1 Theorie

1.1 Einleitung: Sinnfindung und die kognitiv-transaktionale Theorie der Stressbewältigung

Die meisten Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass sich das selbst bewertete emotionale Wohlbefinden von Tumorpatienten kaum von der Normalbevölkerung unterscheidet (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Viney, 1986; Wortman & Silver, 1987; Staudinger, 2000). Gelegentlich werden sogar Befunde berichtet, in denen Krebskranke ein höheres Wohlbefinden als die Normalbevölkerung angeben (Schwibbe, 1991; Henrich & Herschbach, 1995). Wie lassen sich solche Befunde erklären? Viele Autoren schreiben Sinnfindungsprozessen eine besondere, vermittelnde Rolle bei der Bewältigung existenzbedrohender Erkrankungen zu (Csef, 1998; Klauer & Filipp, 1997a). Einige empirische Arbeiten zur Bewältigung schwerer Erkrankungen zeigen einen positiven Einfluss von Sinnfindung auf das emotionale Wohlbefinden von Patienten (Csef & Kube, 1998; Scioli, McClelland, Weaver & Madden, 2000).

Um die Anwendung des kognitiv-transaktionalen Stressbewältigungsmodells von Lazarus und Folkman (1987) für die Untersuchung lebensbedrohlicher Krankheiten wie Krebs und AIDS zu verbessern, schlugen Folkman und Greer (2000) eine Erweiterung des Modells vor. Die Autoren führten Sinnfindung als Mediator zwischen Stressor und emotionalem Wohlbefinden ein. Das adaptierte Modell dient als theoretische Grundlage dieser Arbeit (Abbildung 1). Das kognitiv-transaktionale Modell der Stressbewältigung von Lazarus (1966, 1993) ist seit nunmehr fast vierzig Jahren die bedeutendste und einflussreichste Theorie in der sozialkognitiven Untersuchung von Stressbewältigung. Für eine allgemeine Darstellung der Theorie und seine Bedeutung für die Erforschung von Stressbewältigung sei auf Lazarus und Folkman (1987) und Lazarus (1993, 1999) verwiesen. Eine deutschsprachige Einführung befindet sich bei Lazarus (1995). Kerngedanke der Theorie ist, dass die kognitive Bewertung eines Stressereignisses durch das Individuum (primary appraisal) und die Einschätzung der vorhandenen Ressourcen (secondary appraisal) einen Einfluss auf die Stressbewältigung (coping) ausübt. Stress entsteht immer dann, wenn interne oder externe Anforderungen personale oder soziale Ressourcen übermäßig beanspruchen oder deren Kapazitäten übersteigen (Lazarus & Launier, 1981; Folkman, 1984). Stress entsteht somit im Zusammenspiel (Transaktion) zwischen Anforderung und Person. Die Bewältigung wiederum vermittelt die Auswirkung des Stressereignisses auf emotionales, körperliches oder soziales Wohlbefinden.

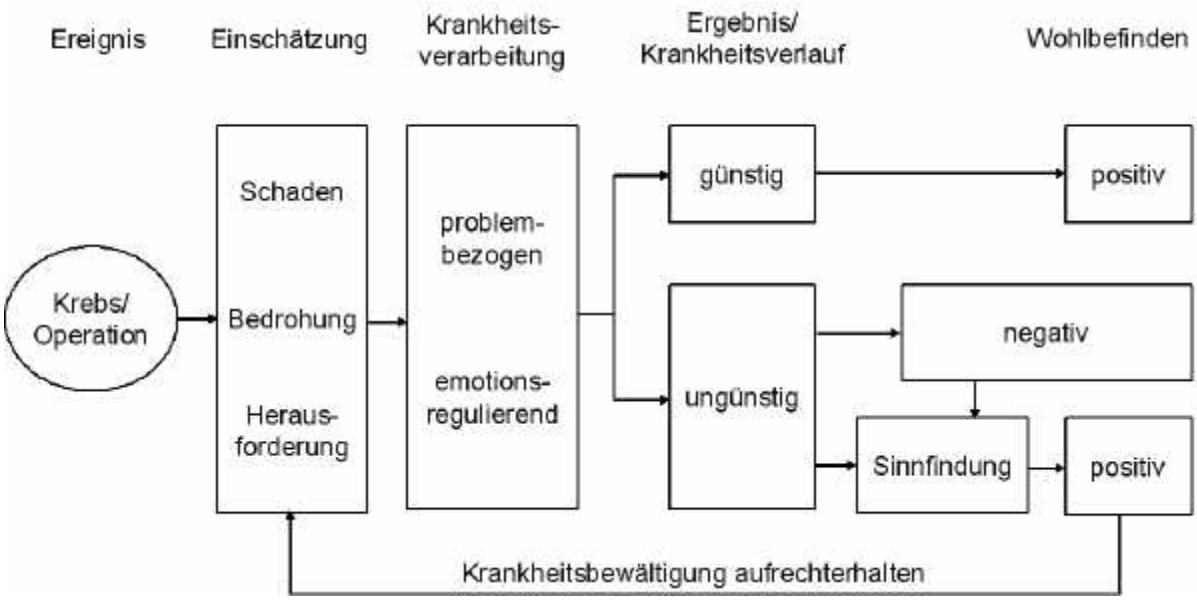

Abbildung 1. Das adaptierte kognitiv-transaktionale Stressbewältigungsmodell. (Übersetzung und Anpassung durch Autor mit freundlicher Genehmigung von S. Folkman).

