10 Diskussion

Schwerpunkt der Arbeit war, die Bedeutung von Sinnfindung bei der Auseinandersetzung mit der Krankheit im peri- und postoperativen Verlauf zu untersuchen. Theoretischer Ausgangspunkt stellte das adaptierte kognitiv-transaktionale Stressbewältigungsmodell von Folkman und Greer (2000) dar. Im Modell wird ein positiver Einfluss von Sinnfindung auf das emotionale Wohlbefinden und die subjektive Gesundheitswahrnehmung von Tumorpatienten angenommen. Sinnfindung wird als eine besondere Form der Krankheitsverarbeitung im Zusammenhang mit einer antizipierten existentiellen Bedrohung bei gleichzeitig geringer persönlicher Ereigniskontrolle gesehen. Untersucht wurden 84 Tumorpatienten zu vier Messzeitpunkten. Der erste Messzeitpunkt fand drei Tage vor einer Tumoroperation statt, der zweite eine Woche, der dritte einen Monat und der vierte ein halbes Jahr nach der Operation. Die Tumorlokalisationen beschränkten sich auf den Gastrointestinaltrakt und die Lunge. Sinnfindung wurde mit problembezogener und emotionsregulierender Verarbeitung verglichen. Für emotionales Wohlbefinden wurde Depressivität untersucht und für gesundheitsbezogene Lebensqualität die Indikatoren GGLQ, Schmerzen, Fatigue und Beeinträchtigung.

10.1 Krankheitsbezogener Ereignishintergrund

Bei der Beurteilung der Bewältigung der Tumorerkrankung muss der *krankheitsbezogene Ereignishintergrund* zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten als gemeinsame Rahmenbedingung der Patienten berücksichtigt werden. Der krankheitsbezogene Ereignishintergrund gibt Aufschluss über die besonderen Belastungen und Ressourcen, die zu den verschiedenen Messzeitpunkten vorherrschten. In einer Feldstudie lassen sich unterschiedliche Einflussfaktoren und deren Interferenz naturgemäß nicht ausreichend kontrollieren (Brandtstädter, 1990). Durch den Erhebungsplan der Studie wurde jedoch für eine hinreichende Vergleichbarkeit der krankheitsbezogenen Ereignisse und deren Hintergründe gesorgt. Alle befragten Patienten wurden wegen eines Tumors am Verdauungstrakt oder wegen eines Lungentumors operiert und waren dazu hospitalisiert. Der Operationstermin war bei allen Studienteilnehmern zeitlicher Synchronisationspunkt für die Erhebung. Im peri- und postoperativen Rehabilitationsprozess gab es für die Patienten Gemeinsamkeiten, die im Folgenden beschrieben werden sollen.

Alle Tumorpatienten setzten sich im peri- und postoperativen Verlauf mit *akuten* und *chronischen* Anforderungen auseinander. Dies erfordert Flexibilität in der Anpassungsleistung. Zu den vier

Messzeitpunkten waren die Anteile akuter und chronischer Stressoren unterschiedlich stark präsent. Unmittelbar um den Operationszeitraum (t1 und t2) standen akute Stressoren wie Operation, Therapiemaßnahmen und Krankenhausaufenthalt im Fordergrund. Später (t3 und t4) dominierten Aspekte der Rehabilitation und die Anpassung im Alltag.
Eine Operation wird von vielen Betroffenen als ein lebensbedrohliches Ereignis bewertet, das mit großer existentieller Angst verbunden ist (Krohne, de Bruin, El Giamal & Schmukle, 2000). Die Messwerte des ersten Messzeitpunkts stellen somit keine Baseline-Messung dar, da sie zu einem Zeitpunkt erhoben wurden, an dem sich die Patienten bereits mit der Krankheit und der Tumoroperation auseinandersetzten.

Die Bedingungen des Krankenhausaufenthalts beeinflussten zu den *ersten beiden Messzeitpunkten* das Wohlbefinden und die Krankheitsverarbeitung. Einerseits stellt ein Krankenhausaufenthalt insbesondere für ältere Patienten eine eigenständige Belastung dar (Koenig, George, Stangl & Tweed, 1995). Andererseits sollte die Belastung durch einen zeitlich begrenzten Krankenhausaufenthalt nicht überbewertet werden, da die meisten Patienten mit ihm die Hoffnung auf Heilung verbinden. Ein Krankenhausaufenthalt kann den Patienten zu einem aktiven und positiven Umgang mit der Krankheit anregen. Der Zugang zu medizinischem Personal und relevanter Fachinformation ist besonders einfach. Negative Krankheitsfolgen, wie Schmerzen und Schlaflosigkeit können unmittelbar und qualifiziert behandelt werden. Die Fremdmotivation für die Rehabilitation ist sehr hoch. Krankengymnasten und Rehabilitationstherapeuten unterstützen die Patienten. Ein Krankenhausalltag bietet viel Ablenkung und Anregung. Patienten bekommen im Krankenhaus häufiger Besuch als in ihrer häuslichen Umgebung. Die soziale Unterstützung und das Mitgefühl durch Angehörige und Bekannte sind in dieser Zeit besonders hoch.
Der *dritte und vierte Messzeitpunkt* fand bis auf einzelne Ausnahmen zuhause statt. Die Verarbeitung bleibender Folgen der Tumoroperation und der Erkrankung treten in dieser Zeit in den Fordergrund. Gelingt es dem Patienten einen alltagstauglichen Umgang mit der Erkrankung zu finden? Einen Monat nach der Operation (t3) hat die krankheitsbezogene Ereignisdichte durch medizinische Behandlungen deutlich abgenommen. Der Patient befindet sich in ambulanter Nachsorge. Die körperlichen Langzeitfolgen der Operation spielen jedoch weiterhin eine Rolle. Der Zugang zu medizinischen Problemlösungen, wie Schmerzbehandlung, ist erschwert.
Allgemeine Aussagen zum Belastungsprofil des vierten Messzeitpunktes sind schwieriger, da die Operation bereits ein halbes Jahr zurückliegt und unterschiedliche Entwicklungen bei dem Patienten wahrscheinlich sind. Der Patient hat sich mit seiner Erkrankung mehr oder weniger gut

im Alltag eingerichtet und ist wieder eigener "Experte" seines körperlichen Befindens. Auch wenn die Folgen der Operation gut überstanden wurden und die bleibenden Beschwerden gering sein sollten, bleibt die latente existentielle Bedrohung durch ein Rezidiv der Krankheit erhalten.

10.2 Schweregrad, Wohlbefinden und Krankheitsverarbeitung

10.2.1 Gültigkeitsbereich der Ergebnisse

Medizinische Parameter aus Epikrisen und Krankenakten wurden ausgewertet, um die Selektivität der Stichprobe und den Gültigkeitsbereich der Ergebnisse einzuschätzen. Um transaktionale Verlaufsprozesse von Sinnfindung in Beziehung mit Wohlbefinden und Lebensqualität setzen zu können, waren vollständige t1 bis t4 Datensätze Voraussetzung. Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, den Fragebogen zu einem der Messzeitpunkte auszufüllen, wurden folglich aus dem Analysedatensatz ausgeschlossen. Es wurde vermutet, dass Patienten mit ungünstiger Prognose und einem höheren Schweregrad der Tumorerkrankung eher aus der längsschnittlichen Befragung ausfallen würden als Patienten mit günstiger Prognose (Hypothese 1). Patienten, die vollständig an der Befragung teilnahmen, hatten häufiger das prognostisch günstigere Kolon- und Sigmatumor und weniger häufig den prognostisch sehr ungünstigen Ösophagustumor als Drop-Out Patienten. Ebenso hatten sie weniger häufig Residualtumore und häufiger kurativ indizierte Operationen. Ferner hatten Patienten mit vollständigem Datensatz weniger häufig Nieren- und Lebererkrankungen als Zusatzerkrankung. In der Stichprobenverteilung überwiegen zudem aufgrund der normalen epidemiologischen Verteilung gastrointestinale Tumore mit einer vergleichsweise günstigeren Prognose, wie zum Beispiel Darm- und Magentumore. Diese Verteilung entspricht jedoch der deutschlandweiten Verteilung von gastrointestinalen Erkrankungen.

