



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Wie gehen Krebspatientinnen und -  
patienten und ihre Partner mit  
psychosozialen Reaktionen auf die  
Erkrankung um, und welche Interventionen  
können sie darin unterstützen?“

Verfasserin

Nina Kuzniar

Angestrebter akademischer Grad

Magistra

Wien, im Oktober 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Maya Shaha, PhD, RN;



## **Inhaltsverzeichnis**

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| <u>1. Einleitung</u> .....                             | 3  |
| 1.1. Problembeschreibung.....                          | 3  |
| 1.2. Forschungsfrage.....                              | 6  |
| 1.3. Ziel und Zweck der Arbeit.....                    | 7  |
| <br><u>2. Theoretischer Rahmen</u> .....               | 8  |
| <br><u>3. Literaturhintergrund</u> .....               | 12 |
| <br><u>4. Methode</u> .....                            | 25 |
| <br><u>5. Resultate</u> .....                          | 30 |
| <br><u>6. Diskussion</u> .....                         | 38 |
| 6.1. Bezug der Resultate zum Literaturhintergrund..... | 38 |
| 6.2. Bezug der Resultate zum theoretischen Rahmen..... | 41 |
| 6.3. Bezug der Resultate zur Forschungsfrage.....      | 44 |
| 6.4. Stärken und Schwächen der Arbeit.....             | 50 |
| 6.5. Implikationen für die Praxis.....                 | 53 |
| <br><u>7. Schlussfolgerungen</u> .....                 | 56 |
| <br><u>8. Literaturverzeichnis</u> .....               | 58 |
| <br><u>9. Anhang</u>                                   |    |
| - 9.1. Tabelle.....                                    | 1  |
| - 9.2. Abstract (englisch/deutsch).....                | 16 |
| - 9.3. Lebenslauf.....                                 | 18 |

## 1. Einleitung

Krebs ist in der heutigen Zeit sicher einer der meist gefürchteten Krankheiten der Menschheit. Es gibt unzählige, oft schleichend verlaufende Arten, die nicht selten tödlich enden. Laut „Statistik Austria“ erkranken pro Jahr etwa 36.000 Österreicher und Österreicherinnen neu an der Krankheit; man kann sich vorstellen, dass ähnliche Relationen auch auf den Rest der Weltbevölkerung zutreffen. (Statistik Austria, 2009) Keine Person kann sich wirklich zu hundert Prozent davor schützen.

### 1.1. Problembeschreibung

Den Schock einer tatsächlichen Diagnose verarbeitet jede und jeder Betroffene anders- eine Fülle an verschiedenen Emotionen, die über die erkrankte Person hereinbrechen, sind durchaus nachvollziehbar. Psychosoziale Reaktionen wie Angst, Ärger, Hilflosigkeit, Traurigkeit, Scham, Verlustängste und dergleichen sind überaus typisch, können aber auch zu erheblichem negativen Stress, also Distress, führen. (Barraclough, 1999) Solche negativen Stimmungen führen nicht selten wiederum zu vermehrter Angst und größerem Ärger bei den Betroffenen. (Julkunen et al., 2009).

Nun, die psychische Antwort auf so ein einschneidendes Erlebnis hängt von vielerlei Faktoren ab: vom medizinischen Verständnis des Betroffenen, vom Alter, vom Geschlecht und der sozialen Situation des Patienten, der Krebsart, den bisherigen körperlichen Beschwerden, der persönlichen Einstellung zu „Krankheit“, und so fort.

Ein junger Mensch ist angesichts seines noch bevorstehenden Lebens verständlicherweise in höherem Maße gestresst als ein älterer Mensch. Im umgekehrten Fall fürchten Senioren oft, alleine sterben zu müssen. (Barraclough, 1999)

Man darf auch nicht vergessen, dass sich die PatientInnen, zusätzlich zu den überwältigenden Gefühlen, auch noch einer bevorstehenden Therapie bewusst sind, welche das Leben immens beeinträchtigt. Oftmals bedeutet das Wissen um diese aggressive Krankheitsbekämpfung einen weiteren Schlag in die Magengrube. (Schmid- Büchi et al., 2008)

Generell gibt es zwei Arten, mit der Erkrankung umzugehen- aktives und passives Coping. Ersteres zeichnet sich durch einen gewissen Kampfgeist des Patienten aus, dieser informiert sich sehr genau über Behandlungsmethoden, schließt sich einer Selbsthilfegruppe an, will sein Leben voll auskosten und dem vielleicht neuen Sinn geben. Passives Coping beschreibt sich eher durch Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit. Passive Patienten überlassen diverse Entscheidungen den Ärzten und denken eher ans Aufgeben ihrer Selbst, zeigen wenig bis keine Eigeninitiative und sehen die Krebserkrankung als ihr Schicksal. Dieser Coping- Stil führt eher als der andere zu verstärkten Angstgefühlen oder depressiven Verstimmungen.

Psychologisch gesehen ist aber normal, dass nach dem ersten Diagnose- Schock, quasi als Selbstschutzmechanismus, die Tatsache der ernsthaften Erkrankung verdrängt wird. Wenn dies allerdings länger anhält, kann es eine erhebliche Quelle von Problemen für sich und andere darstellen, da Verdrängung mit schlechter Compliance einhergeht. (Barraclough, 1999)

Coping ist aber niemals ein Prozess einer einzelnen Person, es bezieht auch immer das Umfeld mit ein. Denn da auch eine Diagnose die gesamte Familie beeinflusst, ist auch die Bewältigung der Krankheit an die Partner gebunden. (Morgan, 2009)

Denn egal, welcher Typ von Mensch, wie alt oder wie jung, ob Mann oder Frau- jeder braucht in Zeiten der Krise Unterstützung. Diese „helfende Hand“ ist meistens die Familie, oftmals eben der Lebenspartner. Dieser durchlebt mit dem Patienten die Höhen und Tiefen der Krankheit, spendet Trost und pflegt, in psychischer und physischer Form zugleich.

Auch dieser Mensch an der Seite der Betroffenen durchlebt die emotionale Achterbahn, hat Ängste und Sorgen. Er leidet gewissermaßen an einer Doppelbelastung und muss für beide Personen den Ballast tragen und das Leben meistern. Oft leidet der Partner unbemerkt an erheblichem Distress, da ihm die Last zu groß wird. Andererseits gibt es auch Fälle, in welchen die Partnerschaft durch die Krise einer Erkrankung gestärkt wird und das Paar wieder enger zusammenwächst. Das Leben bedeutet für den pflegenden, unterstützenden Lebenspartner oft auch einen Rollenwechsel- man muss, zusätzlich zu den eigenen Aufgaben, auch für diese aufkommen, die normalerweise der kranke Partner erledigt. Vor allem Männer fühlen sich dann mit dem ganzen Haushalt schnell überfordert, was auch desöfteren Probleme aufwerfen kann. Tut man zuviel oder zuwenig für den anderen? Meistens ist es sehr schwierig für das Paar, die richtige Balance zu finden. (Barracclough, 1999)

## 1.2. Forschungsfrage

In der Literatur gibt es etliche Studien, die sich mit der Krankheitsbewältigung von KrebspatientInnen und/oder Partnern auseinandersetzen, doch meistens werden die emotionalen Aspekte ohne Tiefgang nur am Rande betrachtet. Auch gibt es zahlreiche Publikationen, die sich mit Interventionen beschäftigen, welche den KrebspatientInnen und/oder den Partnern bei der Bewältigung helfen wollen, unter anderem durch Gesprächstherapien oder ähnliches.

Doch was in der deutschsprachigen Literatur auf jeden Fall fehlt, ist eine Zusammenfassung all dieser Themen, also die Aspekte, wie Krebspatienten und –patientinnen mit den Emotionen und dem Distress, erzeugt durch die Erkrankung, umgehen und welche Möglichkeiten es gibt, ihnen und ihren Partnern bei der Bewältigung und Verarbeitung zu helfen. Meine Forschungsfrage lautet demnach:

*„Wie gehen Krebspatientinnen und -patienten und ihre Partner mit psychosozialen Reaktionen auf die Erkrankung um, und welche Interventionen können sie darin unterstützen?“*

### 1.3. Ziel und Zweck der Arbeit

Wie gesagt, gibt es in der deutschen Forschungslandschaft dazu noch eher spärliche Ergebnisse und Erkenntnisse, und diesem Problem möchte ich mit dieser Arbeit entgegenwirken, indem ich die bisherigen Erkenntnisse aus der internationalen Literatur zusammentrage und in nur einem Schriftstück zusammenfasse. Ich werde Studien anführen, welche mit den verschiedensten Gesprächstherapien, Gruppentherapien oder anderen Möglichkeiten bei der emotionalen Bewältigung dieser Krankheit Erfolge erzielt haben, um für Interessierte eine Arbeit zu schaffen, die die wichtigsten Erkenntnisse zusammenträgt. Eine Arbeit, die es so im mitteleuropäischen Raum nicht gibt.

Somit wird ermöglicht, dass international erfolgreiche Strategien zur mentalen Bewältigung einer Krebserkrankung auch den Weg in unseren Sprachraum finden. Die nationalen WissenschaftlerInnen und ForscherInnen könnten zu neuen Denkweisen angestoßen werden, neue Methoden in die Praxis zu implementieren oder neue Konzepte zu entwickeln. Somit könnte dies eine Hilfestellung für das Gesundheitspersonal sein, da man durchaus eventuelle Pflegestandards oder Guidelines auf Basis der verschiedenen Therapiemöglichkeiten entwickeln könnte.

Denn meiner Meinung nach wurde noch nicht genug Augenmerk darauf gelegt, wie man KrebspatientInnen in dieser schwierigen Zeit emotional helfen kann.

## 2. Theoretischer Rahmen

Durch den Fokus auf die psychosozialen Reaktionen auf eine Krebserkrankung bewege ich mich hier vorwiegend auf dem Gebiet der Psychoonkologie. Die Erkrankung stellt eine enorme psychische Belastung für die Patienten und Patientinnen dar, und es rückt immer mehr in den Vordergrund, wie Menschen mit dieser Krankheit umgehen und wie man ihnen in dieser schwierigen Zeit helfen könnte.

Als Bezugsrahmen für diese Arbeit dient das Buch „Psychoonkologische Interventionen- Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse“ von Wolfgang Larbig und Volker Tschuschke (2000). Hier wird beschrieben, dass in der psychoonkologischen Forschung der Fokus auf den Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Betroffenen und eben ihre Bezugspersonen liegt, wie auch auf den verschiedenen Bewältigungsansätzen mit deren Auswirkungen auf Körper und Psyche. Die Ziele der Psychoonkologie sind unter anderem die Reduktion von Distress, krankheits- und behandlungsbedingter Ängste und die Stärkung von individuellen Copingstrategien.

Fakt ist- betroffene Menschen brauchen Unterstützung, sowohl sozial als auch psychosozial. Für letzteres eignen sich beispielsweise Gesprächstherapien, familienzentrierte Therapien oder Verhaltenstherapien hervorragend, da man hierbei die individuellen Bewältigungsansätze der Patienten stärken kann und ihnen somit zu einem besseren mentalen Wohlergehen verhelfen kann. Bei Larbig und Tschuschke werden verschiedene hilfreiche Interventionen behandelt:

Erstens edukative Methoden, welche vor allem aus Information bestehen- über die Erkrankung selbst, über diverse Behandlungsmöglichkeiten und über Bewältigungsstrategien. Denn „durch dieses therapeutische Vorgehen wird die bedrohliche Perspektive der Krankheitssituation im Sinne einer Neubewertung entschärft“. (Larbig, Tschuschke 2000, Seite 56)

Zweitens wird die individuelle psychotherapeutische Intervention beschrieben, die auf emotionaler und sozialer Unterstützung, Beratung und Empathie für die Einzelperson basiert. Die Erfolge einer solchen Intervention sind bereits erwiesen, die PatientInnen leiden weniger unter Stress, Angst oder Depression und zeigen einen gesunden Kampfgeist.

Als dritte Möglichkeit gibt es die psychotherapeutische Gruppenintervention, die, wie der Name schon sagt, in einer Gruppe von betroffenen Personen stattfindet. PatientInnen befinden dies als stützend und hilfreich, da sie sich untereinander austauschen können und auf diese Weise sehen, dass sie mit ihrem Schicksal nicht alleine sind.

Im Allgemeinen wird vermutet, dass es eine Beziehung zwischen psychischem Wohlbefinden und körperlicher Gesundheit gibt, doch die Ergebnisse von Studien, welche dieses Thema behandeln, sind sehr verschieden und recht selten aussagekräftig. Doch es wurde herausgefunden, dass bei Langzeit- Überlebenden eher positive Einstellungen gegenüber der Erkrankung vorherrschen und dass diese generell mehr Energie zeigten. Personen jedoch, die emotional eher reserviert sind, weisen ein erhöhtes Sterberisiko im Vergleich zu den Anderen auf.

Aber auch Distress scheint sich negativ auf das Überleben auszuwirken, doch für PatientInnen ist es oft schwierig, diesen genau auszudrücken und in Studien ist es oft nicht leicht, ihn adäquat zu messen.

Auch wird beschrieben, dass soziale Isolation ein doppelt so großes Risiko birgt, an irgendeiner Krankheit zu sterben; dies ist vergleichbar mit Nikotinkonsum oder einem erhöhten Cholesterinspiegel. Artikel betreffend die Krebserkrankung bestätigen das- verheiratete Patienten weisen oft bessere Überlebenschancen auf als Singles.

Generell kann man sagen, dass sich effektive psychologische Interventionen positiv auf eine Krebserkrankung auswirken, sowohl körperlich als auch psychisch, sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für die Angehörigen.

Larbig und Tschuschke haben ein psychoedukatives Interventionsmodell entwickelt, das darauf abzielt, das Copingverhalten von KrebspatientInnen zu verbessern. Der edukative Teil besteht darin, leicht verständliche Information über die Erkrankung zu bieten und welche Möglichkeiten es gibt, mit den körperlichen Symptomen umzugehen. Ein weiterer Punkt bei diesem Interventionsprogramm ist das Stressmanagement. Dieses teilt sich in zwei Punkte, erstens die Stresswahrnehmung und zweitens die Möglichkeiten der Stresskontrolle. Zusätzlich werden Entspannungsanweisungen und -übungen gelehrt, die es den Betroffenen ermöglichen, in akuten Stresssituationen den Stressor zu identifizieren, zu eliminieren und den psychischen und physischen Entspannungszustand wiederherzustellen.

Um die Krankheitsbewältigung zu verbessern, ist es von großer Wichtigkeit, folgende vier Komponenten besser wahrzunehmen:

- Optimismus: die Erwartung einer positiven Veränderung
- Praktikabilität: in der Regel gibt es viele verschiedene Bewältigungsmöglichkeiten
- Flexibilität im Einsatz unterschiedlicher Copingreaktionen

- Inanspruchnahme von Hilfen, um weitere Informationen und Unterstützung zu erhalten

Um die Krankheitsbewältigung dann zu verbessern, werden Problemlösungstechniken gelehrt. Man identifiziert Probleme und überlegt, welche Copingstrategien am hilfreichsten für den erkrankten Menschen wären. Es sollte diejenige Strategie zur Umsetzung ausgewählt werden, welche am erfolgversprechendsten ist.

Auch psychologische Unterstützung ist ein wesentlicher Kernpunkt in diesem Modell- diese kann dabei helfen, die Krebserkrankung zu akzeptieren und neue Lebenspläne zu entwickeln. Auch die Bezugspersonen wie Partner und Familie werden, wenn gewünscht, miteinbezogen.

Die Vorteile dieses Interventionsprogramms liegen darin, den Patienten zu ermutigen, eigenverantwortlich zu handeln, sich an die neue Lebenssituation anzupassen und die Emotionen zu verarbeiten.

