

dies. EEG was recorded using a telemetry system. In all subjects a significant increase in EEG power within the theta band occurs in anticipation and during control of pain. More intense pain covaried with less power within the slow theta frequency band (3.5 - 5.0 Hz). Field studies investigating marathon runners' analogous shifts towards slower EEG frequencies covarying with increased endorphin plasma levels could be observed. The results of systematic laboratory pain experiments confirmed the data of the field experiments that increase in theta activity especially over postcentral brain (Pz) areas may be associated with successful coping with painful stimuli. The theta peak in the power spectrum was lowest and most prominent in the faking EEG, exceeding the power of control subjects by more than two standard deviations anticipating painful electric shock as well as an aversive noise simultaneously. A negative slow cortical potential shift (SCP) developed in anticipation of the aversive events but not in anticipation of neutral events. A negative shift (PINV) correlated positively with the subjective pain rating and feelings of uncontrollability because the obvious failure in coping with pain may be responsible for the PINV. The present data indicate that the presence of theta activity (pain inhibiting microsleep) was a necessary condition for the control of phasic pain. These EEG patterns reflect a meditative state of consciousness. It might be speculated that extreme control of pain involves a dissociation of an "passive" brain from an "active" body representing an effective pain blocking mechanism. Cortical correlates of chronic phantom limb pain using noninvasive neuroimaging and magnetoencephalographic methods were demonstrated. In a series of studies comparing amputees with and without phantom limb pain a shift of neighbouring representation zones into the deafferented zone of the somatosensory and motor cortex was detected. This cortical reorganization of the sensory and motor maps was not found in painfree amputees and persons with congenital loss of a limb. This cortical reorganization possibly represents the neurophysiological basis of cortical somatosensory pain memories which contribute to pain chronicity. The modulation of plasticity and phantom limb pain by pharmacological interventions and behaviorally relevant stimulation reduced simultaneously phantom limb pain and central neuroplastic alterations.

Key words: Theta activity, transcultural field studies, phantom limb pain, cortical reorganisation

Wolfgang Larbig, Prof. Dr. med.

Inst. für Medizinische Psychologie und Verhaltensneurobiologie

Univ. Tübingen

Gartenstraße 29

D-72074 Tübingen

email: larbig@uni-tuebingen.de

erhalten: 23.05.01

akzeptiert: 29.06.01

* Das kortikale Powerspektrum wird durch EEG-Analysen mit Hilfe der Fast-Fourier-Transformationsfunktion ermittelt, in dem die Gesamtenergie eines umschriebenen Hirnabschnittes über die Zeit als Funktion der EEG-Spektralfrequenzen berechnet wird.

Veränderung der Lebensperspektive von Krebspatienten: Suggestion einer Reattribution

Jochen Haisch

Die Lebensperspektive Krebskranker ist häufig von der Angst vor Schmerzen und Tod dominiert. Ihre Krankheitsbewältigung konzentriert sich zumeist auf die aktuellen krankheitsbezogenen Möglichkeiten der medizinischen Behandlung. Nicht-krankheitsdominierte Lebensaspekte werden hingegen übersehen. Dem stehen Fallbeispiele gegenüber, die eine bessere Krankheitsbewältigung und eine größere Überlebensdauer derjenigen Krebspatienten zeigen, die aktiv auch die Lebensbereiche gestalten, die nicht von der Krankheit dominiert werden. In unserer attributions-theoretisch begründeten Gesprächsführung mit Krebspatienten suggeriert der Arzt daher systematisch verbleibende Möglichkeiten der aktiven Krankheitsbewältigung sowie der aktiven Lebensgestaltung außerhalb der Krankheit. Der Patient soll so eine nicht ausschließlich von der Krankheit dominierte Lebensperspektive gewinnen.

Schlüsselwörter: Attributionstheorie; Suggestion von Kontrolle; Krebspatienten

Fallbeispiel

Die 56jährige Patientin leidet an einer sehr seltenen Krebsform, alle fünf bislang in ihrem Heimatland bekannten derartigen Erkrankungen endeten tödlich innerhalb kurzer Zeiträume. Die Patientin ist mit einem Klinikleiter verheiratet, die beiden Kinder sind erwachsen und leben nicht mehr im elterlichen Haushalt. Nach ausführlicher Diagnostik und erster Aufklärung ist der Patientin klargemacht, dass ihre Überlebenschancen äußerst gering sind. Die Patientin fühlt sich dennoch wohl und will weiter ihrer Tätigkeit als Sozialarbeiterin nachgehen. Die Patientin wechselt mehrfach den behandelnden Arzt und geht schließlich durch Vermittlung ihres Ehemannes an eine ausländische Privatklinik, wo ihr durch eine Operation vollständige Heilung in Aussicht gestellt wird. Die Patientin läßt den sehr schweren Eingriff vornehmen, in dessen Fol-

ge sie halbseitig gelähmt ist. Durch intensives Training gelingt es der Patientin, die Lähmungserscheinungen schrittweise zu mildern, so dass sie an die Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit denken kann. Wenige Wochen nach dem Eingriff tritt ein Rezidiv auf. Wieder konsultiert die Patientin immer neue professionelle und Laienhelfer, immer neue Kliniken und Ärzte. Durch die unterschiedlichen Auskünfte, die sie bei den Konsultationen erhält, fühlt sich die Patientin darin bestärkt, dass sie doch eine Heilungschance hat. Mit dieser Hoffnung unterzieht sich die Patientin einer weiteren Operation in einer ausländischen Klinik, bei der unter anderem verschiedene Amputationen vorgenommen werden. Bei diesem Eingriff zeigen sich allerdings verbreitet Metastasen, weshalb der Eingriff abgebrochen wird. Erst jetzt akzeptiert die Patientin, dass sie an ihrem Krebsleiden versterben wird und verbringt - weitestgehend bewegungsunfähig - kurz vor ihrem raschen Tod noch einen Urlaub mit der Familie.

