

Die soziale Dimension der Gesundheit

Krankmachende und heilende Beziehungen als therapeutische Ansätze psychosomatischer Medizin

Michael R. Kraus

Kraus stellt aus medizinischer Sicht die Wichtigkeit sozialer Beziehungen für die Förderung von Gesundheit dar. Sein Beitrag enthält u.a. die Forschungsergebnisse über die Bedeutung der Partnerbeziehung bei Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Krebs. Die Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. die höhere Sterblichkeitsrate werden dargestellt. Ausgehend von dieser Situation macht der Autor auf die immer noch mangelnde und fehlende Fähigkeit beim Klinikpersonal aufmerksam, die Beziehung und den Kontakt zum Patienten in einem angemessenen Rahmen herzustellen. Er betont die Notwendigkeit, durch intensive Fort- und Weiterbildung vor allem die medizinischen Fachkräfte zu schulen, um die Zusammenarbeit zwischen Personal und Patient zu steigern. Diese Zunahme des Interesses auch auf der medizinischen Seite für beziehungsschaffende Interventionsformen läßt hoffen, daß die Entwicklung neuer Modelle zur Kooperation zwischen Pflegepersonal und medizinischen Dienst steigen werden. Eine Notwendigkeit, die in Zeiten angespannter Haushaltslagen eine gute Möglichkeit bieten, die vorhandenen personalen Ressourcen zu bündeln.

Übersicht

- Einführung
- Psychische und soziale Faktoren bei Koronarer Herzerkrankung und Herztransplantation
- Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen („Psychoonkologie“)
 - Psychosoziale Risikofaktoren beim Verlauf maligner Erkrankungen
 - Zum Einfluß der Betreuungsqualität am Beispiel der Therapiecompliance
- Therapeutische Implikationen einer „Beziehungsmedizin“ für Ärzte und Pflegepersonal aus Sicht eines integrativen bio-psycho-sozialen Krankheitskonzeptes

Einführung

Die WHO definierte 1946 Gesundheit als vollkommenes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden und die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche. Mit dieser Definition machte die WHO deutlich, daß Gesundheit nicht nur durch somatische, sondern auch durch Faktoren aus der psychischen und sozialen Ebene bestimmt sein muß.

Man kann ohne Übertreibung sagen, daß die „moderne“ Apparatemedizin, deren Dogma über Jahrzehnte nur auf Heilung und Lebensverlängerung in quantifizierbarer Weise abgestimmt war, diese Definition von Gesundheit zeitweise geradezu ad absurdum geführt hat. Beispielhaft

möchte ich auf die Bestrahlungsoffer etwa der strahlentherapeutischen Behandlungen an der Universitätsklinik Hamburg verweisen, wo jahrelang die Devise galt: Viel Therapie hilft viel. Dabei wurde oft übersehen, daß, selbst wenn die sogenannten Kaplan-Meier-Absterbekurven ein günstigeres Ergebnis erbrachten, Aspekte aus dem psychischen und sozialen Bereich in keiner Weise berücksichtigt wurden.

Erfreulicherweise hat in den letzten Jahren hier ein Umdenken begonnen. Gerade die Chirurgie hat mit der minimal invasiven Chirurgie das möglichst wenig invasive Operieren zum Ziel der Zukunft gemacht. Die internistische Onkologie hat wesentliche Anstrengungen unternommen, Medikamente zu entwickeln, die das Wohlbefinden in den Chemotherapiephasen gegenüber den früheren Applikationen drastisch verbessern konnten. Durch eine zunehmende Verlagerung der Chemotherapieapplikationen in ambulante Therapiezentren konnten die stationären Aufenthaltsnotwendigkeiten auf ein Minimum reduziert werden.

Dabei treten bei Diagnosestellung für den Patienten zunächst ganz andere Fragen in den Vordergrund. Kann ich meinen Beruf weiter ausüben? Wie

sieht es mit der Existenz der Familie aus bei Auftreten einer schwerwiegenden Krankheitsproblematik? Wie werden meine Familie, mein Partner und meine soziale Umgebung auf die Diagnose etwa einer Krebserkrankung reagieren? Gerade bei Krebserkrankungen, die heute in über 40 % heilbar oder in eine jahrelange Remission zu bringen sind, werden die Patienten zusätzlich durch das Stigma Krebs kränker geredet, als sie es sind.

Die Frage, „Wie bringe ich das meiner Frau/Mann oder meiner Familie bei“ ist eine häufige erste Reaktion eines Patienten nach der Aufklärung über eine bedrohliche Erkrankung. Vermutlich auch, weil die Stigmatisierung oft die ganze Familie betrifft.

Gerade der letzte Punkt führt zum eigentlichen Thema dieses Referates, der sogenannten „Beziehungsmedizin“, einem meiner Meinung nach ganz wesentlichen, wenn nicht sogar dem wesentlichsten Betätigungsfeld der psychosomatischen Medizin in ihrem eigentlichen Sinn.

Die psychosomatische Medizin beschäftigt sich im Idealfall mit dem Soma und der Psyche und die gehören im Sinne einer zu fordernden Ganzheitsmedizin untrennbar zusammen und sie

entspricht zumindest theoretisch am weitestgehenden der zu Beginn aufgezeigten WHO-Definition von Gesundheit. Wenn man die WHO-Definition in eine modernere Sprache übersetzt, heißt das Bestreben der Medizin heute das Erlangen einer möglichst hohen individuellen Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit. Gerade in der Diskussion um Kostendämpfung, aber auch durch die selbstbewußt vorgebrachten Beschwerden vieler Patienten, insbesondere im Rahmen von Selbsthilfegruppen begann die moderne Medizin, sich mit dem Begriff der Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit auseinanderzusetzen. Mit großen Problemen – bis heute. Begriffe, wie subjektive Krankheitsverarbeitung, subjektive Krankheits-theorie, individuelle Bewältigungsstrategien bzw. -ressourcen, waren wesentliche Faktoren und Ebenen, die in den Begriff der Lebensqualität einfließen mußten. Mit dem Begriff Individuum und dem Subjektsbegriff tat sich die Schulmedizin, deren Erkenntnisse immer aus Kollektivdaten und objektiveren und metrisch erfaßbaren und damit auch vergleichbaren Datenbanken stammten, jedoch sehr schwer. Zu fordern war also zunächst eine Definition des Begriffes Lebensqualität.

Was bedeutet Lebensqualität? Kann man Lebensqualität eines Patienten überhaupt messen oder beurteilen? Inwieweit kann man in der gegebenen Situation einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung überhaupt von Qualität sprechen und was macht Lebensqualität aus?

