DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Sprache ohne Worte?

Möglichkeiten empathischer Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung

Verfasserin

Waltraud STEINER

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im September 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 301 352
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Publizistik- und Kommunikationswissenschaft
Betreuer:	Univ.-Prof. Dr. Maximilian Gottschlich

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 5

2 Studien zur Empathie in der Arzt – Patienten – Kommunikation 9

2.1 Negative emotions in cancer care: Do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? 9
2.2 Oncologist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer 13
2.3 Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences 18
2.4 Breaking bad news to cancer patients: survey and analysis 23
2.5 „Laying on of hands" improves well-being in patients with advanced cancer 28
2.6 Resümee 32
2.6.1 Möglichkeiten zur Empathie: Das Verhalten der Ärzte 33
2.6.1.1 Kommunikationstraining als Empfehlung 34
2.6.2 Patientenbedürfnisse 36
2.6.2.1 Aspekte des Leidens 36
2.6.2.2 Das Übermitteln „schlechter Nachrichten" 38
2.6.3 „Handauflegen" als Alternative 39

3 Der Arzt zwischen Emotion und Rationalität 42

3.1 Die Logik des Herzens 45
3.2 Neurophysiologie und Emotion 47

4 Empathie 50

4.1 Begriff der Empathie 50
4.2 Die Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers 54
4.2.1 Carl R. Rogers´ Leben und Menschenbild 54
4.2.2 Der Beziehungs- und Kommunikationsaspekt in der Gesprächstherapie 56
4.2.2.1 Empathie oder einfühlendes Verstehen als therapeutischer Wirkfaktor 57
4.2.2.2 Unbedingte positive Wertschätzung 60
4.2.2.3 Echtheit des Therapeuten (Kongruenz) 61

5 Neurobiologische Grundlagen und Empathische Kommunikation 63

6 Die Bedeutung des Mitgefühls für die Arzt-Patienten-Kommunikation 66

6.1 Empathie und Körpererleben 69

7 Empathie im multidimensionalen offenen Kommunikationssystem 72

8 Empathie in einem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit 79

8.1 Eine neue Definition von gesund und krank 81
8.1.1 Unterstützungsqualität Empathische Arzt-Patienten-Kommunikation - Interview mit Prof. Karl Toifl vom 27.April 2009 82
8.1.2 Unterstützungsqualität empathische Kommunikation aus alternativmedizinischer Sicht - Interview mit Claudia Lorenz 85

9 Schlussbemerkungen 88

10 Abstract 92

11 Anmerkungen 93

12 Literaturverzeichnis 102

13 Anhang – Verwendete Studien 107

Kennifer, S.L., Alexander S.C., Pollk K.I., Jeffreys A.S., Olsen Ma.K., Rodriguez K.L., Arnold R.M., Tulsky J.A.: Negative emotions in cancer care: Do oncologists' responses depend on severity and type of emotion?. In: Patient Education and Counseling 76 (2009), 51-56.

Pollak,K.I., Arnold, R.M., Jeffreys,A.S., Alexander, St. C.,Olsen, M.K.,Abernethy, A.P., Sugg Skinner,C., Rodriguez, K. L., Tulsky,J.A.: Oncolgist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer. In:Journal of Clinical Oncology. Vol.25, Nr.36, 2007.

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., Eriksson, K.: Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. In: International Journal of Nursing Practice 2004; 10: 248-256.

Spiegel, W., Zidek, Th., Maier, M., Vutuc, Ch., Isak, K., Karlic, H., Micksche, M.: Breaking bad news to cancer patients: survey and analysis. In: Psycho-Oncology 18: 179-186 (2009).

Pohl, G., Seemann, H., Zojer, N., Ochsner, Ch., Luhan, Ch., Schemper, M., Ludwig, H.: „Laying on of hands" improves well-being in patients with advanced cancer. Springer Verlag 2006.

Lebenslauf

1 Einleitung

Mein persönlicher Zugang zum Thema der Diplomarbeit „Sprache ohne Worte? – Möglichkeiten empathischer Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung“ war unter anderem ein Gespräch mit einer Freundin, die an Krebs erkrankte.

Durch eine Zufallsdiagnose wurde bei Michaela P. vor 9 Jahren ein Nebennierentumor diagnostiziert. Nach der Operation stellte sich heraus, dass der Tumor bösartig war.

Die Erstmitteilung dieses Ergebnisses erfolgte durch einen übermüdeten, überarbeiteten Arzt im Zuge einer Nachuntersuchung mit nur einem Satz.
Ein ausführlicheres Gespräch mit dem leitenden Onkologen folgte: Kernstück des Gesprächs war die Aussage, dass aufgrund seiner Erfahrung nicht mit einem positiven Verlauf der Krankheit zu rechnen sei.
Fragen wurden ausschließlich fachbezogen beantwortet, ohne auf die persönliche Betroffenheit der Patientin einzugehen.

