

HILFREICHE GESPRÄCHE MIT KREBSKRANKEN PATIENTEN

Die Arbeit, über die ich hier berichten möchte, sollte ursprünglich "Hilfreiche Gespräche mit Sterbenden" heißen. Die Änderung des Titels in "Hilfreiche Gespräche mit krebserkrankten Patienten" bedeutete zwar keine Veränderung der Konzeption der Arbeit, kennzeichnet aber genauer den Gegenstand der Untersuchung. Mir wurde im Verlauf der Arbeit zunehmend deutlicher, dass für die Patienten nicht so sehr der Gedanke an "tot sein" oder sterben quälend war, sondern vielmehr der Gedanke an ein Leben voller Qualen. Das bedeutet, dass es nicht darum ging, diesen Menschen beim Sterben beizustehen, sondern beim Leben unter den Bedingungen ihrer Krankheit. Noch eine zweite Bemerkung vorweg: Diese Arbeit war von vornherein als eine Pilot-Studie zur Gewinnung von Hypothesen für weiterführende Untersuchungen gedacht. Von diesem Gesichtspunkt her sind auch die Ergebnisse zu bewerten.

1. ZUR BEDEUTUNG VON GESPRÄCHEN MIT KREBSKRANKEN

Man kann davon ausgehen, dass bei gleich bleibender Krebsmortalität etwa 12 Millionen der derzeitigen Einwohner der Bundesrepublik an irgendeiner Krebsart sterben werden (QUÄCK 1973). Über die Morbidität liegen keine für die Bundesrepublik repräsentativen Statistiken vor. Die zahlenmäßige Bedeutung des Problems dürfte auch so unumstritten sein. Schwerwiegender erscheint der Einwand, dass man krebserkrankten psychische Belastungen am einfachsten dadurch erspart, dass man ihnen ihre Diagnose nicht mitteilt. Jedoch: krebserkrankten kann die Art und Schwere ihrer Erkrankung nicht verheimlicht werden. RUPPRECHT (1962) zitiert in einem Sammelreferat Arbeiten amerikanischer Autoren, die den Schluss zulassen, dass in den USA in etwa 20% aller Krebserkrankungsfälle die Diagnose mitgeteilt wird, aber mindestens 80% aller Kranken ihre Diagnose kennen. KÜBLER-ROSS (1969) schreibt nach Interviews mit mehreren hundert Krebspatienten: "Auf Befragen stellten wir fest, dass alle Patienten über den Grad ihrer Erkrankung Bescheid wussten, ob man es ihnen nun ausdrücklich gesagt hatte oder nicht." Wenn der Arzt dem Patienten die Diagnose nicht oder nicht vollständig mitteilt, entsteht, wie gezeigt werden wird, eine Doppelbindungs-Beziehung. Diese Beziehungsstruktur ist nach WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON (1972) durch drei Bedingungen gekennzeichnet:

1. Zwei oder mehrere Personen stehen zueinander in einer engen Beziehung, die für einen oder auch alle einen hohen Grad von physischer und/oder psychischer Lebenswichtigkeit hat.
2. In diesem Kontext wird eine Mitteilung gegeben, die a) etwas aussagt, b) etwas über ihre eigene Aussage aussagt und c) so zusammengesetzt

ist, dass diese beiden Aussagen einander negieren bzw. unvereinbar sind.

3. Der Empfänger dieser Mitteilung kann der durch sie hergestellten Beziehungsstruktur nicht dadurch entgehen, dass er entweder über sie metakommuniziert (sie kommentiert) oder sich aus der Beziehung zurückzieht.

Zu 1: Die Beziehung zum Arzt ist für den Patienten im vollen Sinne lebenswichtig.

Zu 2: Teilt der Arzt dem Patienten auch einen harmlosen (harmloseren) Befund mit, so entspricht sein therapeutisches Handeln (oder Nichthandeln!) doch der wahren Diagnose. Die vom Arzt an den Patienten übermittelte Gesamtinformation besteht also aus zwei Teilen, die etwas über einander aussagen und im hier angenommenen Fall unvereinbar sind.

Zu 3: Der Patient kann sich nicht aus der Beziehung zum Arzt zurückziehen. Er kann auch nur sehr schwer eine Metakommunikation einleiten. Der Patient müsste dazu den Arzt der Unwahrhaftigkeit beschuldigen und damit Gefahr laufen, seine Beziehung zu ihm zu verschlechtern. Dies wird für den Patienten auch die Gefahr einer Verschlechterung seiner Behandlung bedeuten.