Sechs Monate nach der Behandlung zeigten sich ein signifikant vermindertes Distresserleben und ein guter Einfluss auf das emotionale Befinden der Patienten. Auch die Bewältigung der Krankheitssituation war deutlich verbessert, da vermehrt effektive Copingstrategien genutzt wurden. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass in dem Maße, in dem aktive Copingstrategien zunahmen, negative Gemütslagen abnahmen. Das Bewältigungsverhalten wurde also durch diese Intervention verbessert.

### 3. Literaturhintergrund

Krebs ist, wie eingangs bereits beschrieben, eine ernsthafte Erkrankung, die eine Fülle von psychosozialen Reaktionen, also Emotionen, nach sich zieht. (Barraclough, 1999)

Wie auch schon gesagt, gibt es verschiedene Möglichkeiten, damit umzugehen und in dieser Hinsicht ist auch jeder Mensch verschieden. Prinzipiell gibt es aber nur zwei Optionen, wie man mit Gefühlen umgeht- man drückt diese aus oder unterdrückt sie. Dies bezeichnet sich als emotionale Expression oder eben Suppression.

Im Allgemeinen wird die Expression von sowohl positiven als auch negativen Gefühlen als besser bewertet, da hiermit ein geringerer Level von Distress einhergeht, ebenso eine höhere Lebensqualität und mehr Hoffnung auf ein gesundes Leben. Die Unterdrückung von Gefühlen jedoch führt jedoch zu höherem Distress bei KrebspatientInnen, wie auch zu Depressionen oder Angstgefühlen. Der offene Umgang mit Emotionen ist auch stark verbunden mit dem Begriff des „fighting spirit“, also Kampfgeist, der Krankheit ins Auge zu sehen und um ein gesundes Dasein zu kämpfen. Auch dieser ist mit einer besseren Lebensqualität und weniger Distress verknüpft. (Cordova et al., 2003)

Eng verbunden mit Expression und Suppression ist auch der Begriff „Typ C- Persönlichkeit“. Dieser bezeichnet einen Copingstil, der sich durch die Eigenschaften kooperativ, nicht durchsetzungsfähig und eher ruhig beschreiben lässt. Diese Persönlichkeitsmerkmale passen zu Personen, die –vor allem negative- Gefühle nicht ausdrücken, doch auch damit sind hohe Stresslevels und Gefühle der Hilflosigkeit verbunden. Als Gegenstück dazu gilt die „Typ A- Persönlichkeit“, basierend auf dem Prinzip der Emotionsausdrückung, die verstärkt aggressiv ist und Wut und ähnliche Gefühle sehr intensiv ausdrückt.

Dieses Verhalten korreliert aber stark mit diversen Herzerkrankungen, wie man sich vorstellen kann. Generell gilt es, zwischen diesen beiden Extremen einen Mittelweg zu finden- auf diese Weise gelangt man am ehesten zum psychischen Normalzustand, der gesund ist. Obwohl es besser ist, emotionalen Ballast abzuwerfen und dies auszudrücken, sollte man dies nicht auf extreme Weise tun, sondern andere Mittel und Wege finden, mit anderen Menschen über das eigene „Innenleben“ zu kommunizieren. Wiederum Menschen, die durch ihren Stolz oder eine gewisse Bescheidenheit nicht über ihre Gefühle oder Probleme reden können, sollten durch diese emotionale Barriere auf jeden Fall noch mehr dazu angeregt werden, ihre Emotionen preiszugeben. Dies ist vor allem durch Familie und Freunde möglich, die in diesem Fall auch sehr offen über ihre Gefühle reden sollten. (Iwamitsu et al., 2005)

Wie wichtig es ist, Ärger und Wut auszudrücken, zeigt eine Studie von J. Julkunen, M. Gustavsson- Lilius und P. Hietanen aus dem Jahr 2009: bei dieser füllten 153 KrebspatientInnen und deren Partner Fragebögen aus, zum Thema Emotionsexpression und Unterstützung des Partners. Die Ergebnisse zeigten, dass Gefühlsunterdrückung mit weniger Unterstützung vom Partner assoziiert war, während die Kontrolle von Wutausbrüchen eindeutig mit größerer Unterstützung korrelierte. Wenn aber das soziale Umfeld eher schwach ist, kommt es zu noch größerer Wut des Betroffenen und somit zu einer geringeren Lebensqualität.

Laut dieser Publikation ist es aber generell für Frauen wichtiger, Hilfe seitens des Lebenspartners zu bekommen, dies ist sogar mit weniger Distress für das weibliche Geschlecht verbunden. Drückt aber der männliche Partner Ärger sehr stark aus, ist dies mit einer allgemein schlechteren mentalen Verfassung der Patientin verbunden- möglicherweise, weil es bei Männern einfach furchteinflößender sein kann als bei Frauen.

Zahlreiche Studien unterstützen den expressiven Stil und weisen auf Hilfsmöglichkeiten hin, wie etwa expressives Schreiben, also das schriftliche Berichten von traumatischen Ereignissen. Diese Bewältigungsform führt zu weniger Distress bei KrebspatientInnen, zu besserer Stimmung und weniger unangenehmen körperlichen Symptomen der Erkrankung. (Baikie, Wilhelm, 2005)

Auch in Selbsthilfeforen im Internet hat sich diese Form bewährt- durch den schriftlichen Austausch von erkrankten Personen untereinander kommt es auch hier zur Expression von Erlebnissen und Gefühlen und dies führt zu vermindertem Risiko einer Depression und höherer Lebensqualität. (Lieberman, Goldstein, 2006).

Unterstützend zum expressiven Copingstil gibt es für KrebspatientInnen auch die Möglichkeit, an einer expressiv-fokussierten Gruppentherapie teilzunehmen. Solche Gesprächstherapien, in denen sich betroffene Personen intensiv unter der Leitung eines Therapeuten untereinander austauschen, sind dafür gedacht, krankheitsbezogene Probleme und Sorgen mitzuteilen und sich durch Reden damit auseinanderzusetzen. Darüber hinaus hilft es den Patienten, ihre existentiellen Bedenken zu nennen und sich daran anzupassen, das soziale Netzwerk zu stärken und familiäre Bindungen zu vertiefen, sowie die körperlichen Beschwerden zu verbessern. Eine solche supportiv- expressive Gruppentherapie kann dazu beitragen, den Distress deutlich zu reduzieren und somit kann ein entspannteres Leben stattfinden. (Classen et al., 2001)

Nun gehen aber Frauen und Männer verschieden mit einer Krankheit um- sie sind auch verschieden anfällig für diverse Erkrankungen. Frauen klagen vielleicht öfter über Krankheit, nehmen die Rolle des Kranken aber auch bereitwilliger an.

Ursache dafür könnte eventuell sein, dass die biologische Beschaffenheit des weiblichen Geschlechts einfach besser dafür gemacht ist, auf den Körper zu achten und eventuelle Krankheitssymptome früher zu erkennen und diese zu bekämpfen. Generell haben Frauen mehr chronische Krankheiten als Männer. Trotzdem wird im Gesundheitswesen manchmal zu wenig auf die Bedürfnisse der Frauen geachtet- in einer Studie über den Gebrauch von Aspirin zur Vorbeugung von kardiovaskulären Krankheiten waren beispielsweise alle Teilnehmer Männer. Nun weiß man nichts über Herzkrankheiten in Verbindung mit Aspirin bei Frauen, da alles nur am männlichen Geschlecht getestet wurde, zumindest in diesem Fall. Generell wird der Forschung speziell für Frauen wenig Beachtung geschenkt, wie beispielsweise über Themen wie postmenopausale Ernährung oder Inkontinenz. Doch in den letzten Jahren haben Gesundheitsforscher zumindest die größten Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern erforscht und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten in Betracht gezogen. (Baider, Bengel, 2001)

In einer Partnerschaft zu sein, bedeutet ein geringeres Mortalitätsrisiko, und doch sind es öfter Frauen, die an depressiven Verstimmungen und Angstgefühlen leiden, obwohl das Harmoniebedürfnis beim weiblichen Geschlecht erfahrungsgemäß höher ist. (Iwamitsu et al., 2005)

Nicht verwunderlich ist dann die Tatsache, dass verheiratet zu sein, vor allem für Männer in Bezug auf die Sterblichkeit von Vorteil ist. Diese sehen die Ehefrau auch als die Person, die körperlich und psychisch für sie sorgt und auf ihre Gesundheit achtet. Frauen sind sich dieser traditionellen Rolle aber auch bewusst und sind bestrebt, den Ehepartner gut zu versorgen. (Baider, Bengel, 2001)

Generell ist aber in Hinsicht auf eine Krebserkrankung der Distress der Partner meistens größer als der der Patienten, doch bei chronisch kranken Frauen treten öfter Angstgefühle und Depressionen auf als bei männlichen Erkrankten. (Barraclough, 1999)

Man muss aber auch erwähnen, dass sich die meisten Ängste vermindern oder gar ganz auflösen, wenn man sich in einer gesunden, gut funktionierenden Partnerschaft befindet. Es scheint hierbei, als bräuchten die Patienten allgemein mehr Nähe und die Partner kümmern sich vermehrt um medizinische Aspekte der Versorgung und Behandlung. Und wie auch oft von diesen kritisiert, erfahren die Pflegenden eher zuwenig Aufmerksamkeit von Freunden, Familie oder den behandelnden Ärzten., vor allem in emotionaler Hinsicht. Kaum jemand sieht die Last- die Pflege und Unterstützung des kranken Partners, finanzielle Schwierigkeiten, Veränderungen im normalen Alltag, Veränderungen des gesamten sozialen Lebens, der Umgang mit dem eigenen Distress und dem des Kranken, und auch die Unsicherheit wegen der Krankheit, die das ganze Leben prägt. (Baider, Bengel, 2001)

Partner sind oft alleine mit ihren Gefühlen und Ängsten, oft ohne Quellen, an die sie sich wenden können oder Personen, die ihnen helfen. Sie fühlen sich oft überwältigt von ihren Gefühlen, wollen aber dennoch sich selbst und die kranke Person vor weiterem Stress bewahren. (Schmid- Büchi et al., 2008)

Doch selbstbewusste Partner sind in der Regel weniger gestresst, ängstlich oder ermüdet und können sich der Pflege auf diese Weise leichter annehmen als andere, gestresste Personen. Sie erleben das ganze auch nicht als schockierenden Schicksalsschlag, sondern wachsen auch gemeinsam mit dem Erkrankten an der neuen Lage, können sich besser unterstützen und erfahren oft einen frischen Wind in der Partnerschaft oder Ehe. (Couper, Bloch et al., 2006)

Doch in manchen Studien scheinen die Distress- Werte der PatientInnen und die der PartnerInnen zu korrelieren- also miteinander zu steigen oder zu sinken. Dies hängt eben auch von der ehelichen Zufriedenheit oder der familiären Funktionstüchtigkeit ab. Ist diese hoch, hält sich der Stress in Grenzen und umgekehrt. (Morgan, 2009) Vor allem ältere Personen scheinen sich besser mit den Veränderungen wegen einer Krankheit abfinden zu können als jüngere, welche oft sehr frustriert und wütend sind. Die größten Ängste sowohl bei Patienten als auch bei den Lebensgefährten sind die Angst vor Krebs selbst, vor der Ausbreitung des Tumors, Furcht vor dem Tod und dem Alleinsein. Und dann noch das Wissen, nicht wirklich viel dazu beitragen zu können, lähmt viele in psychischer Hinsicht.

Nun gibt es aber verschiedene Bewältigungsmechanismen, wie beispielsweise problemzentriertes Coping, die Suche nach Unterstützung, Selbst- Beschuldigung, wunschvolles Denken oder Vermeidung. Männer als Partner wählen oft den Weg des problemzentrierten Ansatzes- wie kann ich helfen und was muss ich machen?-, doch der meiste Stress fällt von ihnen ab, wenn sie Hilfe suchen und jemanden gefunden haben, der ihnen unter die Arme greift. Dann können sie sich auch besser mit der neuen Lage abfinden und sich daran anpassen. Vermeidung hingegen führt vermehrt zu neuen Stressoren und einer insgesamt schlechteren Verfassung bei Partner und Patient. (Carlson et al., 2000a)

Drei kontextuelle Faktoren bestimmen die Weise mit, wie man mit einer Krankheit umgeht: die Art der Erkrankung, das soziale Umfeld und die Persönlichkeit der betroffenen Personen. Vor allem die Charakteristik des aufkommenden Stressors spielt eine wesentliche Rolle bei den Bewältigungsstrategien. Und auch wenn der Stressor ausserhalb einer innigen Beziehung auftritt, hängt viel von der Umwelt ab, wie das Individuum mit dieser Belastung umgeht.

Coping ist mitunter sehr wandelbar- Strategien können sich täglich ändern, können an einem Tag noch hilfreich und nützlich sein und am nächsten Tag schon wieder nicht mehr.

Und einige Bewältigungsmechanismen haben gute Erfolge in einer kleinen Zeitspanne, wirken sich aber auf lange Sicht eher schlecht auf das mentale Wohlbefinden eines Patienten aus. (DeLongis, Holtzman, 2005) Expression von Gefühlen hilft beispielsweise nur dann, wenn das soziale Umfeld auch bereit dazu ist, diese krankheitsbezogenen Themen anzunehmen. (Stanton et al., 2000)

Es wurde auch herausgefunden, dass bei schlechten sozialen Beziehungen oder fehlender sozialer Unterstützung oft nicht hilfreiche Copingstrategien angewendet werden, wie etwa wunschvolles Denken oder Vermeidungsverhalten. Es fehlt den Betroffenen einfach an Biss, effektiv mit der Krankheit umzugehen, wenn familiäre Spannungen oder Streit bestehen. Vor allem depressive Menschen tendieren eher dazu, die dargebotene Unterstützung als unzufriedenstellend zu erfahren und flüchten sich dann auch in erfolglose Mechanismen der Bewältigung. Generell kann man sagen, was für einen Menschen das Beste ist, muss nicht automatisch auch für den anderen das Beste sein- zumindest was das Coping anbelangt. (DeLongis, Holtzman, 2005)

Doch im Falle des Bestehens einer Partnerschaft gibt es das Konzept des dyadischen Copings, also das Bewältigen und Verarbeiten einer Krankheit als Paar. Die betroffenen Personen müssen als Einheit fungieren, müssen nicht nur individuell mit der neuen Situation zurechtkommen, sondern auch die emotionalen Bedürfnisse des Partners berücksichtigen. Dazu gehören gemeinsames Problemlösen, problemfokussierte Kommunikation oder eventuell auch, Sorgen zu verbergen, um die Belastungen des anderen zu vermindern und den Stress zu reduzieren. (Schwarzer, 2002)

Es handelt sich bei dyadischem Coping um die Stresssignale des einen Partners und die darauffolgende Copingreaktion des Anderen. (Morgan, 2009)

Dies bedeutet ein Zusammenspiel von zwei Personen, um die Beziehung zu erhalten oder möglicherweise sogar zu verbessern.

Dafür gibt es drei verschiedene Möglichkeiten: erstens das gemeinsame Coping, das sich durch gemeinsames Problemlösen und große gegenseitige Solidarität auszeichnet. Zweitens das supportive Coping, wo es vor allem darum geht, sich praktische Ratschläge und Tipps zu geben sowie emotionale Unterstützung anzubieten. Und drittens das delegierte dyadische Copingmuster, wo ein Partner die Pflichten und Aufgaben des Anderen übernimmt.

Untersuchungen haben gezeigt, dass eine Übereinstimmung und gute Koordination bei der Bewältigung einer Erkrankung als Paar positive Effekte auf die Partnerschaft oder Ehe hat, ein solches Zusammenspiel führt zu weniger Belastung für beide Betroffenen und zu einer gesteigerten Lebensqualität. (Schwarzer, 2002)

Coping ist ein Prozess, und keine Tatsache, und daher wird nahegelegt, dass sowohl PatientInnen als auch PartnerInnen offen über alles zu kommunizieren, da dies mit optimalen Ergebnissen korreliert.

