

# **Partnerschaftliche Bewältigung einer Krebserkrankung**

*Ute Schulz & Ralf Schwarzer*

*Freie Universität Berlin*

## **Krisen gemeinsam bewältigen**

Mit der steigenden Lebenserwartung in vielen westlichen Industrienationen nimmt auch die Inzidenz maligner Tumorerkrankungen zu (Kolb & Bokemeyer, 2001). Doch nicht nur aufgrund dieser Prognose haben Krebserkrankungen einen besonderen Stellenwert in der psychologischen Forschung, die sich seit Jahrzehnten mit der Krankheitsbewältigung beschäftigt. Die Diagnose Krebs stellt vielmehr ein kritisches Lebensereignis dar, das nicht nur die Welt des Patienten, sondern auch seiner nächsten Angehörigen nachhaltig erschüttert. Vor diesem Hintergrund ist es eher verwunderlich, dass sich die Stress- und Bewältigungsforschung bis Anfang der 90er Jahre fast ausschließlich auf die unmittelbar Betroffenen, die Krebspatienten, konzentriert hat. Ein Grund dafür ist in der weitgehenden Unabhängigkeit der Entwicklung der Bewältigungsforschung und der Forschung zur sozialen Unterstützung zu vermuten (Aymanns, 1992; Bodenmann, 2000). Diese individuumzentrierte Sichtweise wurde auch von Hobfoll (1998) kritisiert. Nur selten ist jemand allein von einer belastenden Situation betroffen. Hobfoll schlägt daher vor, die Bewältigung eines Schicksalsschlages als einen gemeinschaftlichen Prozess zu verstehen (*communal coping*).

Die meisten Krebspatienten benennen in dieser für sie schwierigen Lebensphase ihren Partner als wichtigste Bezugsperson (Primono, Yates & Woods, 1990; Rowland, 1990). Verschiedene Studien belegen, dass partnerschaftliche Unterstützung die Anpassung an die Krankheit bzw. den Heilungsprozess positiv beeinflusst. Dieser positive Effekt sozialer Unterstützung wird dabei offenbar durch das Bewältigungsverhalten des Patienten vermittelt. Aymanns und Filipp (1995) untersuchten die Effektivität zweier kognitiver Copingstrategien, Bedrohungsabwehr und Rumination, in Abhängigkeit von familiärer Unterstützung bei Krebspatienten. Als Kriterium der Anpassung wurde der Grad an Hoffnungslosigkeit gewählt.

Unterstützung seitens der Familie der Patienten moderierte die Effekte des Bewältigungsverhaltens: Hohe emotionale Unterstützung aus der Familie begünstigte die Bedrohungsabwehr, welche wiederum die Hoffnungslosigkeit minderte. Geringe Unterstützung hingegen verstärkte die dysfunktionale Wirkung von Rumination, welche die Hoffnungslosigkeit verschlimmerte. Manne, Pape, Taylor und Dougherty (1999) fanden, dass partnerschaftliche Unterstützung den gedanklichen Fokus auf Positives verstärkte, woraus sich eine gehobene Stimmung der Patienten ergab. Wenn Partner Kritik übten, führte dies zu vermeidenden Bewältigungsstrategien, welche in negativer Stimmung des Patienten resultierten. Ob supportives Verhalten des Partners den Einsatz bestimmter Bewältigungsstrategien beim Patienten motiviert oder vorhandene Mechanismen nur verstärkt, bedarf der weiteren Aufklärung.

Ogleich eine Erkrankung wie Krebs sowohl den Patienten als auch seinen Partner belastet, sind die Bedeutung und die Auswirkungen dieses gemeinsamen Stressors für beide sehr unterschiedlich. Für den Patienten ist die Diagnose Krebs mit vielen Ängsten assoziiert: Oftmals markiert sie den Beginn eines langen Leidensweges mit schmerzhaften Behandlungen und starken Nebenwirkungen der Medikamente. Aber selbst kurative Operationen und Therapien können nicht garantieren, dass der Patient auf Dauer geheilt wird. Die Ungewissheit, möglicherweise Jahre nach der Ersterkrankung ein Rezidiv zu bekommen, begleitet den Patienten auch nach der Entlassung aus der Klinik. Auch die Partner von Krebspatienten sind mit einschneidenden Veränderungen konfrontiert, die mit einem erhöhtem Stressniveau in allen Phasen der Bewältigung verbunden sind (z. B. Fang, Manne & Pape, 2001). Während für den Patienten oftmals die existenzielle Bedrohung im Vordergrund steht, verursachen neue Aufgaben und Rollenverteilungen, z. B. im Haushalt oder bei der Pflege des erkrankten Angehörigen, Anpassungsprobleme der Partner an die neuen Lebensumstände (Fang et al., 2001; Haddad, Pitceathly & Maguire, 1996).

In diesem Kapitel soll es ausschließlich um die Rolle der Unterstützung des gesunden Partners für den Genesungsprozess des Patienten gehen. Die partnerschaftliche Unterstützung kann in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten bzw. Partners dabei ganz unterschiedliche Effekte haben. Frauen haben tendenziell größere und engmaschigere Netzwerke. Zu ihren engen Vertrauten gehören ihre Kinder und Freunde, die sie im Belastungsfall mobilisieren können. Im Gegensatz dazu verlassen sich Männer vorwiegend auf den Ehepartner als Hauptunterstützungsquelle (Greenglass, 1982; Hobfoll, 1986, 1998; Klauer & Winkeler, 2002; Knoll & Schwarzer, 2002; Simon, 1995). Frauen könnten somit besser vor den Folgen

eines stressreichen Ereignisses geschützt sein, und zwar sogar dann, wenn ihre Ehepartner keine oder wenig hilfreiche Unterstützung anbieten.

## **Soziale Unterstützung im Alter**

Soziale Integration und soziale Unterstützung werden in der Bewältigungsforschung als Ressourcen aufgefasst und unterliegen, wie auch andere Ressourcentypen (siehe Kapitel 1 für einen Überblick), einem entwicklungsbedingten Wandel. Auch wenn das Image des gebrechlichen und abhängigen älteren Menschen heute nicht mehr zutreffend ist, überwiegen dennoch die Verluste an Ressourcen die möglichen Zugewinne im Alter. So schaffen beispielsweise der Auszug der eigenen Kinder aus dem Elternhaus oder der Übergang vom Berufsleben in die Berentung neue soziale Netzwerkkonstellationen. Da soziale Ressourcen eine zentrale Position besitzen (Hobfoll, Freedy, Lane & Geller, 1990), könnte man schlussfolgern, dass ältere Menschen eher unglücklich sein müssten. Die Forschung kommt bezüglich sozialer Netzwerke jedoch zu ganz anderen Ergebnissen: Auch wenn Netzwerke im Alter tatsächlich ausdünnen (Field & Minkler, 1988; Fung, Carstensen & Lutz, 1999; Lee & Markides, 1990), bleiben Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden konstant oder verbessern sich sogar noch (Baltes & Carstensen, 1996).