Die einzige Chance, die psychischen Belastungen der Patienten zu vermindern, besteht also in der Verwirklichung einer angemessenen Interaktion. Der Versuch eine solche Interaktion zu vermeiden, erhöht die Belastungen der Patienten. Ein Ziel dieser Arbeit war die genauere Bestimmung dessen, was "angemessen" ist.

2. SCHWIERIGKEITEN BEI DURCHFÜHRUNG DER ARBEIT

Bei Durchführung dieser Arbeit taten sich etliche Schwierigkeiten auf, die meiner Meinung nach im Thema begründet waren. Ich möchte hier nur die beiden wichtigsten Punkte nennen:

1. Es war, bis auf die Lungenabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Harburg, keine der angeschriebenen Hamburger Kliniken bereit die Arbeit bei sich durchführen zu lassen. Die Hamburger Gesundheitsbehörde verschickte ein Rundschreiben an anscheinend alle Hamburger Krankenhäuser, in dem empfohlen wurde, diese Arbeit nicht zu unterstützen.
2. Es war nur eine Kollegin bereit, Gespräche mit den Patienten zu führen. Alle anderen angesprochenen Therapeuten bzw. Studenten mit fortgeschrittener Ausbildung lehnten, zum Teil offen, wegen der Art

der Gespräche, ab. Dies war besonders unangenehm, weil ich seinerzeit erst ganz am Beginn der Therapieausbildung stand.

3. UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG

Die Untersuchungsstichprobe besteht aus 12 von den behandelnden Ärzten ausgesuchten krebskranken Patienten, die sich zwischen November 1972 und Mai 1973 in der Lungenabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Harburg aufhielten. Sie führten ein oder zwei Gespräche wöchentlich von 45 Minuten Dauer (durchschnittlich 2.8 Kontakte, Range 1-7). Nach jedem Gespräch wurde ein Stundenerfahrungsbogen vorgegeben. Alle Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und nach Abschluss der Gespräche von neutralen Beurteilern nach folgenden Patienten- und Therapeutenvariablen eingeschätzt:

- ▶ Selbstexploration des Patienten (SE)
- ▶ Anteil der positiven und negativen Gefühle in den Äußerungen des Patienten.
- ▶ Intensität im Erleben.
- ▶ Akzeptieren von Gefühlen.
- ▶ Verbalisation emotionaler Erlebnisinhalte des Patienten durch den Therapeuten (VEE).
- ▶ Anteil der positiven und negativen Gefühle in den Äußerungen des Therapeuten. -Innere Anteilnahme des Therapeuten.

3.1. PATIENTENSTICHPROBE

Die Stichprobe besteht aus 12 Personen (10 männl., 2 weibl.), die alle an Krebs litten. 9 Patienten war ihre Diagnose mitgeteilt worden, 3 Patienten war sie nicht mitgeteilt worden. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 62 Jahren (Range 50 - 68).

3.2. THERAPEUTENSTICHPROBE

Die Stichprobe besteht aus 2 Personen (1 männl., 1 weibl.). Ein Therapeut war ein sog. "erfahrener" (Kriterium: 5 erfolgreich behandelte Klienten), der andere Therapeut stand am Anfang seiner Ausbildung.

3.3. RATERSTICHPROBE

Alle Rater waren Psychologiestudenten nach dem Vorexamen. Sie wurden vor Einschätzung der Stichprobe an aus anderen Gesprächen stammen-

den Gesprächsausschnitten trainiert. Die 12 Rater wurden in drei Gruppen geteilt, von denen eine alle Therapeutenvariablen einschätzte. Eine zweite Gruppe schätzte die Variable "Akzeptieren von Gefühlen", eine dritte die restlichen Patientenvariablen ein.

3.4. GESPRÄCHSSTICHPROBEN

Von Tonaufnahmen aller Gespräche aller 12 Patienten wurden aus jedem Kontakt je 2 Stichproben von je 4 Min. Dauer entnommen. Die Stichproben begannen mit dem 2. Drittel des Kontaktes (nach ca. 15 Min.) und mit dem 3. Drittel (nach ca. 30 Min.). Die so erhaltenen 66 Stichproben wurden, kodiert, in Zufallsreihenfolge auf Tonband überspielt. Diese Tonbänder wurden den Beurteilern dargeboten und von ihnen nach den o.a. Variablen eingeschätzt.