Dyadisches Coping hat sowohl positive als auch negative Natur: positives, unterstützendes Coping passiert, wenn man sich gegenseitig hilft und füreinander da ist, Rat gibt oder zeigt, dass man an den jeweils anderen glaubt und selbst auch zurückstecken kann. Empathie ist hierbei enorm wichtig. Eine positive Bewältigung resultiert in gegenseitigem Vertrauen und dem Versprechen, auch in schwierigen Zeiten füreinander da zu sein. (Morgan, 2009)

Negative Bewältigung seitens einer Person kann zu diversen partnerschaftlichen Schwierigkeiten führen, und natürlich zu erhöhtem Distress. (Ben-Zur et al., 2001)

Negative Formen von paarbezogener Bewältigung, wie beispielsweise oberflächliches oder feindseliges Coping, können den Krankheitsverlauf stark beeinflussen. Hierbei fehlt unterstützende Tätigkeit, offene Kommunikation wird gemieden und es wird oft eine falsche Fröhlichkeit gespielt, die aber keinem hilft. Die PatientInnen fühlen sich dann zurückgewiesen oder verlassen.

Krebskranke Personen, die Vermeidungstechniken anwenden, tendieren zu großem Distress durch die ständige Unterdrückung der Gefühle und Tatsachen, wodurch sie sich natürlich auch schlechter anpassen können. Mitglieder einer starken Partnerschaft jedoch erleben weniger Stress, egal welche Copingstrategie sie anwenden. Es gibt den Weg des aktiven Engagements, wo sich das Paar offen über Gefühle unterhält und Gedanken ehrlich ausspricht sowie effektiv Probleme löst. Andererseits gibt es die protektive Pufferung- hierbei versteckt man seine Sorgen unter einem gespielten Mantel der Fröhlichkeit, man verleugnet Ängste. Diese Form führt aber zu erheblichem mentalen Unwohlsein. (Morgan, 2009)

Krebs verursacht gewisse Verluste, eingeschränkte Freiheiten in allen möglichen Belangen- dies führt verständlicherweise zu großem Ärger, auch bei Partnern und anderen Familienmitgliedern. (Julkunen et al., 2009)

Besonders wichtig für PartnerInnen sind folgende Themen: mit der eigenen Angst wegen der Krebserkrankung umzugehen, dem kranken Partner zu helfen, mit den emotionalen Konsequenzen fertig zu werden und das normale Leben so gut wie möglich aufrecht zu erhalten und zu managen. Doch wie bereits erwähnt, ist es oft für Paare schwierig, ehrlich miteinander zu reden, aus Angst, etwas zu sagen, das den Anderen verletzt oder schockiert. Die größten Schwierigkeiten entstehen dann, wenn eine Person über die Krankheit und die damit verbundenen Themen reden möchte, und die andere Person nicht.

Doch genau dafür gibt es Paartherapien oder eben paarbezogene Therapien, die am hilfreichsten für diejenigen Krebspatienten sind, die vom gesunden Partner keine oder nur wenig Unterstützung erfahren. Aber auch dies ist geschlechtsspezifisch: die Vorstellung von Unterstützung korreliert bei erkrankten Männern nicht unbedingt mit psychologischem Distress, Frauen jedoch erwarten Unterstützung und fühlen sich durch diese auch besser. Das Gesundheitspersonal sollte auf jeden Fall Paare dazu anregen, positive Copingstrategien zu nutzen und offene Kommunikation zu betreiben, denn dies kann ihnen helfen, einen neuen Sinn in der neuen Erfahrung zu finden. (Morgan, 2009)

In der Literatur gibt es eine Reihe an Interventionen für Krebspatienten, doch auf die Partner wird relativ selten eingegangen. Partner erleben oft einen hohen Grad an Unsicherheit und Hilflosigkeit als Resultat des Kontrollverlustes. Doch Interventionen, die nur auf den pflegenden Partner ausgerichtet sind, erzielen häufig gute Ergebnisse und Erfolge. Bei solchen individuellen Therapien liegt der Fokus meist auf Kommunikation und Problemlösung sowie auf den persönlichen Gefühlen der Partner. Sie lernen, über ihre Emotionen zu sprechen und die Erfahrung anzunehmen. Doch es gibt auch Familientherapien, wo Themen wie Tod, Umgang mit psychischen und physischen Schmerzen, Bedürfnisse von jüngeren Kindern, Intimität, Kultur und Religion behandelt werden, um eine funktionierende Familie herzustellen oder zu bewahren. (Carlson et al., 2000b)

In einer Pilotstudie von Lewis et al. (2008) nahmen 20 Ehemänner von Brustkrebspatientinnen an einer edukativen Beratungsintervention teil, um ihre Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern und ihnen den Umgang mit der Erkrankung der Ehefrau zu erleichtern. Dieses „Helping Her Heal“- Programm bestand aus fünf Sitzungen.

In der ersten ging es vorrangig um die Gefühle des Ehemannes, wie er die Krankheit sieht und damit umgeht. Dies hilft ihm, stressreduzierende Strategien anzuwenden und dadurch seine Frau besser zu unterstützen. In der zweiten Sitzung wurde die Fähigkeit, zuzuhören, verbessert, um der erkrankten Patientin ein größeres Gefühl von Unterstützung zu geben. Die dritte basiert auf der zweiten Sitzung, nur mit stärkerem Fokus auf emotionaler Hilfe für die Frau. Die vierte Sitzung mit einem Berater besteht aus dem Erlernen von non- verbalen Strategien, um sich als Paar nahe zu sein und um die Beziehung zu stärken.

Und in der letzten Therapiesitzung wurden alle Schritte zusammengefasst, die Intervention reflektiert und somit wurde den Ehemännern gezeigt, was sie erreichen können und ihnen somit ein Ansporn gegeben, diese Strategien auch weiter zu verfolgen und selbstbewusst zu sein.

Es wurde mit dieser Intervention gezeigt, dass so ein kurzes, strukturiertes Trainingsprogramm sehr wohl die Fähigkeiten der Ehepartner steigert. Durch den Fokus auf die Reduktion der eigenen Stressoren und Anspannung fiel es den Männern leichter, sich auf die erkrankte Frau zu konzentrieren und diese zu unterstützen. Das Programm gab genaue Wege vor, zu agieren und zu kommunizieren, und die Frauen hatten im Gegenzug dazu das Gefühl, gehört zu werden und Aufmerksamkeit zu bekommen. Aufgrund der kleinen Stichprobe aber besteht durchaus weiterer Forschungsbedarf. (Lewis et al., 2008)

Eine andere Intervention beschreibt die Effekte einer psycho- edukativen Therapie für Ehefrauen von Prostatakrebspatienten. Die Sitzungen vereinten gesundheitsbezogene und psychologische Information, bei letzterer mit Fokus auf Copingstrategien und Stress sowie Kommunikation.

Die Stichprobe bestand aus 60 Frauen, davon 29 in der Interventionsgruppe, das Treffen mit einem Therapeuten einmal pro Woche für eine Stunde, und das sechs Mal. Die Therapie beschreibt sich wie folgt:

Sitzung 1- medizinische Information über Prostatakrebs und Behandlung

Sitzung 2- die Erhaltung einer gesunden Ernährung nach der Behandlung

Sitzung 3- Stress Management und Training von Copingstrategien

Sitzung 4- Erlernen von guter Kommunikation und Erfüllung eigener Wünsche

Sitzung 5- Intimität bewahren und der Umgang mit sexuellen Bedenken

Sitzung 6- Themen des Überlebens (für die Zeit nach der Behandlung)

Die Ehefrauen beschrieben den Erfolg der Intervention in dem Sinne, dass die Erfahrung, einen Mann mit Prostatakrebs zu haben, für sie nun tragbar sei und sie nun besser damit umgehen könnten. Es wurde zwar der gemessene Distress nicht verringert, dies rührt aber laut Autoren eventuell daher, dass die meisten Teilnehmerinnen ohnehin nicht enorm gestresst waren. Die Studie lässt vermuten, dass es für Paare sehr hilfreich ist, Information auf diesem Weg zu bekommen, da man dadurch bessere Kommunikations- und Copingansätze erlernt und dies generell zu einem besseren Leben und Eheleben verhilft. (Manne et al., 2004)

Wie man sieht, ist soziale Unterstützung ein wichtiger Faktor für Paare, und sie sagt auch viel über die eheliche Zufriedenheit selbst aus. Interventionen für Paare beinhalten immer mindestens eine Thematik der folgenden: edukative Information, Copingstrategien oder die Verbesserung der sozialen Unterstützung. Oftmals gibt es als Ergebnisse von Studien schwache oder stark verschiedene Erfolge, das mag aber daran liegen, dass man bisher daran scheiterte, das Coping als Paar richtig zu messen oder den richtigen Zugang dazu zu finden. (Scott et al., 2004)

Nun ist der Literaturhintergrund sehr unterschiedlich aufbereitet- es gibt Interventionsstudien über Distress alleine, manche verknüpft mit Therapien wie etwa expressives Schreiben oder Ähnliches. Es gibt Artikel, die Gefühle behandeln und Artikel, die nur medizinische Aspekte benennen.

Vorhanden sind Publikationen, die sich nur mit PatientInnen beschäftigen und solche, die nur die PartnerInnen betreuen sowie wenige, die beide Seiten beleuchten. Was jedoch eindeutig fehlt, ist eine Arbeit, die all dies miteinander verknüpft und die Ergebnisse zusammenfassend schildert. Genau dies ist aber die Beschreibung dieser meiner Arbeit und genau aus diesem Grund befinde ich es als so wichtig, diese Arbeit zu schreiben- um einen Gesamtüberblick zu bieten über die Emotionen der Betroffenen und wie ihnen am besten geholfen ist.

#### 4. Methode

Dieses Thema, also das Erleben, sowohl von KrebspatientInnen als auch das der Partner, der Erkrankung und die damit verbundenen Interventionen, eignet sich hervorragend für eine systematische Literaturübersicht.

Es gibt etliche Studien, die psychosoziale Reaktionen auf die Krebserkrankung behandeln und es liegen auch zahlreiche Interventionsstudien vor, die mittels verschiedenartiger Therapien der erkrankten Personen, und auch ihren Partnern, helfen. Es erscheint hier also sinnvoll, die vorhandene Literatur zu recherchieren und diese auf Unterschiede in den Interventionen zu überprüfen, um schlussendlich sagen zu können, welche Therapie bei welchem Typ von Mensch am hilfreichsten zur Bewältigung beiträgt. Und natürlich auch, welche verschiedenen Therapien und anderen Interventionen es überhaupt bis dato gibt.

Als erster Schritt wurden also die relevanten Publikationen zum Thema gesucht, vorrangig in den beiden Datenbanken „CINAHL“ (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und „PubMed“, welche eine breite Menge von Studien anzeigten. Einzige Limitation bei der Suche war das Erscheinungsjahr, welches im Zeitraum von 1999 bis 2009 sein sollte.

Nachfolgend die Auflistung der Suchbegriffe und Ergebnisse:

| <b>Suchbegriffe</b>                                                  | <b>Cinahl</b> | <b>PubMed</b> |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Cancer AND emotions                                                  | 425           | 3240          |
| Cancer AND feelings                                                  | 481           | 3692          |
| Cancer AND distress                                                  | 1710          | 3791          |
| Cancer AND psychosocial reactions                                    | 2             | 70            |
| Cancer AND coping                                                    | 2041          | 4152          |
| Cancer AND coping strategies                                         | 286           | 567           |
| Cancer AND emotions AND partners                                     | 23            | 76            |
| Cancer AND feelings AND partners                                     | 28            | 95            |
| Cancer AND distress AND partners                                     | 60            | 97            |
| Cancer AND psychosocial reactions AND partners                       | 1             | 4             |
| Cancer AND coping AND partners                                       | 84            | 160           |
| Cancer AND coping strategies AND partners                            | 22            | 10            |
| Cancer AND psychosocial reactions AND partners AND coping strategies | 1             | -             |
| Cancer AND interventions AND partners                                | 91            | 192           |

Nach einer ersten Durchsicht der Abstracts, also der Zusammenfassungen der Artikel, ergaben sich 29 für diese Arbeit relevante Studien, von denen aber einige wenige selbst Literaturübersichten waren. Einige der Artikel wurden per Internet bestellt, zu einigen war kostenloser Zugang gegeben, bei anderem wiederum kontaktierte ich die Autoren direkt per Mail, mit der Bitte, mir ihre Studien elektronisch zu übermitteln. Zu meiner Freude waren ausnahmslos alle sehr freundlich und kooperativ, schickten mir kostenlos ihre Werke, gaben mir Zugangscode zu ihren Studien im Internet oder schickten mir sofort andere, für das Thema wichtige Studien gleich mit.

Zusätzlich durchforstete ich auch noch die Website scholar.google.at, die zahlreiche wissenschaftliche Server untersucht, mit meinen vorhin genannten Suchbegriffen, um eventuell übersehene Studien auch noch zu sichten. Dies erwies sich als sehr hilfreich, da ich auf diesem Wege auch noch einige Artikel fand.

Fast alle Publikationen waren, wie erwartet, in englischer Sprache abgefasst, da eben die meiste Forschung rund um die Pflege und die Erkenntnisse daraus vorwiegend aus dem englischsprachigen Raum kommen und dies eben die „Weltsprache“ ist, die so ziemlich jeder versteht, der in der Wissenschaft tätig ist.

Die Literaturrecherche wurde Mitte August 2009 abgeschlossen und es ergaben sich in Summe, nach zahlreichen Zu- und Abgängen, 31 Studien, die zum Thema und zur Forschungsfrage passten und die einer genaueren Analyse unterzogen wurden.

Diese Publikationen wurden zuerst auf ihre Wissenschaftlichkeit hin überprüft und als für diese Arbeit relevant eingestuft, und erfüllten die Gütekriterien der Forschung.

Im Zuge dieses analytischen Forschungsansatzes wurden die Artikel in eine Tabelle (siehe Anhang) eingefügt, in welcher, neben Autor(en) und dem Titel, noch

- Stichprobe,
- Intervention,
- Messmethoden,
- Resultate,
- Limitationen und das
- Evidenzniveau beschrieben werden.

Letzteres wurde mithilfe der Einschätzungsskala der „Johns Hopkins University School of Nursing“ ermittelt. Das höchste Niveau 1 haben experimentelle Studien, also randomisiert- kontrollierte Untersuchungen mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe, oder Meta- Analysen solcher.

Studien mit dem Evidenzniveau 2 sind quasi- experimentelle Studien ohne randomisierte Zuteilung oder Kontrollgruppe, oder einer Selektion der Probandengruppe.

Und mit Evidenzniveau 3 sind nicht- experimentelle Studien zu versehen, welche oftmals auf Sekundärdaten basieren, auch qualitative Studien wie Interviews oder Beobachtungen mit kleiner Probandengröße sowie Meta- Synthesen.

Das Evidenzniveau sagt aber nichts darüber aus, ob eine Studie jetzt „besser“ oder „schlechter“ ist, die Aussagekraft ist damit nicht verbunden, nur die wissenschaftliche Kontrollierbarkeit.

Wieder Erwarten waren auch etliche experimentelle Studien mit Evidenzniveau 1 dabei- erwartet wurden vorrangig qualitative Studien mit Interviews.

Nun galt es, all diese Studien in der Tabelle sinnvoll in Gruppen einzuteilen. Zuerst erschien es gut, nach Interventionen zu gruppieren, was sich aber aufgrund der Verschiedenheit dieser als eher unnützlich herausstellte. Nach etlichen Überlegungen stellte diese Version die Beste dar, und somit ergibt sich die Einteilung in drei Gruppen nach der Stichprobe:

- Gruppe 1: Intervention am Patienten
- Gruppe 2: Intervention am Partner
- Gruppe 3: Intervention an Patienten und Partnern

Auf diese Weise kann man am besten analysieren und vergleichen- in welcher Gruppe welches Evidenzniveau vorherrscht, wo mehr Interviews oder eben therapeutische Interventionen durchgeführt werden, welche Größe die Stichproben allgemein haben, welche Art von Interventionen an PatientInnen oder den Partnern öfter durchgeführt werden, wie sich die Erfolge beweisen und beschreiben, bei welcher Gruppe die meist aussagekräftigen Erfolge bestehen und welche Unterschiede oder Gemeinsamkeiten es generell zwischen den Gruppen gibt.