Der Theorieteil dieser Arbeit folgt entlang der verschiedenen Modellelemente des adaptierten kognitiv-transaktionalen Modells. Dies beginnt mit einer Beschreibung des Stressors Tumorerkrankung und -operation und der individuellen Einschätzung durch den Betroffenen. Es folgt eine Darstellung von problembezogener und emotionsregulierender Krankheitsverarbeitung. Dabei wird auf die Probleme bei deren Operationalisierung eingegangen. Zentraler Bestandteil der Arbeit ist die Konstruktbestimmung von Sinnfindung. Schließlich folgt eine kurze Erläuterung zu den abhängigen Variablen emotionales Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität.

1.1.1 Der Stressor: Die Belastung durch die Tumorerkrankung

Krebserkrankung und Tumoroperation unterscheiden sich von alltags- und berufsbedingten Stressoren, wie sie normalerweise mithilfe des kognitiv-transaktionalen Stress-bewältigungsmodells untersucht wurden. Eine Krebserkrankung und eine Tumoroperation ist ein nicht gewolltes, zumeist unvorhergesehenes kritisches Lebensereignis mit geringer persönlicher Kontrolle über den Entwicklungsverlauf. In Tabelle 1 sind Merkmale der Belastung durch Krebserkrankung und Tumoroperation aus der Literatur zusammengefasst, mit denen sich viele Patienten konfrontiert sehen.

Tabelle 1
Erlebte oder befürchtete Belastungen durch eine Krebserkrankung und Tumoroperation

• Rezidiv, Metastasierung, Tod • Aversive Symptome: Übelkeit, Schmerzen, Durchfall, Fatigue, Sexualstörungen • Verletzung der körperlichen Unversehrtheit • Multimorbidität (Holland, 1998; Faller, 1998; Rösler, Szewczyk & Wildgrube, 1996)
• Konfrontation mit invasiven medizinischen Untersuchungen und Behandlungen • Krankenhausaufenthalt • Konfrontation mit belastenden Informationen • Konfrontation mit weitreichenden Entscheidungen aufgrund komplizierter und unvollständigen Information • Autonomieverlust, Abhängigkeit von fremden Personen (Spencer, Carver & Price, 1998; Holland, 1998)
• Einschränkung der sozialen Rollen- und Versorgerfunktion in Familie • Arbeitsunfähigkeit, finanzielle Belastung • Schuldgefühle gegenüber den Angehörigen wegen zusätzlicher Belastung durch die Krankheit • Sorgen über die Zukunft der Angehörigen • Isolation, Stigmatisierung, Schuldgefühle aufgrund eigener Mitverschuldung der Krankheit (Passik & Grummon, 1998; Spencer, Carver & Price, 1998).
• Irritierung des Selbst- und Weltbildes, existentielle Sinnkrise • Gefährdung der persönlichen Lebensplanung und Lebensentwürfe • Erleben von Kontrollverlust, individueller Verwundbarkeit, Gefühl von körperlicher wie persönlicher Unzulänglichkeit (Faller, 1998; Taylor, 1983; Folkman & Greer, 2000)

In der Typologie nach Hartmann (1993) gehört die Krebserkrankung zu den chronischen Krankheiten die "Erlebnisspuren von dauernder Gefährdung" hinterlassen. Eine Krebserkrankung ist mit *akutem Stress* durch die Diagnosestellung selbst und den folgenden invasiven Behandlungsmaßnahmen verbunden. *Chronische Belastung* resultiert aus den anhaltenden Folgen der Erkrankung und deren Behandlung und der verbleibenden existentiellen Bedrohung durch ein Rezidiv (Andersen, Golden Kreutz & DiLillo, 2001). Für die Patienten sind aus psychologischer Sicht die Bedrohung des eigenen Lebens, die beschränkte individuelle Kontrollierbarkeit des Krankheitsverlaufes und die körperlichen Folgen der Krankheit von besonderer Bedeutung.

Krebserkrankungen stellen mittlerweile das häufigste lebensbedrohliche Lebensereignis der Menschen im Alter bis 60 Jahre in den entwickelten Industrienationen dar (25. Deutscher Krebskongress, 2002). Etwa jeder vierte Bundesbürger stirbt an Krebs. Die deutschlandweite jährliche Inzidenzrate von Krebserkrankungen beträgt 333.000 Personen (Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, 2001). Fast ein Drittel aller Krebserkrankungen betreffen die Verdauungsorgane (ICD 150-159), wobei Männer 1.4 mal häufiger als Frauen gleichen Alters erkranken. Für Frauen und Männer zusammen ist der gastrointestinale Tumor die häufigste Krebsform mit den meisten Krebstoten. Im Vergleich mit der allgemeinen Lebenserwartung führt Krebs der Verdauungsorgane zu einem Verlust von etwa 75% der verbleibenden Lebenserwartung. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei gastrointestinalem Krebs beträgt durchschnittlich etwa 35% und ist in den letzten Jahren durch medizinische Fortschritte in Früherkennung und Behandlung angestiegen. Die Überlebensrate schwankt jedoch abhängig von den betroffenen Organen beträchtlich. Pankreaskrebs hat die schlechteste Prognose mit einer Fünf-Jahres-Überlebensrate von etwa 1 bis 3% und Dickdarmkrebs die günstigste mit ca. 55% (Robert Koch Institut, 2002).