Sicherlich hätten zu diesem bedrückenden Verlauf der Krebserkrankung und ihrer Behandlung Alternativen bestanden. Bei der Diagnosestellung standen der Patientin noch alle Möglichkeiten der freien Lebensgestaltung offen, die sie aber nicht nutzte, weil sie ihren Krebs ins Zentrum ihres Denkens und Handelns stellte. Gerade wegen der schlechten Prognose hätte eine Alternative darin bestanden, die vorhandenen Möglichkeiten der freien Lebensgestaltung ins Zentrum des Denkens und Handelns zu stellen. Tragischerweise versucht die Patientin dies mit ihrem Familienurlaub erst, als ihre Bewegungsfreiheit und die Möglichkeit, den Urlaub frei zu gestalten und zu genießen, stark eingeschränkt sind.

Ursachenzuschreibung - Verantwortung - Schuld

Die Abgrenzung von "Ursache", "Schuld" und "Verantwortung" ist eine zentrale Frage im menschlichen Handeln. Unter philosophischem Blickwinkel wird einer Person Verantwortung nur dann zugeschrieben, wenn sie bewußt eine Alternative aus mehreren möglichen ausgewählt hat. Hat eine solchermäßen ausgewählte Handlung ein bestimmtes Ergebnis, das kausal mit der Handlung verknüpft ist, so ist die Handlung die Ursache des Ergebnisses. Eine kausale Verknüpfung mit einem Ergebnis kann einer Handlung insbesondere dann unterstellt werden, wenn die Person das Ergebnis mittels verschiedener Handlungen zu erzielen versucht und schließlich mit der einen Handlung erreicht (Äquifinalität). Geht es bei der Handlung um eine aktiv gewählte Normverletzung, dann trifft die Person auch Schuld. Verantwortung und Schuld sind einer Person also dann nicht zuzuschreiben, wenn sie ihre Handlungen nicht absichtsvoll aus Alternativen auswählt (Lloyd-Bostock, 1983).

In der psychologischen Attributionsforschung dagegen wird zwischen Fremdwahrnehmung und Selbstwahrnehmung unterschieden. Aus einer Fremdwahrnehmungsperspektive wird beispielsweise Krebspatienten dann häufig eine persönliche Schuld für die Krankheit zugeschrieben, wenn diesen eine Mitverursachung der Erkrankung zu unterstellen ist. Eine solche Sichtweise ergibt sich auch aus den psychoötiologischen Theorien der "Krebspersönlichkeit", die allerdings empirisch umstritten sind (Weis, 1997). Weiner (1994) zeigt darüber hinaus, dass eine Schuldzuschreibung einem Patienten gegenüber eine geringere Hilfsbereitschaft zur Folge hat. In der Selbstwahrnehmung wird vom Handelnden häufig eine interne Ursachenzuschreibung mit Verantwortung gleichgesetzt. Schuld wird vom Krebspatienten zusätzlich dann ange-

nommen, wenn mit seiner Handlung negative Ergebnisse erzielt werden (Hasenbring, 1989). Sieht ein Krebspatient seine Erkrankung demnach internal verursacht, fühlt er sich dafür verantwortlich und - da es sich bei der Erkrankung um ein negatives Ergebnis handelt - schuldig (siehe Rogner, Frey & Havemann, 1987).

Illusion - Selbstwertdienliche Attribution - Reattribution

Zur Bewältigung traumatischer Ereignisse kann es erforderlich sein, illusorische Annahmen über deren Entstehung und Folgen aufzustellen. Illusionär sind solche Annahmen insbesondere, wenn sie in einer überzogenen Wahrnehmung eigener Kontrollmöglichkeiten bestehen. Positive Illusionen sind allgemeine Überzeugungen von Personen, die situationsunabhängig zu einer positiven Interpretation belastender Ereignisse führen (Taylor, 1989). Das kann für Krebspatienten bedeuten, dass sie einen tieferen Sinn in ihrer Erkrankung und die Chance sehen, sich mithilfe der Krankheit weiterzuentwickeln. Taylor berichtet beispielsweise von einer Krebspatientin, die ihre Erkrankung und wiederholte Rezidive zum Anlaß nahm, ihren ungeliebten Beruf aufzugeben und endlich die geliebte musische Tätigkeit aufzunehmen.

Selbstwertdienliche Attributionen werden von einer Person zur Stärkung ihres Selbstwertes, ihrer Selbstsicherheit und Selbstzufriedenheit vorgenommen. Bekannt ist die Attribution von Misserfolg auf externe Ursachen und von Erfolg auf interne Ursachen. Bekannt sind aber auch Attributionen stigmatisierender Personmerkmale auf Ursachen, die nicht unter der Kontrolle der Person stehen (Schwarzer, 1994). So gelingt es beispielsweise Übergewichtigen, ihren Selbstwert zu erhalten, indem sie das Übergewicht auf nicht beeinflussbare Faktoren (Vererbung, Drüsen) attribuieren (Haisch & Haisch, 1988).