Ziel war also, die Publikationen zu diesem Thema zu einem großen Gesamtbild zusammenzufügen, um Forschungs- und Wissenslücken zu identifizieren, um Anstöße für weitere Forschung und auch für die Praxis geben zu können.

## 5. Resultate

Die Tabelle mit den relevanten Studien (siehe Anhang) wurde nach den Adressaten der Intervention eingeteilt. Gruppe 1 waren Studien, die sich an die PatientInnen selbst richteten. Interventionsstudien, die auf die PartnerInnen von Krebskranken ausgerichtet waren, scheinen in Gruppe 2 auf. Und letztendlich Gruppe 3, wo die Maßnahmen an den Paaren durchgeführt wurde.

Generell wurden die Artikel nach folgenden Kriterien unterteilt:

- Autor und Ort,
- Titel,
- Stichprobe und Intervention (=IV),
- Messmethode,
- Resultate und Limitationen und
- Evidenzniveau (=EN).

Wie man sofort bemerkt, ist die dritte Gruppe die größte mit 21 analysierten Studien. Gruppe 1 beinhaltet 6, und Gruppe 2 hat 4 zugehörige Artikel. Wie man also sieht, sind die meisten Interventionen an Paare gerichtet, also PatientInnen und PartnerInnen gleichermaßen.

Zunächst möchte ich mich der ersten Gruppe widmen. In dieser sind 6 Studien inkludiert, von denen vier Stück das höchste Evidenzniveau 1 aufweisen. Es handelt sich bei diesen vier Publikationen um randomisiert- kontrollierte Studien mit Interventions- und Kontrollgruppe, ausnahmslos alle Brustkrebspatientinnen, denen mit den Interventionen geholfen werden soll.

Die Ergebnisse sind recht unterschiedlich, da ja auch die Maßnahme immer eine andere ist. Grob gesagt handelt es sich aber in den meisten Fällen um wöchentliche Sitzungen mit Therapeuten, in denen es verschiedene Fokussierungen gibt.

Eine Stressmanagement- Intervention von Antoni et al. (2001), an der 100 Frauen teilnahmen, und welche den Fokus auf den Umgang mit Stressoren legte, hatte zwar keinen direkten Effekt auf Distress, minderte aber das Vorkommen von Depressionen. Am hilfreichsten war diese Studie für pessimistisch eingestellte Frauen.

Bei der supportiv- expressiven Gruppentherapie gab es einen signifikanten Rückgang an Stimmungsstörungen und Stresssymptomen, obwohl „Stimmung“ an und für sich schwer messbar ist, und es viele Drop- Outs aufgrund der zahlreichen Messungen gab. (Classen et al., 2001).

Positive Effekte auf depressive Symptome hatte auch die paarbezogene Therapie, vor allem bei Frauen, die sich von ihren Partnern nur unzureichend unterstützt fühlten. Allerdings gab es bei diesem Artikel eine hohe Rate an Studienverweigerern und generell nur kleine Effektgrößen. (Manne, Ostroff et al., 2005)

Die beiden anderen Studien in der Gruppe 1 sind zwei Fragebogen- Erhebungen. Die Studie von Herschbach et al. (2004) ergab, dass der größte Stressfaktor bei einer Krebserkrankung die Angst vor der Krankheitsprogression ist, und dass Frauen allgemein öfter als Männer von Stress betroffen sind.

Wird man allerdings vom Partner nicht genügend unterstützt, führt dies zu Vermeidungsverhalten und wiederum zusätzlich zu neuerlichem Distress. (Manne, Winkel et al., 2005)

Nun zur Gruppe 2, der Partner- Gruppe: hier sind ausnahmslos alle Studien, und es sind wie erwähnt vier an der Zahl, qualitative Interviews mit der Einschätzung Evidenzniveau 3. Keiner der Artikel hatte irgendeine Messmethode wie beispielsweise „Profile of Mood States“ (POMS) oder „Impact of Event Scale“ (IES) angeführt. Hierbei wird sofort deutlich, dass die Partner allein, also ohne die kranke Person, an keiner Intervention teilgenommen haben, sie wurden nur befragt.

Die Ergebnisse aus den Befragungen lauten wie folgt: Männer kommunizieren nicht so offen über ihre Gefühle wie Frauen und sie definieren sich eher durch Distanz, denn durch Nähe fühlen sie sich oft schwach und verletzlich. (Bostrom, Sorlie, 2003)

Weiters sind Männer, im Gegensatz zu den oft emotional orientierten Frauen, eher praktisch veranlagt, sehen sich selbst als Partner stark. Aber beide Geschlechter befinden psychische und physische Unterstützung als sehr wichtig und essentiell. (Emslie et al., 2009)

Generell wird von den PartnerInnen mehr Einbindung in den gesamten Prozess gefordert, da sie ja auch unmittelbar am Leben der kranken Menschen beteiligt sind. (Butler et al., 2000)

Im Allgemeinen sind die Studien der Gruppe 2 von oft sehr kleinen Stichproben gekennzeichnet und deshalb nicht sehr aussagekräftig. Im Bereich der PartnerInnen von KrebspatientInnen sollte auf jeden Fall mehr zielgerichtete Forschung passieren, die den Betroffenen auch hilft und sie nicht nur befragt.

Gruppe 3 ist, wie bereits erwähnt, die inhaltsmäßig größte Einheit in der Tabelle. Es befinden sich auch hier einige randomisiert-kontrollierte Studien mit Evidenzniveau 1, doch der Großteil sind Interviews und Befragungen, wie ich es auch zu Beginn dieser Arbeit erwartet habe.

Auffallend hierbei ist, dass viele der randomisierten Studien wieder Brustkrebspatientinnen behandeln. Eine dieser Publikationen war eine wöchentliche Therapiesitzung mit dem Fokus auf paarbezogenes Coping und Kommunikation, und dies rief eine verbesserte Funktion der Beziehung und auch der eigenen psychischen Verfassung hervor, sowie weniger körperliche Beschwerden bei den Frauen in der Interventionsgruppe. (Baucom et al., 2009)

Bei einer psychologisch- edukativen Therapie mit dem Fokus auf medizinische Information und zwischenmenschliche Unterstützung waren die Partner der Brustkrebspatientinnen in der Interventionsgruppe deutlich weniger gestresst als in der Kontrollgruppe , und es gab auch einen positiven Effekt auf die gesamte Beziehungsqualität durch die offene Kommunikation. (Bultz et al., 2000)

Im Artikel von Segrin (2007) nahmen 96 Paare mit einer an Brustkrebs erkrankten Frau randomisiert an einer Studie teil, die sich über sechs Wochen erstreckte und in drei verschiedene Interventionen gliederte: die Teilnehmer der ersten Interventionsgruppe erhielten längere Anrufe einmal pro Woche von einem Psychiater, mit dem sie sich dann über ihre Probleme und Situationen unterhalten konnten. Die zweite Gruppe bekam ein Sportprogramm auferlegt und die Personen konnten einmal pro Woche kurz mit einem Therapeuten sprechen. Und die dritte Maßnahme war nur gedruckte Information und sehr selten ein kurzer Anruf des Therapeuten- diese Gruppe fungierte quasi als Kontrollgruppe. Es wurde erforscht, dass die Angst der Frauen mit der Angst der Männer korrelierte, und dass diese Angst auch mit anderen Aspekten des Wohlbefindens in Zusammenhang steht, wie zum Beispiel Depression oder Fatigue. Angst ist also demnach mit Distress verbunden, und weniger Angst geht mit einer zufriedenstellenderen Beziehung einher. (Segrin et al., 2007)

Diese Studien über Brustkrebspatientinnen haben meist recht kleine Stichproben und Effektgrößen, doch es werden generell viele Messmethoden miteinbezogen, häufig sind es auch selbst konstruierte oder modifizierte Skalen für die speziellen Zwecke, wie man der Tabelle entnehmen kann.

Doch auch bei den Interviews und Befragungen gab es interessante Ergebnisse. Ein Artikel aus der Türkei beleuchtet auch kulturelle Umgangsweisen. In diesem Land ist es beispielsweise aufgrund der traditionellen Strukturen nicht typisch, dass der Ehemann den Haushalt und Ähnliches bei einer Erkrankung der Partnerin übernimmt, dies übernehmen eher die Mütter oder Töchter. Es wird auch viel gebetet, da Religion auch bei Erkrankungen eine große Rolle spielt, und der Schock und die Angst oft erst durch Gebete verarbeitet werden können. (Akyüz et al., 2008)

Diese Ergebnisse kann man jedoch nicht gut generalisieren, da in unserem Kulturkreis die religiöse Zugehörigkeit in den seltensten Fällen eine enorme Rolle spielt. Bei uns wird Religion eher an den Rand gestellt, wenn es darum geht, etwas zu entscheiden oder etwas zu verarbeiten, vor allem bei jüngeren Menschen.

Allgemein leiden positiv gestimmte Menschen, also Optimisten, seltener unter Distress- eine aktive Rolle in einer Beziehung stärkt diese auch. (Badr, Carmack- Taylor, 2008)

Laut den Studien herrscht meistens bei den PartnerInnen der größere Distress, auch was die behandlungsbezogenen Ängste anbelangt. Doch der Partner- und der Patienten- Distress stehen immer in Zusammenhang. Das heisst, wenn bei einem Menschen der Stress steigt, tut er dies auch bei dem Anderen. (Hodkinson et al. 2007; Cliff et al., 2000)

Allgemein stehen die Patienten- und Partnervariablen oftmals im Zusammenhang, da man ja miteinander lebt und die Erfahrung zusammen durchlebt. Doch ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl führt zu weniger Angst und demnach auch zu weniger Distress, wie die Publikation von Gustavsson- Lilius et al. (2007) besagt.

Partner, die denken, dass der Patient generell optimistisch ist, zeigen auch von sich selbst aus mehr aktives Engagement und weniger überprotektive Verhaltensweisen, was beim Patienten wiederum den Distress senkt. (Kuijer, Ybema et al., 2000)

Aktives Engagement ist immerhin mit ehelicher Zufriedenheit assoziiert. (Manne, Ostroff et al., 2006)

Was das Coping betrifft, verwenden anscheinend die Patienten viele verschiedene Strategien, um sich manchmal etwas abzulenken und die Situation besser zu bewältigen. Meist geschieht dies durch diverse Aktivitäten, um Stress zu reduzieren und das Wohlbefinden zu steigern. (Lavery, Clarke, 1999)

Unsicherheit und Hilflosigkeit jedoch hatten einen signifikanten Einfluss auf die Bewältigungsstrategie- denn höherer Stress war mit geringerer Anpassungsfähigkeit verbunden. Und Paare, die seit Beginn an Anpassungsschwierigkeiten hatten, sind einem größeren Risiko ausgesetzt, dass diese Probleme auch bleiben. (Northouse et al., 2001)

Eine Studie von Kayser (2007) differenziert sogar zwischen zwei Arten von Coping- bei der ersten wird die Krankheit als gemeinsames Schicksal gesehen und es wird viel und offen kommuniziert, was sehr vorteilhaft ist. Bei der anderen Bewältigungsart wird Krebs als Einzelschicksal der kranken Person wahrgenommen, was zu negativen Konsequenzen und Vermeidungsverhalten führen kann. (Kayser et al. 2007)

Wie ich mir zu Beginn der Literatursuche gedacht habe, überwiegen bei den Artikeln vor allem qualitative Daten, da es ja vorrangig um die eigenen Emotionen und das persönliche Erleben der Krankheit geht. Doch es gibt auch etliche randomisiert- kontrollierte Studien, die vor allem auf Gesprächstherapie in Einzel- oder Gruppensitzungen basieren. Interessant ist vor allem, dass bei der kleinen Gruppe der Partner- Interventionen gar keine wirklichen Interventionen vorkommen, sondern nur Interviews. Diese sind nicht weniger aufschlussreich als die anderen, aber es gibt eben keine Bestätigung durch eine Kontrollgruppe. Hier geht es augenscheinlich mehr um die persönliche Einstellung zu der Krankheitserfahrung.

Bei den Interviews und Fragebögen wurden eher wenige bis gar keine Messskalen verwendet, bei den Studien mit Evidenzniveau 1 wurden oftmals sehr viele verwendet, um bestimmte Symptome oder psychische Erscheinungsbilder zu messen. Bei den Paar- Interventionen kam häufig die „Dyadic Adjustment Scale“ (DAS) oder die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) zum Einsatz, und generell sehr oft der „Profile of Mood States“ (POMS) oder die „Impact of Event Scale“ (IES).

Limitiert sind diese Publikationen in der Tabelle sehr häufig durch zu kleine Stichproben- die kleinsten sind in der Gruppe 2, der Partner- Interventionsgruppe, wo bei zwei der angeführten Studien nur 6 Partner teilnahmen. (Bostrom, Sorlie, 2003; Maughan et al., 2002) Oft ist die Stichprobe auch ethnisch gesehen homogen oder es nimmt nur ein Geschlecht teil, was sich oft in den kleinen Effektgrößen niederschlägt und deshalb nicht aussagekräftig ist. Manchmal wird auch nur eine Krebsart miteinbezogen und das Ergebnis kann deshalb nicht generalisiert werden. Bezüglich der Copingstrategien sind die Teilnehmer teilweise hochgradig problemlösungsfähig oder sehr gebildet und es ergibt sich deshalb kein zufriedenstellendes Ergebnis, weil die Teilnehmer vor der Hilfemaßnahme schon sehr zufrieden und wenig gestresst waren.

Allgemein lässt sich beobachten, oder besser gesagt aus den Texten herauslesen, dass sich die Bewältigung der Betroffenen umso besser gestaltet, je mehr Unterstützung sie vom sozialen Umfeld bekommen. Die Partner spielen eine wichtige Rolle im Copingprozess und sollten unbedingt miteinbezogen werden.

Beiden Beteiligten, also PartnerInnen sowie PatientInnen, sollte geraten werden, offen über Ängste, Wünsche und dergleichen zu sprechen, da Kommunikation der wichtigste Bestandteil einer Beziehung ist, und dies vor allem in Zeiten einer Krise.

Welche Interventionen die größten Erfolge hatten und welche nun eigentlich empfehlenswert sind, sowie wo Bedarf an weiterer Forschung besteht, möchte ich gerne in der Diskussion erläutern.

## 6. Diskussion

### 6.1. Bezug der Resultate zum Literaturhintergrund

Der eingangs beschriebene Literaturhintergrund hat bereits gezeigt, dass jeder Mensch mit einer Krebserkrankung, und auch jeder Angehörige eines Patienten, mit anderen Problemen zu kämpfen hat und auch anders damit umgeht.

Wie bereits beschrieben, gibt es die Möglichkeit, Emotionen zuzulassen und offen darüber zu reden, oder diese eben zu unterdrücken und zu verdrängen, wobei ersteres aber allgemein als bessere Strategie gilt. (Cordova et al., 2003)

Viele Therapieansätze basieren daher auf dem expressiven Weg, also es wird oft versucht, die PatientInnen und die dazugehörigen PartnerInnen zu ermutigen, offen über ihre Sorgen und Wünsche zu diskutieren, denn nur so ist es möglich, dem Gegenüber zu vermitteln, wie man sich in bestimmten Situationen fühlt. (Classen et al., 2001; Julkunen et al., 2009, Lieberman, Goldstein, 2006) Denn oft sind es die Partner, die mit der neuen Situation überfordert sind und Hilfe nötig hätten, diese aber recht selten bekommen. (Schmid-Büchi et al., 2008)

Interventionen, die sich an die PatientInnen selbst richten, fokussieren meistens auf problemlösendes Coping und die Reduktion von Distress. (Antoni et al., 2001)

Meist wird durch diesen kommunikativen Austausch von Gedanken die Lebenseinstellung der Betroffenen optimiert und Stresssymptome reduziert, was allgemein zu einer höheren Lebensqualität und Zufriedenheit führt.

