

# Personale und existentielle Kompetenz von Krebspatienten

## Ergebnisse einer empirischen Pilotstudie zur existentiellen Situation von Patienten während einer strahlentherapeutischen Behandlung

Helmut Eiter<sup>1</sup>, Alfried Längle<sup>2</sup> & Karin Steinert<sup>3</sup>

### Zusammenfassung

*Fragestellung und Methoden:* Die Frage nach dem Einfluss der individuellen Persönlichkeit bei der Bewältigung einer Krebserkrankung kommt immer mehr in den Blickpunkt des Interesses. Logotherapie und Existenzanalyse, ist eine Richtung der Psychotherapie, die ihren Schwerpunkt auf die Bedingungen erfüllter Existenz richtet. Nach Frankl äußern sich die persönlichen Fähigkeiten in „Selbstdistanzierung“, „Selbsttranszendenz“, „Freiheit“ und „Verantwortung“ Ziel dieser Untersuchung war die personale und existenzielle Kompetenz von Krebspatienten zu erheben und mit einer Normstichprobe sowie Patienten mit anderen chronischen Leiden oder psychischen Erkrankungen zu vergleichen. Für diese Untersuchung wurde die Existenzskala (ESK) gewählt, die diese personale und existenzielle Kompetenz misst. Dieser Selbsteinschätzungsfragebogen wurde 193 Krebspatienten einer Strahlentherapie vorgelegt. Zudem untersuchten wir, ob Geschlecht, Alter oder der zeitliche Abstand zur Diagnosestellung einen Einfluss hat.

*Ergebnisse:* Der Gesamtwert als Maß für die personale und existenzielle Kompetenz liegt mit  $G = 225$  im Bereich der von den Autoren der Existenzskala angegebenen Norm ( $G = 214$ ) und unterscheidet sich auch nicht wesentlich von Patienten unter Dialyse ( $G = 218$ ). Der Unterschied war besonders ausgeprägt im Vergleich mit Patienten mit psychischen Erkrankungen. ( $G = 178$ ) Alter und Geschlecht und der Abstand zur Diagnose zeigten für den Gesamtwert keinen signifikanten Einfluss. Für die Subskala Selbstdistanzierung fanden wir aber statistisch signifikante Unterschiede bei Patienten unter 40 Jahren bei Diagnosestellung sowie für die, deren Diagnose unter 1 Monat zurückliegt.

*Schlussfolgerungen:* Die personale und existentielle Kompetenz von Krebspatienten unterscheidet sich demnach nicht von der Normalbevölkerung, der tendenziell bessere Gesamtwert  $G$  spricht demgegenüber für gute personale Fähigkeiten, sich aktiv mit der Erkrankung auseinander zu setzen. Die signifikant höheren Werte für die Selbstdistanzierung bei jüngeren Patienten und bei Beginn der Erkrankung, könnte man als gute Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit der Realität der Krebserkrankung interpretieren. Die Existenzskala könnte eine gute Entscheidungshilfe dafür sein, welche Krebspatienten eine Psychotherapie brauchen.

### Schlüsselwörter

Existenzanalyse, Tumor, Krebs, Coping, Existenzskala.

### Abstract

**Personal and existential competence in cancer patients: an empirical study on the existential competence of patients undergoing radiooncological treatment**

*Research questions:* Do patients with cancer distinguish in their existential and personal competence to normal people or to patients with other chronic diseases? Do age, gender or the time between cancer diagnosis and the study influence patients' existential competence?

*Methods:* We measured the dimension of personal and existential competence using the Existential Scale (ESK). This self-assessment questionnaire developed on the basis of Frankl's anthropology and of Existential analysis was administered to 193 patients with cancer undergoing radiotherapy.

*Results:* The average total value  $G$  showed higher scores in cancer patients in comparison to the normal random population sample ( $G = 225/214$ ) and in comparison to patients with psychiatric diseases ( $G = 178$ ). It was nearly identical to patients undergoing dialysis ( $G = 218$ ). Age, gender and the time interval from diagnosis did not show any significant influence on the existential and personal competence.

*Conclusion:* Personal-existential factors seem to be relevant for coping with cancer. The existence scale seems to be useful to identify patients who need supportive psychotherapy.

### Key words

Existential analysis, tumour, cancer, coping, Existence Scale.

<sup>1</sup> Abteilung für Radioonkologie/ Strahlentherapie des Landeskrankenhauses Feldkirch

<sup>2</sup> Institut für Existenzanalyse, Schloss Hofen, Lochau

<sup>3</sup> Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Wien

## Einleitung

In der Behandlung von Krebserkrankungen sind in den letzten Jahren Fortschritte bei vielen Malignomen verzeichnet worden. Trotz steigender Inzidenz beobachtet man eine fallende Mortalität (Hackl 2004; Oberaigner et al. 2003) und etwa die Hälfte der Erkrankten wird heute geheilt oder die Krebserkrankung nimmt einen chronischen Verlauf (Seer Report 2003). Dennoch dominieren, zum Teil auch gerechtfertigt, nach wie vor negative Sichtweisen und Pessimismus in der Einschätzung maligner Erkrankungen. Unzweifelhaft wird die Diagnose Krebs von den meisten Patienten als eine existentielle Bedrohung empfunden. Neben der Forschung über die Natur und die Ursache dieser Erkrankung in Medizin und Biologie, und der Entwicklung immer differenzierterer Therapien, haben sich Ärzte, Schwestern und Psychologen, die Tumorpatienten behandeln und betreuen, immer auch die Frage nach der Bewältigung dieser Bedrohung gestellt, erfasst „... eine Krebserkrankung den Menschen doch als Ganzes, gleichermaßen in seiner körperlichen, seelischen und geistigen Existenz, sie stellt die bisherige Identität in Frage und wandelt den Menschen ungefragt, mitunter bis zum Sterben.“ (Zusammenfassung siehe bei Kappauf & Gallmeier 1995; Baldauf & Waldenberger 2003, S. 8).

Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Entwicklung und die Bewältigung der Krebserkrankungen kommt mit der Etablierung der Psychosomatischen Medizin in den letzten Jahren auch zunehmend in das Blickfeld der Schulmedizin (Holland 1991) und mit der Psychoonkologie hat sich eine eigene Spezialisierung entwickelt, deren Schwerpunkt das Coping bei Tumorerkrankungen darstellt (Schwarz 2000; Holland 2003; Lederberg 1993).

Das Copingverhalten ist ein häufiges Forschungsthema und wurde von verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet und je nach Schule und Menschenbild interpretiert (Holland 2001; Levesque et al. 2004; Temoshok 1985).

Warum werden bei gleicher Ausgangssituation die einen geheilt, während andere an ihrer Krankheit sterben? Hat unterschiedliches Erleben einen Einfluss? Gibt es also günstige und ungünstige und damit auch richtige und falsche Bewältigungsmuster? Lässt sich möglicherweise durch psychotherapeutische Einflussnahme die Prognose verbessern? Systematische Untersuchungen zur prognostischen Bedeutung des Copingverhaltens wurden erst im letzten Drittel des vergangenen Jahrhunderts durchgeführt, vor allem in den USA aber auch in Europa (Temoshok 1985; Greer 1997). Einigen Studien zufolge scheinen gerade die Patienten eine bessere Prognose zu haben, die aktiv gegen ihre Erkrankung angehen. Der Begriff des „fighting spirit“ wurde in diesem Zusammenhang geprägt. Im Gegenzug fand man, dass emotional belastete Patienten, also die, die unter Angst und Depression leiden und sich ihrer Krankheit hilflos und hoffnungslos ausgeliefert erleben, weniger lang lebten. Watson fand unter 578 Patientinnen mit Brustkrebs nach fünfjähriger Beobachtung einen negativen Einfluss eines depressiven Copings sowohl auf die Rezidivneigung als auch auf das Überleben. (Watson et al. 1999) Zu gleichlautenden Ergebnissen kommt Faller (2002) in seiner Untersuchung mit Patienten mit Lungenkrebs. Nach 10 Jahren zeigten Pa-

tienten mit einem depressiven Coping ein reduziertes Überleben (RR 1,91) im Vergleich mit Patienten, die ein aktives Coping aufwiesen (RR 0,72). Andere Studien konnten diese Ergebnisse aber nicht bestätigen (Fox et al. 1987; Cassileth et al. 1985; Holland et al. 1986; Buddeberg et al. 1992) Petticrew und Mitarbeiter (2002) konnten in einer allerdings methodisch kritisierten Metaanalyse, die insgesamt 26 Studien inkludierte, einen Zusammenhang zwischen Copingstil und outcome nicht nachweisen. Immer mehr wird in den letzten Jahren die Bedeutung von Spiritualität, dem Erleben von Sinn und Wert, für die Lebensqualität von Krebspatienten offenkundig. Hier sind es Erfahrungen und Beobachtungen aus der Palliativmedizin und hier vor allem der Pflege, und der Psychoonkologie, die zu einer Erweiterung des Blickwinkels beigetragen haben (Chow et al 2004; Lethborg et al. 2007; Laubmeier et al. 2004).

Logotherapie und Existenzanalyse, begründet von V. E. Frankl, stellen das Erfahren und Erleben von Sinn als Voraussetzung für eine erfüllte Existenz in den Vordergrund. In dieser Arbeit ging es darum zu erheben, wie es um diese Voraussetzungen entsprechend dem Frankl'schen Konzept bei Krebspatienten während einer Strahlentherapie bestellt ist.

Dabei ging es vor allem um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Gibt es einen Unterschied im Muster der personalen und existentiellen Kompetenz zwischen Patienten in strahlentherapeutischer Behandlung und einer Normstichprobe?
2. Gibt es einen Einfluss von Alter, Geschlecht oder vom Abstand zur Diagnosestellung?
3. Unterscheiden sich Krebspatienten in ihrer personalen und existenziellen Kompetenz von Patienten mit (a) anderen chronischen Erkrankungen? (b) psychiatrischen Erkrankungen?

## Anthropologie der Existenzanalyse

Die Existenzanalyse (EA) steht der humanistischen Theorie (Carl Rogers, Abraham Maslow, Rollo May, Charlotte Bühler) nahe. Diesen Richtungen der Psychologie gemeinsam ist „das Interesse an der Integrität der individuellen Persönlichkeit, an bewusster Erfahrung und am Entwicklungspotential des Menschen“. Sie sind phänomenologisch und betonen den Kontext des Individuums und seine subjektive Wirklichkeit (Zimbardo 1992, S. 415). Das Menschenbild der Existenzanalyse steht in der Tradition der Existenzphilosophie (u. a. Kierkegaard 1848; Heidegger 1979; Jaspers 1956, 1974; Sartre 1946; Arendt 1990;) und hier vor allem von Max Scheler. Dieser stellt fest: „Das Wesen des Menschen steht ... außerhalb all dessen, was wir Leben im weitesten Sinn nennen können. Das, was den Menschen allein zum Menschen macht, ... ist ein allem und jedem Leben überhaupt, auch dem Leben im Menschen, entgegen gesetztes Prinzip: eine echte neue Wesenstatsache, die überhaupt nicht auf die natürliche Lebensentwicklung zurückgeführt werden kann, die als solche nur auf den obersten einen Grund der Dinge selbst zurückfällt: auf denselben Grund, dessen eine große Manifestation das Leben ist: ... der Geist. Das Aktzentrum aber, in dem der Geist innerhalb endlicher Seinssphären erscheint, bezeichnen wir als Person.“ (Scheler 1998, S. 37).