Ich möchte an dieser Stelle nicht näher auf den Begriff der Definierbarkeit von Lebensqualität eingehen, wichtig erscheint mir, daß Beziehungen in der Situation von Gesundheit aber gerade auch Krankheit den wesentlichsten Faktor für das Erreichen einer Lebensqualität darstellen.

Krankheit ist für jeden Menschen eine neue beunruhigende Situation, die sein Leben für kurze Zeit, oft auch lebenslang oder lebensverkürzend, zumindest jedoch lebensschneidend verändert. Ohne hier auf tiefgreifende Erklärungen der Kommunikation als semiotisches Problem einzugehen, dürfte ersichtlich sein, daß Beziehungen zwischen dem Subjekt Mensch und seiner Umgebung von evidenter Bedeutung

in neuen und gerade bedrohlichen Situationen wie Krankheit sind.

Dieses durch v. Uexküll (1992) als „Beziehungsmantel“ benannte Phänomen erhält für seinen Träger in der Situation von Krankheit und Bedrohung eine vitale Bedeutung. Beziehungen zwischen Menschen vermögen neue Wirklichkeiten zu stiften und Krankheiten sind nun mal unwiderrufliche Wirklichkeiten menschlicher Existenz. Sogenannte bipersonale Wirklichkeiten sind soziale Wirklichkeiten mit Eigenschaften und Möglichkeiten, die es in den Wirklichkeiten des Einzelnen nicht gibt. Erst diese Beziehungen schaffen die Möglichkeiten zu Autonomie, einem der wesentlichsten Wünsche kranker Menschen. Beziehung erzeugt Gesundheit und ermöglicht Kranken ein Maximum der ihnen noch möglichen Autonomie.

Beziehungen haben sowohl krankheitsprotektiven als auch heilenden Wert im Rahmen des Krankheitsverlaufs. Beziehungsstörungen bzw. sogenannte pathogene Beziehungen machen krank, somatisch und psychisch. Bei Bestehen einer Erkrankung verschlechtern sie den Krankheitsverlauf in subjektiver und objektiver Sicht und damit die Lebensqualität. So möchte ich die hypothetischen Überlegungen zum Thema am Beginn meines Referates formulieren.

Ich werde versuchen, am Beispiel der Herztransplantation sowie häufiger somatischer Erkrankungen wie der KHK und Krankheitsentitäten aus dem onkologischen Bereich anhand wesentlicher Studienergebnisse zu zeigen, daß das Zitat von Christian (1989), *„Der Kranke ist nur in dem Maße krank, in dem er der Zuwendung seiner Mitmenschen ermangelt. Was ihm fehlt ist nicht nur was ihm mangelt, sondern auch was die anderem ihm versagen“* nicht nur eine philosophisch-anthropologisch anmutende Floskel darstellt, sondern zu belegen ist – und zwar sowohl was krankmachende als auch krankheitsverlaufsbestimmende Beziehungsfaktoren betrifft.

Nicht eingehen werde ich auf das große und „klassische“ psychosomatische Arbeitsgebiet der neurotischen und funktionellen Störungen sowie der Eßstörungen. Daß hierbei schwerwiegende Beziehungsstörungen in der individuellen Entwicklung und der aktuel-

len Beziehungssituation die psychopathologischen Ursachen darstellen, bedarf meiner Ansicht kaum der Diskussion. Diskutieren kann man allenfalls, ob ein lerntheoretisch oder psychodynamisch orientiertes Behandlungsverfahren das therapeutische Mittel der Wahl sei.

Zunächst zur Koronaren Herzerkrankung (KHK) bzw. der zunehmenden Problematik und Einflußnahme psychosozialer Faktoren bei Organtransplantationen am Beispiel der Herztransplantation.

Psychische und soziale Faktoren bei KHK und Herztransplantation

Psychosoziale Gründe und Argumente spielen in der Auswahl von Transplantatempfängern etwa vor Herztransplantationen eine wesentliche Rolle.

Die Kriterien beziehen sich auf das System sozialer Unterstützung, die soziale Integration, die Psychopathologie, die Motivation und den Lebensstil des Patienten sowie die aus den genannten Kriterien zu erwartende Compliance. Wirklich valide psychosoziale Auswahlkriterien fehlen jedoch nach wie vor.

Nach der Transplantation etwa eines Herzens geben in einer Untersuchung von McAleer (1985) 53 % der Patienten Ehe- und Partnerschaftsprobleme an. Auch Störungen der partnerschaftlichen Sexualität sind nach Herztransplantationen, eventuell auch mit medikamentös bedingt durchaus häufig. Prognostisch scheinen die o.g. psychosozialen Kriterien für den Verlauf vor und nach der Transplantation wesentlichen Einfluß zu haben (vgl. Abb. 1, Abb. 2 auf S. 14)

In einer Untersuchung von Jones (1992) war die Überlebensrate v.a. abhängig vom Vorhandensein eines Ehe(Lebens-)partners. Bunzel (1993) beschreibt aus psychosozialer Sicht den idealen Transplantatempfänger als einen Patient, der *„ohne die Anforderung, Gefühle mitteilen zu müssen, in der Partnerschaft Empathie, Sicherheit und emotionelle Unterstützung findet“*, der *„ruhig, beherrscht, genau, belastbar, gemäßigt und wenig aggressiv“* ist.

Eigentlich genau der Anti-Typ A-Persönlichkeit (Typ B) entsprechend.

Die Möglichkeiten der psychotherapeutischen Intervention sind natürlich hier v.a. auf die akute Krisenintervention vor und nach der Transplantation gerichtet und in der langfristigen Perspektive auf die Unterstützung der Krankheitsbewältigungsmechanismen, hier v.a. durch familien- und paartherapeutische Maßnahmen.

Die Koronare Herzerkrankung (KHK) bzw. der Myokardinfarkt stellt neben den Malignomen in der westlichen Welt die häufigste Todesursache dar. Neben den bekannten Risikofaktoren, wie Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas und Fettstoffwechselstörung, um nur die wichtigsten zu nennen, gibt es wesentliche psychosoziale Risikofaktoren neben der sogenannten Typ-A-Persönlichkeit, auf die ich noch kurz eingehen werde. Aufgrund prospektiver Studien aus den USA mit mehreren tausend untersuchten Patienten können diese einen wesentlichen Einfluß auf die Häufigkeit der KHK wie auch auf die Sterblichkeit haben.

