

## **Krankheitsverarbeitung bei Krebs**

Seit Mitte der 70er Jahre ist eine rasche Entwicklung theoretischer und empirischer Arbeiten zu beobachten, in denen die Reaktionen von Krebspatienten auf die Erkrankung im Mittelpunkt stehen. Sie werden unter den Begriffen "Krankheitsverarbeitung" oder "Krankheitsbewältigung" subsumiert, wobei sich unterschiedliche Definitionen finden (vgl. Heim 1985; Gaus und Köhle 1986; Ziegler 1986). Langfristige Zielsetzung dieser Untersuchungen ist eine Optimierung der medizinischen Versorgung der Patienten während Diagnosestellung, Behandlung, Rehabilitation und/oder Terminalphase der Erkrankung. Eine mittelfristige Zielsetzung ist die Inbeziehungsetzung von Krankheitsverarbeitungsprozessen zu bio-psycho-sozialen Daten des Krankheitsverlaufes, um so einen Eindruck von ihrer Effektivität oder Adaptivität zu bekommen.

Eine Beurteilung der Ergebnisse auf diesem Gebiet ist zur Zeit nur sehr vorläufig möglich, da eine dafür notwendige Vergleichbarkeit der Untersuchungen auf mehreren Ebenen nicht gegeben ist. Zur Definition, Konzeptualisierung und Operationalisierung von Prozessen der Krankheitsverarbeitung bzw. -bewältigung liegen völlig unterschiedliche Ansätze vor. In der Theorienbildung dominiert bisher das transaktionelle Streßmodell von Lazarus (Lazarus, Launier 1981). Hinsichtlich einzelner Aspekte der Krankheitsverarbeitung finden sich psychodynamische Ansätze (z. B. bezüglich des Problems der "Verleugnung", u. a. Gaus, Köhle 1986) sowie sozialpsychologische Theorien (z. B. hinsichtlich kognitiver Aspekte der Krankheitsverarbeitung, wie "Ursachenattribuierung" und "Beeinflussbarkeitserwartungen"). Noch eher am Rande sind dagegen lernpsychologische Konzepte vertreten. Das Modell der Klassischen Konditionierung kam bisher lediglich im Rahmen der Erklärung spezifischer Problembereiche (z. B. das der "antizipierten Reaktionen" im Zusammenhang mit Behandlungsnebenwirkungen) zur Geltung.

Die Erhebungen beziehen sich sowohl auf völlig unterschiedliche Aspekte der Krebserkrankung (im folgenden "Fokus" genannt), als auch auf unterschiedliche Phasen des Krankheitsverlaufs. Sie wurden an Personen mit verschiedensten Krebslokalisationen durchgeführt, wobei sehr fraglich ist, ob man von "der Krebserkrankung" generell sprechen kann. Es werden schließlich die unterschiedlichsten Kriterien zur Beurteilung der Effektivität von Verarbeitungsstrategien verwendet.

Im ersten Teil dieser Arbeit werden nun auf der Basis empirischer Befunde und klinischer Beobachtungen Kriterien formuliert, die meines Erachtens bei der Konzipierung, Durchführung und Darstellung von empirischen Arbeiten auf diesem Gebiet Berücksichtigung finden sollten (Kap. 1 bis 3). Im zweiten Teil wird ein Überblick über empirische Ergebnisse zur Krankheitsverarbeitung bei Krebs gegeben (Kap. 4 bis 7). Hypothesen und Befunde werden anhand eines kognitiv-behavioralen Modells der Krankheitsverarbeitung geordnet, das in Anlehnung an Lazarus und Launier (1981) konzipiert wurde (Abb. 1 siehe nächste Seite).

## **1. "Fokus" der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung**

Bei einer genaueren Betrachtung vorliegender empirischer Studien fällt auf, daß sich die Beschreibung von Krankheitsverarbeitungsstrategien auf je unterschiedliche Aspekte einer Krebserkrankung bezieht, oftmals ohne daß dies explizit erwähnt wird. Es wird vielmehr von Bewältigungsprozessen bzgl. der "Krankheit allgemein" oder "aller damit einhergehender Probleme" gesprochen (vgl. Penman 1979; Rogentine et al. 1979; Greer et al. 1979). Dies geschieht völlig unabhängig vom jeweiligen Fokus, der für eine Person gerade im Mittelpunkt steht. Bei einem solchen Vorgehen kann es nun sein, daß für einen Teil einer untersuchten Population die "potentielle Lebensbedrohung" subjektiv im Vordergrund steht. Würden bei einer solchen Untergruppe Verleugnungstendenzen vorherrschen, so würde man wahrscheinlich eine negative Korrelation zwischen dieser Verarbeitungsform und dem Ausmaß an Depressivität und/oder Angst feststellen. Bei einer anderen Untergruppe würden wir dagegen möglicherweise eine positive Korrelation zwischen Angst/Depressivität und Verleugnungstendenzen feststellen und bei genauerem Hinsehen erkennen, daß diese Personen primär mit Partnerschaftsproblemen konfrontiert sind. Dies könnte bedeuten, daß ein "kognitives Ausblenden" besonders bedrohlicher Implikationen bei rein

intrapsychischen Problemen unter Umständen sinnvoll ist, daß dies  
aber bei interindividuellen Problemen

### **Abb. 1: Kognitiv-behaviorales Modell der Krankheitsverarbeitung**

spätestens bei nicht zu übersehenden realen Handlungen des Partners (z. B. Trennung) seine Grenzen erfährt. Ein Nichtbeachten des subjektiv im Vordergrund stehenden Fokus ist dann ein Grund für entgegengesetzte Zusammenhangsaussagen (Greer et al. 1979; Rogentine et al. 1979).

Im folgenden ordne ich die unterschiedlichen Foki schwerpunktmäßig zwei Gruppen von krankheitsbedingten Belastungen zu, den "primären" und "sekundären Belastungen" sowie den "primären" und sekundären positiven Veränderungen".

#### ***1.1. Primäre negative Veränderungen (Belastungen)***

Unter primären Belastungen werden direkte, mit der Krankheit bzw. der Behandlung verbundene psychische und somatische Probleme verstanden.

##### *1.1.1. Das Wissen um die potentielle Lebensbedrohlichkeit*

Eine erste, schon während der diagnostischen Phase auftretende psychische Belastung ist die Ahnung oder das Wissen um die potentielle Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung. Diese Implikationen stehen im Mittelpunkt der meisten empirischen Arbeiten zur Krankheitsbewältigung. Dabei geht es in der Regel um die Frage, ob und inwieweit eine Person dieses Wissen realisiert, d. h., es geht um Verleugnungstendenzen und ihre Effektivität (vgl. Beutel 1985). Vermutungen und erste Befunde gehen bisher dahin, daß das Verleugnen dieser Bedrohung eine adaptive Strategie der Krankheitsverarbeitung darstellt, da auf diesem Wege zu starke Angstgefühle vermieden werden können.

##### *1.1.2. Körperbeschwerden, Funktionseinschränkungen und gestörte Vitalbedürfnisse*

Primäre Belastungen auf der somatischen Ebene stellen Körperbeschwerden, Funktionseinschränkungen und Störungen der Vitalbedürfnisse dar, die als krankheitsbedingt angesehen werden oder die mit einer jeweiligen Behandlungsmaßnahme einhergehen. Wenn dieser Fokus für sich genommen bzgl. der Krankheitsverarbeitung bisher Beachtung fand, dann unter dem Aspekt der Verleugnung früher

Krankheitssymptome. Eine Verleugnung wird in diesem Zusammenhang als maladaptiv angesehen, da sie die Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Maßnahmen verzögern kann (vgl. Weisman 1979).

Eine Besonderheit unter den behandlungsbedingten Körperbeschwerden stellen die sog. antizipierten Reaktionen dar, so z. B. antizipierte Übelkeit/Erbrechen während oder nach Durchführung einer Chemotherapie. Es handelt sich dabei um Reaktionen, die den behandlungsbedingten sehr ähnlich sind, nur treten sie nach mehrmaliger Chemotherapie jeweils *vor* der Applikation des Medikamentes auf. Auslöser sind häufig spezifische Gerüche, die mit dem Krankenhaus assoziiert sind, der Anblick einer Infusionsnadel o. ä. Es wird angenommen, daß diese Reaktionen über Prozesse des klassischen Konditionierens erworben werden. Für die Prävalenzrate antizipierter Übelkeit/Erbrechen werden in einzelnen Untersuchungen Werte zwischen 18% und 65% angegeben (s. Überblick bei Burish, Carey 1984).