Ein Weg, dieses Paradox zu verstehen, wird von Carstensen vorgeschlagen (1993). Sie nimmt an, dass ältere Personen sich eher ganz gezielt auf wenige Beziehungen konzentrieren, um somit die emotionale Nähe, Einbettung und Sorge aufrecht erhalten zu können. Diese aktive Selektion repräsentiert eine durchaus adaptive Strategie im Sinne der Ressourcenerhaltung. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Anzahl der engen Beziehungen im Alter nicht abnimmt, auch wenn die Größe des Gesamtnetzwerkes verringert wird (Lang & Carstensen, 1994). Entsprechend dieser Befunde müssen wir annehmen, dass ältere Paare besonders vulnerabel sind, wenn eine Krankheit wie Krebs auftritt. Sie haben im Laufe ihres Lebens bereits Ressourcenverluste erfahren müssen, die sich auch und gerade im Gesundheitsbereich niederschlagen. Darüber hinaus verlassen sie sich vorwiegend aufeinander als primäre Unterstützungsquelle und laufen damit Gefahr, bei einer anhaltenden Belastung diese Quelle zu erschöpfen. Gibt es einen Ausweg aus dem Dilemma?

Eine Antwort auf diese Frage gibt möglicherweise das Konzept des beziehungsbezogenen Copings nach Coyne & Smith (1991). Es ist eines von verschiedenen Modellen partnerschaftlicher Bewältigung, die in diesem Band diskutiert werden. Ein übergreifendes Modell fehlt bislang (Barbee, 1990; Bodenmann, 1995, 1997, 2000; Coyne & Smith, 1991;

DeLongis & O'Brien, 1990). Die Autoren benennen drei Strategien, die alle dem Ziel dienen, die Belastung des Partners in der Dyade zu verringern: (1) Aktives Engagement (*Active Engagement*) umfasst die Bemühungen, den anderen zu aktivieren und zu motivieren, z. B. sich nach der Operation selbstständig zu waschen oder zu lesen, (2) Protektives Abpuffern (*Protective Buffering*) hingegen zielt auf eine Abschirmung des anderen vor zusätzlichen Belastungen ab, z. B. indem schlechte Nachrichten ferngehalten oder Kritik am anderen nicht ausgesprochen werden. (3) Die dritte Strategie, Überbehütung (*Overprotection*), führt zu einer Unselbstständigkeit des Partners mit eher negativen Auswirkungen, die konträr zur Hilfsintention des Unterstützers laufen, z. B. wenn dem Patienten alles abgenommen und ihm dadurch eine Schonhaltung aufgezwungen wird. So fanden Coyne und Kollegen, dass Überbehütung der Ehefrauen bei Herzpatienten dazu führt, dass sich die Männer beim Fitnessstraining weniger zutrauen und daher nur zaghaft trainieren (Coyne & Smith, 1991). Eine holländische Forschergruppe hat das Modell von Coyne und Smith an Krebspatienten und ihren Partnern untersucht (Hagedoorn, Kuijer et al., 2000). Sie fanden zunächst eine moderate Übereinstimmung der Einschätzung durch die Patienten und ihre Partner bezüglich der geleisteten Unterstützung. Aktives Engagement war positiv mit ehelicher Zufriedenheit aus der Sicht sowohl des Patienten als auch des Partners assoziiert. Darüber hinaus gab es einen negativen Zusammenhang zwischen dieser Form von Unterstützung und negativen Gefühlen. Protektives Abpuffern war negativ mit ehelicher Zufriedenheit verknüpft, wenn die Patienten gleichzeitig eine hohe Stressbelastung berichteten oder unter starken körperlichen Beeinträchtigungen zu leiden hatten. In einer Studie mit gynäkologischen Patientinnen führte protektives Abpuffern durch den Ehemann zu weniger Stress auf der Seite der Patientin. Für den Ehemann selbst führte diese Strategie jedoch zu einer erhöhten Stressbelastung (Harpur, 1998).

Wir haben in unserer Untersuchung protektives Abpuffern als eine Form indirekter Unterstützung aufgenommen, die möglicherweise dazu dienen könnte, die primäre Bezugsperson als Hauptunterstützungsquelle vor der Erschöpfung zu schützen. Insbesondere im Hinblick auf eine Chronifizierung der Erkrankung könnte diese Strategie ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen. Gerade ältere Patienten, deren Lebenspartner auch die Hauptlast der Unterstützung trägt, dürften davon profitieren.

## **Partnerschaftliche Unterstützung und Krankheitsbewältigung: Die Berliner Studie zur Lebensqualität nach Tumoroperationen**

Wie sich partnerschaftliche Unterstützung auf die Bewältigung von Tumoroperationen auswirkt, haben wir bei 457 Tumorpatientinnen und Patienten untersucht, die sich für eine Operation in stationärer Behandlung befanden. Zu vier Messzeitpunkten haben wir sie gefragt, wie viel Unterstützung sie von einer engen Bezugsperson erhalten und wie sie ihre derzeitige Lebenssituation meistern. Dazu haben wir den Patienten einige Tage vor der Operation sowie eine Woche, einen Monat und ein halbes Jahr danach einen Fragebogen ausgehändigt. Auch ihre Partner wurden vor der Operation sowie einen Monat danach in die Untersuchung einbezogen. Sie wurden u. a. gefragt, wie viel Unterstützung sie geleistet zu haben glauben und wie sie mit der Situation umgegangen sind. Das längste Zeitintervall lag zwischen dem dritten (1 Monat postoperativ) und dem vierten Erhebungszeitpunkt (6 Monate postoperativ). Für diesen Zeitraum liegen Daten von 108 Paaren vor. Die Patienten waren im Durchschnitt 63 Jahre alt ( $SD = 10.2$  Jahre) und damit etwas älter als ihre Partner ( $M = 61$  Jahre,  $SD = 10.6$  Jahre). Die häufigsten Tumorlokalisationen waren Rectum (26.9%), Darm (24.1%), Magen (13%), Leber oder Gallenblase (9.3%) sowie Bauchspeicheldrüse (8.3%).

### ***Soziales Netz und Alter***

Vergleicht man die Patienten, die in einer Partnerschaft leben, mit Alleinstehenden, so berichten Alleinstehende erwartungsgemäß von weniger Unterstützung. Wir wollten jedoch herausfinden, ob es Unterschiede hinsichtlich der sozialen Unterstützung gibt, wenn man junge und ältere Patienten miteinander vergleicht. Dazu teilten wir die Tumorpatienten in drei Altersgruppen auf: die jüngste Gruppe umfasste alle Patienten bis 59 Jahre, die mittlere Gruppe schloss Patienten zwischen 60 und 67 Jahren ein, und die älteste Gruppe setzte sich aus Patienten zusammen, die älter als 67 Jahre waren. Bei Patienten, die in einer Partnerschaft leben, finden wir keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Allein die Größe des Netzwerkes ist bei den älteren Patienten tatsächlich reduziert. Dennoch nehmen ältere Patienten genauso viel soziale Unterstützung aus ihrem Umfeld wahr wie die jüngsten Patienten, die allerdings über größere Netzwerke verfügen.