Ein niedriger sozio-ökonomischer Status bzw. niedriges Bildungsniveau und ein wenig effektives soziales Umfeld sind zwar durch das spezifische Gesundheitssystem der USA, in dem gerade die unteren sozialen Schichten aus finanziellen Gründen durch das sehr löcherige System fallen, zu erklären, sie scheinen jedoch auch über diese spezifische Situation einen Risikokomplex sowohl bezüglich Erkrankungswahrscheinlichkeit wie auch Sterblichkeit bei der KHK darzustellen. Eine nähere Analyse der Risikokonstellationen zeigte, daß niedrigere soziale Schichten in den Industrieländern eine deutliche Häufung der kardiovaskulären Risikofaktoren, v.a. des Nikotinabusus aufwiesen.

Interessant ist eine Untersuchung von Ruberman et al. aus dem Jahre 1984, der an 2320 Patienten mit Myokardinfarkten zeigen konnte, daß die Sterblichkeit in der Gruppe der Patienten, die sozial isoliert waren, keinen Partner hatten und auch keine näheren Bezugspersonen angaben, um das vierfache erhöht war. Den

protektiven Wert einer Partnerschaftsbeziehung zeigte auch die Untersuchung von Williams aus dem Jahre 1992, der 1368 Patienten nach der Diagnose KHK nach einem Herzkatheter prospektiv verfolgte und nach 9 Jahren feststellte, daß 82 % der Verheirateten und der Patienten mit fester Beziehung noch lebten, während dies bei den Unverheirateten bzw. Patienten ohne feste Beziehung noch 50 % waren. All diese Untersuchungen unterschieden jedoch nicht zwischen pathogenen bzw. salutogenen Beziehungen. Allein der Umstand des Bestehens einer Partnerschaft zeigte sich als hochsignifikant protektiver Faktor.

Somit dürfte neben dem Persönlichkeitsmerkmal der Typ-A-Persönlichkeit, das ja gekennzeichnet ist durch rivalisierendes, wettbewerbs-, arbeitsorientiertes, ungeduldiges und aggressives Verhalten gegenüber anderen (hier v.a. der Faktor Feindseligkeit) das Nicht-Vorhandensein eines intakten psychosozialen Beziehungsnetzes ein wesentlicher Risikofaktor in Genese und auch Verlauf der KHK darstellen. Auf Einzelheiten der Typ-A-Forschung möchte ich hier nicht eingehen. Die Datenlage zur Typ-A-Persönlichkeit ist auch heute noch verwirrender denn je. Interessant ist jedoch, daß das Risiko, eine KHK zu bekommen, nach Abstraktion der sonstigen Risikofaktoren bei Patienten, deren Partner eine Typ-A-Persönlichkeit ausweisen, ähnlich hoch zu sein scheint, als wenn der Patient selbst diese Persönlichkeitsstruktur aufweist.

In den Fällen, die sich nicht aus den unteren sozialen Schichten rekrutieren, besteht oft eine unter prognostischen Gesichtspunkten sehr problematische Mischung aus Typ-A-Persönlichkeit (hier v.a. Feindseligkeit), die per se mit den Risikofaktoren Nikotin, arterieller Hypertonie, Bewegungsmangel oder exzessiver Sportbetätigung unter Rivalitäts- und Leistungsgesichtspunkten sowie Ernährungsfehler hochsignifikant korreliert – zusammen mit beruflicher Überbeanspruchung, fehlender Krankheitseinsicht, katastrophaler Krankheitsbewältigung (Negierung, Verdrängung) und noch dazu erheblichem Beziehungssprengstoff.

Interessant erscheinen in diesem Zusammenhang prospektive Studien,

die die Inzidenz der KHK zu arbeitsbezogenen Beziehungsproblemen wie Konflikten mit dem Chef und Mitarbeitern sowie familiären und finanziellen Schwierigkeiten untersuchten. Männer mit derartigen Problemen wiesen eine signifikant höhere KHK-Inzidenz auf, wenn sie zusätzlich ihre Frauen als „kalt und indifferent“ beschrieben (u.a. Medalie 1973).

Die meisten Studien dieser Art beschäftigten sich ausschließlich mit der KHK bei Männern oder der Anteil der Männer am Studienkollektiv war der weitaus größere. Dies liegt an der Tatsache, daß bis vor 10 – 15 Jahren der Anteil der Frauen am KHK-Kollektiv deutlich geringer war. In den letzten Jahren hat sich dies bei den Neudiagnosen völlig ausgeglichen. Epidemiologisch wird dies u.a. auf den Rückgang des Nikotinabusus v.a. bei Männern gegenüber Frauen in den letzten 15 – 20 Jahren zurückgeführt, wo die Raucherquote in der Tendenz zunahm. Bisher gibt es jedoch keine Studien, die sich diesem Phänomen unter psychosozialen Aspekten bzw. Beziehungsgesichtspunkten angenommen haben.

Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen ("Psychoonkologie")*

Krebs und Psyche haben auf den ersten Blick wenig miteinander im Sinne einer Krankheitsentstehung zu tun. Insbesondere unsere moderne molekularbiologisch-naturwissenschaftlich ausgerichtete Interventionsmedizin ist einzig an der Erforschung tumor- bzw. zellspezifischer Mechanismen bzw. deren Beeinflussung orientiert und interessiert. Der Erfolg einer tumorspezifischen Therapie, sei es strahlen-, chirurgisch- oder chemotherapeutischer Art ist nach wie vor allein am metrischen Verhalten des Tumors orientiert. Progression, stable disease, no change, partielle Remission, komplette Remission sind die dazugehörigen Staging-Begriffe. Erkennbar wird dabei der Trend zur möglichst einfachen schematisierenden Klassifizierung von Krankheitskollektiven. Mit Blick auf das Ziel, möglichst vielen Patienten einen meßbaren Benefit einer Tumorbehandlung zukommen zu lassen, ist dies auch nachzuvollziehen.

Übersehen wird dabei aber wegen der Komplexität ein Hindernisgrund jeder vereinfachenden Klassifizierung; der Umstand nämlich, daß andere Wechselwirkungen sowohl für die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung maligner Erkrankungen von oft wesentlicherer Bedeutung erscheinen. Eine stabile Krankheitssituation oder sogar eine völlige Remission einer malignen Erkrankung, etwa bei einer Brustkrebskrankung, kann alles andere als stabil sein, gerade für die Partnerschaft kann sie zur katastrophalen Beziehungskrise bis hin zur Trennung, Isolation und Suizid führen. Jede Krankheitsentität und v.a. chronische Erkrankungen, zu denen ich auch die Krebserkrankungen in einem gewissen Sinn zähle, kann auch einen völlig neuen Sinn und Bedeutungsinhalte in eine Beziehung bringen.

