

# Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten

Thomas Klauer und Sigrun-Heide Filipp

An die Möglichkeiten psychologischer Forschung zur „Bewältigung“ von Krebserkrankungen richten sich hohe Erwartungen, wie Sellschopp (1989) in dem Versuch einer Standortbestimmung der Psychoonkologie feststellt: „Wir erwarten von der Forschung, daß sie uns Modelle entwickelt, mit deren Hilfe Krebs seine negativen, schreckbringenden und lebenserschütternden Eigenschaften verliert. Sie soll uns Wege aufzeigen, wie Krankheit so bewältigt werden kann, daß dabei das vorherrschende Bild der normalen Wirklichkeit - eines zufriedenen Menschen, eines reibungslosen Weiterlebens - aufrecht erhalten werden kann“ (S. 9).

Es liegt auf der Hand, daß psychologische Forschung diesen Erwartungen nicht gerecht werden kann. Ein der „Coping“-Forschung entlehntes Modell, das die Erfahrung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und Helfern zu „normalisieren“ und aus dem Grenzbereich menschlichen Erlebens herauszulösen helfen könnte, wird es selbst dann nicht geben, wenn die schwerwiegenden konzeptuell-theoretischen und methodischen Probleme dieses Forschungszweiges einmal einer Lösung nähergebracht worden sind (vgl. Gerdes, 1989; Sellschopp, 1989). Zweifellos sind aber auch begriffliche Konnotationen des Terminus „Bewältigung“ dafür verantwortlich zu machen, daß Forschung in diesem Bereich sich solch hochgesteckten Erwartungen gegenüberstellt.

Da in dem Begriff „Bewältigung“ immer auch „erfolgreiche Bewältigung“ mitschwingt, legt das Bewältigungskonzept die prinzipielle Möglichkeit einer vollständigen Überwindung oder „Meisterung“ der psychischen Krise einer Krebserkrankung nahe wie auch die Verfügbarkeit und Vermittelbarkeit entsprechender Techniken (Braukmann & Filipp, 1984). Die Grenzen, an die individuelle Bewältigungsversuche stoßen können, werden damit verschleiert. Zum anderen suggeriert der Bedeutungshof des Begriffs die Möglichkeit, „Bewältigungserfolge“ anhand meßbarer Kriterien objektiv zu bestimmen. Gerade im Falle maligner Erkrankungen scheint uns das Gegenteil zutreffend zu sein: Die Ableitung eines *überindividuell* gültigen Ziels, auf welches sich das Bewältigungsverhalten der Patienten und die Interventionsbemühungen des psychoonkologischen Praktikers richten sollten, ist insbesondere im Angesicht irkurabler Krankheitsverläufe immer problematisch.

Unglücklicherweise hat sich aber „Bewältigung“ als Übersetzung von „Coping“ gegenüber Konzepten wie „Verarbeitung“ oder „Auseinandersetzung“, die den Gegenstandsbereich weniger mißverständlich umschreiben, weitgehend durchgesetzt. Wir werden im folgenden aus diesem Grund den Terminus „Bewältigung“ bzw. „Bewältigungsverhalten“ beibehalten und damit jede individuelle Verhaltensweise kennzeichnen, die von Patienten instrumentell gegenüber den mit der Krebserkrankung einhergehenden Problemen eingesetzt wird, ohne daß dies schon a priori deren

Qualifizierung als „erfolgreich“ oder „hilfreich“ einschließt (zur Definition von Bewältigungsverhalten vgl. auch Braukmann & Filipp, 1984). „Krankheitsbewältigung“ als Forschungsbereich umfaßt die Frage nach eben diesen Verhaltensformen, ihren Antezedenzbedingungen und ihren Folgen. Im folgenden sollen aber auch Studien einbezogen werden, die die psychischen Folgen einer Krebserkrankung fokussieren, ohne eine explizite Erfassung des Bewältigungsverhaltens vorzunehmen, und auf diese Weise versuchen, Rückschlüsse auf wesentliche Aspekte des Bewältigungsgeschehens bei Krebspatienten zu ziehen.

Ausgehend von einer knappen Darstellung einiger psychologischer Modelle der krankheitsbedingten Belastung und ihrer Bewältigung soll im folgenden eine Systematisierung wesentlicher Fragestellungen, denen empirische Forschung im Kontext der „Lebenskrise Krebs“ nachgehen kann, unternommen und dabei eine Zusammenschau der wichtigsten Forschungsergebnisse versucht werden. Der vorgegebene Rahmen zwingt uns, Arbeiten zu vernachlässigen, die andere spezifische Aspekte der Belastung durch eine Krebserkrankung aufgreifen und eher indirekte Bezüge zur Bewältigungsforschung aufweisen; zu nennen sind hier insbesondere Untersuchungen zu einzelnen Behandlungsmaßnahmen (z. B. Chemotherapie; vgl. Carey & Burish, 1988), zu Tumorschmerzen (vgl. McGuire & Yarbrow, 1987), sexuellen Funktionsbeeinträchtigungen (vgl. Andersen, 1985), zu Spezifika der Krankheitsbewältigung in bestimmten Lebensaltern (z. B. bei Kindern und Jugendlichen; vgl. Petermann, in diesem Band), zu Belastung und Bewältigung bei Angehörigen und Helfern (z. B. Ulrich, 1987) oder zu systemischen Aspekten der Krankheitsbewältigung in der Familie (z. B. Aymanns, 1992; Patterson & McCubbin, 1983). Da sich die meisten der hier darzustellenden Untersuchungen des Bewältigungsverhaltens auf die Phase der Remission bzw. Rehabilitation beziehen, wird auch die spezielle Problematik von Patienten in der Terminalphase hier nicht explizit angesprochen (vgl. dazu Boeger, 1992; Koch & Schmelting, 1982).

Den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde ebenfalls eine eingehende Diskussion der zahlreichen psychoonkologischen Studien zur Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen, die sich zumindest partiell auf den Aufbau vermeintlich proadaptiver Bewältigungsstrategien richten. Neuere narrative (Andersen, 1992; Frischenschlager, Brömmel & Russinger, 1992; Schaffner, 1994; Trijsburg, van Knippenberg & Rijpma, 1992) und metaanalytische (Meyer & Mark, 1995) Übersichtsarbeiten kommen zu dem Ergebnis, daß beratende wie korrektive Magnahmen günstige Effekte zumindest auf emotionales Wohlbefinden, funktionalen Status und Nebeneffekte der organmedizinischen Therapie nach sich ziehen. Daß dabei metaanalytisch keinerlei Unterschiede zwischen verschiedensten Behandlungsansätzen bestimmt werden konnten (Meyer & Mark, 1995), läßt die Vermutung zu, daß hier vor allem unspezifische psychologische Wirkfaktoren ausschlaggebend sind.

## Krankheitsbewältigung: Konzepte, Hypothesen, Modelle

Wie bereits angeklungen ist, variiert die konzeptuelle Fassung von Krankheitsbewältigung zwischen verschiedenen Autoren sehr stark. Während in einigen Ansätzen jede Reaktion, also auch emotionale Erlebnisinhalte (z. B. Angst; Schröder, 1984) wie auch Routinehandlungen, die in diesem Belastungskontext beobachtbar sind, dem „*coping*“-Konzept subsumiert werden, wollen andere Autoren (z. B. Klauer, Filipp & Ferring, 1989) den Begriff „Bewältigungsverhalten“ für kognitive und aktionale (nicht aber affektive) Reaktionen reserviert wissen, denen Intentionalität bzw. eine subjektive Instrumentalität im Hinblick auf ein individuell bestehendes Problem inhärent ist. Wiederum andere Autoren unterscheiden „Bewältigung“ von „Abwehr“ (z. B. Beutel, 1985) oder sehen „Krankheitsbewältigung“ als Subkategorie von „Krankheitsverarbeitung“ (Hasenbring, 1988). Auf die Probleme, die durch diese uneinheitliche Begriffsverwendung entstehen, sind wir an anderer Stelle (Braukmann & Filipp, 1984; Filipp & Aymanns, 1995) bereits ausführlicher eingegangen. Es liegt auf der Hand, daß insbesondere die Operationalisierung von Bewältigungsverhalten davon betroffen (zur Erfassung von Bewältigungsverhalten vgl. Beutel & Muthny, 1988; Cohen, 1987; Schröder, in diesem Band) und somit die Vergleichbarkeit einzelner Befunde sehr gering ist.

Die prominentesten Familien theoretischer Konzepte zur Beschreibung und Erklärung von Prozessen der Krankheitsbewältigung sollen auch aus diesem Grund im folgenden kurz umrissen werden; dabei soll auf die Diskussion tiefenpsychologischer Abwehrkonzepte als ideengeschichtlicher „Vorläufer“ des *coping*-Begriffs verzichtet werden (vgl. dazu etwa Gaus & Köhle, 1990).

### Krankheitsbewältigung im transaktionistischen Modell

Die meisten psychoonkologischen Studien zur Krankheitsbewältigung nehmen mehr oder minder explizit Bezug auf das von Lazarus (1966; Lazarus & Folkman, 1984) formulierte *coping*-Modell, das aufgrund seiner großen Verbreitung hier nur grob skizziert werden soll.

Wesentliche Bestimmungsstücke sind neben dem Bewältigungsverhalten (*coping*) die *primäre Einschätzung* („primary appraisal“) der Bedrohungsqualität einer potentiell belastenden Situation und die *sekundäre Einschätzung* der eigenen Handlungsmöglichkeiten; deren Relation zueinander bestimmt die Genese von Streß und steuert die Selektion von Bewältigungsreaktionen. Neben Merkmalen der Situation (z.B. Neuheit; Ambiguität) und ihrer Einschätzung sollen auch überdauernde Personcharakteristika (insbesondere Werthaltungen, Überzeugungen und „commitments“) als Bedingungen des Bewältigungsverhaltens wirksam sein, wobei Person und Umwelt im Zuge des Bewältigungsprozesses in einer Beziehung der wechselseitigen Beeinflussung (Transaktion) stehen sollen. Des weiteren wird betont, daß Bewältigungsverhalten im wesentlichen zwei Funktionen dient, nämlich der Lösung konkreter Probleme

(instrumentelles bzw. „problemfokussiertes“ Bewältigungsverhalten) und der Emotionsregulation (palliatives bzw. „emotionsfokussiertes“ Bewältigungsverhalten), wobei die meisten Bewältigungsreaktionen beiden Funktionen zugleich dienlich sein sollen.

Im deutschen Sprachraum haben u. a. Broda (1987), Hasenbring (1988) sowie Heim, Augustiny und Blaser (1983) dieses Modell mit unterschiedlichen Modifikationen für die Analyse schwerer körperlicher Erkrankungen adaptiert. Obwohl einzelne Aspekte des Modells empirisch zu überprüfen versucht wurde (z. B. Broda, 1987), fehlt u. E. bislang jede umfassendere Überprüfung der wesentlichen Annahmen in der Gruppe der Krebspatienten; zumeist ist das Modell lediglich als systematisierender Rahmen für die Darstellung von Einzelbefunden verwendet worden (z. B. Hasenbring, 1988). Unseres Erachtens ist die Nützlichkeit des Lazarus-Modells für *die empirische* Untersuchung des Bewältigungsverhaltens von Krebspatienten vor allem deshalb begrenzt, da aus diesem Modell keine differenzierten Hypothesen über *die Adaptivität* einzelner Bewältigungsstrategien für die durch eine Krebserkrankung bedingten spezifischen Probleme ableitbar sind.

## Krankheitsbewältigung im verhaltenstheoretischen Modell

D’Zurilla und Goldfried (1971) haben in Abgrenzung von tiefenpsychologischen Ansätzen ein verhaltenstheoretisches coping-Modell vorgeschlagen, das von Turk, Sobel, Follick und Youkilis (1980) für die Analyse der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen und von Meyerowitz, Heinrich und Schag (1983) für die Untersuchung von Prozessen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten adaptiert wurde.