### ***1.1.3. Veränderungen im Körper- bzw. Selbstbild***

Veränderungen im Körperbild oder Selbstbild nehmen oftmals ihren Ausgang in primären somatischen Belastungen. Empirische Befunde liegen hier hauptsächlich bei Mamma- und Genitalkarzinom-Patientinnen sowie bei Anus-Praeter-Trägern (nach Colonkarzinom) vor. Sehr eindrücklich beschreiben Orbach und Tallent (1965) die Situation von Anus-Praeter-Trägern: die Anlage des künstlichen Darmausgangs und der damit einhergehende Kontrollverlust über die anale Ausscheidung führt in vielen Fällen zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Körperbildes und damit einhergehend des Selbstbildes. Die untersuchten Patienten empfanden diese körperlichen Vorgänge als unästhetisch, sich selbst erlebten sie in der Folge als sexuell unattraktiv und nicht vollwertig. Häufige Folgen solch negativer Körperbildveränderungen sind sozialer Rückzug, gestörte Partnerschaften sowie ein erhöhtes Ausmaß an Depressivität. Ähnliche Beschreibungen liegen für Mamma- und Genitalkarzinom-Patientinnen vor (Hertz, Molinski 1980; Herschbach 1985).

## ***1.2. Sekundäre Belastungen***

Unter sekundären Belastungen werden solche negativen Veränderungen verstanden, die sich im Laufe einer Krebserkrankung

im sozialen Umfeld des Patienten einstellen können (Probleme im Arbeitsbereich, im Zusammenleben mit der Familie, in der Partnerschaft etc.).

Erkrath und Randow (1967) berichten in 22% der von ihnen untersuchten Genitalkrebs-Patientinnen eine Ehescheidung nach erfolgter Therapie. Bei dieser Patientengruppe stellen sich meist infolge sexueller Störungen massive Partnerschaftsprobleme ein. Wirsching et al. (1975) fanden bei einer Gruppe von Anus-Praeter-Patienten in 27% der Fälle eine soziale Vereinsamung, die auf einer Vermeidung sozialer Situationen beruhte. Ursachen dafür können die im vorigen Abschnitt beschriebenen belastenden Veränderungen im Körperbild sein.

Weisman et al. (1976) fanden in einer groß angelegte Studie positive Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an sekundären Belastungen in Beruf und Familie und dem Ausmaß an emotionalem Distress bei Patienten mit unterschiedlichen Krebserkrankungen. In einer eigenen Pilot-Studie an 22 operierten Magen- und Bronchialkrebspatienten stellten wir zum einen positive Zusammenhänge zwischen Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und/oder der äußeren Erscheinung und dem Ausmaß an depressiver Verstimmung fest, zum anderen ebenfalls positive Zusammenhänge zwischen dem Auftreten sekundärer Belastungen in Familie und Beruf und dem Ausmaß an Ärger/Gereiztheit (Hasenbring, Kurtz, Marienfeld, Thiede, i. Vorb.).

Herschbach (1985) hat erstmals Bewältigungsstrategien gesondert für verschiedene Problembereiche erfaßt und u. a. eine Situations- bzw. Fokusspezifität bei 385 Brustkrebs- und Genitalkrebs-Patientinnen überprüft. Bei insgesamt 13 Problembereichen fand er z. B. ein Dominieren von Strategien der Vermeidung/Ablenkung bei Problemen, die er "psychische Störungen" nannte (Alpträume, Nervosität, Angstzustände, Depressivität) sowie ein Dominieren von Dissonanzreduktion bei Problemen im sexuellen Bereich gegenüber aktiven/kämpferischen Bewältigungsformen in allen übrigen Problembereichen.

Will man letztendlich aus empirischen Untersuchungen zum Bewältigungsverhalten sinnvolle Hinweise für den Umgang mit den Patienten (sowohl im medizinisch/pflegerischen Bereich als auch im Rahmen psychotherapeutischer Maßnahmen) ableiten, braucht man detailliertere Ergebnisse über die Effektivität von Bewältigungs-

strategien in konkretisierten Problembereichen (will man zum Beispiel Antworten geben auf die Fragen, zu welchem Zeitpunkt es wichtig ist, Verleugnungstendenzen unangetastet zu lassen und wann es wichtig ist, diese vorsichtig zu thematisieren). Der Untersuchungsansatz von Herschbach sowie die vorliegende Systematisierung einzelner Foki weisen in diese Richtung. Von einer Taxonomie relevanter Problembereiche sowie entsprechender Bewältigungsstrategien, die hier weiterhelfen könnte, sind wir allerdings noch weit entfernt.

### ***1.3. Primäre positive Veränderungen***

Bei der Untersuchung von Krankheitsverarbeitungsstrategien geht es bisher ausschließlich um eine Verarbeitung belastender Ereignisse. Im Verlauf der Erkrankung ergeben sich jedoch auch unterschiedlichste Veränderungen, die vom Patienten als sehr positiv erlebt werden. Es ist anzunehmen, daß diese Veränderungen eine wesentliche Basis für die Bewältigung der Erkrankung darstellen. Darüberhinaus gibt es Veränderungen, die zwar allgemein als positiv bewertet werden, die von manchen Patienten jedoch eher negativ/belastend erlebt werden.

#### *1.3.1. Positive Veränderungen auf der somatischen Ebene*

Mit dem Einsetzen einer Primärbehandlung ist in der Regel eine Beseitigung oder Linderung tumorbedingter Beschwerden verbunden, eine zentrale positive Veränderung auf der somatischen Ebene. Dies ist ein Fokus, der bei der Untersuchung von Krankheitsverarbeitungsprozessen nicht fehlen darf.

Zur Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation positiver somatischer Veränderungen für die Anpassung an die Erkrankung gibt es bisher kaum empirische Befunde. Nerenz et al. (1982) zeigten in einer Studie an 61 Patienten mit malignen Lymphomen, daß Personen, die einen (objektiv vorhandenen) Behandlungsfortschritt anhand relativ eindeutiger Symptome spüren konnten, einen deutlich geringeren emotionalen Distress zeigten als andere, die keine eindeutigen Anzeichen verfügbar hatten. Es ist zu vermuten, daß die Möglichkeit, Fortschritte selbst spüren zu können, ein Gefühl der Kontrollierbarkeit vermittelt und damit möglicherweise auch das Einsetzen adaptiver Bewältigungsstrategien begünstigt.

#### *1.3.2. Positive Veränderungen auf der psychischen Ebene*

Zahlreiche Patienten berichten positive Erfahrungen, die wahrscheinlich ebenfalls eine wichtige Basis für die Krankheitsverarbeitung darstellen: z. B. das Spüren eines Gefühls tiefer Hoffnung, ein oftmals bis dahin gar nicht mehr gekanntes Lebensgefühl; eine häufig als plötzlich eintretend erlebte Sensibilisierung für Vorgänge in der Natur (das Grünwerden der Pflanzen, das Knospen der Blumen und Bäume), die mit Gefühlen der Freude und Zuversicht einhergehen kann, oder eine innere Bereitschaft, das Leben im Augenblick mehr und intensiver zu genießen, sich selbst mehr verwöhnen zu lassen (vgl. Kurtz und Marienfeld 1986; Schumacher 1987).

#### *1.4. Sekundäre positive Veränderungen*

Es ist anzunehmen, daß Personen mit einer Krebserkrankung nicht nur für sich das Leben intensiver genießen, sondern daß sie dies zusammen mit Partner, Familienangehörigen und/oder Freunden versuchen. Wirsching (1986) fand in einer empirischen Untersuchung an 50 Familien, daß die Familienmitglieder mit der Krebsdiagnose näher zusammenrückten und ihre Konfliktbereitschaft geringer wurde. Es waren passagere Veränderungen, die mit der Zeit wieder abnahmen.