„Ich war verzweifelt und gleichzeitig wütend. Ich fühlte, dass ich als Mensch in der Betrachtung dieses Arztes keine Rolle spielte und individuell überhaupt nicht wahrgenommen wurde. Ich war 30 Jahre alt und sollte mich seiner Ansicht nach unbedingt einer Chemotherapie unterziehen, die ein Weiterleben ohne die tägliche Einnahme von Hormonpräparaten unmöglich gemacht hätte, da durch die Chemotherapie auch die zweite Nebenniere funktionsunfähig geworden wäre.
Ich spürte, dass das Interesse des Arztes mir als Fall galt, aber nicht meinem Wohlergehen.“[1]

Das nicht - empathische Verhalten des Arztes hatte zur Folge, dass Michaela die empfohlene Chemotherapie entschieden ablehnte, das Besprechungszimmer verließ und die Behandlung abbrach. Sie suchte ein anderes Krankenhaus auf.

„Gott sei Dank gab es dort einen Mediziner, der mich - wahrscheinlich auch aufgrund seiner

buddhistischen Lebenshaltung - voll persönlicher Anteilnahme über Möglichkeiten und Risiken einer weiteren Behandlung aufklärte – mit dem Blick darauf, was für mich , Michaela, ganz konkret das Beste wäre.
Er akzeptierte schließlich meine Entscheidung gegen die Chemotherapie und begleitete mich im Rahmen engmaschiger Kontrollen über mehrere Jahre.
In dieser Zeit war er für mich jederzeit erreichbar. Ich fühlte mich bei ihm bestens aufgehoben.“[2]

Die Entscheidung gegen die Chemotherapie war für Michaela der richtige Weg, die Unterstützung ihres Arztes ermöglichte ihr, ihn angstfreier zu gehen. Michaela lebt seit ihrer Operation mit nur einer funktionierenden Nebenniere gesund und ohne die Einnahme von Hormonpräparaten.

Internationale Studien zur Arzt-Patienten-Kommunikation weisen darauf hin, dass das Vorhandensein oder das Fehlen von Empathie die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung wesentlich mitbestimmt.

„Mitfühlende Kommunikation ist nicht nur ein psychologischer Faktor, der sich positiv auf die Patientenzufriedenheit, das Wissen über den eigenen Gesundheitszustand und die Compliance auswirkt, sondern beeinflusst unmittelbar physiologische Prozesse.“[3]

„Empathische Beziehungen sind“ – schreibt Maximilian Gottschlich - „die effektivsten psychosozialen Maßnahmen, um nicht nur krankheitsbedingte Angst, Depressionen und Schmerzen zu verringern, sondern um sogar den Verlauf selbst schwerer Erkrankungen positiv zu beeinflussen.“[4]

So zeigte schon 1989 eine Studie von David Spiegel an der medizinischen Fakultät von Stanford, dass tragfähige, einfühlsame Beziehungen nicht nur eine bessere Lebensqualität, sondern darüber hinaus auch eine höhere Überlebenserwartung zur Folge haben. Frauen mit metastierendem Brustkrebs, die sich zusätzlich zur konventionellen Krebstherapie ein Jahr lang einmal wöchentlich für neunzig Minuten trafen, um sich über ihre Krankheit, ihre Sorgen und Ängste auszutauschen, überlebten im Durchschnitt doppelt so lange wie die Frauen der Vergleichsgruppe, die nicht auf diese Gesprächserfahrungen zurückgreifen konnten.[5]

In der vorliegenden Arbeit werden exemplarisch fünf internationale Studien zur empathischen Arzt-Patienten-Kommunikation vorgestellt, um den aktuellen Forschungsstand darzulegen.

Die Studie zur Wirksamkeit des „Handauflegens“, die an der 1. Medizinischen Abteilung des Wiener Wilhelminenspitals, im Zentrum für Onkologie und Hämatologie durchgeführt wurde, scheint dabei zunächst aus dem Rahmen zu fallen:

Tatsächlich trägt sie aber der Tatsache Rechnung, dass viele Patienten auch alternative Behandlungsformen in Anspruch nehmen, da ihre „wirklichen persönlichen Bedürfnisse durch das schulmedizinische System oft nicht wahrgenommen und demnach auch nicht befriedigt werden... – wie zum Beispiel die Erfahrung von Nähe und Zuwendung, das Teilen von Schmerz und Leid, die Suche nach dem Sinn der Krankheit, die Unterstützung bei ganzheitlicher Lebensveränderung...“[6]- denn letztlich sind es „diese emotionalen und sinnbezogenen Faktoren, die das Befinden des Kranken spürbar verbessern.“[7]

Die Thematisierung der „Ambivalenz zwischen einerseits kognitiven Fähigkeiten und andererseits psychosozialer Kompetenz“[8] der Ärzte stellt einen weiteren Punkt dieser Arbeit dar. – Aspekte, die auch in der aktuellen Diskussion rund um die Aufnahmetests für das Medizinstudium, die primär kognitive Fähigkeiten überprüfen,[9] immer wieder angesprochen werden.