Im Unterschied zu den meisten anderen setzt dieses Modell nicht bei dem Versuch an, natürlich ablaufendes Bewältigungsverhalten deskriptiv zu fassen, sondern geht von einer präskriptiv formulierten, idealtypischen Sequenz von Reaktionen in *effizienten* Bewältigungsprozessen aus; dabei wird angenommen, daß Krebspatienten nicht die Krankheit als solche bewältigen, sondern in der Hauptsache versuchen, krankheitsbedingte Alltagsprobleme zu lösen: „The patient does not cope with the disease of cancer, but with the specific day-to-day problems it causes“ (S. 145). Als unmittelbar interventionsorientierter Ansatz ist dieses Modell zugleich ein therapeutisches Handlungsmodell. Im Rahmen einer „sequentiellen Kriterienanalyse“ (*sequential criterion analysis*) sollen dabei Bewältigungsprozesse von Krebspatienten in drei Schritten untersucht und evaluiert werden:

- (1) *Problemspezifikation*: Identifikation der Situationen, Gedanken und Gefühle, die den „Bewältigungsgegenstand“ darstellen;
- (2) *Reaktionsgenerierung* (response enumeration): Auflisten verfügbarer Handlungsalternativen und
- (3) *Reaktionsbewertung*: Einschätzung der Reaktion(en) nach den Kriterien des *Erfolgs* (aus der Sicht des Patienten) und der *Adaptivität*.

Problematisch erscheint uns vor allem die mehr oder minder explizite Prämisse, wonach der existentiellen Bedrohung durch eine Krebserkrankung durch deren

rationale Zerlegung in potentiell handhabbare Teilprobleme zu begegnen sei; dieses verhaltenstheoretische „Schema“ wird u.E. als Metatheorie des Bewältigungsverhaltens den Spezifika von Krebserkrankungen nicht gerecht.

## Phasenmodelle von Bewältigungsprozessen

Phasenmodelle der Bewältigung traumatischer Ereignisse im allgemeinen (z. B. Stewart, 1982) und schwerer körperlicher Erkrankungen im besonderen (z. B. Shontz, 1975) postulieren Regelmäßigkeiten im zeitlichen Verlauf der emotionalen Reaktionen und des Bewältigungsverhaltens. Das wohl bekannteste dieser Modelle wurde von Kübler-Ross (1969) für den Bereich terminaler Krankheit vorgelegt und hat insbesondere in der Praxis der Betreuung Todkranker Anwendung gefunden. Die von Kübler-Ross (1969) postulierten Stufen des Bewältigungsprozesses, die auch in den meisten anderen Formulierungen wiederzufinden sind, werden beschrieben als (1) Verleugnung, (2) Ausdruck von Wut und Arger, (3) Aushandeln (*bargaining*), (4) Niedergeschlagenheit und (5) Akzeptanz. Wie Wortman und Silver (1989) gezeigt haben, ist die empirische Evidenz für die Gültigkeit von Phasenmodellen generell gering; insbesondere kann die Universalität einzelner Reaktionsformen und ihrer Stadien in Frage gestellt werden. Dies gilt auch für liberalere Modelle wie das von Horowitz (1979), in dem oszillierende Phasen des „Eindringens“ (*intrusion*) bedrohlicher Information und ihrer Verleugnung angenommen werden. Methodisch stringente Versuche der Validierung von Phasenmodellen wurden dabei insgesamt vergleichsweise selten unternommen (z. B. Stewart, 1982).

## Modelle kognitiver Adaptation

Die Überlegungen der Arbeitsgruppen um Taylor (1983; 1989) und um Wortman (1983; Wortman & Dunkel-Schetter, 1979) stellen ebenfalls keinen für die Bewältigung von Krebserkrankungen spezifischen Ansatz dar, münden aber in eine Reihe empirisch prüfbarer Hypothesen zur Bedeutung bestimmter Bewältigungsformen in der Auseinandersetzung mit malignen Erkrankungen (vgl. Filipp & Aymanns, 1995).

In diesen Ansätzen wird die Notwendigkeit der *kognitiven* Adaptation an traumatische Ereignisse hervorgehoben. Angenommen wird, daß Ereignisse wie etwa die Diagnose einer Krebserkrankung grundlegende Überzeugungen der betroffenen Person etwa im Hinblick auf Kontrollierbarkeit oder Gerechtigkeit der Welt attackieren. Die Krebsdiagnose sollte damit zu einem *erklärungsbedürftigen Ereignis* werden; eine Ursache für die eigene Erkrankung zu finden, kann für die Patienten die subjektive Prognostizierbarkeit und damit Kontrollierbarkeit des Krankheitsverlaufs erhöhen und dabei helfen, die Krankheit in die eigene Biographie zu integrieren und in ihr Sinn und Bedeutung zu erkennen (Taylor, 1983, 1989; vgl. auch Meier, 1992). Nach Ansicht von Taylor (1989) kann es im Verlauf des Bewältigungsprozesses erforderlich werden, eine Reihe *illusorischer Annahmen* herauszubilden, um Identität und

Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten. Bewältigungsformen, die in diesem Sinne ziel führend sind, umfassen insbesondere die noch zu erörternden Strategien „selektiver Evaluation“.

## **Fragestellungen und empirische Befunde**

### **Krankheitsbedingte Belastungen und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens**

Dem Forschungsbereich Krankheitsbewältigung werden, wie eingangs erwähnt, häufig auch Studien der Belastung und emotionalen Befindlichkeit von Patienten subsumiert, die auf eine direkte Erfassung und Untersuchung des Bewältigungsverhaltens verzichten. Im folgenden Abschnitt sollen exemplarisch einige dieser Studien erörtert werden; diese lassen sich grob drei Gruppen zuordnen:

- (1) Deskriptive Studien und vergleichende Analysen psychosozialer Folgen von Krebserkrankungen; als eine Untergruppe können psychiatrische Morbiditätsstudien angesehen werden. Hier steht die Frage im Zentrum, inwieweit sich Krebspatienten in Indikatoren des emotionalen Wohlbefindens und in psychiatrisch relevanten Symptomen von der Allgemeinpopulation unterscheiden.
- (2) Studien zur Aufklärung interindividueller Unterschiede in Belastungs- und Befindlichkeitsmerkmalen;
- (3) Studien zur Aufklärung interindividueller Unterschiede im medizinischen Krankheitsverlauf durch psychosoziale Merkmale der Patienten. Da hier zumeist auch Merkmale des Bewältigungsverhaltens als Prädiktoren Berücksichtigung fanden, wird auf entsprechende Studien in einem späteren Abschnitt eingegangen.

Während emotionale Folgen der Krebsdiagnose und der primären Behandlungsschritte schon seit einigen Jahrzehnten auch in der wissenschaftlichen Literatur ausführlich dokumentiert waren, wurde erst relativ spät damit begonnen, krankheitsbedingte Belastungen und Anforderungen umfassender, d. h. im Hinblick auf die unterschiedlichsten Lebensbereiche, zu untersuchen. Schag, Heinrich und Ganz (1983) haben 131 Probleme aus 21 Belastungsbereichen (z. B. Veränderungen in der physischen Erscheinung; Schlaf; Beziehungen zu Freunden und Bekannten; finanzielle Verhältnisse) erfragt, denen sich Krebspatienten häufig gegenübersehen, und ein darauf basierendes Fragebogeninventar konstruiert. Im deutschen Sprachraum identifizierte Herschbach (1985) 85 konkrete Einzelprobleme von Brust- und Genitalkrebspatientinnen, die 13 Bereichen (Angstprobleme, psychologische Störungen, Haushaltsprobleme, Schmerzen, Körperschema, Ursachenattribution, Informationsprobleme, Compliance, Sexualität, Familienprobleme, Berufsprobleme, Selbstbewußtsein und Partnerinteraktion) zugeordnet werden konnten.

Bei der Erfassung krankheitsbedingter Probleme und Belastungen mittels Checklist-verfahren oder standardisierten Interviews wird im Rahmen dieses Paradigmas bisweilen übersehen, daß die in die Selbsteinschätzung der krankheitsbedingt veränderten Lebenssituation einmündenden Urteilsprozesse von kognitiven Bewälti-

gungsformen beeinflusst werden, die durchaus auch zur Identifikation *positiver Krankheitsfolgen* führen können. Entsprechend angelegte Studien bestätigen diese Hypothese. Wurden Krebspatienten zu temporalen Vergleichen der aktuellen mit der vor der Diagnose bestehenden Lebenssituation aufgefordert, so berichteten in einer eigenen Untersuchung (Klauer, 1994) beinahe zwei Drittel der insgesamt 100 untersuchten Patienten von positiven Veränderungen in zumindest einem von insgesamt 17 Lebensbereichen. In einer ähnlichen Studie an 55 Patienten mit Mammakarzinom (Collins, Taylor & Skokan, 1990) überwog die Häufigkeit positiver Veränderungen sogar jene negativer bzw. neutraler Lebensveränderungen.

Die Ergebnisse von Studien zur Frage des psychiatrischen Status von Krebspatienten liefern kein einheitliches Bild. Derogatis et al. (1983) konnten beispielsweise gegenüber der Allgemeinbevölkerung wie auch gegenüber anderen klinischen Stichproben deutlich erhöhte Prävalenzraten insbesondere von Depressionen und Angststörungen aufzeigen; Alexander, Dinesh und Vidyasagar (1993) diagnostizierten psychiatrische Störungen nach DSM-III-R bei 40 Prozent der Angehörigen einer indischen Stichprobe, wobei Anpassungsstörungen und reaktive Depressionen die am häufigsten vertretenen Kategorien waren. Andere breit angelegte Studien (z. B. Cassileth et al., 1984) berichten demgegenüber von psychiatrisch unauffälligen Patienten.

Insgesamt scheint eine verlässliche Beurteilung des „psychischen Risikos“, das mit einer Krebserkrankung verbunden ist, schwierig und auf derart allgemeiner Ebene auch wenig sinnvoll. Insbesondere sollte dieses Risiko über verschiedene Krankheitsstadien schwanken. So sollten Rezidive mit erheblich höheren Anpassungsproblemen einhergehen als Ersterkrankungen, eine Hypothese, die in einigen Studien bestätigt (z. B. Cella, Mahon & Donovan, 1990), in anderen (z. B. Weisman & Worden, 1985) nicht gestützt werden konnte. Langzeitüberlebende unterscheiden sich in ihrer psychiatrischen Morbidität in der Regel nicht mehr von gesunden Personen (z. B. O'Malley, Koocher, Foster & Slavin, 1979). Generell weisen Krebspatienten im Mittel statistisch bedeutsam günstigere Werte auf Indikatoren der emotionalen Befindlichkeit auf als psychiatrische Patienten (z. B. Filipp, Klauer, Freudenberg & Ferring, 1990; Ziegler, Pulwer & Koloscek, 1984).

## **Bewältigungsverhalten von Krebskranken: Ausgewählte Befunde**

Untersuchungen, in denen individuelle Strategien der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung im Zentrum stehen, lassen sich grob drei Kategorien subsumieren (vgl. Filipp & Klauer, 1988).

Zum einen sind hier Ansätze zu nennen, die auf *die Deskription* und systematische Klassifikation von einzelnen Formen des Bewältigungsverhaltens abzielen. Das Spektrum entsprechender Arbeiten reicht von Ansätzen, in denen klinisch-interpretative Vorgehensweisen dominieren, bis hin zu Studien, in denen statistisch-dimensionsanalytische Taxonomierungsversuche angestellt werden.