Unter dem Stichwort "soziale Unterstützung" werden Verhaltensweisen subsumiert, die einem Patienten während der Erkrankungszeit möglicherweise verstärkt entgegengebracht werden. Es handelt sich dabei um Unterstützung auf der instrumentellen Ebene (z. B. Erleichterungen bei der täglichen Arbeit), auf der emotionalen Ebene (Zuwendung, Zärtlichkeit) oder der sozialen Ebene (Anerkennung, Wertschätzung).

Unter der in dieser Forschungsrichtung als "buffering model" bezeichneten Hypothese, daß verschiedenen Formen sozialer Unterstützung eine streßmindernde Wirkung zukommt, konzentrieren sich die Untersuchungen bisher auf eine Überprüfung von Zusammenhängen zwischen dem Ausmaß an sozialer Unterstützung und verschiedenen Aspekten der sozialen Anpassung an die Krankheit. Die Ergebnisse sind im Falle einer Krebserkrankung bisher nicht so eindeutig ausgefallen wie bei anderen Erkrankungen (Bandura 1981). Funch und Marshall (1983) fanden z. B. keinen Zusammenhang zwischen objektiven Indikatoren sozialer Unterstützung und der Überlebensrate bei 208 Brustkrebs-Patientinnen. In einer Studie von



Revenson et al. (1983) an 32 Krebspatienten unterschiedlicher Lokalisation fand sich kein bzw. ein negativer Zusammenhang zwischen einzelnen Aspekten sozialer Unterstützung (u. a. Wärme und Zuwendung, instrumentelle Hilfen) und verschiedenen Maßen der psychosozialen Anpassung - allerdings in Abhängigkeit von der aktuellen Situation. Bei Patienten, die sich gerade in einer Strahlen- oder Chemotherapie befanden, zeigte sich folgendes: je mehr soziale Unterstützung sie angaben, desto ausgeprägter war die negative emotionale Befindlichkeit, ein niedriges Selbstwertgefühl und eine geringe Sicherheit, Probleme meistern zu können. Bei den Patienten, die sich gerade nicht in Behandlung befanden, fielen diese Korrelationen niedriger aus. Holland (1977) beschrieb dagegen, daß emotionale Unterstützung beim Umgang mit Depressivität und Angstgefühlen effektiver war als eine medikamentöse Hilfe.

Auch hier fehlen empirische Arbeiten zu der Frage, wie verschiedene Formen sozialer Unterstützung erlebt und verarbeitet werden, d. h. unter welchen Bedingungen sie als eher hilfreich oder eher belastend erlebt werden und wie die Interaktionen mit einzelnen Bewältigungsstrategien sind.

## **2. Zeitliche Phasen im Verlauf einer Krebserkrankung**

Empirische Studien wurden hauptsächlich retrospektiv durchgeführt, nur wenige Arbeiten geben den Erhebungszeitpunkt überhaupt an (z. B. Greer et al. 1979: 3 Monate nach Diagnosestellung). Andere lassen ihn entweder unerwähnt (Rogentine et al. 1979; Penman 1979), oder es wird deutlich, daß die Erhebung bei einzelnen Patienten zu völlig verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt wurde. Untersuchungen, die sich lediglich auf eine Beschreibung spezifischer Problembereiche und der emotionalen Befindlichkeit beschränkt haben, zeigen ein Vorherrschen einzelner Foki zu bestimmten Zeitpunkten im Verlauf einer Krebserkrankung. Beispielfhaft soll die Untersuchung von Freidenbergs (1983) angeführt werden. Die Autoren interviewten 309 Krebspatienten unterschiedlicher Lokalisation an vier Zeitpunkten (Tag der Aufnahme ins Krankenhaus, Tag der Entlassung, 3 und 6 Monate nach Entlassung). Sie zeigten, daß während der Hospitalisierung primäre Belastungen auf der körperlichen Ebene vorherrschten, 3 und 6 Monate nach der Entlassung dagegen primäre Belastungen auf der psychischen Ebene (Beunruhigung über den weiteren Krankheitsverlauf) sowie sekundäre Belastungen (familiäre Probleme,

finanzielle Sorgen) im Vordergrund standen. Gaus und Köhle (1986) weisen auf eine spezifische Phase starker Belastung etwa 4 Monate nach Abschluß einer stationären Behandlung hin. Zu diesem Zeitpunkt werden die Patienten von ihrer Umwelt nicht mehr als "krank" angesehen, sie sind aber auch noch nicht voll "rehabilitiert".

Im Zusammenhang mit einer fokusabhängigen Betrachtung der Krankheitsbewältigung erscheint es somit nötig, daß sich empirische Untersuchungen auf bestimmte zeitliche Phasen im Krankheitsverlauf konzentrieren. Auch hier genügen die vorliegenden Befunde nicht für eine Konkretisierung relevanter Phasen. Vorläufig bietet sich folgende Unterteilung an:

- *Vom Beginn der ersten Symptome bis zum ersten Arztbesuch.* Ein möglicher belastender Fokus ist das "Beachten vs. Nichtbeachten" erster Symptome und die zeitliche Verzögerung bis zur Inanspruchnahme medizinischer Untersuchungen.
- *Vom ersten Arztbesuch bis zur Diagnosestellung.* Ein möglicher zentraler Fokus ist die psychisch belastende Wartezeit mit der Unsicherheit über den Ausgang der Untersuchungen.
- *Diagnosestellung und die Zeit Beginn der Behandlung.* Mögliche belastende Foki sind die Realisierung der potentiellen Lebensbedrohlichkeit, die Notwendigkeit eines Entschlusses bezüglich der Behandlungsmaßnahmen sowie die Angst vor belastenden Behandlungsfolgen.
- *Einsetzen der Behandlung.* Ein möglicher Fokus hier sind erste, direkte Behandlungsfolgen, wie z. B. Übelkeit/Erbrechen oder Haarausfall bei der Chemotherapie.
- *Folgezeit nach einer Primärbehandlung.* Mögliche Foki: der Zustand zwischen "nicht mehr krank" und "noch nicht voll rehabilitiert", eine Unsicherheit über den weiteren Verlauf, Angst vor Rezidiven bzw. Metastasen.
- *Terminalstadium.* Ein zentraler Fokus ist hier die Unausweichlichkeit des herannahenden Todes.

Eine Zuordnung potentiell relevanter Foki zu einzelnen Krankheitsphasen scheint fast ausschließlich für belastende Foki

möglich. Über das Auftreten positiver Foki ist bisher nur sehr wenig bekannt.

### **3. Effektivitätskriterien**

Die Beurteilung der Angemessenheit, Effektivität und/oder Adaptivität von Krankheitsverarbeitungsprozessen ; wurde bisher über sehr verschiedene Kriterien versucht.

#### ***3.1. Psychisches Befinden***

In den meisten vorliegenden Arbeiten wird die Effektivität von Verarbeitungsstrategien indirekt über das Ausmaß an negativer emotionaler Befindlichkeit (auch "emotionaler Distress") bewertet, u. a. über das Ausmaß an Angst oder Depressivität. Bewältigungsstrategien, die mit geringer Angst oder Depressivität einhergehen, werden in der Regel als effektiver beurteilt. So zeigte Weisman, daß Strategien der Rationalisierung mit einem geringeren emotionalen Distress einhergingen, während Verdrängung, stoisches Akzeptieren und Schuldsuche mit erhöhtem emotionalen Distress einhergingen (vgl. Nerenz et al. 1982; Ziegler 1986).

#### ***3.2. Direkte Bewertung der Effektivität***

Weisman und Worden (1976) liessen im Rahmen eines semistrukturierten Interviews die einzelnen Problemlösungswege von den Patienten im Selbstrating als "hilfreich" oder "nicht hilfreich" einschätzen.

Penman (1979) versuchte eine direkte Effektivitätsbeurteilung über ein Fremdrating. Sie ließ die Bewältigungsstrategien auf ihre *Flexibilität* (Auswahl an verschiedenen Bewältigungsmöglichkeiten), die *Effektivität* (das Lösen emotionaler Spannungen) und die *Adaptationsfähigkeit* (Situationsangemessenheit) hin beurteilen.

