperliche Dysfunktionen wahrnimmt. Aus dieser Untersuchung ging jedoch noch nicht klar hervor, ob die Antworten tatsächliche körperliche Störungen widerspiegeln. Die erhöhten Werte der Schuldabwehr drücken die fehlende Übernahme von Eigenverantwortung aus. Die Patienten versuchten, belastende Situationen zu meiden (Vermeidungstendenz). War dies nicht möglich, sprachen sie sich selber Bewältigungskompetenz und Mut zu (positive Selbstinstruktion).

Die Untersuchung verdeutlichte aber auch, dass Gedanken an Tod und Sterben sowie Schlafstörungen bei Lymphödempatienten eine relevante Problematik darstellen. Gedanken an Tod und Sterben korrelieren signifikant mit Einschlafschwierigkeiten und frühem Erwachen am Morgen. Die erhöhten Werte für paranoides Denken äußern sich in Form von Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühlen. Phobische Angst wird durch »...eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte außerhalb des Patienten hervorgerufen« und führt zu Vermeidungs- und Fluchtverhalten. Die Auslösesituation ist bei Lymphödempatienten oft mit einer realen Angst verbunden, etwa der Progredienzangst bei onkologischen Erkrankungen. So beschrieben Patienten im Interview, dass sie durch das Lymphödem erneut mit ihrer Krebserkrankung konfrontiert würden, was Ängste hervorrief [3]. Aus der vorliegenden Untersuchung geht allerdings nicht hervor, welche Patienten an einem Malignom litten. – Die Ablenkungsstrategie »Ersatzbefriedigung«, insbesondere oral, wird von Lymphödempatienten signifikant öfter eingesetzt als von der deutschen Normalbevölkerung. Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Punkt »Ersatzbefriedigung« und dem Item »Drang, übermäßig zu essen«.

## Prävention

Lymphödempatienten leiden an körperlichen Dysfunktionen, wobei in der vorliegenden Untersuchung nicht klar differenziert werden konnte, ob die körperlichen Symptome psychischen Disstress ausdrückten oder physische Folgeerkrankungen sind.

Es wäre mir ein Anliegen, die durch dieses Screening aufgeworfenen Fragen zu klären. Man geht davon aus, dass ein Lymphödem nach einer Mammakarzinom-Behandlung aufgrund von inadäquaten Stressverarbeitungsstrategien entstehen kann. Also sollte man Patientenschulungen in Betracht ziehen, die darüber informieren, welche Verarbeitungsstrategien den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Die Schulungen sollten als Präventivmaßnahme verstanden werden. Relativ schnell nach den Operationen könnten die Patienten in einem ganzheitlichen System behandelt und aufgeklärt werden und sich von den körperlichen Strapazen mental erholen. Ich glaube, dass aktive Präventivmaßnahmen nach onkologischen Operationen ein chronisches Lymphödem verhindern könnten. Dahingehend müssten aber noch randomisierte Studien durchgeführt werden.

## Literatur

1. Tobin M, Lacey H, Meyer L et al.: The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *Psychological morbidity of lymphoedema*. *Cancer* 1993; 32: 48-52
2. Carter B: Women's experience of lymphedema. *Oncology Nursing Forum* 1997; 24: 875-82
3. Pereira de Godoy JM, Braile DM, de Fatima Godoy M et al.: Quality of life and peripheral lymphedema. *Lymphology* 2002; 35 (2): 72-75
4. Reitman J, Dijkstra P, Hoekstra H et al: Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. *Eur J Surg Oncol* 2003; 29: 229-238
5. Flagg: **Titel???**Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2006; **Jahrgang** (71): 75-82
6. Janke W, Erdmann G, Kallus W: Stressverarbeitungsfragebogen. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen, 3. Auflage 2002
7. Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H: WHOQOL-100 und WHOQOL-Bref. Handbuch für die deutsche Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000
8. Franke G: SCL-90R. Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version. Beltz Verlag, Göttingen 1995

## Korrespondenzadresse

MMag. Martina Jäger  
Wittlinger-Therapiezentrum  
Allestraße 30, A-6344 Walchsee  
E-Mail: martinajaeger@aon.at