Eine zweite Gruppe von Fragestellungen richtet sich auf *Bedingungen des Bewältigungsverhaltens* von Krebspatienten. In entsprechenden Studien wird zumeist

versucht, interindividuelle Unterschiede in der Häufigkeit oder Intensität einzelner Bewältigungsformen durch Variablen(gruppen) aufzuklären, denen eine dem Bewältigungsverhalten kausal vorgeordnete Position zugeschrieben wird.

Die - zumindest für die psychoonkologische Interventionspraxis - wohl bedeutendste Kategorie von Studien bezieht sich schließlich auf *die Analyse von Effekten des Bewältigungsverhaltens*; Kriterien wie etwa „Lebensqualität“, aber auch Reizdivbildung oder Überlebensdauer werden herangezogen, und Formen des Bewältigungsverhaltens werden als Prädiktoren interindividueller Unterschiede auf diesen Kriterien betrachtet.

## **Deskription von Formen des Bewältigungsverhaltens**

### *Klassifikation und Systematisierung*

In Untersuchungen des Bewältigungsverhaltens von Krebspatienten unter vorwiegend deskriptivem Blickwinkel wird zumeist versucht, die Vielfalt individueller Reaktionen auf die Diagnose und/oder auf belastende Krankheitsfolgen beschreibend zu erfassen und diese gegebenenfalls vor dem Hintergrund eines mehr oder minder klar explizierten theoretischen Modells zu klassifizieren und zu einer überschaubaren Menge von *Bewältigungsformen* zusammenzufassen.

Die Forschungsmethodik bewegt sich dabei zwischen einem strikt deduktiv-apriorischen Vorgehen, bei dem die Konzeptualisierung und Erfassung des Bewältigungsverhaltens auf einem invarianten taxonomischen Schema beruht (z. B. Schröder, 1984), und einem induktiv-empiristischen Vorgehen, in welchem eine maximale Vielfalt von Bewältigungsreaktionen erfaßt und diese a posteriori auf der Grundlage der Ähnlichkeit oder Häufigkeit gemeinsamen Auftretens verschiedener Reaktionen kategorisiert wird. Das Spektrum der Klassifikationstechniken reicht dabei von der Eindrucksbildung des klinisch geschulten Experten (z. B. Weisman, 1979) über Beobachter-Fremdurteile bis hin zur dimensionsanalytischen Ordnung von via Fragebogen erfaßten Selbstauskünften.

Während der zuletzt genannte Ansatz in den letzten Jahren dominierte und in die Entwicklung einer Reihe standardisierter Fragebogenverfahren nicht nur zur Verwendung bei Krebskranken mündete (z. B. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV; Muthny, 1989a; Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung, TSK; Klauer & Filipp, 1993; Zürcher Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, ZKV; Sieber, Buddeberg & Wolf, 1991), findet sich im deutschen Sprachraum lediglich ein im Hinblick auf Reliabilität und Validität gut untersuchtes Fremdbeurteilungsverfahren, nämlich die Berner Bewältigungsformen (BEFO; Heim, Augustiny, Blaser & Schaffner, 1991). Dieses umfaßt insgesamt 26 Kategorien des Bewältigungsverhaltens, die drei übergeordneten Gruppen (handlungsbezogene, kognitionsbezogene und emotionsbezogene Bewältigungsformen) zugeordnet werden.

Ein Beispiel für eine der vergleichsweise seltenen Untersuchungen, in denen das Bewältigungsverhalten von Krebspatienten vor dem Hintergrund eines theoretisch begründeten Schemas systematisch beschrieben wird, haben Ray, Lindop und Gibson

(1982) vorgelegt. Die sechs identifizierten Formen des Bewältigungsverhaltens (Zurückweisung, Kontrolle, Resignation, Minimalisierung, Vermeidung und Abhängigkeit; Übersetzung d. Verf.) werden auf den orthogonalen Dimensionen „Wahrnehmung von Bedrohlichkeit“ (*acknowledgment of threat*) und „Kontrollintensität“ (*control*) unterschieden. Diese Taxonomie wurde zur Kategorisierung verbaler Selbstausskünfte von Brustkrebspatientinnen verwendet, hat aber nach Ansicht dieser Autoren ihre Tauglichkeit auch in der Systematisierung des Bewältigungsverhaltens von Patienten im Umfeld operativer Eingriffe nachgewiesen.

Filipp und Klauer (1988) haben *Aufmerksamkeitsorientierung* (belastungszentriert versus belastungsdezentriert), *Soziabilität* (starke versus geringe Einbindung anderer Personen) und *Kontrollebene* (kognitiv-intrapsychisch versus aktional-motorisch) als grundlegende Beschreibungsdimensionen von Bewältigungsreaktionen unterschieden und über deren Kombination ein Klassifikationsmodell mit acht Kategorien des Bewältigungsverhaltens erstellt; einige dieser Kategorien fanden in konfirmatorischen Analysen im Rahmen der Trierer Längsschnittstudie zur Krankheitsbewältigung anhand der Daten von N = 332 Krebspatienten Bestätigung auch in den empirischen Kovariationsmustern der reaktionsspezifischen Häufigkeitsurteile (vgl. Klauer, Philipp et al., 1989).

Morris, Greer und White (1977) haben auf der Grundlage von Interviewmaterial fünf Kategorien der Reaktion auf die Diagnosestellung bei Mammakarzinom-Patientinnen ermittelt (Leugnung, Kampfgeist, Stoische Akzeptanz, Ängstlichdeprimierte Akzeptanz und Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit). Während einige dieser Reaktionen sich als Bewältigungsformen bzw. -typen im erweiterten Sinne interpretieren lassen, beschreiben andere Kategorien (z. B. „Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit“) eher affektiv-motivationale Zustände, die konzeptuell u. E. eher als Effekte vorgängiger (fehlgeschlagener) Bewältigungsreaktionen zu interpretieren sind denn als eigenständige Kategorien des Bewältigungsverhaltens. Diese unklare Begrifflichkeit wurde von den Autoren allerdings nicht weiter erläutert. Doch wurde in späteren Untersuchungen zunächst auf die Kategorie „ängstliche/deprimierte Akzeptanz“ verzichtet (z. B. Greer, Morris & Pettingale, 1979) und dann ein revidiertes kategoriales System auf der Grundlage expliziter Definitionen einzelner Bewältigungsreaktionen vorgeschlagen, in welchem nun „Bewertungsreaktionen“ (*appraisal responses*), „palliative Reaktionen“ und „konfrontative Reaktionen“ unterschieden werden (Burgess, Morris & Pettingale, 1988; Pettingale, Burgess & Greer, 1988).

Die Zuordnung von Bewältigungsreaktionen zu übergeordneten Kategorien unter Verwendung dimensions- oder clusteranalytischer Verfahren weist gegenüber inhaltsanalytisch abgeleiteten Kategoriensystemen den Vorteil einer höheren Genauigkeit und Objektivität der Klassifikation auf. Felton, Revenson und Hinrichsen (1984) haben eine erweiterte Version der „*Ways of Coping Checklist*“ (WCCL; Aldwin, Folkman, Schaefer, Coyne & Lazarus, 1980) bei einer Stichprobe von N = 170 Patienten mit verschiedenen chronischen Erkrankungen eingesetzt, wobei eine Teilstichprobe (n = 42) Patienten mit Blutkrebs-Formen umfaßte. Dabei wurden sechs Faktoren ermittelt (kognitive Restrukturierung, Emotionsausdruck, Wunschgeleitetes Denken, Selbstbeschuldigung, Informationssuche und Bedrohungsminimierung; Übersetzung d. Verf.), die als Bewältigungsformen interpretiert wurden. Die Gültigkeit

dieser Klassifikation von Bewältigungsreaktionen ist - soweit wir wissen - an einer onkologischen Stichprobe größeren Umfangs noch nicht überprüft worden. Im Zusammenhang mit einer anderen Fragestellung haben Quinn, Fontana und Reznikoff (1986) die sechs Skalen dieses Fragebogens in einer Untersuchung mit 60 Lungenkarzinom-Patienten eingesetzt.

Eine breit angelegte faktorenanalytische Studie des Bewältigungsverhaltens von Krebspatienten im anglo-amerikanischen Sprachraum wurde von Dunkel-Sehetter, Feinstein, Taylor und Falke (1992) durchgeführt. Eine modifizierte Version der *WCCL* war hier  $N = 603$  Krebspatienten vorgelegt worden. Die Modifikation des Verfahrens betraf insbesondere Items der Skala „Konfrontative Bewältigung“, da diese den Autoren als für den Belastungskontext ‚Krebserkrankung‘ ungeeignet erschienen. Faktorenanalysen mit anschließender schiefwinkliger Rotation legten eine Klassifikationslösung mit fünf Faktoren nahe (Suche und Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, Konzentration auf Positives, Distanzierung, kognitive Vermeidung, behaviorale Vermeidung; Übersetzung d. Verf.).

Auch im deutschen Sprachraum finden sich mittlerweile verschiedene dimensionsanalytisch gewonnene Taxonomien des Bewältigungsverhaltens. In der bereits erwähnten Trierer Längsschnittstudie zur Krankheitsbewältigung haben Klauer, Filipp et al. (1989) die Häufigkeitseinschätzungen von  $N = 332$  Krebspatienten im Hinblick auf 64 als Fragebogenitems repräsentierte Bewältigungsreaktionen faktorisiert. Auch in dieser Studie wurden fünf Dimensionen des Bewältigungsverhaltens extrahiert (Rumination, Suche nach sozialer Einbindung, Bedrohungsabwehr, Suche nach Information und Erfahrungsaustausch, Suche nach Halt in der Religion). Diese ähneln - obschon auf anderer Konstruktionsgrundlage gewonnen - den bei Felton et al. (1984) sowie Dunkel-Sehetter et al. (1992) beschriebenen Lösungen.

Gemeinsam ist allen drei hier dargestellten Untersuchungen, daß jeweils eine *kognitiv-defensive* Bewältigungsform (‚Bedrohungsminimierung‘, ‚Distanzierung‘ bzw. ‚Bedrohungsabwehr‘), die eine Abkehr der Aufmerksamkeit von krankheitsbedingten Belastungen impliziert, identifiziert wurde und daß diese zugleich die von den Patienten am häufigsten eingesetzte war. Zudem wurde mit ‚Informationssuche‘ lediglich eine Bewältigungsform identifiziert, die Merkmale problemzentrierten bzw. instrumentellen Bewältigungsverhaltens im Sinne von Lazarus und Launier (1978) einschließt; dieser Befund unterstützt die bereits bei Folkman und Lazarus (1980) geäußerte Hypothese, daß bei schweren gesundheitlichen Belastungen, die zumeist nicht durch eigenes Handeln kontrollierbar sind, Palliative Bewältigungsformen nicht nur häufiger, sondern auch effektiver sind als instrumentelle.

### *Deskriptive Analysen einzelner Bewältigungsformen*

Neben Versuchen, das Bewältigungsverhalten von Krebspatienten möglichst in seiner Vielfalt zu erfassen und diese erst a posteriori zu klassifizieren, wurden in einer Reihe von Studien einzelne, zumeist theoretisch abgeleitete Bewältigungsformen aufgegriffen und untersucht. Exemplarisch seien an dieser Stelle einige Befunde zu Strategien der *selektiven Aufmerksamkeit* und *selektiven Vergleichsprozessen* angesprochen.