Frankl stellt sich – die Nähe zur humanistischen Psychologie ist unübersehbar – gegen den Reduktionismus der modernen Wissenschaft vor allem in der Psychotherapie. In seiner Betonung der Freiheit des Individuums grenzt er sich scharf gegen Psychoanalyse, Individualpsychologie und den Behaviorismus ab (Frankl 1982, S. 11 und S. 26 ff). Dem Willen zur Lust (Psychoanalyse) und dem Willen zur Macht (Individualpsychologie) stellt er in der Logotherapie den Willen zum Sinn gegenüber. Er geht unter Betonung der Einheit des Menschen – einer Einheit trotz Mannigfaltigkeit – von einem dreidimensionalen Menschenbild aus. Zur biologisch-körperlichen und psychischen Dimension kommt die geistige (noetische) Dimension, die den Menschen als Person ausweist. In ihr ist das Freie im Menschen angelegt. Mit Hilfe dieser personalen Potenz ist der Mensch zur Selbstdistanzierung (Abstand zum eigenen Befinden und Bedürfnen) und zur Selbsttranszendenz (sich auf etwas oder jemand anderen einlassen können) befähigt (Frankl 1982, S.33). Dadurch kann der Mensch sowohl mit sich selbst als auch mit der Welt in Kontakt und Dialog treten (Frankl 1990; Längle 1993; Längle 1988). So steht der Mensch zugleich unter dem Einfluss seiner somato- psychischen Vorgaben und Befähigungen einerseits und ist andererseits ausgestattet mit personal geistigen Fähigkeiten. Für Frankl ist Existenz die Möglichkeit zur Gestaltung einer jeden Situation (Frankl 1982). Somit fällt dem Menschen die Entscheidung für ein sinnerfülltes Leben, und in einem damit auch die Verantwortung, in einem weiten Grade selbst zu. Freiheit, Geistigkeit und Verantwortlichkeit sind demnach die Voraussetzungen eines existenziellen, sinnerfüllten Lebensvollzugs (Längle 1988, S. 9–21).

Längle hat dieses Konzept methodisch weiter entwickelt und für die Therapie nutzbar gemacht. In der Personalen Existenzanalyse, der zentralen Methode für Verarbeitungsprozesse in der EA, wird die Person als angefragt, Stellung nehmend und sich im Ausdruck selbst gestaltend gesehen (Längle 1988, S. 68–83; Längle 2000; Längle & Holzhey-Kunz 2008, S. 161). Über das Sinnkonzept Frankls hinaus hat er drei Voraussetzungen erarbeitet, die er unter dem Begriff Grundmotivationen 1993 in die Existenzanalyse eingeführt hat. „Die Grundmotivationen greifen die Grundfragen auf, vor die der Mensch in seiner Existenz gestellt ist, und die als Grundbedingungen ganzheitlichen Existierens erfahrbar werden.“ In dieser Weiterentwicklung der EA steht nicht mehr die Sinnthematik im Zentrum, sondern Sinn (wofür leben) ist Teil von insgesamt vier Bedingungen, die für den Existenzvollzug notwendig sind. Da sie auch für das existentielle Verständnis von Patienten unter großer Belastung von Bedeutung sind, seien sie hier kurz skizziert:

1. Der Mensch braucht einerseits *Schutz, Raum und Halt*, um sein zu können, andererseits muss er aber in der Lage sein, die gegebenen Bedingungen anzunehmen. Dies ist nur möglich, wenn ein Grundvertrauen in das Dasein gegeben ist (ontologische Ebene).
2. Der Mensch bedarf zu seiner Existenz auch *Beziehung, Zeit und Nähe*, also jemanden oder etwas, das es wertvoll macht zu leben. Bedingung dafür ist eine aktive Zuwendung, in der ein prinzipielles Ja zum Leben, das als gut empfunden wird, enthalten ist (axiologische Ebene).
3. Um existentiell leben zu können, braucht der Mensch *Be-*

*achtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung*, um seinen Wert erfassen zu können und einen Selbstwert auszubilden. Er muss dabei sich und andere ernst nehmen (ethische Ebene).

4. Schließlich wird die Dimension des existentiellen Sinns betreten, indem sich der Mensch mit dem, was ist, abstimmt, um zu sehen, was durch ihn an Wertvollem werden kann (Zukunftsaspekt der Existenz). Das bindet den angeborenen „Willen zum Sinn“ ein (Frankl). Erfüllung erhält der Mensch, nach Auffassung der Existenzanalyse, wenn er mit innerer Zustimmung lebt. Ohne innere Zustimmung zum eigenen Verhalten ist eine erfüllte Existenz nicht möglich.