3.5. STUNDENERFAHRUNGSBOGEN

Nach jedem Gespräch wurde der Stundenerfahrungsbogen von ECKERT & SCHWARTZ (1974) vorgegeben. Zur Auswertung wurden jedoch nur vier der insgesamt 10 Items herangezogen:

3. Nach dem heutigen Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden.
5. Ich sehe nach dieser Stunde den kommenden Tagen zuversichtlicher entgegen.
8. Nach diesem Gespräch fühle ich mich belasteter, als in den Stunden vor dem Gespräch.
9. Auch nach dem Gespräch fühle ich mich entspannt.

Der Mittelwert dieser vier Items trennte hinsichtlich des Kriteriums "Abbruch während des ersten Gesprächs oder Nichtweiterführung der Kontakte nach dem ersten Gespräch" deutlich besser, als der Mittelwert des gesamten Stundenbogens. Tabelle 1 zeigt die Mittelwerte des gesamten Stundenbogens sowie der Items 3, 5, 8, 9 im 1. Kontakt. Die mit einem "*" gekennzeichneten Patienten sind "Abbrecher".

Patient	Ø der Items 1 - 9	Ø der Items 3, 5, 8, 9
01*	4,3	3,25
02	3,9	4,50
03	4,7	4,50
04	4,9	5,00
06	4,9	5,00
07*	3,2	2,75

08	5,5	5,25
09	3,2	3,50
10	4,5	4,50
11	4,3	5,00
12*	4,6	4,50

Tabelle 1, Skalenrange 1-7

4. ERGEBNISSE

4.1. EINSCHÄTZUNG DER GESPRÄCHE DURCH DIE PATIENTEN

Von den insgesamt 12 Patienten schätzten 2 ihre Erfahrungen im ersten Kontakt eher negativ im Sinne o.a. Items ein. Ein Patient gab den Stundenerfahrungsbogen nicht zurück. 8 Patienten schätzten ihre Erfahrungen eher positiv ein. Die Patienten, die mehr als ein Gespräch führten, schätzten auch alle folgenden Kontakte positiv ein.

Ein Patient schätzte den ersten und einzigen Kontakt zwar positiv ein, brach ihn jedoch nach ca. 25 Minuten ab. Auf die Gründe, die hier den Verdacht von Dissimulation nahe legen, werde ich im Weiteren noch eingehen.

4.2. GEFUNDENE ZUSAMMENHÄNGE

Tabelle 2 zeigt die gefundenen, bedeutsamen Zusammenhänge. Es fanden sich keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen den Variablen VEE und SE sowie zwischen diesen und Entlastung.

Kontakt-Nr.	Korrelierte Variable					
	Anteil neg. Gefühle in d. Äußerung. der Pat.	Anteil neg. Gefühle in d. Äußerung. der Pat.	Anteil neg. Gefühle in d. Äußerung. der Th.	Akzeptieren von Gefühlen	Akzeptieren von Gefühlen	Akzeptieren von Gefühlen
	Entlastung (Ø Items 3, 5 8, 9)	innere Anteilnahme der Therapeuten	innere Anteilnahme der Therapeuten	innere Anteilnahme der Therapeuten	Anteil neg. Gefühle in d. Äußerung des Th.	Entlastung (Ø Items 3, 5 8, 9)
1	$r_1 = .60^*$ (=.05)	$r_1 = -.10$ n.s.	$r_1 = .06$ n.s.	$r_1 = .55^*$ (=.01)	$r_1 = -.32^*$ (=.1)	$r_1 = -.31$ n.s.
	$r_1 - r_2 = .44$ n.s.	$r_1 - r_2 = .50$ n.s.	$r_1 - r_2 = .66^*$ (=.05)	$r_1 - r_2 = .32$ n.s.	$r_1 - r_2 = .16$ n.s.	$r_1 - r_2 = .17$ n.s.
2	$r_2 = .16$ n.s.	$r_2 = -.51^*$ (=.05)	$r_2 = -.60^*$ (=.01)	$r_2 = .23$ n.s.	$r_2 = -.16$ n.s.	$r_2 = -.14$ n.s.
	$r_2 - r_3 = .17$ n.s.	$r_2 - r_3 = .17$ n.s.	$r_2 - r_3 = .16$ n.s.	$r_2 - r_3 = .24$ n.s.	$r_2 - r_3 = .18$ n.s.	$r_2 - r_3 = .61$ n.s.
3-7	$r_3 = -.10$ n.s.	$r_3 = -.68^*$ (=.01)	$r_3 = -.44^*$ (=.05)	$r_3 = -.44^*$ (=.05)	$r_3 = .02$ n.s.	$r_3 = .4^*$ (=.1)
	$r_1 - r_3 = .61^*$ (=.1)	$r_1 - r_3 = .67^*$ (=.01)	$r_1 - r_3 = .5^*$ (=.1)	$r_1 - r_3 = .08$ n.s.	$r_1 - r_3 = .34$ n.s.	$r_1 - r_3 = .78^*$ (=.1)