Taylor, Wood und Lichtman (1983) unterscheiden fünf Formen der selektiven Evaluation der eigenen Person und Lebenssituation, die im Umfeld kritischer Lebensereignisse allgemein oder von Erkrankung im besonderen virulent werden sollen:

(1) Soziale Abwärtsvergleiche mit benachteiligten Anderen, wie etwa Patienten mit schlechterer medizinischer Prognose (*downward comparison*); (2) selektive Fokussierung auf Attribute, die das eigene Schicksal als vergleichsweise günstig erscheinen lassen (wie z. B. das Nichtauftreten von Metastasen); (3) Konstruktion hypothetischer „schlechterer“ Welten, in der eine noch wesentlich ungünstigere Lebenssituation den Vergleichsmaßstab bildet; (4) selektive Fokussierung bzw. Konstruktion positiver Folgen der Erkrankung als eine Strategie, die sinnstiftende Funktion besitzt und häufig mit dem Eindruck auf seiten des Patienten gepaart ist, sich durch die Erkrankung in positiver Weise verändert oder neue, tiefere Einsichten über das Leben gewonnen zu haben sowie (5) Konstruktion von Bewertungsmaßstäben für die Güte der Anpassung an die Krankheit, die die eigene Bewältigungskompetenz in günstigem Lichte erscheinen lassen.

Wood, Taylor und Lichtman (1985) haben in einer Interviewstudie die relative Häufigkeit sozialer Abwärtsvergleiche gegenüber Vergleichen mit ähnlichen anderen und sozialen Aufwärtsvergleichen an einer homogenen Stichprobe von N = 78 Brustkrebspatientinnen untersucht. Sowohl in Antworten auf entsprechende Interviewfragen wie auch in spontanen Äußerungen der Patientinnen waren Abwärtsvergleiche der bei weitem häufigste Typus sozialer Vergleichsprozesse. Dies galt nicht nur für Vergleiche auf der Dimension der physischen Beeinträchtigung, sondern auch für „situative Vergleiche“, in denen Unterschiede zu einer Referenzperson in den äußeren Lebensumständen selektiv fokussiert wurden.

Eine weitere apriorische Eingrenzung des Bewältigungsverhaltens findet man in Studien, in denen Strategien der *Aufmerksamkeitssteuerung* in der Krankheitsbewältigung (zuweilen auch unter „Leugnung“ rubriziert) thematisiert werden. In den Ergebnissen empirischer Studien (z. B. Kneier & Temoshok, 1984; Meyerowitz, 1982) deutet vieles darauf hin, daß Krebspatienten Strategien der Aufmerksamkeitsabkehr von bedrohlichem Reizmaterial in höherem Maße zeigen als Vergleichsgruppen.

In diesen Untersuchungen findet sich eine Vielzahl unterschiedlicher Konzeptualisierungen von selektiver Aufmerksamkeit, deren gemeinsames Element die Abkehr von der tiefenpsychologischen Annahme ist, wonach Leugnungsprozesse stets umfassend resp. „total“ seien (vgl. Breznitz, 1983). Unterschiede zwischen den einzelnen Ansätzen finden sich insbesondere hinsichtlich zweier Punkte, nämlich ob (1) Verleugnung als eine Form des Bewältigungsverhaltens (*coping*) zu sehen oder ob die Unterscheidung zwischen Abwehr und Bewältigung aufrechtzuerhalten sei, und ob (2) Formen selektiver Aufmerksamkeit typologisch (Kneier & Temoshok, 1984) oder dimensional („*distancing*“; Dunkel-Schetter et al., 1992) zu repräsentieren seien.

Obwohl viele Autoren darin übereinstimmen, daß Strategien der selektiven Aufmerksamkeitssteuerung vor allem punktuell, d. h. an spezifischen Situationen oder Reizgehalten ansetzen (siehe insbesondere Breznitz, 1983), haben nur wenige Untersuchungen in der Psychoonkologie diese Frage aufgegriffen. Wool und Goldberg (1986) haben in einer explorativen Studie an 15 Krebspatienten vier Subformen von

Verleugnungsstrategien identifiziert, die sich auf je spezifische Aspekte der Krankheit richten:

- (1) Verleugnung physischer *Manifestationen* der Krankheit; diese Symptomleugnung findet sich häufig vor der eigentlichen Diagnosestellung und kann zu einer gefährlichen Verzögerung des Aufsuchens ärztlicher Hilfe führen (vgl. Watson, Greer, Blake & Shrapnell, 1984);
- (2) Verleugnung der *Diagnose* „Krebs“;
- (3) Verleugnung der *Implikationen* der Krankheit; hier werden nicht die Diagnose „Krebs“ selbst oder Krankheitssymptome, sondern mögliche bedrohliche Krankheitsfolgen „ausgeblendet“; Wool und Goldberg halten diese Strategie für adaptiv, wenn dadurch die Patienten eine aktive Lebensführung aufrechterhalten können;
- (4) Verleugnung oder Isolation eigener *Affekte*.

Den Autoren ist in ihrer Forderung zuzustimmen, die Kategorie „Verleugnung“ in der Psychoonkologie differenzierter zu verwenden, zumal offensichtlich die Effektivität von Strategien selektiver Aufmerksamkeit, wie dies wohl für viele andere Bewältigungsformen in ähnlicher Weise gilt, von situativen Merkmalen und von der Intensität ihrer Verwendung abhängig ist.

### *Befunde aus vergleichenden Studien*

Eigenheiten des Bewältigungsverhaltens von Krebspatienten werden vermutlich in den Studien am deutlichsten, die einen expliziten Vergleich mit Personengruppen vornehmen, die von anderen Erkrankungen oder anderen belastenden Ereignissen betroffen sind.

Feifel, Strack und Nagy (1987) verglichen in einer Fragebogenstudie Patienten mit Krebserkrankungen, Patienten mit koronaren Herzerkrankungen sowie Patienten mit nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen. Kennzeichnend sowohl für Krebs- als auch für Herzinfarkt-Patienten war eine gegenüber der dritten Gruppe erhöhte Häufigkeit „konfrontativer“ Bewältigungsformen (hier: Informationssuche; Gespräche mit anderen Personen über die Erkrankung; kognitive Redefinition). Keine Gruppenunterschiede wurden hinsichtlich „Vermeidung“ (*avoidance*) und „Akzeptanz-Resignation“ festgestellt, obschon gerade hinsichtlich dieser Skalen solche Unterschiede zu erwarten gewesen waren.

Muthny (1989b) untersuchte das Bewältigungsverhalten von vier Patientengruppen (108 Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, 70 Patienten mit Herzinfarkt, 60 Krebspatientinnen und 207 Patienten mit Multipler Sklerose) auf der Ebene von Bewältigungsreaktionen (Itemebene) mittels einer Kurzform des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV, Muthny, 1989a). Auch in dieser Studie verschwand der Großteil der Gruppenunterschiede bei Kontrolle der Variablen *Alter* und *Krankheitsdauer*, so daß diese Befunde unseres Erachtens eher gegen als für eine hohe Spezifität des Bewältigungsverhaltens von Krebspatienten sprechen. Stabil scheint lediglich ein Mittelwertunterschied, demzufolge Patienten mit Multipler Sklerose in geringerem Maße Vertrauen in Ärzte setzen als Krebspatientinnen (und die beiden anderen untersuchten Gruppen). In einer jüngeren Studie mit dem FKV

(Muthny, Bechtel & Spaete, 1992) fanden sich statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Patientinnen lediglich auf der Skala „Depressive Verarbeitung“, wobei hier Krebspatienten eine mittlere Position zwischen Patienten mit Herzinfarkt und Patienten mit Multipler Sklerose einnahmen.

Deutlichere Hinweise auf Besonderheiten des Bewältigungsverhaltens von Krebspatienten. fanden Klauer, Ferringer und Filipp (1989) im Vergleich zu HIV-positiven Personen ohne manifeste Krankheitssymptome und Patienten mit Spondylitis ankylosans (M. Bechterew). Beiden Vergleichsstichproben gegenüber zeigten Krebspatienten deutlich erhöhte Werte in „Bedrohungsabwehr“, einer kognitiv-intrapsychischen Bewältigungsform, die durch Aufmerksamkeitsablenkung und in die Zukunft gerichtetes, positives Denken über den weiteren Verlauf der eigenen Erkrankung gekennzeichnet ist, sowie in „Suche nach Halt in der Religion“. Ferner war die Gruppe der Krebspatienten im Vergleich zu der Gruppe der HIV-Positiven durch geringere Häufigkeiten von „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ sowie im Vergleich zu der Gruppe der Bechterew-Patienten durch höhere Werte in „Rumination“ gekennzeichnet. Darüber hinaus zeigten Krebspatienten Spezifika in der *Bewertung* des eigenen Bewältigungsprozesses im Sinne besonders günstiger Einschätzungen der eigenen Bewältigungskompetenz. Die identifizierten Unterschiede waren auch bei Kontrolle der Geschlechts- und Altersvariablen stabil. Neuere Befunde, die mit demselben Fragebogenverfahren (Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung, TSK) an einer um Herzinfarkt-, MS- sowie Niereninsuffizienz-Patienten erweiterten Stichprobe gewonnen wurden (Klauer & Filipp, 1993), sprechen für Spezifika des Bewältigungsverhaltens von Krebspatienten auch auf der fünften TSK-Skala, „Suche nach sozialer Einbindung“: Krebspatienten wiesen hier bedeutsam höhere Werte als die drei zuletzt genannten Patientengruppen auf.

Insgesamt deuten die Ergebnisse vergleichender Studien darauf hin, daß das Ausmaß ermittelter Krankheitsgruppenspezifität vor allem eine Funktion von Eigenschaften des verwendeten Erhebungsinstruments darzustellen scheint. Die mangelnde Vergleichbarkeit der diskutierten Erhebungsverfahren und Taxonomien des Bewältigungsverhaltens und die inkonsistente Befundlage hinsichtlich der wenigen vergleichbaren Dimensionen läßt im übrigen kaum genauere Rückschlüsse zu. Die Zusammenschau aller hier diskutierten Befunde erlaubt aber die vorsichtige Schlußfolgerung, daß kognitiv-intrapsychische Strategien der selektiven Aufmerksamkeitssteuerung bei Krebspatienten besonders verbreitet sind und wohl auch in der Adaptation an die Erkrankung eine besondere Rolle spielen.

## **Analysen von Bedingungen interindividueller Unterschiede im Bewältigungsverhalten**

Unter den drei eingangs skizzierten Typen von Fragestellungen hat jene nach Determinanten interindividueller Unterschiede im Bewältigungsverhalten von Krebspatienten eindeutig in geringstem Maße systematische empirische Forschung stimuliert. Dies mag auch auf die lang beobachtbare Prädominanz einer personologischen

bzw. einer stufentheoretischen Orientierung in Modellvorstellungen von Bewältigungsprozessen zurückzuführen sein.

Befunde zu Zusammenhängen zwischen *Krankheitsdauer* bzw. *Diagnosealter* auf der einen und Präferenzen für bestimmte Bewältigungsformen auf der anderen Seite können allerdings als Validitätsprüfung insbesondere für Stufenmodelle angesehen werden. Querschnittlich wurden dabei zumeist keine oder allenfalls geringe Zusammenhänge ermittelt (vgl. Filipp, 1992). In der Studie von Dunkel-Schetter et al. (1992) war die seit der Primärbehandlung (Operation) vergangene Zeit allein (positiv) mit der Verwendung von „aktionalen Vermeidungsstrategien“ korreliert. Herschbach (1985) kommt im Anschluß an seine Untersuchung psychosozialer Probleme und Bewältigungsstrategien von Brust- und Genitalkrebspatientinnen zu dem Ergebnis, daß die Variable „Zeit nach der Operation“ (Primärbehandlung) ohne größere Bedeutung sei.