Die Resultate zeigen: generell leiden mehr Frauen als Männer an Distress, und die meist gestressten sind Frauen mit Brustkrebs oder Krebs des Verdauungstraktes. (Herschbach et al., 2004)

Die meisten Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen und mentalen Funktion sind aber an Paare gerichtet, die von der Erkrankung betroffen sind. So ist es möglich, dass gleich beide Beteiligten ihre Ansichten darlegen und es kann sofort begonnen werden, an der Beziehung zu arbeiten und diese funktionstüchtiger zu gestalten. Beide Personen hören bei einer solchen Paartherapie oder Paarintervention dem anderen zu und tauschen sich über ihre Anpassungsprobleme oder Ähnliches aus. Der Fokus liegt oft auf dem dyadischen Coping, also dem Umgang mit der Krankheit als Einheit, und auf der offenen Kommunikation, da dies oftmals das größte Problem ist, das die Menschen haben. (Baucom et al., 2009) Oft ist es so, dass man dem Partner die eigenen Ängste verschweigt, um ihn nicht zu verunsichern oder zusätzlich zu stressen. Doch dies zieht oft das Gegenteil nach sich, nämlich Vermeidungsverhalten seitens der Partner, und dies führt wiederum zu einer niedrigen Beziehungsqualität und zu zusätzlichem Distress oder Angst in der Partnerschaft oder Ehe. (Segrin et al., 2007) Nicht verwunderlich ist, dass der Partnerdistress und der Patientendistress miteinander korrelieren- steigt der Leidensdruck bei einer Person, tut er dies auch bei der anderen. (Cliff et al., 2000)

Für mich persönlich ist diese Tatsache nicht überraschend, da man sich ja als Paar nach einer gewissen Zeit doch ziemlich gut kennt und viel über den anderen weiß, sodass man seine Gefühle zwar zu verstecken versucht, dies aber in den meisten Fällen nicht gelingt, gerade angesichts einer so ernsthaften Erkrankung.

Erstaunlicherweise wird den PartnerInnen selbst nicht recht viel Aufmerksamkeit zuteil. Diese werden hauptsächlich interviewt, in mündlicher oder schriftlicher Form, doch sie nehmen an keiner Intervention teil, solange sie nicht Teil einer Partnerintervention sind. Den Partnern sollte auf jeden Fall mehr Beachtung geschenkt werden, da sie von den behandelnden Ärzten und dem Gesundheitspersonal oft übersehen werden. Fakt ist, den Großteil der medizinischen Information und der psychologischen Betreuung erleben die Patienten, da sie die Hauptbetroffenen sind. Darüber, dass die PartnerInnen der erkrankten Menschen gleichsam betroffen sind und sich oft noch mehr Sorgen machen als der Patient selbst, wird oft hinweggesehen. Und das ist alles andere als richtig.

Denn wie schon in der eingangs beschriebenen Literatur vermutet, ist der Partnerdistress meist höher als der der PatientInnen. Obwohl Coping ein individueller Prozess ist, der von jedem Menschen eigens gestaltet wird, wurde durch die Resultate bestätigt, dass das soziale Netz dabei eine große Rolle spielt. Eine gute Partnerschaft oder Ehe zieht nämlich bessere Anpassung an die Krankheitssituation und weniger Stress nach sich.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es ein großes, übergeordnetes Thema gibt, sowohl im literarischen Hintergrund als auch in den Resultaten- die soziale Unterstützung. Ohne sie können Krankheiten oft schwerer akzeptiert und überstanden werden. Jeder braucht Hilfe von anderen Menschen, um Krisen überwinden zu können.

## 6.2. Bezug der Resultate zum theoretischen Rahmen

Auch in Bezug auf den theoretischen Rahmen, der für diese Arbeit gewählt wurde, haben sich die Literaturresultate bestätigt. Wie Larbig und Tschuschke (2000) beschrieben haben, liegt der Fokus in der psychoonkologischen Forschung größtenteils auf der persönlichen Bewältigung des Krankheitserlebnisses und den damit verbundenen Gefühlen der PatientInnen selbst und ihrer Lebenspartner.

Auch die verschiedenen Möglichkeiten der Therapie wurden in der bestehenden Literatur gefunden:

Edukative Methoden, die auf Informationsweitergabe basieren, waren sehr hilfreich für PatientInnen, die emotionale Anpassungsschwierigkeiten hatten. Vor allem ist diese Intervention, hat man erst einmal die nötige Information zusammengetragen, leicht zu implementieren. (Helgeson et al., 2000) Durch die persönliche Sättigung an medizinischen Fakten und das daraus resultierende medizinische Wissen über die Erkrankung und diverse Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten reagieren die Betroffenen häufig mit vermindertem Distress, was eventuell auch zu einer höheren Beziehungsqualität führen kann. Kommunikation ist aber auch dafür der Schlüssel. (Bultz et al., 2000)

Am beliebtesten erscheint mir die individuelle psychotherapeutische Intervention, sei es für die Einzelperson oder für Paare. Dabei setzen sich die Betroffenen mit einer Hilfsperson über das eigene Krankheitserleben und die damit verbundenen Schwierigkeiten auseinander. Beratung findet in dem Sinne statt, dass der Therapeut Anstöße für mögliche Bewältigungsstrategien gibt und den Menschen somit bei der Anpassung an die Krankheitssituation hilft.

Durch solche Therapiesitzungen wird das Distresserleben deutlich gesenkt und Paare erfahren häufig ein höheres Gleichheitsgefühl in ihrer Beziehung sowie eine höhere Zufriedenheit und Qualität in der Beziehung, und dies alles auch oft langfristig. (Kuijer et al., 2004) Ebenso verbessern sich dabei depressive Symptome, weil die Personen wahrscheinlich einfach erleichtert waren, sich jemandem mitteilen zu können, sei es nun einem Therapeuten oder auch gleichzeitig dem Partner. (McLean et al., 2008)

Doch auch Gruppentherapien erweisen sich als sehr hilfreich. Bei Frauen als PatientInnen gab es in den Interventionsgruppen einen signifikanten Rückgang an Stimmungsstörungen und Stresssymptomen. Sie wurden dazu motiviert, sich über ihre Erlebnisse auszutauschen und Erfahrungen mitzuteilen und offen über alles zu reden. Besonders hilfreich sind Gruppensitzungen auch für Personen, denen die Unterstützung seitens des Partners oder der Familie fehlt. (Classen et al., 2001; Helgeson et al., 2000; Manne et al., 2005) Für viele Personen, die keine Unterstützung erfahren, ist es natürlich schön, wenn jemand zuhört und Hilfe anbietet, und wenn man sieht, dass andere Menschen in derselben Situation sind und man nicht alleine mit der Erfahrung dasteht. Dies gibt sicherlich ein gewisses Hochgefühl, wenn man sich auf diese ebenfalls Betroffenen verlassen kann und man dadurch ein gewisses Zusammengehörigkeitsgefühl entwickelt.

Wie von Larbig und Tschuschke (2000) vermutet, hat sich auch in den von mir gefundenen Studien bestätigt, dass es einen Zusammenhang zwischen körperlicher und mentaler Gesundheit gibt. Denn Krankheit bedeutet oft Angst, und dies verursacht bei den meisten Menschen erheblichen Distress. Die größte Angst ist häufig, dass die Krankheit weiter fortschreitet und man nichts dagegen tun kann. (Herschbach et al. 2004) Eine optimistische Einstellung ist hierbei sicher förderlich.

Ebenso wichtig für das mentale Wohlbefinden ist die Unterstützung vom Partner. Fühlt sich der Partner nicht involviert und zeigt das auch, kann Vermeidungsverhalten ein Resultat daraus sein, was wiederum zu partnerschaftlichem Distress führt- ein Teufelskreis. (Manne; Winkel et al., 2005)

Die im Bezugsrahmen genannte These, dass sich effektive psychologische Interventionen positiv auf eine Krebserkrankung mit all ihren Seiteneffekten auswirken, seien sie nun als Einzelsitzung oder Gruppentherapie, hat sich für mich auf jeden Fall bestätigt. Der Zustand von Körper und Psyche der PatientInnen und der zugehörigen Angehörigen kann auf jeden Fall durch solche Maßnahmen erheblich und auch langfristig verbessert werden.

Im Allgemeinen gilt: wer effektive Copingstrategien aktiv anwendet, wird die veränderte Lebenssituation auf jeden Fall besser bewältigen können. Und durch die bessere Bewältigung verschwinden auch negative Gedanken zusehends, was wiederum zu weniger Stress und besserer Lebensqualität führt. Dies ist eine positive Kettenreaktion, die sehr zur Durchführung empfohlen wird.

### 6.3. Bezug der Resultate zur Forschungsfrage

Nun möchte ich die Resultate in Bezug auf meine Forschungsfrage „Wie gehen Krebspatientinnen und -patienten und ihre Partner mit psychosozialen Reaktionen auf die Erkrankung um, und welche Interventionen können sie darin unterstützen?“ erläutern.

Wie die Betroffenen mit den auftretenden Emotionen umgehen, wäre schon erläutert- manche Menschen nutzen Suppression, andere wiederum Expression dieser. Männer drücken Gefühle nicht so stark aus wie Frauen, sondern konzentrieren sich eher darauf, der „Stärkere“ und der „Beschützer“ zu sein, um die Partnerin nicht noch zusätzlich mit den eigenen Problemen zu belasten. Frauen hingegen kommunizieren generell offener und sind durch die partnerschaftliche Nähe stärker in ihrem Persönlichkeitsausdruck. Aber beide haben das Bedürfnis, die eigene Angst dem anderen mitzuteilen. (Bostrom, Sorlie, 2003) Aber sowohl Männer als auch Frauen finden emotionale und praktische Unterstützung sehr wichtig. (Emslie et al., 2009)

Man sieht also, die Auseinandersetzung mit der Krankheit als Paar, als Einheit, wird sehr hoch geschätzt. PartnerInnen fühlen sich oft vom Behandlungsprozess ausgeschlossen, da sie „nur“ die Begleitpersonen sind, wollen aber stärker eingebunden werden, was für mich verständlich ist. Denn auch der gesunde Partner will eine aktive Rolle in der Beziehung übernehmen, diese Einstellung ist durchaus sehr gesund, da sie die Partnerschaft oder Ehe stärkt. (Badr, Carmack- Taylor, 2008) Möglichkeiten zur Unterstützung sind beispielsweise aktives Engagement, wo man sich in das Leben des Anderen eingliedert, mit ihm diskutiert und ihn nach seinen Gefühlen fragt oder die eher unvorteilhafte protektive Pufferung, bei welcher man die eigenen Ängste zum vermeintlichen Wohl des Anderen verbirgt.

Auch wenig hilfreich ist Überprotektion, da man durch dieses übervorsichtige Aufpassen die Fähigkeiten des anderen Menschen überschätzt, wodurch dieser sich nicht adäquat behandelt fühlt. (Kuijer et al., 2000) Es wird deutlich, dass es oft für beide Beteiligten nicht einfach ist, den besten Weg zu finden, wie man miteinander umgeht. Dies finde ich durchaus nachvollziehbar, schließlich ist es sowohl für den kranken als auch für den gesunden Menschen eine neue Situation, die vorher noch nie dagewesen ist und der man oft nicht gleich von Beginn an gewachsen ist. Eine Krebserkrankung ist eine große Herausforderung, der man sich stellen muss, doch wie die Literatur zeigt, ist es einfacher, wenn man dieses Leid durch zwei teilt. (Carlson et al., 2001)

Kein Wunder also, dass die PatientInnen- und PartnerInnenvariablen meist in Zusammenhang zueinander stehen, vor allem bei gut funktionierenden Beziehungen, in denen offen kommuniziert wird. Diese Tatsache ist aber nichts Schlechtes, denn bei einem starken Zusammengehörigkeitsgefühl kommen Depressionen und Angstzustände deutlich weniger häufig vor. (Gustavsson- Lilius et al., 2007)

Die Copingstile sind auch häufig bei den Ehepartnern verschieden- die PatientInnen verwenden im Allgemeinen mehr verschiedene Arten, sich an die Krankheitssituation anzupassen. Häufig geschieht dies durch Ablenkung durch diverse Aktivitäten, um auch den auftretenden Distress zu minimieren. (Lavery, Clarke, 1999) Gefühle der Unsicherheit oder Hilflosigkeit haben aber einen signifikanten Einfluss auf die Bewältigung, denn höherer Stress durch diese negativen Emotionen ist mit geringerer Anpassungsfähigkeit verbunden. Paare, die von Beginn an Probleme haben, sich in der neuen Situation zurechtzufinden, sind auch einem größeren Risiko ausgesetzt, dass diese Probleme auch bestehen bleiben. (Northouse et al., 2001)

Warum jedoch jede Person andere Bewältigungsstrategien anwendet, ist weitgehend ungeklärt. Es mag durchaus mit der Persönlichkeitsstruktur, der Art von Krebs oder der Bewältigung früherer Stressoren zusammenhängen. Der Stil des akkommodativen Copings, das sich durch einen hohen Grad an Akzeptanz und Humor auszeichnet, aber wenig aktiv problemlösende Ansätze enthält, führt selten zu depressiven Verstimmungen, ist aber eher eine mildere Art der Verdrängung. Assimilatives Coping bezeichnet das Gegenteil, bei dieser Art der Bewältigung wird motiviert versucht, der stressvollen Situation durch gute Problemlösungsansätze entgegenzuwirken, und indem man sich gegenseitig unterstützt. Bei diesem Ansatz wird auch eher der Sinn der Erfahrung gesucht, was auch sehr konstruktiv ist und vielen Menschen bei der Bewältigung hilft. (Luszczynska et al., 2007)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es im Allgemeinen also besser für alle Beteiligten ist, wenn man offen über alle Themen spricht und sich aktiv mit der neuen Erfahrung auseinandersetzt sowie auch dem Partner, egal ob gesund oder krank, genügend Aufmerksamkeit schenkt und ihm zuhört und danach fragt, was ihn beschäftigt.

Welche Intervention nun die beste für KrebspatientInnen und ihre PartnerInnen ist, beziehungsweise welche ihnen am meisten hilft, lässt sich eher schwer sagen oder generalisieren. Jeder Mensch oder eben jedes Paar braucht eine andere Art der Hilfe, da ja jede Person andere Bedürfnisse, andere Stärken und Schwächen hat.

Sehr effizient ist auf jeden Fall jede Art von Sitzung, die von einem ausgebildeten Therapeuten geleitet wird, seien es nun Einzelgespräche, Paartherapien oder Gruppensitzungen mit anderen Betroffenen.

Ein Therapeut erkennt die Persönlichkeitsstruktur und kann schnell feststellen, was der kranke Mensch oder das betroffene Paar in dieser Situation braucht und wie denjenigen am besten und schnellsten geholfen wird.

Wie bereits erwähnt, sind Gruppentherapien effektiver für diejenigen, welche in ihrem familiären Umfeld keine Unterstützung bekommen und großteils auf sich alleine gestellt sind. (Manne, Ostroff et al., 2005) Diese Personen können in der Gruppenintervention Themen ansprechen, auf welche sie zuhause keine Resonanz bekommen, oft sind dies emotional fokussierte Probleme, die sie alleine nicht aufarbeiten können. In der Gruppe kann man sich dann austauschen und auch Rat von anderen Betroffenen holen, die vielleicht gerade in derselben Situation sind oder schon einmal waren. Auf diese Weise gelangt man auch zu neuen Copingstrategien, an die man bisher noch nicht gedacht hat. Gruppendiskussionen sind sicherlich für alle daran Beteiligten eine große emotionale Stütze und eine gute Basis für besseres Wohlbefinden, da man sich wahrscheinlich sehr geborgen und verstanden fühlt. Ich denke, eine Intervention wie diese ist eine schöne Erfahrung, da man hier gibt und nimmt. Man gibt anderen Ratschläge und Tipps für eine bessere Anpassung an die Krankheit, und erhält dafür Dankbarkeit und vielleicht ebenfalls Ratschläge auf einem anderen Themengebiet.