## Material und Methode

Die Existenzskala (ESK; Längle 2000) ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen zur Erfassung der „existenziellen Erfülltheit.“ Inhaltlich beruht sie auf der existenzanalytischen Anthropologie Frankls. Ihre theoretische Grundlage ist die Sinnerfassungsmethode von Längle (Längle & Holzhey-Kunz 2008). Die ESK setzt sich aus insgesamt vier Subtests zusammen, die in den Kategorien Selbst-Distanzierung (SD) und Selbst-Transzendenz (ST) personale Fähigkeiten abfragen und zusammen den Person- Faktor (P) bilden (Personalität = SD + ST). Demgegenüber bilden die Kategorien Freiheit (F) und Verantwortung (V) als Dimension ‚Existenzialität‘ (E) die Wechselwirkung mit der „Welt“ ab, entsprechend der Definition von Existenz im Kontext der EA als ein sinnvolles, in Freiheit und Verantwortung gestaltetes Leben in der Welt (Längle & Holzhey-Kunz 2008). Personalität und Existenzialität bilden zusammen den Gesamtwert (G), welcher den Grad der inneren Erfülltheit darstellt.

Diese vier Kategorien kommen über die subjektiven Aktivitäten Wahrnehmung, Bewertung, Entscheidung und Handlungsvollzug zur Realisierung. Die ESK macht somit die zentralen anthropologischen Inhalte von Frankls Logotherapie einer objektiven Messung zugänglich.

Die ESK wurde 1990 von Orgler und Längle entwickelt (Orgler 2000; Längle & Orgler 1996) Nach itemanalytischen Untersuchungen und inhaltstheoretischen Prüfungen wurden 46 Fragen ausgewählt, die an einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung (N = 1028) standardisiert wurden. Reliabilitätsberechnungen ergaben mit einem Koeffizienten von Cronbach Alpha .93 für den Gesamttest und .70 – .83 für die Subtests gute Werte für die innere Konsistenz. Für eine Patientenstichprobe (N = 52) wurden ähnliche, in den Subskalen sogar tendenziell bessere Werte erreicht.

In der Faktorenanalyse ergaben sich korrelative Nähen zwischen Selbstdistanzierung (SD) und Selbsttranszendenz (ST), sowie zwischen Freiheit (F) und Verantwortlichkeit (E). Erstere konnten daher als Maß für die Personalität (P) zusammengefasst werden, das die „personalen“ Voraussetzungen für sinnerfüllte Existenz erfasst; F und V bilden dagegen ein Maß für die Existenzialität (E), das die „existentiellen“ Fähigkeiten abbildet. Eine Zusammenstellung der Forschungsergebnisse zur Validierung der Existenzskala wurde von Orgler (2000) publiziert.

Die ESK wurde einer unausgewählten Gruppe von Krebspatienten in der Abteilung für Strahlentherapie des Landeskranken-

kenhauses Feldkirch im Rahmen der Erstbehandlung (N = 166/86 %), der Nachsorge (N = 3/1,6 %) oder im Falle eines Rezidivs (N = 24/12,4 %) vorgelegt. Es handelte sich um Patienten, die vom Erstautor im Rahmen ihrer Strahlentherapie persönlich betreut wurden. Die Untersuchung erstreckte sich vom Sept. 2000 bis Juni 2005. Die Auswahl erfolgte ungezielt und nicht nach vorgegebenen Kriterien. Jährlich werden etwa 600–700 Krebspatienten der Strahlentherapie Feldkirch zur Behandlung zugewiesen. Somit umfasst die untersuchte Gruppe weniger als 10 % der insgesamt behandelten aber ungefähr 20 % aller durch den Autor betreuten Patienten. Jedem einzelnen Patienten wurde der Fragebogen erklärt und der Sinn der Untersuchung erläutert. Die Teilnahme war freiwillig, wobei besonders darauf geachtet wurde, dass kein Druck auf Patienten ausgeübt wurde. Es wurde auch nicht speziell Wert darauf gelegt, möglichst *alle* zugewiesenen Patienten zu erfassen, oder die Fragebögen lückenlos zurück zu erhalten.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte unabhängig von der klinischen Behandlung und meist erst, nachdem die Behandlung abgeschlossen war. Somit wurde aus dem Ergebnis weder eine Konsequenz für eine allfällige supportive Psychotherapie gezogen, noch wurden die Patienten über das Ergebnis informiert.

Die statistischen Berechnungen erfolgten über das Programm WinSTAT® 2003, einem Add-in zu Microsoft Excel. Zur Prüfung auf statistische Signifikanz wurde der t-Test für unabhängige Variablen herangezogen.

Insgesamt wurden 193 Fragebögen von 111 Frauen (57,5 %) und 82 Männern (42,5 %) ausgewertet. Frauen waren im Durchschnitt mit 59 Jahren etwas jünger als die Männer mit 62 Jahren. Die jüngste Patientin war 16 die älteste 83 Jahre. Die Diagnosen sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Es handelt sich um ein typisches Krankengut einer Strahlentherapie-Abteilung, wobei HNO-Tumore unterrepräsentiert sind. Bei 24 Patienten erfolgte die Zuweisung zur Strahlentherapie aufgrund eines Tumorrezidivs (Metastasierung bzw. lokale Progression), 6 Patienten litten an zwei voneinander unabhängigen Tumoren.

Ausgehend von der Annahme, dass die Mitteilung der Diagnose einer Krebserkrankung das Ergebnis der Untersuchung beeinflussen könnte, wurde dem seit Diagnosestellung vergangenen Zeitraum besonderes Augenmerk geschenkt. Bei Wiederauftreten der Erkrankung wurde analog dazu die Zeit seit

der Diagnose des Rezidives oder der Metastasierung herangezogen.

Bei 88 Patienten (45,6 %) beträgt dieser Zeitraum bis zu 1 Monat und bei 136 (70,5 %) liegt die Diagnose bis zu 3 Monate zurück, 178 Patienten (92,2 %), wurden innerhalb eines Jahres seit Diagnose befragt.