Ferner lehnten viele Patienten mit besonders schlechtem Allgemeinzustand bereits von vornherein die Befragung ab. Als Hauptgrund für die Nichtteilnahme an der Studie gaben die Patienten die Belastung durch das Ausfüllen des Fragebogens an. Für die Teilnahme an der Befragung mussten die Patienten zu vier Messzeitpunkten einen 15 bis 20 Seiten umfassenden Fragebogen ausfüllen. Dazu mussten die Studienteilnehmer körperlich und psychisch in der Lage sein.

Somit ergaben die Drop-Out Analysen, dass Patienten mit ungünstigeren medizinischen Parametern häufiger die Befragung abgebrochen haben. Die Mortalität gastrointestinaler Tumorpatienten beträgt im ersten halben Jahr nach Diagnosestellung - also dem vergleichbaren Zeitraum von t1 bis t4 - etwa 25 Prozent (Schön et al., 1999). Der Gültigkeitsbereich der Befunde

bezieht sich somit auf Betroffene, die trotz der Tumorerkrankung einen relativ moderaten bis guten Allgemeinzustand aufweisen und eine relativ günstige Prognose haben. Ferner waren die Patienten mit vollständigem Datensatz häufiger verheiratet und weniger häufig ledig. Diese Ergebnisse zur Selektivität der Stichprobe sollte nicht als ein Nachteil gewertet werden. Betroffene, die in den Gültigkeitsbereich fallen, stellen eine bedeutende und wichtige Fokusgruppe dar. Infolge moderner Medizin und zunehmender Früherkennung von Tumoren ist die Überlebenschance von Tumorpatienten in den letzten zwanzig Jahren angestiegen (Robert Koch Institut, 2002).

10.2.2 Schweregrad der Tumorerkrankung und Wohlbefinden

Die Operationalisierung der Schwere der Krankheit durch medizinische Variablen aus den Epikrisen und Krankenakten war hauptsächlich durch die Tumorlokalisation möglich. Die Tumorlokalisation kann mit Hilfe epidemiologischer Krebsregister direkt mit der Fünf-Jahres-Überlebensrate, das heißt mit der Prognose, der Erkrankung in Zusammenhang gebracht werden. Das Kolon-, Rektum- und Magenkarzinom hat eine günstigere Fünf-Jahres-Überlebensrate als das Ösophagus-, Pankreas-, Leber- und Lungenkarzinom. Es wurde erwartet, dass sich eine vergleichsweise ungünstige Prognose auf das emotionale Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken würde (Hypothese 2). Patienten mit ungünstiger Prognose hatten einen Monat nach der Operation tendenziell höhere Werte für Depressivität, Schmerzen, Fatigue und Beeinträchtigung. Patienten mit Pankreastumor zeigten auch ein halbes Jahr nach der Operation die schlechtesten Werte für Wohlbefinden und Lebensqualität. Generell bedeutet dies, dass ein objektives Merkmal für den Schweregrad des Stressors eine Auswirkung auf das Wohlbefinden der betroffenen Person hat.

10.2.3 Schweregrad der Tumorerkrankung und Krankheitsverarbeitung

Wie angenommen, stand der Schweregrad der Erkrankung tendenziell im Zusammenhang mit der Ausprägung von Krankheitsverarbeitung (Hypothese 3). Die emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung war bei Patienten mit ungünstigerer Prognose zu t3 und t4 niedriger im Vergleich zu Patienten mit günstigerer Prognose. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Emotionsregulation mit den Dimensionen optimistische inter-individuelle Vergleichsprozesse, Humor, und positive Deutung der Krankheit operationalisiert wurde. Diese Form der Emotionsregulation ist bei ungünstigeren Krankheitsverläufen erschwert. Geht es Patienten sehr schlecht, fallen optimistische Vergleichsprozesse, positive Deutungen und Humor offensichtlich schwerer. Bei problem-

bezogener Krankheitsverarbeitung zeigte sich zu t4 ein ähnlicher Trend. Langfristig nimmt problembezogene Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit ungünstiger Prognose ab. Diese Befunde können so interpretiert werden, dass aktives Problemlösen und optimistischen Vergleichsprozessen abhängig von der Krankheitsschwere sind. Ihre optimale Wirksamkeit entfalten sie bei moderat schweren Krankheitsverläufen.

Bei Sinnfindung zeigten sich ebenfalls Unterschiede im intra-individuellen Entwicklungsverlauf. Bei Patienten mit günstigerer Prognose fand im Allgemeinen ein Anstieg von Sinnfindung *innerhalb* des ersten Monats nach der Operation statt (Hypothese 10). Bei Patienten mit ungünstiger Prognose fand ein Anstieg dagegen erst *nach* dem ersten Monat zum vierten Messzeitpunkt statt. Ein halbes Jahr nach der Operation unterschieden sich die Werte für Sinnfindung zwischen den Diagnosegruppen nicht mehr. Der Schweregrad der Erkrankung steht offensichtlich mit der Länge des Sinnfindungsprozesses im Zusammenhang. Je schwerer die Erkrankung desto länger dauern Sinnfindungsprozesse. Dieser Befund deckt sich mit der Annahme, dass Sinnfindung einen nachhaltigen Krankheitsverarbeitungsprozess in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf darstellt.

10.3 Wohlbefinden und Lebensqualität

Anhand der Entwicklung des emotionalen Wohlbefindens und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im peri- und postoperativen Verlauf sollte der Belastungsstatus aus Sicht der Patienten beurteilt werden. Inwieweit wirkte sich der krankheitsbezogene Ereignishintergrund der einzelnen Messzeitpunkte auf das emotionale Wohlbefinden und die subjektive Gesundheitswahrnehmung der Patienten aus? Welcher Zeitpunkt im peri- und postoperativen Verlauf war besonders kritisch für die Patienten? Gibt es Risikogruppen? Zur Beurteilung wurden fünf verschiedene Indikatoren herangezogen. Für emotionales Wohlbefinden war dies Depressivität, für gesundheitsbezogene Lebensqualität waren es GGLQ, Schmerzen, Fatigue und die Beeinträchtigung durch die Krankheit. Die Indikatoren zeigten Unterschiede in der Ausprägung und im Verlauf, die eine differenzierte Einschätzung des Krankheitsprozesses im Zusammenhang mit dem krankheitsbezogenen Ereignishintergrund erlauben. Im Folgenden sollen diese Befunde kurz zusammengefasst werden, danach erfolgt eine Einschätzung der Ergebnisse.