Die *Tumoroperation* stellt einerseits eine eigenständige Belastung dar (Krohne, de Bruin, El Giamal & Schmukle, 2000; Krohne, Slangen & Kleemann, 1996), gilt aber zugleich als die wichtigste Bewältigungsinitiative. Die Patienten unterziehen sich der Tumoroperation, weil sie von ihr eine Heilung oder Linderung vom Krebsleiden erhoffen. Dabei wird die Motivation und Mitarbeit der Patienten in der Vorbereitungsphase der Operation und in der Rehabilitationsphase nach der Operation von Ärzten besonders geschätzt. Voraussetzung für die Motivation ist die Hoffnung der Patienten auf Heilung oder Linderung. An dem Gelingen der Operation selbst haben die Patienten jedoch keinen Einfluss.
Negative Folgen einer Tumoroperation können u. a. kurzzeitige oder langfristige körperliche Versehrtheit, Wundheilungsstörungen, Gefährdung durch Nebenerkrankungen, wie z. B. Lungenentzündung und Thrombose oder die Gefährdung durch iatrogene Körperschäden sein. Weiterhin sind Operationen meist mit Schmerzen, Übelkeit, allgemeiner Schwäche und der Abhängigkeit von fremden Personen verbunden. Eine eigenständige Belastung ist die Abhängigkeit von Gesundheitsversorgungssystemen und deren Regime (Beutel, 1988).

Bislang ist es nicht gelungen, die Krankheitsbelastung von Krebspatienten zufriedenstellend zu quantifizieren. Am ehesten geben erste Untersuchungen zur posttraumatischen Belastungsstörung bei Tumorpatienten Aufschluss über die Epidemiologie der Belastung von Krebspatienten. Alter, Pelcovitz und Axelrod (1996) untersuchten Symptome der

posttraumatischen Belastungsstörung bei Krebsüberlebenden wie Vermeidungsverhalten, intrusive Gedanken und starke Erregungszustände. Die Untersuchung trug wesentlich zur Anwendung der Diagnose posttraumatische Belastungsstörung auf Patienten mit schweren Erkrankungen wie Krebs im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders VI (DSM-IV; APA, 1994) bei. Zwei Besonderheiten sind bei der Diagnosestellung von posttraumatischer Belastungsstörung bei Krebserkrankung zu beachten: die Belastung durch Krebs kann als eine *Serie von aufeinanderfolgenden Traumen* angesehen werden. Diese können jedoch häufig nicht genau umschrieben und erfasst werden. Weiterhin muss das Trauma nach der Klassifikation von DSM-III (APA, 1987) bei Diagnosestellung in der Vergangenheit liegen. Im Falle von Krebs liegt jedoch die latente Bedrohung durch ein Rezidiv in der Zukunft. In der Studie von Alter et al. (1996) erfüllten zum Zeitpunkt des Interviews vier Prozent der Patienten die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung, und 22% erfüllten sie zu einem Zeitpunkt innerhalb der letzten sechs Monate vor der Befragung.

Das Risiko von Krebspatienten, psychische Störungen und Symptome zu entwickeln, ist im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht. Es wird geschätzt, dass etwa die Hälfte der Patienten innerhalb eines Jahres nach der Diagnosestellung eine klinisch diagnostizierbare psychische Störung aufweisen (Massie & Popkin, 1998). Dabei stellen Anpassungsstörungen mit depressiver Verstimmung und Ängstlichkeit bei etwa einem Viertel aller Tumorpatienten die häufigste Störung dar, gefolgt von klinischer Depression mit fünf Prozent (Massie & Holland, 1987). Diese Zahlen entsprechen in etwa auch den Angaben der Psychosocial Collaborative Oncology Group (PSYCOG; Derogatis, Morrow & Fetting, 1983). Die Suizidgefahr wird bei Krebspatienten allgemein 2.3 mal höher als die der Normalbevölkerung eingeschätzt, Frauen und ältere Personen haben ein höheres Risiko als Männer und jüngere Personen (Breitbart & Krivo, 1998). Aufgrund ungleicher Vorgehensweisen und Standardisierung in den Studien variieren die Ergebnisse.

Die allgemeine Darstellung der Belastung durch eine Krebserkrankung und Tumoroperation sowie die Überlebensprognosen vermitteln einen generellen Eindruck von der außerordentlichen Belastung durch die Erkrankung. Die Belastung des einzelnen Individuums kann davon mehr oder weniger stark abweichen.

1.1.2 Individuelle Bewertung der Krebserkrankung

Nach Lazarus (1993) kann eine Person einen Stressor als eine *Bedrohung* (threat), einen *Verlust* oder *Schaden* (loss, harm) oder aber als eine positive *Herausforderung* (challenge)

bewerten (Abbildung 1). Diese Beurteilung wird durch die Wahrnehmung sozialer und personaler Ressourcen beeinflusst. Eine Übersicht sozialer und personaler Bewältigungsressourcen ist bei Schröder und Schwarzer (1997) zusammengefasst. Die individuelle Bewertung des Stressors und der Ressourcen durch das Individuum ist für die Initiierung der Bewältigung ausschlaggebend. In dieser Arbeit spielt die Bewertung der Krebserkrankung keine eigenständige Rolle. Es wurde generell davon ausgegangen, dass die Krebserkrankung eine Bedrohung für das Individuum darstellt.