Trotz vieler empirisch nachgewiesener Erkenntnisse über die positive Wirkung von empathischer Arzt- Patienten- Kommunikation, wird die emotionale Dimension im medizinischen Alltag nach wie vor zugunsten von einer „als notwendig postulierten Rationalität und „Sachlichkeit“ diagnostischer und therapeutischer Entscheidungsprozesse möglichst ausgeblendet.“[10]

Für Josef Smolle, Rektor der Medizinischen Universität Graz, sind beide Aspekte wichtig. Trotzdem betont er, dass „ sich kognitive Fähigkeiten nicht durch Empathie und Charisma aufwiegen lassen.“[11] Für ihn stellen „diese beiden Eigenschaften allein, wenn sie nicht mit fundiertem Wissen und Verständnis verbunden sind, eine für die Patienten nicht ungefährliche Konstellation dar.“[12]

„Die Frage nach den eigentlichen therapeutischen Wirkfaktoren war auch ein wesentlicher Beweggrund für das Entstehen und für die Weiterentwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie nach Carl R. Rogers.“[13]

Die Beobachtung, dass bloßes Expertenwissen allein oft unzureichend wirkt, brachte Rogers dazu, sich „ in radikaler Weise dem subjektiven Erleben der Klienten zuzuwenden.“[14]

Eine Beziehung, die von drei Grundhaltungen des Therapeuten (Echtheit, positive Wertschätzung, Empathie) geprägt ist, bildet für Rogers „ den Wirkfaktor, der persönliche Entwicklung und Veränderung ermöglicht,“[15] wobei Empathie für ihn „ das herausragende Charakteristikum ist, das die Therapie vorantreibt.“[16]

Was ist Empathie? Was kann eine empathische Arzt-Patienten-Beziehung bewirken? Welche Erkenntnisse lassen sich aus den für diese Diplomarbeit verwendeten Studien zur empathischen Arzt-Patienten-Kommunikation ableiten? Welchen Stellenwert hat Empathie in einem bio- psycho- sozialen Modell von Gesundheit? - Diesen Fragestellungen möchte ich nachgehen .

Die zentrale Bedeutung des Mitgefühls für eine gelingende Arzt-Patienten-Kommunikation, hat neben der Psychologie auch die moderne Neurobiologie erkannt: „ Alles, was Menschen in ihrer Lebensumwelt, insbesondere in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen, erleben, wird vom Gehirn nicht nur registriert, sondern auch in körperliche Signale übersetzt.“[17]

„Da Worte über den Spiegelmechanismus im Hörenden Handlungs- und Empfindungsvorstellungen erzeugen können, kann das, was wir einem Menschen sagen, eine massive suggestive Wirkung entfalten und sein Befinden – positiv oder negativ – beeinflussen“, schreibt Joachim Bauer.[18] - Damit ist die Zuwendung des Arztes „ nicht nur der Schlüssel zum Verständnis und zur angemessenen Behandlung einer Krankheit: Die Beziehung zwischen Arzt und Patient *selbst* ist ein Beitrag zur Heilung des Patienten.“[19]

2 Studien zur Empathie in der Arzt – Patienten – Kommunikation

2.1 Negative emotions in cancer care: Do oncologists' responses depend on severity and type of emotion?[20]

Das Ziel dieser Studie war herauszufinden, wie Onkologen auf Art und Intensität negativer Emotionen von Patienten reagieren und wie die weitere Kommunikation dadurch beeinflusst wird.

264 Gespräche zwischen Patienten mit fortgeschrittenem Krebs und ihren Onkologen wurden aufgenommen und analysiert. Die negativen Emotionen der Patienten wurden nach Art und Stärke differenziert, die Antworten der Onkologen nach der Qualität ihrer Reaktionen (empathisch oder distanziert).

Es ergab sich, dass die Patienten Angst häufiger als Zorn oder Traurigkeit äußerten, die Intensität der Äußerungen war in den meisten Fällen eher schwach. Die Onkologen reagierten auf 35% der negativen emotionalen Äußerungen mit Empathie. Sie reagierten besonders dann empathisch, wenn die Patienten starke Emotionen zeigten. Die Gesprächsdauer verlängerte sich aufgrund der einfühlsamen Reaktionen der Onkologen durchschnittlich um nur 21 Sekunden.

Je stärker die Patienten ihre negativen Emotionen ausdrückten , desto besser wurden sie von den Onkologen wahrgenommen. Besonders empathisch reagierten die Onkologen auf Traurigkeit, nicht so sehr auf Angst.

Die Autoren geben zusammenfassend folgende Empfehlungen: Onkologen könnten davon profitieren, zu lernen, negative Emotionen wahrzunehmen, auch wenn sie wenig intensiv ausgedrückt werden. Die Kommunikation zwischen Patienten und Onkologen könnte auch

verbessert werden, wenn man den Krebspatienten beibringt, ihre emotionalen Probleme deutlicher auszudrücken.