10.3.1 Befunde

Während des halbjährigen peri- und postoperativen Zeitraumes wurden sehr niedrige Werte für *Depressivität* ermittelt. Die Werte lagen zu allen Messzeitpunkten deutlich unter dem Skalenmittelwert. Allgemein konnte eine Abhängigkeit von Depressivität vom Messzeitpunkt nicht nachgewiesen werden, die Mittelwerte veränderten sich für alle Patienten nicht bedeutsam. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich in der Ausprägung von Depressivität, nicht aber im Verlauf. Frauen wiesen generell höhere Werte für Depressivität auf als Männer. Geschlechtsspezifische Mittelwertunterschiede von psychometrisch erfasster Depressivität sind ein bekanntes Phänomen. Als eine psychische Ursache wird ein stärkeres Ruminationsverhalten bei Frauen diskutiert (Hankin & Abramson, 1999). Eine ausführliche Zusammenstellung der Erklärungsansätze für dieses Phänomen ist bei Hankin & Abramson (2001, 1999) nachzulesen.
Bei der ältesten Kohorte (68 bis 86 Jahre) nahmen die Depressivitätswerte im Beobachtungszeitraum trotz niedrigster Ausgangswerte weiter ab. Die älteste Kohorte zeigte im Vergleich zu den beiden jüngeren Altersgruppen (27 bis 58 und 59 bis 67 Jahre) die niedrigsten Depressivitätswerte zu den drei postoperativen Messzeitpunkten. Hinsichtlich des emotionalen Wohlbefindens stellen jüngere Patienten am ehesten eine Risikogruppe dar.

Die GGLQ wurde von den Patienten komplementär zu Depressivität relativ hoch eingeschätzt, alle Werte lagen über dem Skalenmittelwert. Die Werte veränderten sich ebenfalls nicht in Abhängigkeit zum Messzeitpunkt. Es wurde erwartet, dass die GGLQ nach der Operation schlechter ausfallen würde als davor (Hypothese 4). Vermutlich unterlag die globale Einschätzung der Gesundheit nach einer Operation einer Verzerrung in der Urteilsbildung. Etwa eine Woche nach der Operation zum zweiten Messzeitpunkt dominiert die Bewältigung der unmittelbaren körperlichen Folgen der Operation. Bis *etwa drei Tage nach der Operation* sind die Folgen der Operation für den körperlichen Allgemeinzustand am stärksten. Der Patient ist in diesen ersten drei Tagen abhängig von der Versorgung und Pflege durch medizinisches Personal. Danach verbessert sich das körperliche Allgemeinbefinden normalerweise schnell. Dies ist mit der Wiedererlangung von Selbständigkeit und Autonomie verbunden. In dieser Zeit fand die zweite Befragung statt. Das bedeutet, dass sich Patienten zur zweiten Befragung im Vergleich zu den ersten drei Tagen nach der Operation bereits wieder deutlich besser fühlen. Die Beantwortung der Fragen zum Wohlbefinden wird wahrscheinlich durch die schnelle postoperative Entwicklung zum Positiven verfälscht, da Antworten zum Wohlbefinden durch intra-individuelle Vergleichsprozesse beeinflusst werden. Die Erleichterung, die Operation und die schwierigen Tage unmittelbar danach

überstanden zu haben, kann zu dieser Verzerrung geführt haben. Weiterhin könnten die Patienten eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität nach der Operation als situationsangemessen angesehen haben. Systematische Alters- und Geschlechtsunterschiede wie bei Depressivität konnten nicht gefunden werden.

Der Verlauf von *Schmerzen*, *Fatigue* und *Beeinträchtigung* veränderte sich während des Beobachtungszeitraumes (Hypothese 4). *Schmerzen* und *Fatigue* stiegen nach der Operation an und blieben bis zum vierten Messzeitpunkt deutlich erhöht. Die wahrgenommene *Beeinträchtigung* durch die Krankheit war um den Operationszeitraum am höchsten und nahm zum vierten Messzeitpunkt etwas ab. Die Werte bewegten sich um den Skalenmittelwert und sind damit von allen Indikatoren des Wohlbefindens am höchsten. Dies ist ein wichtiger Hinweis einer postoperativen Belastung der Patienten. Der Anstieg von Schmerzen dokumentiert die Notwenigkeit einer effektiven Tumorschmerzbekämpfung bei der häuslichen und ambulanten Tumornachsorge. Fatigue ist ein weithin unterschätztes Syndrom bei Tumorpatienten, es findet im Vergleich zu Schmerzen kaum eine Beachtung in der ambulanten Nachsorge (Mock et al., 2001). Eine Dreifachinteraktion für Fatigue zwischen Messzeitpunkt, Alter und Geschlecht erwies sich als bedeutsam. Sie zeigt ihre deutlichste Ausprägung zum dritten Messzeitpunkt. Bei der jüngsten Altersgruppe gaben Männer ein höheres Maß an Fatigue an als Frauen, bei der ältesten Kohorte zeigte sich ein gegenteiliges Bild. Um eine Risikogruppe aufgrund dieses Befundes sicher bestimmen zu können, wäre es notwendig, dieses Ergebnis in neuen Studien zu replizieren.

10.3.2 Erklärung

Wie können diese Befunde bewertet werden? Überraschend sind vor allem die hohen Werte für GGLQ und die niedrigen für Depressivität sowie die Änderungsresistenz beider Indikatoren während des peri- und postoperativen Verlaufs. Gleich bleibend hohe Werte für emotionales Wohlbefinden und Lebensqualität sind bei Tumorpatienten im peri- und postoperativen Verlauf erwartungswidrig. Diese Befunde stehen im Gegensatz zu einigen klinischen bzw. psychoonkologischen Studien. Diese kommen zu dem Ergebnis, dass bis zu 50 Prozent aller Tumorpatienten eine diagnostizierbare psychische Störung innerhalb eines Jahres nach der Krebsdiagnose entwickeln (Massie & Popkin, 1998). Etwa ein Viertel aller Tumorpatienten zeigten eine Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung oder Angstsymptomatik (Massie & Holland, 1987; Derogatis, Morrow & Fetting, 1983). Wie können die widersprüchlichen Befunde

aus der Wohlbefindensforschung, in dessen Tradition sich diese Arbeit befindet, und aus den psychoonkologischen und klinischen Studien erklärt werden?

10.3.3 Das Wohlbefindensparadox

Die Befunde dieser Arbeit stimmen mit einem Phänomen überein, das als das "*Paradox des subjektiven Wohlbefindens*" bezeichnet wird. Staudinger (2000, S. 186) definiert das Wohlbefindensparadox: "...als den Sachverhalt, dass sich widrige Lebensumstände (z. B. gesundheitliche und finanzielle Beeinträchtigungen) im Gruppenmittel – solange existentielle Mindestanforderungen nicht unterschritten werden – kaum bis gar nicht in den Bewertungen des subjektiven Wohlbefindens der Betroffenen widerspiegeln." Das kulturunabhängige Phänomen wurde insbesondere bei Personen mit einer Krebserkrankung entdeckt und untersucht (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Viney, 1986; Wortman & Silver, 1987). Gelegentlich werden sogar Befunde berichtet, in denen Krebskranke im Durchschnitt ein höheres Wohlbefinden als die Normalbevölkerung angeben (Schwibbe, 1991; Henrich & Herschbach, 1995).
Trifft das Wohlbefindensparadox auf die Tumorpatienten zu, dann wirken sich die Krankheitsfolgen nach der Definition von Staudinger erst dann negativ auf die subjektive Bewertung des Wohlbefindens aus, wenn existentielle Mindestanforderungen unterschritten werden. Tendenziell war dies bei den Diagnosegruppen mit ungünstiger Prognose der Fall. Bis zur Unterschreitung der bezeichneten Mindestanforderung hat die überdurchschnittliche Bewertung des allgemeinen Wohlbefindens und der gesundheitlichen Lebensqualität offensichtlich einen protektiven Nutzen für die Betroffenen. Das Wohlbefindensparadox kann somit die geringen Zusammenhänge zwischen Krankheitsverlauf und Wohlbefinden erklären.