Paartherapien in Bezug auf eine Krebserkrankung sind eine gute Methode für Lebenspartner, die eigentlich eine gute und funktionierende Beziehung haben, sich aber auf die neue Lebenssituation noch nicht einstellen oder sich daran anpassen konnten. Oftmals gibt es sicher Konflikte, welche Schritte die nächsten sein sollten oder welche Maßnahmen ergriffen werden sollten, und diese Konflikte kann ein Therapeut sicher bereinigen und die beste Lösung für beide Menschen finden.

Eine Krebsdiagnose ist sicher für beide Partner einer Beziehung ein Schock, und geht man nach den Artikeln, betrifft es beide, psychisch gesehen, in gleichem Maße. Schließlich teilt man das Leben miteinander, Freud gleichermaßen wie Leid, und vermutlich ist es für keinen der beiden Partner eine leichte Sache, der Tatsache eines möglichen Endes dieser Beziehung oder Ehe in die Augen zu sehen. Für das männliche Geschlecht mag es dann schwieriger sein, ihre Emotionen zu teilen, da es für sie oftmals ein Zeichen der Schwäche ist. (Maughan et al., 2002) Für diese Barriere gibt es dann den Therapeuten, der die Partner ermutigt, offen darüber zu sprechen, was in ihnen vorgeht. Denn es ist sicher nicht selten, dass es auch in einer gut funktionierenden Beziehung Probleme gibt, und gerade durch einen zusätzlichen Stressor wie eine Krebserkrankung kommt es häufig zu Konflikten, die man alleine nicht lösen kann und für die man Unterstützung von aussen braucht. Denn gerade in einer so schwierigen Situation fühlt sich ein Partner oft ausgeschlossen, bevorzugt oder benachteiligt oder nicht genug beachtet.

Ich denke, dies sind meist komplizierte emotionale Konstrukte in einer vom Schicksal gebeutelten Beziehung, die man als Paar alleine nicht zu entwirren vermag, und deshalb sollte es keine Schande sein, einen Therapeuten aufzusuchen und an einer Paarintervention teilzunehmen. Das kann nicht schaden, sondern nur helfen. Denn es kann von keinem Menschen auf dieser Welt verlangt werden, mit so einem Schicksalsschlag und einer solchen Belastung alleine klar zu kommen.

Durch eine Therapieintervention kann eine Person oder ein Paar auch neuen Sinn in der Krankheitserfahrung erlangen, oder sogar das Leben verbessern. Schließlich werden körperliche Symptome oft gelindert, der Distress wird reduziert und das Vorkommen von Depressionen vermindert.

Ich könnte mir auch vorstellen, dass man sein Leben angesichts einer solch schlimmen Erfahrung in positivem Sinne neu orientiert, dass man den für sich selbst wichtigen Dingen mehr Aufmerksamkeit schenkt und die einem gegebene Zeit besser nutzt und mehr genießt als vorher.

Abschließend kann also behauptet werden, dass es keine allgemein gültige Antwort auf die Frage gibt, was denn nun die beste Intervention sei. Jede Person geht mit einer Erkrankung dieser Ernsthaftigkeit auf seine eigene Art und Weise um, und darum braucht auch jeder Mensch eine andere Form der Therapie, um die neue Situation besser bewältigen zu können. Es gibt viele verschiedene Ansätze von Coping, und geschulte Therapeuten weisen den richtigen Weg zur individuell richtigen Maßnahme.

#### 6.4. Stärken und Schwächen der Arbeit

Eine Schwäche an dieser Arbeit ist sicher die Beschaffenheit der relevanten Studien. Diese sind oft durch zu kleine Stichproben nicht sehr aussagekräftig und haben oft kleine Effektgrößen, was die Ergebnisse anbelangt. Bei vielen Artikeln wird auch nur eine Krebsart behandelt, oftmals eben Brustkrebs oder Prostatakrebs, oder die Stichprobe ist nicht repräsentativ, weil nur eine ethnische Gruppe behandelt wurde und auf die Minderheiten keine Rücksicht genommen wurde. Teilweise waren auch die Langzeit- Werte, also die Folgedaten nicht mehr aussagekräftig, oder es gab eine hohe Drop- Out- Rate der Teilnehmer aufgrund vieler Messzeitpunkte oder Ähnlichem.

Oftmals waren die Teilnehmer sehr gebildet oder allgemein psychisch sehr stabil, hatten keine Depressionen oder generell ein niedriges Level an Distress, und nachfolgend zeigten sich dann keine Minderungen dieser, was die Studien wiederum nicht aussagekräftig macht, obwohl sie es vielleicht gewesen wären, hätte man andere Erkrankte rekrutiert.

Die Publikationen sind allgemein sehr unterschiedlich. In den relevanten Studien dieser Arbeit befinden sich viele Fragebogeninterviews oder mündliche Befragungen, die alle nur subjektiv wahrgenommene Tatsachen beschreiben, was wiederum schwer zu beweisen oder zu messen ist. Die Interventionsstudien mit eben Interventions- und Kontrollgruppe sind durchwegs Therapeuten- geleitete Sitzungen, doch mit verschiedensten Fokussierungen auf diverse Themenbereiche und damit nicht wirklich miteinander vergleichbar. Somit kann nicht wirklich gesagt werden, welche Intervention besser oder schlechter als eine andere ist, da sich die leitenden Therapeuten auf unterschiedliche emotionale oder medizinische Themenbereiche beziehen, die alle recht wichtig sind.

Wie bereits erwähnt, hat jede Person andere Probleme und Sorgen, und diese zu identifizieren und zum Positiven zu wenden, ist eben die Aufgabe einer individuellen Therapie.

Fakt ist, dass alle dieser Studien mehr oder weniger gute Ergebnisse für die betroffenen PatientInnen oder Paare erzielt haben, diese nur oft nicht ausreichend signifikant sind, um sie als die „beste“ oder „schlechteste“ Intervention zu betiteln, da man dies in dem Fall wirklich nicht so einfach abgrenzen kann.

Eine Stärke an dieser Arbeit ist sicherlich, dass die Schwächen mancher Publikationen identifiziert wurden und somit gesagt werden kann, worauf man bei folgenden Studien achten sollte, um große Effektgrößen oder aussagekräftige Daten zu generieren. Durch diese Arbeit habe ich ein Schriftstück kreiert, das es in dieser Form noch nicht gibt. Ich habe wesentliche Publikationen mit Interventionen für KrebspatientInnen und ihre PartnerInnen aus den letzten zehn Jahren gefunden und sie zusammengefasst, so gut dies möglich ist.

Ich habe verschiedene Interventionen mit verschiedenen Maßnahmen aufgezählt und sie auf ihre Wissenschaftlichkeit hin untersucht. Ich wollte auf diese Art und Weise einen Überblick geben, welche Maßnahmen es überhaupt gibt, welche Erfolge sie erzielt haben und in welchem Ausmaß den Betroffenen damit geholfen wurde. Auch hat diese Arbeit aufgezeigt, welch einen Schock eine Krebsdiagnose hervorruft, welche Emotionen dabei auftreten und welche Arten es gibt, wie die Beteiligten damit umgehen oder sich an die Erkrankung mental anpassen und die Situation bewältigen. Ebenso wurde die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes und der damit verbundenen Unterstützung bestätigt.

Auf diesem Wege will ich auf die Wichtigkeit von Hilfemöglichkeiten für Patienten und deren Partner hinweisen und hoffe, es ist mir mit dieser Arbeit gelungen.

Es besteht aber auf alle Fälle Bedarf an weiterführender, zielgerichteter Forschung auf diesem Gebiet. Vor allem für die PartnerInnen von Betroffenen sollten mehr Hilfemaßnahmen eingerichtet werden, da diese oft im gesamten Prozess vernachlässigt werden. Es sollten größer angelegte Studien mit größeren Stichproben durchgeführt werden, die die Erfolge der Vorgänger effektiver aufzeigen und somit besser in die Praxis implementiert werden könnten. Die psychosozialen Aspekte einer Krebserkrankung sind zwar weitgehend bekannt, sollten aber dennoch mehr beforscht werden, um die helfenden Interventionen noch zielgerichteter und effizienter zu machen, um PatientInnen noch besser und schneller helfen zu können. Schließlich sollte jeder kranke Mensch die beste Hilfe bekommen, die zur Zeit möglich ist.

## 6.5. Implikationen für die Praxis

Aufgrund der Erkenntnisse aus dieser Arbeit gibt es einige Praxisempfehlungen für Medizin und Pflege, die ich nun erläutern möchte.

Für die pflegerische und medizinische Praxis wäre es von Vorteil, wenn man mehr Interventionsprogramme durchführen würde, da diese den Betroffenen durchaus helfen, sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht. Viele KrebspatientInnen erleben einen großen Leidensdruck, der einer Linderung bedarf. Dies kann in erster Linie durch therapeutische Maßnahmen wie Gesprächstherapien oder ähnliches geschehen, wie die von mir bearbeitete Literatur zeigt.

Darauf aufbauend, sollte in der pflegerischen Ausbildung darauf geachtet werden, dass die Auszubildenden nicht nur die Krankheiten und Behandlungsmethoden an und für sich erlernen, sondern es sollten auch die psychosozialen Aspekte genauer behandelt werden. Jeder kranke Mensch befindet sich, gerade im Anfangsstadium, in einer sensiblen und schwierigen Phase und braucht viel Unterstützung. Nicht nur von den Angehörigen, auch das Gesundheitspersonal sollte darauf vorbereitet werden, welch ein Schock eine Krankheitsdiagnose sein kann, wie die PatientInnen möglicherweise darauf reagieren und wie man ihnen als Außenstehender Hilfe leisten kann und sie unterstützen kann. Ebenso sollte vielleicht unterrichtet werden, welche Interventionsmaßnahmen es gibt und wohin sich die erkrankten Personen wenden können, sollten sie Interesse haben.

Die Forschung hingegen sollte weiter daran arbeiten, neue Erkenntnisse aus Studien zu generieren, um den PatientInnen helfen zu können.

Es sollten mehr und verschiedene Interventionen durchgeführt werden, um Erfolge zu erzielen und das Leiden der erkrankten Menschen durch diverse therapeutische Maßnahmen zu lindern. Der Bedarf an Forschung ist auf diesem Gebiet sehr hoch und sollte auf alle Fälle weitreichend gedeckt werden.

Für das Management von Pflegeinstitutionen ist es wichtig, gut geschulte Fachkräfte und Therapeuten einzustellen, die diese Maßnahmen mit Feingefühl und ExpertInnenwissen umsetzen können und dabei den erkrankten Menschen mit seinen Wünschen und Bedürfnissen nicht aus den Augen verlieren. Ebenso sollten Fortbildungen gefördert werden, da immer wieder neue Erkenntnisse entstehen und einer Umsetzung bedürfen.

Anfangs hatte ich nicht gedacht, dass es so viele verschiedene Wege gibt, eine Krankheit zu verarbeiten und erst recht nicht, welche diversen Möglichkeiten einer Intervention es für die Betroffenen gibt. Während dem Erstellen der Arbeit musste ich oft zu meinem Erstaunen feststellen, mit welcher Nüchternheit diese Studien durchgezogen und beschrieben werden. Mir ist zwar klar, dass Wissenschaftlichkeit eine gewisse Nüchternheit voraussetzt, doch immerhin geht es hierbei um eine ernsthafte Erkrankung, die Menschen erhebliches psychisches und physisches Leid und Schmerzen bereitet. Ich hatte manchmal das Gefühl, es geht zu oft um Zahlen und Fakten, und selten um den Menschen an sich.

Doch andererseits werden diese Interventionen ja geschaffen, um Leid zu lindern und den PatientInnen zu helfen. Wissenschaft und Forschung sollte meiner Meinung nach auf jeden Fall stark gefördert werden, denn das ist unsere Zukunft.

Rückblickend gesehen, war das Schreiben dieser Arbeit eine neue Herausforderung, der ich in dieser Art noch nicht gegenüber stand. Teilweise war ich am Rande der Verzweiflung, weil es bei einem Schriftstück dieser Größe doch manchmal ziemlich schwierig sein kann, einen roten Faden durchzuziehen und diesen auch beizubehalten. Doch es ist ein sehr erhebendes Gefühl, wenn man es schlussendlich geschafft hat.

## 7. Schlussfolgerungen

Das Forschungsgebiet der Krebserkrankung ist ein sehr kompliziertes und großflächiges. Die Krankheit erforschen zu wollen, bedeutet gleichzeitig, auch den Menschen zu erforschen, der an dieser leidet.

Emotionen von Menschen variieren wie auch die Art, damit umzugehen. Bei einer Erkrankung dieser lebensbedrohlichen Art gibt es verschiedenste Interventionen, welche den Betroffenen helfen wollen, besser mit dem Krebs umzugehen und sich besser an die neue Lebenssituation anzupassen. Besonders wichtig hierbei ist die Involvierung der nahen Angehörigen, meisten der Lebens- oder Ehepartner, da diese die meiste Unterstützung erbringen können, die der Patient dringend braucht.

Als am hilfreichsten haben sich Interventionen in Form jeglicher Gesprächstherapie erwiesen, da diese darauf abzielen, den Menschen in seiner Persönlichkeit zu stärken und ihm Kampfgeist zu vermitteln. Solche Hilfemaßnahmen passieren meist im Beisein eines Therapeuten, der die individuellen Stärken und Schwächen erkennt, mit den Betroffenen über ihr Erleben der Erkrankung spricht und ihre vorhandenen Ressourcen fördert.

Forschung auf diesem Gebiet wird zunehmend wichtiger, da die Zahl der Neuerkrankten ständig steigt und somit auch die Nachfrage nach wirkungsvollen Maßnahmen, um das mentale Wohlbefinden jedes Einzelnen zu erhalten.

Ich hoffe, mit dieser Übersichtsarbeit einen guten Grundstein für weiterführende Forschung gelegt zu haben, da ich die momentane Sachlage auf diesem Gebiet zusammengefasst und abschließend erläutert habe.

Ich bin, vorrangig natürlich meinen zwei kompetenten Betreuerinnen, dankbar dafür, dass ich diese Arbeit schreiben durfte. Diese Erfahrung hat mich nicht nur in wissenschaftlicher, sondern auch in persönlicher Hinsicht weitergebracht.