Patienten mit fortgeschrittenem Krebs haben oft starke Emotionen, wie Traurigkeit, Befürchtungen, Angst, die wenn sie unbeachtet bleiben, das emotionale Wohlbefinden beeinträchtigen und das Überleben negativ beeinflussen. Viele Patienten finden Erleichterung, wenn sie ihre emotionalen Probleme mit den Onkologen besprechen können und sie bevorzugen Ärzte, die bereit sind, auf ihre Probleme einzugehen: Eine verbesserte subjektive Befindlichkeit, das Befolgen von Therapieplänen, allgemeine Zufriedenheit und die Bereitschaft auch zukünftige Sorgen mitzuteilen sind die positiven Folgen.

Die Reaktionen von Onkologen auf emotionale Äußerungen ihrer Patienten sind sehr unterschiedlich: im besten Fall antworten sie empathisch, schlimmstenfalls ignorieren sie die Emotion, indem sie das Gespräch abblocken und auf Distanz gehen.
Leider zeigt die Forschung, dass Onkologen Emotionen häufiger ignorieren, statt auf sie einzugehen, möglicherweise weil sie befürchten, dass dies zuviel Zeit erfordert oder sie Angst haben, sich emotional involvieren zu lassen.

Trotz vieler Studien gibt es wenige Daten darüber, wie Onkologen auf verschiedene Arten und unterschiedliche Intensität von Emotionen reagieren und *ob* verschiedene Arten von Emotionen unterschiedliche Reaktionen auslösen.
Diese Studie wurde gemacht, um herauszufinden welche negativen Emotionen am wahrscheinlichsten zu empathischen Reaktionen von Onkologen führen und wie das Gespräch verläuft, nachdem ein Onkologe empathisch auf den Patienten reagiert hat.

Methoden: Die Daten wurden gesammelt im Rahmen einer größeren Studie, die an drei medizinischen Einrichtungen durchgeführt wurde. Gespräche von Patienten mit ihren Onkologen wurden aufgezeichnet und analysiert.
Von 110 Onkologen, die ausgewählt wurden, absolvierten 48 alle Phasen der Studie.
Die Onkologen wurden gebeten, Patienten nach bestimmten Kriterien – zum Beispiel fortgeschrittene Erkrankung - für die Teilnahme an der Studie auszusuchen.

Äußerungen von negativen Emotionen, die anstelle der Patienten von ihren Angehörigen gemacht wurden, wurden ebenfalls in das Sample aufgenommen.

Für diese Analyse wurden die Aufnahmen gewählt, in denen mindestens eine negative Emotion ausgedrückt wurde. Als negative Emotionen wurden Äußerungen über das Leiden, den Krebs oder zugehörige Themen definiert. Diese konnten sowohl verbal („Ich war niedergeschlagen“) als auch nonverbal (Weinen als Reaktion auf schlechte Nachrichten) sein. Beachtet wurde auch die Zeitspanne vom Beginn des emotionalen Onkologen- Patienten - Gesprächs bis zur Rückkehr zu einem medizinisch-sachlichen Thema.

Es gab drei analytische Ziele: die geäußerte Emotion zu identifizieren, die Stärke der Emotion zu messen und die Qualität der Reaktion der Onkologen auf den emotionalen Ausdruck zu bewerten.
Jede empathische Möglichkeit wurde den drei Hauptkategorien Zorn, Traurigkeit und Angst zugeordnet. Die emotionalen Ausdrücke wurden nach Intensität bewertet, basierend auf Tonfall, Wortwahl etc.
Die Reaktionen der Onkologen wurden nach der Art ihres Eingehens oder Abblockens bezüglich der emotionalen Äußerungen kategorisiert.

Resultate:
48 Onkologen haben an der Studie teilgenommen. Insgesamt wurden 264 Patientengespräche aufgenommen. 135 Patienten haben mindestens eine negative Emotion ausgedrückt, in allen 264 Gesprächen wurden 275 empathische Möglichkeiten identifiziert.
Die meisten empathischen Möglichkeiten (67%) ergaben sich durch das Äußern von Angst. 17% standen in Verbindung mit Traurigkeit, 16% mit Zorn/Wut.
21% der Emotionen wurden wenig intensiv geäußert, 60% mäßig intensiv und 19% sehr intensiv.

Die Onkologen haben in 35% der empathischen Möglichkeiten mit Empathie geantwortet.
Je intensiver die negative Emotion vom Patienten geäußert wurde, desto wahrscheinlicher war eine empathische Reaktion des Onkologen.
Es ergab sich auch ein direkter Zusammenhang zwischen der Art der Emotion und der Reaktion der Onkologen. Die Onkologen reagierten öfter empathisch auf Traurigkeit als auf

Angst. Dies lässt sich teilweise dadurch erklären, dass Emotionen von Traurigkeit öfter als solche von Zorn und Angst von den Patienten *sehr intensiv* geäußert wurden.
Die von den Ärzten bei Traurigkeit gezeigte Empathie war dafür aber nicht so intensiv wie die bei Angst und Wut - viele Gespräche wurden schnell wieder auf eine medizinische Ebene gebracht.

Auf Äußerungen von Angst und Wut wurde häufig mit biomedizinischen Interpretationen geantwortet, anstatt auf die Emotion selbst einzugehen.