Ein wichtiger Ansatz zur Erklärung des Wohlbefindensparadoxes hängt mit der Unterscheidung zwischen globaler und spezifischer Messung von Wohlbefinden und Lebensqualität zusammen (Staudinger, 2000). Depressivität und GGLQ wurden global erfasst, Schmerzen, Fatigue und Beeinträchtigung dagegen spezifisch (Fayers et al., 2001). Ein Zusammenhang zwischen Krankheitsprozess und Lebensqualität konnte nur bei spezifischer, nicht bei globaler Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität gefunden werden. Beispielsweise waren Schmerzen und Fatigue im postoperativen Verlauf höher als vor der Tumoroperation. Für die Beantwortung globaler Fragen sind keine einfachen Antworten möglich, die Antworten müssen in großen Teilen konstruiert werden (Schwarz & Strack, 1991). Die dabei verwendeten Regeln sind individuell und bleiben weitgehend unklar. Zwischen Personen kann es je nach Auffassung sehr unterschiedliche

Regeln geben. Somit ist der Vergleichsmaßstab bei der Beantwortung von Globalfragen zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität unklar.
Spezifische Fragen sind konkreter und direkter als Globalfragen und können vom Patienten leichter unverfälscht beantwortet werden. Sie unterliegen dem Wohlbefindensparadox weniger stark (Diener, 1994), da bei der Beantwortung weniger Aspekte berücksichtigt werden müssen. Die Antworten sind weniger konstruiert. Bei der klinischen Diagnostik psychischer Störungen werden spezifische Fragen verwendet. Dies könnte mitverantwortlich dafür sein, dass in klinischen Studien Zusammenhänge zwischen einer Krebserkrankung und psychischen Störungen gefunden wurden (Massie & Popkin, 1998; Derogatis, Morrow & Fetting, 1983). Das allgemeine Wohlbefinden ist jedoch nicht einfach ein Produkt aus spezifischen Indikatoren der Lebensqualität (Staudinger, 2000; Diener, 1994), Schmerzen korrelierten beispielsweise zu t2 und t3 nicht mit Depressivität und GGLQ.

Die Verfälschung der Einschätzung von Wohlbefinden und Lebensqualität könnte bei aktueller Befragung besonders hoch sein (Ferring & Filipp, 1997). Aktuelle Befragungen werden im laufenden Stressprozess durchgeführt und können leicht durch selbstregulatorische Prozesse verfälscht werden. Retrospektive Befragungen bei Tumorpatienten finden teilweise Jahre nach der Behandlung statt. Die vorliegende Befragung ist aktuell, da sie während des laufenden Stressprozesses stattfand. Emotionsregulierende Verarbeitungsstrategien verhindern eine realistische Bewertung des Wohlbefindens und führen zu einer positiveren Einschätzung. Bei retrospektiver Befragung ist die Bedrohung des aktuellen Wohlbefindens nicht mehr gegeben. Dies kann dazu führen, dass Krebspatienten das Wohlbefinden und die Lebensqualität bei aktueller Befragung positiver beurteilen als bei retrospektiver Befragung (Wood, 1996). Die Verfälschung von Wohlbefinden bei aktueller Befragung ist bei Globalfragen deutlicher als bei spezifischer Befragung.
Schließlich wird der Ausdruck von Unwohlsein und Depressivität von vielen Personen als wenig sozial erwünscht wahrgenommen. Dies hängt mit kulturellen und gesellschaftlichen Normen zusammen (Diener, 1994). Schlechtes Wohlbefinden wird eher verheimlicht und verdeckt kommuniziert. Bei spezifischen Fragen kann der Einfluss von sozialer Erwünschtheit umgangen oder abgeschwächt werden. Patienten sagen eher, dass sie Schmerzen haben oder müde sind, als dass sie eine schlechte Stimmung haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Angaben der Patienten zu Depressivität und GGLQ sehr wahrscheinlich zum Positiven verfälscht sind. Über die Ursache dieser Verfälschung geben Forschungsarbeiten zum Wohlbefindensparadox Aufschluss. Der Einfluss des Wohlbefindensparadoxes wirkt sich letztendlich ungünstig auf die Validität der Erfassung von allgemeinem Wohlbefinden aus. Globalmaße sind stärker betroffen als spezifische Messungen. Dies bewirkt, dass Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung, Wohlbefinden und Lebensqualität schwieriger nachzuweisen sind. Aufgrund dieser Überlegungen kann angenommen werden, dass die folgenden Zusammenhänge zwischen Sinnfindung und Wohlbefinden eher unterschätzt werden.

10.4 Sinnfindung

Für die Untersuchung von Sinnfindung wurde eine sieben Items umfassende Skala entwickelt. Die Skala erfasst die Auseinandersetzung des Patienten mit der veränderten Lebensperspektive durch die Krebserkrankung. Die Lebensperspektive einer Person ist mit den individuellen Zielen, Wertvorstellungen und Prioritäten der Person unmittelbar verbunden. Sinngebung konkretisiert sich von Person zu Person unterschiedlich in Abhängigkeit von Alter, Entwicklungsstand, biographischen und kulturellen Besonderheiten (Csef, 1998). Um dennoch einen Vergleich zwischen Personen zu ermöglichen, erfassen die Skalenitems Sinnfindung global und kontextübergreifend. Religiöse oder transzendente Inhalte werden mit der Skala nicht erfasst, da sie für einige Personen nicht relevant sind. Die interne Konsistenz der Skala erwies sich zu allen Messzeitpunkten als gut. Die einfaktorielle Struktur der Skala konnte zu allen Messzeitpunkten bestätigt werden. Mittels Faktorenanalyse wurde die diskriminante Validität von Sinnfindung, problembezogener und emotionsregulierender Krankheitsverarbeitung auf Itemebene zu allen vier Messzeitpunkten untersucht und bestätigt.

Die besondere Bedeutung von Sinnfindung bei der Verarbeitung einer Tumorerkrankung zeigt sich vor allem in den hohen Ausprägungen der Messwerte während des gesamten peri- und postoperativen Beobachtungsverlaufs. Zu allen vier Messzeitpunkten lagen sie über dem Skalenmittelwert von 2.5 (Hypothese 5). Im Vergleich zu problembezogener Krankheits-verarbeitung waren die Mittelwerte von Sinnfindung zu allen Messzeitpunkten höher, im Vergleich zu emotionsregulierender Krankheitsverarbeitung waren sie zum zweiten und vierten Messzeitpunkt höher. Sinnfindung und problembezogene Verarbeitung veränderten sich mit der Zeit, die Mittelwerte zeigten einen bedeutsamen Anstieg zum zweiten Messzeitpunkt (Hypothese

6). Das Ausmaß emotionsregulierender Krankheitsverarbeitung änderte sich nur unbedeutend während des Beobachtungszeitraumes. Die Stabilität der drei Krankheitsverarbeitungsstrategien war während des Beobachtungszeitraumes hoch. Bei der Bewältigung einer Tumorerkrankung spielen sowohl habituelle als auch situative Faktoren eine Rolle. Dies ist insofern kein Widerspruch, da Tumorkranke ihr gewohntes habituelles und erprobtes Bewältigungsrepertoire auch in neuen Situationen anwenden. Darüber hinaus erfordern die Besonderheit und persönliche Signifikanz des Stressors situationsangepasste Verarbeitungsstrategien.