Tab. 1: Tumordiagnosen nach Geschlecht

Tumorart	Frauen	Männer	Summe
Magen-Darmkrebs	18	19	37
Brust	52	0	52
Lunge	8	18	26
Prostata	0	16	16
Weibliches Genitale	15	0	15
Lymphome	7	4	11
Blase	2	4	6
Sarkome	4	2	6
Speiseröhre	0	5	5
Gehirn	0	4	4
HNO	1	3	4
Niere	0	3	3
Semimaligne Tumoren	2	0	2
Melanom	0	1	1
Plasmozytom	0	1	1
CML	1	0	1
Schilddrüse	1	0	1
Penis	0	1	1
<b>Summe</b>	<b>111</b>	<b>82</b>	<b>193</b>

## Ergebnisse

Mittel- und Medianwerte für das Gesamtmaß der ESK wie auch für alle Subskalen befinden sich auf einem insgesamt hohen Niveau (siehe Tab. 2). Der Mittelwerte für G dem Gesamtwert ist mit 225 höher als bei der Normstichprobe mit 214 oder Dialysepatienten mit 218 (Schwaiger et al. 2007), noch deutlicher ist der Abstand zu psychiatrischen Erkrankungen (siehe Tabelle 2).

Die Existentialität, der E-Wert, ist mit einem Mittelwert von 115 ebenso deutlich höher als der Mittelwert der Norm mit

Tab. 2: Mittelwerte für Subgruppen nach Geschlecht, Alter und Abstand zur Diagnose (T1), sowie Vergleich mit Normwerten, psychiatrischen Erkrankungen und Patienten unter Dialyse

	SD	ST	P	F	V	E	G
Krebspatienten aus unserer Stichprobe	37	73	110	53	62	115	225
Normwerte (Orgler 2000)	35	71	107	51	57	108	214
Dialyse (Schwaiger et al.2007)	36	73	109	51	59	110	218
Depression (Noemi et al.2001)	22	39	61	26	32	58	118
Essstörung (Noemi et al.2001).	29	58	88	35	47	82	170
Patienten psychosomat. Klinik (Hefli 2002 )	33	59	89	40	49	85	170
Patienten psychoth. Praxis (Steinert 2001)	28	61	90	39	46	86	179

Legende: F Freiheit E Existentialität  
 SD Selbstdistanzierung V Verantwortlichkeit G Gesamtwert  
 ST Selbsttranszendenz P Personalität

107,6. und ist wiederum ausgeprägter im Vergleich mit Depression oder Essstörung. Dabei sind die beiden Subskalen, die die Existentialität bilden, also Freiheit und Verantwortung, in gleicher Weise betroffen. In die gleiche Richtung weisen auch die Ergebnisse für das *Personmaß*. Mit einem Mittelwert von 110 ist der Wert wiederum höher als in der Normgruppe. Dieser Unterschied kann keiner der beiden Subskalen SD oder ST zugeordnet werden. Im Vergleich mit den psychiatrischen Patienten sind die Unterschiede noch deutlicher.

### Subgruppenanalysen

Für die unersuchten Untergruppen ändert sich das Bild nicht. Wir haben die Variablen Alter, Geschlecht und zeitlicher Abstand von der Diagnose der Tumorerkrankung untersucht (siehe Tabelle 2). Einen Einfluss des Geschlechtes konnten wir nicht nachweisen. Die Werte sind für Männer und Frauen praktisch ident. Ein signifikanter Unterschied konnte weder für die Dimension ‚Personalität P‘ noch für die Dimension ‚Existentialität E‘ und somit auch nicht für den Gesamtwert gefunden werden. Die Selbsttranszendenz ist allerdings bei Frauen signifikant besser als bei Männern (siehe Tabelle 3). Vergleicht man die Gruppe der über 40-jährigen mit den unter 40-jährigen, so beträgt der Gesamtwert im Mittel für die unter 40-jährigen 234 und für die gesamte Gruppe 223. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant, ebenso wenig im Vergleich mit den über 70-jährigen oder den über 40-jährigen (siehe Tabelle 3). Die gefundenen Ergebnisse wiederholen sich gleichsinnig in den einzelnen Subtests. So weisen die unter 40-jährigen verglichen mit den Älteren sowohl in der Existentialität mit 123 Punkten als auch für die Personalität mit 117 bessere Bewertungen auf, ohne statistische Signifikanz zu erreichen. Die Selbstdistanzierung (SD) ist allerdings verglichen mit allen Vergleichsgruppen signifikant besser für das jüngere Alter (siehe Tabelle 3).

### Zeitliches Intervall seit Diagnose

Der Abstand von der Diagnosestellung zur Bewertung im ESK- Fragebogen scheint eine interessante Größe, gibt sie doch einen Hinweis auf das Erleben des so genannten ‚Diagnoseschocks‘. Die Gruppe der frisch Diagnostizierten, bei denen also die Diagnose weniger als 30 Tage zurückliegt, weist die höchsten Werte für das Gesamtmaß auf. Mit zunehmender Distanz von der Diagnosestellung nimmt G wieder ab und sinkt nach einem halben Jahr auf Werte (G = 208), die unterhalb der Mittelwerte aller Tumorpatienten (224) aber auch der Normstichprobe (214) liegen. Wir konnten aber zwischen den Patienten, deren Diagnose erst kurz zurück lag (< 1 Monat) und der gesamten Gruppe keine statistisch signifikante Differenz finden (p = 0,43), ein Unterschied mit annähernd statistischer Signifikanz fand sich aber zwischen den Neuerkrankten und denen, die schon länger (>6 Monate) an ihrer Krankheit leiden. (siehe Tabelle 3).