Die meisten der empathischen Reaktionen der Onkologen (82%) haben zu einem längeren Verweilen beim emotionalen Thema geführt. Die Zeit bis zum Wechsel des Gesprächsthemas - hin zu sachlichen Inhalten - wurde gemessen: Sie betrug durchschnittlich 21 Sekunden. (In nur einem der aufgezeichneten Gespräche dauerte die emotionale Unterhaltung länger als zwei Minuten).

Reagierten die Onkologen nicht empathisch, wurden fast alle emotionalen Äußerungen von den Patienten sofort gestoppt. (94% der Fälle).
23% der Patienten, die mindestens eine empathische Möglichkeit gegeben haben, haben dieselbe Emotion mehr als einmal wiederholt, obwohl die Äußerung schon gestoppt wurde. Das Wiederholen der negativen Emotion führte aber in weiterer Folge nur in 20%
der Fälle zu einer empathischen Reaktion.

Das Hauptproblem der Onkologen war es, die Äußerungen der negativen Emotionen der Patienten wahrzunehmen und darauf zu reagieren: Wenn sie überhaupt empathisch reagierten, dann am ehesten, wenn Traurigkeit geäußert wurde und die Äußerung sehr oder mäßig intensiv gemacht wurde.

Wurde empathisch reagiert, wurde das Gespräch über die Emotion weitergeführt, nicht empathische Reaktionen bewirkten den Abbruch des Gesprächs.

Die Onkologen reagierten am wenigsten auf wenig intensiv gemachte Äußerungen. Diese wurden entweder nicht wahrgenommen, oder die Onkologen entschieden sich bewusst dafür, nicht darauf einzugehen. Aber auch auf intensive Emotionen wurde nur kurz eingegangen, bis

wieder auf eine medizinisch – biologische Ebene ausgewichen wurde (durchschnittlich 21 Sekunden).

Der aktuellen Literatur zufolge zeigen Ärzte normalerweise wenig Empathie in Bezug auf emotionale Äußerungen von Patienten. Die Daten dieser Studie zeigen ähnliches.
Reagierten die Onkologen auf eine negative Emotion nicht empathisch, haben viele Patienten später entweder eine andere negative Emotion ausgedrückt oder dieselbe nochmals wiederholt. Zwei Drittel der Patienten, die eine empathische Reaktion auf die erste Emotion erhalten haben, haben keine weiteren emotionalen Themen angesprochen.

Onkologen nehmen nur einen kleinen Prozentsatz der emotionalen Äußerungen der Patienten wahr oder bevorzugen auf emotionale Themen nicht einzugehen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass großer Bedarf für eine verbesserte Kommunikation in der Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Krebs besteht.
Die Autoren der Studie empfehlen neben einem Kommunikationstraining für Onkologen, dass sich Patienten möglichst direkt und ausdrucksstark äußern sollten, um die Aufmerksamkeit der Onkologen zu gewinnen.

2.2 Oncologist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer[21]

Krebsbehandlung beinhaltet auch, auf die Emotionen der Patienten einzugehen.
Drücken die Patienten negative Emotionen aus, ergeben sich Möglichkeiten, darauf empathisch zu reagieren. Reagieren Onkologen empathisch und ermöglichen dadurch den Patienten, ihre Emotionen weiterhin auszudrücken, erhöht sich die Patientenzufriedenheit und die Bereitschaft, empfohlene Therapien zu befolgen, die Patienten zeigen weniger Angst und Depressionen.

Diese Studie untersuchte, ob es einen Zusammenhang zwischen Eigenschaften von Onkologen und empathischen Möglichkeiten und empathischen Reaktionen gibt.

398 Gespräche zwischen 51 Onkologen und 270 Patienten mit fortgeschrittenem Krebs wurden aufgenommen und die Onkologen wurden zusätzlich befragt. Die Gespräche wurden hinsichtlich des Auftretens empathischer Möglichkeiten und hinsichtlich der Reaktionen der Onkologen analysiert.

In den 398 Gesprächen gab es in 37% der Fälle zumindest eine empathische Möglichkeit .

Es ergab sich ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Onkologen und der Anzahl der empathischen Möglichkeiten. Wenn Patientinnen Onkologinnen konsultierten, ergaben sich die meisten empathischen Möglichkeiten. Jüngere Onkologen und Ärzte, die angaben eher sozio-emotional als fachlich orientiert zu sein, tendierten eher dazu, empathische Antworten zu geben.

Die Onkologen dieser Studie trafen auf wenige empathische Möglichkeiten und sie reagierten darauf selten empathisch. Jüngere Onkologen und Ärzte, die sich selbst als sozio-emotional orientiert bezeichnen, reagierten häufiger empathisch. Um Patientenängste zu mindern, mehr Patientenzufriedenheit und eine größere Akzeptanz hinsichtlich der Annahme von Therapievorschlägen zu erreichen, halten die Autoren der Studie ein Training für Onkologen für sinnvoll, damit sie lernen, Patienten zu ermutigen, Gefühle auszudrücken und selbst mit empathischer Zuwendung zu reagieren.