TABELLE 2

5. DISKUSSION

5.1. STUNDENBOGEN

Die Items 3, 5, 8, 9 scheinen hinsichtlich des Kriteriums "Abbruch der Gespräche" besser zu trennen, als der gesamte Stundenerfahrungsbogen. Dies könnte ein Hinweis sein, dass in Gesprächen mit Krebskranken der aktuellen Entlastung eine stärkere Bedeutung zukommt, als in anderen Therapien. Es muß jedoch überprüft werden, ob diese Annahme auch bei höheren Kontaktzahlen aufrecht erhalten werden kann.

5.2. ZUSAMMENHÄNGE

Ich möchte hier nur auf die ersten beiden Spalten der Tabelle 2 eingehen. Meiner Meinung nach wird das Spezifische der Interaktion mit Krebskranken durch die hier angesprochenen Variablen beschrieben.

Der gefundene positive Zusammenhang zwischen dem Anteil negativer Gefühle in den Äußerungen der Patienten und dem Ausmaß an Entlastung steht in gewisser Übereinstimmung mit einem Befund von COLE, OETTING & DINGES (1973). Sie fanden folgenden Zusammenhang zwischen Interaktionsstil und Zu- bzw. Abnahme spezifischer Angst:

- ▶ eine Person gibt im Gespräch positive Selbststellungen ab. Nimmt der Gesprächspartner diese auf, steigt die Angst der Person; schweigt der Gesprächspartner, sinkt die Angst.
- ▶ eine Person gibt negative Selbststellungen ab. Nimmt der Gesprächspartner diese auf, sinkt die Angst der Person; schweigt der Gesprächspartner, steigt die Angst.

Als Beispiel möchte ich Ihnen einen Ausschnitt aus einem Gespräch mit einer krebserkrankten Patientin vorspielen. Im Nachhinein kann gesagt werden, dass hier ein ungünstiges Therapeutenverhalten gezeigt wird. Die Patientin gibt, nimmt man sie ganz wörtlich, eine große Anzahl positiver Selbststellungen ab. Die Therapeutin nimmt diese voll auf und lässt die ebenfalls vorhandenen negativen Gefühle beiseite. Die Art und Weise, in der die Patientin spricht, deutet auf ein hohes Ausmaß mitschwingender negativer Gefühle. Die entsprechenden Rater einschätzungen spiegeln diese Beschreibung wieder:

- ▶ Anteil negativer Gefühle in den Äußerungen der Patientin 84%.
- ▶ Anteil negativer Gefühle in den Äußerungen der Therapeutin 29%

Die Patientin brach das Gespräch nach etwa 25 Minuten ab. Hier der Ausschnitt:

Th.: Ja, irgendwie haben Sie auch so kleine Zeichen dafür, dass es doch gar nicht so schlecht stehen kann.

Pat.: Ja, ja.

Th.: Und das tröstet Sie so 'n bißchen, dass Sie das dann auch positiver sehen.

Pat.: (zögernd) Ja, ich brauch' kein' Trost.

Th.: Mh, ja, Sie sagen, ich kann so ganz gut eigentlich damit fertig werden und . .

Pat.: Nach außen hin.

Th.: Ja, nach außen hin ganz gelassen, nur manchmal so, drückt es Sie doch dann (Pause). Ja, dass es Ihnen so fast leichter wird, wenn Sie nach außen das vertreten müssen, dass Sie dann doch irgendwie noch viel positiver eingestellt sind, als wenn Sie mit sich alleine sind.

Pat.: Da hab' ich Sie eben nicht ganz sinngemäß verstanden.

Th.: Sie sagten, nach außen hin, da kann ichs ganz gut. Da keine mir so vor, als würden Sie's nach außen hin so ganz positiv zeigen können und sehen können ...

Pat.: Ach, fragen Sie mal drüben in meiner Station, ob da. einer denkt, dass ich so krank bin. Da bin ich noch diejenige, die die, die so sehr krank sind, noch aufheitert. Und das will ich auch bei meinen Kindern können. Oder gestern hatte meine Schwester Geburtstag, da hab' ich gratuliert und ein Hallo gemacht, als wenn nichts wär, da mit die immer denken und die Zuversicht haben, das wird noch bei der da wieder.