**Existentialität und Personalität** verlaufen zu G parallel. Der E-Wert ist mit 117 Punkten am höchsten, wenn weniger als 30 Tage seit der Diagnosestellung verstrichen sind. Der Wert sinkt dann mit zunehmender Distanz wieder auf das Niveau der Normstichprobe ab. Liegt die Diagnosestellung über 6 Monate zurück, beträgt der Wert noch 108. Die Unterschiede sind aber nicht statistisch signifikant. Gleich verhalten sich auch die Werte für die Personalität. Auch hier ist der Unterschied zum Gesamtkollektiv statistisch nicht signifikant, ein Trend ist aber erkennbar (p = 0.079), wenn man die Werte der frisch Diagnostizierten (< 1 Monat) mit denen vergleicht, deren Diagnose schon länger (>6 Monate) zurückliegt. Der Parameter Selbstdistanzierung unterscheidet sich allerdings auch hier signifikant (siehe Tabelle 3).

### Diskussion

Tab. 3: Statistischer Vergleich der Mittelwerte (MW) der Subskalen der Existenzskala nach Geschlecht, Alter und Abstand zur Diagnose (T1)

	SD		ST		F		V		G	
	MW	p	MW	p	MW	p	MW	p	MW	p
T1 < 30 Tage	37,9	<b>0,027</b>	73,8	0,14	54,4	0,11	62,2	0,13	228,2	<b>0,05</b>
T1 > 180 Tage	34,0		69,5		50,1		57,7		211,8	
Alter < 40 Jahre	41,0	<b>0,012</b>	73,7	0,71	54,9	0,46	64,6	0,25	234,3	0,21
Alter > 40. Jahre	36,3		72,8		53,1		61,2		223,4	
Alter < 40 Jahre	41,0	<b>0,024</b>	73,7	0,87	54,9	0,40	64,6	0,43	234,3	0,31
Alter > 70 Jahre	37,0		74,0		52,8		62,3		225,7	
Frauen	37,2	0,41	74,2	<b>0,036</b>	53,0	0,69	60,8	0,36	225,3	0,74
Männer	36,2		71,2		53,7		62,8		223,5	

Legende: SD Selbstdistanzierung      F Freiheit      E Existentialität  
 ST Selbsttranszendenz      V Verantwortlichkeit      G Gesamtwert  
 P Personalität

Eine Tumorkrankheit bedeutet für jeden Betroffenen ohne Zweifel eine existenzielle Bedrohung. Was lässt Patienten in dieser Situation nicht in Lethargie und Verzweiflung fallen, nicht in Depression und Selbstaufgabe? Prinzipiell wird Krebs nicht anders verarbeitet als jede andere Existenzbedrohung. Sehlen et al. (2003) konnten an 276 Patienten einer Abteilung für Strahlentherapie zeigen, dass ganz unterschiedliche Copingstrategien angewendet werden, wobei aber aktives problemorientiertes Verhalten dominiert. Sinngemäß und Spiritualität rangierten noch vor Verdrängung und depressivem Coping. Dies stützt unsere Erfahrung, und die vorliegende Untersuchung scheint das zu bestätigen, dass Patienten mit Tumorleiden persönliche Ressourcen haben und sie auch einsetzen. Nach unserer Analyse besitzen die Tumorkranken, die wir untersucht haben, die Fähigkeit das Leben zu gestalten in hohem Maß. Der mittlere Gesamtwert in der ESK ist höher als bei der Normstichprobe und einer Stichprobe psychisch kranker Patienten. Die Bedeutung dieser Beobachtung kann nur vermutet werden, da es kaum vergleichbare Daten gibt. Möglicherweise ist sie der Ausdruck einer Auflehnung gegen die existenzielle Bedrohung durch die Krebserkrankung. Junge Patienten und Patienten, die kurz nach der Diagnosestellung befragt wurden, zeigten hohe Werte in der Dimension ‚Selbstdistanzierung‘. Diese Dimension misst die Fähigkeit, zu sich selbst Abstand nehmen zu können, es ist die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Situation, zum klaren Denken über die realen Gegebenheiten (Längle et al 1996).

Struckl-Vogljäger (1977) kam in ihrer Untersuchung an Frauen mit Brustkrebs zu Beobachtungen, die in der Tendenz mit der vorliegenden Arbeit übereinstimmen: außer bei der Subskala Freiheit konnte sie bei den Brustkrebspatientinnen in den Dimensionen der ES keine Abweichungen von der Norm nachweisen. Für Krebspatienten lässt das den Schluss zu, dass trotz somatischer und psychischer Belastung, trotz u. U. geänderter Umwelt, erwähnt sei in diesem Zusammenhang die Auswirkungen auf Arbeitsfähigkeit und Partnerschaft, ein Leben in Stimmigkeit mit sich möglich ist, und dass Leben sinnvoll gelebt werden kann.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung können jedoch keinen Anspruch auf Repräsentativität und Generalisierbarkeit erheben, weil die untersuchte Stichprobe nicht aus konsekutiv erhobenen Krebspatienten bestand. Weitere Studien mit einem rigoroseren Studiendesign sind dazu nötig.