Reattributionen werden gezielt eingeleitet, um veränderungshinderliche Ausgangsattribute zu modifizieren (Försterling, 1986). So sind Attributionen des eigenen Übergewichts auf interne und stabile Ursachen veränderungshinderlich, weil die stabile Ursache einer Veränderung entgegensteht. In solchen Fällen werden Patienten mit neuen Erfahrungen konfrontiert mit dem Ziel, eine neue Attribution bei ihnen zu etablieren, die angestrebte Veränderungen fördert. Dazu sind Reattributions-Trainings entwickelt worden, die die Veränderung in förderliche Attributionen systematisieren (Haisch & Zeitler, 1993).

Reattribution bei Krebspatienten

Ziel unserer Gesprächsführung mit Krebspatienten ist es, die Patientenwahrnehmung von Kontrolle in möglichst vielen Lebensbereichen zu erhalten oder wieder herzustellen. Eine aktive und kämpferischere Lebenseinstellung, die Leben verlängern kann, soll damit angestrebt werden (Fawzy, Fawzy, Arndt & Pasnau, 1995). Schon die Angst vor einer Krebserkrankung, noch viel mehr die Erkrankung selbst, kann zur Wahrnehmung erheblicher Kontrollverluste beim Betroffenen führen. Der Patient verliert die Kontrolle über sein Leben und seine frei gewählten Lebensinhalte, die Kontrolle über sein Handeln und seine sozialen Kontakte, seine Lebensperspektive insgesamt (Filipp, 1990). Die Perspektive des Betroffenen verengt sich auf den Krebs.

Ärztliches Handeln kann diesen Prozeß beschleunigen. Beispielsweise dadurch, dass Hoff-

nung auf einen langfristig eintretenden Behandlungserfolg gemacht wird, dass gegenüber einem Krebskranken immer neue Behandlungsvorschläge gemacht werden, und zwar auch dann, wenn keine Aussicht auf Heilung besteht. Desweiteren können Kontrollverluste seitens des Patienten durch Klinikroutinen und die Forderung nach einer passiven Patientenrolle entstehen. Auf die erlebten Kontrollverluste reagieren Krebspatienten häufig mit der Illusion von Kontrolle (Klauer & Filipp, 1990), etwa durch den Glauben an die überragenden Fähigkeiten der behandelnden Ärzte (Schüle, 1996). Dem steht gegenüber, dass Kontrolle über das eigene Leben Zufriedenheit, Selbstsicherheit, weniger Depressivität, bessere Krankheitsbewältigung und mehr Gesundheit für den Patienten bedeutet (Greve & Krampen, 1991; Muthny, 1997).

Dazu muß der Patient Möglichkeiten in seinem Verhalten und Erleben erkennen, die auch außerhalb seiner Krankheit liegen. In diesem Zusammenhang ist der Vergleich mit anderen einschlägig erkrankten Patienten bedeutsam. Die Frage nach entsprechender Information (attributions-theoretisch *Konsensus-Information*) kann lauten: "Kennen Sie Patienten mit ähnlichen Erkrankungen? Wie gehen diese mit ihrer Krebserkrankung um?" Idealerweise wird hier von Patienten mit ähnlicher Krankheit berichtet, die sowohl besser als auch schlechter mit ihrer Erkrankung zurecht kommen. Als nächstes kann die Frage nach der *Konsistenz-Information* gestellt werden: Gibt es Zeitpunkte im Leben des Patienten, zu denen ihm der Umgang mit dem Krebs schwerer, gibt es so, zu denen ihm der Umgang leichter fällt? Einschlägig ist auch die Frage nach *Distinktheit-Information*: Gibt es Anreize, die Sie Ihre Erkrankung - vielleicht nur kurzzeitig - vergessen lassen?" Idealerweise sollte der Patient Anreize berichten, die ihm seine Krankheitsbewältigung erschweren und solche, die sie ihm erleichtern. Schließlich ist nach der *Dispositions-Information* zu fragen: "Welche Eigenschaften fehlen Ihnen, um mit Ihrer Krebserkrankung besser zurecht zu kommen? Wie könnten diese fehlenden Eigenschaften erworben werden?" Aus der Antwort zu allen diesen Fragen zieht der Patient idealerweise den Schluß, dass er mehr Kontrolle in mehr Lebensbereichen haben könnte (Reattribution).

Suggestion als Grundlage der Reattribution

Gheorghiu und Wallbott (1994) verdeutlichen die Basis erfolgreicher Suggestionen. Demnach ist die Unsicherheit einer Situation, ihre Ambiguität, für eine Person Anlaß, eine Bedeutung der Situation zu suchen und zu finden. In diesem Rahmen ist die Person für Suggestionen in besonderem Maße offen, also in Situationen ohne Struktur, Situationen ohne Transparenz und Information, Situationen ohne Orientierung und Erfahrung, Situationen ohne Vorhersagbarkeit und in Situationen, die keiner willentlichen Kontrolle unterliegen (Gheorghiu & Wallbott, 1994, S. 122).

Alle Situationsmerkmale können für Krebspatienten zutreffen, Suggestionen sollten also erfolgreich durchführbar sein. Im Arzt-Patient-Gespräch werden diese Suggestionen vor allem in Vorschlägen oder in "Unterschiebungen" durch den Arzt bestehen. Die Vorschläge können vor allem von Bezugspersonen des Patienten (dem Arzt, Mitpatienten) stammen, die Unterschiebungen beziehen sich auf Alternativen im Verhalten und Erleben (Gheorghiu, 1992). Bei der Unterschiebung orientiert sich der Arzt an Attributionsprozessen, die eine stärkere Ausrichtung des Patienten auf nicht krankheitsdominierte Lebensperspektiven zum Ziel haben. Dazu kann der Arzt dem Patienten neue Erfahrungen im Zusammenhang mit Dispositionen-,

Distinktheits-, Konsensus- und Konsistenz-Information unterschieben, mit der Folge einer veränderten Lebensperspektive des Patienten.

