

Ein Werkstattbericht aus dem Arbeitskreis Psycho-Ophthalmologie

Gabriele Helga Franke

2005

Erschienen in: Balck, F. (Hrsg.), *Anwendungsfelder der medizinischen Psychologie* (S. 47-58). Berlin: Springer.

Gliederung

1. Einleitung
2. Übersicht über bisherige Schwerpunkte
 - 2.1 Psycho-ophthalmologische Untersuchungen spezifischer Augenerkrankungen
 - 2.2 Psycho-ophthalmologische Auswirkungen ophthalmologischer Interventionen
3. Ein rehabilitationspsychologischer Zugang zur Psycho-Ophthalmologie
 - 3.1 Rehabilitationspsychologisch relevante Faktoren
 - 3.2 Rehabilitationspsychologische Diagnostik
 - 3.3 Rehabilitationspsychologische Interventionen
4. Der psycho-ophthalmologische Einzelfall
 - 4.1 Diagnosestellung
 - 4.2 Behandlung
 - 4.3 Behandlungsfolgen
 - 4.3.1 Komplikationen, weitere Behandlung und Verlaufskontrolle
 - 4.3.2 Von der Unmöglichkeit, eine Prognose abgeben zu können
 - 4.3.3 Sehbeeinträchtigung als einzig wahrnehmbare Behandlungsfolge
5. Literatur

Korrespondenz

Gabriele Helga Franke

Prof. Dr. rer. nat. habil. Dipl.-Psych.

Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

Studiengang Rehabilitationspsychologie

Osterburger Straße 25

39576 Stendal

Tel. 0 39 31 / 2187 - 4826

FAX 0 39 31 / 2187 - 4872

Email: Gabriele.Franke@stendal.hs-magdeburg.de

1. Einleitung

Es gibt verschiedene Wege, einen Werkstattbericht aus dem Arbeitskreis Psycho-Ophthalmologie der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie zu verfassen. Eine Möglichkeit ist es, sich eher formal zu nähern: Bei unserem Arbeitskreis handelt es sich um eine kleine Gruppe, die sich in wechselnder Besetzung seit 1997 (in Münster) regelmäßig im Rahmen der Jahrestagungen der DGMP (1998 in Hamburg, 1999 in Heidelberg, 2000 in Aachen, 2001 in Greifswald, 2002 in Dresden und geplant 2004 in Bochum) trifft.

In unserer Selbstdarstellung wird der wissenschaftliche Meinungs- und Erfahrungsaustausch über die medizin- und rehabilitationspsychologischen Implikationen von Augenerkrankungen, Sehbeeinträchtigung, Sehbehinderung und Erblindung in allen Phasen des Lebensalters in den Vordergrund gestellt. Vor dem Hintergrund der auch aktuell wieder heftig diskutierten demographischen Entwicklung in den westlichen Industrienationen (Stichwort „The graying of our society“) werden die rehabilitationspsychologischen Auswirkungen von Augenerkrankungen und Seheinbußen in Zukunft einen immer höheren Stellenwert einnehmen. Daher befasst sich der Arbeitskreis vor allem mit wissenschaftlich-empirischen oder experimentellen Studien zu medizin- und rehabilitationspsychologischen Ursachen, Auswirkungen und Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der Ophthalmologie. Es trafen sich bislang Arbeitsgruppen aus elf Städten (Davos-Wolfgang, Dortmund, Essen, Heidelberg, Leipzig, Maastricht, Magdeburg, Marburg, Rostock, Stendal und Witten-Herdecke) und fünf Arbeitskreisteilnehmerinnen und -teilnehmer haben sich bislang mit einem psychophthalmologischen Thema promoviert (Fleiß, Gilg, Mähner, Reimer, Simon). Die einzelnen thematischen Schwerpunkte der Vorträge werden im folgenden kurz vorgestellt.

Abbildung 1 bitte etwa hier einfügen

2. Übersicht über bisherige Schwerpunkte

Die Abb. 1 gibt einen kurzen Überblick über die verschiedenen Vorträge, die bislang im Rahmen des Arbeitskreises gehalten wurden. Vordringlich fanden sich Arbeiten zu *spezifischen Augenerkrankungen* der Lider, Augenhöhle und Linse sowie der Gefäßhaut, Vorderkammer und Netzhaut. Bei der Betrachtung *verschiedener Altersgruppen* rückten besonders sehr junge und sehr alte Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Die *ophthalmologische und medizin-psychologische Diagnostik* bezog sich sowohl auf den Bereich der Arzt-Patienten-Interaktion als auch auf die psychologisch-diagnostische Erfassung der Auswirkung von Augenerkrankungen auf die sehbezogene Lebensqualität. Auf methodischer Ebene fanden sich zwei Ansätze:

- (1) In zahlreichen Studien wurde eine Gruppe von Patienten mit spezifischen Augenerkrankungen hinsichtlich verschiedener psychologischer Variablen aus dem weiten Bereich

der psychologisch-diagnostischen Lebensqualitätsforschung untersucht, zum Teil wurde zu Vergleichszwecken eine aufgrund soziodemographischer Daten parallelisierte Vergleichsgruppe herangezogen.

- (2) Eine weitere Gruppe von Studien widmete sich der Erfassung der Effekte ophthalmologischer oder psychologischer Intervention. Die zentralen Ergebnisse werden im folgenden schlaglichtartig dargestellt.