Th.: Das ist Ihnen sehr viel angenehmer, wenn Ihre Umwelt auch diese Zuversicht hat.

Pat.: Ja, ich würde sonst weich werden, oder heulen, und das will ich nicht.

Th.: Ja, Sie würden sich so gehen lassen, und irgendwie brauchen Sie das, dass die anderen auch dran glauben.

Pat.: Ja, das möcht' ich nicht, verstehn Sie das? Wenn ich irgendein Schmerz hab', dann, äh ... Oder auch der Arzt, der sprach ja ganz offen und ehrlich zu mir, der Hausarzt, und da sagt er: Frau M., es kommt keine schöne Zeit an Sie ran. Ich sag', das weiß ich, Herr Doktor. Und da sagt er: Kann ich Ihnen noch irgendwie helfen? Ich sag, ja geben Sie mir irgendwelche Beruhigungstabletten, wenn ich ma' 'n schwachen Moment hab', dass ich also ... nich', dass Sie den-

ken, ich nehm mir das Leben, oder was...dass ich mich selber so festige, dass es nach außen nicht zu merken ist.

Th.: Das ist für Sie wichtig, ja so, dass die anderen auch so'n Vertrauen in Sie haben.

Pat.: Genau, dass die anderen die Zuversicht zeigen und das so sehen, wie ich ihnen das vorspiele. Ist das so richtig?

Th.: Irgendwie gibt Ihnen das so Kraft.

Pat.: Ja, ja, da bild ich mir was drauf ein.

Th.: Ja, irgendwie macht Sie's auch so'n bißchen stolz, dass Sie so tapfer sind.

Pat.: Ja, ich will Ihnen auch ehrlich sagen, auch als mein Mann, ich hab mich immer gut verstanden mit meinem Mann. Aber nu' bei der Beerdigung oder so, da laß ich mir auch sofort irgendwelche Beruhigungstabletten ... Wissen Sie, ich kann das nicht leiden, oder ich weiß vielleicht nicht zu erkennen, lassen sich die Leute nun so furchtbar gehen, oder? Manche, die werfen sich da ja hin, und da hab ich so eine Antipathie gegen, dass ich immer denk, du mußt zeigen, wenn auch mal die Tränen laufen, aber du darfst dich nicht so ganz gehen lassen. Ich finde, man muss selber dem Schmerz gegenüber ein bisserl hart sein können, oder? Ist das nicht richtig?

Th.: Sie haben sich lieber in der Hand, das ist für Sie irgendwie ein beruhigendes Gefühl.

Die Therapeutin verwirklicht in diesem Gespräch eine Haltung, die diesen Patienten gegenüber auch sonst häufig gezeigt wird. Man könnte sie als "Kopf hoch, wird schon werden" -Haltung bezeichnen. Der o.a. Befund macht wahrscheinlich, dass ein solches Verhalten die Patienten belastet. Die Patientin bricht denn ja auch nach ca. 25 Minuten das Gespräch ab. Wenn sie ihre Erfahrungen im Stundenbogen dennoch positiv darstellt, ist das wohl der Versuch, die einzig akzeptierte "tapfere" Selbstbeschreibung aufrecht zu erhalten.

Der Zusammenhang zwischen dem Anteil negativer Gefühle in den Äußerungen der Patienten und Entlastung nimmt mit zunehmender Kontaktzahl anscheinend ab. Gleichzeitig nimmt jedoch der negative Zusammenhang zwischen dem Anteil negativer Gefühle in den Äußerungen der Patienten und dem Ausmaß an innerer Anteilnahme der Therapeuten zu.

Die Reaktion der Therapeuten könnte auf eine zunehmende Belastung durch negative Gefühle der Patienten deuten. Die Therapeuten würden, folgt man dieser Annahme, der zunehmenden Belastung durch zunehmende innere Distanz auszuweichen trachten.

Insgesamt zeigen, meiner Meinung nach, die hier entlastend erscheinenden Bedingungen diejenigen Bedingungen auf, die sonst für Krebskranke belastend sind, nämlich:

1. Durch den Versuch die Diagnose zu verheimlichen, sowie, falls dieser Versuch nicht gelingt, durch Zusicherung günstiger Heilungschancen soll der Kranke veranlasst werden eine optimistische Haltung einzunehmen.
2. Nimmt der Kranke diese Haltung nicht ein, bzw. ist in Anbetracht seines Zustandes Optimismus offensichtlich unangebracht, zieht man sich von ihm zurück (hierzu u.a. WEISSMANN & HACKETT 1969).