#### ***3.3. Indikatoren des Krankheitsverlaufes***

Gemäß der Hypothese, daß die Art der Krankheitsverarbeitung einen Einfluß auf den weiteren Krankheitsverlauf haben kann, wurden in einigen Fällen prospektiver Langzeitstudien Indikatoren, wie z. B. die Metastasenbildung, Rezidivrate und schließlich die Überlebensrate, als Effektivitätskriterien eingesetzt. So zeigten Greer et al. (1979) in einer Fünf-Jahres-Studie an 69 Mammakarzinom-Patientinnen, daß die Überlebensrate bei solchen Patientinnen höher war, die drei Monate nach Diagnosestellung die bedrohlichen Implikationen ihrer Erkrankung entweder leugneten oder aktiv/kämpferisch angingen. Bei Patientinnen, die ein stoisches Akzeptieren oder Resignation gezeigt hatten, war die Überlebensrate nach 5 Jahren signifikant geringer. Eher entgegengesetzte Ergebnisse berichten Rogentine et al. (1979), die bei 67 Patienten mit einem malignen Melanom in Abhängigkeit von der Anzahl befallener Lymphknoten einen positiven Zusammenhang zwischen Rückfallrate und Verleugnungstendenzen fanden.

### **3.4. *Compliance***

Wie schon in Abschnitt 1.1.2. erwähnt, wird die Compliance des Patienten als wichtiges Effektivitätskriterium herangezogen, vor allem, wenn es um das Bewältigen primärer Belastungen auf somatischer Ebene geht. In der Literatur häufiger thematisiert wurde bisher der Umgang mit den ersten Symptomen, bevor eine Person zum Arzt geht. Hier wurden Verleugnungstendenzen als ineffektiv oder schädlich angesehen, da sie die Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Maßnahmen verzögern (Greer et al. 1979; Weisman 1978; Magarey et al. 1976).

### **3.5. *Ergebnis der Rehabilitation***

Als ein letztes mögliches Kriterium für die Effektivität von Krankheitsverarbeitungsstrategien werden Ziele der Rehabilitation angesehen: u. a. die selbständige Wiederaufnahme der Haushaltstätigkeit, die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit.

Für die Entwicklung sinnvoller, hilfreicher psychologischer Maßnahmen sollten einerseits die verwendeten Kriterien deutlich expliziert sein, andererseits sollten möglichst mehrere Kriterien auf verschiedenen Ebenen erfaßt werden, dies sowohl im Selbst- als auch im Fremdrating. Möglicherweise kristallisiert sich dann heraus, daß einzelne Bewältigungsstrategien fokusabhängig hinsichtlich verschiede-

ner Effektivitätskriterien zu beurteilen sind. Für den Umgang mit wahrgenommenen Körperbeschwerden könnten sich zum Beispiel die Compliance-Rate und die emotionale Befindlichkeit als relevante Kriterien erweisen. Dies könnte bedeuten, daß zum Beispiel eine Tendenz zum Bagatellisieren nur insofern als effektiv zu beurteilen wäre, als sie dafür sorgt, daß einerseits das emotionale Gleichgewicht erhalten bleibt, daß andererseits aber ein Arzt zu Rate gezogen wird.

Im folgenden wird nun auf der Basis einer Definition der Begriffe "Krankheitsverarbeitung" und "Krankheitsbewältigung" ein Überblick über verschiedene Formen psychischen Reagierens gegeben - beispielhaft werden dazu einige empirische Ergebnisse referiert.

#### **4. Definition der Begriffe "Krankheitsverarbeitung" und "Krankheitsbewältigung"**

Wir verwenden diese Termini nicht synonym, sondern verstehen Bewältigungsstrategien als eine Untergruppe der allgemeiner gefaßten Prozesse der Krankheitsverarbeitung.

*Krankheitsbewältigung* definieren wir in Anlehnung an Lazarus und Launier (1981) als bewußte und *zielgerichtete* Versuche, erwartete oder bereits bestehende krankheitsbedingte Belastungen (einschließlich der begleitenden emotionalen Reaktionen) auf der kognitiven und/oder Verhaltensebene zu bewältigen. Das Ziel dieser Versuche kann in einer eher intrapsychischen Anpassung an die Situation oder in einem Versuch der Änderung von Situationsgegebenheiten bestehen.

Unter *Krankheitsverarbeitung* werden dagegen alle bewußten und unbewußten Reaktionen subsumiert, die auf krankheitsbedingte Belastungen oder positive Veränderungen hin erfolgen und auf der emotionalen, kognitiven und Verhaltensebene beschreibbar sind. Nach Lazarus können wir hier Aspekte der primären Bewertung (eine erste Situationseinschätzung), der sekundären Bewertung (Einschätzung von Handlungsmöglichkeiten), der Neubewertung (Bewertung des Handlungsergebnisses) sowie des Bewältigungsverhaltens unterscheiden.

Versuche der Krankheitsbewältigung setzen demzufolge das Realisieren von Belastungen voraus. Der zielgerichtete Versuch, Gedanken an die potentielle Lebensbedrohlichkeit zu verdrängen, sich abzulenken bzw. zu einem "normalen Leben" zurückzukehren, wird dementsprechend als eine Strategie der Bewältigung verstanden. Ein

Nicht-Realisieren der potentiellen Lebensbedrohlichkeit bei der Diagnose "Krebs" ("Das ist halt ein Geschwür, wenn es herausoperiert ist, ist alles in Ordnung"), das sich nach Lazarus auf der Stufe der primären Situationsbewertung ("ungefährlich") abspielt, wird demgegenüber nicht den Bewältigungsstrategien zugeordnet, sondern den allgemeineren Krankheitsverarbeitungsprozessen. Auszuschließen sind bei dieser Zuordnung die folgenden Alternativen: 1. Daß der Patient nicht über die Diagnose aufgeklärt ist und seine Situationseinschätzung auf Unwissen beruht. 2. Daß es sich um einen kommunikativen Aspekt der "Verleugnung" handelt, bei dem der Patient selbst um seine Erkrankung weiß, dies aber dem Interviewer gegenüber leugnet (vgl. Gaus und Köhle 1986). Diese Abgrenzung läßt allerdings schon erahnen, daß eine eindeutige Beurteilung der vom Patienten gemachten Äußerungen sowohl Kenntnisse über die Informiertheit des Patienten als auch über die interaktiven Komponenten einer Untersuchungssituation voraussetzen würde, ein Vorhaben, dem enge Grenzen gesetzt sind.

## **5. Emotionale Befindlichkeit**

In einer Reihe empirischer Arbeiten wird die emotionale Befindlichkeit nicht als Kriteriumsvariable betrachtet (wie i. Abschnitt 3.1.), sondern sie wird ihrerseits als Prädiktor für den weiteren Krankheitsverlauf untersucht.

Vordergründig betrachtet finden sich in den relativ wenigen empirischen Studien dazu jedoch völlig entgegengesetzte Ergebnisse: Während Derogatis et al. (1979) zum Beispiel eine längere Überlebenszeit bei solchen Frauen (Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom) fanden, die im SCL-90 eine größere Feindseligkeit, mehr Depressivität und insgesamt einen größeren emotionalen Distress zeigten, wird landläufig eine längere Überlebenszeit bei solchen Patienten erwartet, die nur in geringem Maße mit Angst und Depressivität auf ihre Erkrankung reagieren. Derogatis et al. schließen aus ihren Ergebnissen, daß die Patientinnen mit längerer Überlebenszeit in ihrer Studie solche waren, die negative Gefühle besser zum Ausdruck bringen konnten, d. h., sie nicht unterdrückt haben.

Diese scheinbar widersprüchlichen Zusammenhangsaussagen spiegeln sehr anschaulich ein Validitätsproblem dieser subjektiven Angaben wider: Gibt ein Patient Angst/Depressivität und/oder Aggressivität in einem Fragebogen an, so kann es bedeuten, daß er

dadurch mehr belastet ist als andere ("ungünstig"), oder daß er diese Gefühle besser ausdrücken kann als andere ("günstig").