2.1 Psycho-ophthalmologische Untersuchungen spezifischer Augenerkrankungen

- Gilg (2003) konnte zeigen, dass die gesundheits- und sehbezogene Lebensqualität von Patienten, die unter *essentialem Blepharospasmus* oder *Spasmus hemifacialis* – zwei Formen der Dystonie, die zu Lidkrämpfen führen – im Vergleich zu aufgrund soziodemographischer Daten parallelisierten gesunden Vergleichspersonen deutlich geringer ist. Bei diesen Patienten ist die reibungslose Kommunikation durch die Lidkrämpfe gestört, so dass Isolation und Vereinsamung drohen.
- Auch Patientinnen mit *endokriner Orbitopathie* leiden unter einer Erkrankung, die vor allem durch das Hervorquellen der Augen zur Störung der Interaktion mit anderen führen kann. Simon (2001) diskutierte die massiven psychosozialen Beeinträchtigungen dieser Patientinnen.
- Schütte et al. (2003) konnten nachweisen, dass Patienten mit *chronischer Uveitis* – einer Entzündung des Augeninneren – im Vergleich zu einer parallelisierten Vergleichsgruppe unter erhöhter psychischer Belastung und reduzierter sehbezogener Lebensqualität litten; hier standen Schmerzen sowie eine Beeinträchtigung der allgemeinen Sehkraft im Vordergrund.
- Mähner (1999) und Franke et al. (1998a) zeigten, dass Patienten mit verschiedenen *Netzhauterkrankungen* wiederum im Vergleich zu Vergleichsgruppen im Durchschnitt als psychisch belastet gelten müssen.
- Die Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei sehbeeinträchtigten und blinden *Kindern* diskutierten Tröster et al. (1996, 2001), bei blinden *Erwachsenen* Schliepe et al. (1999) und bei *alten Menschen* Burmedi et al. (2002). Franke et al. (2001) konnten in einer Untersuchung von 424 sehbeeinträchtigten Patienten in *verschiedenen Altersstufen* nachweisen, dass ältere (70-79 Jahre) und sehr alte (80-93 Jahre) Patienten am deutlichsten unter Einschränkungen der globalen körperlichen (Skala Körperlicher Summenscore SF-36) – nicht aber der psychischen (Skala Psychischer Summenscore SF-36) – Lebensqualität litten. Diese beiden Altersgruppen wiesen die schlechteste Sehkraft und damit korrespondierend die deutlichsten sehspezifischen Einbußen ihrer Lebensqualität auf.

Zusammengefasst wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten der Augenheilkunde im Durchschnitt unter Einbußen im Bereich der körperlichen, funktionalen, psychologischen und sozialen Komponenten der sehbezogenen Lebensqualität leiden. Aus ophthalmologischer Sicht wenig relevante leichte oder mäßig schwere Sehbeeinträchtigungen führen zu einer deutlichen Reduzierung der sehbezogenen Lebensqualität (vgl. auch Bahrke et al., 2000; Conrad et al., 2000). Dass Seheinbußen zu psychischer Belastung führen, belegten auch Kington et al. (1997) in einer bevölkerungsrepräsentativen Studie in 2.249 Haushalten (Alter > 50 Jahre) in den USA, in der Probleme beim Sehen (auch unter Korrektur durch Brille und/oder Kontaktlinsen) mit geringerer gesundheitsbezogener Lebensqualität einhergingen. Auch Lee et al. (1996) konnten in einer weiteren repräsentativen Studie die negativen Auswirkungen von verschwommenem Sehen nachweisen.

Weiterhin führen Schmerzen oder Erkrankungen, die von Interaktionspartner wahrgenommen werden, wie Lidkrämpfe oder hervorquellende Augen, zu subtilen bis schweren Interaktionsstörungen (vgl. Kaluza & Stempel, 1995), die für die Betroffenen besonders schwer zu verarbeiten sind. In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass bisherige Erkenntnisse z.B. im Bereich des essentiellen Blepharospasmus und hemifaciale Spasmus zur relativen Abwesenheit von psychopathologischen Aspekten bei den betroffenen Patienten (Scheidt et al., 1996) heute so nicht mehr stehen bleiben können. Der Hintergrund dieser Verschiebung der wissenschaftlichen Wahrnehmung von „relativer Abwesenheit von psychopathologischen Aspekten“ hin zur nachweisbaren erkrankungsspezifischen Beeinträchtigung könnte in der Verwendung spezifischer psychologisch-diagnostischer Verfahren im Arbeitskreis Psycho-Ophthalmologie liegen – die aber auch hier in Übereinstimmung mit internationalen Entwicklungen vorgenommen wird (vgl. Mangione et al., 1998).

2.2 Psycho-ophthalmologische Auswirkungen ophthalmologischer Interventionen

- Klauer et al. (2002) diskutierten psychosoziale Effekte der *Strabismuschirurgie* bei Erwachsenen; die operative Korrektur des Schielens beim Erwachsenen bringt – neben der zu erwartenden Entlastung – auch neue Bewältigungsanforderungen mit sich.
- Laube et al. (2003) erforschten die zusammengefasst positiven Auswirkungen verschiedener sedierender Medikamente auf den Verlauf der *Katarakt-Operation*. Nijkamp et al. (2002) hingegen wiesen darauf hin, dass die Angst von Patienten vor der Katarakt-Operation durch ein gutes Aufklärungsprogramm sowie eine funktionierende Arzt-Patienten-Beziehung reduziert werden kann. Franke et al. (2003) konnten in einer Stichprobe von 102 Patienten vor und nach Katarakt-Operation zeigen, dass diese die sehbezogene Lebensqualität in hohem Maße verbesserte. Diese Verbesserung wurde zwischen 15% bis 43% durch den Visus des besseren Auges aufgeklärt. Die globale Lebensqualität (erfasst mit dem SF-36) hingegen veränderte sich nicht.

- Fleiß (2003) konnte nachweisen, dass Patienten mit malignem Aderhautmelanom vor und z.T. auch drei Monate nach *Radioapplikatortherapie* – eine radioaktiv markierte Schale wird für kurze Zeit operativ genau hinter den Tumor auf die Sklera genäht und dort für eine nach der Strahlendosis berechneten Zeit belassen – unter erhöhter psychischer Beeinträchtigung litten. Reimer et al. (2003) stellten fest, dass auch im Langzeitverlauf ein erhöhtes Ausmaß an psychischer Belastung bei diesen Patientinnen und Patienten vorlag.
- Kaluza und Stempel behandelten Patienten mit Offenwinkel-Glaukom mit *Entspannungsverfahren* und konnten sowohl medizinisch als auch psychologisch ermutigende Ergebnisse präsentieren (Kaluza et al., 1996; vgl. auch Klauer et al., 2002).

Zusammengefasst liegt der Schwerpunkt der psycho-ophthalmologischen Interventionsforschung im Bereich der Katarakt-Operation – eine der weltweit am häufigsten durchgeführten Operationen. Damit spiegelt sich in unserem kleinen Arbeitskreis Psycho-Ophthalmologie auch der internationale Trend wieder, denn Lee und Wilson fassen zusammen: „Improvement in vision-targeted quality of life has been shown following cataract surgery; however, an improvement in self-perceived overall health status following cataract surgery has not been established.“ (2000, p. 87).