Vorausgegangenen Studien zufolge, ist die Qualität der Krebsbehandlung von einer funktionierenden Kommunikation zwischen Patienten und Onkologen abhängig. Dies trifft besonders bei Patienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium zu, da diese einem großen Leidensdruck ausgesetzt sind. Dieser Leidensdruck äußert sich zumeist in Angstzuständen und Depressionen. Wenn Patienten fähig sind, über ihre Sorgen zusprechen, können sie diese besser bewältigen.

Normalerweise teilen Krebspatienten nur 50% ihrer Gefühlszustände ihren Onkologen mit. Die Patienten möchten den Arzt mit ihren Bedenken und Sorgen nicht belasten und geben oft nur verschlüsselte, indirekte Bemerkungen ab. Diese indirekten Hinweise werden von den Onkologen oft überhört.

Durch solche Hinweise und Signale ergeben sich häufig empathische Möglichkeiten oder Situationen, die nach empathischen Reaktionen der Ärzten verlangen.
Empathische Reaktionen gehen auf die Emotionen der Patienten ein, bestätigen ihre Gefühle und ermöglichen es dem Patienten, sich weiter mitzuteilen.

Um die Häufigkeit und die Art von empathischer Kommunikation in der Krebsbehandlung zu bewerten, wurden Patientengespräche aufgenommen und analysiert.
Es wurde untersucht, ob Eigenschaften der Onkologen das Zustandekommen empathischer Möglichkeiten beeinflussen, und wie Onkologen in den Gesprächen mit Patienten mit fortgeschrittenem Krebs reagieren.

Für die vorliegende Studie wurden 110 Onkologen aus den Bereichen Innere Medizin, Gynäkologie und Radiologie um ihre Teilnahme gebeten. 74 Onkologen erklärten sich zur Teilnahme bereit, 51 wurden letztlich in das Sample aufgenommen.

Ziel war es, Patienten mit weit fortgeschrittenem Krebsleiden zu finden, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass sich in den Gesprächen emotionale Äußerungen ergeben. Die Onkologen halfen mit, Patienten auszuwählen, die möglicherweise innerhalb eines Jahres sterben würden. Die Patienten erklärten sich schriftlich mit der Teilnahme an der Untersuchung einverstanden.

Die Grundlage für die Auswertung der Aufnahmen bildeten Suchmans[22] Definitionen von empathischen Möglichkeiten und den Reaktionen der Ärzte: Diese Definitionen basieren ausschließlich auf den verbalen Äußerungen von negativen Emotionen durch die Patienten. Unterschieden wurde, ob die Aussagen direkt oder indirekt gemacht wurden. Die Reaktionen der Ärzte wurden differenziert danach, ob sie den Patienten ermöglichten, negative Emotionen weiter auszudrücken oder nicht.

Vor den Gesprächen wurden die Onkologen zu bestimmten Kriterien befragt: demographische Daten, Selbstvertrauen, zu erwartende Ergebnisse, sich Wohlfühlen in psychosozialen Gesprächen und sozio-emotionale versus fachliche Ausrichtung.

70% der teilnehmenden Patienten standen in Behandlung, 74% davon erhielten eine Chemotherapie.
90% der Patienten kannten ihren Onkologen seit mindestens 6 Monaten und hatten bereits mehr als 2 Termine bei ihm. Die durchschnittliche Dauer der Gespräche betrug 18 Minuten.

Die Onkologen äußerten großes Selbstvertrauen in ihre Fähigkeiten, auf die Sorgen der Patienten eingehen zu können und waren einigermaßen überzeugt davon, dass das Eingehen auf die Emotionen der Patienten hilfreich ist. Die meisten erklärten, sich in psychosozialen Gesprächen wohlzufühlen und eher fachspezifisch als sozio-emotional ausgerichtet zu sein. 61% der Onkologen gaben an, Kommunikationsseminare besucht zu haben.

In 398 Gesprächen ergaben sich 292 empathische Möglichkeiten (68% direkte und 33% indirekte Patientenaussagen). 47% aller Patienten gaben in all ihren Gesprächen die Möglichkeit empathisch zu reagieren. In Gesprächen, die weniger lang dauerten als zehn Minuten, waren empathische Möglichkeiten weniger wahrscheinlich.

Wenn die Patienten empathische Möglichkeiten initiierten, antworteten die Onkologen in 27% der Fälle empathisch, 41% der Onkologen reagierten auf sich ergebende Möglichkeiten nie mit Empathie. Die Reaktionen waren unabhängig davon, ob die Patienten ihre Emotionen direkt oder indirekt äußerten.

Es ergab sich ein Zusammenhang zwischen empathischen Möglichkeiten und dem Geschlecht der Patienten und der Onkologen. Gespräche, mit mindestens einer empathischen Möglichkeit waren zu 52% Gespräche zwischen Patientinnen und Onkologinnen, zu 44% Gespräche zwischen Patientinnen und Onkologen und zu 28% Gespräche zwischen männlichen Patienten und sowohl Onkologen als auch Onkologinnen.