1.1.3 Problembezogene und emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung

Im Stressbewältigungsmodell wird allgemein zwischen problem- und emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien unterschieden. Im deutschen Sprachgebrauch sind im Kontext von Krankheit die Begriffe Krankheitsverarbeitung gebräuchlich (Salewski, 1997; Muthny, 1997). In Anlehnung an Terry und Hynes (1998) sollen die Begriffe "problembezogene" und "emotionsregulierende" Krankheitsverarbeitung verwendet werden. Folkman und Lazarus (1987) unterteilen problembezogene und emotionsregulierende Bewältigung explizit nach ihrer in der Zukunft liegenden *Funktion*: "The reader will note that we speak here of functions of coping rather than types" (Lazarus & Folkman, 1987, S. 152). Es ging Lazarus und Folkman also ursprünglich vor allem darum, die Bewältigung nach ihrer Funktion einzuteilen, nicht nach konkreten Strategien. Demnach ist eine Bewältigungsstrategie dann emotionsregulierend, wenn sie zur Verringerung negativer Emotionen und zur Stabilisierung des subjektiven Wohlbefindens beiträgt.

Problembezogene Krankheitsverarbeitung umfasst kognitive und behaviorale Anstrengungen, um eine Krankheit oder deren Folgen positiv zu beeinflussen. Typische Beispiele sind strategisches Planen, aktives Handeln, Informationssuche, Inanspruchnahme sozialer Ressourcen und das Entwickeln von Ressourcen.
Emotionregulierende Krankheitsverarbeitung bezieht sich auf Emotionen wie Angst, Trauer, Depressivität, Wut und Aggressivität, die durch die Krankheit hervorgerufen werden können (Folkman & Moskowitz, 2000). Traditionell wird zwischen vermeidender und konfrontativer Emotionsregulation unterschieden (Terry & Hynes, 1998). Vermeidende Verarbeitungsformen, wie Ablenkung, Verleugnung und Wunschdenken, sind längerfristig auch in Stresssituationen mit geringer Ereigniskontrolle ungünstig für die Anpassung (Vitaliano, DeWolfe, Maiuro & Russo, 1990). Kurzfristig können vermeidende Strategien jedoch helfen, emotionale Anspannung zu verringern (Tausch, 1984; Ritter-Gekeler, 1991; Zielinski, 1993). Zu den konfrontativen emotionsregulierenden Strategien gehören die Suche von emotional

unterstützenden Gesprächen mit Angehörigen oder anderen Personen und der angemessene Ausdruck von Emotionen (Terry & Hynes, 1998).
Eine wichtige Form der emotionsregulierenden Krankheitsverarbeitung ist die optimistische kognitive Neubewertung (Affleck & Tennen, 1996). Neben der positiven Umdeutung ist eine häufig eingesetzte Strategie der inter-individuelle oder temporäre intra-individuelle Abwärtsvergleich (Wood, Taylor & Lichtman, 1985; Klauer, Ferring & Filipp, 1998; Taylor & Lobel, 1989; Affleck, Tennen, Urrows, Higgins & Abeles, 2000; Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grandi, 1998). Es ist dabei weniger entscheidend, wie realistisch diese kognitive Umstrukturierungsprozesse sind. Kognitive Neubewertungen auf Grundlage optimistischer Bewertungen werden darum auch als positive Illusionen bezeichnet (Taylor & Brown, 1988, 1994). Sie dienen der Emotionsregulation und der Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens (Taylor, 1983; Taylor & Brown, 1988, 1994). Wie bereits ausgeführt, unterteilen Lazarus und Folkman (1987) die Bewältigung in problem- und emotionsfokussiertes Coping nach der Funktion. Aus diesem Grunde zählen Strategien der optimistischen kognitiven Neubewertung zur emotionsregulierenden Bewältigung.

Eine weitere emotionsregulierende Verarbeitungsform bei kontrollarmen Stresssituationen ist der so genannte akkommodative Bewältigungsstil (Brandtstädter & Renner, 1990). Der akkommodative Bewältigungsstil ist dadurch gekennzeichnet, dass Personen ihre vorherigen Zielvorstellungen an die neuen Bedingungen anpassen, entlastende Deutungen von negativen Ereignissen vornehmen oder das Anspruchsniveau regulieren (Bak & Brandtstädter, 1998; Rothermund & Brandtstädter, 1997; Carver & Scheier, 2002; Scheier & Carver, 2001).
Durch die Einteilung von problem- und emotionsfokussierter Bewältigung nach der Funktion ist die Zuordnung streng genommen vom Ergebnis der Bewältigung abhängig: Eine Bewältigungsstrategie emotionsregulierend, wenn sie zur Verringerung negativer Emotionen und zur Stabilisierung des subjektiven Wohlbefindens beiträgt. Die Autoren des Modells sind sich selbst über die Konfundierung von Coping und Ergebnis im Klaren und verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass ihr Modell als eine Heuristik zu verstehen sei (Lazarus & Folkman, 1987; Lazarus, 1999). Eine ungünstige Folge der Vermischung von Bewältigung und Bewältigungsergebnis ist jedoch, dass es kein universelles Instrument zur Erfassung von problembezogener und emotionsregulierender Bewältigung gibt. Die Zuordnung von Bewältigungsstrategien zu den beiden Kategorien variiert. Der Mangel an befriedigenden Instrumenten zur Erfassung von Bewältigung wird von mehreren Autoren beklagt (Salewski, 1997; Beutel & Muthny, 1988). Die von Folkman und Lazarus entwickelte Ways of Coping Scale (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986) erhebt verschiedene Strategien (types) von Bewältigung, die sich allerdings nur bedingt den

Kategorien problembezogene bzw. emotionsregulierende Bewältigung zuordnen lassen. Das Instrument ist seit einiger Zeit wegen seiner mangelnden psychometrischen Qualität in Kritik geraten (Coyne, 1997).