## 8. Literaturverzeichnis

- Akyüz, A.; Güvenc, G.; et al. (2008). Living with gynaecologic cancer: Experience of women and their partners. *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (3), 241-247
- Antoni, MH.; Lehman, JM.; et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32
- Badr, H.; Carmack- Taylor, CL. (2008). Effects of relationship maintenance on psychological distress and dyadic adjustment among couples coping with lung cancer. *Health Psychology*, 27 (5), 616-627
- Baider, L.; Bengel, J. (2001). Cancer and the spouse: gender-related differences in dealing with health care and illness. *Critical Reviews in Oncology/ Hermatology*, 40, 115-123
- Baikie, KA.; Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 338-346
- Barraclough, J. (1999). Cancer and emotion. A practical guide to psycho- oncology. Third edition. Chichester: Wiley0059
- Baucom, DH.; Porter, LS.; et al. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho- Oncology*, 18, 276-283
- Ben- Zur, H.; Gilbar, O.; Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39
- Bostrom, V.; Sorlie, V. (2003). Gender differences in experiences in partners of patients diagnosed with cancer. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies / Vard i Norden*, 23 (4), 16-20

- Bultz, B.; Specia, M.; et al. (2000). A randomized controlled trial of a brief psycho-educational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho- Oncology*, 9 (4), 303-313
- Butler, L.; Downe-Wamboldt, B.; et al. (2000). Behind the scenes: Partners perceptions of quality of life post radical prostatectomy. *Urologic Nursing*, 20 (4), 254-258
- Carlson, LE.; Bultz, BD.; et al. (2000a). Partners of cancer patients: Part I. – Impact, adjustment, and coping across the illness trajectory. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18 (2), 39-63
- Carlson, LE.; Bultz, BD.; et al. (2000b). Partners of cancer patients: Part II. – Current psychosocial interventions and suggestions for improvement. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18 (3), 33-43
- Carlson, LE.; Ottenbreit, N.; et al. (2001). Partner understanding of the breast and prostate cancer experience. *Cancer Nursing*, 24 (3), 231-239
- Classen, C.; Butler, LD.; et al. (2001). Supportive- expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Arch Gen Psychiatry*, 38, 494-501
- Cliff, AM.; Macdonagh, RP. (2000). Psychosocial morbidity in prostate cancer II: A comparison of patients and partners. *BJU International*, 86, 834-839
- Cordova, MJ.; Giese-Davis, J.; et al. (2003). Mood disturbance in community cancer support groups- The role of emotional suppression and fighting spirit. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 461-467
- Couper, J.; Bloch, S.; et al. (2006). Psychosocial adjustment of female partners of men with prostate cancer: a review of the literature. *Psycho- Oncology*, 15, 937-953
- DeLongis, A.; Holtzman, S. (2005). Coping in context: the role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality*, 73 (6), 1-24

- Emslie, C.; Brown, S.; et al. (2009). 'Getting through' not 'going under': a qualitative study of gender and spousal support after diagnosis with colorectal cancer. *Social Science & Medicine*, 68, 1169-1175
- Gustavsson- Lilius, M.; Julkunen, J.; et al. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho- Oncology*, 16, 1100-1110
- Hawes, SM.; Malcarne, VL.; et al. (2006). Identifying problems faced by spouses and partners of patients with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33 (4), 807-814
- Helgeson, VS.; Cohen, S.; et al. (2000). Group support intervention for women with breast cancer: who benefits from what? *Health Psychology*, 19 (2), 107-114
- Herschbach, P.; Keller, M.; et al. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91, 504-511
- Hinnen, C.; Ranchor, AV.; et al. (2009). Partner support and distress in women with breast cancer: the role of patient's awareness of support and level of mastery. *Psychology and Health*, 24 (4), 439-455
- Hodgkinson, K.; Butow, P.; et al. (2007). Life after cancer: couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs. *Support Care Cancer*, 15, 405-415
- Iwamitsu, Y.; Shimoda, K.; et al. (2005). The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. *Health Communication*, 18 (3), 201-215
- Julkunen, J.; Gustavsson- Lilius, M.; Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 235-244
- Kayser, K.; Watson, LE.; Andrade, JT. (2007). Cancer as a „We- Disease“: Examining the process of coping from a

relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25 (4), 404-418

- Kuijer, RG.; Buunk, BP.; et al. (2002). The relation between perceived inequity, marital satisfaction and emotions among couples facing cancer. *British Journal of Social Psychology*, 41, 39-56
- Kuijer, RG.; Buunk, BP.; et al. (2004). Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psycho- Oncology*, 13, 321-334
- Kuijer, RG.; Ybema, JF.; et al. (2000). Active engagement, protective buffering and overprotection – 3 ways of giving support by intimate partners of patients with cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 256-275
- Larbig, W.; Tschuschke, V. (2000). *Psychoonkologische Interventionen – Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse*. München, Basel: Ernst Reinhardt
- Lavery, JF.; Clarke, VA. (1999). Prostate cancer: patients' and spouses' coping and marital adjustment. *Psychology, Health and Medicine*, 4 (3), 289-302
- Lewis, FM.; Cochrane, BB.; et al. (2008). Helping her heal: a pilot study of an educational counselling intervention for spouses of women with breast cancer. *Psycho- Oncology*, 17, 131-137
- Lieberman, MA.; Goldstein, BA. (2006). Not all negative emotions are equal: the role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho- Oncology*, 15, 160-168
- Luszczynska, A.; Gerstorf, D.; et al. (2007). Patients' coping profiles and partner's support provision. *Psychology and Health*, 22 (7), 749-764
- Manne, S.; Babb, J.; et al. (2004). Psychoeducational group intervention for wives of men with prostate cancer. *Psycho- Oncology*, 13, 37-46

- Manne, S.; Ostroff, J.; et al. (2005). Couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 634-646
- Manne, S.; Ostroff, J.; et al. (2006). Cancer- related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho- Oncology*, 15, 234-247
- Manne, SL.; Winkel, G.; et al. (2005). Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: patient and partner perspectives. *Health Psychology*, 24 (6), 635-641
- Maughan, K.; Heyman, B.; Matthews, M. (2002). In the shadow of risk. How men cope with a partner's gynaecological cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 27-34
- McLean, LM.; Jones, JM.; et al. (2008). A couples intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers. *Psycho- Oncology*, 17 (11), 1152-1156
- Morgan, MA. (2009). Considering the patient- partner relationship in cancer care: coping strategies for couples. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13 (1), 65-72
- Newhouse, RP.; Sigma Theta Tau International; Johns Hopkins Hospital; Johns Hopkins University School of Nursing (2007). Johns Hopkins nursing evidence-based practice model and guidelines. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.
- Northouse, LL.; Mood, D.; et al. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science & Medicine*, 50, 271-284
- Northouse, LL.; Templin, T.; Mood, D. (2001). Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (2), 115-136
- Schmid- Büchi, S.; Halfens, RJG.; et al. (2008). A review of psychosocial needs of breast cancer patients and their relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (21), 2895-2909

- Scott, J.L.; Halford, W.K.; Ward, B.G. (2004). United we stand? The effects of a couple- coping intervention on adjustment to early stage breast or gynaecological cancer. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72 (6), 1122-1135
- Schwarzer, R. (2002). Gesundheitspsychologie von A bis Z- ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe
- Segrin, C.; Badger, T.; et al. (2007). Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. Psycho- Oncology, 16, 634-643
- Stanton, A.L.; Danoff- Burg, S.; et al. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68 (5), 875-882
- [www.statistik-austria.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html](http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html) (Autor unbekannt) [15.8.2009]

## 9. Anhang

### 9.1 Tabelle

| Autor(en), Ort                          | Titel                                                                                                                                                                               | Stichprobe, IV                                                                                                                      | Messmethode                                                                                                                                                                                                    | Resultate, Limitationen                                                                                                                                                                                                                                 | EN | Gruppe |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|
| Antoni et al.<br>(2001), USA<br>(Miami) | „Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer“ | 100 Frauen, randomisiert in IV- oder Kontrollgruppe; IV: 10 Wochen lang 2 Std. pro Woche Sitzungen, Fokus auf Coping mit Stressoren | Profile of Mood States (POMS), Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), Impact of Events Scale (IES), Life Orientation Test-Revised (LOT-R), selbst produzierte Skala für „benefit finding“ | Kein Effekt auf Distress, aber reduziertes Vorkommen von Depression; auch gesteigerter genereller Optimismus- am hilfreichsten für pessimistisch eingestellte Frauen;<br><br>relativ gebildete Stichprobe, keine ethnischen Minderheiten berücksichtigt | 1  | 1      |
| Classen, Butler et                      | „Supportive-                                                                                                                                                                        | 125 Frauen,                                                                                                                         | POMS, IES                                                                                                                                                                                                      | In der Interventionsgruppe gab                                                                                                                                                                                                                          | 1  | 1      |

|                                                       |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| al. (2001), USA<br>(Kalifornien)                      | expressive group<br>therapy and<br>distress in patients<br>with metastatic<br>breast cancer“       | randomisiert;<br>IV: 1 Jahr lang<br>wöchentliche<br>Gruppentherapie<br>und<br>Informationsmateri<br>al, je 90 Minuten                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | es einen signifikanten<br>Rückgang an<br>Stimmungsstörungen und<br>Stresssymptomen;<br><br>„Stimmung“ schwer messbar,<br>Teilnehmer mussten viele<br>Messungen über sich ergehen<br>lassen- deshalb viele Drop-Outs                                                                                                                                                                                                           |   |   |
| Helgeson, Cohen<br>et al. (2000), keine<br>Ortsangabe | „Group support<br>interventions for<br>women with breast<br>cancer: who<br>benefits from<br>what?“ | 230 Frauen;<br>IV: randomisiert<br>zugeteilt- entweder<br>zur edukativen IV<br>(Information als<br>Hilfe) oder zur<br>Gruppendiskussion<br>s- IV (emotionale<br>Unterstützung),<br>wöchentlich für 8<br>Mal | Eigens konstruierte<br>Skala für „social<br>support“,<br>Rosenberg self-<br>esteem scale,<br>Cancer<br>Rehabilitation<br>Evaluation<br>Systems (CARES)<br>modifiziert, The<br>Medical Outcomes<br>Study Health<br>Survey Short Form<br>36 (SF-36), mental<br>health component<br>score (MCS),<br>physical health<br>component score<br>(PCS) | In der Gruppen-Intervention<br>wurden die Frauen motiviert,<br>sich mehr über Probleme<br>auszutauschen; die edukative<br>Gruppe war am hilfreichsten für<br>die Frauen, die anfangs die<br>meisten Startschwierigkeiten<br>hatten; die emotional-<br>fokussierte Gruppe am<br>hilfreichsten für diejenigen<br>Frauen, denen Unterstützung<br>seitens der Partner fehlte;<br><br>Folgedaten sind nicht mehr<br>aussagekräftig | 1 | 1 |

|                                                                |                                                                                                             |                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Herschbach, Keller et al.(2004), Deutschland                   | „Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with cancer-specific questionnaire“ | 1721 Patienten; Fragebogen                                               | Questionnaire on Stress in cancer patients revised version (QSC-R23)                                                                                       | Größter Stressfaktor ist die Angst vor der Krankheitsprogression; die meist gestressten Krebspatienten sind diejenigen mit Brustkrebs und Krebs des Verdauungstraktes; Frauen sind häufiger von Stress betroffen als Männer;<br><br>Liste der Stressoren ist unvollständig; aktuelle Behandlungssituation der Patienten wurde nicht erfasst | 2 | 1 |
| Manne, Ostroff et al.(2005), USA (New Jersey und Pennsylvania) | „Couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer“                                | 238 Frauen, randomisiert; IV: 6 Einheiten paarbezogene Therapiesitzungen | Mental Health Inventory (MHI), IES, Partner Unsupportive Behaviour Scale, Functional Status subscale of the CARES, modifizierte Form von Expectancy Rating | Intervention hatte einen positiven Effekt auf depressive Symptome und war hilfreicher bei Frauen, die von den Partnern unzureichend unterstützt wurden und die mehr physische Einschränkungen hatten;<br><br>Hohe Rate an Studienverweigerern und -ausfällen, nur Frauen, kleine Effektgröße                                                | 1 | 1 |

|                                               |                                                                                                                                             |                        |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Manne, Winkel et al. (2005), keine Ortsangabe | „Partner unsupportive responses, avoidant coping and distress among women with early stage breast cancer: patient and partner perspectives“ | 219 Frauen; Fragebogen | Perceived negative spouse behaviour scale, IES, MHI-8         | Wenn der Partner nicht unterstützt, führt dies zu Vermeidungsverhalten und Distress. Sensible Menschen beurteilen das Verhalten anderer eher als nicht-unterstützend. Die Beurteilungen von Patienten und Partnern zu nicht-unterstützendem Verhalten korrelieren stark;<br><br>sehr junge Teilnehmer, sehr gebildet- nicht verallgemeinerbar! | 3 | 1 |
| Bostrom, Sorlie (2003), keine Ortsangabe      | „Gender differences in experiences in partners of patients diagnosed with cancer“                                                           | 6 Partner; Interviews  | Interpretation nach „Ricoeur's phenomenological hermeneutics“ | Sowohl Frauen als auch Männer erlebten den Konflikt zwischen der eigenen Angst und dem Bedürfnis, diese auch mitzuteilen; Männer kommunizieren nicht so offen wie Frauen, sondern konzentrieren sich auf die Beschützerrolle; Frauen sind durch Nähe stark, Männer eher schwach- sie suchen Distanz;<br><br>kleine Stichprobe                  | 3 | 2 |

|                                               |                                                                                                                                  |                                                                                |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Butler, Downe-Wamboldt et al. (2000), Kanada  | „Behind the scenes: Partners' perceptions of quality of life past radical prostatectomy“                                         | 21 Frauen als Partner von Prostatakrebspatienten; semistrukturierte Interviews | - | Für viele Partnerinnen ist die Diagnose ein schockierendes Ereignis, sie sind aber der Meinung, dass alle Entscheidungen gemeinsam getroffen werden sollten in Bezug auf die Behandlung- sie fordern mehr Einbindung in den gesamten Prozess;<br><br>kleine Stichprobe                                                                | 3 | 2 |
| Emslie, Brown et al. (2009), keine Ortsangabe | „ 'Getting through' not 'going under'. A qualitative study of gender and spousal support after diagnosis with colorectal cancer“ | 33 Partner; 2. Analyse von narrativen Interviews                               | - | Beide Geschlechter finden emotionale und praktische Unterstützung sehr wichtig; Männer sehen sich selbst als Partner sehr stark, aber sie schätzen auch die Frauen als Patienten als stark ein; Männer eher pragmatisch veranlagt, während Frauen oft den emotionalen Zugang wählen;<br><br>viele ältere Patienten, nur eine Krebsart | 3 | 2 |
| Maughan, Heyman, Matthews (2002), England     | „In the shadow of risk. How men cope with a                                                                                      | 6 Männer; unstrukturierte Interviews mit                                       | - | Männer diskutieren nicht gerne über ihre Emotionen und konzentrieren sich lieber auf                                                                                                                                                                                                                                                  | 3 | 2 |

|                                               |                                                                                                                             |                                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
|                                               | partner's gynaecological cancer“                                                                                            | Fokus auf Gefühle, Zukunft und Familienleben     |                                                              | ihre Frauen; sie fühlen sich aber manchmal ausgeschlossen; sehen aber auch, dass ihre Frauen durch das Erlebnis der Erkrankung ihr Leben mehr genießen;<br><br>kleine Stichprobe                                                                                        |   |   |
| Akyüz, Güvenc et al. (2008), Türkei (Ankara)  | „Living with gynaecologic cancer: experience of women and their partners“                                                   | 19 Frauen und 12 Partner; Interviews             | -                                                            | Oft Stress und Angst wegen der Diagnose; wegen der traditionellen Strukturen in der Türkei ist es nicht selbstverständlich, dass der Ehemann den Haushalt, etc. macht, eher Mütter oder Töchter; oft wird viel gebetet-religiös;<br><br>Kann nicht generalisiert werden | 3 | 3 |
| Badr, Carmack-Taylor (2008), keine Ortsangabe | “Effects of relationship maintenance on psychological distress and dyadic adjustment among couples coping with lung cancer” | 158 Lungenkrebspatienten und Partner; Fragebogen | Brief Symptom Inventory (BSI), Dyadic Adjustment Scale (DAS) | Positiv gestimmte Personen leiden seltener unter Distress; eine aktive Rolle in der Beziehung stärkt diese; wenn sich der Patient eher auf Freunde, etc. verlässt, fühlt sich der Partner zurückgesetzt.                                                                | 3 | 3 |