Perspektivenwechsel im Gespräch

Häufig wird die Überzeugung geäußert, dass die volle Wahrheit den Patienten Hoffnung nimmt (Schüle, 1996). Ganz abgesehen davon, dass unvollständig aufgeklärte Krebspatienten im Verlaufe ihrer Erkrankung die Wahrheit zwangsläufig allmählich erfahren (Aulbert, 1993), zeigen neuere Untersuchungen ganz deutlich, dass nahezu alle Krebspatienten die volle Aufklärung über ihre Erkrankung wünschen und aufgeklärt auch weniger Angst und Depressivität zeigen, sowie einen geringeren Medikamentenkonsum haben (Fallowfield, Ford & Lewis, 1995). Ungerechtfertigter ärztlicher Optimismus wird von Patienten dagegen als sehr störend empfunden (Helgeson & Cohen, 1996).

Der rationale Umgang mit Wahrheit, mit Hoffnung und Trost scheint in einer emotional so belasteten Situation wie der Aufklärung, Therapie, Rehabilitation und auch Sterbebegleitung des Krebspatienten schwierig zu sein. Offenbar ist es für den Gesunden weit eher zu ertragen, wenn er dem Totkranken Hoffnung machen kann, als wenn er mit ihm über das Sterben spricht. Aber dieses Verhalten hilft nur dem Gesunden. Der Kranke hat wohl das Recht, dass er nicht ganz auf eine bekannt falsche Alternative setzen muß und auf Heilung hofft, wo keine Therapiemöglichkeit mehr besteht.

Leider übersehen Arzt und Patient bisweilen verbleibende Möglichkeiten der Lebensgestaltung. Natürlich ist der Patient zunächst dankbar, wenn der Arzt ihm Hoffnung auf Heilung machen kann. Besteht diese Hoffnung aber objektiv nicht mehr, dann bedeutet es eine Täuschung des Patienten, wenn er seine verbleibenden Möglichkeiten nicht kennt und sich an seine letzte Hoffnung klammert. Aber auch wenn berechnigte Hoffnungen auf Heilung bestehen, können verbleibende Lebensgestaltungsmöglichkeiten außerhalb der Krebsbewältigung übersehen werden, die mehr Lebensqualität erhalten und die Krankheitsbewältigung fördern können (Grossarth-Maticek, 2000).

Die Suggestion von Kontrolle über nicht von Krankheit belastete Lebensbereiche sichert dem Patienten eine Perspektive, mit der er eine medizinisch erzielte Lebensverlängerung positiv gestalten, (kurzfristige) Zukunftsaussichten entwickeln und den Krebs besser bewältigen kann (Muthny, 1997). Die Suggestion von Kontrolle schafft so eine gesundheitsförderliche Ressource beim Krebspatienten. Damit ist die Suggestion von Kontrolle die Möglichkeit, systematisch eine salutogene Perspektive beim Patienten umzusetzen, den Patienten also eigene gesunde Elemente erkennen und nutzen zu lassen (Antonovsky, 1989).

Reattribution

Ein Nachteil der ansonsten klinisch höchst wertvollen Attributionstheorie Kelleys (1973) ist es, dass nur allgemein auf interne Ursachen schlussgefolgert wird, ohne dass zu klären wäre, welches diese Ursachen im Einzelnen sind. Durch Extension des Kelley Kubus um die Dimension Person-Selbst sowie die Dispositions-Information gelingt es mit dem Rhombus (Haisch, 1987),

diesen Mangel aufzuheben, ohne das Kelleysche Attributionsprinzip zu verändern. Dieses erweiterte Modell wurde erfolgreich auf die gezielte Veränderung hinderlicher Patientenattributionen bei unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen angewandt (Haisch, 1995).

Häufig werden Patienten ihren behandelnden *Arzt als Ursache* dafür ansehen, wie gut es um ihre Gesundheit steht (Schwarzer, 1994). Sie werden sich auf ihren Arzt verlassen und Compliance so weit zeigen, wie von ihnen keine Eigeninitiative verlangt wird. Muthny (1997) weist empirisch nach, dass Patienten eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung dann am häufigsten erwarten, wenn sie uneingeschränktes Vertrauen in die behandelnden Ärzte haben. Daneben machen Krebspatienten *biomedizinische Prozesse* für ihren (schlechten) Gesundheitszustand verantwortlich und unternehmen auch in diesem Fall aus eigener Initiative wenig gegen ihre Erkrankung. Entsprechendes gilt für Patienten, die ihre Erkrankung als *sichsalsbedingt* ansehen (Hasenbring, 1989). Lediglich die wenigen Krebspatienten, die ihren Gesundheitszustand zumindest als vom eigenen *Willen* mit beeinflusst ansehen, werden von sich aus aktiv werden (vgl. Abb.).

Mit dieser Ausgangslage ist ein Arzt konfrontiert, der die Lebensperspektive seiner Patienten auf Lebensbereiche ausweiten will, die vom Krebs (noch) nicht dominiert werden, und fragt, was das Leben der Krebspatienten kontrolliert. Er wird Patientenantworten erhalten, die sich grob den eben genannten vier Klassen zuordnen lassen (Taylor, Lichtman & Wood, 1984). Aufgrund ihrer unsicheren und wenig strukturierten Lebensperspektive sind Krebspatienten für eine Suggestion neuer Erfahrungen und schließlich eine Reattribution offen.