Weiterhelfen könnte hier (will man bei subjektiven Aussagen bleiben) u. E. eine Differenzierung zwischen Intensität und der zeitlichen Dauer, über die eine negative Stimmung anhält. Angesichts der potentiellen Lebensbedrohlichkeit einer Krebserkrankung und häufig sehr belastender Behandlungsmethoden sind erhöhte Angst und Depressivität durchaus zu erwartende Reaktionen. Das drückt sich auch in der Prävalenzrate zahlreicher empirischer Studien aus (u. a. Maguire et al. 1975; Petty, Noyes 1981; Ziegler 1986). Berücksichtigt man die o. g. Unterschiede zwischen "Intensität" und "zeitlicher Dauer" eines emotionalen Distress, so müßte man Personen bzw. Situationen danach unterscheiden, ob Zustände von Angst oder Depressivität nur kurz oder längere Zeit anhalten bzw. wie es manchen Personen gelingt, aus einer Phase der depressiven Verstimmung oder Angst herauszukommen. Die Annahme von Derogatis et al. (1979), daß Patienten mit längerer Überlebenszeit ihre negativen Gefühle besser ausdrücken können, weist auf solche Prozesse hin: das offene Ausdrücken ist möglicherweise eine Art der Verarbeitung, die zu einer Verringerung der emotionalen Belastung bzw. zu einer Abkürzung der zeitlichen Dauer einer solchen Phase beiträgt.

## **6. Kognitive Variablen der Krankheitsverarbeitung**

Zuerst soll auf einige Aspekte kognitiver Krankheitsverarbeitung eingegangen werden, die nach Lazarus den Prozessen primärer und sekundärer Situationsbewertung zugeordnet werden, die also noch keine gezielten Versuche der Bewältigung belastender Momente darstellen.

### ***6.1. Das "Sehen" versus "Nicht-Sehen" der bedrohlichen Implikationen einer Krebserkrankung***

Nach Lazarus kommt es bei der Konfrontation mit einer neuen Situation in einem ersten Schritt zu einer allerersten Situationsbewertung: die Situation wird als "angenehm" oder "unangenehm" erlebt, oder sie ist für eine Person "irrelevant". Je nach Art des erlebten Geschehens wird eine als unangenehm bewertete Situation als "Bedrohung" oder "Schaden/Verlust" eingeschätzt (vgl. die Unter-

teilung in die Kategorien "Bedrohung", "Behinderung" und "Verlust" bei Hasenbring 1983).

Für eine Person, die sich mit der Diagnose einer Krebserkrankung auseinandersetzen muß, stellt sich nun die Frage, ob diese die Tragweite der Erkrankung realisiert (und damit als "bedrohlich" einschätzt) oder nicht (und sie damit im weitesten Sinne als "irrelevant" bewertet). Ein Nicht-Realisieren der bedrohlichen Implikationen auf dieser Stufe der primären Situationseinschätzung kommt dem gleich, was z. B. Laughlin (1976) als "Verleugnung" beschreibt und als eine Form unbewußter Verarbeitung dem Vorgang "Suppression" gegenüberstellt, einem bewußten "Nicht-Nachdenken-Wollen", um negative Gefühle in Grenzen zu halten.

Unter den empirischen Arbeiten zur Krankheitsverarbeitung bei Krebs nimmt die Erforschung von Prozessen der "Verleugnung" den weitaus größten Raum ein. Die Ergebnisse sind jedoch vor allem hinsichtlich der Adaptivität dieser Verarbeitungsform wenig aufschlußreich, da es bisher weder eine einheitliche Konzeptbildung gibt noch eine befriedigende Form der Erfassung (vgl. die methodenkritische Übersicht von Beutel 1985). Die gefundenen Beziehungen zwischen Verleugnungstendenzen und zum Beispiel der Überlebensrate fallen sowohl positiv (Greer et al. 1979) als auch negativ aus (Rogentine et al. 1979).

## ***6.2. Die Interpretation primärer positiver und negativer Veränderungen***

Eine an Krebs erkrankte Person befindet sich in einer Situation verstärkter Bedrohung, und zwar eher in einer individuellen gegenüber einer eher universellen Bedrohung, z. B. im Autoverkehr ums Leben zu kommen. Dabei herrscht in jedem Einzelfall ein größtes Ausmaß an Unsicherheit über den weiteren Verlauf, was auf dem Boden der von Frey (1978) formulierten Kontrolltheorie als ein extremer Kontrollverlust interpretiert werden kann. Im Rahmen erster Behandlungsmaßnahmen sieht sich ein Patient einer Reihe von Veränderungen ausgesetzt, deren Bedeutung als "bedrohlich", "positiv" oder "irrelevant" er ständig neu herausfinden muß. Zum Teil sind es Ergebnisse, die von Seiten der behandelnden Ärzte relativ gut objektivierbar sind. In dieser Zeit ist eine gute Verständigung zwischen Arzt und Patient die Hauptbasis dafür, daß objektiv "positive" oder "irrelevante" Ereignisse für den Patienten subjektiv gut erkennbar



sind, so daß hier Quellen für eine ungünstige Fehlinterpretation der eigenen Situation möglichst gering gehalten werden.

Beispiele für solche Fehlinterpretationen geben u. a. Peck und Boland (1977) mit ihrer Untersuchung an 50 Krebspatienten. 60% der von ihnen untersuchten Personen, die alle einer regulären Strahlentherapie unterzogen wurden, interpretieren das Einleiten dieser Behandlung trotz einer erfolgten Aufklärung als ein Rückschritt im Krankheitsverlauf, worauf sie mit zunehmender Hoffnungslosigkeit und Depressivität reagierten. Ein weiteres Beispiel stellt die in Abschnitt 1.3.1. erwähnte Untersuchung von Nerenz et al. (1982) dar. Hier ging es um die Frage, ob primäre positive Veränderungen wie ein Behandlungsfortschritt subjektiv wahrgenommen werden können. Personen, die keine eindeutigen Symptome als Anhaltspunkt für einen solchen (objektiv vorhandenen) Behandlungsfortschritt verfügbar hatten, zeigten deutlich stärkeren emotionalen Distress. Die Autoren vermuten, daß ohne solche Anzeichen die subjektive Unsicherheit über den eigenen Zustand nicht reduziert werden kann, so daß in der Folge bedrohliche Phantasien etwa über die Ausbreitung einer diffusen Gefahr im Körper auftreten können, die wiederum Gefühle der Nichtkontrollierbarkeit verstärken.

Diese beiden Arbeiten verdeutlichen, wie wichtig es ist, daß behandelnder Arzt und Patient im gemeinsamen Gespräch solche "irrationalen" Gedanken und Phantasien erkennen und ansprechen, so daß es für den Patienten zu einer emotionalen Entlastung kommen kann und/oder weitere hilfreiche Maßnahmen eingeleitet werden können (z. B. eine mittelbare Rückmeldung über den Behandlungsfortschritt, wenn für einen Patienten subjektiv keine Anhaltspunkte verfügbar sind).

### **6.3. Ursachenattribution**

Als ein weiterer Aspekt der kognitiven Verarbeitung rückt in letzter Zeit die Variable "Ursachenattribution" in den Vordergrund, d. h., die Frage, wie sich die betroffenen Patienten Entstehung und Ausbruch der Erkrankung subjektiv erklären. Es ist zu klären, ob sich bei Krebspatienten spezifische Dimensionen der Attribution im Unterschied zu anderen chronischen Erkrankungen finden und ob es Attributionsmuster gibt, die mit einer maladaptiven Verarbeitung einhergehen.

Im Rahmen des Modells von Lazarus kann die Ursachenattribution als ein Aspekt der primären Situationsbewertung verstanden werden, d. h. als ein Versuch, die wahrgenommene Situation zu interpretieren. Die streßvermittelnde Wirkung spezifischer Attributionsmuster läßt sich auf dem Boden der sozialpsychologischen Theorie kognitiver Kontrolle verstehen (s. Überblick bei Osnabrügge, Stahlberg und Frey 1985). Nach Thompson (1981) stellt die Suche nach Ursachen einen Versuch dar, "retrospektive Kontrolle" zu erlangen. Bestimmte Attributionsmuster gehen mit einem Verlust an Kontrolle einher. Welche spezifischen Muster dies nun sind, ist bisher insbesondere für die Situation von Krebspatienten wenig geklärt.

Gegenwärtig liegen sowohl empirische Arbeiten mit gebundener als auch solche mit offener Frageform vor, die jede für sich einigen Aufschluß geben. Bei der gebundenen Form sind jeweils Dimensionen der Attribution vorgegeben. So untersuchten Muthny und Koch (1984) in einer Studie an Krebspatienten die Dimensionen "extern-intern" und "stabil-variabel". Sie fanden keine Unterschiede in der Ausprägung dieser Dimension zwischen Brustkrebs und Dialysepatienten.