10.4.1 Sinnfindung und Altersgruppen

Es wurde angenommen, dass sich der Verlauf von Sinnfindung zwischen jungen und älteren Patienten unterscheiden würde (Hypothese 7). Für die Untersuchung von Alterseffekten wurden drei Altersgruppen gebildet, da ein linearer Zusammenhang zwischen Alter und Sinnfindung nicht angenommen wurde. Das Hauptkriterium für die Einteilung von Kohorten war, Gruppen mit vergleichbaren alterskontextabhängigen Rollenfunktionen und Lebensperspektiven zu bilden (Knäuper & Schwarzer, 1999). Ein untergeordnetes Kriterium war möglichst vergleichbar große Gruppen zu bilden. Patienten der jüngsten Kohorte im Alter von 27 bis 58 Jahren waren normalerweise berufstätig, die mittlere Altersgruppe von 59 bis 67 Jahren im Übergang vom Beruf in den Ruhestand und die älteste mit 68 bis 86 Jahren sehr wahrscheinlich bereits im Ruhestand. Alterskohortenspezifische Effekte von Krankheitsverarbeitung und Wohlbefinden können in Zusammenhang mit dem alterskohortenspezifischen Entwicklungskontext gebracht werden.

Die jüngste Alterskohorte zeigte bedeutsam niedrigere t1-Ausgangswerte für Sinnfindung im Vergleich zu den beiden älteren Kohorten. Im Beobachtungsverlauf hatte sie dafür aber als einzige Gruppe einen starken Anstieg von Sinnfindung (Hypothese 6). Dieser Anstieg von Sinnfindung vollzog sich in zwei Schritten. Einmal stieg Sinnfindung von t1 zu t2 und ein weiteres Mal von t3 zu t4 an. Ein halbes Jahr nach der Operation hatten sich die Mittelwerte der drei Altersgruppen angeglichen. Jüngere Patienten lernen offensichtlich im Eilverfahren den Gebrauch von Sinnfindung als eine Form der Krankheitsverarbeitung. Sie "altern" im Gebrauch von Sinnfindung in der kritischen peri- und postoperativen Periode nach.

Im Gegensatz dazu erzielten die älteste und mittlere Kohorte bereits vor der Operation hohe Mittelwerte für Sinnfindung und wenig Veränderung über die Zeit. Im Vergleich zu der jüngeren Kohorte könnte Sinnfindung für ältere Patienten eine gebräuchliche Form der Verlustbewältigung

sein. Ältere Menschen haben bereits häufiger persönliche oder stellvertretende Erfahrung mit chronischen und lebensbedrohlichen Krankheiten oder vergleichbaren kritischen Lebensereignissen gemacht. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und gesundheitsbezogenen Verlustbilanzen (Baltes, 1995; Carstensen & Charles, 1998). Die Inzidenz und Prävalenz ernster Krankheiten nimmt mit dem Alter zu. Ihr Auftreten wird im höheren Alter auch von Betroffenen als normativer angesehen (Knäuper & Schwarzer, 1999). Dies stimmt mit Befunden Brandtstädters und Renners (1990) überein, die zeigen konnten, dass mit dem Alter der Gebrauch akkommodativer Bewältigungsstrategien zunimmt. Der akkommodative Bewältigungsstil ist dadurch gekennzeichnet, dass Personen in außergewöhnlichen Belastungssituationen Zielvorstellungen an die Bedingungen neuer Gegebenheiten anpassen, entlastende Deutung von negativen Ereignissen vornehmen und das Anspruchsniveau regulieren. Brandstädter und Renner konnten zeigten, dass es dispositionale Unterschiede in der Verwendung akkommodativer Bewältigungsstrategien zwischen Alten und Jungen gibt. Sinnfindung ist eine *akkommodative* Bewältigungsform, da sie mit einer Neubewertung von Wertvorstellungen und Zielen einhergeht.

Wenn ältere Patienten leichteren Zugang zu Sinnfindung als Bewältigungsform finden, ist es möglich, dass sie Sinnfindung bereits vor der Operation im Sinne einer antizipatorischen Bewältigung aktivieren (Schwarzer & Knoll, 2003; Carstensen & Charles, 1998). Das könnte die hohen Werte vor der Operation erklären. Für jüngere Patienten ist die Auseinandersetzung mit Existenzbedrohung ungewohnter, sie haben weniger Erfahrung mit Sinnfindung, wenn es um Krankheitsverarbeitung geht.

10.4.2 Sinnfindung und Geschlecht

Betrachten wir nun den *Geschlechtszugehörigkeitseffekt* auf den Verlauf von Sinnfindung im Krankheitsprozess. Frauen wiesen zum ersten und vierten Messzeitpunkt bedeutsam höhere Mittelwerte für Sinnfindung auf als Männer. Bei beiden Geschlechtern gab es einen Anstieg der Mittelwerte über den halbjährigen Beobachtungszeitraum. Bei Frauen fand jedoch der höchste Anstieg nach t3, also nach dem ersten postoperativen Monat statt, bei Männern dagegen unmittelbar nach der Operation. Generell muss zwischen einer *akuten* Lebensbedrohung durch die Operation und einer *chronischen* durch die Krankheit unterschieden werden. Die chronische Bedrohung durch Krebs resultiert nach der Einteilung von Hartmann (1993) aus den "Erlebnisspuren von dauernder Gefährdung". Die Operation als akutes Ereignis wird von Betroffenen als ein eigenständiges lebensbedrohliches Ereignis bewertet (Krohne & de Bruin,

1998). Viele Patienten empfinden beispielsweise die Narkose während der Operation als lebensbedrohlich, da sie mit einer Delegation der Kontrolle über den eigenen Körper an fremde Personen verbunden ist. Betroffene haben häufig Angst, dass während der Operation etwas schief gehen könnte und sie nicht wieder aus der Narkose aufwachen. Männer reagieren den Befunden nach stärker auf die überstandene Operation mit einem Anstieg von Sinnfindung. Bei Frauen dagegen steigt Sinnfindung eher infolge der langfristigen Auseinandersetzung durch die Krankheit. Allgemeine Unterschiede von Sinnfindung zwischen Männer und Frauen sind nicht bekannt. Es kann daher nicht beurteilt werden, ob Frauen bereits vor der Operation Sinnfindungsprozesse aktivieren oder generell höhere Werte angeben. Bei der Untersuchung dieses Phänomens sollte eine Baseline-Messung von Sinnfindung lange vor einem kritischen Lebensereignis oder eine Studie mit Kontrollgruppendesign Aufschluss geben können.

10.4.3 Sinnfindung, Wohlbefinden und Lebensqualität

Ein korrelativer Zusammenhang von Sinnfindung mit emotionalem Wohlbefinden ließ sich weder im Quer- noch im Längsschnitt nachweisen (Hypothese 8). Ebenso unbedeutend fiel der Zusammenhang mit Indikatoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus. Aufgrund der Annahmen des adaptierten kognitiv-transaktionalen Stressbewältigungsmodells (Folkman & Greer, 2000) war ein positiver Zusammenhang von Sinnfindung und emotionalem Wohlbefinden erwartet worden. Die wenigen empirischen Veröffentlichungen zu Sinnfindung und Anpassung zeigen dazu inkonsistente Befunde. Einige Autoren berichten eine positive Beziehung zwischen Sinnfindung und Wohlbefinden (Salmon, Manzi & Valori, 1996; Taylor, Lichtman & Wood, 1984). Jüngere Untersuchungen finden dagegen ebenfalls keinen Zusammenhang (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001; Fromm, Andrykowski & Hunt, 1996; Curbow, Somerfield, Baker, Wingard & Legro, 1993). Als Ursache für die inkonsistente Befundlage werden Unterschiede in der Konzeptualisierung und der Erfassung von Sinnfindung vermutet (Fromm, Andrykowski & Hunt, 1996, Thornton, 2002). Eine weitere Einschränkung ist, dass positive Zusammenhänge zwischen Sinnfindung und Wohlbefinden vorwiegend in retrospektiven Befragungen von Langzeitüberlebenden gefunden wurden (Thornton, 2002).