Die Wirksamkeit einer Psychotherapie bei der Bewältigung einer Krebserkrankung ist in der Literatur gut belegt. In einem aktuell publiziertem Review geben Jacobson und Heather (2008) einen fundierten Überblick über die Literatur. Sie untersuchten insgesamt 14 Reviews und Metaanalysen zu diesem Thema. 6/8 Studien, die eine Aussage über den Effekt einer psychotherapeutischen Intervention auf Angst zuließen, waren positiv und 9/13 Reviews bzw. Metaanalysen kommen zum Schluss, dass Psychotherapie bei Depression unter Krebspatienten wirksam ist. Im deutschsprachigen Raum haben sich Söllner und Keller (2007) mit dieser Thematik auseinandergesetzt. In einem kürzlich erschienen Review fanden sie anhand der untersuchten Literatur einen positiven Effekt psychotherapeutischer Interventionen nicht nur auf Ängste und Depression, sondern auch auf begleitende somatische Symptome und Nebenwirkungen der Krebsbehandlung.

Vor allem in der englischsprachigen Literatur wird dem Einfluss von existentieller Haltung und Spiritualität, definiert als eine Kombination von religiösem und existenziellen Wohlbefinden, in jüngster Zeit breiten Raum gegeben. Laubmeier et al. (2004) haben eine Befragung unter 95 Krebspatienten basierend auf der Existenzanalyse Frankls vorgenommen und kommen zum Schluss, dass es vor allem die existenzielle Komponente der Spiritualität ist, die zur Reduktion von Symptomen und Stress bei Krebspatienten führt. Forderungen nach Einbeziehung existentieller Therapieformen vor allem in der Palliativmedizin wurden erhoben (Lethborg et al. 2007 und 2008) und erste Erfahrungen mit existenzanalytisch orientierter Psychotherapie vor allem bei terminal Kranken liegen vor (Breitbart et al. 2004).

## Zusammenfassung und Ausblick

In dieser Arbeit sollte die personale und existenzielle Kompetenz von Krebskranken auf der Basis der Existenzanalyse und Logotherapie in einer Pilotstudie untersucht werden. Es wurde gefunden, dass Krebspatienten sich darin weder von der Normalbevölkerung noch von Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen unterscheiden (diesbezüglich ist die Literatur allerdings sehr beschränkt). Die beobachtete personale und existenzielle Kompetenz ist jedoch deutlich höher als bei Patienten mit psychischen Erkrankungen.

Die Patienten, die wir untersucht haben verfügen über eine gute existenzielle und personale Kompetenz, die sie in hohem Maße befähigen, mit ihrer Krankheit umzugehen. Mit der ESK steht möglicherweise ein Instrument zur Verfügung, das helfen kann, die Krebspatienten herauszufiltern, die eine supportive Psychotherapie brauchen und von ihr profitieren. Dies muss allerdings ebenso weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, ebenso wie die Frage des eventuellen Einflusses der personalen und existenziellen Kompetenz auf den weiteren Verlauf der Krebserkrankung.

## Literatur

- BALDAUF, D., WALDENBERGER, B. (2003): Die Brüchigkeit menschlichen Lebens. Erfahrungen existentiellen Leidens am Beispiel Krebsbetroffener. Diemetric Verlag.
- BOADO DE LANDABOURE, N. B., MARTIN, B. L., KAZMIRERZAK, A., FRAISSE, M., TOSCANI, J. (2001): Das existenzielle Vakuum als pathologischer Faktor in den wichtigsten psychischen Erkrankungen unserer Zeit. Existenzanalyse 18,1, 46–48.
- BREITBART, W., GIBBSON, C., POPPITO, S.R., BERG, A. (2004): Psychotherapeutic Intervention at the end of life: a focus on meaning and spirituality Can J Psychiatry 2004 Jun; 49(6): 366–72.
- BUDEBERG, C. (1992): Brustkrebs- Psychische Verarbeitung und somatischer Verlauf. Stuttgart- New York: Schattauer.
- CASSILETH, B.R., LUSK, E.J., MILLER, D.J. et al. (1985): Psychological correlates of survival in advanced malignant disease? N Engl J Med; 312: 1551–1555.
- CHOW, E., TSAO, M.N., HARTH, T. (2004): Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. Palliat Med. 2004 Jan;18(1): 25–31.
- FALLER, H. (2002): Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up. Am J Psychiatry 159(12): 2105–2107.
- FOX, B.H., RAGLAND, D.R., BRAND, R.J., ROSEMAN, R.H. (1987): Type A behavior and cancer mortality. Ann NY Acad Sci; 496: 620–627.