Dies scheint auch bei längsschnittlicher Betrachtung des Bewältigungsverhaltens zu gelten. So fanden Faller, Schilling und Lang (1994) in einer prospektiven Längsschnittstudie an 120 neudiagnostizierten Bronchialkarzinom-Patienten, in der die drei Meßgelegenheiten nicht an der physikalischen Zeitachse, sondern an Behandlungsphasen (Diagnosestellung, Abschluß der Primärbehandlung, Rezidivierung/Metastasierung) ausgerichtet waren, ebenfalls nur marginale Effekte der Krankheitsphase auf die Skalen einer modifizierten Version des *FKV*. Buddeberg et al. (1991) berichten allerdings aus einer Längsschnittstudie mit Brustkrebs-Patientinnen, daß die Meßwerte auf allen drei Skalen des *ZKV* während des ersten Jahres nach Primärbehandlung geringfügig absanken. In der bereits erwähnten Studie von Heim, Augustiny, Schaffner und Valach (1993) fanden sich Unterschiede in den mittleren Präferenzen für bestimmte Bewältigungsformen zwischen den Krankheitsphasen (1) Hospitalisierung, (2) Rekonvaleszenz und (3) Rehabilitation: Während „Emotionsausdruck“ und „Aufmerksamkeit und Zuwendung“ kontinuierlich abnahmen und die Neigung, krankheitsbedingte Probleme zu relativieren, kontinuierlich zunahm, fanden sich für „Konstruktive Aktivität“ und „Selbstbestätigung“ umgekehrt u-förmige Verläufe.

Auf den ersten Blick überrascht, daß auch histologische, prognostische und therapieassoziierte Merkmale offensichtlich kaum Effekte auf das Bewältigungsverhalten von Krebskranken zeitigen. So fanden Pettingale et al. (1988) innerhalb ihrer Stichprobe von Brustkrebs-Patientinnen keinerlei Zusammenhänge zwischen einer Reihe klinisch-pathologischer Variablen (Histologie des Tumors, Lymphknotenmetastasierung, Tumorgöße und Invasivität) und der Häufigkeit kognitiver Bewältigungsformen. Innerhalb der Teilstichprobe von Patienten mit Non-Hodgkin-Lymphomen bestand lediglich ein Zusammenhang derart, daß Patienten, die gut auf die medizinische Therapie ansprachen, häufiger Palliative Bewältigungsformen zeigten als solche, bei denen die Therapie weniger günstige Effekte zeitigte.

Auch Behandlungsunterschiede scheinen kaum mit Unterschieden im Bewältigungsverhalten einherzugehen - eine erwartungswidrige Befundlage, bedenkt man etwa die massiven Beeinträchtigungen des Befindens, die etwa mit einer Chemotherapie einhergehen (vgl. Carey & Burish, 1988). Dunkel-Schetter et al. (1992) fanden auf Mittelwertebene keine Besonderheiten im Bewältigungsverhalten von

Krebspatienten, die während ihrer Teilnahme an dieser Fragebogenstudie nicht in medizinischer Behandlung waren, im Vergleich zu Patienten in Therapie. Herschbach (1985) kommt in der Diskussion seiner Befunde zu dem bemerkenswerten Ergebnis, „daß weder die medizinische Prognose, noch der körperliche Zustand, noch der Behandlungszusammenhang, in dem sich die Patientinnen möglicherweise befinden, einen Einfluß auf das Bewältigungsverhalten haben“ (S. 146).

Haben sich medizinische Variablen als wenig bedeutsam in der Vorhersage des Bewältigungsverhaltens erwiesen, so gibt es in einer Reihe *soziodemographischer Merkmale* (z. B. Konfession, Herschbach, 1985; Geschlecht, Klauer, Filipp et al., 1989; Bildungsstand, Dunkel-Schetter et al., 1992) umso deutlichere Zusammenhänge. Das *kalendarische Alter* ist als Prädiktor des Bewältigungsverhaltens von Krebspatienten relativ häufig untersucht worden (z. B. Dunkel-Schetter et al., 1992; Felton & Revenson, 1987; Herschbach, 1985). Unseres Erachtens konvergieren diese Befunde dahingehend, daß ältere Krebspatienten offensichtlich weniger zur Verwendung aktionaler Problemlösestrategien tendieren als jüngere, und eher kognitive Verarbeitungsstrategien bevorzugen. Dieses Befundmuster steht u. E. in Einklang mit neueren entwicklungspsychologischen Befunden, die für eine Verschiebung von coping-Präferenzen von assimilativen hin zu eher akkomodativen Bewältigungsformen im mittleren und höheren Erwachsenenalter berichten (Brandstädter & Renner, 1990).

Neben den hier knapp skizzierten demographischen und medizinischen Merkmalen lassen sich *psychosoziale Variablen* anführen, nämlich *Persönlichkeitsvariablen* einerseits und Merkmale des *sozialen Kontexts* (insbesondere soziales Netzwerk und soziale Unterstützung; vgl. Wortman, 1984) andererseits, denen ein Einfluß in der Steuerung des Bewältigungsverhaltens von Krebspatienten unterstellt werden kann. Daneben werden oftmals auch Merkmale (wahrgenommener) krankheitsbedingter *Belastungen und Anforderungen* als Determinanten des Bewältigungsverhaltens genannt.

Exemplarisch erwähnt werden soll hier zum einen eine Studie von Carver et al. (1993) an Brustkrebs-Patientinnen, die auf die besondere Bedeutung des Persönlichkeitsmerkmals *Optimismus* für das Bewältigungsverhalten hinweist: Über verschiedene Meßgelegenheiten hinweg fanden sich konsistente positive Zusammenhänge mit Strategien der positiven Umdeutung, Akzeptanz und humorvoller Verarbeitung, während konsistent negative Zusammenhänge mit Verleugnung und Rückzugsverhalten beobachtet wurden.

Zum anderen soll hier kurz eine ebenfalls längsschnittlich angelegte Studie an einer heterogenen Patientenstichprobe angesprochen werden, in der Merkmale *familiärer Unterstützung* als Prädiktoren des Bewältigungsverhaltens untersucht wurden (Aymanns, 1992; Aymanns & Filipp, 1995). Ein Hauptergebnis dieser Untersuchungen war ein komplexes Muster von Zusammenhängen zwischen der berichteten Verfügbarkeit und Angemessenheit verschiedener Formen familiärer Unterstützung (z. B. Emotionale Unterstützung; Aktivierung zur Eigeninitiative) auf der einen und den untersuchten Formen der Krankheitsbewältigung (mit Ausnahme von „Suche nach Halt in der Religion“) auf der anderen Seite. Diese Befunde verweisen nicht nur auf die herausragende Bedeutung des familiären Kontexts für Prozesse der Krankheits-

bewältigung, sondern legen auch nahe, andere Quellen sozialer Unterstützung in ihrer Wirkung auf das Bewältigungsverhalten von Krebspatienten zu untersuchen. Verschiedene Autoren haben dafür plädiert, soziale Unterstützung in einem komplexeren, u. U. auch reziprok deterministischen Beziehungsgefüge zu betrachten, in dem Eigenheiten des Bewältigungsverhaltens auch Konsequenzen für die Art der erhaltenen Unterstützungsangebote haben und diese wiederum zu einer Modifikation des Bewältigungsverhaltens führen können (vgl. auch Filipp & Aymanns, 1987; Thoits, 1986; Leppin & Schwarzer, in diesem Band).

Verschiedene Studien haben Merkmale der subjektiven Belastung als Prädiktoren des Bewältigungsverhaltens fokussiert. Befunde aus solchen Studien deuten zumeist an, daß wahrgenommene Belastungen oder Anforderungen einen deutlich höheren Vorhersagewert für das beobachtbare Bewältigungsverhalten haben als „harte“ medizinisch-prognostische Daten (z. B. Dunkel-Sehetter et al., 1992), was allerdings angesichts der höheren konzeptuellen Nähe von Belastungswahrnehmung und Bewältigungsverhalten und der kausal intermediären Position subjektiver Belastungswahrnehmung auch wenig überraschend ist. Unterschiede zwischen diesen Studien finden sich insbesondere im Grad der Differenziertheit, mit dem subjektive Belastungscharakteristika erfaßt werden. In der Studie von Dunkel-Sehetter et al. (1992) wurden die Patienten etwa gebeten, aus einer vorgegebenen Liste einen von vier Problembereichen (Angst und Unsicherheit über die Zukunft, Einschränkungen in der Lebensführung und im physischen Bereich, Schmerzen und andere akute Krankheitssymptome, Probleme mit der Familie oder mit Freunden) zu wählen und für diesen bereichsspezifisch die subjektive Belastung auf einer Ratingskala einzuschätzen. Während *die Art* des Problems (d. h. der jeweils gewählte Bereich) statistisch keine Effekte auf das Bewältigungsverhalten der Patienten hatte, stand die *Stärke* der subjektiven Belastung in positivem Zusammenhang mit der Bewältigungsform „Suche nach und Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung“ sowie mit der Häufigkeit von Vermeidungsstrategien.

## **Studien zur Effektivität des Bewältigungsverhaltens**

Effektanalysen des Bewältigungsverhaltens zielen darauf ab, jene Formen des Bewältigungsverhaltens zu identifizieren, die über die (medizinische, personale und soziale) Ausgangssituation der Krebspatienten hinaus interindividuelle Unterschiede in den je gewählten Kriteriumsvariablen zusätzlich aufzuklären in der Lage sind. Gefragt ist also nach Varianten des Bewältigungsverhaltens, von denen angenommen werden kann, daß sie z. B. in der Regulation der emotionalen Befindlichkeit unabhängig *wirksam* sind. Viele Maßnahmen der patientenzentrierten Intervention in der psychoonkologischen Praxis stellen nichts anderes dar als den Versuch, die Patienten in solchen vermeintlich effektiven Formen der Krankheitsbewältigung zu unterweisen.

Die Identifikation anpassungsförderlicher oder allgemein proadaptiv wirksamer Bewältigungsformen und die damit verbundene *Evaluation des Bewältigungsverhaltens* sind insbesondere bei Betrachtung affektiv-emotionaler Kriterien mit einer Reihe konzeptueller und methodologischer Probleme verbunden, die wir an anderer

Stelle (Filipp & Klauer, 1991) eingehender diskutiert haben. Zu erwähnen sind hier (1) die Notwendigkeit multipler Kriterien der Adaptationsgüte und ihre Begründung, (2) die konzeptuell unabhängige Bestimmung von Bewältigungsverhalten einerseits und Kriterien der Anpassungsgüte andererseits, (3) der Nachweis der *kausalen* Priorität der untersuchten Bewältigungsformen gegenüber den Anpassungskriterien sowie (4) die Berücksichtigung von Variablen, die die Wirksamkeit des Bewältigungsverhaltens moderieren, d. h. die Untersuchung zeitlicher und situativer Einschränkungen des Wirkungsbereichs von Bewältigungsverhalten.

Im folgenden sollen in knapper Form Befunde zu coping-Effekten im Hinblick auf (a) psychische und (b) somatische Kriterien erörtert werden. Gleichsinnige Effekte einzelner Bewältigungsformen auf diese beiden Kriteriengruppen sind dabei von vornherein nicht unbedingt zu erwarten. Levy, Herberman, Maluish, Schlien und Lippman (1985) berichten aus einer Studie an Brustkrebs-Patientinnen, daß die in ärztlicher Einschätzung gut an ihre Erkrankung angepaßten Patienten eine geringere Aktivität natürlicher Killer- (NK-) Zellen aufwiesen als Patienten, die als belastet bzw. schlecht angepaßt erschienen. Dieser Befund bestätigt, daß psychisches Wohlbefinden und ein günstiger somatischer Krankheitsverlauf durchaus divergierende Zielrichtungen nicht nur medizinischer Behandlungsmaßnahmen, sondern auch von Bewältigungsanstrengungen sein können.