Als erste neue Erfahrung kann *Konsensus-Information* suggeriert werden, Konsensus-Information gilt als entscheidend in der Psychotherapie (Haisch und Haisch, im Druck). Sieht ein Patient seine Gesundheit als durch ihn selbst nicht kontrollierbar an, dann kann der Arzt fragen, ob der Patient andere Krebspatienten kennt, für die diese Ansicht nicht gilt. Kann der Patient nicht von anderen Patienten berichten, für die eine andere Sichtweise gilt, dann können solche Patienten ausführlich phantasiert werden: Wie wären in der Vorstellung des Patienten solche Mitpatienten und was fehlte dem Patienten selbst, um zu sein, wie diese Mitpatienten.

Bei solchen Fragen des Arztes ist es günstig, wenn das Gespräch mit den Krebspatienten in einer *Gruppe* stattfindet und die suggestiven Neuerfahrungen von den krebserkrankten Gruppenmitgliedern als Antworten auf die gezielten Fragen des Arztes kommen. Dazu sind die Gruppen gezielt zusammenzustellen, die Gruppenmitglieder müssen hinsichtlich ihrer Erfahrung mit dem Krebs heterogen sein. Das heißt einerseits, dass sich die Patienten hinsichtlich ihrer Krebserkrankung zwar möglichst ähnlich sein sollen, andererseits hinsichtlich ihrer biomedizinischen wie psychosozialen Bewältigung aber möglichst unterscheiden. So kann der Arzt auf seine Frage nach alternativen Erfahrungen mit "erlebten" Antworten rechnen und muß nur im Einzelfall auf die phantasierte Alternativverfahren zurückgreifen. Der Arzt muß bei diesem Vorgehen die Patienten als die Experten für ihre Krankheit ansehen und sich selbst als Experte "zurücknehmen", also eher eine Moderatorenrolle anstatt einer Expertenrolle einnehmen.

Abbildung: Der Prozeß der Reattribution

Ausgangslage Patient; was kontrolliert Ihr Leben?	Suggestion alternativer Erfahrungen	Reattribution	Verhaltensfolge
(1) Andere Personen; Arzt	<i>Konsensus:</i> Für welche Pat. gilt das nicht <i>Disposition:</i> Welche Fähigkeiten fehlen <i>Distinktheit:</i> Für welche Lebensbereiche gilt das nicht <i>Konsistenz:</i> Für welche Zeiten gilt das nicht	Es gibt Lebensbereiche, in denen ich selbst meine Gesundheit kontrolliere	Pläne zur Umsetzung
(2) Biologie; Krankheit	<i>Konsensus:</i> Für welche Pat. gilt das nicht <i>Disposition:</i> Welche Fähigkeiten fehlen <i>Distinktheit:</i> Für welche Lebensbereiche gilt das nicht <i>Konsistenz:</i> Für welche Zeiten gilt das nicht	Es gibt Lebensbereiche, in denen ich selbst meine Gesundheit kontrolliere	Pläne zur Umsetzung
(3) Wille, Absicht, Ziele; Willensschwäche Überleben	<i>Konsensus:</i> Für welche Pat. gilt das nicht <i>Disposition:</i> Welche Fähigkeiten fehlen <i>Distinktheit:</i> Für welche Lebensbereiche gilt das nicht <i>Konsistenz:</i> Für welche Zeiten gilt das nicht	Es gibt Lebensbereiche, in denen ich selbst meine Gesundheit kontrolliere	Pläne zur Umsetzung
(4) Schicksal	<i>Konsensus:</i> Für welche Pat. gilt das nicht <i>Disposition:</i> Welche Fähigkeiten fehlen <i>Distinktheit:</i> Für welche Lebensbereiche gilt das nicht <i>Konsistenz:</i> Für welche Zeiten gilt das nicht	Es gibt Lebensbereiche, in denen ich selbst meine Gesundheit kontrolliere	Pläne zur Umsetzung

Wichtig ist als nächstes die Suggestion von *Dispositions-Information*, um die Kontrollwahrnehmung der Patienten zu verändern. Hier äußert der Patient detailliert, welche Fähigkeiten ihm fehlen, um mehr Kontrolle in seinem Leben zu haben. Die Suggestion alternativer Neuerfahrungen, dass solche Fähigkeiten erworben werden können und auf welchem Wege, ist zentral. Bei der *Distinktheits-Information* geht es um die Suggestion der Kontrollierbarkeit von Lebensbereichen. Der Arzt fragt in diesem Zusammenhang wieder nach den nicht kontrollierbaren (vom Krebs kontrollierten) Lebensbereichen und stellt die Antwort innerhalb einer Gruppe zur Diskussion oder diskutiert die Antwort im Einzelgespräch, so dass für den Patienten Alternativen sichtbar werden. Ebenso wird mit der *Konsistenz-Information* verfahren. Auf die Frage nach den Zeitpunkten, in denen die Krankheit einzelne Lebensbereiche (noch) nicht kontrollierte, wird diskutiert, ob eine Kontrolle nicht auch heute möglich wäre, in welchem Umfang und auf welchem Wege.

Kelleys (1973) Idee war, dass solche Informationen durch die Anwendung der Kovariationsmethode (Ursache kann nur sein, was immer gegeben ist, wenn das Ergebnis eintritt und nie gegeben ist, wenn das Ergebnis nicht eintritt) zu einer (Re-) Attribution führen. Das bedeutet, die neu suggerierten Erfahrungen sollten mittels einer *rationalen Methode* vom Patienten zu einer Attribution neu verarbeitet werden. Am Ergebnis einer Reattribution ist ablesbar, in welchem Umfang die unterstellte rationale Methode von Patienten bei gegebener Informationslage tatsächlich angewandt wurde. Befunde der Klinischen Psychologie (Försterling, 1986) machen deutlich, dass diese rationale Methode der Schlussfolgerung von Patienten regelmäßig eingesetzt wird.