Sowohl die Erforschung der Auswirkung muskelchirurgischer Eingriffe z.B. im Bereich der Strabismuschirurgie als auch die Erfassung der Effekte der Behandlung von Krebserkrankungen des Auges z.B. im Bereich des malignen Aderhautmelanoms sollten in Zukunft intensiver betrieben werden.

3. Ein rehabilitationspsychologischer Zugang zur Psycho-Ophthalmologie

Die psycho-ophthalmologische Forschung orientierte sich bislang sehr deutlich an ophthalmologischen Fragestellungen. Dies ist – vor dem Hintergrund der diplomatisch nicht immer einfachen Anbahnung von wissenschaftlichen interdisziplinären Kooperationen – auch einsichtig. Ein Blick auf die Abb. 1 macht deutlich, dass die Gliederung herkömmlicher Lehrbücher der Augenheilkunde nahtlos herangezogen werden kann, um psycho-ophthalmologische Studien thematisch zu gliedern.

Aus psychologischer Sicht kann die in Abb. 1 vorgenommene Gliederung allerdings nicht überzeugen. Eine zentrale Erkenntnis der Psycho-Ophthalmologie ist, dass der Visus des besseren Auges eine entscheidende Rolle bei der Beurteilung der eigenen seh- *und* vor allem bei alten und sehr alten Patienten auch der körperlichen Seite der gesundheitsbezogenen Lebensqualität spielt. Dieser Zusammenhang ist völlig unabhängig von der ophthalmologischen Diagnose, d.h. er gilt für alle Sehbeeinträchtigten. Daher wird in Abb. 2 eine

rehabilitationspsychologische Gliederung der Psycho-Ophthalmologie vorgenommen, die auf eine ophthalmologische Spezifizierung verzichtet.

Abbildung 2 bitte etwa hier einfügen

3.1 Rehabilitationspsychologisch relevante Faktoren

Die Gliederung in Abb. 2 greift auf die zentralen Komponenten des Konzeptes der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zurück (Bullinger, 1997) und ergänzt die dort diskutierten *körperlichen, funktionalen, psychologischen* und *sozialen* Aspekte durch einen zusätzlichen *soziodemographischen* Bereich. Den zentralen Stellenwert des Alters der Patientinnen und Patienten in der Psycho-Ophthalmologie diskutierten bislang alle Arbeitsgruppen, die sich mit dem Thema befassen (Burmedi et al., 2002; Franke et al., 2001; Schliepe et al., 1999; Tröster et al., 1996, 2001). Weiterhin gilt es, den sozioökonomischen Status zu berücksichtigen, da dieser – auch in westlichen Industrienationen wie der Bundesrepublik Deutschland – immer noch direkt mit dem Zugang zu Bildungschancen verbunden ist.

3.2 Rehabilitationspsychologische Diagnostik

Genuine Aufgabe der Psycho-Ophthalmologie ist es nun, durch den Einsatz psychologisch-diagnostischer Verfahren die rehabilitationspsychologische *Diagnostik* zu verbessern. In diesem Zusammenhang liegt mit der deutschen Version des Visual Functioning Questionnaire des National Eye Institute der USA ein Instrument vor, das die sehbezogenen Einbußen an Lebensqualität erfasst. Die psychometrischen Eigenschaften des NEI-VFQ können als befriedigend gelten, wenngleich weitere Analysen der Faktorenstruktur und Validität notwendig erscheinen (Franke et al., 1998b, 2003). Die zwölf Skalen des Verfahrens lauten:

- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Allgemeine Sehkraft
- Augenschmerzen
- Nahsicht
- Fernsicht
- Soziale Funktionsfähigkeit
- Psychisches Befinden
- Ausübung sozialer Rollen
- Abhängigkeit von anderen
- Probleme mit dem Autofahren
- Farbensehen
- Peripheres Sehen.

Zur Erfassung der psychischen Belastung bietet sich die SCL-90-R an, die seit kurzer Zeit in zweiter, vollständig überarbeiteter und neu normierter Auflage vorliegt (Franke 2002); auch die Nutzung der Kurzversion (BSI, Franke 2000) ist möglich. Der Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK, Franke et al., 2000) wurde an einer Stichprobe von 210 Augenkranken mit recht ermutigenden Ergebnissen validiert. Dieses Verfahren erfasst die neun Bewältigungsbereiche:

- Handelndes, problemorientiertes Coping
- Abstand und Selbstaufbau
- Informationssuche und Erfahrungsaustausch
- Bagatellisierung, Wunschenken und Bedrohungsabwehr
- Depressive Verarbeitung
- Bereitschaft zur Annahme von Hilfe
- Aktive Suche nach sozialer Einbindung
- Vertrauen in die ärztliche Kunst und
- Erarbeiten eines inneren Haltes.

3.3 Rehabilitationspsychologische Intervention

Im dritten Schritt wird die rehabilitationspsychologische Intervention thematisiert, da die Beschreibung der hohen psychischen Belastung vieler Patienten – auch aus ethischen Erwägungen – nicht der Endpunkt der wissenschaftlichen Beschäftigung sein kann. Interventionsstudien im Bereich der Psycho-Ophthalmologie thematisieren bislang fast ausschließlich die medizinpsychologischen Auswirkungen von ophthalmologischen Interventionen, vordringlich im Bereich der operativen Intervention. Dieser Ansatz ist selbstverständlich lohnenswert; nur darf die Psycho-Ophthalmologie hierbei nicht stehen bleiben. Es gilt, erkrankungsspezifische rehabilitationspsychologische Interventionen auf Einzelfall- und Gruppenebene zu entwickeln und zu evaluieren, um die nachweisbaren Einbußen an gesundheitsbezogener Lebensqualität dauerhaft zu reduzieren.