### ***Messung der Unterstützung***

Die soziale Unterstützung wurde mit Hilfe von psychometrischen Skalen erfasst. Vier Aspekte wurden unterschieden, die in Tabelle 1 dargestellt sind. Die ersten beiden ließen sich noch weiter differenzieren in emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung (vgl. Schwarzer & Schulz, 2000).

**Tabelle 1**

#### **Vier Aspekte von sozialer Unterstützung und deren Messung**

Skala	Items	Beispiele
Wahrgenommene soziale Unterstützung	8	Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da.
Erhaltene soziale Unterstützung	11	Diese Bezugsperson hat mir das Gefühl gegeben, wertvoll und wichtig zu sein.
Suche nach sozialer Unterstützung	4	Wenn es kritisch wird, hole ich mir gerne Rat von anderen.
Protektives Abpuffern	6	Ich habe mir nicht anmerken lassen, wie verstimmt und niedergeschlagen ich war.

### ***Wahrgenommene Unterstützung***

Auffallend ist der Unterschied zwischen der mittleren und der ältesten Gruppe hinsichtlich der Wahrnehmung von Unterstützung. Patienten der mittleren Altersgruppe sehen sich deutlich weniger sozial unterstützt als diejenigen der jüngsten und der ältesten Gruppe.

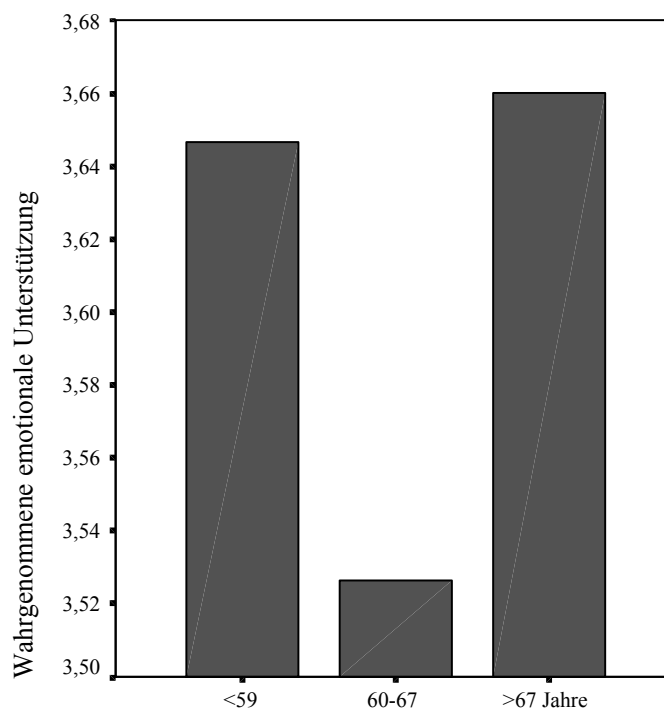


Abbildung 1

Wahrgenommene emotionale Unterstützung in drei Altersgruppen von Tumorpatienten vor der Operation.

Womit könnte dieser Befund zusammenhängen? Die mittlere Gruppe umfasst Patienten, die sich in einer Übergangsphase vom Berufsleben in die Berentung befinden. Damit brechen für viele langjährige soziale Kontakte mit einem Mal weg. Dieser und andere Gründe wie z. B. der Aus- und Wegzug eigener Kinder oder der Tod früherer Freunde verursachen eine Veränderung sozialer Strukturen, die oftmals auch mit einer Neuorientierung auf die Partnerschaft verbunden ist. Möglicherweise haben es diese Patienten noch nicht geschafft, sich auf diese neue Situation einzustellen.

### ***Erhaltene Unterstützung***

Doch nicht nur für die wahrgenommene Unterstützung finden wir bemerkenswerte Altersunterschiede. Wir fragten die Patienten auch, wie viel *instrumentelle* Unterstützung sie tatsächlich von ihrer engsten Bezugsperson einen Monat nach der Operation erhalten haben. Unter instrumenteller Unterstützung verstehen wir praktische Hilfe, die von der engsten Bezugsperson geleistet wird, z. B. die Wohnung zu versorgen oder Dinge für den Patienten zu

erledigen. Hier finden wir, dass die Patienten der ältesten Gruppe die meiste Unterstützung von allen erhalten, und zwar auch, wenn sie nicht verheiratet waren oder in einer festen Partnerschaft lebten (Abb. 2). Ältere Alleinstehende verfügen vielleicht in Erwartung von alterstypischen Lebenskrisen über ein besseres kompensatorisches Netzwerk und erhalten passende Unterstützung aus dem Freundeskreis.

Besonders anschaulich lässt sich der Partnereffekt am Beispiel der erhaltenen Unterstützung ein halbes Jahr nach der Operation zeigen (Abb. 3). Im Vergleich von in Partnerschaft lebenden und alleinstehenden Patienten fällt besonders in der mittleren Altersgruppe ein deutlicher Unterschied hinsichtlich dieser Unterstützungsform auf. Ein halbes Jahr nach der Operation erhalten diese Patienten besonders wenig praktische Unterstützung, wenn sie keinen Partner haben. Möglicherweise sind zu diesem Zeitpunkt die Unterstützungsreserven des sozialen Umfeldes durch die lange Beanspruchung bereits erschöpft.

Zusammenfassend stellen wir fest, dass ältere Menschen offenbar zwar kleinere, dafür aber gut funktionierende Netzwerke unterhalten. Betrachtet man, unabhängig vom Alter, den Unterschied zwischen den Geschlechtern, dann erkennt man, dass es vor allem die alleinstehenden Männer sind, die relativ wenig Unterstützung erhalten. Frauen verfügen offenbar über alternative Unterstützungsquellen, die den Männern nicht zugänglich sind. Das Ausmaß der in einer Krise erhaltenen Unterstützung hängt demnach von einer Reihe von Faktoren ab. Dazu gehören unter anderem die soziale Integration, das Alter und die Geschlechtszugehörigkeit. Doch welche Rolle spielt das Verhalten des Betroffenen in der Situation für den Gewinn der Zuwendung des Partners?