Carver und Scheier entwickelten auf Grundlage des kognitiv-transaktionalen Stressmodells und des Selbstregulationsmodells den COPE, ein Messinstrument, das ebenfalls die verschiedenen Facetten von emotions- und problemorientierter Bewältigung erfassen sollte (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Carver, 1997). Später relativierten sie die Fähigkeit des Instruments zwischen problembezogener und emotionsregulierender Bewältigung unterscheiden zu können (Carver, 2002). Die Autoren entwickelten die Teilskalen des Instruments theoriegeleitet, Items wurden vorgegebenen Copingstrategien zugeordnet und nicht mittels Faktorenanalyse post hoc selektiert. Die Faktorenstruktur des Instruments spielt ausdrücklich eine untergeordnete Rolle und ist, nach Aussagen der Autoren, vom jeweiligen Untersuchungskontext beeinflusst. Der Brief COPE, eine Kurzform des COPE, wurde in der vorliegenden Studie eingesetzt.

Die Annahme, dass die problemorientierte Bewältigung adaptiver als die emotionsorientierte sei, gilt in der psychoonkologischen Forschung als veraltet (Weber, 1994, 1997). Bei der Bewältigung von kontrollierbaren alltags- und arbeitsbezogenen Anforderungen sind problemorientierte Bewältigungsstrategien häufig den emotionsorientierten auf lange Sicht überlegen (Aspinwall & Taylor, 1992; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992; Terry, Tonge & Callan, 1995; Carver et al., 1993). Bei Stressoren, die durch individuelles Bewältigungsverhalten kaum zu beeinflussen sind, wie im Falle schwerwiegender und lebensbedrohlicher Erkrankungen, sprechen Befunde gegen die Dominanz einer Bewältigungsform über die andere (Terry & Hynes, 1998; Petrie & Moss-Morris, 1997). Taylor (1983; vgl. auch Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Taylor & Brown, 1994) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass bis zu einem gewissen Grad das subjektive Wohlbefinden weniger von der tatsächlichen Kontrollmöglichkeit, sondern von der subjektiv wahrgenommenen Kontrollmöglichkeit beeinflusst wird (vgl. auch Klauer, Ferring & Filipp, 1998; Klauer & Filipp, 1997b). Sie konnte zeigen, dass illusionäre Überzeugungen das subjektive Wohlbefinden bei Brustkrebspatientinnen verbessert. Taylor und Brown (1994) bezeichnen diese Strategien als "positive Illusionen", zu denen auch unrealistisch positive Vorstellungen über die eigene Person und die Zukunft gehören.

Ein objektives Kriterium für die Evaluierung von Krankheitsverarbeitung ist die *Überlebenszeit von Tumorpatienten* (Levenson & Bemis, 1991; Fox, 1995, 1998; Classen, Sephton, Diamond & Spiegel, 1998). Faller (2001) beklagt in einer Literaturübersicht, dass der Großteil der Befunde hierzu methodische Mängel aufweisen. Dazu gehören Probleme mit der

Validität der Studiendesigns und der Reliabilität der verwendeten Instrumente. Die meisten Studien finden retrospektiv lange Zeit nach der Primärtherapie statt. Faller spricht sich trotz dieser Mängel dafür aus, dass problemorientierte Bewältigung, insbesondere aktives Handeln und Kampfgeist, positiv mit der Überlebenszeit zusammenhängt (De Boer et al., 1998; Fawzy et al., 1993; Molassiotis, van den Akker, Milligan & Goldman, 1997). Verleugnung wird dagegen überwiegend als eine ungünstige Bewältigung in Bezug auf die Überlebenszeit gesehen, jedoch gibt es auch vereinzelte Befunde, die Verleugnung als günstig bewerten (Epping-Jordan, Compas & Howell, 1994; Ratcliffe, Dawson & Walker, 1995). Dean und Surtees (1989) identifizierten *postoperative* Verleugnung und *präoperatives* Akzeptieren als positive Indikatoren der Überlebenszeit bei 121 Mammakarzinompatientinnen. Die Überlebenszeit ist jedoch nur ein Kriterium für eine erfolgreiche Krankheitsverarbeitung. Sie kann mithilfe medizinischer Maßnahmen unter Einbuße der Lebensqualität verlängert werden. Die *Qualität* der Überlebenszeit muss mit berücksichtigt werden, wie es beispielsweise im Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre geschieht (QALY; Dolan, 2001; Miyamoto, 1999). Hierbei werden das emotionale Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei der Beurteilung der Überlebenszeit mit berücksichtigt.