Ziegler (1986) unterschied "psychosomatische" Ursachenvorstellungen von "organ-medizinischen". Er fand zum einen positive Zusammenhänge zwischen organmedizinischen Attributionen und einem erfolgreichen Coping, worunter er niedrige Werte für Depressivität, Angst und körperliche Beschwerden versteht sowie hohe Werte für "Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung" und "soziale Unterstützung". Zum anderen fand er eine gleichsinnige Zunahme der Häufigkeit starker Depressionen und Angst sowie psychosomatischer Attributionsmuster. Ziegler diskutiert diese Befunde als Ausdruck eines Schuldgefühls, das mit einer Depression einhergehe.

Mir erscheint es jedoch verfrüht, psychosomatische Erklärungsmuster mit Schuldgefühlen gleichzusetzen, solange die Dimension "intern-extern" nicht geklärt ist. Es ist ebenso denkbar, daß eine Zunahme an Depressivität und Angst - unter Umständen in der Folge einer schlechter werdenden körperlichen Verfassung - das psychische Erleben für die Betroffenen stärker in den Vordergrund rückt und damit eine Bereitschaft wächst, psychosomatische Zusammenhänge überhaupt wahrzunehmen.

Außerhalb psychoonkologischer Fragestellungen haben Bulman und Wortman (1977) erstmalig auf die Dimension "Vermeidbarkeit" hingewiesen, die in Zusammenhang mit der Dimension "extern-intern"

Aufschluß über günstige Anpassungen an die Folgen schwerer Unfälle gibt. Personen, die die Ursachen eines Unfalles sich selbst zuschrieben und das Geschehen dabei für unvermeidbar gehalten haben, zeigten eine bessere Anpassung an die Unfallfolgen (Querschnittslähmung) als Personen, die die Ursachen äußeren Umständen oder anderen Personen zuschrieben und das Geschehen für vermeidbar hielten.

Frey, Rogner und Havemann (1983) konnten diese Ergebnisse zum Teil bestätigen. Sie fanden eine kürzere Aufenthaltsdauer in der Klinik sowie eine kürzere Wundheilung bei solchen Patienten, die sich selbst keine oder wenig Schuld an dem vorangegangenen Unfall gaben und diesen für unvermeidbar hielten. Eigene Schuldzuweisungen gingen mit einer ungünstigen Anpassung einher.

Mir erscheint es hier notwendig, für eine interne Attribution zu klären, ob es sich dabei um die Übernahme "eigener Verantwortung" handelt, was mit einem Akzeptieren und Annehmen der Folgen verbunden sein kann oder ob es sich um "Schuldvorwürfe" handelt, die mit einem negativen emotionalen Befinden verbunden wären.

Überträgt man diese Ergebnisse auf die Situation von Krebspatienten, müßte eine Anpassung an die Krankheit besser gelingen, wenn die Entstehung der Erkrankung als unvermeidbar angesehen wird. Personen mit einer Krebserkrankung, für die psychosoziale Risikofaktoren bekannt sind (z. B. das Rauchen beim Lungenkarzinom) müßten demzufolge in eine schwierige Situation kommen. Lassen sie das Rauchen als eine Hauptursache gelten, könnten sie kaum mehr von einer Unvermeidbarkeit ausgehen, andernfalls entstünde eine belastende kognitive Dissonanz. Eine gelungene Dissonanzreduktion wäre in diesen Fällen Voraussetzung für eine günstige Anpassung an die Krankheit. Auf dem Boden der Theorie kognitiver Kontrolle käme sie einer Wiedergewinnung kognizierter retrospektiver Kontrolle gleich.

Im Rahmen einer vorläufigen Auswertung eigener Ergebnisse an 30 Magen- und Bronchialkrebspatienten konnten wir diese Vermutungen teilweise bestätigen (Hasenbring 1986). Zum einen hielt tatsächlich die Mehrzahl der Patienten (71%) ihre Erkrankung für unvermeidbar, selbst dann, wenn sie überhaupt keine konkreten Vorstellungen über mögliche Ursachen hatten. Im Rahmen einer offenen Befragung nach verschiedenen Ursachen, die von den Patienten im Alltag erwogen werden, zeigten sich gerade bei Bronchialkrebspatienten auffällige "Inkonsistenzen" in den

Einschätzungen der Variablen "subjektiv naheliegendste Ursache", "external-internal", "stabil-variabel" und "vermeidbar-unvermeidbar". Als Beispiel sei der Fall eines 62jährigen Postangestellten genannt: dieser Patient hielt 3 Faktoren für mögliche Ursachen. Als erste und "subjektiv naheliegendste Ursache" gab er "Rauchen" an, als zweite nannte er "das häufige Verwenden eines als gefährlich bekannten Putzmittels im Haushalt". "Rauchen" als subjektiv naheliegendste Ursache schätzte er dann erwartungsgemäß als "intern" und "variabel" ein. Bei der Frage der Vermeidbarkeit schwenkte er dann um und gab "unvermeidbar" an, dies mit der Begründung, ihm sei die Gefährlichkeit dieses Putzmittels damals nicht bekannt gewesen. Diese Inkonsistenzen über die Antworten hinweg deuten auf den Versuch einer Verringerung der o. g. kognitiven Dissonanz hin.

Wir sahen in dieser Untersuchung darüber hinaus, daß 68% der Befragten zwischen 2 und 4 möglichen Ursachen nannten, die sie im Alltag erwägen. Dies zeigt uns, daß die Beschäftigung mit der Frage der Verursachung einen subjektiv wichtigen Aspekt der Krankheitsverarbeitung darstellt.

Becker (1984) wählte in einer Studie an 71 Mammakarzinom-Patientinnen eine offene Frageform und zeigte in sehr eindrücklicher Weise auf, wie sich die vom Patienten vermuteten Ursachen (es waren in der Regel mehrere) im Laufe eines Gespräches mit dem Arzt veränderten. Zu Beginn wurden meist eher "rationale", externe und allgemein sozial akzeptierte Vorstellungen genannt, später dagegen eher "irrationale" magische Ideen, in denen vor allem eine starke Betroffenheit zum Ausdruck kam. Diese Arbeit weist darauf hin, daß Menschen sich oft mit mehreren Ursachenvorstellungen auseinandersetzen. Es bleibt empirisch zu klären, von welcher Attribution eine Person am ehesten überzeugt ist und welche am bedrohlichsten ist. Würde Beckers Hypothese, daß die irrationalen, magischen Vorstellungen die eigentlich bedeutsamen sind, empirisch bestätigt werden können, müßte dies einem Verlust an retrospektiver Kontrolle gleichkommen und sich damit negativ auf die psychische Situation des Patienten auswirken.

#### ***6.4. Beeinflußbarkeitserwartungen***

Subjektive Einschätzungen der Beeinflußbarkeit belastender Ereignisse werden nach Lazarus den "sekundären Situationsbewertungen" zugeordnet, d. h. der Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten.

Im Rahmen eines trait-Konzeptes werden zeitüberdauernde und situationsspezifische Überzeugungsmuster erfaßt und dabei die Dimensionen "Internalität" im Sinne eigener Einflußnahme auf die Dinge des Lebens, "Externalität-powerful others" (im Sinne eines Einflusses wichtiger anderer Personen) und "Externalität - Fatalismus" (Einfluß von Zufall und Schicksal) unterschieden (Krampen 1981). Wallston und Wallston (1981) formulierten ein situationsgebundenes Konzept, das sich unter Verwendung der gleichen Dimensionen auf Kontrolle über Gesundheit/Krankheit bezieht.

Attributionen zur Kontrollierbarkeit belastender Ereignisse werden ebenfalls sowohl als Prädiktoren der Anpassung an die Krankheit als auch als Prädiktoren des Compliance-Verhaltens vermutet. Es wird angenommen, daß geringe Ausprägungen internaler Kontrolle mit Gefühlen der Hilflosigkeit einhergehen und damit das Auftreten depressiver Stimmung und Angst begünstigen. Die Kombination "internal" mit der Einschätzung "external-powerful others", d. h., daß einem selbst und auch Ärzten und Angehörigen ein wesentlicher Einfluß zukommt, wird als Voraussetzung für eine hohe Compliance vermutet.