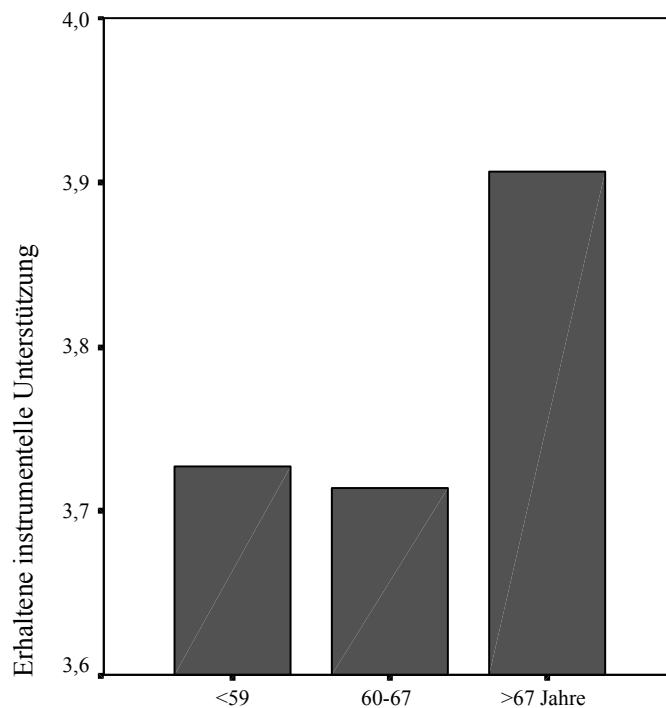
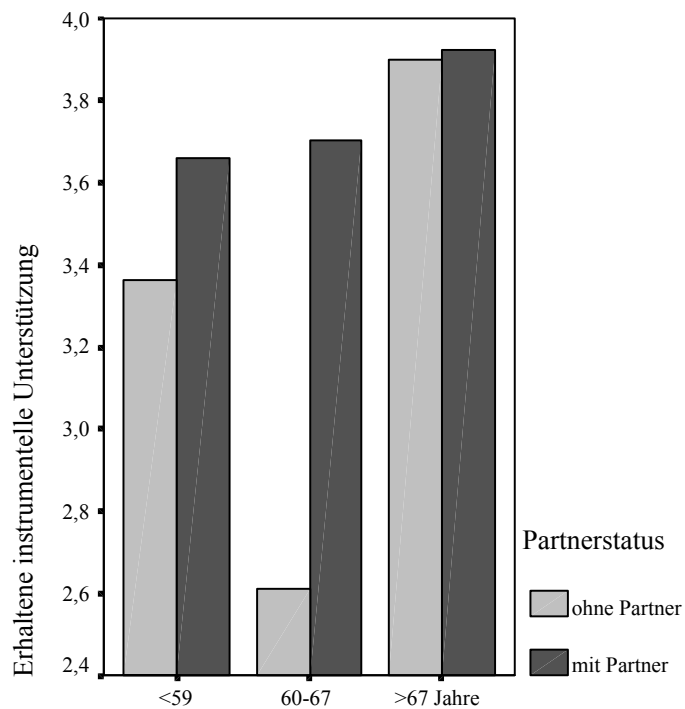


Abbildung 2

Erhaltene instrumentelle Unterstützung in drei Altersgruppen von Tumorpatienten, einen Monat nach der Operation.



### Abbildung 3

Erhaltene instrumentelle Unterstützung in drei Altersgruppen von Tumorpatienten unter Berücksichtigung des Partnerstatus, ein halbes Jahr nach der Operation.

#### ***Mobilisierung und Suche nach Unterstützung***

Man könnte vermuten, dass Menschen, die viel Hilfe erhalten, diese von ihren Mitmenschen auch verstärkt einfordern. Zu den Strategien der Mobilisierung von Unterstützung gehören beispielsweise direkte Hilferufe, indem mit den Netzwerkmitgliedern Kontakt aufgenommen und um Hilfe ersucht wird („Wenn ich Hilfe brauche, bitte ich andere darum.“). Zu anderen, eher indirekten Strategien gehören Selbstdarstellungen, die eine besondere Bedürftigkeit unterstreichen, oder aber der resignierte Rückzug, der demonstrativ genug ist, um andere aufmerksam zu machen (Klauer & Schwarzer, 2002). Die Mobilisierung von Unterstützung ist bei den Tumorpatienten jedoch nur in geringem und statistisch unbedeutendem Maße mit dem Unterstützungsangebot des Partners assoziiert. Wir haben auch keine Altersunterschiede hinsichtlich der Suche nach Unterstützung oder dem Bedürfnis nach Unterstützung („Wenn ich niedergeschlagen bin, dann brauche ich jemanden, der mich wieder aufbaut.“) gefunden, die erklären könnten, warum Ältere mehr Unterstützung berichten.

#### ***Protektives Abpuffern***

Der Erhalt instrumenteller Unterstützung bleibt auch über einen Zeitraum von sechs Monaten in der ältesten Patientengruppe auf einem stabil hohen Niveau. Wie schaffen es die älteren Patienten, sich trotz weniger Netzwerkpartner eine gleichbleibend hohe Unterstützung zu sichern, ohne damit ihre Unterstützungsquelle zu erschöpfen?

Ein möglicher Weg scheint das protektive Abpuffern zu sein. Das Bemühen, den anderen nicht spüren zu lassen, wie sehr man selbst belastet ist, könnte sich in zweierlei Weise auf das Unterstützungsangebot auswirken. Wenn beispielsweise die Patienten versuchen, durch die Demonstration eigener Stärke oder das Verheimlichen schlechter Nachrichten den Partner zu entlasten, bewertet dieser seine geleistete Unterstützung eventuell als effektiver als jemand, dessen kranker Partner schonungslos alle negativen Stimmungen äußert oder den Hilfeleistenden kritisiert. Im Gegenzug ist dieser dann weniger motiviert, sein Unterstützungsangebot aufrecht zu erhalten. Andererseits ist ebenso denkbar, dass Abpuffern

das Unterstützungsangebot des Partners verringert, da er die Bedürftigkeit des anderen fälschlicherweise nicht erkennt.

In unserer Stichprobe von Tumorpatienten ist das protektive Abpuffern in der mittleren und ältesten Gruppe besonders ausgeprägt (Abb. 4). Dieser Befund lässt sich auch bei den Partnern replizieren.

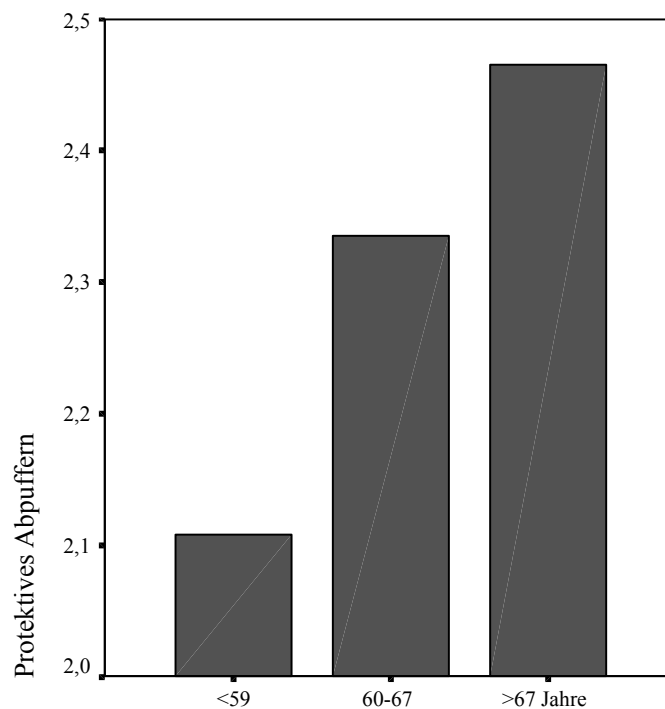


Abbildung 4

Protektives Abpuffern in drei Altersgruppen von Tumorpatienten, eine Woche nach der Operation.