### *Merkmale der Krankheitsanpassung im psychischen Bereich*

Versuche der Messung möglicher Kriterien für effektives Bewältigungsverhalten (z. B. Indikatoren der Lebensqualität, Maße des Wohlbefindens, Angst- oder Depressionswerte; vgl. Aaronson & Beckmann, 1987; Filipp & Klauer, 1991; Weber, 1994) basieren in aller Regel auf Selbstauskünften der Patienten und werden in korrelativ angelegten Studien mit der Häufigkeit oder Intensität bestimmter Bewältigungsformen in Zusammenhang gebracht (z. B. Dean, 1987; Herschbach & Henrich, 1987; Meyerowitz, 1982). Verschiedentlich werden dabei auch direkte *Selbsteinschätzungen* der Nützlichkeit bzw. Wirksamkeit eigener Bewältigungsstrategien für deren Evaluation verwendet („coping efficacy“; vgl. Aldwin & Revenson, 1987; Klauer, Ferring et al., 1989; Muthny, 1989b), seltener auch ärztliche Fremdeinschätzungen (z. B. Aymanns, Filipp & Klauer, 1995). In diesen Studien wurden Zusammenhänge zwischen Merkmalen des Bewältigungsverhaltens und Anpassungsindikatoren ermittelt, die sich hinsichtlich Richtung und Ausprägung über die verschiedenen Bewältigungsformen beträchtlich voneinander unterscheiden.

Die Befunde konvergieren unseres Erachtens darin, daß aktional-offensive Bewältigungsformen wie „Kämpfen“ (Herschbach, 1985) oder „Konfrontation“ (Burgess et al., 1988) zumeist mit eher geringer emotionaler Belastung einhergehen. Zu diesem Ergebnis kommt auch Heim (1988), der allgemein aktiv-zupackende, engagierte Strategien für günstiger als resignativen Rückzug hält. Allerdings können die erwähnten Studien die bereits angesprochene Frage nicht beantworten, ob es sich hier um *Bewältigungseffekte* im eigentlichen Sinne handelt oder ob nicht etwa umgekehrt eine geringe emotionale Belastung erst die Voraussetzung für einen

kämpferischen Umgang mit der Krankheit schafft, da diese Studien auf mehrere Erhebungszeitpunkte verzichten und daher keine kausalanalytische Auswertung zulassen. Dies schmälert nicht von vorneherein ihren Wert, erfordert aber große Zurückhaltung bei der Bewertung dieser Bewältigungsformen.

Die Bewältigungsform der *Informationssuche* wurde in zumindest drei Längsschnittstudien kausalanalytisch im Hinblick auf ihre Effektivität untersucht: Unsere eigenen Daten (Filipp, Ferring, Freudenberg & Klauer, 1988; Filipp et al., 1990) wie auch die Befunde von Quinn et al. (1986) verweisen darauf, daß Informationssuche bei Krebspatienten sich in Maßen der emotionalen Befindlichkeit nicht abbildet, während Felton und Revenson (1984) aus ihrer Studie an einer heterogenen Stichprobe chronisch Kranker von positiven Effekten auf die Befindlichkeitslage berichten. Als günstige Bewältigungsformen im Hinblick auf das emotionale Befinden erwiesen sich in Kausalanalysen *Bedrohungsabwehr*, eine Strategie, die verschiedene Formen der kognitiven Umbewertung wie z. B. soziale Abwärtsvergleiche bündelt (Filipp et al., 1990), sowie „aktives Herangehen“ und „Distanzieren“ (Faller et al., 1994).

In der Bewältigungsforschung außerhalb des Belastungskontextes Krankheit wurde die Frage nach Moderatoren der Effekte des Bewältigungsverhaltens vor allem im Zusammenhang mit der Frage der Adaptivität von *Verleugnung* und anderen „suppressiven“ Bewältigungsformen diskutiert. Die metaanalytischen Befunde von Suls und Fletcher (1985) legen nahe, daß die Effektivität dieser Bewältigungsformen im Visavis unterschiedlichster Ereignisse durch die zeitliche Erstreckung der Belastung bzw. die Persistenz dieser Reaktionsformen moderiert wird: Während sich suppressive Bewältigungsformen kurzfristig positiv auf die Befindlichkeit auswirken sollen, scheint sich unter langfristiger Perspektive eine Wirkungsumkehr zugunsten negativer Effekte zu vollziehen. Mit dieser Perspektive in Einklang zu bringen sind auch einige neuere Befunde wie die von Stanton und Snider (1993), denen zufolge die Intensität von kognitiven Vermeidungsstrategien vor Biopsie den Grad psychischer Beanspruchung (*distress*) von Brustkrebs-Patientinnen erst zu späteren Zeitpunkten (Mitteilung der Diagnose; chirurgische Primarbehandlung) vorhersagte. In einer ähnlich angelegten Studie an einer vergleichbaren Stichprobe (Carver et al., 1993) fanden sich enge positive Zusammenhänge zwischen Verleugnung (*denial*) und Beanspruchung bei synchroner Analyse im engeren zeitlichen Kontext der chirurgischen Primarbehandlung, nicht aber nach Ablauf eines halben Jahres nach Operation.

Bevor der Wert suppressiver Bewältigungsformen in der Auseinandersetzung mit Krebserkrankungen schlüssig beurteilt werden kann, gilt es, (1) Konstrukte wie das der „Leugnung“ differenzierter zu konzeptualisieren und zu messen, (2) Belastungskontexte, Zeitintervalle und Teilpopulationen, hinsichtlich derer suppressive Bewältigungsformen als „effektiv“ identifiziert wurden (oder werden sollen), präziser zu bestimmen und (3) im Auge zu behalten, daß die üblicherweise angenommenen *linearen* Modelle für eine valide Abbildung von Bewältigungseffekten u. U. zu einfach sind (vgl. Dunkel-Schetter et al., 1992).

### *Merkmale des Krankheitsverlaufs*

In neueren psychoonkologischen Studien wurde der Frage, welchen Einfluß psychosoziale Merkmale von Krebspatienten auf den medizinischen Krankheitsverlauf (Rezidivität, Metastasierung, Mortalität, aber auch Immunstatus) besitzen, besondere Aufmerksamkeit zuteil (vgl. Andersen, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1994). Unter den Formen des Bewältigungsverhaltens standen dabei wiederum *Verleugnung* und, konzeptuell zum Teil ähnlich gefaßt, Maße des *Affektausdrucks* (insbesondere Ausdruck negativer Emotionen) im Vordergrund (vgl. Gross, 1989).

Die Ende der 70er Jahre durchgeführten klassischen prospektiven Studien (Derogatis, Abeloff & Melisaratos, 1979; Greer et al., 1979; Rogentine et al., 1979) verfolgten dabei in einem Quasi-Längsschnitt jeweils eine klinisch-prognostisch relativ homogene Gruppe von Krebspatienten (Mammakarzinom-Patientinnen bzw. Patienten mit malignen Melanomen) über den Zeitraum eines Jahres nach Primarbehandlung. Trotz der z. T. geringen Größe und der Unterschiedlichkeit der Stichproben kamen diese Studien wie auch nachfolgende Untersuchungen (z. B. Edwards, DiClemente & Samuels, 1985; Temoshok & Fox, 1984) relativ einhellig zu dem Ergebnis, daß hohe Werte für *Verleugnung* und *Unterdrückung negativer Affekte* ungünstigere Krankheitsverläufe vorhersagen. In einigen jüngeren Studien mit ähnlichen Befunden (z. B. Dean & Surtees, 1989; Hislop, Waxler, Coldman, Elwood & Kan, 1987; Jensen, 1987) war zudem eine Vielzahl klinisch-prognostischer, demographischer und psychosozialer Variablen statistisch kontrolliert worden.

Demgegenüber konnten in einer Studie an Patienten mit *fortgeschrittenen* Krebserkrankungen (Cassileth, Lusk, Miller, Brown & Miller, 1985) längsschnittlich keine Effekte psychosozialer Variablen auf den Krankheitsverlauf festgestellt werden. Auch Buddeberg et al. (1991) schließen aus ihren Ergebnissen, daß die untersuchten Merkmale des Bewältigungsverhaltens keine Bedeutung für die Vorhersage des Krankheitsverlaufs von Brustkrebs-Patientinnen besitzen.

Kritischen Kommentaren aus methodischer Perspektive (z. B. Dean & Surtees, 1989; Levy & Heiden, 1990; Ziegler, 1984) ist darin zuzustimmen, daß die operationale Erfassung der untersuchten Bewältigungsformen (und hier insbesondere von „Verleugnung“, s. o.) in verschiedenen Untersuchungen so undifferenziert vorgenommen wurde, daß die hier berichteten Befunde trotz ihrer hohen Konvergenz nur vorsichtig interpretiert werden dürfen. So haben etwa Greer et al. (1979; Pettingale, 1984) die Kategorien „*denial*“ und „*fighting spirit*“ in ihrem Auswertungsplan aufgrund zu geringer Zellbesetzungen kombiniert; da es sich hier aber offensichtlich um unterschiedliche Bewältigungsformen handelt, die von den Autoren ja zunächst auch *als alternative* Bewältigungstypen konzeptualisiert worden waren, kann aus den Ergebnissen nicht erschlossen werden, ob beide oder nur eine dieser Bewältigungsformen als „effektiv“ im Hinblick auf den Krankheitsverlauf angesehen werden muß. Dean und Surtees (1989), die dieses inhaltsanalytische Klassifikationsschema ebenfalls verwendeten, konnten die von Greer et al. (1979) berichteten Effekte für „*fighting spirit*“ nicht replizieren und beobachteten darüber hinaus erhebliche Schwankungen im Bewältigungsverhalten ihrer Patienten über die Zeit. Die Operationalisierung von Verleugnung und Affektunterdrückung erfordert zweifellos

eine *multimodale* Erfassungstrategie, die ansatzweise in einigen Untersuchungen (z. B. Derogatis et al., 1979) auch realisiert wurde. Ferner ist zu bemerken, daß viele der beobachteten statistischen Effekte entweder nicht sehr stark waren oder sich in *follow up*-Erhebungen als instabil erwiesen (z. B. Temoshok & Fox, 1984).

Dennoch ist nicht von der Hand zu weisen, daß der Ausdruck negativer Affekte (zumindest zum Zeitpunkt der Diagnose) eine im Hinblick auf den Krankheitsverlauf günstige Reaktion darzustellen scheint (Gross, 1989). Nicht zuletzt werden auf diesem Wege auch Unterstützungsbemühungen des sozialen Umfeldes mobilisiert (Dean & Surtees, 1989). Weitgehend unbekannt sind gleichwohl die Wirkmechanismen, die zwischen suppressivem Bewältigungsverhalten auf der einen und Rezidivität/Metastasierung auf der anderen Seite vermitteln sollen.

Einige Studien legen die Vermutung nahe, daß immunologische Parameter das fehlende Glied in dieser vermuteten Kausalkette darstellen. So fanden Levy et al. (1990), daß *die aktive Suche nach sozialer Unterstützung* (gemessen über die entsprechende Skala der WCCL) ebenso wie das *Ausmaß wahrgenommener Unterstützung* zur Vorhersage der NK-Zellen-Aktivität bei Brustkrebs-Patientinnen beitragen konnte. Allerdings konnte in diesen Studien oft kein weiterer Zusammenhang zwischen Immunstatus und Progression der Krebserkrankung nachgewiesen werden (vgl. Levenson & Bemis, 1991).

## Diskussion

Die psychologische Forschung zum Bewältigungsverhalten von Krebspatienten hat, wie die vergangenen Abschnitte angedeutet haben, eine Fülle von Einzelbefunden erbracht, die hier bei weitem nicht erschöpfend dargestellt werden konnten. Die Vielfalt dieser Ergebnisse wurde anhand dreier Typen von Fragestellungen systematisiert, die deskriptive, bedingungsanalytische bzw. effektanalytische Erkenntnisinteressen betonen.