Das Ziel der suggerierten alternativen Neuerfahrungen ist eine Reattribution des Patienten, dass es Lebensbereiche gibt, in denen er trotz Krebserkrankung Kontrolle ausüben kann. Gelingt diese Reattribution, dann wird der Patient aufgefordert, Pläne zur Umsetzung im Alltag zu machen, Pläne, deren Verwirklichung ausführlich besprochen wird.

Fallbeispiele

Ein 52-jähriger Mann wird zur Abklärung einer unklaren Gewichtsabnahme mit Nachtschweißstationär aufgenommen. Nach wenigen Tagen ist die Diagnose eines malignen Tumors mit multiplen Metastasen gesichert. Eine wissenschaftlich begründete Therapieoption besteht zu diesem Zeitpunkt nicht mehr. Bisherige Studien mit unterschiedlichen Chemotherapieschemata zeigen lediglich nicht signifikante Veränderungen in der Überlebenszeit.

Patient A

Erstes Gespräch

Arzt: Leider haben wir bei Ihnen Zellen eines bösartigen Tumors nachgewiesen, die bereits in andere Organe verstreut sind.

Patient: Ich habe schon geahnt, dass ich Krebs habe. Können Sie etwas dagegen tun?

Arzt: Es gibt zur Zeit keine Möglichkeit, diesen Tumor zu heilen. Es gibt die Möglichkeit, mit einer Chemotherapie das Wachstum der Krebszellen zu verlangsamen. Allerdings

ist bislang nicht nachgewiesen, dass diese Therapie zu einer Lebensverlängerung führt. Patient: Wie lange werde ich noch leben?

Arzt (Konsensus): Das weiß ich nicht. Patienten mit Ihrer Erkrankung haben sehr unterschiedliche Lebenserwartungen.

Arzt (Konsistenz): Ich meine, dass jetzt auch nicht der Gedanke an die verbleibende Lebensdauer im Vordergrund stehen sollte, sondern Sie sich überlegen sollten, wie Sie diese Zeit verbringen möchten.

Patient: Ich möchte erst einmal mit meiner Familie über diese Sache reden.

Zweites Gespräch

Arzt: Haben Sie sich mit Ihrer Familie über die Diagnose unterhalten?

Patient: Ja. Sie wollen es genau wie ich nicht wahrhaben. Welche Therapie wäre denn möglich? Ich kann mir nicht vorstellen, dass es keine Lösung gibt.

Arzt (Konsistenz): Eine Chemotherapie wird seit mehreren Jahren angeboten. Dabei müssten Sie sechs Wochen lang für jeweils zwei Tage zu uns kommen, damit die Chemotherapie über einen Tropf infundiert werden kann. Die Nebenwirkungen der Therapie sind oftmals starke Übelkeit mit Erbrechen. Gefährliche Nebenwirkungen bestehen ebenfalls, sind aber relativ selten. Ein weiterer Nachteil ist sicherlich die Zeit, die Sie bei uns verbringen müssten.

Arzt (Distinktheit): Ob durch diese Therapie das Krebswachstum verlangsamt werden kann, vermag ich nicht zu sagen. Auf jeden Fall führt es bestenfalls zu einer Lebensverlängerung im Bereich von Monaten. Es kann auch sein, dass die Qualität Ihres Lebens unter der Chemotherapie leidet. Sie müssen sich sehr genau überlegen, was Sie möchten. Haben Sie sich Gedanken darüber gemacht, wie Sie die verbleibende Zeit verbringen möchten?

Patient: Bei meiner Arbeit bin ich eigentlich unabhkömmlich. Wer soll meine Arbeit denn übernehmen?

Arzt (Konsistenz): Sie haben sicherlich die Zeit, einen Nachfolger in die wichtigsten Aufgaben einzuführen. Haben Sie mit Ihrem Chef über das Problem bereits gesprochen?

Patient: Nein. Werde ich jetzt aber unbedingt tun.

Arzt (Distinktheit): Die Möglichkeiten mit und ohne Chemotherapie sollten Sie in Ihrer Familie einmal diskutieren.

Patient: Aber die Chemotherapie ist doch die einzige Möglichkeit.

Arzt (Distinktheit): Sie sollten nicht versuchen, die Krankheit endgültig besiegen zu wollen. Das ist leider nicht mehr möglich. Es ist jetzt wichtig, einen Weg mit der Krankheit zu finden. Haben Sie Pläne mit Ihrer Familie?

Patient: Wir wollten nächstes Jahr einen Urlaub in Kanada mit dem Wohnmobil machen. Das wird ja jetzt nichts mehr.

Arzt (Disposition): Aber Sie können doch in nächster Zeit diesen Urlaub machen. Im Augenblick hält Sie nichts davon ab.

Patient: Und die Chemotherapie?

Arzt (Disposition): Wir können einen ersten Zyklus über sechs Wochen jetzt beginnen und in der Pause zwischen erstem und zweitem Zyklus, die vier Wochen dauert, können Sie in Urlaub fahren.

Patient: Ich weiß nicht, ob meine Familie das möchte.