Eine Erklärung dieses Ergebnisses liefern Hobfoll, Freedy, Lane und Geller (1990). Ältere Personen bzw. Menschen mit chronischen Krankheiten könnten möglicherweise besonders besorgt sein, dass sie dem Partner zur Last fallen oder ihre sozialen Ressourcen überfordern und damit auf lange Sicht gefährden (Stephens, Crowther, Hobfoll, & Tennenbaum, 1990). Ärzte berichten immer wieder von älteren Patienten, die sich mehr Sorgen um ihre Angehörigen daheim machen als um ihr eigenes Wohlbefinden. Dies ist besonders dann der Fall, wenn der kranke Partner üblicherweise die meisten Versorgungsaufgaben im Haushalt übernommen hat oder aber, wie gerade bei älteren Paaren zu vermuten, auch der Partner bereits unter anderen gesundheitlichen Problemen oder altersbedingten

Mobilitätseinschränkungen leidet. Dennoch kann protektives Abpuffern die Altersunterschiede hinsichtlich der erhaltenen Unterstützung alleine nicht erklären. Trotz einer höheren Ausprägung dieser Strategie sowohl in der mittleren als auch der älteren Patientengruppe erhalten nur die Ältesten mehr soziale Unterstützung. Kommt Abpuffern eventuell nicht beim Adressaten an und wirkt sich somit kaum auf das Unterstützungsangebot aus? Möglicherweise kennen sich ältere Paare zu genau, um dem anderen das eigene Leiden verheimlichen zu können. Dazu untersuchten wir, ob protektives Abpuffern des Patienten das Angebot von Unterstützung durch den Partner beeinflusst. Wenn der Patient eine Woche nach der Operation seine Sorgen und Ängste vor seinem Partner verheimlicht, finden wir einen Monat nach der Operation eine Verringerung des Unterstützungsangebots des Partners. Dies gilt sowohl für die vom Partner geleistete instrumentelle als auch für die informationelle Unterstützung, nicht aber für die emotionale Unterstützung.

Offensichtlich verfehlt protektives Abpuffern also seine Wirkung bei den Partnern nicht. Dieses Ergebnis stützt demnach unsere zweite Annahme, nach der Abpuffern das Unterstützungsangebot vermindert. Dennoch wirft der Befund auch neue Fragen auf. Wie gelingt es älteren Patienten, trotz verstärkter Schonung des Partners mehr Unterstützung als jüngere Krebspatienten zu erhalten?

Unsere Studie liefert zwar keine endgültigen Antworten auf diese Frage, gibt aber doch genügend Anregungen für einige Erklärungsversuche. Ältere Paare haben vermutlich in ihrem Leben schon andere Herausforderungen gemeinsam gemeistert und wissen, wie sich der andere in Krisensituationen verhält. In einem Gespräch mit einem männlichen Patienten erfuhren wir beispielsweise, dass Jahre zuvor seine Ehefrau an Brustkrebs erkrankt war. Damals sei er für sie da gewesen und nun seien die Rollen vertauscht. Auf der Partnerseite könnte das Wissen um die Bedürfnisse des Patienten Einfluss auf das Unterstützungsangebot haben. Aus Patientensicht hilft die Gewissheit der Hilfe des anderen, egal wie umfangreich sie ausfallen wird, realistische Erwartungen an die Unterstützungsleistung aufzubauen, und könnte somit eventuell auch die Wahrnehmung des Hilfsangebots beeinflussen. Ein Indiz für diese Vermutung finden wir in unseren Daten.

Wir haben die Patienten zu jedem Zeitpunkt auch gefragt, wie zufrieden sie mit der von der engsten Bezugsperson geleisteten Unterstützung sind. Obwohl diese Selbstauskunft erwartungsgemäß bei allen Patienten zu allen Messzeitpunkten sehr positiv ausfiel, fanden wir zum dritten und vierten Erhebungszeitpunkt tendenziell bessere Beurteilungen von den ältesten Patienten.

### ***Übereinstimmung von Patienten- und Partnerwahrnehmungen***

In unserer Studie haben wir die Patienten und ihre Partner getrennt mit inhaltsparallelen Skalen (Schwarzer & Schulz, 2000) zu der Unterstützung gefragt, die sie in einem umgrenzten Zeitraum in der Vergangenheit erhalten bzw. geleistet haben. Setzt man diese Aussagen in einen Zusammenhang, so finden wir hohe Übereinstimmungen nur zum drittem Messzeitpunkt sowie eine mäßige Deckungsgleichheit der Aussagen zur emotionalen und informationellen Unterstützung zum präoperativen Zeitpunkt. Was die Patienten als Unterstützungspotenzial in ihrem Umfeld wahrnehmen, ist enger mit dem assoziiert, was sie tatsächlich zu erhalten glauben, als mit der aus Sicht des Gebers beigesteuerten Hilfe. Eine objektive Realität ist hier allerdings nicht abbildbar, da es sich auf beiden Seiten um subjektive Einschätzungen handelt.

### ***Coping durch soziale Unterstützung ?***

Wichtiger noch als die Frage, in welchem Ausmaß Unterstützung angeboten bzw. erhalten wird ist die nach ihrem Einfluss auf die Bewältigung. Führt also ein Mehr an Unterstützung zu einem besseren Umgang mit der Krankheit? Wir haben Bewältigungsstrategien getestet, von denen angenommen wird, dass sie in dem hier betrachteten Zeitraum von sechs Monaten nach der Operation mit erfolgreicher Anpassung und erhöhtem Wohlbefinden assoziiert sind (z. B. Aymanns & Philipp, 1995). Beispiele dafür sind Sinnsuche, Kampfgeist, Akkommodation und Abwärtsvergleich. Ausschlaggebend ist hierbei, dass die Wirkung partnerschaftlicher Unterstützung zeitverzögert eintritt (vgl. Abb. 5). Wir haben die Partnerunterstützung einen Monat nach der Operation erfasst und sie in Beziehung gesetzt zu den Bewältigungsstrategien der Patienten ein halbes Jahr danach.