Bislang haben im deutschsprachigen Raum allerdings nur Kaluza und Stempel (1995) sowie Kaluza et al. (1996) über die positiven Effekte von Entspannungsverfahren auf Patienten mit Offenwinkel-Glaukom publiziert. Hier sind weitere Arbeitsgruppen aufgerufen, sich konstruktiv einzubringen. Auf der anderen Seite muss berücksichtigt werden, dass psychologische Interventionen schnell zu überzogenen und nicht gerechtfertigten „Heilserwartungen“ führen können. Angi et al. (1996), die eine der wenigen internationalen Studien zu Effekten psychologischer Intervention – hier ein Biofeedback-Training bei Kurzsichtigen –

vorlegten, konnten nur Verbesserungen im psychologischen nicht aber im ophthalmologischen Messbereich berichten.

4. Der psycho-ophthalmologische Einzelfall

Eine andere Möglichkeit der Annäherung an das noch junge Gebiet der Psycho-Ophthalmologie ist die Ebene des Einzelfalles. Die Abb. 3 zeigt den Inhalt einer Anfrage von Patientin A., die die Verfasserin vor einiger Zeit per email erreichte.

Abbildung 3 bitte etwa hier einfügen

4.1 Diagnosestellung

Frau A leidet unter einem bösartigen Tumor der Aderhaut, dem *malignen Aderhautmelanom*. Üblicherweise ist diese Diagnose in der Ophthalmologie ein Zufallsbefund. Man nimmt plötzlich eine Beeinträchtigung des Sehvermögens wahr und stellt durch einfach Selbstversuche – das Zukneifen oder Abdecken des einen und wechselweise des anderen Auges – fest, dass das Sehen beeinträchtigt ist. Im Regelfall geht man nun davon aus, dass der selbstverständlich folgende Weg zum Augenarzt maximal dazu führen wird, dass man eine neue oder die erste Brille verschrieben bekommt.

Die Diagnosestellung malignes Aderhautmelanom ist für die behandelnden Augenärztinnen und -ärzte nicht einfach, denn sie treten völlig unvorbereiteten Patienten gegenüber. Frau A. beschreibt, dass vor allem die Worte „Tumor“ und „bösartig“ bei ihr einen „sehr großen Schock“ auslösten, der im zweiten Schritt auch ihre Familie traf. Auch die beste medizinpsychologische Schulung des diagnosestellenden Arztes wird dies allerdings nicht verhindern können. Nach der Diagnosestellung werden die betroffenen Patienten üblicherweise sofort in eines der wenigen Zentren in Deutschland überwiesen, die sich auf die Behandlung des malignen Aderhautmelanoms spezialisiert haben. Aus medizinischer Sicht ist es absolut sinnvoll, direkt mit einer Therapie zu beginnen. Für die Betroffenen hingegen bleibt keine Zeit, die Diagnose zu verarbeiten und die womöglich tragfähige Beziehung zum bisher behandelnden Augenarzt löst sich für eine Weile auf, da die weitere Behandlung durch Spezialisten vorgenommen werden muss.

4.2 Behandlung

Die ophthalmologischen Spezialisten sehen sich nun Patientinnen und Patienten gegenüber, die erst seit sehr kurzer Zeit von ihrer Diagnose wissen, diese noch nicht verarbeitet haben und sich nun auf neue ärztliche Bezugspersonen einstellen müssen. Fast direkt mit der Diagnosestellung kommt es dann zur Therapieempfehlung. Unter bestimmten medizinischen Voraussetzungen lautet diese Radioapplikatortherapie. Fleiß (2003) hat aufgrund einer

Längsschnittstudie an der Augenklinik des Essener Universitätsklinikums zeigen können, dass jeder zweite Patient zu Beginn dieser Bestrahlungstherapie unter einer klinisch auffällig hohen psychischen Belastung litt. Die Radioapplikatortherapie gilt als augeerhaltendes Verfahren; eine kleine radioaktiv markierte Schale wird kurzfristig auf den Tumor der Aderhaut aufgebracht und im günstigsten Fall schmilzt der Tumor dadurch vollständig ein. Die meiste Zeit müssen die so behandelten Patienten im Isolierzimmer verbringen – auch diese Zeit ist psychisch nur schwer zu verkraften.

Sowohl die Operationsvorbereitung als auch die Betreuung im Behandlungsverlauf sollte bei Patientinnen und Patienten mit malignem Aderhautmelanom durch engmaschige medizin- oder rehabilitationspsychologische Diagnostik und Intervention begleitet werden.

4.3 Behandlungsfolgen

Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung berichtet Frau A., dass sie „so schnell als möglich wieder zu Arbeit gegangen“ ist. Das schnelle Herstellen von „Normalität“ ist sicherlich ein guter Weg, wieder eine stärkere innere Sicherheit zu erlangen, denn nun ist Zeit für die Verarbeitung der eigenen Situation.

Als direkte Behandlungsfolgen sind drei Schwerpunkte voneinander abzugrenzen. Zum einen kann die Radioapplikatortherapie zu ophthalmologischen Komplikationen führen; zum zweiten sehnen sich die Patienten nach prognostischer Klarheit, die aus wissenschaftlicher Sicht nicht herstellbar ist und zum dritten ist die Einbuße an Sehkraft des behandelten Auges die einzige Behandlungsfolge, die man direkt spürt.

4.3.1 Komplikationen, weitere Behandlung und Verlaufskontrolle

Fleiß (2003) fand bei der Analyse des Behandlungsverlaufs von 51 Patientinnen und Patienten mit malignem Aderhautmelanom unter Radioapplikatortherapie eine Komplikationsrate von 24/51, d.h. dass annähernd jeder zweite Patient noch weiteren Behandlungsbedarf hatte. Elf Patienten benötigten eine nachträgliche Laserbehandlung bzw. eine Thermokoagulation; drei Patienten mussten sich erneut einer Applikatortherapie unterziehen und bei weiteren drei Patienten musste das betroffene Auge doch entfernt werden. Fünf Patienten litten unter einer Glaskörperblutung, bei vier Patienten entwickelte sich ein Sekundärglaukom. Unter einer Rubeosis iridis litten drei Patienten, bei je zwei Patienten kam es zu einem Katarakt bzw. einer Retinopathie. Je ein Patient entwickelte eine epiretinale Gliose, Sicca-Symptomatik, Makulaödem bzw. ein Zentralskotom, bei einem Patienten wurde eine Vitrektomie nötig. Sehr starke Schmerzen gaben vier Patienten an, die durch vielfältige Komplikationen verursacht wurden. Dies verdeutlicht, dass es sich bei Art und Ausmaß der Komplikationen durchaus um schwerwiegende Probleme mit weitreichenden Nachbehandlungen und

Konsequenzen handelt. Reimer (2000) konnte allerdings zeigen, dass diese Komplikationen im Langzeitverlauf zu keinen statistisch signifikanten psychologischen Auswirkungen führten.