Wirklich schlüssige Evidenz liegt in Bezug auf keine dieser prototypischen Fragestellungen vor. Die wohl konsistentesten Befunde legen Zusammenhänge zwischen Merkmalen des *Affektausdrucks* und auch der *selektiven Aufmerksamkeit* (bzw. Verleugnung) auf der einen Seite und Merkmalen des Krankheitsverlaufs wie Rezidivität und Metastasierung im Sinne ungünstiger Effekte suppressiver Bewältigungsformen nahe. Gleichwohl leidet gerade dieser enorm wichtige Forschungszweig in besonderem Maße unter der undifferenzierten Konzeptualisierung und Operationalisierung eben dieser Bewältigungsformen. Da hier zumeist keinerlei parallele Stabilitätsuntersuchungen des Bewältigungsverhaltens vorgenommen und zu den *follow up*-Erhebungen allein der medizinische Status der Patienten erfaßt wurde, überwiegt in Effektanalysen hinsichtlich medizinischer Kriterien eine *typologische* Repräsentation von Bewältigungsverhalten, die unseres Erachtens der Komplexität dieses Geschehens nicht gerecht werden kann. Trotzdem zeigen die hier nur kurz diskutierten Befunde in eindrucksvoller Weise, daß individuelles Bewältigungsverhalten für den Verlauf von Krebserkrankungen nicht völlig unerheblich ist; als wie

zentral der Beitrag des Bewältigungsverhaltens einzuschätzen ist, kann aber nur durch weitere Längsschnittuntersuchungen aufgeschlüsselt werden, die eine sorgfältigere multimodale Messung vor dem Hintergrund eines expliziten *konzeptuellen* Systems vornehmen. Dabei sollten unseres Erachtens insbesondere *immunologische* Parameter berücksichtigt werden, um zu schlüssigen Kausalmodellen jener Wirkmechanismen zu gelangen, mittels derer Bewältigungsverhalten Krankheitsverläufe beeinflussen kann (vgl. Andersen et al., 1994).

Die Frage der *kausalen* Position von Bewältigungsverhalten stellt sich noch dringlicher in Studien, die Zusammenhänge mit Merkmalen der emotionalen *Befindlichkeit* von Krebspatienten untersuchen. Wenn nicht schon auf deskriptiver Ebene Befindlichkeitsmerkmale als eine Form des Bewältigungsverhaltens bzw. der „psychischen Reaktion“ auf die Erkrankung definiert und damit empirische Analysen dieser Frage ausgeschlossen wurden, so wurden gerade in retrospektiv angelegten Studien mit nur einer Meßgelegenheit beobachtete Zusammenhänge häufig im Sinne von *Bewältigungseffekten* interpretiert. Die wenigen kausalanalytisch angelegten Studien an onkologischen Stichproben (z. B. Faller et al., 1994; Filipp et al., 1990) haben gezeigt, daß Wirksamkeitshypothesen für jede einzelne untersuchte Bewältigungsform und jeden einzelnen Befindlichkeitsindikator gesondert geprüft werden müssen und daß nicht selten die Befindlichkeitslage von Patienten eher als Determinante der Manifestation von einzelnen Formen des Bewältigungsverhaltens anzusehen ist als umgekehrt. Insbesondere scheint plausibel, daß dysphorische Affekte wie Angst und Niedergeschlagenheit das Bewältigungs-„Repertoire“ von Patienten einschränken können.

Unseres Erachtens ist die Bedeutung einzelner Formen der Krankheitsbewältigung *in der Befindlichkeitsregulation* von Krebspatienten somit trotz einer großen Zahl von Zusammenhangsbefunden weiterhin recht unklar. Im Hinblick auf eine der Kernfragestellungen psychoonkologischer Forschung, nämlich die Erklärung interindividueller Unterschiede in Befindlichkeitsmerkmalen, kann auch *die relative* Bedeutsamkeit von Bewältigungsverhalten im Kontext anderer Erklärungsvariablen (z. B. Progredienz der Erkrankung, Nebeneffekte auf andere Lebensbereiche, soziales Netzwerk und soziale Unterstützung) noch nicht valide abgeschätzt werden. Der zur Zeit zu erkennende „Boom“ der coping-Forschung mag dazu verführen, diese relative Bedeutsamkeit zu überschätzen.

So verwundert nicht, daß die psychoonkologische Forschung zur Krankheitsbewältigung trotz ihrer auf den ersten Blick vielversprechenden Thematik nur wenige in der Interventions- und Rehabilitationspraxis direkt verwertbare Ergebnisse erbracht hat (vgl. Herschbach, 1989). Zu zahlreich sind die methodischen Unzulänglichkeiten, zu undifferenziert und vor allem zu wenig vergleichbar sind die in der Forschung verwendeten deskriptiven Begriffe. Zugleich sind, betrachtet man die eingangs knapp diskutierten Modelle, Zweifel angebracht, ob der einfache Transfer allgemeinpsychologischer Belastungs-Bewältigungs-Modelle auf diesen Kontext den „Bewältigungsgegenstand“ einer lebensbedrohlichen Erkrankung angemessen abbilden kann. Vielversprechend erscheinen uns in dieser Hinsicht Ansätze, die von der Bedeutung einer lebensbedrohlichen Erkrankung für die Überzeugungssysteme des ursprünglich gesunden Menschen ausgehen und darauf aufbauend dessen Versuche beschreiben,

sich an die so einschneidend veränderte Lebenssituation anzupassen und das Bewußtsein der eigenen Endlichkeit zu akzeptieren (z. B. Taylor, 1983, 1989). Diese Ansätze werden auch eher dem von Gerdes (1989) geäußerten Anspruch gerecht, die Existenz Erfahrung von Krebskranken in den Mittelpunkt der psychoonkologischen Forschung zu stellen.

## Literatur

- Aaronson, N.K. & Beckmann, J. (Eds.). (1987). *The quality of life of cancer patients*. New York: Raven.
- Aldwin, C.M. & Revenson, T.A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, **53**, 337-348.
- Aldwin, C., Folkman, S., Schaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R.S. (1980). *Ways of coping: A process measure*. Paper pres. Meetings of the American Psychological Association, Montreal.
- Alexander, P.J., Dinesh, N. & Vidyasagar, M.S. (1993). Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncologica*, **32**, 623-626.
- Andersen, B.L. (1985). Sexual functioning morbidity among cancer survivors: Current status and future research directions. *Cancer*, **55**, 1835-1842.
- Andersen, B.L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **60**, 552-568.
- Andersen, B.L., Kiecolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, **49**, 389-404.
- Aymanns, P. (1992). *Krebserkrankung und Familie: Zur Rolle familialer Unterstützung im Prozeß der Krankheitsbewältigung*. Bern: Huber.
- Aymanns, P. & Filipp, S.-H. (1995). Bewältigungsprozesse bei Krebspatienten: Stabilisierende und moderierende Effekte familialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, **3**, 268-283.
- Aymanns, P., Filipp, S.-H. & Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: Some determinants and adaptive correlates. *British Journal of Social Psychology*, **34**, 107-124.
- Beutel, M. (1985). Zur Erforschung der Verarbeitung chronischer Krankheit: Konzeptualisierung, Operationalisierung und Adaptivität von Abwehrprozessen am Beispiel von Verleugnung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, **35**, 295-302.
- Beutel, M. & Muthny, F.A. (1988). Konzeptualisierung und klinische Erfassung von Krankheitsverarbeitung - Hintergrundtheorien, Methodenprobleme und künftige Möglichkeiten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, **38**, 19-27.
- Boeger, A. (1992). Bewältigung des Todes bei terminal Erkrankten im mittleren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontologie*, **25**, 32-36.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, **5**, 58-67.
- Braukmann, W. & Filipp, S.-H. (1984). Strategien und Techniken der Lebensbewältigung. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Hg.), *Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis* (Bd. 6, S. 52-87). Bern: Huber.

- Breznitz, S. (Ed.). (1983). *The denial of stress*. New York: International Universities Press.
- Broda, M. (1987). *Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Buddeberg, C., Wolf, C., Sieber, M., Riehl-Emde, A., Bergant, A., Steiner, R., Landolt-Ritter, C. & Richter, D. (1991). Coping strategies and course of disease of breast cancer patients: Results of 3-year longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **55**, 151-157.
- Burgess, C., Morris, T. & Pettingale, K.W. (1988). Psychological response to cancer diagnosis - II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *Journal of Psychosomatic Research*, **32**, 263-272.
- Carey, M.P. & Burish, T.G. (1988). Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: A critical review and discussion. *Psychological Bulletin*, **104**, 307-325.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, **65**, 375-390.
- Cassileth, B.R., Lusk, E. J., Srouse, T.B., Miller, D.S., Brown, L.L., Cross, P.A. & Tenaglia, A.N. (1984). Psychosocial status in chronic illness. A comparative analysis of six diagnostic groups. *New England Journal of Medicine*, **311**, 506-511.
- Cassileth, B.R., Lusk, E.J., Miller, D.S., Brown, L.L. & Miller, C. (1985). Psychosocial correlates of survival in advanced malignant disease? *New England Journal of Medicine*, **312**, 1551-1555.
- Cella, D.F., Mahon, S.M. & Donovan, M.I. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioral Medicine*, **16**, 15-22.
- Cohen, F. (1987). Measurement of coping. In S.V. Kasl & C.L. Cooper (Eds.), *Stress and health: Issues in research methodology* (pp. 283-305). Chichester: Wiley.
- Collins, R.L., Taylor, S.E. & Skokan, L.A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspective following victimization. *Social Cognition*, **8**, 263-285.
- Dean, C. (1987). Psychiatric morbidity following mastectomy: Preoperative predictors and types of illness. *Journal of Psychosomatic Research*, **31**, 385-392.
- Dean, C. & Surtees, P.G. (1989). Do psychological factors predict survival in breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, **33**, 561-569.
- Derogatis, L.R., Abeloff, M.D. & Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, **242**, 1504-1508.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M. & Carnicke, C.L.M. (1983). The prevalence of psychiatric symptoms among cancer patients. *Journal of the American Association*, **249**, 751-757.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S.E. & Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, **11**, 79-87.
- D'Zurilla, T.S. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, **78**, 107-126.
- Edwards, J., DiClemente, C. & Samuels, M.C. (1985). Psychological characteristics: A pretreatment survival marker of patients with testicular cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, **3** (1), 79-94.
- Faller, H. Schilling, S. & Lang, H. (1994). Verbessert Coping das emotionale Befinden? Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung mit Bronchialkarzinompatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, **44**, 355-364.

- Feifel, H., Strack, H. & Nagy, V.T. (1987). Degree of life-threat and differential use of coping modes. *Journal of Psychosomatic Research*, **31**, 91-99.
- Felton, B.J. & Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **52**, 343-353.
- Felton, B.J. & Revenson, T.A. (1987). Age differences in coping with chronic illness. *Psychology and Aging*, **2**, 164-170.
- Felton, B.J., Revenson, T.A. & Hinrichsen, G.A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, **18**, 889-898.
- Filipp, S.-H. (1992). Could it be worse? The diagnosis of cancer as a prototype of traumatic life events. In L. Montada, S.-H. Filipp & M.J. Lerner (Eds.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (pp. 23-57). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1987). Die Bedeutung sozialer und personaler Ressourcen in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, **16**, 1-14.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1995). Bewältigungsverhalten (coping). In R. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, T. von Uexküll & W. Wesiack (Hg.), *Psychosomatische Medizin* (5. Aufl., S. 277-290). München: Urban & Schwarzenberg.
- Filipp, S.-H., Fening, D., Freudenberg, E. & Klauer, T. (1988). Affektiv-motivationale Korrelate von Formen der Krankheitsbewältigung: Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie mit Krebspatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, **38**, 37-42.
- Filipp, S.-H. & Klauer, T. (1988). Ein dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Formen der Krankheitsbewältigung. In H. Kächele & W. Steffens (Hg.), *Bewältigung und Abwehr-Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie körperlicher Krankheiten* (S. 51-68). Berlin: Springer.
- Filipp, S.-H. & Klauer, T. (1991). Subjective well-being in the face of critical life events: The case of successful copers. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Eds.), *The social psychology of subjective well-being* (pp. 213-234). Oxford: Pergamon.
- Filipp, S.-H., Klauer, T., Freudenberg, E. & Ferring, D. (1990). The regulation of subjective well-being in cancer patients: An analysis of coping effectiveness. *Psychology and Health*, **4**, 305-317.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, **21**, 219-239.
- Frischenschlager, O., Brömmel, B. & Russinger, U. (1992). Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker: Eine methodenkritische Literaturübersicht (Stand: Dezember 1990). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, **42**, 206-213.
- Gaus, E. & Köhle, K. (1990). Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei lebensbedrohlich Erkrankten. In R. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, T. von Uexküll & W. Wesiack (Hg.), *Psychosomatische Medizin* (4. Aufl., S. 1135-1151) München: Urban & Schwarzenberg.
- Gerdes, N. (1989). Desiderate an die künftige psychoonkologische Forschung. In R. Verres & M. Hasenbring (Hg.), *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Bd. 3: Psychosoziale Onkologie, S. 274-282). Berlin: Springer.
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, **8146 II.**, 785-787.
- Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science and Medicine*, **28**, 1239-1248.