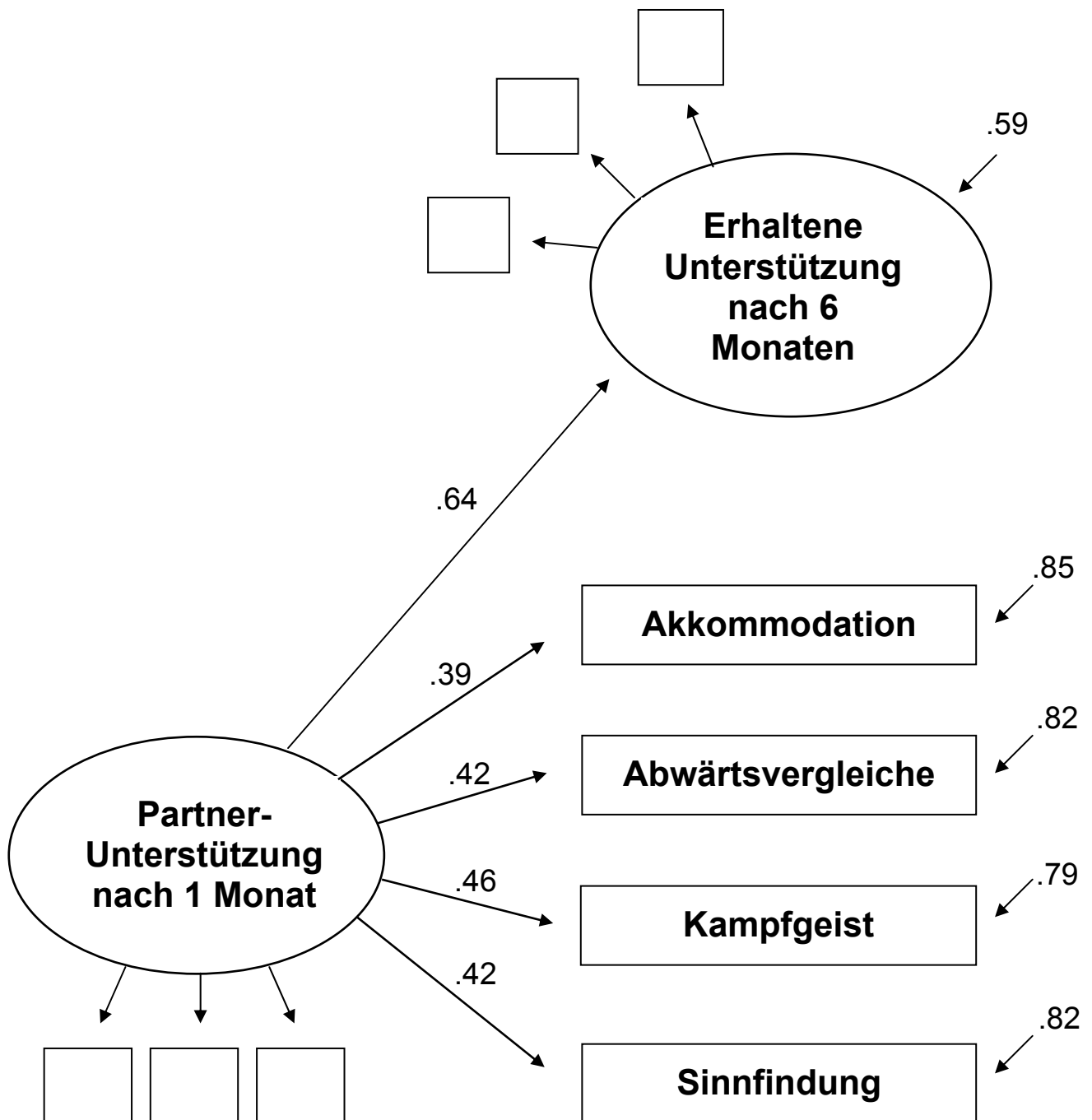


Abbildung 5

Unterstützung durch Partner einen Monat nach der Operation sagt Bewältigungsstrategien von Tumorkranken ein halbes Jahr nach der Operation voraus.

Mit Kampfgeist ist die Tendenz gemeint, gegen die Krankheit anzugehen und nicht in Resignation zu verfallen (z. B. „Ich versuchte, das Beste daraus zu machen.“, oder „Ich versuchte, gegen die Krankheit anzukämpfen.“). Mit *Sinnfindung* ist gemeint, dass Patienten sich bemühen, ihr Schicksal zu deuten, dem Ereignis auch Positives abzugewinnen und ihm Sinn zu verleihen (z. B. „Ich habe mich auf die Dinge des Lebens konzentriert, die wirklich zählen.“) (Taubert & Förster, 2000). *Akkommodation* beschreibt die Bemühungen des Patienten, die Krankheit zu akzeptieren und anzunehmen. Die Formulierungen legen eher eine positive Akzentuierung als eine resignative Haltung nahe („Ich habe gelernt, mit meiner Krankheit zu leben.“). Für diese Bewältigungsstrategie finden wir einen signifikant positiven Zusammenhang insbesondere mit geleisteter emotionaler Unterstützung fünf Monate zuvor. Dieser Effekt bleibt auch dann bestehen, wenn andere Variablen wie die vom Patienten wahrgenommene und erhaltene Unterstützung kontrolliert werden. Sich mit anderen zu vergleichen, denen es noch schlechter geht, könnte ebenfalls eine Strategie sein, mit der eigenen Situation besser fertig zu werden. Eine Beispielaussage für den *Abwärtsvergleich* ist „Ich dachte daran, dass es anderen Menschen noch schlechter geht als mir.“. Unsere Analysen zeichnen hier ein ähnliches Bild wie für die Akkommodation. Emotionale Unterstützung des Partners spielt auch für diese Strategie eine wichtige Rolle. Wenn die Partner berichten, den Patienten getröstet und ihm gezeigt zu haben, wie sehr sie ihn schätzen, sind die Patienten anscheinend eher in der Lage, ihre eigene Situation im Vergleich mit anderen positiv wahrzunehmen.

Dass soziale Ressourcen über die personalen Ressourcen hinaus wirksam sind, haben die vorhergehenden Analysen gezeigt. In allen Beispielen wurde für die allgemeine *Selbstwirksamkeit* des Patienten kontrolliert. Menschen profitieren während einer Stressepisode von Ressourcen, die es ihnen erlauben, die Anforderungen besser zu bewältigen. Ungeklärt ist, inwiefern soziale Ressourcen von den personalen Ressourcen einer Person, also z. B. Optimismus oder Selbstwirksamkeit, abhängen. Für die Tumorpatienten lässt sich allerdings kein Zusammenhang zwischen dem Angebot oder dem Erhalt von Unterstützung und der Selbstwirksamkeit des Patienten herstellen.

In Bezug auf Altersunterschiede finden wir sechs Monate nach der Operation Akkommodation am ausgeprägtesten in der ältesten Patientengruppe. Dies gilt auch für den Abwärtsvergleich, obwohl hier nur der Unterschied zur jüngsten Gruppe statistisch signifikant wird.

In einem letzten Schritt haben wir überprüft, inwieweit Akkommodation und Abwärtsvergleich mit dem *Wohlbefinden* der Patienten assoziiert sind. Als Kriterium dafür haben wir die Depressivität des Patienten gewählt. Unterschiede zwischen den Altersgruppen wurden nicht festgestellt. Während wir keine direkte Verbindung zwischen der geleisteten Unterstützung aus Partnersicht und der Depressivität finden konnten, korrelieren beide Bewältigungsstrategien signifikant negativ mit der Depressivität. Obgleich dieser Befund einer weiteren Überprüfung bedarf, ist er doch ein Indiz dafür, dass die Wirksamkeit partnerschaftlicher Unterstützung über die Bewältigung des Patienten vermittelt wird.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Krebserkrankungen gemeinsam zu bewältigen ist ein langwieriger und Ressourcen zehrender Prozess. Die Befunde aus dem Berliner Tumorbewältigungsprojekt unterstreichen einmal mehr die Rolle sozialer Integration für den Erhalt von Unterstützung. Einen Partner bzw. ein tragfähiges Netzwerk zu haben, stellt eine wichtige Ressource dar, auf die der Patient zurückgreifen kann. Doch viele Freunde alleine garantierten noch keine effektive Hilfe bei der Bewältigung der Erkrankung. Charakteristika sowohl des Patienten als auch des Partners bestimmen darüber, ob und wie viel soziale Unterstützung geleistet wird.