In diesem Zusammenhang muss auch zwischen einer kurzfristigen und einer langfristigen Auswirkung von Krankheitsverarbeitung auf das Wohlbefinden unterschieden werden (Lazarus, 1999, 1991). So kann es durchaus adaptiv sein, sich unmittelbar vor einer Operation durch Fernsehen abzulenken (Dean & Surtees, 1989; Krohne & de Bruin, 1998). Ebenso ist es möglich, dass einzelne Wutausbrüche oder Weinen bei der Auseinandersetzung mit einer negativen Nachricht, wie der eines Rezidivs, für die Person temporär hilfreich sein kann (Tausch, 1984; Ritter-Gekeler, 1991; Zielinski, 1993). Um jedoch das psychische Wohlbefinden *längerfristig* zu verbessern, sind Strategien wie Ablenkung, Weinen und Wutausbrüche nicht geeignet (Carver & Scheier, 1994; Higgins & Endler, 1995; McCrae & Costa, 1986). Dagegen werden Sinnfindungsprozessen aufgrund einer elaborierten Auseinandersetzung mit der Krankheit eine langfristige und nachhaltige Wirkung auf das emotionale Wohlbefinden zugeschrieben.

1.1.4 Die Folgen von Krankheit und Krankheitsverarbeitung

Das *Ergebnis* (event outcome) des Krankheitsprozesses wird im Modell in günstig und ungünstig bzw. kein Ergebnis unterteilt. Das Ergebnis bezieht sich ausdrücklich auf den objektiven Verlauf der Krankheit und nicht auf die Erfolge der Bewältigungsinitiative, wie der Pfeil im Modell irrtümlicherweise vermuten lässt. Folkman und Greer (2000) machen dazu

eine knappe aber deutliche Aussage: "Coping does not cease, however, in events with unsatisfactory outcomes... as in the case of a recurrence of a serious illness..." (S. 13). Der Einfluss von Krankheitsverarbeitung auf den objektiven Krankheitsverlauf von Krebs ist jedoch außerordentlich umstritten. Ungünstige Bewältigungsstrategien können nach Holland (1999) *nicht direkt* für das Rezidiv einer Krebserkrankung verantwortlich gemacht werden (vgl. auch Fox, 1998), wie einige Postulate zur "Krebspersönlichkeit" oder dem "autoaggressiven Verarbeitungsstil" vermuten lassen. Neuere Studien zeigen, dass der Zusammenhang zwischen depressiver Verarbeitung und Krebserkrankung eine Folge der Erkrankung ist und nicht deren Ursache. Untersuchungen zur Krebspersönlichkeit wurden überwiegend retrospektiv durchgeführt (McKenna, Zevon, Corn & Rounds, 1999; Schwarz, 1993; Holland, 1999). Holland (1999) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Diskussion um die Krebspersönlichkeit den Betroffenen keinen Nutzen bringt, sondern zu Schuldgefühlen führen kann.

Es gibt jedoch Belege für einen indirekten Einfluss von Krankheitsverarbeitung und Persönlichkeitsmerkmalen auf den Krankheitsverlauf. Optimismus (z. B. Hoffnung) und eine aktive gesundheitsbewusste Lebensführung (z. B. Sport, Ernährung) können sich positiv auf das krebszellenbekämpfende Immunsystem auswirken. Dazu gehört auch die aktive Teilnahme an Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen, die die Heilungschancen verbessern können (Stein & Spiegel, 2000; Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998). Dennoch sollte der Pfeil von Krankheitsverarbeitung direkt zu emotionalem Wohlbefinden oder gesundheitsbezogener Lebensqualität in Abbildung 1 führen. Die Mediation des objektiven Krankheitsverlaufs durch die Krankheitsverarbeitung bei Krebs ist bezüglich des Tumorwachstums als geringfügig zu bewerten (Holland, 1999).

1.1.5 Sinnfindung als Krankheitsverarbeitung im kognitiv-transaktionalen Stressbewältigungsmodell

Viele Autoren stimmen darin überein, dass Sinnfindung eine besondere Form der Krankheitsverarbeitung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen darstellt. Dies gilt insbesondere bei Krankheiten bei denen Betroffene keine wesentlichen Kontrolle über den Verlauf haben (Janoff-Bulman, 1992; Faller, 1998; Folkman & Greer, 2000; Park & Folkman, 1997; Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998; Taylor, 1983). Im adaptierten Stressbewältigungsmodell (Folkman & Greer, 2000) ist darum Sinnfindung als ein Mediator zwischen vorangegangener Bewältigung und aktuellem emotionalem Wohlbefinden integriert.

Viele Autoren beklagen jedoch eine ungenaue und heterogene Konstruktbestimmung von Sinnfindung in der Literatur (Schwarzer & Knoll, 2003; Csef, 1998; Wong & Fry, 1998; Park & Folkman, 1997; Auhagen, 2000). Einige Autoren beziehen Sinnfindung auf die