Zum wahrscheinlich größten Arbeitsgebiet einer sekundären psychosomatischen Medizin entwickelt sich somit in Zukunft die sog. *Psychoonkologie*. Sie befaßt sich mit der Erfassung und Berücksichtigung der körperlich-seelischen Wechselwirkungen in der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung von malignen Erkrankungen.

Damit keine Mißverständnisse aufkommen, es gibt bisher keine wirklich gesicherten Erkenntnisse, daß psychische Bedingungen abgrenzbar zur Genese von Malignomen beitragen. Ohne Zweifel bestehen jedoch sogenannte Risikokonstellationen, die mit auf psychosoziale komplexe Probleme zurückzuführen sind, die optional eine Karzinomentstehung auf direkten und indirektem Weg zu begünstigen scheinen. Auf diese soll zunächst unter Betonung der Beziehungsaspekte eingegangen werden.

Psychosoziale Risikofaktoren für die Krebsentstehung

Es soll hier nicht auf die heute verlassene These bzw. Frage nach einer spezifischen Krebspersönlichkeit (Typ C) eingegangen werden.

Die Hypothese, ob psychosozialer Streß bzw. (hier bei unserem Thema) pathogene Beziehungen einen Einfluß auf Entstehung maligner Erkrankungen haben können, ist extrem schwierig zu überprüfen. Man müßte prospektiv gesunde Patienten erfassen, ihre Bezie-

hungsprobleme aufschlüsseln, was aber bereits wieder eine Beeinflussung bedeuten würde und schließlich die Rate der Krebspatienten errechnen im Verhältnis zu den Beziehungstraumas.

Ein Ansatz sei der Verlust des Partners durch Tod, in unserem Sinn übertragen: der Verlust einer optional salutogenetischen also heilsamen Beziehung als schwerwiegendstes „live event“. Jacobs und Ostfeld (1977) bzw. Rogers und Reich (1988) fanden um 2- bis 10-fach erhöhte Sterberaten bei den zurückgebliebenen Partnern im Vergleich zu einer altersentsprechenden Kontrollgruppe ohne Partnerverlust.

Der erste Gipfel im ersten Jahr nach dem Partnerverlust besteht dabei in einer erhöhten Rate von Myokardinfarkten. Das längerfristige Risiko betrifft dabei interessanterweise ausschließlich Männer und hier betont die Malignome. Dieses geschlechtsspezifische Merkmal konnte durch spätere Untersuchungen bestätigt werden. Die Erkrankungen verteilen sich dabei nicht auf bestimmte Krankheitsentitäten oder etwa Suizide, wie man vermuten könnte, sondern entsprechen der Verteilung der Kontrollgruppe.

Das „starke Geschlecht“ scheint also in bezug auf Beziehungsverluste das „schwache“ zu sein. Mehrere Untersuchungen an Witwern und Witwen konnten zeigen, daß es 6 Wochen nach dem Tod des Partners zu einer substantiellen Abschwächung der zellulären Immunantwort der T-Lymphozyten, den für die Bekämpfung von Tumorzellen wichtigen sog. „Killer-Zellen“ kam.

Nicht der Verlust selbst ist jedoch mutmaßlich der alleinige Risikofaktor für die Karzinogenese, sondern das individuelle Zusammenwirken der gezeigten immunologischen und psychosozialen Faktoren wie Isolation, Vernachlässigung, mangelnde Pflege und Ernährung. Als Beispiel sei auch das hohe Suchtpotential (Alkohol, Nikotin) bei Menschen mit depressiver Persönlichkeitsstörung nach Verlusterlebnissen genannt.

Psychosoziale Faktoren beim Verlauf maligner Erkrankungen

Es ist eine gut dokumentierte und in vielen Studien belegte Tatsache, daß

nahezu jede Erkrankung in den unteren sozioökonomischen Schichten gehäuft vorkommt (siehe auch KHK). Bei Krebspatienten mit den verschiedensten Primärtumoren ist die Überlebenszeit in den gehobenen Schichten signifikant länger. Die Gründe hierfür sind sicherlich schwierig zu erfassen und auch different.

Interessant für die jetzige Fragestellung des Einflusses salutogenetischer oder pathogener Beziehungen auf die Krankheitsverarbeitung ist der Aspekt, ob es gesicherte Daten gibt, die ein längeres oder kürzeres Überleben, diesmal unabhängig von der Frage nach der Lebensqualität, belegen.

Untersucht wurden hier v.a. Patientinnen mit Mammakarzinom. Greer (1979) und Pettingale (1985) konnten als einzigen signifikanten Einfluß an psychosozialen Faktoren neben unterschiedlichen psychischen Bewältigungsressourcen auf den Krankheitsverlauf bei Brustkrebspatientinnen den Faktor abgrenzen, ob die Patientinnen zum Zeitpunkt der Diagnose allein lebten bzw. über schwerwiegende Eheprobleme berichteten. Die Fallzahlen dieser Studien waren allerdings niedrig und die Nachbeobachtungszeit für die Tumorart sehr kurz.

Interessant und die vermuteten Zusammenhänge bestätigend, könnten neue psychobiologische Studien von Levy und Mitarbeitern (1985, 1988, 1990) sein. Diese haben immunologische Zusammenhänge mit Krankheitsverarbeitung, hier im speziellen mit Berücksichtigung von Beziehungskonstellationen bei Patientinnen mit Mammakarzinom, untersucht.

Die bereits erwähnte höchste „Killerzellaktivität“ 6 Wochen nach Diagnose war in der Reihenfolge ihrer Relevanz abhängig von:

- Wahrnehmung von sozialer Unterstützung durch den Lebenspartner oder Arzt
- Rezeptorstatus
- Art der Operation (Brusterhaltung)
- Gebrauch von sozialer Unterstützung als Krankheitsverarbeitung

Das Erleben von guter sozialer Unterstützung durch den Partner erklärten fast 30 % der Killerzell-Aktivität. Beachtenswert ist dabei der Um-

stand, daß psychosoziale Variablen und deren Wirken über die Krankheitsverarbeitung die Überlebenszeiten in vielen Studien weit mehr zu beeinflussen vermochten, als dies verschiedene konventionelle Therapiemodalitäten zumindest im fortgeschrittenen Stadium zu tun in der Lage waren. Wenn man jetzt noch den Faktor der Lebensqualität miteinbezieht, was bisher keine Studie prospektiv in großen Rahmen tat, könnten die Ergebnisse eventuell noch deutlicher ausfallen. Wie erfolgreich mag erst ein integrativer Ansatz sein? Hoffentlich braucht das Durchsetzen eines psychosomatischen Ansatzes im Sinne einer ganzheitlichen onkologischen Betreuung nicht so lange, wie das Umdenken, das etwa die brusterhaltende Therapie bei Mammakarzinompatientinnen ermöglicht hat.