- Hasenbring, M. (1988). Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In H. Kachele & W. Steffens (Hg.), **Bewältigung und Abwehr -Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten** (S. 105-131). Berlin: Springer.
- Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? **Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**, **38**, 8-18.
- Heim, E., Augustiny, K. & Blaser, A. (1983). Krankheitsbewältigung (Coping) - ein integriertes Modell. **Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**, **33** (Sonderheft), 3, 540.
- Heim, E., Augustiny, K., Blaser, A. & Schaffner, L. (1991). **Berner Bewältigungsformen (BEFO)**. Bern: Huber.
- Heim, E., Augustiny, K., Schaffner, L. & Valach, L. (1993). Coping with breast cancer over time and Situation. **Journal of Psychosomatic Research**, **37**, 523-542.
- Herschbach, P. (1985). **Psychosoziale Probleme und Bewältigungsstrategien von Brust- und Genitalkrebspatientinnen**. München: Röttger.
- Herschbach, P. (1989). Psychoonkologische Forschung - Was hat sie für den Umgang mit Krebskranken gebracht? In R. Verres & M. Hasenbring (Hg.), **Jahrbuch der Medizinischen Psychologie** (Bd. 3: Psychosoziale Onkologie, S. 265-272). Berlin: Springer.
- Herschbach, P. & Henrich, G. (1987). Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. **Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**, **37**, 185-192.
- Hislop, T.G., Waxler, N.E., Coldman, A.J., Elwood, J.M. & Kan, L. (1987). The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. **Journal of Chronic Diseases**, **40**, 729-735.
- Horowitz, M.J. (1979). Psychological responses to serious life events. In V. Hamilton & D.M. Warburton (Eds.), **Human stress and cognition** (pp. 235-264). Chichester: Wiley.
- Jensen, M.R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. **Journal of Personality**, **55**, 317-342.
- Klauer, T. (1994). **Veränderungserleben und Krankheitsbewältigung: Eine Studie kognitiver Adaptation**. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Klauer, T., Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1989). Zur Spezifität der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Eine vergleichende Analyse dreier diagnostischer Gruppen. **Zeitschrift für Klinische Psychologie**, **18**, 144-158.
- Klauer, T. & Filipp, S.-H. (1993). **Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK)**. Göttingen: Hogrefe.
- Klauer, T., Filipp, S.-H. & Ferring, D. (1989). Der „Fragebogen zur Erfassung von Formen der Krankheitsbewältigung“ (FEKB): Skalenkonstruktion und erste Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität. **Diagnostica**, **35**, 316-335.
- Kneier, A.W. & Temoshok, L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. **Journal of Psychosomatic Research**, **28**, 145-155.
- Koch, U. & Schmeling, C. (1982). **Betreuung von Tod- und Schwerkranken: Ausbildungskurs für Ärzte und Krankenhauspflegepersonal**. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kübler-Ross, E. (1969). **On death and dying**. New York: Macmillan.
- Lazarus, R.S. (1966). **Psychological stress and the coping process**. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.), **Perspectives in interactional psychology** (pp. 287-327). New York: Plenum.

- Levenson, J.L. & Bemis, C. (1991). The role of psychological factors in cancer onset and Progression. *Psychosomatics*, **32**, 124-132.
- Levy, S.M. & Heiden, L.A. (1990). Personality and social factors in cancer outcome. In H.S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 254-279). New York: Wiley.
- Levy, S.M., Herherman, R.B., Maluish, A.M., Schlien, B. & Lippman, M. (1985). Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioural and immunological parameters. *Health Psychology*, **4**, 99-113.
- Ley, S.M., Herherman, R.B., Whiteside, T., Sanzo, K., Lee, J. & Kirkwood, J. (1990). Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, **52**, 73-85.
- McGuire, D.B. & Yarbro, C.H. (Eds.). (1987). *Cancer pain management*. Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Meier, P. (1992). *Sinnsuche und Sinnfindung im Umfeld eines kritischen Lebensereignisses*. Regensburg: Roderer.
- Meyer, T.J. & Mark, M.M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, **14**, 101-108.
- Meyerowitz, B.E. (1982). Postmastectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, **2**, 117-132.
- Meyerowitz, B.E. Heimich, R.L. & Schag, C.C. (1983). A competency-based approach to coping with cancer. In T.G. Burish & L.A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease. Research and applications* (pp. 137-158). New York: Academic Press.
- Morris, T., Greer, H.S. & White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy: A two-year follow-up study. *Cancer*, **40**, 2381-2387.
- Muthny, F.A. (1989a). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) - Manual*. Weinheim: Beltz.
- Muthny, F.A. (1989b). Erfahrungen mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). In R. Verres & M. Hasenbring (Hg.), *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Bd. 3: Psychosoziale Onkologie, S. 86-100). Berlin: Springer.
- Muthny, F.A., Bechtel, M. & Spaete, M. (1992). Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse-, und MS-Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, **42**, 41-53.
- O'Malley, J.E., Koocher, G., Foster, D. & Slavin, L. (1979) Psychiatric sequelae of surviving childhood cancer. *American Journal of Orthopsychiatry*, **49**, 608-616.
- Patterson, J.M. & McCubbin, H.J. (1983). Chronic illness: Family stress and coping. In C.R. Figley & H.R. McCubbin (Eds.), *Stress and the family* (Vol. 2: Coping with catastrophe, pp. 21-36). New York: Brunner/Mazel.
- Pettingale, K.W. (1984). Coping and cancer prognosis. *Journal of Psychosomatic Research*, **28**, 363-364.
- Pettingale, L.W., Burgess, C. & Greer, S. (1988). Psychological response to cancer diagnosis - I. Correlations with prognostic variables. *Journal of Psychosomatic Research*, **32**, 255-261.
- Quinn, M.E., Fontana, A.F. & Reznikoff, M. (1986) Psychological distress in reaction to lung cancer as a function of spousal support and coping strategy. *Journal of Psychosocial Oncology*, **4** (4) 79-90.
- Ray, C., Lindop, J. & Gibson, S. (1982). The concept of coping. *Psychological Medicine*, **12**, 385-395.

- Rogentine, G.N., van Kammen, D.P., Fox, B.H., Docherty, J.P., Rosenblatt, Y.E., Boyd, S.G. & Bunney, W.E. (1979). Prospective factors in the prognosis of malignant melanoma: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, **41**, 647-655.
- Schaffner, L. (1994). Psychosoziale Interventionen bei Krebspatienten - Eine Übersicht. In E. Heim & M. Perrez (Hg.), *Krankheitsverarbeitung*. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie (Bd. 10, S. 170-191). Göttingen: Hogrefe.
- Schag, C.C., Heinrich, R.L. & Ganz, P.A. (1983). Cancer inventory of problem solving situations: An instrument for assessing cancer patients' rehabilitation needs. *Journal of Psychosocial Oncology* **1** (4), 11-25.
- Schröder, A. (1984). *Psychische Bewältigungsstrategien bei Brustkrebspatientinnen*. Frankfurt: Lang.
- Sellschopp, A. (1989). Die gegenwärtige Lage der Psychoonkologie. In R. Verres & M. Hasenbring (Hg.), *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Bd. 3: Psychosoziale Onkologie, S. 3-16). Berlin: Springer.
- Shontz, F.C. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: Macmillan.
- Sieber, M., Buddeberg, C. & Wolf, C. (1991). Reliabilität und Validität des Zürcher Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (ZKV-R). *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, **142**, 553-567.
- Starrton, A.L. & Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, **12**, 16-23.
- Stewart, A.J. (1982). The course of individual adaptation to life changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, **42**, 1100-1113.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A metaanalysis. *Health Psychology*, **4**, 249-288.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, **38**, 1161-1173.
- Taylor, S.E. (1989). *Positive illusions: Creative selfdeception and the healthy mind*. New York: Basic Books.
- Taylor, S.E., Wood, J.V. & Lichtman, R.R. (1983). It could be worse: Selective evaluation as a response to victimization. *Journal of Social Issues*, **39** (2) 19-40.
- Temoshok, L. & Fox, B.H. (1984). Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. In B.H. Fox & B.H. Newbeny (Eds.), *Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity* (pp. 258-287). Lewiston: Hogrefe.
- Thoits, P. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **54**, 416-423.
- Trijtsburg, R.W., van Knippenberg, F.C.E. & Rijpma, S.E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: A *critical* review. *Psychosomatic Medicine*, **54**, 489-517.
- Turk, D.C., Sobel, H.J., Follick, M. & Youkilis, H.D. (1980). A sequential criterion analysis for assessing coping with chronic illness. *Journal of Human Stress*, **6** (2) 35-40.
- Ulrich, A. (1987). *Krebsstation: Belastung der Helfer. Eine empirische Studie an Kliniken in Bayern*. Frankfurt: Lang.
- Watson, M., Greer, S., Blake, S. & Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer: Relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer*, **53**, 2008-2012.
- Weber, H. (1994). Effektivität von Bewältigung: Kriterien, Methoden, Urteile. In E. Heim & M. Perrez (Hg.), *Krankheitsverarbeitung*. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie (Bd. 10, S. 49-62). Göttingen: Hogrefe.

- Weisman, A.D. (1979). **Coping with cancer**. New York: McGraw-Hill.
- Weisman, A.D. & Worden, J.W. (1985). The emotional impact of recurrent cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, **3** (4), 5-16.
- Wood, J.V, Taylor, S.E. & Lichtman, R.R. (1985). Social comparison in adjustment to breast cancer. **Journal of Personality and Social Psychology**, **49**, 1169-1183.
- Wool, M.S. & Goldberg, R.J. (1986). Assessment of denial in cancer patients: Implications for intervention. **Journal of Psychosocial Oncology**, **4** (3), 1-14.
- Wortman, C.B. (1983). Coping with victimization: Conclusions and implications for future research. **Journal of Social Issues**, **39** (2) 195-221.
- Wortman, C.B. (1984). Social support and the cancer patient: Conceptual and methodological issues. **Cancer**, **53**, 2339-2360.
- Wortman, C.B. & Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis. **Journal of Social Issues**, **35** (1), 120-155.
- Wortman, C.B. & Silver, R.C. (1989). The myths of coping with loss. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **57**, 349-357.
- Ziegler, G. (1984). **Psychosomatische Aspekte der Onkologie** (3. Aufl.). Stuttgart: Institut für Psychosomatische Forschung.
- Ziegler, G., Pulwer, R. & Koloscek, D. (1984). Psychische Reaktionen und Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten - erste Ergebnisse. **Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**, **34**, 44-49.