Ursachenzuschreibung (Kausalattribution) einer Erkrankung (Bulman und Wortman, 1977; Taylor, 1983), wie sie im Rahmen subjektiver Krankheitstheorien thematisiert wird. Patienten wollen wissen, warum sie krank sind. Für andere bezeichnet Sinnfindung die Bedeutung einer Krankheit für die Zukunft (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998; Taylor, 1983). Patienten wollen wissen, welche Auswirkung eine Krankheit auf ihr weiteres Leben hat. Für Davis und Kollegen (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998) ist erfolgreiche Sinnfindung mit einem Gewinn an Lebenserfahrung und mit einer positiveren Interpretation der Krankheit verbunden (vgl. auch Thompson, 1985; Hamera & Shontz, 1978). Affleck und Tennen (1996) bezeichnen dies eindrücklich als "benefit-finding" bzw. "benefit-constual" und propagieren "benefit-reminding" als eine Form der aktiven Krankheitsverarbeitung. Für Thornton (2002) verkörpern Sinnfindung und benefit-finding dasselbe Konstrukt. Taylor (1983) weist darauf hin, dass eine positive Deutung der Krankheit durch Sinnfindung häufig auf illusionären Kognitionen beruht. Dabei kommt es durch Sinnfindung zu einem Ersatz für die geringe persönliche Kontrolle über den Krankheitsverlauf und zu einer Art Erfolgserlebnis (mastery). Dieses wiederum ist mit einer Stärkung des Selbstwertgefühls verbunden.

Lukas (1998) vertritt eine andere Perspektive und geht dabei noch einen Schritt weiter. Sie sieht einen Sinn in der Krankheit des Einzelnen für die Gesellschaft. Die Gesellschaft soll durch Schwerkranke, Behinderte und Sterbende an die "echten Werte" des Lebens erinnert werden, indem sie die Relativität der Stärke gesunder Menschen vor Augen führen. Kranke mit beispielgebender Krankheitsverarbeitung stellen positive Vorbilder für die Gesunden dar.

Für andere Autoren ist Sinnfindung eher mit der Veränderung von existentiell-philosophischen (Antonovsky, 1987; Baumeister, 1991) bzw. transzendent-religiösen Grundannahmen einer Person verbunden und bezieht sich nicht auf einen Stressor. In eine ähnliche Richtung weist die Vorstellung, dass Sinnfindung mit einer Abwendung von mittelfristigen und konkreten Zielen (z. B. Karriere) und einer Hinwendung zu allgemeinen und übergeordneten Lebenszielen (z. B. "ein guter Mensch sein"; Carver & Scheier, 2000, 2002) verbunden ist.

Lazarus (1966, 1999) bezeichnet mit Sinn (meaning) die individuelle Bedeutsamkeit des Stressors im Stressbewältigungsprozess und die nachfolgende Bewertung als Bedrohung, Schaden oder Herausforderung. Park und Folkman (1997) nennen dies situationale Sinnfindung. Sie unterscheiden *globale* und *situationale* Sinnfindung und orientieren sich dabei stark an dem kognitiv-transaktionalem Stressbewältigungsmodell (Lazarus & Folkman, 1984, 1987). Sie verstehen ihr "Model of Global and Situational Meaning" als Integrationsversuch der kontroversen Vorstellungen über Sinnfindung (Park & Folkman, 1997). *Globale Sinnfindung* beeinflusst ihrer Vorstellung nach sowohl die Bewertung des Stressors und die Bewältigung als auch die Einschätzung des Bewältigungsergebnisses. Die

globale Sinngebung selbst kann jedoch nur durch ein ungünstiges Ergebnis des Stressbewältigungsprozesses beeinflusst werden. Dies bedeutet, dass Sinnfindung normalerweise ein dispositionales Merkmal einer Person darstellt und nur durch die Auseinandersetzung mit besonders kritischen Lebensereignissen verändern kann (Catlin & Epstein, 1992).

Sinngebung (global meaning) bezeichnet die mit der aktuellen Lebensperspektive verbundenen Wertvorstellungen, Prioritäten und Lebensziele einer Person. *Sinnfindung* (search for meaning) ist ein Prozess, der aufgrund einer veränderten oder bedrohten Lebensperspektive zur Neubewertung von Wertvorstellungen, Prioritäten und Lebenszielen führt. Die Funktion von Sinnfindung ist, das emotionale Wohlbefinden und die empfundene Lebensqualität bei der Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohenden Krankheit zu erhalten oder zu verbessern. Ferner beeinflusst Sinnfindung die Bewertung von Stressoren und die Wahl der Bewältigungsstrategie (Bower, Kemeny, Taylor & Faheq, 1998).
Sinnfindung dient dazu, das Wohlbefinden zu erhalten oder wieder herzustellen. Damit ist Sinnfindung der emotionsregulierenden Krankheitsverarbeitung ähnlich. Beide Verarbeitungsformen unterscheiden sich jedoch in ihrer Nachhaltigkeit. Emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung bezieht sich auf die Regulation des aktuellen Wohlbefindens (moment-by-moment coping). Sinnfindung ist dagegen eine langfristige Auseinandersetzung mit der veränderten oder bedrohten Lebensperspektive. Sinnfindung sollte sich darum nachhaltiger als Emotionsregulation auf das Wohlbefinden auswirken.

Empirische Befunde zu Sinnfindung bei Tumorpatienten sind rar. Vickberg und Kollegen (Vickberg, Bovbjerg, DuHamel, Currie & Redd, 2000) fanden, dass globale Sinnfindung den Einfluss von intrusiven Gedanken auf das emotionale Wohlbefinden von Patientinnen mit Brustkrebs vermittelt. Bei Patientinnen mit hohen Werten für Sinnfindung wirkte sich die Stärke intrusiver Gedanken nicht auf das emotionale Wohlbefinden aus. Bei Patientinnen mit niedrigen Werten für Sinnfindung dagegen hatte die Stärke von intrusiven Gedanken einen bedeutenden Einfluss auf das Wohlbefinden. Allerdings wurden die 61 Frauen der Studie erst zwei bis 15 Jahre nach der Diagnose befragt.