Zur ersten der beiden Annahmen liegen mittlerweile einige bestätigende Befunde vor. Ziegler (1986) stellte in der bereits erwähnten Studie Korrelationen zwischen einem geringen Ausmaß an internaler Kontrolle, hohen Ausprägungen an fatalistischen Einstellungen und einem hohen Maß an Depressivität, Gehemmtheit und Angst fest sowie ein gehäuftes Auftreten "antizipierter Nebenwirkungen" während einer Chemotherapie. Kurtz und Marienfeld (1986) fanden ebenfalls einen negativen Zusammenhang zwischen internaler Kontrollüberzeugung und Angst bei einer Gruppe von 22 operierten Magen- und Bronchialkarzinompatienten (vgl. Hasenbring 1988). Empirische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen der Compliance-Rate und spezifischen Kontrollüberzeugungen sind mir bei Krebspatienten bisher nicht bekannt.

## **7. Strategien der Krankheitsbewältigung**

Entsprechend unserer Definition des Begriffes "Krankheitsbewältigung" sollen in diesem Abschnitt ausschließlich bewußte, zielgerichtete Versuche, krankheitsbedingte Belastungen zu bewältigen, thematisiert werden. Auf ein umfassendes Referieren bisheriger empirischer Studien und ihrer Ergebnisse soll an dieser Stelle

verzichtet werden (s. die Übersichtsarbeiten bei Heim et al. 1983; Herschbach 1985; Ziegler 1986; Klauer und Filipp 1986). Es soll vielmehr versucht werden, die bisher thematisierten Bewältigungsformen anhand der logisch gebildeten Dimensionen "aktiv vs. passiv" und "die Aufmerksamkeit auf Anforderungen richten vs. von den Anforderungen abwenden" zu ordnen.

Dabei ist die schwierigste Beurteilung diejenige, ob etwas Belastendes auf der Stufe der primären Situationsbewertung "nicht gesehen" wird oder ob es sich um einen zielgerichteten Versuch handelt, die Aufmerksamkeit von Belastendem abzuwenden. Der Versuch einer Beurteilung wird immer nur eine Annäherung an die subjektive Realität des Patienten darstellen. Möglicherweise kommt aber gerade dieser Differenzierung eine große Bedeutung für die Effektivität der Anpassung an eine Krankheit zu. Es spiegelt sich darin die von Norma Haan (1977) getroffene Unterscheidung in "reife", d. h. realitätsnahe und flexible Bewältigungsstrategien und eher "unreife", d. h. realitätsferne und -verzerrende sowie rigide Abwehrvorgänge wider.

In Abbildung 2 wird eine Zuordnung solcher Bewältigungsstrategien zu den o. g. Kategorien versucht, die in vorliegenden empirischen Untersuchungen bei Krebspatienten Verwendung fanden bzw. in laufenden Untersuchungen Verwendung finden. In den Fällen, in denen die bedrohlichen Implikationen der Erkrankung realisiert werden, lassen sich zwei wesentliche Zielsetzungen unterscheiden: zum einen eher aktive Versuche, die Krankheit und ihre Folgen zu überwinden, zum anderen eher passive Versuche, die Krankheit und ihre Folgen zu ertragen. Bezüglich beider Zielsetzungen gibt es Strategien, mit denen die Aufmerksamkeit auf die Situation mit ihren Anforderungen oder auf die begleitenden Emotionen ausgerichtet ist und solche, mit denen die Aufmerksamkeit von den belastenden Anforderungen und/oder Emotionen abgewendet wird.

---

	eher aktiv	eher passiv
<b>Aufmerksamkeits- zuwendung</b>	Informationssuche Problemanalyse Positive Phantasien Sinnggebung Konstruktive Aktivität Suche nach sozialer Unterstützung...	Stoizismus/Fatalismus Grübeln Schuldzuschreibung Passive Compliance Klagsamkeit...
<b>Aufmerksamkeits-</b>	Kognitive	Nicht-Wahrhaben-

<b>abwendung</b>	Umstrukturierung	Wollen
	Ablenkende Aktivitäten	Aktivitäten meiden
	Suche nach ablenkenden sozialen Kontakten	Sozialer Rückzug
	Non-Compliance	Non-Compliance...
	Humor...	

---

**Abb. 2: Strategien der Krankheitsbewältigung in einem zweidimensionalen Modell**

## **7.1. Aktive Versuche der Krankheitsbewältigung**

### *7.1.1. Strategien der Aufmerksamkeitszuwendung*

Mehr oder weniger differenziert finden sich Strategien dieser Kategorie in allen empirischen Arbeiten zur Krankheitsbewältigung bei Krebs. Greer et al. (1979) fassen verschiedene Vorgehensweisen zu der Kategorie "fighting spirit" zusammen (auch Herschbach 1985), während Weisman (1978), Penman (1979) und Heim et al. (1983) differenzierte verhaltensnahe Beschreibungen geben. Formen der aktiven Auseinandersetzung mit der Situation finden wir sowohl auf der kognitiven, der emotionalen als auch auf der Verhaltensebene. Im folgenden sind einige wesentliche Strategien genannt:

- *Informationssuche*: eine aktive Informationssuche stellt eine der ersten Handlungen nach Diagnosestellung dar. Sie ist Voraussetzung für eine angemessene Einschätzung der eigenen Situation sowie für eine aktive Mitarbeit in der Therapie.
- *Problemanalyse*: hierunter werden Versuche verstanden, die Situation und alle damit einhergehenden Anforderungen zu verstehen, um sich darauf einstellen zu können und um zu konkreten Handlungsimpulsen zu gelangen.
- *Kognitionen der Selbstwirksamkeit*: Versuche, bei denen sich eine Person vor Augen hält, was sie im Leben Positives erreicht hat bzw. welche Schwierigkeiten sie bisher schon erfolgreich überwunden hat - in der Regel, um sich Mut zu machen.
- *Positive Phantasien*: Phantasien, in denen sich eine Person ausmalt, wie sie die Krankheit überwinden wird oder Phantasien schöner Begebenheiten.

- *Sinngebung*: Versuche, der Krankheit einen besonderen Sinn zuzuschreiben, sie zum Beispiel als eine Chance zu interpretieren, Einstellungen zum eigenen Leben oder zu anderen Personen zu ändern.
- *Religiosität*: Versuche, im Glauben und verschiedenen damit verbundenen Handlungen (Gebete, Kirchgang etc.) einen Halt bei der Auseinandersetzung mit den Anforderungen zu finden und dabei emotionale Entlastung zu erfahren.
- *Konstruktive Aktivität*: ein Entwickeln von Aktivitäten, die den verschiedenen kognitiven Bewältigungsformen entsprechen: Aktivitäten, die das Selbstwertgefühl steigern, in denen wichtige Wünsche erfüllt werden, die einer veränderten Sinngebung entsprechen etc.
- *Aktive Formen der Compliance*: hierunter wird eine aktive Mitarbeit bei der Einleitung und Durchführung medizinischer Maßnahmen verstanden, zum Beispiel Fragen nach Wirksamkeit und Nebenwirkungen verschiedener Behandlungsformen, Einhalten von Behandlungsterminen etc.
- *Suche nach sozialer Unterstützung*: eine wahrscheinlich sehr wichtige Strategie ist die aktive Äußerung von Wünschen nach instrumentellen Hilfen oder emotionaler Zuwendung (sich verwöhnen lassen, Gespräche mit vertrauten Personen zur emotionalen Entlastung oder Problemlösung suchen etc.).
- *Direkte Entspannung*: über verschiedene Formen der Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation) kann ebenfalls in belastenden Situationen emotionale Entlastung erfahren werden.

### 7.1.2. Strategien der Aufmerksamkeitsabwendung

Verschiedene Handlungen, in denen die Aufmerksamkeit von den besonders bedrohlichen Implikationen der Erkrankung abgewendet wird, dienen möglicherweise dazu, negative Gefühle in Grenzen zu halten.