10.4.4 Sinnfindung: Verlauf statt Status

Bei der Untersuchung der Krankheitsverarbeitung einer Tumorerkrankung als prozedurales und transaktionales Stressereignis stellte sich die Frage, wie sich die Verlaufsentwicklung von Sinnfindung als eigenständiger Faktor auf das Wohlbefinden auswirkt (Lazarus & Folkman, 1987;

Lazarus, 1997; Somerfield, 1997). Theoretische Überlegungen zu Sinnfindung legen ferner nahe, den *intra-individuellen* Aspekt beim Verlauf von Sinnfindung stärker zu gewichten. Darum wurde vermutet, dass weniger die inter-individuelle Ausprägung von Sinnfindung zu einem Messzeitpunkt als vielmehr der intra-individuelle Veränderungsverlauf im Zusammenhang mit emotionalem Wohlbefinden stehen würde. Korrelationen über verschiedene Messzeitpunkte beruhen auf inter-individuellen Unterschieden der Merkmalsausprägung von Personen. Der intra-individuelle Verlauf von Sinnfindung wird dabei nicht berücksichtigt.
Als ein anschauliches Maß für den intra-individuellen Verlauf eines Merkmals wurde das Differenzmaß t3 minus t1 von Sinnfindung ausgewählt. Das Differenzmaß gibt die Stärke der Veränderung während des zugrunde liegenden Zeitabschnittes an. Ein Wert um Null bedeutet also keine Entwicklung, ein positiver Wert gibt die Stärke des Anstiegs und ein negativer Wert die Stärke des Abfalls wieder. Da das Differenzmaß für jede Person einzeln berechnet wird, berücksichtigt es die intra-individuelle Veränderung in den Analysen. Für eine ausführliche Begründung der Entscheidung für das Differenzmaßes in Abgrenzung zu residualisierten Veränderungswerten und Wachstumskurvenmodellen sei auf die Ausführungen in Abschnitt 7.1 (S. 93) verwiesen.

Bei der Wahl eines Differenzmaßes ist die *Prozessadäquanz des Beobachtungsintervalls* von großer Bedeutung. Sie bezeichnet die Angemessenheit des zugrunde gelegten Zeitraums hinsichtlich der Person-Krankheits-Transaktion. Der vorgegebene Entwicklungszeitraum muss zu Sinnfindung passen, er darf nicht zu kurz oder zu lang sein. Die Validierung des besten Beobachtungsintervalls durch den Vergleich mit anderen Intervallen ist zugleich eine wichtige Information über die Dauer des psychischen Anpassungsprozesses. Für Sinnfindung wurde ein Zeitintervall von einem Monat angenommen, da er eine substantielle und nachhaltige Auseinandersetzung mit der Tumorerkrankung und dem postoperativen Verlauf ermöglicht. Aus diesem Grunde wurde das Differenzmaß t3 minus t1 von Sinnfindung als besserer Prädiktor für Depressivität und gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zu den beiden kürzeren Differenzmaßen t3 minus t2 und t2 minus t1 erwartet (Hypothese 9). Die Zusammenhänge zwischen dem Differenzmaß t3 minus t1 mit den Indikatoren für Wohlbefinden und gesundheitsbezogener Lebensqualität fielen tatsächlich stärker aus als bei den konkurrierenden Differenzmaßen.

Das Differenzmaß t3 minus t1 umfasst ein für die Anpassung an die Krankheit wichtiges peri- und postoperatives Beobachtungsintervall von etwa fünf Wochen. Die Zeitperiode begann circa drei Tage vor der Operation im Krankenhaus und endete ungefähr einen Monat nach der Operation zuhause. In dieser Zeit setzen sich Betroffene besonders intensiv mit der Krankheit und den Operationsfolgen auseinander. Sie müssen sowohl die akute Bedrohung durch die Operation als auch die latente Bedrohung durch die Krankheit verarbeiten. Betroffene stehen in dieser Zeit vor der Aufgabe, die Folgen der Operation und der Krankheit als Bestandteil ihres Lebens in den Alltag zu integrieren.

Das Differenzmaß t3 minus t1 von Sinnfindung prädizierte Depressivität ein halbes Jahr nach der Operation zu t4. Je stärker der intra-individuelle Anstieg von Sinnfindung in der wichtigen peri- und postoperativen Zeitspanne war, desto niedriger fiel die Depressivität aus. Der Anstieg von Sinnfindung über diese Zeitspanne erwies sich damit als besserer Prädiktor für Depressivität als die einfache Korrelation zwischen Sinnfindung und Depressivität. Da die Reliabilität von Differenzmaßen niedriger als die von Einzelmessungen ist, wird der Zusammenhang vermutlich unterschätzt (Petermann, 1978; Trautner, 1992).

10.4.5 Sinnfindung und Schweregrad der Erkrankung

Es wurde vermutet, dass Sinnfindungsprozesse bei ungünstigen Krankheitsverläufen länger dauern würden als bei günstigen (Hypothese 10). Um dies zu untersuchen, wurde das Differenzmaß t3 minus t1 von Sinnfindung mit dem Differenzmaß t4 minus t3 nach Diagnosegruppen verglichen. Der Zuwachs von Sinnfindung fand bei den ungünstigeren Diagnosegruppen Ösophagus-, Pankreas-, Leber- und Lungentumore hauptsächlich erst in dem Zeitraum *nach* dem ersten postoperativen Monat statt. Bei den günstigeren Diagnosegruppen Rektum- und Magentumore fand der Anstieg von Sinnfindung dagegen bereits im ersten postoperativen Monat statt. Sinnfindungsprozesse dauern folglich bei ungünstiger Prognose länger. Diese Indizien stimmen nicht mit der Annahme Folkmans und Greers (2000) überein, dass Sinnfindungsprozesse vor allem bei ungünstigem Krankheitsverlauf stattfinden. Sinnfindungsprozesse scheinen dahingegen bei Patienten mit günstigem Krankheitsverlauf schneller stattzufinden als bei Patienten mit ungünstigem Krankheitsverlauf. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Sinnfindungsprozesse mit der Wahrnehmung positiver Aspekte der veränderten Lebensperspektive verbunden sind. Die Wahrnehmung positiver Aspekte in der Krankheit ist bei ungünstigen Verläufen schwieriger als bei günstigen.

10.4.5.1 Sinnfindungsverlauf und Alter

Nachdem alterskohortenspezifische Verläufe von Sinnfindung nachgewiesen wurden, stellte sich die Frage, ob der Zusammenhang zwischen dem Differenzmaß t3 minus t1 von Sinnfindung und Wohlbefinden ebenfalls altersdifferentiellen Einflüssen unterliegt. Vermutet werden könnte, dass der starke Anstieg von Sinnfindung bei der jüngsten Altersgruppe auch am stärksten mit Wohlbefinden zu t4 zusammenhängen würde. Dies war jedoch nicht der Fall. Der intra-individuelle Anstieg von Sinnfindung wirkte sich am günstigsten bei der ältesten Kohorte auf das emotionale Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus. Bei der ältesten Kohorte waren die Zusammenhänge zwischen dem Differenzmaß Sinnfindung und Depressivität, GGLQ, Fatigue und Beeinträchtigung am höchsten und wurden jeweils statistisch bedeutsam. Alle Korrelationen waren so gerichtet, dass der Anstieg von Sinnfindung einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden bzw. die Lebensqualität der Patienten ausübte.