Die Zusammenhänge zwischen Partnerschaft und Tumorerkrankung wurden, wie bereits erwähnt, traditionell v.a. bei Mammakarzinompatientinnen untersucht. Dabei insbesondere unter dem Gesichtspunkt, welche Auswirkungen die Tumordiagnose auf Partnerschaft, Sexualität, Kommunikation usw. für die Angehörigen habe. Man kann die Ergebnisse jedoch auch unter dem Gesichtspunkt, welchen Einfluß das Denken, Verhalten, ja gerade das „Nicht-ausgesprochene“ für die Krankheitsverarbeitung der Betroffenen selbst habe, sehen.

Baider und Sarell (1984) etwa fanden, daß die Partner von Krebskranken eine Verschlechterung der Paarinteraktion äußerten, während die Erkrankten selbst eine Verbesserung, ein „näher Zusammenwachsen“ empfanden.

Während die Mehrzahl der Partner sich als vom Erkrankten isoliert und gemieden vorkamen, berichteten die Patienten selbst in der Mehrzahl von dem Bild einer weitgehend normalen Beziehung. Während die Partner von einer deutlich nachlassenden sexuellen Befriedigung in der Partnerschaft berichteten, schilderten die Patienten sie selbst in der Mehrzahl als gleichbleibend befriedigend.

Die Ursachen eines sexuellen Rückzugs von Patienten und den Partnern kann dabei durch bewußte oder unbewußte irrationale Ängste und Vorstellungen bedingt sein, etwa durch engen

Körperkontakt anzustecken oder angesteckt zu werden, aber auch als ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, wenn der Patient Angst hat, den Partner durch das Zeigen der Verstümmelung (etwa nach Brustamputation) zu schockieren. Der Partner wiederum fürchtet, den Patienten durch Austausch von Zärtlichkeiten zu schädigen.

Zusammenfassend besteht weiterhin, auch aus wissenschaftlicher Sicht, eine beträchtliche Tabuisierung der sexuellen Beeinträchtigungen bei Krebserkrankungen. Wie Baider und Sarell (1984) zeigen konnten, war für die Entstehung und Fortdauer sexueller Funktionsstörungen die vorbestehende Qualität der Partnerschaft maßgeblich. Bei Entstehen unterschiedlicher Bedürfnisse und diskrepanter Einschätzungen der sexuellen Beziehungen kann es leicht zu Paarkonflikten kommen, die weitreichenden Einfluß auf die gesamte Krankheitsbewältigung nehmen können. Wie u.a. Bullard (1980) und Capone et al. (1980) zeigen konnten, wünschten sich die Patienten, daß sexuelle Probleme auch in die medizinische Behandlung und Beratung miteinbezogen werden sollten. Die krassen Unterschiede fanden sich in der medizinischen Bewertung. Während 80 % der Patienten davon überzeugt waren, daß ihnen durch medizinische Hilfe geholfen werden könne, waren nur etwa 10 % der Angehörigen davon überzeugt.

Diese Ergebnisse dürfen sicherlich nicht verallgemeinert werden. Aber man hat in Aufklärungsgesprächen mit Patienten und deren Angehörigen häufig mehr mit destruktivem Fatalismus, Depression und latenter Vorwurfshaltung von Seiten der Angehörigen zu kämpfen als von Seiten der Patienten. Mich persönlich macht es regelrecht wütend, wenn sich der Patient gedrängt fühlt, vermittelnd und beschwichtigend auf seine Angehörigen einzuwirken. Nur ungern erinnere ich mich an den aggressiven Vorwurf des Ehemanns an seine 42jährige Frau nach der Aufklärung über die Diagnose eines malignen Lymphoms, das könne sie ihm doch nicht antun, oder die offene Aufforderung bzw. Bitte eines Angehörigen schon zu Beginn der Untersuchungen vor Diagnosestellung; falls etwas Bösartiges herauskommen sollte, dies erst nach dem geplanten Urlaub mitzuteilen, sonst sei ja der ganze Urlaub verdorben.

Die hohe Konflikthaftigkeit, die die Diagnose einer Krebserkrankung für eine Familie oder Partnerschaft hat, trifft nicht selten auf eine verminderte Konfliktverarbeitungsfähigkeit. Aus diesem Teufelskreis resultieren dann Zurückweisung, Vermeidungsverhalten, Depression, Aggression und Destruktion, was dem Wunsch des Patienten nach Harmonie, Selbstwertgefühl, Wiedergewinn der Integrität des Körperbildes und familiärer sowie sozialer Akzeptanz zuwiderläuft. Mitunter wird dann aus einer vorbestehenden Beziehungslosigkeit sogar eine destruktive Beziehung, in der die Schwäche der Erkrankung vom gesunden Partner ausgenutzt wird. Wir kennen natürlich viele Beispiele, wo genau der umgekehrte Mechanismus einsetzt. Der Kranke macht sich kränker als er ist und dem gesunden Partner wird das Leben im wahrsten Sinn des Wortes zur Hölle gemacht, er muß stellvertretend leiden oder es wird versucht, Schuldgefühle zu erwecken.

Störungen in der Kommunikation werden dabei nicht nur in der Anfangsphase nach der Aufklärung und der Akutbehandlung einer malignen Erkrankung erkennbar, besonders belastend werden sie für den Patienten in der terminalen Krankheitsphase. Jetzt kann der Patient nicht mehr seine alltäglichen Aktivitäten ohne Hilfe ausführen. Verschiedene Untersuchungen zeigten, daß lediglich ein Drittel der Paareangaben, offen und vollständig über krankheitsbezogene Probleme und auch über den Tod sprechen zu können. Diese Kommunikationsdefizite zeigen auch Untersuchungen von Krant und Johnson (1977/1978), die folgende Ergebnisse erbrachten: Während 66 % der Familienmitglieder angaben, daß der Patient schwerkrank bzw. im Sterben liege, waren nur 48 % überzeugt, daß der Patient das auch wisse. Bei einer gesonderten Stichprobe von Patienten, deren durchschnittliche Überlebenszeit von ärztlicher Seite mit weniger als 6 Monaten angegeben wurde, hatte nur jeder fünfte der Angehörigen mit dem Patienten über die Möglichkeit des Sterbens gesprochen. Mehr als die Hälfte der Familienangehörigen schilderten Besuche beim Patienten im Krankenhaus als unangenehm, besonders aufgrund eigener Gefühle von Hilflosigkeit und der Begegnung mit Hilflosigkeit und Schmerz beim Patienten.