Glücklicherweise hat Frau A. die Behandlung offensichtlich ohne Komplikationen überstanden. Für sie stand recht schnell der Visusverlust beim betroffenen Auge sowie die Angst vor einem Fortschreiten der Krebserkrankung im Vordergrund.

4.3.2 Von der Unmöglichkeit, eine Prognose abgeben zu können

Durch ihre enge Freundschaft zu einer Mitpatientin wurde Frau A. früh mit einem schweren Verlauf der Erkrankung konfrontiert. Die Freundin litt unter „Metastasen in Lunge und Leber und im anderen Auge (...). Auf dem behandelten Auge war sie bereits erblindet.“ und ist leider kurz nachdem Frau A. die email (vgl. Abb. 3) an die Verfasserin schrieb gestorben. Grundsätzlich beträgt die Mortalitätsrate beim malignen Aderhautmelanom – dem häufigsten primären intraokularen Tumor – in einem Zeitraum von 5 Jahren 20% (Collaborative Ocular Melanoma Study Group, 2001; Shields et al., 2000). Zusammengefasst ist der Tumor somit außergewöhnlich bösartig und metastasiert früh hämatogen in Leber, Lunge, Knochen und Haut.

Aus den vorliegenden Statistiken lässt sich allerdings keine Prognose über den möglichen individuellen Verlauf der Erkrankung abgeben. Auch für Patienten mit malignem Aderhautmelanom hat die Diagnose „Krebs“ eine besondere Bedeutung. Den metaphorischen Gehalt der Diagnose hat Sonntag (1981, 1989) beschrieben. Sie stellt das Erleben der eigenen Bedrohung auch für Nichtbetroffene in den Vordergrund. Nach dem Muster der Infektionskrankheiten hat „Krebs“ die Nachfolge von Pest und Tuberkulose angetreten. Die Patienten mit malignem Aderhautmelanom leiden nun an einem Karzinom, das sehr klein ist und es fällt ihnen schwer, sich eine Vorstellung von ihrer Krankheit zu machen. Gleichzeitig ist mit dem Auge ein Teil des Körpers betroffen, zu dem man eine besondere Beziehung hat.

4.3.3 Sehbeeinträchtigung als einzig wahrnehmbare Behandlungsfolge

Abgesehen von Komplikationen, die weitere Behandlungen nach sich ziehen, ist die Beeinträchtigung des Sehens beim betroffenen Auge die einzige *Behandlungsfolge*, die die Patientinnen und Patienten wahrnehmen können. Und auch hier beschreibt Frau A., dass sie sich vor allem ängstigte „weil niemand sagen konnte, was von meiner Sehkraft auf dem kranken Auge übrig bleibt“. Gleichzeitig bekam sie die Information, der Sehkraftverlust sei „ein normaler Verlauf“. Im Rahmen der ärztlichen Aufklärung mag es schwierig sein, den hohen Stellenwert dieses Sehkraftverlustes schon früh zu antizipieren. Bei normal gesundem zweiten Auge leiden Patienten im Langzeitverlauf maximal unter einer „gröberen einseitigen Sehbeeinträchtigung“. Subjektiv kann diese Einbuße an Sehkraft allerdings zu schwerer bis

schwerster psychischer Beeinträchtigung führen, die dann als behandlungsbedürftig gelten muss und zur Überweisung in psychotherapeutische Behandlung zu führen hat.

Frau A. schildert ihre eigene Verfassung grundsätzlich wie folgt: „Meine Angst vor einer Ausbreitung des Krebses nimmt bei mir leider im Lauf der Zeit nicht ab, im Gegenteil. Vor jeder Untersuchung bin ich ein Nervenbündel, und es wird immer schlimmer. Der Gedanke an die Krankheit ist immer im Hinterkopf und ich kann das nicht abstellen.“ In einer solchen Situation ist es angeraten, sich professionelle Hilfe zu suchen; psychologische oder ärztliche Psychotherapie zur Reduktion der lähmenden Angst ist sicherlich der richtige Weg.

Frau A. zeichnet sich gleichzeitig durch besondere Anstrengungen in ihrer Krankheitsverarbeitung aus. Sie sucht zielstrebig Informationen und berichtet, dass der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen ihr „viel gegeben“ haben. Wie die meisten Patientinnen und Patienten der Augenheilkunde hat sie ein hohes Maß an Vertrauen in die ärztliche Kunst. Da die Patientinnen und Patienten mit malignem Aderhautmelanom über die Republik verstreut leben, ist die Gründung einer Selbsthilfegruppe in der Wohngegend von Frau A. unrealistisch. Eine andere Möglichkeit der Selbsthilfe könnte der Austausch unter Betroffenen im Internet sein. Eine Internet-Plattform dazu wäre unter <http://www.krebs-kompass.de>, auf der u. a. der Austausch über das maligne Aderhautmelanom stattfindet. Die Beschäftigung mit solchen Internet-Foren könnte im zweiten Schritt auch dazu führen, dass die Bewältigung der Krebserkrankung sowie der Einbußen an Sehkraft dazu führt zu lernen, mit anderen über die eigene Situation zu sprechen. Neben der individuellen Krankheitsverarbeitung könnte so auch Stück für Stück ein soziales Netz im Nahbereich geschaffen werden, das informiert ist und Verständnis entwickeln kann.