Der Patient entschließt sich dann zur Durchführung der kurztationären Chemotherapie. Der geplante Urlaub in der Pause der Chemotherapie macht der ganzen Familie sehr viel Spaß. Zurück in Deutschland verschlechtert sich der Zustand des Patienten im zweiten Therapiezyklus deutlich, so dass er auf tägliche Pflege angewiesen ist. Zwei Wochen nach dem zweiten Therapiezyklus verstirbt der Patient.

Patientin B

Bei einer 65jährigen sehr rüstigen Frau werden im Rahmen der Abklärung einer oberen gastrointestinalen Blutung maligne Lymphome als Ursache festgestellt. Eine Chemotherapie mit anschließender Bestrahlung wird mit der Patientin besprochen und durchgeführt. Nach einem Jahr Beschwerdefreiheit kommt es zu Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust und einer Verschlechterung der Blutwerte. Eventuelle weitere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten werden mit der Patientin erörtert.

Erstes Gespräch

Arzt: Leider deutet bei Ihnen alles darauf hin, dass sich der Krebs weiter ausgebreitet hat. Patientin: Das habe ich vermutet. Welche Möglichkeiten gibt es jetzt noch?

Arzt: Im ersten Schritt muß geklärt werden, wie weit sich Metastasen ausgebreitet haben. Dazu ist eine umfangreiche Diagnostik notwendig. Danach kann entschieden werden, welche weiteren Schritte, wie z. B. eine erneute Chemotherapie, eingeleitet werden sollen. Dies kann allerdings allenfalls ein Versuch sein, die Krankheit aufzuhalten. Haben Sie denn schon einmal mit Ihrer Tochter darüber gesprochen?

Patientin: Meine Tochter möchte, dass alles geschieht, was zu meiner Heilung führt. Wie umfangreich wird die Diagnostik sein und wie lange kann ich noch leben?

Arzt (Konsistenz, Distinktheit): In Ihrem Alter schreitet die Krankheit erfahrungsgemäß langsamer fort als bei jüngeren Patienten. Über die Lebensdauer kann ich allerdings höchstens statistische Angaben machen. Haben Sie denn bestimmte Pläne, die Sie gerne mit Ihrer Tochter zusammen verwirklichen wollen?

Die Patientin wird zusammen mit ihrer Tochter ausführlich über die durchzuführende Diagnostik, Therapiemöglichkeiten und deren Bedeutung für ihre Lebensqualität und eventuelle Lebenserwartung aufgeklärt.

Zweites Gespräch mit Patientin und Tochter

Patientin: Es gibt also keine Möglichkeit mehr, die Krankheit zu besiegen?

Arzt (Distinktheit): In diesem Stadium ist eine Heilung sehr unwahrscheinlich. Aber es gibt Möglichkeiten, mit der Krankheit zu leben. Haben Sie auch darüber miteinander gesprochen?

Patientin: Wir würden gerne noch etwas zusammen wegfahren. Aber geht das überhaupt?

Arzt (Konsistenz): Ich kenne Patienten, die noch nach Afrika und Südamerika in Urlaub gefahren sind. Wo möchten Sie denn hin?

Patientin: Wir werden in Deutschland bleiben.

Arzt (Disposition): Das ist sicherlich kein Problem. Auch wenn Sie jetzt schwächer sind, werden Sie dennoch die Zeit genießen können. Haben Sie denn schon Pläne für Ihre weitere Versorgung?

Patientin: Meinen Sie denn, daß ich völlig abhängig werde von anderen?

Arzt (Distinktheit): Mit Fortschreiten der Krankheit werden Sie sehr wahrscheinlich Hilfe benötigen. Das wird aber nicht alle Lebensbereiche betreffen. Wie gestalten Sie denn Ihre Freizeit?

Patientin: Ich lese gerne, handarbeite und mache gerne Wanderungen.

Arzt (Distinktheit): Sie werden vielleicht nicht mehr so viel wandern können, aber Sie können auch Ausflüge mit dem Auto unternehmen.

Die Patientin entscheidet sich im weiteren Verlauf gegen invasive Diagnostik und gegen eine erneute Chemotherapie. Sie verbringt so viel Zeit wie möglich mit Aktivitäten innerhalb und außerhalb des Hauses. Entlastet durch eine Haushaltshilfe kann sie zusammen mit ihrer Tochter noch über 3 Jahre hinweg aktiv bleiben.

Literatur

- Antonovsky, A. (1989). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aulbert, E. (1993). Die Aufklärung des Krebskranken und seiner Angehörigen. In Aulbert, E. (Hrsg.), *Bewältigungshilfen für den Krebskranken*. Stuttgart: Thieme.
- Fallowfield, L., Ford, S. & Weintraub, J.K. (1995). No news is not good news: information preferences of patients with cancer. *Psycho-Oncology* 4, 197-202.
- Fawzy, F., Fawzy, N., Arndt, L. & Pasmann, R. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives for General Psychiatry* 52, 100-113.
- Filipp, S.-H. (1990). Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Möglichkeiten der theoretischen Rekonstruktion und Konzeptionalisierung. In Muthny, F.A. (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung*. Heidelberg: Springer.
- Försterling, F. (1986). *Attributionstheorie in der Klinischen Psychologie*. München, Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Gheorghiu, V.A. (1992). Suggestion versus Rationalität: Eine Wasser-Feuer-Beziehung? In Peter, B. & Schmidt, G. (Hrsg.), *Erickson in Europa*. Heidelberg: Carl Auer.
- Gheorghiu, V.A. & Wallbott, H.G. (1994). Suggestion and attribution of meaning: A cognitive and social