Die Gründe für die Kommunikationsprobleme sind im Einzelfall sicher unterschiedlich. Neben persönlichkeits-spezifischen die Beziehung beeinflussenden Faktoren sind auch mangelnde ärztliche Aufklärung und Information, komplementäre Verleugnungsprozesse bei Patienten und Familienmitgliedern und der letztlich untaugliche Versuch, die Beziehung durch gegenseitiges Verschweigen des Ernstes der Situation zu schützen, zu nennen.

Wenn man sich jetzt vor Augen hält, welch wesentlichen Einfluß die interpersonellen Beziehungen über die sozialen Ressourcen auf Krankheitsverarbeitung, Lebensqualität, wahrscheinlich sogar auf die Prognose haben, mag man ersehen, was in diesem Zusammenhang unter gesundheitsfördernden aber auch pathogenen Beziehungen zu verstehen ist.

Gerade bei onkologischen Patienten scheint die Beziehung zwischen dem medizinischem Personal (v.a. Ärzte und Pfleger bzw. Schwestern) und den Patienten für eine erfolgreiches Arbeiten am Gelingen des „Produkts“ Gesundheit besonders wichtig zu sein. Der Patient wünscht dabei nicht nur eine medizinisch-objektivierbare optimale Betreuung, wie in mehreren Studien gezeigt werden konnte. Für mehr als die Hälfte der Patienten ist die psychosoziale Betreuung genauso wichtig wie die rein medizinische. Daß die Qualität dieser Betreuung auch wesentlichen Einfluß auf die Prognose einer Erkrankung hat, werde ich noch am Beispiel der Therapiecompliance aufzeigen.

Zum Einfluß der Betreuungsqualität am Beispiel der Therapiecompliance

Die Kritik an zu wenig einfühlsamen „medical professionals“ übersieht jedoch häufig, daß das Miterleben der Krankheit und der Krankheitsfolgen, der bedrohlichen Nebenwirkungen der durchgeführten Behandlungen und die Rückschläge trotz der Therapien zu schwerwiegenden Belastungen auch auf Seiten des betreuenden medizinischen Personals führen. Auch die Abwehr von Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen kann die Kommunikation des medizinischen Personals mit den Patienten einschränken. Implizite Erwartungen des medizinischen Personals beinhalten darüber hinaus, daß der Patient gegenüber deren Hilfsangeboten aufgeschlossen ist, angemessene emotionale Reaktionen zeigt und die

Erkrankung und ihre Implikationen in gewissen Umfang akzeptiert.

All dies hat maßgeblichen Einfluß auf die sogenannte „Compliance“, d.h. im ursprünglichen Sinn die aktive Mitarbeit des Patienten an der möglichst weitgehenden Realisierung des Ziels Gesundung bzw. Erreichen einer höchstmöglichen Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen oder Krebs.

Während man früher die Schuld einer schlechten Patientencompliance immer dem Unverständnis oder sogar der gestörten Persönlichkeit des Patienten zuschrieb und ihm letztlich die Schuld am Einstellen oder Scheitern einer Therapie gab, muß heute kritisch gesagt werden, daß sehr viele Möglichkeiten einer Noncompliance auf Seiten der Helfer zu suchen sind. Ebenso ist es erschreckend, daß es zu diesem Problem kaum größere Untersuchungen gibt, die zugegebenermaßen höchst heikel und auch schwierig durchzuführen sind (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Iatrogene Gründe für eine „Noncompliance“ bei onkologischen Patienten (Auswahl)

- unverständliche Aufklärung über Diagnostik und Therapie
- Nichtberücksichtigung von aktuellen individuellen Copingressourcen
- Kommunikationsprobleme mit dem behandelnden Team
- Kränkungen der Helfer durch aktuelle Inakzeptanz der Hilfsangebote
- Vermeidungsverhalten der Helfer gegenüber Krebspatienten
- Vermeidungsverhalten der Kliniken gegenüber Krebspatienten aus Gründen der wirtschaftlichen Ressourcen (Bsp. Taxol)
- Inakzeptanz der „subjektiven Krankheitstheorie“ des Patienten durch den Helfer

Es ist meiner Meinung nach erschreckend, wie unreflektiert und vorschnell Therapieabbrüche bei sogenannten indolenten und nicht compliance-fähigen Patienten durchgeführt werden. Wenn hier nicht ein psychosozial und medizinisch hochkompetenter Hausarzt oder engagierte Angehörige dem Patienten zur Seite stehen, mag so manche kurativ angehbare Erkrankung mit dem Ziel der Heilung aus zeitlicher Verzögerung oder persönlicher Eitelkeit und Kränkung der medizinischen Helfer zur unheilbaren Erkrankung werden.

Es ist ein nicht ungewöhnliches Phänomen, daß Patienten, die ärztliche

Anordnungen hinterfragen und eventuell zum jetzigen Zeitpunkt auch ablehnen, unter Nennung verschiedener Gründe zur Behandlung verschoben oder von Zentren den peripheren Krankenhäusern mit den eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten zurücküberwiesen werden. Diese ablehnende Haltung zeigt sich dabei jedoch nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei Pflegekräften. Die Gründe sind verschiedene. Durch die Zunahme der einzelnen Aufgabenbereiche und die nahezu im Zeittakt erfolgende Patientenbetreuung wird jeder Patient, der sich nicht den Angeboten unterwirft, zum Hemmschuh, der den Zeitplan durcheinanderbringt. Wenn dann Probleme der Sympathie und Antipathie noch dazukommen und keine zeitlichen und logistischen Möglichkeiten bestehen, diese aufzuarbeiten, ist diese Konstellation eine der wichtigsten Ursachen der „Inneren Emigration am Arbeitsplatz“. Manche sagen auch des „Burnout-Syndroms“.

Das Miterleben der Erkrankung und der Krankheitsfolgen, bedrohlicher Nebenwirkungen der Behandlung, der eigenen Hilflosigkeit angesichts des Vorschreitens der Krankheit und des Todes von Patienten, zu denen sich vor allem nach längerer Betreuung tiefergehende Beziehungen entwickelt haben, stellen für das medizinische Personal weitere schwerwiegende emotionale Belastungen dar.

Parallel zu den Angehörigen spielt auch für das medizinische Personal die Angst, selbst an Krebs zu erkranken, eine wesentliche Rolle. Oftmals stehen dem Personal aus verschiedenen Gründen nur unzureichend adaptive Verarbeitungsmöglichkeiten zur Verfügung. Auffallend ist dabei die pessimistische Einstellung gegenüber den Möglichkeiten der Krebsbehandlung, die auffallenderweise auch bei den Angehörigen anzutreffen waren. Hinzukommen Vermeidungsverhalten bei Ärzten und Pflegekräften bei Visiten oder den täglichen Verrichtungen an onkologischen Patienten und insbesondere terminal Kranken.