Auch Eigenschaften der Onkologen standen mit empathischen Möglichkeiten in Verbindung: Jüngere Onkologen reagierten empathischer als ältere, ebenso wie Onkologen, die sich selbst als eher sozio-emotional beschrieben.

Wesentliche Ergebnisse der annähernd 400 Gespräche zwischen Onkologen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs waren: Erstens: Empathische Möglichkeiten ergaben sich relativ

selten, sie standen mit dem Geschlecht der Ärzte und der Patienten in Zusammenhang. Zweitens: Die Onkologen hatten großes Selbstvertrauen, aber weder das, noch ein absolviertes Kommunikationstraining hatte Einfluss auf empathische Möglichkeiten und darauffolgende Reaktionen . Drittens: Empathische Antworten waren selten.

Die Onkologen waren überzeugt davon, auf die Emotionen der Patienten eingehen zu können und dass sich empathische Reaktionen für die Patienten und die Onkologen selbst positiv auswirken.
Mehr als die Hälfte der Onkologen hatte ein Kommunikationstraining absolviert. Es ergab sich jedoch kein Zusammenhang zwischen den Reaktionen auf empathische Möglichkeiten und Kommunikationstraining.

Die meisten Onkologen dieser Studie gaben an, eher fachspezifisch ausgerichtet zu sein (im Gegensatz zu sozio-emotional), wodurch sie sich wesentlich von Allgemeinmedizinern unterscheiden.

Onkologen und Patienten müssen sich um eine Zusammenarbeit bemühen, die dafür förderlich ist, dass Patienten ihre Emotionen äußern. Dies geschieht zum Teil dadurch, dass Onkologen auf negative Emotionen der Patienten empathisch reagieren.

Onkologen brauchen, trotz ihres großen Selbstvertrauens, Patientenemotionen zu beachten, mehr Ausbildung, um Emotionen zu erkennen und auf die Probleme der Patienten einzugehen. Die Arzt- Patienten- Beziehung ist eine wechselseitige: Die Patienten könnten zufriedener sein, wenn sie lernen, ihre Emotionen besser auszudrücken und so den Onkologen ermöglichen, angemessen zu reagieren.

2.3 Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences[23]

Vorausgegangene Studien zeigten, dass Leiden bei Brustkrebspatientinnen auch durch das medizinische Personal hervorgerufen oder verstärkt wurden.

Ziel dieser Studie war die Interpretation und das Verstehen der Bedeutung der Leidenserfahrungen von Patientinnen in Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung aus ethischer, existentieller und ontologischer Sicht. An der Studie nahmen sechzehn Brustkrebspatientinnen aus Schweden und Finnland teil. Die mit ihnen durchgeführten qualitativen Interviews wurden anhand eines hermeneutischen, interpretativen Zugangs analysiert. Dabei zeigte sich, dass der Untersuchungsbereich „Leiden durch medizinische Betreuung" ein komplexes Phänomen darstellt. Für das medizinische Personal bedeutet dies eine ethische Herausforderung. Das aufgrund der medizinischen Betreuung von den Patientinnen erfahrene Leiden ist genauso schwerwiegend wie das erfahrene Leiden aufgrund der Tatsache, an Krebs erkrankt zu sein.

Aus ethischer, existentieller und ontologischer Sicht wird Leiden aufgrund medizinischer Betreuung durch Vernachlässigung und Gefühllosigkeit hervorgerufen, das existentielle Leiden der Patientinnen wird nicht wahrgenommen, sie werden nicht als ganzheitliche menschliche Wesen gesehen.

Pflegewissenschaft beschäftigt sich mit dem Verstehen und Entwickeln guter professioneller Fürsorge. Nach der Pflegetheorie von Eriksson[24] wird Leiden als das Motiv für Pflege gesehen und das Lindern von Leiden als ihr Hauptzweck.

Ausgangspunkt für die vorliegende Studie ist das nordische Projekt "The face of suffering among woman with cancer"[25]. Ergebnisse dieser Studie beschreiben die Leidenserfahrungen der Frauen als "Wirkungsfeld", in dem alle Beteiligten wechselseitig vom Leiden beeinflusst werden. Innerhalb dieses Feldes werden fünf Bereiche unterschieden – einer davon ist „Leiden in Zusammenhang mit medizinischer Betreuung".

Die Patientinnen nahmen die körperliche medizinische Versorgung als akzeptabel wahr, hatten jedoch großes Verlangen nach emotionaler Fürsorge und Zuwendung, die im Rahmen der medizinischen Betreuung nicht erfüllt wurde. Ein rein biomedizinisches Denkmuster, das Geist und Körper als voneinander getrennt wahrnimmt, wurde von den Frauen teilweise fast als Gewaltakt empfunden. Die Tatsache, dass in vielen Fällen das Leiden der Frauen hinsichtlich medizinischer Betreuung schwerwiegender zu sein schien als das durch den Brustkrebs verursachte, machte eine Neuinterpretation ihrer Erfahrungsberichte vom ethischen Standpunkt aus notwendig.

Eine weitere Studie[26] verweist darauf, dass im Bereich medizinischer Fürsorge die Patienten einerseits auf Mitgefühl und andererseits auf Gefühllosigkeit treffen.