Wir haben hier einen Schwerpunkt auf das Alter gesetzt. Nicht nur die Tatsache, dass soziale Unterstützung als Ressource im Lebenslauf entwicklungsbedingt von Verlusten bedroht ist, führte zu dieser Fokussierung. Ältere Patienten sind im zunehmenden Maße von Tumorerkrankungen betroffen. Man könnte daher annehmen, dass es sich bei Krebserkrankungen im Alter um normative Ereignisse handelt, auf die sich das Individuum einstellen und als Folge dessen besser damit umgehen kann. Menschen tendieren jedoch dazu, sich wider besseren Wissens als unverletzbar und weniger gefährdet als andere wahrzunehmen (Filipp, 1992; Weinstein, 1980). Daher findet meist kein antizipatorisches Coping statt.

Was uns überraschte war dennoch, dass ältere Patienten in dieser schwierigen Lebenssituation auf ein soziales Netzwerk zurückgreifen konnten, das über einen Zeitraum von sechs Monaten den andauernden Belastungen gewachsen war.

Obwohl ältere Patienten protektives Abfedern, das mit einem Rückgang des Unterstützungsangebots verbunden war, verstärkt einsetzen, erhielten sie vor allem mehr instrumentelle Unterstützung über den gesamten Erhebungszeitraum. Die Ursachen für diesen Befund konnten wir nicht eindeutig aufklären.

Unsere Daten unterstreichen die verbreitete Forderung, beide Seiten der Dyade in die Analyse einzubeziehen und nicht nur die Angaben eines Partners für Aussagen über die Dyade zugrunde zu legen. So erklärte die vom Partner geleistete und durch ihn eingeschätzte Unterstützung einen signifikanten Varianzanteil kognitiver Bewältigungsstrategien wie Sinnfindung, Kampfgeist, Akkommodation und Abwärtsvergleich. Darüber hinaus waren diese Strategien mit weniger Depressivität assoziiert, was die Annahme stützt, dass supportives Partnerverhalten die Effektivität von Bewältigungsstrategien positiv beeinflussen kann. Interessant ist nicht allein die Zeitverzögerung, mit der soziale Unterstützung auf die Bewältigung wirkt, sondern das Zeitintervall. Unmittelbar vor der Operation und kurz danach scheint die individuelle Bewältigung des Patienten im Vordergrund zu stehen. Mit der Entlassung aus dem Krankenhaus und der Anpassung an die Anforderungen im Alltag nimmt jedoch die Bedeutung des Partners zu. Möglicherweise ist das ein Hinweis auf das von Bodenmann mit Kaskaden assoziierte Bewältigungsmodell, nach dem partnerschaftliche Unterstützung erst nach missglückten eigenen Bewältigungsversuchen bzw. einem Fortbestehen des Stressors gesucht wird (Bodenmann, 2000).

Das Studium partnerschaftlicher Bewältigung steht erst am Beginn. Die hohe Komplexität des Untersuchungsgegenstandes insbesondere in Verbindung mit Krankheitsbewältigung stellt eine große methodische Herausforderung dar. Die Dynamik zwischenmenschlicher Austauschprozesse ist nur schwer mit standardisierten Fragebogen zu erfassen. Interviews mit Patienten und Angehörigen, die auch der Entwicklung unseres Erhebungsinstruments zugrunde lagen, sind nur eine Möglichkeit, sich an die Untersuchung dyadischer Prozesse zu wagen. An das, was sich wirklich in der Partnerschaft in einer solchen Belastungssituation abspielt, können wir uns nur annähern. So war es in unserer Erhebung fast unmöglich, negative Aspekte partnerschaftlicher Bewältigung zu eruieren. Die in einer Pilotstudie verwendeten Beispielaussagen mit negativer Färbung („Diese Bezugsperson hat wenig Verständnis für mich gehabt.“) wurden in der Haupterhebung nicht eingesetzt, da sie von den Patienten unter Protest zurückgewiesen wurden. Ein hoher Grad sozialer Erwünschtheit, der meist mit Aussagen über den Partner verknüpft ist, führt in vielen Studien zu sehr schiefen Werteverteilungen (z. B. Frydlich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999).

Partnerschaftliche Bewältigung bedeutet auch, dass das Geben und Nehmen in der Belastungssituation auf beiden Seiten gleichermaßen betrachtet wird. Im Kontext einer Krebserkrankung wäre diese Sichtweise insbesondere in der Rekonvaleszenzphase sinnvoll. Während der Zeit der Akutbehandlung im Krankenhaus ist es dem Patienten ja nur in sehr begrenztem Maße möglich, z. B. praktische Hilfestellung zu geben. Darüber hinaus stellt sich

auch die Frage, ob eine Symmetrie von Bewältigungsstrategien beider Partner für eine erfolgreiche Anpassung notwendig ist.

Die vorgestellten Befunde berücksichtigen keine Trennung nach Geschlecht und Rolle in den Dyaden. Diese könnte jedoch von Bedeutung sein. Dass Frauen als Hauptbezugsperson und Unterstützer männlicher Patienten besonders belastet sind, fanden Hagedoorn und Kollegen (Hagedoorn, Buunk, Kuijer, Wobbles, & Sandermann, 2000) in einer Studie mit Paaren heraus, in denen entweder die Frau oder der Mann an Krebs erkrankt waren. Diese verglichen sie mit gesunden Paaren in Bezug auf Unterschiede hinsichtlich der Stressbelastung und Lebensqualität in Abhängigkeit vom Geschlecht und der Rolle der Person als Patient oder Partner. Sie fanden heraus, dass im Vergleich mit Frauen aus Partnerschaften, in denen keiner erkrankt war, sowohl die krebserkrankten Frauen als auch die – gesunden – Ehepartnerinnen erkrankter Männer unter einer ähnlich höheren Stressbelastung und Einschränkung der Lebensqualität litten. Im Gegensatz dazu unterschieden sich die Ehepartner erkrankter Frauen bezüglich Stress und Lebensqualität nicht von den Ehemännern gesunder Frauen. Dieser Befund deutet an, dass Frauen, die als stärker beziehungsorientiert gelten, eher in Gefahr sind, durch die Probleme des Partners belastet zu werden (Lyons, Sullivan, Ritvo, & Coyne, 1995). Weitere Erkenntnisse sind notwendig, um die Rolle von Partnern in der Krankheitsbewältigung umfassend zu verstehen und dem Mechanismus partnerschaftlicher Einflussnahme auf die Spur zu kommen. In einem nächsten Schritt müssen sie aber auch dazu führen, dass beiden, Patienten und Partnern, adäquate Hilfe durch Dritte zuteil wird.