Könnte die im Arbeitskreis Psycho-Ophthalmologie betriebene wissenschaftliche Arbeit nun die Anfrage von Frau A. umfassend beantworten? Die Beantwortung dieser Frage bleibt Frau A. sowie den Leserinnen und Lesern überlassen. Für die Verfasserin bedeutete die Fertigstellung dieses Textes, die in allen diskutierten Studien gefundenen Ergebnisse auf der Ebene der Mittelwerte von kleinen bis großen Stichproben mit oder ohne Vergleichsgruppen auf den vorliegenden Einzelfall zu übertragen. Zusammengefasst könnte die Psycho-Ophthalmologie sich – zumindest in einem Strang – in Zukunft verstärkt der Einzelfallforschung widmen, um den direkten Bezug zur Psychologie zu vertiefen. Frau A.s Anregung zur Erstellung von Broschüren zur Patientenaufklärung, die sich der psychologischen Seite der Erkrankung nähern, wird abschließend selbstverständlich zur Aufgabe des Arbeitskreises Psycho-Ophthalmologie gemacht.

5. Literatur

- Angi, M.R., Caucci, S., Pilotto, E., Racano, E., Rupolo, G. & Sabbadin, E. (1996). Changes in myopia, visual acuity, and psychological distress after biofeedback visual training. *Optometry and Vision Science*, 73, 35-42.
- Bahrke, U., Krause, Walliser, U., Bahdemer-Greulich, U. & Goldhahn, A. (2000). Retinopathia centralis serosa – Magengeschwür der Augenheilkunde? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50, 464-469.
- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 76-91.
- Burmedi, D., Becker, S., Heyl, V., Wahl, H.-W. & Himmelsbach, I. (2002). Behavioral consequences of age-related low vision. A narrative review. *Visual Impairment Research*, 4, 15-45.
- Collaborative Ocular Melanoma Study Group (2001). The COMS randomised trial of iodine 125 brachytherapy for choroidal melanoma. III. Initial mortality findings. *Archives of Ophthalmology*, 119, 969-982.
- Conrad, R., Bodeewes, I., Schilling, G., Geiser, F., Imbierowicz, K. & Liedtke, R. (2000). Chorioretinopathia centralis serosa und psychische Belastung. *Ophthalmologe*, 97, 527-531.
- Fleiß, A. (2003). *Medizinpsychologische Auswirkungen der Radioapplikatortherapie beim malignen Aderhautmelanom im zeitlichen Verlauf*. Essen: Medizinische Fakultät, Promotion.
- Franke, G.H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz.
- Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R. Symptomcheckliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz, 2. vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage.
- Franke, G.H., Esser, J., Stäcker, K.-H. & Spangemacher, B. (1998a). Über den Zusammenhang zwischen Krankheitsprogredienz und Streßverarbeitung bei Patienten mit Retinopathia centralis serosa. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 215-222.
- Franke, G.H., Esser, J., Voigtländer, A. & Mähner, N. (1998b). Erste Ergebnisse zur psychometrischen Prüfung des NEI-VFQ (National Eye Institute Visual Function Questionnaire), eines psychodiagnostischen Verfahrens zur Erfassung der Lebensqualität bei Sehbeeinträchtigten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 7, 178-184.
- Franke, G.H., Mähner, N., Reimer, J., Spangemacher, B. & Esser, J. (2000). Erste Überprüfung des Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21, 166-172.
- Franke, G.H., Esser, J., Mähner, N. & Reimer, J. (2001). The psychological impact of visual impairment in patients of different age. In H.W. Wahl & H. Schulze (Eds.), *On the special needs of blind and low vision seniors* (67-75). Amsterdam: IOS.
- Franke, G.H., Mähner, N., Reimer, J., Voigtländer-Fleiß, A. & Esser, J. (2003). Ein psychodiagnostischer Zugang zur Erfassung der Einbußen an gesundheitsbezogener Lebensqualität bei verringerter Sehkraft. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12, 57-62.
- Gilg, K. (2003). *Ein medizinpsychologischer Vergleich zwischen Patienten, die an essentiellen Blepharospasmus oder Spasmus hemifacialis erkrankt sind – unter der Therapie mit Botulinum Toxin A*. Essen: Medizinische Fakultät, Promotion.
- Kaluza, G. & Stempel, I. (1995). Psychologie und Ophthalmologie. *Zeitschrift für praktische Augenheilkunde*, 16, 189-193.
- Kaluza, G., Maurer, H. & Stempel, I. (1996). Stress reactivity of intraocular pressure after relaxation training in open-angle glaucoma patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 587-598.
- Kington, R., Rogowski, J., Lillard, L. & Lee, P.P. (1997). Functional associations of „trouble