Der starke Zuwachs von Sinnfindung bei der jüngsten Altersgruppe stand nicht mit einer Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität in Verbindung. Wie kann man dies erklären? Dies könnte wieder in unterschiedlichen Lebensperspektiven und Rollenfunktionen der Altersgruppen begründet sein. Die Zukunftspläne Jüngerer sind mehr von der körperlichen Leistungsfähigkeit abhängig. Bei der jüngsten und mittleren Kohorte ist die Rollenfunktion abhängiger von der körperlichen Leistungsfähigkeit und damit stärker gefährdet als bei älteren Patienten (Ryff, 1989; Staudinger, 2000). Ryff (1989) konnte zeigen, dass das Wohlbefinden Jüngerer stärker von ihrer Handlungswirksamkeit abhängt (vgl. auch Staudinger, 2000). Dies betrifft vor allem die Berufsfähigkeit, die Verantwortung als Versorger für Familienangehörige und der eigenen Person. Bei älteren Personen ist Wohlbefinden eher mit der Akzeptanz von Veränderungen und Verlusten verbunden. Die Konsequenzen aus der Tumorerkrankung sind für die Lebensperspektive jüngere Patienten schwerwiegender als für ältere.

10.4.6 Sinnfindung und Depressivität

Der Zusammenhang zwischen dem intra-individuellen Anstieg von Sinnfindung und Depressivität wurde in mehreren Schritten eingehend überprüft. Zum einen konnte gezeigt werden, dass der Anstieg von Sinnfindung von t1 zu t3 Depressivität auch dann noch bedeutsam vorhersagen konnte, wenn der Ausgangswert von Depressivität zu t1 kontrolliert wurde (Hypothese 11). Der Einfluss des Anstieges von Sinnfindung ist folglich unabhängig vom Ausgangswert von Depressivität. Aber ist die intra-individuelle *Veränderung* von Sinnfindung als Faktor im Krankheitsbewältigungsprozess wirklich etwas Besonderes? Oder gilt dies auch für

problembezogene und emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung? Um dies zu untersuchen, wurde des Weiteren das Differenzmaß von Sinnfindung in Konkurrenz mit Differenzwerten anderer Indikatoren des gleichen Beobachtungsintervalls überprüft. Vermutet wurde, dass der Anstieg von Sinnfindung von t1 zu t3 Depressivität *besser* vorhersagen würde als der Anstieg von problembezogener und emotionsregulierender Krankheitsverarbeitung (Hypothese 12). Um die Besonderheit des Faktors Veränderung von Sinnfindung als Einflussgröße noch strenger zu überprüfen, wurde zusätzlich die Vorhersage von Depressivität im Vergleich zu den Differenzmaßen von GGLQ, Schmerzen, Fatigue und Beeinträchtigung im selben Zeitabschnitt überprüft (Hypothese 13). Die Ergebnisse zeigen, dass die intra-individuelle Veränderung von Sinnfindung und nicht die Veränderung von problembezogener und emotionsregulierender Krankheitsverarbeitung Depressivität vorhersagt. Nach Kontrolle für den Ausgangswert von Depressivität klärte sie weitere vier Prozent der Varianz auf. Weiterhin ist die Veränderung von Sinnfindung ein besserer Prädiktor als die meisten Differenzwerte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Hypothese 11). Der Differenzwert von Sinnfindung eignete sich ferner zur Vorhersage von GGLQ und Beeinträchtigung zu t4.

10.4.6.1 Fatigue und Depressivität

Als zweitbester Prädiktor für die Vorhersage von Depressivität zu t4 eignete sich der Anstieg von Fatigue. Je stärker der Anstieg von Fatigue von t1 zu t3 desto niedriger war die Depressivität zu t4. Dieser Befund ist erwartungswidrig, da Fatigue normalerweise ein integraler Bestandteil von Depressivität ist (APA, 1994). Die querschnittlichen Korrelationen von Fatigue mit Depressivität waren dagegen zu allen Messzeitpunkten erwartungsgemäß positiv. Ebenso fielen die Korrelationen zwischen Fatigue zu einem früheren Messzeitpunkt und Depressivität zu einem späteren Messzeitpunkt positiv aus (vgl. Tabelle 25, S. 90). Warum ist ein Anstieg von Fatigue mit weniger Depressivität zu t4 verbunden?

Als Ursachen für Fatigue bei Tumorpatienten gelten vor allem medizinische Behandlungen (Greenberg, 1998; Pater, Zee, Palmer, Johnston & Osoba, 1997). Beispiele sind Operationen, Chemo- und Radiotherapie sowie die Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten. Ferner werden psychologische Ursachen für Fatigue vermutet. Besonders stark war der negative Zusammenhang bei Patienten mit Chemo- oder Radiotherapie, bei Patienten mit einer ungünstigeren Prognose und bei Frauen, insbesondere ab einem Alter von 60 Jahren.

Visser und Smets (1998) berichten ähnliche Befunde bei 250 Tumorpatienten unterschiedlicher Diagnose im Verlaufe einer Radiotherapie. Patienten wurden zu drei Messzeitpunkten, vor der

Therapie, zwei Wochen danach und neun Monate nach der Therapie mit einem Fragebogen untersucht. Während Fatigue in dieser Zeit zunahm, nahm Depressivität ab. Die Autoren vermuten, dass sich Fatigue und Depressivität bei Tumorpatienten während der Phase invasiver medizinischer Behandlung temporär entkoppeln.

Möglich ist, dass Patienten während einer therapeutischen Interventionsphase einen Anstieg von Müdigkeit und Erschöpfung weniger mit Depressivität in Verbindung bringen. Sie bewerten den Anstieg von Müdigkeit und Erschöpfung als ein normales Begleitsymptom der Operation und Folgebehandlungen. Patienten, denen diese entlastende Deutung möglich ist, haben vermutlich ein knappes halbes Jahr später weniger Depressivität. Zu dieser Interpretation passen die Befunde, dass der Zusammenhang bei Patienten mit einer Chemo- oder Radiotherapie stärker ausfällt. Ebenso können Patienten mit einer ungünstigeren Tumorlokalisation die Müdigkeit auf einen schwierigen Genesungsprozess beziehen.

10.4.7 Sinnfindung, problembezogene und emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung

Die bis hierhin gewonnen Erkenntnisse zu Sinnfindung, problembezogener und emotionsregulierender Krankheitsverarbeitung sowie Wohlbefinden wurden in einem Pfadmodell (vgl. Abbildung 35, S. 117) zusammengefasst und veranschaulicht. In dem Modell wurde die Vorhersage von Depressivität und GGLQ zu t4 durch den Differenzwert t3 minus t1 von Sinnfindung und den Messwerten von problembezogener und emotionsregulierender Krankheitsverarbeitung zu t3 untersucht. In den Voranalysen hatte sich das Differenzmaß t3 minus t1 für Sinnfindung als bester Prädiktor für Wohlbefinden und Lebensqualität zu t4 erwiesen. Für problembezogene und emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung war es nicht die Veränderung, sondern die Ausprägung zu t3. Darum wurde im Modell die Vorhersagekraft des intra-individuellen Anstiegs von Sinnfindung in Konkurrenz mit *der Ausprägung* von problembezogener und emotionsregulierender Krankheitsverarbeitung beurteilt. Die Ausgangswerte von Depressivität und GGLQ wurden jeweils kontrolliert. Wiederum konnte die beste Vorhersage von Depressivität zu t4 durch den intra-individuellen Anstieg von Sinnfindung erreicht werden.