Die Lösung durch eine völlig durchstrukturierte Professionalisierung und Aufgabenverteilung auf Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen, Sozialarbeiter und Theologen hat sich in den Zentren nicht immer bewährt und wird oft zur Scheinlösung. Sie läuft der Compliance häufig zuwider. Das soziale Leben ei-

nes Krebskranken ist gekennzeichnet durch Rückzug, Isolation, Mißtrauen und Vereinsamung. Dieser psychisch belastete Mensch ist auf wenige Vertrauenspersonen und eine gute Kommunikation mit diesen angewiesen. Dies gilt natürlich insbesondere für unheilbar Kranke und Sterbende. (Welche Möglichkeiten sich hier im Team ergeben, darauf möchte ich zum Ende meines Beitrages noch eingehen.)

Biopsychosoziale Interaktionen können nicht länger verneint werden, sie sind jedoch methodisch schwierig zu erfassen. Die Medizin ist es traditionell gewohnt, sich auf ein bestimmtes Organisationsniveau, das durch die wissenschaftlichen Disziplinen definiert ist, zu beschränken. Zukünftig muß eine, die gesamten bisher bekannten Einflußfaktoren auf die Karzinogenese und den Verlauf maligner Erkrankungen erfassende, Onkologie auch die Interaktionen zwischen Zelle (Körper) und psychosozialen Faktoren aufgreifen. Die Psychoneuroimmunologie hat, wie ich beispielhaft gezeigt habe, hier erste interessante Ergebnisse und Vorarbeiten geliefert.

Therapeutische Implikationen einer „Beziehungsmedizin“ für Ärzte und Pflegepersonal aus Sicht eines integrativen bio-psycho-sozialen Krankheitskonzeptes

Wir gewinnen oft erst dann ein zureichendes Verständnis menschlicher Krankheit, deren Entstehungsmechanismen und der therapeutischen Möglichkeiten, wenn der Patient im Kontext seiner zwischenmenschlichen Beziehungen untersucht wird. Bei bis zu 60 % aller Patienten ist ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und Pathogenese und/oder Verlauf gegeben. Hieraus leitet sich die Aufgabe ab, die Krankenversorgung so zu gestalten, daß es bei jedem Kranken möglich ist, unabhängig von der Zuordnung seines Leidens zu einer medizinischen Spezialdisziplin, die Wechselwirkungen zwischen Soma, Psyche und Sozialem systematisch in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen. Umfang und Versorgungsansatz erfordern ein mehrstufiges Konzept.

Es ist zu wünschen, daß für Pflegekräfte und Ärzte im Rahmen der Ausbildung und Fortbildung weiterreichende

Inhalte mit Berücksichtigung psychosozialer Faktoren im dargestellten Zusammenhang integriert werden. Eine „personenzentrierte“ Gesundheitsförderung in der täglichen Patientenbetreuung muß individuell auf die Gesichtspunkte gesundheitsfördernder und pathogener Prozesse (insbesondere bzgl. Kommunikation und Beziehung), das subjektive Krankheitserleben bzw. die subjektive Krankheitstheorie und die Unterstützung gesundheitsfördernder Bewältigungsmechanismen gerichtet sein. (vgl. Abb. 4)

Abb. 4: Grundgerüst einer „personenzentrierten“ Gesundheitsförderung

- Informative Aufklärung über gesundheitsfördernde und pathogene Prozesse
- Aufmerksamkeit für das subjektive psychophysische Erleben und die subjektive Krankheitstheorie
- Unterstützung zu einem gesunden Selbst- und Krankheitsverständnis
- Unterstützung von aktuell gesundheitsfördernden Copingmechanismen
- Vermittlung verständlicher gesundheitsbezogener Ziele
- Aufbau und Stabilisierung gesunder Handlungsgewohnheiten
- Vermittlung der Wahrnehmungsfähigkeit des Wertes von Beziehung und Kommunikation für das „Gesundheitshandeln“
- Information über Möglichkeiten weitergehender sozialer und psychotherapeutischer Unterstützung

Aus dem Erkennen von „gesunden“ und „ungesunden“ Merkmalen in der Kommunikation mit dem persönlichen Umfeld, ihren auslösenden Bedingungen und nachfolgenden Konsequenzen sowie dem Erkennen von rationalen, emotionalen und motivationalen Aspekten im Kommunikationsprozeß lassen sich gesündere Kommunikationsweisen sowohl in der Arzt/Pflegekraft-Patienten-Beziehung als auch im persönlichen Beziehungsumfeld des Patienten darstellen.

Dies stellt eine der wichtigsten psychosomatischen Aufgaben des ärztlichen und pflegerischen Personals dar. Diese sogenannte psychosomatische Grundversorgung, die wenig mit einer spezifischen psychotherapeutischen Intervention zu tun hat, setzt allerdings profunde Kenntnisse über psychosomatische Zusammenhänge und die Akzeptanz sowie das Verständnis eines bio-psycho-sozialen Gesundheitskonzeptes voraus.

Als praktische Hilfestellung eines psychosomatisch orientierten Gesprächs bei der Betreuung von Krebspatienten

mag ein Interviewleitfaden dienen, der sich auf die vier Hauptpunkte des familiären Copings bezieht (siehe Abb. 5).

Abb. 5: Gesprächsleitfaden zur Evaluation der familiären Copingmöglichkeiten bei Krebspatienten

Charakteristika der Krebserkrankung:

- Was versteht die Familie unter Krebs?
- In welchem Ausmaß wird Schmerz, Behinderung und Lebensbedrohung wahrgenommen?
- Welches Verständnis für Therapie und Nebenwirkungen ist vorhanden?
- Welche Überzeugungen zu Ursache, Prognose und Heilbarkeit liegen vor?

Bedrohung für die familiären Beziehungen, Status und Perspektive:

- Wie werden innerhalb der Familie Rollen, Beziehungen und Kommunikationsmuster definiert?
- Welche Muster zur Entscheidungsfindung herrschen vor und seit der Erkrankung vor?
- Wie wirkt sich die Erkrankung auf Pläne und Ziele der Familie aus?
- Welche Veränderungen wurden durch die Erkrankung angestoßen?

Verfügbare Ressourcen:

- Welche finanziellen Ressourcen sind verfügbar?
- Welche Ressourcen im sozialen Netz der Familie stehen zur Verfügung: Verwandte, Freunde, evtl Selbsthilfegruppen?