- seeing". *Journal of General Internal Medicine*, 12, 125-128.
- Klauer, T., Schneider, W., Bacskulin, A. & Guthoff, R. (2000). Psychosoziale Korrelate von Strabismus und chirurgischer Strabismuskorrektur bei Erwachsenen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 9, 167-176.
- Klauer, T., Bacskulin, A., Thurow, R., Schneider, W. & Guthoff, R. (2002). Differenzierung von Glaukomerkrankungen anhand psychophysiologischer und subjektiv-psychologischer Indikatoren psychosozialer Belastung. *Report Psychologie*, 27, 322-328.
- Laube, T., Krohner, H., Franke, G.H., Brockmann, C. & Steuhl, K.-P. (2003). Chlorazepate dipotassium versus Midazolam premedication in clear cornea cataract surgery. *Journal of Cataract and Refractive Surgery*, in press.
- Lee, B.L. & Wilson, M.R. (2000). Health-related quality of life in patients with cataract and glaucoma. *Journal of Glaucoma*, 9, 87-94.
- Lee, P.P., Spritzer, K. & Hays, R.D. (1996). The impact of blurred vision on functioning and well-being. *Ophthalmology*, 104, 390-396.
- Mähner, N. (1999). *Überprüfung der Life-Event-Theorie am Beispiel der fokalen-hämorrhagischen Chorioretinopathie*. Essen: Medizinische Fakultät, Promotion.
- Mangione, C.M., Lee, P.P., Pitts, J., Gutierrez, P., Berry, S. & Hays, R.D. (1998). Psychometric properties of the National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI-VFQ). *Archives of Ophthalmology*, 116, 1496-1504.
- Nijkamp, M.D., Ruiter, R.A.C., Roeling, M., van den Borne, B., Hiddema, F., Hendrikse, F. & Nuijts, R.M.M.A. (2002). Factors related to fear in patients undergoing cataract surgery: a qualitative study focusing on factors associated with fear and reassurance among patients who need to undergo cataract surgery. *Patient Education and Counseling*, 47, 265-272.
- Reimer, Jens (2000). *Medizinpsychologische Implikationen bei Patienten mit malignem Aderhautmelanom nach Radioapplikatortherapie – unter besonderer Berücksichtigung der Lebensqualität*. Essen: Medizinische Fakultät, Promotion.
- Reimer, J., Esser, J., Fleiß, A., Hessel, A., Anastassiou, G., Krausz, M., Bornfeld, N. & Franke, G.H. (2003). Quality of life in patients with malignant choroidal melanoma after radiotherapy. *Graefe's Archive of Clinical and Experimental Ophthalmology*, 241, 371-377.
- Scheidt, C.E., Schuller, B., Rayki, G., Kommerell, G. & Deuschl, G. (1996). Relative absence of psychopathology in benign essential blepharospasm and hemifacial spasm. *Neurology*, 47, 43-45.
- Schliepe, V., Esser, J. & Franke, G.H. (1999). Vorstellung des Projektes „Westdeutsche Allgemeine Zeitung (WAZ) für Sehgeschädigte“. *Die Rehabilitation*, 38, 20-26.
- Schütte, E., Heiligenhaus, A. & Franke, G.H. (2003). *Rehabilitationspsychologische Aspekte der Uveitis*. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, eingereicht.
- Shields, C.L., Shields, J.A., Cater, J., Gündüz, K., Miyamoto, C., Micaily, B. & Brady, L.W. (2000). Plaque radiotherapy for uveal melanoma. Long-term outcome in 1106 consecutive patients. *Archives of Ophthalmology*, 118, 1219-1228.
- Simon, S. (2001). *Psychosomatische Aspekte des Morbus Basedow unter der Endokrinen Orbitopathie*. Witten-Herdecke: Medizinische Fakultät, Promotion.
- Sontag, S. (1981). *Krankheit als Metapher*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Sontag, S. (1989). *Aids und seine Metaphern*. München: Hanser.
- Tröster, H., Bambring, M. & Van der Burg, J. (1996). Daily routines and sleep disorders in visually impaired children. *Early Child Development and Care*, 119, 1-14.
- Tröster, H. (2001). Sources of stress in mothers of visually impaired young children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 95, 623-637.

Abbildung 1: Thematisch gegliederte Vorträge im Arbeitskreis Psycho-Ophthalmologie (in Klammern gesetzt: siehe Literatur)

<p>I Spezifische Augenerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lider und Muskeln <ul style="list-style-type: none"> ➤ Essentieller und hemifacialer Blepharospasmus <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essen: Gilg et al., 2000, 2002 (Gilg, 2003) ➤ Strabismus <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rostock: Klauer et al., 2000 (Klauer et al., 2000) ➤ Augenhöhle (Orbita): Endokrine Orbitopathie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essen: Franke et al., 1997, 1998 ▪ Marburg: Stempel, 1999 ▪ Witten-Herdecke: Simon, 2002 (Simon, 2001) ➤ Linse und Katarakt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essen: Krohner et al., 2000 (Laube et al., 2003) ▪ Maastricht: Nijkamp et al., 1999, 2000, 2002 (Nijkamp et al., 2003) ➤ Gefäßhaut (Uvea) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Chronische Uveitis <ul style="list-style-type: none"> ▪ Davos-Wolfgang: Körner et al., 2000 ▪ Stendal: Schütte et al., 2002 (Schütte et al., 2003) ➤ Malignes Aderhautmelanom <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essen: Fleiß et al., 2001; Reimer et al., 1997, 1998, 2000, 2001, Reichel et al., 2000 (Fleiß, 2003; Reimer et al., 2003) ➤ Vorderkammer und Glaukom <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marburg: Kaluza et al., 1998; Stempel et al., 1999 (Kaluza et al., 1996; Klauer et al., 2002) ➤ Netzhaut (Retina) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Altersabhängige Makuladegeneration <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leipzig: Reichel et al., 2000 ➤ Diabetische Retinopathie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essen: Bormacher et al., 1997 ➤ Fokal-hämorrhagische Chorioretinopathie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essen: Mähner et al., 1997, 1998 (Mähner, 1999) ➤ Retinopathia centralis serosa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essen: Spangemacher et al., 1997 (Franke et al., 1998a)
<p>II Verschiedene Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sehbeeinträchtigte und blinde Kinder und ihre Eltern <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dortmund: Tröster et al., 1998, 2000 (Tröster et al., 1996, 2001) ➤ Blinde Erwachsene <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essen: Schliepe et al., 1997 (Schliepe et al., 1999) ➤ Sehbeeinträchtigte im höheren Erwachsenenalter <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heidelberg: Heyl et al., 1998, 1999 (Burmedi et al., 2002) ➤ Sehbeeinträchtigung bei verschiedenen Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essen: Franke et al., 2000 (Franke et al., 2001)
<p>III Ophthalmologische und medizin-psychologische Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbesserung der perimetrischen Untersuchung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Magdeburg: Töpfer et al., 2002 ➤ Entwicklung sehbezogener psychologisch-diagnostischer Verfahren <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essen: Mähner et al., 1997; Franke et al., 1999, 2000, 2001

Abbildung 2: Rehabilitationspsychologische Gliederung der Psycho-Ophthalmologie

I Rehabilitationspsychologisch relevante Faktoren

- **Soziodemographische Aspekte**
 - Alter: Kinder, Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen
 - Sozioökonomischer Status
 - bei Kindern / Jugendlichen: Status der Eltern
 - bei Erwachsenen: der eigene Status
- **Körperliche Aspekte (Symptomatik)**
 - Schmerzen
 - Visusverlust
 - Verlust Sehkraft Nähe / Ferne
 - Verlust des beidäugigen Sehens
 - Lichtscheu
 - Gesichtsfeldausfälle
 - Farbsinnstörungen
 - Bewegungsstörungen der Augen
- **Funktionale Aspekte (Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit)**
 - Sehbeeinträchtigung
 - Größere einseitige Sehbeeinträchtigung (Einäugigkeit, d.h. 1/1 auf einem Auge und 1/3 bis 0 auf dem anderen Auge)
 - Mäßige beidseitige Sehbeeinträchtigung (9/10 bis 1/3)
 - Wesentliche Sehbehinderung
 - Sehbehinderung (1/3 bis 1/20)
 - Hochgradige Sehbehinderung (1/20 bis 1/50)
 - Blindheit (1/50 bis 0)
 - Nebenwirkungen operativer und / oder medikamentöser Intervention
- **Psychologische Aspekte (individuelles Erleben und Verhalten)**
 - Einschränkung der
 - Wahrnehmungsfunktion des Auges
 - Ausdrucksfunktion des Auges
 - Kommunikationsfunktion des Auges
 - Psychische Belastung
 - Bewältigungsstrategien, Krankheitsverarbeitung
- **Soziale Aspekte**
 - Ehe, Partnerschaft, Familie
 - Beruf
 - Freundeskreis, soziales Netz