10.4.7.1 Emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung

Emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung zu t3 verlor nach Kontrolle für den Ausgangswert von Depressivität zu t1 den Prädiktorstatus für Depressivität zu t4. Die Vorhersage durch

Emotionsregulation ist damit abhängig vom Ausgangswert von Depressivität. Die querschnittlichen Korrelationen zwischen Emotionsregulation und Depressivität waren im Vergleich zu allen vier Messzeitpunkten erwartungsgemäß bedeutsam. Dies unterstützt die Vermutung, dass Emotionsregulation eher für die Regulation des aktuellen Wohlbefindens dienlich ist, Sinnfindung dagegen nachhaltiger mit einer Verbesserung des Wohlbefindens im Zusammenhang steht. Im Modell erwies sich Emotionsregulation als bester Prädiktor für GGLQ zu t4. Je mehr emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung zu t3, desto besser wurde die GGLQ zu t4 bewertet. Es sei daran erinnert, dass der inhaltliche Schwerpunkt der Skala Emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung auf dem inter-individueller Abwärtsvergleich, der positiven Umdeutung und Humor lag. Die Funktion dieser kognitiven Strategien ist die Regulation des emotionalen Wohlbefindens (Taylor, 1983; Taylor & Brown, 1988, 1994; Lazarus & Folkman, 1987). Optimistische Vergleichsprozesse zwischen Patienten beziehen sich vor allem auf die körperliche Gesundheit (Taylor & Brown, 1994). Indem Personen ihre Gesundheit im Vergleich zu anderen besser einschätzen, fühlen sie sich auch besser.

10.4.7.2 Problembezogene Krankheitsverarbeitung

Problembezogene Krankheitsverarbeitung zu t3 stand im Pfadmodell in einem *positiven* Zusammenhang zu Depressivität zu t4 und in einem *negativen* zu GGLQ zu t4. Dies ist zunächst erstaunlich, da viele Studien zur Stressbewältigung aktive und problemorientierte Bewältigung besonders positiv bewerten (Aspinwall & Taylor, 1992; Holahan & Moos, 1987; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992; Terry, Tonge & Callan, 1995). Solche Befunde beziehen sich jedoch ausschließlich auf Stresssituationen, die ein reelles Maß tatsächlicher persönlicher Ereigniskontrolle aufweisen. Viele Autoren sind sich einig, dass sich solche Ergebnisse nicht für die Übertragung auf die Verarbeitung einer Tumorerkrankung eignen (Petrie & Moss-Morris, 1997; Maes, Leventhal & deRidder, 1996; Folkman & Greer, 2000; Salewski, 1997; Klauer & Filipp, 1997b). Bereits sehr zeitig wiesen Folkman, Lazarus und Kollegen auf die Berücksichtigung der tatsächlichen Ereigniskontrolle eines Stressors im Zusammenhang mit problem- und emotionsorientierter Bewältigung hin (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Die Passung zwischen Stressor und Bewältigungsstrategie muss bei der Stressbearbeitung beachtet werden (Folkmann, 1984). Terry und Hynes (1998) untersuchten hierzu den Zusammenhang von aktiver problembezogener Bewältigung und Wohlbefinden in einer explizit von Experten ausgewiesenen kontrollarmen Stresssituation. Die Autoren befragten Frauen vor und nach einer In-vitro-Fertilisation zu ihrem Wohlbefinden und ihren Bewältigungsstrategien. Die

Erfolgsaussichten einer In-vitro-Fertilisation sind relativ gering und weitgehend unabhängig vom Verhalten der Patientinnen. Die Befunde zeigten, dass Problem-Management-Strategien mit einer schlechten Anpassung an den Misserfolg einer In-vitro-Fertilisation verbunden sind. Die Kontrollierbarkeit einer Tumorerkrankung durch den Patienten muss als vergleichbar niedrig eingeschätzt werden (Thornton, 2002; Holland, 1999; Fox, 1998). In Bezug auf Tumorerkrankungen fanden Weis und Kollegen (Weis, Koch, Heckl, Stump & Kepplinger, 1998) ähnlich negative Zusammenhänge zwischen problemfokussierter Bewältigung und Wohlbefinden, wie die in dieser Arbeit berichteten. Sie untersuchten rund 100 Tumorpatienten zu sechs Messzeitpunkten über zwei Jahre beginnend mit der Diagnosemitteilung. Generell war aktives problemzentriertes Coping mit weniger Optimismus, geringerer Lebenszufriedenheit, weniger individueller Anpassung und mehr Beschwerden verbunden. Problembezogenes Handeln mit dem Ziel, die Krankheit zu beherrschen oder zu heilen, kann zu Fehlschlägen und Frustration führen.

Hierbei wird ein wichtiger Unterschied zwischen Tumorerkrankung und Herz-Kreislauf-Erkrankung erkennbar. Der Verlauf von Herz-Kreislauf-Erkrankungen *kann* durch aktives problembezogenes Handeln, nämlich Sport treiben, gesundheitsbewusste Ernährung und Rauchabstinenz, beeinflusst werden (Maes, van-Elderen & Sibilia, 2001). Bei einer Tumorerkrankung spielen Ernährung und Rauchen zwar bei der Primärprävention eine Rolle, jedoch kaum bei der Verhinderung einer Neuerkrankung oder bei der Beeinflussung des Krankheitsverlaufes (Weinberg, 1999).

Problembezogene Bewältigung bei Tumorpatienten sollte sich auf das Management der Anforderung durch die Krankheit und den Umgang mit dem Gesundheitssystem richten (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1998). Beispiele wären, eine angemessene Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden beim Arzt einzufordern oder eine ausreichende Aufklärung über die Krankheit zu verlangen. Patienten mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf sind somit zu mehr problembezogenen Handlungen gezwungen. Es wird darum nicht argumentiert, dass problembezogenes Handeln für Tumorpatienten generell ungünstig ist. Es kommt vielmehr auf die Absicht problembezogenen Handelns an.

10.5 Fazit

Der intra-individuelle Anstieg von Sinnfindung im peri- und postoperativen Verlauf steht in einem positiven Zusammenhang mit emotionalem Wohlbefinden. Sinnfindung bedeutet eine nachhaltige Auseinandersetzung mit der veränderten und bedrohten Zukunftsperspektive durch den Betroffenen. Dies geht über einen optimistische Vergleichsprozesse wie bei einigen Formen der

Emotionsregulation hinaus. Sinnfindung ist mit einer Akzeptanz der Krankheit durch Anpassung von Wertvorstellungen und Prioritäten verbunden. Taylor (1983) vermutet, dass der Patient dadurch - trotz der fehlenden Handlungskontrolle - eine Art Mastery-Erfahrung erlebt, welches sich positiv auf das Selbstwertgefühl des Betroffenen auswirkt. Sinnfindung ist damit eine bedeutende Bewältigungsform für Tumorpatienten. Die Auseinandersetzung mit der bedrohten Lebensperspektive durch Sinnfindung führt zu einer Wertschätzung der alltäglichen Gegenwart und des eigenen Lebens.