- *Kognitives Umstrukturieren*: hierunter fällt u. a. der soziale Vergleich mit anderen Menschen, denen es noch schlechter geht, wodurch die eigene Situation in einem positiven Licht gesehen wird sowie Rationalisierungen, d. h. Versuche, die eigene Situation auf



dem Boden "logischer Überlegungen" weniger bedrohlich einzuschätzen.

- *Ablenkende Aktivitäten*: Beispiele sind u. a. ein "sich ganz auf die Arbeit konzentrieren", "sich auf außerberufliche Aktivitäten konzentrieren".
- *Suche nach ablenkenden sozialen Kontakten*: hierunter fällt u. a. die aktive Suche nach Personen, mit denen man hauptsächlich Freizeitaktivitäten verfolgen kann, wie z. B. Karten spielen, in Konzerte gehen. Kontakte, bei denen man hofft, daß die Krankheit als Thema ausgeschlossen bleibt.
- *Humor*: das Konzentrieren auf Dinge, die Lachen, Heiterkeit und gelöste Stimmung auslösen.

## **7.2. Passive Versuche der Krankheitsbewältigung**

- *Stoizismus/Fatalismus*: Versuche, die Krankheit als etwas Unausweichliches anzusehen, das es mit Fassung zu tragen gilt. Typische Kognitionen sind: "Das ist nicht zu ändern, das muß man nun aushalten".
- *Grüblerische Auseinandersetzung*: hier ist ein ständig sich wiederholendes Nachdenken über die eigene Situation gemeint. Es dominieren Fragen, die kaum beantwortbar sind und die nicht zu konstruktiven Handlungsimpulsen führen.
- *Schuldzuschreibungen*: Kognitionen oder Handlungen, in denen sich selbst oder anderen Personen eine spezifische Schuld an der Erkrankung zugesprochen werden, die in Vorwürfen und Aggressionen gegen sich oder andere münden können und ebenfalls nicht zu konstruktiven Handlungsimpulsen führen.
- *Passive Compliance*: bezüglich der Mitarbeit im medizinischen Setting finden sich Verhaltensweisen des "sich passiv Fügens". Eine typische Äußerung ist hier: "Ich weiß zwar nicht, was die Behandlung bewirkt, aber die Ärzte wissen sicher, was gut für mich ist".
- *Klagen im Gespräch mit anderen*: in Gesprächen mit anderen wird die kognitive Auseinandersetzung des Grübelns und der

Schuldzuweisen wiederholt, sie führen nicht zu konstruktiven Handlungsimpulsen und wahrscheinlich nicht zu einer emotionalen Entlastung.

### 7.2.2. Passive Strategien der Aufmerksamkeitsabwendung

- *Nicht-Wahrhaben-Wollen*: Phantasien, die Krankheit möge sich in "Nichts" auflösen, die Diagnose möge ein Irrtum gewesen sein.
- *Aktivitäten meiden*: hier ist ein Meiden aller möglichen Handlungen gemeint, die an die Krankheit erinnern könnten, so zum Beispiel das Meiden eines gewohnten Spazierganges, weil er am Krankenhaus vorbei führt.
- *Sozialer Rückzug*: Versuche, Kontakten mit Freunden und Bekannten aus dem Weg zu gehen aus Furcht vor Fragen und Gesprächen über die Erkrankung.

Die hier dargestellte Auflistung einzelner Bewältigungsstrategien und die logisch gebildete Zuordnung zu zwei grundlegenden Dimensionen ("aktiv vs. passiv" und "Aufmerksamkeit zuwenden vs. Aufmerksamkeit abwenden") läßt unschwer zahlreiche Überschneidungen erkennen. Ein bis heute bei allen vorliegenden taxonomischen Ansätzen vorherrschendes Problem ist, daß die Schilderungen der Bewältigungsstrategien mehrdeutig sind. Sie enthalten einerseits mehr oder weniger konkrete Verhaltensbeschreibungen (z. B. " mit einer vertrauten Person sprechen"), andererseits darüber hinaus häufig individuelle Zielsetzungen ("um sich abzulenken..") oder funktionale Zusammenhänge zwischen dem Verhalten und Konsequenzen ("tatsächlich abgelenkt zu sein"). Hier fehlt bisher in der Theorienbildung eine Verbindung intentionaler Ansätze (z. B. des transaktionalen Streßkonzeptes von Lazarus) mit lerntheoretischen Konzepten (z. B. des klassischen und operanten Konditionierens).

Bezüglich der Erforschung des Bewältigungsverhaltens stellen sich in der nächsten Zeit darüber hinaus folgende Aufgaben:

- Eine Klärung der Dimensionalität von Bewältigungsstrategien. Bisher herrschen lediglich auf der Basis logischer Überlegungen vorgenommene Kategorienbildungen vor (vgl. Penman 1979; Herschbach 1985; Heim 1985 oder dimensionale Modelle wie von Filipp und Klauer 1986).

- Eine Klärung der Situationsspezifität und Zeitvariabilität. Wie in Abschnitt 1 ausgeführt wurde, ist anzunehmen, daß für verschiedene Foki je unterschiedliche Bewältigungsstrategien sinnvoll bzw. adaptiv sind.
- Eine Klärung von Zusammenhängen zwischen Bewältigungsstrategien und Aspekten der primären und sekundären Situationsbewertung. Es ist anzunehmen, daß die Art und Weise, wie eine Situation von einer Person eingeschätzt wird, unter anderem abhängig ist von individuell vorhandenen Bewältigungsstrategien (Bewältigungsrepertoire).

### **Zusammenfassung:**

Auf der Basis eines kognitiv-behavioralen Modells der Krankheitsverarbeitung habe ich versucht, vorliegende theoretische und empirische Arbeiten zur Krebserkrankung zu ordnen. Es wurden Kriterien formuliert, die bei der Konzeption empirischer Arbeiten auf diesem Gebiet berücksichtigt werden sollten, um die Ergebnisse eher vergleichbar zu machen. So wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, einzelne "Foki" der Krankheitsverarbeitung zu unterscheiden, wobei auf die Bedeutung positiver Veränderungen aufmerksam gemacht wurde, die sich im Verlauf der Krankheit und Behandlung einstellen können. Desweiteren wurde auf die Berücksichtigung unterschiedlicher Krankheitsphasen sowie definierter Effektivitätskriterien hingewiesen.

Das vorgestellte kognitiv-behaviorale Krankheitsverarbeitungsmodell basiert selbst primär auf dem transaktionalen Streßmodell von Lazarus und Launier (1981), es wurden allerdings neuere sozialpsychologische Konzepte der Ursachen- und Kontrollattribution integriert. Damit ist nun eine Grundlage für eine rein phänomenologische Analyse von Prozessen der Krankheitsverarbeitung geschaffen. Nach einer Überprüfung anhand definierter Effektivitätskriterien können dann Aussagen über die Adaptivität einzelner Verarbeitungsprozesse abgeleitet werden, woraus wiederum therapeutische Empfehlungen abgeleitet werden können. Ich halte eine solche phänomenologische Analyse zum gegenwärtigen Zeitpunkt für eminent wichtig, da es unbestritten ist, daß wir vorhandene Kenntnisse aus dem psychopathologischen Bereich nicht ohne weiteres auf die Frage des Umgangs mit einer schweren körperlichen Erkrankung übertragen können.

Was bisher allerdings bei dieser Betrachtungsweise fehlt, sind Informationen über Mechanismen, die zur Entstehung und vor allem zur Aufrechterhaltung bestimmter Bewältigungsstrategien oder Kognitionen beitragen, das heißt, wir wissen mit der rein phänomenologischen Analyse noch nichts über z. B. operante Verstärkungsprozesse, die etwa ein passiv vermeidendes Verhalten begünstigen. Es ist allerdings davon auszugehen, daß die bekannten lerntheoretischen Prinzipien im Einzelfall im Rahmen eines verhaltensanalytischen Vorgehens eruiert werden und auf ihre Generalisierbarkeit überprüft werden können.

Konzeptionell steht eine Verbindung lerntheoretischer Modelle mit kognitiv-behavioralen Konzepten wie dem transaktionalen Streßmodell von Lazarus und Launier (1981) noch aus. Im vorliegenden Text deutet sich lediglich eine erste Zuordnung des klassischen Konditionierungsparadigmas zur Ebene der Verarbeitungsfoki und des operanten Paradigmas zur Ebene der Bewältigungsreaktionen an.