Frühere Erfahrungen mit ähnlichen Situationen:

- Welche Coping-Strategien benutzte die Familie in früheren Krisen?
- Wie sieht die Krebsanamnese der Familie und wie sahen die hierin erworbenen Erfahrungen der Familie aus?

Abb. 7: Ziele einer familien-/paartherapeutisch orientierten PT-Intervention

- unmittelbare emotionale Entlastung
- Angehen einer beziehungsbedingten Eingengtheit
- Erkennen und Behandlung konfliktvermeidender Harmonisierungen
- Vermeiden einer Isolation nach Außen durch verschränkende Bindung nach Innen
- Positive Stärkung krankheitsverarbeitender Anteile aus der Partner-/ Familiendynamik
- Veränderung funktionaler familiärer Bewältigungs- und Interaktionsmuster

Bei Auftreten einer pathogenen familien- bzw. partnerschaftlichen Beziehungskonstellation insbesondere bezüglich des Auftretens einer akuten seelischen Belastung, einer längerfristig problematischen Krankheitsverarbeitung so-

wie Complianceproblemen sollte eine spezifische psychosomatisch/psychotherapeutische Intervention angeboten bzw. angestrebt werden. (vgl. Abb. 7)

Dr. med. Dr. phil. Michael R. Kraus

Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg
Klinikstraße 6-8, 97070 Würzburg

Literatur:

Baider, L., & M. Sarell (1984): Couples in crisis: Patient – spouse differences in perception of interaction patterns and the illness situation. *Fam. Ther.*, 11. Jg., S. 115-122

Bullard, D.G. (1980): Discussing sexual concerns with cancer patient. *Sex Disabil.*, 3. Jg. S. 68-70

Bunzel, B. (1993): Herztransplantation: psychosoziale Grundlagen und Forschungsergebnisse zur Lebensqualität. Stuttgart, New York

Capone, M.A., Westic, K.S., Good, R.S. (1980): Sexual rehabilitation of the gynecological cancer patient: An effective counseling model. *Front. Radiat. Ther. Oncol.*, 14. Jg., S. 123-129

Christian, P. (1989): Anthropologische Medizin. Heidelberg, New York, London,

Greer, S, Morris, T., Pettingale, K.W. (1979): Psychological response of breast cancer: effect of outcome. *Lancet*, (London), S. 785-787

Jacobs, S., Ostfeld, A. (1977): An epidemiological review of the mortality of bereavement. *Psychosom. Med.*, 39. Jg. S. 344-357

Jones, B.M., Taylor, F., Downs, K., Spratt, P. (1992): Longterm follow-up of the emotional adjustment of patients after heart transplantation. In: Walter, P.J. (Ed.): *Quality of life after open heart surgery*. Dordrecht, S. 427-438

Krant, M.J., Johnson, L. (1977/1978): Family members' perception of communications in late stage cancer. *Int. J. Psychiatry Med.*, 8. Jg., S. 203-216

Levy, S.M., Herberman, R.B., Lippman, M., d'Angelo, T. (1985): Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychol.* 4. Jg., S. 99-113

Levy, S.M., Lee, J., Bagley, C. et al. (1988): Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: seven years follow-up. *Psychosom. Med.* (Williams & Wilkens, Baltimore), 50. Jg., S. 520-528

Levy, S.M., Herberman, R.B., Whiteside, T., Sanzo, K., Lee, J., Kirkwood, J. (1990): Perceived social support and tumor estrogen/progesteron receptor status as predictors of natural killer activity in breast cancer patients. *Psychosom. Med.*, 52. Jg., S. 73-75

McAleer, M., Copeland, J., Fuller, J. (1985): Psychological aspects of heart transplantation. *Heart Transplantation*, 4. Jg., S. 232-233

Medalie, J.H., Snijder, M., Groen, J. et al. (1973): Angina pectoris among 100 men. Five-year incidence and univariate analysis. *Amer. J. Med.*, 55. Jg., S. 583

Pettingale, K.W., Morris, T., Greer, S.,

Haybittle, J.L. (1985): Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *Lancet*, Nr. 8431, S. 750

Rogers, M.P., Reich, P. (1988): On the health consequences of bereavement. *New Engl. J. Med.*, 319. Jg., S. 510-512

Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D., Chaudhary, B.S. (1984): Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New Engl. J. Med.*, 311. Jg., S. 552-559

Uexküll, J. v. (1992): Die Bedeutung der Semiotik für die Medizin. In: Rusterholz, P. et al. (Hrsg.): *Welt der Zeichen – Welt der Wirklichkeit*. Berner Universitätsschriften 38. Jg., S. 85-100

Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M., Haney, T.L., Daunders, W.B., Pryor, D.B., Ithalky, M., Siegler, I.C., Mark, D.B. (1992): Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *J. Amer. Med. Ass.*, 267. Jg., S. 520-524

**Abb. 1: Psychosoziale Befunde zur Herztransplantation
Beeinträchtigung in der prä- bzw. frühpostoperativen Phase der Behandlung und deren potentielle Determinanten**

Zeitpunkt:	häufigste Beeinträchtigung:	Potentielle Risikofaktoren:
präoperativ	Compliance-Probleme	Mangel an sozialer Unterstützung Abhängigkeit/Sucht
	Emotionale Probleme (Angst-Depressivität)	Copingprobleme (emotional/kognitiv)
	Soziale Isolation	Verarbeitung der Wartezeit, soziale Unterstützung
frühpostoperativ	Psychoorga. Syndrom	Intraoperative Belastungen, präop. Depression
	Compliance-Probleme	s.o.

**Abb. 2: Psychosoziale Befunde zur Herztransplantation
Beeinträchtigung in der spätpostoperativen Phase der Behandlung und deren potentielle Determinanten**

Zeitpunkt:	häufigste Beeinträchtigung:	Potentielle Risikofaktoren:
spätpostoperativ	Körperbildstörungen	Integrationsprobleme des Organs. Übermäß. Beschäftig. m. d. Spender
	Sexuelle Probleme	Grunderkrankung, Partnerprobleme Selbstwertprobleme, Medikamente
	Partnerschaftsprobleme	Anpassungsprobleme beider Partner
	Berufliche Reintegrationsprobleme	Reaktion des Umfelds, Medikamente, soziale und finanzielle Situation
	Compliance-Probleme	Probleme in Arzt-Pat.-Beziehung, fatalistische Kontrollüberzeugungen, mangelnde Eigenverantwortlichkeit, keine Partnerschaft, fehlende emotionale Unterstützung

Abb. 6: Möglichkeiten für die "Helfer" zur Verbesserung der Arzt/Pflegepersonal-Patienten-Beziehung