- psychological perspective. Scientific Contributions to General Psychology 12, 117-140.
- Greve, W. & Krampen, G. (1991). Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und Gesundheitsverhalten. In Haisch, J. & Zeitler, H.-P. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Asanger.
- Grossarth-Maticek, R. (2000). Autonomietraining. Berlin: De Gruyter.
- Haisch, J. (1987). Selbstattribution und Verhalten. Weinheim: deutscher Studien Verlag.
- Haisch, J. (1995). Attributionsverändernde Maßnahmen in Psychotherapie und Medizin. Theoretische Begründung, Ansatzpunkte und Erfolg. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 43, 234-248.
- Haisch, J. & Haisch, I. (1988). Zur Effektivitätssteigerung verhaltenstherapeutischer Gewichtsreduktionsprogramme durch sozialpsychologisches Wissen: Entwicklung und Prüfung attributionstheoretischer Maßnahmen bei Übergewichtigen. Zeitschrift für Sozialpsychologie 19, 275-286.
- Haisch, J. & Haisch, I. (im Druck). Sozialpsychologische Grundlagen. In Hiller, W. & Sultz, S.S. (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie. München: CIP Medien.
- Haisch, J. & Zeitler, H.-P. (1991). Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Asanger.
- Hasenbring, M. (1989). Laienhafte Ursachenvorstellungen und Erwartungen zur Beeinflussbarkeit einer Krebserkrankung - erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten. In Bischoff, C. & Zenz, H. (Hrsg.), Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern: Huber.
- Helgeson, V.S. & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. Health Psychology 15, 133-148.
- Kelley, H.H. (1973). The process of causal attribution. American Psychologist 28, 107-128.
- Klauser, T. & Filipp, S.-H. (1990). Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten. In Schwarzer, R. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Lloyd-Bostock, S. (1983). Attributions of cause and responsibility as social phenomena. In Jaspars, J., Fincham, F.D. & Hewstone, M. (Hrsg.), Attribution theory and research: Conceptual, developmental and social dimensions. London: Academic Press.
- Muthny, F. A. (1997). Verarbeitungsprozesse bei körperlicher Krankheit. In Weitkunat, R., Haisch, J. & Kessler, M. (Hrsg.), Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern: Huber.
- Rogner, O., Frey, D. & Havemann, D. (1987). Der Genesungsverlauf von Unfallpatienten aus kognitionspsychologischer Sicht. Zeitschrift für Klinische Psychologie 16, 11-28.
- Schüle, I. (1996). Belastung durch Krebs und Verarbeitung der Krankheit. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Schwarzer, R. (1994). Kausalattributionen als gesundheitsbezogene Kognitionen. In Försterling, F. & Stiensmeier-Pelster, J. (Hrsg.), Attributionstheorie. Göttingen: Hogrefe.
- Taylor, S.E. (1989). Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind. New York: Basic Books.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. Journal of Personality and Social Psychology 46, 489-502.
- Weiner, B. (1994). Sünde versus Krankheit: Die Entstehung einer Theorie wahrgenommener Verantwortlichkeit. In Försterling, F. & Stiensmeier-Pelster, J. (Hrsg.), Attributionstheorie. Göttingen: Hogrefe.
- Weis, J. (1997). Psychoonkologie. In Weitkunat, R., Haisch, J. & Kessler, M. (Hrsg.), Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern: Huber.

Changing the life perspectives of cancer patients: Suggestion of reattribution

Summary: Patients suffering from cancer often perceive their lives as dominated by fear of pain

or death. Dealing with the disease usually is narrowed down to the possible instruments of medical treatment. Aspects of life not dominated by the disease usually are neglected. Case studies of patients who are active in disease-independent aspects of their lives cope better with their disease and have longer survival rates. With the help of our guidelines, the physician, on the basis of attribution theory, systematically suggests to the cancer patient alternative possibilities of actively coping in spite of the disease. The goal of this communication is to give patients a perspective of life that is not utterly dominated by the disease.

Key words: attribution theory; suggestion of control; cancer patients

Jochen Haisch, Prof. Dr. Dipl.-Psych.

Universität Ulm

Abteilung Allgemeinmedizin

Helmholtzstr. 20

D-89081 Ulm

email: jochen.haisch@medizin.uni-ulm.de

erhalten: 10.11.01

revidierte Version akzeptiert: 11.2.02

HYPMO 1

1. WICHTIG !! BITTE unbedingt zuerst HÖREN !!

2. Einführung (H.Wallnöfer, H.Walter) 2' 20"

3. Entspannung (M.Martin) 8' 54"

4. Levitation - 12' 26"

5. Hypnoseversuch für Neugierige (H.Wallnöfer) 12' 04"

6. Bei unangenehmen Unternehmungen 14' 08"

... versuchen Sie ... (H.Walter) 14' 23"

Gesamtdauer ca. 65 Min.

HYPMO 2

1. WICHTIG !! BITTE unbedingt zuerst HÖREN !! 2' 20"

2. Schmerzkontrolle / Analgesie (E.Böles) 31' 45"

3. Bei Immunstörungen und Krebserkrankungen (H.Walter) 20' 46"

4. Gegen Flugangst (H.Walter) 18' 41"

Gesamtdauer ca. 74 Min.

Hypnose von PsychotherapeutenInnen

WARNING: All rights of the producer and the owner of the recorded work reserved. Unauthorized copying, public performance, broadcasting, hiring or rental of this recording prohibited.

Für Informationen zu Hypno-CDs: Dr. Marianne Martin, A-1180 Wien
Sternwartestr. 21A/13, Fax +43 1 440 72 90
marianne@hypnos.at