- FRANKL, V.E. (1990): Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie München: Piper.
- FRANKL, V.E. (1982): Ärztliche Seelsorge. Zehnte ergänzte Auflage Wien: FRANZ DEUTICKE.
- GREER, S., MORRIS, T., PETTINGALE, K.W. (1997) Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*; 2:785–787.
- HACKL, M. (2004): Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich Herausgegeben von: Statistik Austria, Wien.
- HEFTI, R. (2002): Messung von Sinn und Religion: Zusammenhang zwischen existenzanalytischen Skalen und Religionsmassen des MMRI, Forschungstreffen 9. März 2002.
- HOLLAND, J.C. (1991): Psychosocial variables: Are they factors in cancer risk or survival? In: Holland, J.C., Lesko, L.M., Massie, M.J., eds. Current concepts in psycho-oncology. New York: Memorial Sloan – Kettering Cancer Center.
- HOLLAND, J.C. (2003): American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *J Clin Oncol*. Dec 1;21(23 Suppl):253–265.
- HOLLAND, J.C. (2001): Improving the human side of cancer care: psycho-oncology's contribution *Cancer J*. Nov–Dec;7 (6):458–471.
- HOLLAND, J.C., KORZUN, A.H., TROSS, S., CELLA, D.F., et al. (1986): Psychosocial factors and disease – free survival in Stage II breast cancer. *Proc Am Soc Clin Oncol*; 5: 237.
- JACOBSEN, P.B., HEATHER, S. J. (2008): Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Achievements and Challenges *CA Cancer J Clin* 2008; 58: 214–230.
- KAPPAUF, H., GALLMEIER, W.M. (1995): Nach der Diagnose Krebs – Leben ist eine Alternative. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- LÄNGLE, A. (1993): Personale Existenzanalyse. In: Längle A (Hrsg) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE Verlag, 33–160.
- LÄNGLE, A. (1988): Was ist Existenzanalyse und Logotherapie? In Längle A (Hrsg.) Entscheidung zum Sein. Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis Piper München.
- LÄNGLE, A. (2000): Lexikon für Existenzanalyse und Logotherapie. In: Stumm G, Pritz A: Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer-Verlag.
- LÄNGLE, A., ORGLER, C., KUNDI, M. (2000): Die Existenzskala (ESK). Göttingen; Hogrefe-Verlag.
- LÄNGLE, A., ORGLER, C. (1996): Die Existenzskala. Inhaltliche Interpretation der Testwerte. *Existenzanalyse*; 13,2, 44–50.
- LÄNGLE, A., HOLZHEY-KUNZ, A. (2008): Existenzanalyse und Daseinsanalyse Wien Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- LAUBMEIER, K.K., ZAKOWSKI, S.G., BAIR, J.P. (2004): The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *Int J Behav Med*. 2004;11(1):48–55.
- LEDERBERG, M.S., MASSIE, M.J. (1993): Psychosocial and ethical issues in the care of cancer patients in: DeVita VT, Hellmann S, Rosenberg SA. *Cancer Principles and Practice of Oncology* 4<sup>th</sup> edition Lippincott Philadelphia.
- LETHBORG, C., ARANDA, S., KISSANE, D. (2008): Meaning in adjustment to cancer: a model of care. *Palliat Support Care*. 2008 Mar; 6 (1): 61–70.
- LETHBORG, C., ARANDA, S., COX, S., KISSANE, D. (2007): To what extent does meaning mediate adaptation to cancer? The relationship between physical suffering, meaning in life, and connection to others in adjustment to cancer. *Palliat. Support Care* 2007 Dec; 5 (4): 377–88.
- LEVESQUE, M., SAVARD, J., SIMARD, S. et al. (2004): Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a single-case experimental study *J Behav Ther Exp Psychiatry*. Dec; 35(4): 287–305.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE, Division of Cancer Control and Population Sciences (2003) SEER Report, 1975–2000.
- OBERAIGNER, W., CONCIN, H., MATHIS, G. (2003): AKS Report Band 2 Krebsregisterbericht Vorarlberg 1991–1997.
- ORGLER, C. (2000) Die Existenzskala (ESK): Ein existenzanalytisches Diagnostikum für Forschung und Praxis. *Existenzanalyse*; 17,3, 56–62.
- PETTICREW, M., BELL R., HUNTER, D. (2002): Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review *BMJ*. Nov 9; 325 (7372): 1066.
- SCHULER, M. (1998): Die Stellung des Menschen im Kosmos. 14. Auflage. Bonn Bouvier Verlag.
- SCHWAIGER, J. P., KOPRIVA-ALTFAHRT, G., SÖLLNER, W., KÖNIG, P. (2007): Personal abilities in patients undergoing peritoneal dialysis and hemodialysis. A pilot study using the existence scale. *Wien Klin Wochenschr* 119 (11/12), 350–354.
- SEHLEN, S., SONG, R., FAHMÜLLER, H. et al. (2003): Coping of Cancer Patients During and After Radiotherapy – a Follow-Up of 2 Years *Onkologie*; 26: 557–563.
- SCHWARZ, R. (2000): Psychosoziale Onkologie zwischen magischem Denken und Molekularbiologie. Vortrag 9.10.99. Blick zurück nach vorn – Erfahrungen, Standpunkte und Perspektiven der Psychosozialen Onkologie. 8.–9.10., Heidelberg: In: GOLDMANN-POSCH, U. (Hrsg) Der Knoten über meinem Herzen. 2. Auflage. München: Blessing.
- SÖLLNER, W., KELLER, M. (2007): Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen auf die Lebensqualität der Patienten. Ein systematischer Überblick über Reviews und Metaanalysen *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie* 2007, 1, 249–257.
- STEINERT, K. (2001): Wie wirksam ist existenzanalytische Psychotherapie. Erste Ergebnisse einer Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse. *Existenzanalyse*; 18,1, 31–34.
- STRUCKL-VOGLJÄGER, E. (1997): Zurück zum Leben finden. Ein Erfahrungsbericht über die psychotherapeutische Arbeit mit Krebsbetroffenen unter Berücksichtigung einer existenzanalytischen Untersuchung an Brustkrebskranken Frauen. Unveröff. Abschlussarbeit der GLE, GLE-Bibliothek Wien.
- TEMOSHOK, L., HELLER, B.W., SAGEVIEL, R.W. et al. (1985): The relationship of psychological factors of prognostic indicators in cutaneous melanoma *J Psychosom Res*, 29, 139–153.
- WATSON, M., HAVILAND, J.S., GREER, S., DAVIDSON, J., BLISS, J.M. (1999): Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354: 1331–1336.
- ZIMBARDO, PH. G. (1992): *Psychologie* 5. Auflage Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio, Hongkong, Barcelona, Budapest, Springer Verlag.

Eingereicht im Januar 2008;  
nach Überarbeitung angenommen am 1. September 2008

#### **Anschrift des Erstautors**

Dr. HELMUT EITER  
LKH Feldkirch Radioonkologie  
Carinagasse 47  
A 6800 Feldkirch  
E-Mail: helmut.eiter@lkhf.at.