## Literatur

- Aymanns, P. (1992). *Krebserkrankung und Familie: zur Rolle familialer Unterstützung im Prozess der Krankheitsbewältigung*. Bern: Huber.
- Aymanns, P. & Filipp, S.-H. (1995). Bewältigungsprozesse bei Krebspatienten: Stabilisierende und moderierende Effekte familialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 268-283.
- Baltes, M.M., & Carstensen, L.L. (1996). The process of successful aging. *Aging and Society*, 16, 397-422.
- Barbee, A. P. (1990). Interactive Coping: The cheering up process in close relationships. In S. Duck (Ed.), *Personal relationships and social support* (pp. 46-65). London: Sage.

- Bodenmann, G. (1995). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology, 54*(1), 34-49.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping – a systemic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology, 47*, 137-140.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Carstensen, L.L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. *Nebraska Symposium on Motivation, 40*, 205-254.
- Coyne, J.C., & Smith, D.A.K. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 404-412.
- Cumming, E. & Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- DeLongis, A., & O'Brien, T. (1990). An interpersonal framework for stress and coping: An application to the family of Alzheimer's patients. In M.A. Stephens, J.H. Crowther, S.E. Hobfoll, & D.L. Tennenbaum (Eds.), *Stress and coping in later life families* (pp. 221-240). New York: Hemisphere.
- Fang, C.Y., Manne, S.L. & Pape, S.J. (2001). Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patient's spouses. *Health Psychology, 20*(6), 452-457.
- Filipp, S.-H. (1992). Could it be worse? The diagnosis of cancer as a prototype of traumatic life events. In L. Montada, S.-H. Philipp & M.J. Lerner (Eds.), *Life crisis and experiences of loss in adulthood* (pp. 23-56). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Field, D., & Minkler, M. (1988). Continuity and change in social support between young-old, old-old, and very-old adults. *Journal of Gerontology, 43*, 100-106.
- Frydreich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G. & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica, 45*(4), 212-216.
- Fung, H.H., Carstensen, L.L., & Lutz, A.M. (1999). Influence of time on social preferences: Implications for life-time development. *Psychology and Aging, 14*(4), 595-604.
- Greenglass, E. R. (1982). *A world of difference: Gender roles in perspective*. Toronto, CA: Wiley.

- Haddad, P., Pitceathly, C., & Maguire, P. (1996). Psychological morbidity in the partners of cancer patients. In L. Baider, C.L. Cooper & A. Kaplan De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (pp. 257-268). New York: Wiley.
- Hagedoorn, M., Buunk, B. P., Kuijer, R. G., Wobbles, Th., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: Role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, *11*, 48-56.
- Hagedoorn, M., Kuijer, R.G., Buunk, B.P., DeJong, M.G., Wobbles, T. & Sanderman, R. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it the most? *Health Psychology*, *19*, 274-282.
- Harpur, L. (1998). *The effects of personal and social resources and relationship-focused coping on distress among couples confronted with gynecological cancer*. Unpublished Dissertation. University of Saskatchewan, Canada.
- Hobfoll, S.E. (1986). *Stress, social support, and women*. Washington, DC: Hemisphere.
- Hobfoll, S.E. (1998). Stress, culture, and community: *The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum.
- Hobfoll, S.E., Freedy, J. R., Lane, C. & Geller, P. (1990). Conservation of social support resources: Social support resource theory. *Journal of Social and Personal Relationships*, *7*, 465-478.
- Klauer, T., & Winkeler, M. (2002). Gender, mental health status, and social support during a stressful event. In G. Weidner, M. Kopp, & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease: Environment, stress, and gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences* (Vol. 327, pp. 223-236). Amsterdam: IOS Press.
- Klauer, T. & Schwarzer, R. (2002). Soziale Unterstützung und Depression. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, Themenheft: Soziales Netz und psychische Störungen*, *22*, 333-352.
- Knoll, N., & Schwarzer, R. (2002). Gender and age differences in social support: A study on East German refugees. In G. Weidner, M. Kopp, & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease: Environment, stress, and gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences* (Vol. 327, pp. 198-210). Amsterdam: IOS Press.
- Kolb, G. & Bokemeyer, C. (2001). Die Situation des alten Tumorpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *34*, 259-262.
- Lang, F., & Carstensen, L.L. (1994). Close emotional relationships in later life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, *9*, 315-324.

- Lee, D.J., & Markides, K.S. (1990). Activity and morality among aged persons over an eight-year period. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 45, 39-42.
- Lyons, R.F., Sullivan, M.J.L., Ritvo, P.G., & Coyne, J.C. (1995). *Relationships in chronic illness and disability*. Sage: London.
- Manne, S. L., Pape, St. J., Taylor, K. L., & Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping, and mood among individuals with cancer. *Annals of Behavioral-Medicine*, 21(2), 111-121.
- Parsons, T. (1943). The kinship system of the contemporary United States. *American Anthropologist*, 45, 22-38.
- Primono, J., Yates, B.C., & Woods, N. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types of adjustment. *Research in Nursing and Health*, 13, 153-161.
- Rowland, J.H. (1990). Interpersonal resources: Social support. In J.C. Holland & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology* (pp. 58-71). New York: Oxford University Press.
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2000). *Berlin Social Support Scales (BSSS)*. Available at: [www.coping.de](http://www.coping.de)
- Simon, R. W. (1995). Gender, multiple roles, role meaning and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 182-194.
- Stephens, M.A.P., Crowther, J.H., Hobfoll, S.E., & Tennenbaum, D.L. (Eds.) (1990). *Stress and coping in later life families*. New York: Hemisphere.
- Strain, L. A., & Chappell, N. L. (1992). Confidants. Do they make a difference in quality of life? *Research on Aging*, 4(4), 479-502.
- Taubert, S. & Förster, C. (2000). *Sinnfindung*. Unveröff. psychometrische Skala. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.

**Anmerkung:**

Die Autoren danken den anderen Mitgliedern der Forschungsgruppe für ihre Unterstützung: Sonja Böhmer, Charis Förster, Nina Knoll, Nihal E. Mohamed und Steffen Taubert. Die Autoren danken ebenfalls den folgenden Kooperationspartnern in vier Berliner Kliniken und Tumor-Behandlungszentren für ihren Einsatz und ihre Unterstützung bei der Durchführung der Studie: Professor Dr. Dr. A. Holzgreve (Chefarzt der Allgemeinchirurgie, Klinikum

Neukölln); PD Dr. med. B. Böhm (Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Charité Campus Mitte, Humboldt-Universität zu Berlin); Professor Dr. med. Neuhaus (Chefarzt der Abteilung für Allgemeinchirurgie, Charité Campus Virchow-Klinikum); PD Dr. med. C.-T. Germer (Chirurgische Klinik und Poliklinik I, Benjamin Franklin Universitätsklinikum, Freie Universität Berlin).

*Address correspondence to:*

Ralf Schwarzer

Gesundheitspsychologie

Freie Universität Berlin

Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

Germany

Fax: +49/30/838-55634

e-Mail: [health@zedat.fu-berlin.de](mailto:health@zedat.fu-berlin.de)