1.1.6 Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Tumorpatienten

Das emotionale Wohlbefinden ist das Hauptkriterium für die Beurteilung der Krankheitsverarbeitung im adaptierten Stressbewältigungsmodell (Folkman & Greer, 2000). Das Bewältigungskriterium ist ausdrücklich *nicht* die Heilung von Krebs, sondern die

Regulation des emotionalen Wohlbefindens. Im adaptierten Stressbewältigungsmodell resultiert positives emotionales Wohlbefinden entweder aus einem günstigen Krankheitsverlauf oder kann nach Prozessen der Sinnfindung bei ungünstigem Krankheitsverlauf wiedererlangt werden. Diese Unterscheidung soll in der vorliegenden Arbeit nicht übernommen werden. Es wird stattdessen angenommen, dass ein Sinnfindungsprozess gerade auch bei Patienten mit günstigem Krankheitsverlauf stattfindet und einen positiven Einfluss auf die Anpassung an die Krankheit hat. Die Gefährdung der Lebensperspektive findet auch bei Patienten mit günstigem Krankheitsverlauf statt und wird danach niemals vollständig aufgehoben (Hartmann, 1993).

Das Wohlbefinden eines Patienten ist nur bedingt vom objektiven Krankheitsverlauf abhängig. Denn wichtig für die Bewertung des emotionalen Wohlbefindens ist die subjektive Einschätzung des Patienten. Kornblith (1998) kommt in einer Analyse von 50 Arbeiten zur psychosozialen Anpassung von Tumorpatienten zu dem Schluss, dass die Anpassung des emotionalen Wohlbefindens der meisten Tumorpatienten entgegen den Erwartungen ausgesprochen gut ist. Es gibt zwar eine kleine Gruppe Betroffener mit einem starken Einbruch des Wohlbefindens infolge der Tumorerkrankung, die meisten Patienten zeigen jedoch keine oder nur eine vorübergehende Verschlechterung des emotionalen Wohlbefindens. Einige Autoren weisen darauf hin, dass Tumorpatienten negative und positive Emotionalität häufig gleichzeitig erleben oder sich in kurzen Zeitintervallen abwechseln (Viney, 1986; Wortman & Silver, 1987; Folkman, 1997). In der vorliegenden Arbeit wurde Depressivität als Indikator des emotionalen Wohlbefindens zu allen Messzeitpunkten erhoben.

Zusätzlich zum emotionalen Wohlbefinden soll in dieser Arbeit die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Tumorpatienten als abhängige Variable untersucht werden. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst die *subjektive Repräsentanz* des Gesundheitszustandes, die so genannte "erlebte" oder "subjektive" Gesundheit (Bullinger, 2000). Beachtet werden muss, dass sich das individuelle Erleben von körperlichen Krankheiten und Symptomen von medizinischen Parametern und der Einschätzung des Facharztes unterscheiden kann (Henrich & Herschbach, 1998). Gesundheitsbezogene Lebensqualität kann global oder symptomspezifisch erfasst werden (Bullinger, 2000). Die *globale* Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität wird mithilfe sehr allgemeiner kontextübergreifender Fragen realisiert. Diese erlauben den Vergleich zwischen Personengruppen mit unterschiedlichen Krankheiten oder mit gesunden Personen. Globale Messungen sind ökonomisch und eine durchaus aussagekräftige Methode der Befragung (Bullinger, 2000).

Die symptomspezifische Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität ermittelt die Ausprägung konkreter Symptome. Solche Symptome können unter Umständen sehr

krankheitsspezifisch sein. In der Arbeit wurden jedoch drei Indikatoren gewählt, die nicht allzu krankheitsspezifisch sind, da verschiedene Krebsdiagnosen untersucht werden. Diese sind Schmerzen, Fatigue und die Beeinträchtigung durch die Krankheit.

1.1.7 Prozesscharakter von Krankheit und Krankheitsverarbeitung

Lazarus und Folkman weisen wiederholt auf den Prozesscharakter der Transaktion zwischen Stress und dessen Bewältigung hin (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1966, 1997, 1999, 2000), Lazarus fordert, den Verlauf einer Stressbewältigungsepisode in empirischen Umsetzungen zu berücksichtigen (Lazarus, 1997, S. 158): "My theoretical approach, especially in light of its two central mediating constructs, appraisal and coping, cries out for multivariate, longitudinal research in which the same people are studied, in depth, over time (as in disease stages) and under various natural life conditions."

Bezogen auf die Verarbeitung einer Tumorerkrankung im perioperativen Verlauf bedeutet dies, Patienten zu mehreren Zeitpunkten vor und nach der Operation zu befragen. Dies ist umso wichtiger, da Sinnfindung als ein Prozess in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf zu verstehen ist. Weiterhin muss das Kriterium der *intra-individuellen Veränderung* über diese kritische Zeitperiode in den Analysen Berücksichtigung finden und umgesetzt werden. Dies sollte insbesondere auch für Sinnfindung als einen intra-individuellen Prozess gelten.