II Rehabilitationspsychologische Diagnostik

- **Bewährte Verfahren zur Prä-, Verlaufs- und Postmessung**
 - Sehspezifische Einschränkung der Lebensqualität: NEI-VFQ (Franke et al., 1998b, 2003)
 - Psychische Belastung: Screening, SCL-90-R oder BSI (Franke, 2000, 2002)
 - Krankheitsbewältigung: EFK (Franke et al., 2000)

III Rehabilitationspsychologische Interventionen

- **Psychologisch-unspezifische Intervention**
 - Entspannungsverfahren
- **Psychologisch-spezifische Interventionen**
 - Training sozialer Kompetenzen
 - Stress- / Schmerzbewältigungsprogramme
- **Erkrankungsspezifische Intervention**
 - Gruppe: Psychoedukation
 - Einzelfall: Individualbetreuung

Abbildung 3: Impressionen aus der Praxis

Liebe Frau Professor Franke.

Im Oktober 2000 wurde bei mir im Uni-Klinikum XY ein Aderhautmelanom festgestellt. Es war ein Zufallsbefund aufgrund einer Untersuchung beim Augenarzt. Ich wollte eigentlich nur eine Brille, da ich, damals im Alter von fast 44 Jahren dachte, es wäre eine normale Fehlsichtigkeit. Der Schock bei mir und auch in der Familie war sehr gross. Es fiel das Wort „Tumor“ und „bösartig“. Bis dahin hatte ich keine grossen Erkrankungen und hatte vorher noch nie einen Krankenhausaufenthalt. In XY sagte man mir nun, zur Behandlung müsste ich nach Z-Stadt. Nach der Diagnose nun auch noch ein so weit entferntes Krankenhaus. Ich bin in der Nähe von Q daheim.

In Z-Stadt war ich sehr gut aufgehoben, es wurden diverse Behandlungsmöglichkeiten besprochen. Prof. T. entschied sich dann für eine Applikatorbestrahlung. Nach dreieinhalb Wochen war ich wieder zu Hause. Anfangs war meine Sehkraft noch sehr gut. Aber bereits nach kurzer Zeit stellte sich eine massive Blickfeldeinschränkung ein. Ich war informiert, dass dies ein normaler Verlauf ist, aber es war total beängstigend, weil niemand sagen konnte, was von meiner Sehkraft auf dem kranken Auge übrig bleibt. Mittlerweile ist noch in etwa das „obere Drittel“ des Auges da, allerdings wurde bei meinem letzten Sehtest bei meiner Augenärztin festgestellt, dass von diesem Rest die Sehstärke in kurzer Zeit abgenommen hat.

Ich bin nach meinem Krankenhausaufenthalt so schnell als möglich wieder zur Arbeit gegangen. Ich habe einen sehr verständnisvollen Vorgesetzten und wunderbare Kollegen. Das machte mir vieles leichter.

In Z-Stadt hatte ich eine sehr liebe Mitpatientin, die zwei Jahre vor mir ebenfalls an einem Aderhautmelanom erkrankt war. Mit mir war sie nun auf Station, weil Metastasen in Lunge und Leber und im anderen Auge gefunden worden waren. Auf dem behandelten Auge war sie bereits erblindet. Wir haben in dieser Zeit eine sehr enge Freundschaft geschlossen und auch heute noch Kontakt. Leider ist es so, dass diese liebe Freundin nicht mehr lange zu leben hat. Ein Gespräch am Telefon war ihr vor ein paar Tagen nicht mehr möglich.

Durch sie habe ich bereits in Z-Stadt realisiert, dass, auch wenn der Tumor behandelt ist, die Gefahr von Metastasen in anderen Organen immer vorhanden ist. Ständig hat sie mich gebeten, nicht leichtsinnig zu sein und die internistischen Untersuchungen nicht zu versäumen.

Ich habe in meinem Alltag die Krankheit so gut es geht „beiseite gestellt“. Auf Anraten meiner Augenärztin war ich zur Kur in B-Dorf in der Prof. A-Klinik. Dort gab es mehrere Patienten mit Aderhautmelanom. Alle gingen anders mit der Krankheit um. Die Zeit dort und die Gespräche haben mir viel gegeben. Dort war ich kein „Exot“ mit der Krankheit, von der in der Regel noch keiner gehört hat und auch kaum Literatur zu bekommen ist. Meine Angst vor einer Ausbreitung des Krebses nimmt bei mir leider im Lauf der Zeit nicht ab, im Gegenteil. Vor jeder Untersuchung bin ich ein Nervenbündel, und es wird immer schlimmer. Der Gedanke an die Krankheit ist immer im Hinterkopf und ich kann das nicht abstellen.

Jetzt, nach diesem langen Vorspann, meine Bitte an Sie:

Gibt es Broschüren, Abhandlungen etc. zu diesem Thema, die nicht nur die medizinische Behandlung zum Inhalt haben, sondern auch die psychologische Seite dieser Krankheit zum Thema haben? Es ist leicht vom Verlust der Sehkraft zu sprechen, wenn man selber nicht betroffen ist. Vor allem aber meine Angst wie es weitergehen wird, belastet mich sehr.

Nach aussen hin und auch gegenüber der Familie gebe ich mich „cool“ und es ist immer alles in Ordnung. Es hilft mir ja auch nicht, wenn ich meinen Mann und die Familie zusätzlich damit belaste.

Es würde mich freuen, von Ihnen zu hören.

Herzlichst Ihre Patientin A.