Für mich ergibt sich die Konsequenz, die Lösung des in diesem Referat beschriebenen Problems nicht in einem individual-therapeutischen Ansatz, sondern in der Verbesserung der Interaktion im Krankenhaus zu suchen. Neben den Argumenten, die im bereits Gesagten deutlich werden, sprechen für dieses Vorgehen: a) die Ökonomie - woher soll die notwendige Zahl von Therapeuten kommen, die nötig wäre, um alle entsprechenden Patienten zu versorgen? b) die gleichzeitige Entlastung des Krankenhauspersonals vom spezifischen Stress, der aus der bestehenden Interaktion erwächst.

Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch einen Gesprächsausschnitt vorspielen, der meiner Meinung nach das Ziel eines angemessenen Umgangs mit Krebskranken und Sterbenden umreißt. Der zu Wort kommende Patient hat sowohl eine realistische Wahrnehmung seiner Situation, als auch eine Einstellung, die es ihm ermöglicht, diese Situation zu ertragen.

Pat.: Ja, ich sagte zu Ihnen schon mal, es hat sich nun ein Abstand, zudem eine Hoffnung hat sich aufgebaut, und wenn diese Hoffnung zerstört wird, dann wäre eine andere Phase näher, die vielleicht schwerer wäre.

Th.: Dann würde an die Stelle der Hoffnung was anderes treten.

Pat.: Das wäre dann das Härtere.

Th.: Sie stehen zu dieser Hoffnung nicht ganz hundertprozentig. Sie sehen ja gleichzeitig, dass es ein Mittel ist, dass es sehr nützlich ist, dass Sie diese Hoffnung haben.

Pat.: 'n Mittel ja, auf jeden Fall. Aber es hofft der Mensch solange er lebt, und trotzdem kann es ja nicht immer nützen. Es nützt nichts, wenn die Zeit abgelaufen ist, ist es soweit. Und wenn man das nu' erkannt hat, dann ist es doch wohl die härteste Umstellung, die man noch einmal . . ., dann ist da noch mal irgendetwas kaputtgegangen, nicht. Dann steht man vor dem Letzten, vor dem Nichts.

Th.: Das ist für Sie ein sehr entsetzlicher Gedanke.

Pat.: Ja, ich weiß nicht, das wäre vielleicht schwerer als die jetzige Situation, in der ich jetzt bin, die wäre dann vielleicht härter, oder? Das kann ich Ihnen nicht sagen.

Th.: Da können Sie sich nicht hineinversetzen im Augenblick, das liegt für Sie jetzt auf einer ganz anderen Ebene. Sie denken da nur drüber nach und der Gedanke allein ist Ihnen schon irgendwo . . .

Pat.: Ja, der Gedanke, das könnte sein. Aber dass es nu' irgendwie soweit kommen könnte, der geht immer weiter weg. Ich weiß, ich hab' keine Gewähr dafür, oder keine Einsicht, dass es nun zu einer Besserung kommt, oder dass sich meine Situation verändert oder verschlechtert, da hat sich nichts getan, und trotzdem denk ich, nu', Gott es wird schon werden.

LITERATUR

COLE, C. W., OETTING, E. R. & DINGES, N. G. 1973
Effects of verbal interaction. Conditions on selfconcept discrimination and anxiety.
Journal of Counseling Psychology 20/5, p. 431-436.

ECKERT, J. 1974
Prozesse in der Gesprächspsychotherapie.
Hamburg: Unveröffentlichte Dissertation.

KÜBLER-ROSS, E. 1972
Interviews mit Sterbenden.
Stuttgart-Berlin: Kreuzt.

QUÄCK, J. 1973
Tumorkrankheiten.
Themen der Krankenpflege 1/1.
München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg.

RUPPRECHT, P. 1962
Was soll der Arzt dem Krebspatienten sagen?
Mitteilungsdienst der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen, Bd. 2.

SCHWARTZ, H. J. 1974
Zur Prozessforschung in Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie.
Hamburg: Unveröffentlichte Dissertation.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H. & JACKSON, D. D. 1972
Menschliche Kommunikation.
Bern: Huber.

WEISSMANN, T. P. & HACKETT, A. D. 1969
Denial as a factor in patients with heart disease and cancer.
Annals of the New York Academy of Sciences. New York.

268