|                                               |                                                                               |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Baucom, Porter et al. (2009), USA             | „A couple- based intervention for female breast cancer“                       | 14 Paare, randomisiert; IV: 6 mal alle 2 Wochen, 75 min. mit einem Therapeuten, Fokus auf paarbezogenes Coping, medizinische Info, Kommunikation | Quality of Marriage Index (QMI), Derogatis Inventory of Sexual Functioning (DISF-SR), BSI, Posttraumatic Growth Inventory (PGI), Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-B), Self-Image Scale (SIS), Brief Fatigue Inventory (BFI), Brief Pain Inventory (BPI), Rotterdam Symptom Checklist (RSC) | Viele Studienverweigerer, homogen in der Ethnizität<br><br>Verbesserte Funktion der eigenen psychologischen Variablen und auch der Beziehung; auch weniger körperliche beschwerden bei Frauen in der IV- Gruppe;<br><br>Kleine Stichprobe | 1 | 3 |
| Bultz, Specia et al. (2000), keine Ortsangabe | „A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for | 34 Paare, randomisiert; IV: 1 Mal pro Woche 90 min. Therapie, für 6                                                                              | Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), POMS, Total Mood disturbance score                                                                                                                                                                                                                             | Partner in der IV-Gruppe waren weniger gestresst, evtl. positives Effekt auch auf die Qualität der Beziehung durch offene Kommunikation; weniger                                                                                          | 1 | 3 |

|                                                    |                                                                                        |                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
|                                                    | partners of early stage breast cancer patients“                                        | Wochen; Fokus auf edukative Info und Unterstützung | (TMD), index of Marital satisfaction, DUKE- UNC Functional social support scale (FSSS) | Stimmungsstörungen;<br><br>Selbstselektion der Teilnehmer, kleine Stichprobe                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |
| Carlson, Ottenbreit et al (2001), keine Ortsangabe | „Partner understanding of the breast and prostate cancer experience“                   | 23 Paare; Semistrukturierte Interviews             | POMS                                                                                   | Frauen als Partner scheinen die Erkrankung des Partners besser zu verstehen als umgekehrt Männer; allgemein fühlen sich Patienten aber verstanden und waren mit der Unterstützung zufrieden; Partner leider häufiger unter Stress als Patienten;<br><br>Kleine Stichprobe, Unterschiede in der Rekrutierung bei Brust-/ Prostatakrebs | 3 | 3 |
| Cliff, Macdonagh et al. (2000), keine Ortsangabe   | „Psychosocial morbidity in prostate cancer: II. A comparison of patients and partners“ | 135 Paare; Fragebogen- Interviews zuhause          | Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)                                           | Distress bei Partnern größer al bei Patienten, behandlungsbezogene Ängste auch bei Partnern größer;<br><br>Keine Limitationen genannt                                                                                                                                                                                                 | 3 | 3 |
| Gustavsson- Lilius,                                | “Sense of                                                                              | 123 Paare;                                         | Short Form of                                                                          | Frauen leiden mehr an Distress                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3 | 3 |

|                                                  |                                                                                              |                                                                                                                        |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Julkunen et al. (2007), Finnland (Helsinki)      | coherence and distress in cancer patients and their partners"                                | Fragebogen                                                                                                             | Orientation to Life Questionnaire (OLQ), Beck Depression Inventory (BDI), Endler Multidimensional Anxiety Scales (EMAS) | und Angst. Patienten- und Partnervariablen immer in Zusammenhang zueinander, starkes Zusammengehörigkeitsgefühl führt zu weniger Angst und Depression;<br><br>Kleine Stichprobe, „Coping“ müsste in Fragebogen inkludiert sein |   |   |
| Hawes, Malcarne et al. (2006), USA (Kalifornien) | „Identifying problems faced by spouses and partners of patients with prostate cancer“        | 66 Patienten und Partner, zufällig Kontroll- oder IV-Gruppe; IV: Problemlösungs-Therapie, wöchentlich in deren Wohnung | Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R), POMS                                                                 | Wichtigste Themenbereiche für Partner sind das eigene emotionale Wohlbefinden, Kommunikation mit dem kranken Partner und Angst;<br><br>Kleine Stichprobe, teilweise hohe Problemlösungsfähigkeiten der Teilnehmer              | 1 | 3 |
| Hinnen, Ranchor et al. (2009), Niederlande       | „Partner support and distress in women with breast cancer: the role of patients awareness of | 82 Paare; IV: Befragungen, teilweise auch per Telefon                                                                  | Mastery Scale, HADS                                                                                                     | Korrelation zwischen protektiver Pufferung und Stress; aktives Engagement und Stress hat keine Relation zueinander<br><br>Keine Limitationen angegeben                                                                         | 3 | 3 |

|                                                     |                                                                                                                                 |                                        |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Hodkinson, Butow et al. (2007), Australien (Sydney) | support and level of mastery"<br>"Life after cancer: couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs" | 154 Paare; Fragebogeninterview         | SF- 12, DAS, HADS, Cancer Survivors Partners Unmet Needs Measure (CASPIN), CASUN | Größerer Distress bei Partnern verursacht auch größeren Stress bei den Patienten; Patienten haben generell mehr unerfüllte Wünsche als die Partner; Korrelation zwischen Distress und Unterstützungsbedarf bei beiden; Partner leiden oft unter Angst bzgl. der Krankheit;<br><br>Rekrutierung der Partner durch Patienten (Bias!) | 3 | 3 |
| Kayser, Watson, Andrade (2007), USA                 | "Cancer as a 'We-Disease': examining the process of coping from a relational perspective"                                       | 10 Paare, randomisiert; IV: Interviews | -                                                                                | 2 Arten von Coping: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutual responsiveness (Krebs als 'Wir-Krankheit', viel Kommunikation, vorteilhaft!)</li> <li>• Disengaged avoidance (Krankheit ist individueller Stress, keine Kommunikation, führt zu negativen Konsequenzen);</li> </ul>                                            | 1 | 3 |

|                                                      |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Kuijer, Buunk, De Jong et al. (2004), Niederlande    | „Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity, relationship quality and psychological distress“ | 59 Paare, randomisiert; IV: 5 mal 90 min., alle 2 Wochen Therapiesitzungen mit Psychologen, Fokus auf aktuelle Beziehungsprobleme, Erwartungen, Wünsche | Selbst konstruierte Skalen zu „Ungleichheit in der Partnerschaft“, Skala für Beziehungsqualität, CES-D | Kleine und homogene Stichprobe<br><br>Sowohl Partner als auch Patienten berichteten geringere Levels von Ungleichheitsgefühlen und höhere Beziehungsqualität. Ebenso weniger Distress- und alles auch langfristig.                   | 1 | 3 |
| Kuijer, Buunk, Ybema et al. (2002), keine Ortsangabe | „The relation between perceived inequity, marital satisfaction and emotions among couples facing cancer“                                                       | 68 Paare; Fragebogen                                                                                                                                    | Eigene Scores für „Gleichheit“, „Emotionen“, Maudsley Marital Questionnaire, RAND Health Survey        | Kleine Stichprobe, kurze Zeitspanne (3 Monate)<br><br>Nur männliche Patienten fühlten sich in der Beziehung bevorteilt, die Partner fühlten sich aber nicht benachteiligt; bei Bevorzugung fühlt man sich schuldig, aber auch stolz; | 3 | 3 |
| Kuijer, Ybema et al. (2000), Niederlande             | „Active engagement, protective buffering and overprotection: 3 ways of giving                                                                                  | 106 Patienten und Partner; IV: Befragung                                                                                                                | Fragebogen zur Messung der drei Coping- Typen, CES-D, Scale for mastery, neu                           | Keine allgemeine Gültigkeit, kleine Effektmessungen<br><br>Partner, die dachten dass der Patient positive gestimmt ist, zeigten mehr aktives Engagement und weniger Überprotektion; Partner mit                                      | 2 | 3 |

|                                                  |                                                                         |                                            |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
|                                                  | support by intimate partners of patients with cancer“                   |                                            | konstruierte Skalen für Relationship Improvement, Partner's Evaluation of Patients' Coping and Partner's Self-Efficacy in Providing Support | hoher Selbstwirksamkeit zeigten mehr aktives Engagement, mit geringer Selbstwirksamkeit protektive Pufferung; Patienten erlebten mehr Distress bei Überprotektion;<br><br>Stichprobe könnte evtl. nicht repräsentativ sein                                                                  |   |   |
| Lavery, Clarke (1999), Australien                | “Prostate cancer: patients' and spouses' coping and marital adjustment” | 12 Paare; IV: semistrukturierte Interviews | -                                                                                                                                           | Patienten verwendeten mehr verschiedene Strategien als die Partner- am meisten Ablenkung durch diverse Aktivitäten, um Stress zu reduzieren; Kommunikation wird als sehr wichtig empfunden; Ehefrauen übernehmen oft die Aufgabe der Informationssuche; Ehe hat sich bei vielen verbessert. | 3 | 3 |
| Luszczynska, Gerstorf et al. (2007), Deutschland | „Patients' coping profiles and partners' support provision“             | 122 Paare; Fragebogen                      | Brief COPE, Provided Support subscale of the Berlin Social Support Scale                                                                    | Kleine Stichprobe<br>3 Coping- Profile (Accomodative, disengaging, assimilative)<br><br>Zu wenige Messzeitpunkte, nur                                                                                                                                                                       | 2 | 3 |

|                                                 |                                                                                                                     |                                                                              |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Manne, Ostroff et al. (2006), USA               | „Cancer- related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer“                       | 147 Patienten und 127 Partner; Fragebogen                                    | (BSSS)<br>Communication patterns Questionnaire (CPQ), MHI- 18, DAS, CARES                   | self- report Daten<br>Konstruktive Kommunikation führt zu weniger Distress, höhere Zufriedenheit in der Beziehung; Mitleid und Vermeidung führt zum Gegenteil; aktives Engagement ist assoziiert mit ehelicher Zufriedenheit<br><br>Nicht- repräsentative Stichprobe, hohe Drop- Out- Rate, sehr homogen, generell hohe Zufriedenheit in der Ehe | 3 | 3 |
| McLean, Jones et al. (2008), Kanada (Toronto)   | “A couples intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers: outcomes of a pilot study” | 16 Paare; IV: Emotionsfokussierte Paartherapie, 8 Sitzungen, 1 mal pro Woche | Revised DAS, BDI- II, Beck Hopelessness Scale (BHS), Satisfaction and Benefit Questionnaire | Positive Effekte in der Ehe; depressive Symptome verbesserten sich; vielleicht waren Paare erleichtert, sich mitteilen zu können;<br><br>Keine Limitationen genannt                                                                                                                                                                              | 2 | 3 |
| Northouse, Mood et al. (2000), keine Ortsangabe | „Couples’ patterns of adjustment to colon cancer“                                                                   | 56 Paare; Interviews                                                         | Smilkstein Stress Scale, Family APGAR, Social support scale, Spanier Dyadic                 | Partner leidet häufiger unter Distress als Patienten, fühlen oft großen Druck, unvorbereitete, wenig Unterstützung von ausserhalb;                                                                                                                                                                                                               | 3 | 3 |

|                                                   |                                                                                   |                                                                     |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
|                                                   |                                                                                   |                                                                     | Adjustment Scale, BHS, Mishel Uncertainty in Illness Scale, BSI, Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) | Frauen haben generell mehr Stress (als Partner und Patienten);<br><br>Kleine Stichprobe, wenig Aussagekraft                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |
| Northouse, Templin, Mood (2001), keine Ortsangabe | „Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis“ | 131 Paare; Interviews (Frauen und Männer getrennt) in deren Zuhause | Smilkstein Stress Scale, Spanier Dyadic Adjustment Scale, BHS, Mishel Uncertainty in Illness Scale, BSI, PAIS    | Unsicherheit und Hilflosigkeit hatten einen signifikanten Einfluss auf die Bewältigung, höherer Stress war mit geringer Anpassung verbunden; Paare, die von Anfang an Anpassungsprobleme haben, sind einem größeren Risiko ausgesetzt, dass diese auch bleiben;<br><br>„Ernsthaftigkeit der Krankheit“ ist einzige medizinische Variable- müssten mehr sein | 3 | 3 |
| Segrin, Badger et al. (2007), USA                 | „Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer    | 96 Paare, randomisiert in eine von 3 verschiedenen 6-Wochen-        | Positive and negative affect schedule (PANAS), Index of Clinical Stress,                                         | Angst der Frauen korrelierte mit der Angst der Männer. Die Angst des Partners korrelierte auch mit anderen Aspekten des Wohlbefindens der Frauen, wie                                                                                                                                                                                                       | 1 | 3 |

|  |                     |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |  |  |
|--|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | and their partners“ | <p>Programmen (eine davon quasi Kontrollgruppe)</p> <p>IV: 1. Anrufe von einem Psychiater einmal pro Woche</p> <p>2. sportliche Tätigkeiten und kurze Anrufe einmal pro Woche</p> <p>3. nur gedruckte Info, sehr selten kurze Anrufe</p> | <p>CES-D, Relationship Assessment Scale (RAS), Multidimensional Fatigue Inventory</p> | <p>Depression, Fatigue o.Ä. ; Angst mit Distress verbunden- weniger Angst in zufriedenstellender Beziehung;</p> <p>Teilnehmer waren freiwillige, homogene Stichprobe, kleine Effektgrößen</p> |  |  |
|--|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

## 9.2. Abstract

Cancer is an enormous psychological burden for the ones who suffer from it. Often they experience a variety of emotions like anxiety, anger or fear of losses. But also the social environment (like family, partners or friends) is involved- mostly the partners are threatened from this life- changing situation, too.

This article should show how cancer patients and their partners cope with their feelings, how they adjust to the situation of being ill and what kinds of interventions exist to support them.

This literature review is based on 31 articles, which introduce and analyse various kinds of therapies, like group therapies or couple-based ones. It was found that every human being deals with illness in a different way and also uses an individual coping strategy to get along with that experience.

The most helpful interventions are therapist- led sessions which involve both patients and partners, because this is the most direct way to discuss and solve their problems. Although there is a need for further research on this area, this review could make the healthcare professionals develop new concepts, which fit the needs of cancer patients and their partners even better.

Eine Krebserkrankung stellt eine enorme psychische Belastung für die Betroffenen dar. Oftmals erfahren sie eine Vielzahl an Emotionen wie Furcht, Wut oder Verlustängste. Doch auch das soziale Umfeld ist involviert- die Partner leiden ebenso an der lebensverändernden Situation.

Dieser Artikel soll deutlich machen, wie KrebspatientInnen und ihre PartnerInnen mit den Gefühlen umgehen, sich an die Krankheitssituation anpassen und welche Interventionen es gibt, um sie zu unterstützen.

Diese Literaturübersicht beinhaltet 31 Studien, welche unterschiedliche Arten von Therapien, wie etwa Gruppentherapien oder Paartherapien, vorstellen und analysieren. Es wurde herausgefunden, dass jeder Mensch anders mit der Erkrankung umgeht und auch jeder eine individuelle Copingstrategie zur Bewältigung anwendet.

Als hilfreichste Interventionen erweisen sich Gesprächstherapien, die sowohl Patienten als auch Partner mit einbeziehen, da hierbei direkte Kommunikation und Problemlösung stattfindet. Obwohl weitere Forschung auf diesem Gebiet nötig ist, könnte dieser Artikel doch das Gesundheitspersonal dazu anregen, neue Konzepte zu entwickeln, die noch besser auf die Bedürfnisse von KrebspatientInnen und deren Partner ausgerichtet sind.

### 9.3. Lebenslauf

## **Lebenslauf**

Nina Kuzniar

Gersthofer Strasse 45/2

1180 Wien

Geboren am 9.12.1985 in Scheibbs

Staatsbürgerschaft: Österreich

Familienstand: ledig

Telefon: 0664/ 9168085

E- Mail: [Ninja85@aon.at](mailto:Ninja85@aon.at)

### **Ausbildung**

1992- 1996: Volksschule, Gaming

1996- 2004: Gymnasium, Wieselburg an der Erlauf (Matura)

Oktober 2005 bis dato: Studium der Pflegewissenschaft, Universität  
Wien

### **Studienbegleitende Tätigkeiten**

November 2005 bis dato: Angestellte in einer Tabaktrafik

### **Besondere Kenntnisse**

Fremdsprachen: Englisch- fließend in Wort und Schrift

Französisch- Maturaniveau

Latein- Maturaniveau

Spanisch- Grundkenntnisse

EDV: MS Office, Internet, Datenbanken