Leiden als eine Basiskategorie der Fürsorge ist ein Konzept, das die Gesamtheit der Wahrnehmungen des Patienten von Leben, Gesundheit und Krankheit im körperlichen, mentalen und spirituellen Sinne umfasst. Bezugnehmend auf Eriksson ist das Konzept des Leidens die wichtigste Kategorie der Fürsorge, die Motivation für die Fürsorge ist die Linderung des Leidens: Er betont, dass das Konzept des Leidens der Pflege dadurch eine neue Dimension geben kann, dass die Aufmerksamkeit von der Diagnose und den Symptomen der Krankheit weg auf das Leiden gerichtet wird.[27]

Leiden missachtet die menschliche Würde und impliziert Verlorensein und Tod, aber auch die Möglichkeit auf ein neues Leben und Versöhnung.

Ist eine Frau an Brustkrebs erkrankt, so hat dies Auswirkungen auf sämtliche Lebensbereiche. Krebs wird in unseren kulturellen Breiten oft mit Tod in Verbindung gebracht. Betroffene Personen sind daher plötzlich mit – bisher nicht bewussten und ungewohnten - existentiellen Fragen konfrontiert.

Die Würde der Patienten wird aufgrund all der Situationen in der Pflege, in denen den Patienten nicht geglaubt wird oder diese nicht ernst genommen werden, leicht verletzt. Der Druck wird in Situationen größer, in denen das medizinische Personal aufgrund seiner Autorität für die Patienten entscheidet, was gut für sie ist. Das Pflegepersonal kann aufgrund

von Autorität, Routine und Fachwissen auf die Patienten Macht ausüben: Es kann die Patienten positiv unterstützen oder aber diese entmutigen.

Leiden in Zusammenhang mit medizinischer Betreuung tritt meist in ethisch schwierigen Situationen zutage, in denen das Pflegepersonal und die Patienten in engem Kontakt miteinander stehen.

Die Verbindung von ethischen und existentiellen Aspekten der Pflege wurden hinsichtlich der körperlichen, mentalen und spirituellen Dimension der Menschen untersucht. Ethische Überlegungen tauchen auf allen Ebenen auf. So zum Beispiel stellen sich auf ontologischer Ebene die Fragen: Wie nehmen wir den Menschen und Patienten wahr? Welche Beziehung haben wir als medizinisches Personal zu diesem Individuum?

Ziel der Studie war, die Erfahrung des Leidens der Patientinnen in Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung aus ethischer, existentieller und ontologischer Sicht zu interpretieren und zu verstehen.

Bei der Durchführung der Studie wurde keine Unterscheidung der verschiedenen Kategorien des Pflegepersonals gemacht. Unter „Pflegepersonal“ wurden hier all jene eingereiht, die aktiv an der Pflege der Patientinnen teilhatten. Zur Interpretation der auf Band aufgenommenen und transkribierten qualitativen Interviews wendete man eine hermeneutische Methode an. Alle beteiligten Forscher zogen denselben Interviewleitfaden heran. Die Forschungsdaten wurden in den Jahren 1997 – 1999 gesammelt. Die sechzehn interviewten Frauen, zwölf von ihnen verheiratet, vier Single, waren alle Repräsentantinnen der sozialen Mittelschicht.

Ergebnisse:
Auf den drei Ebnen der Interpretation ergab sich folgendes:

1. Ethische Ebene: Die Pflegebeziehung, die nicht zustande kommt und die Entscheidungen des Pflegepersonals:

   Die Patientinnen hatten das Gefühl, dass man ihnen nicht genügend Zeit widmete und zu wenig Information an sie weitergab. In diesen Fällen waren sie überzeugt davon, dass es in der Entscheidungsgewalt der jeweiligen Betreuungsperson lag, sich mehr der Patientin zu widmen oder nicht. Das Pflegpersonal war sich dessen nicht bewusst.

   Die Patientinnen realisierten, dass eine mitfühlende Beziehung Mut erfordert, Mut, dem externen Druck zu widerstehen, inneren Mut, sich dem Leiden der Patientin zu öffnen, den Mut, das Risiko auf sich zu nehmen, vom Leiden der Patientin betroffen zu werden.... , daher
   erhöhte der nicht zustande gekommene Kontakt zwischen Patientin und Pflegepersonal das Leiden der Patientinnen, wenn Sie das Gefühl hatten, dass sich das Pflegepersonal hinter der Routine verschanzte.

   Das Leiden der Patientinnen wurde auch dadurch vergrößert, dass sie von sich aus den Kontakt zum Pflegepersonal vermieden, um sich selbst gegen Enttäuschungen zu schützen. Die Patientinnen betrachteten die Zuwendung des Personals als grundlegend für eine ethische und mitfühlende Pflege.

2. Existenzielle Ebene: nicht als „ganzer“ Mensch mit Erfahrungen und Bedürfnissen wahrgenommen werden:

   Die Frauen hatten das Gefühl, als Körper, Nummern oder Diagnosen behandelt zu werden. Dies verstärkte ihr Leiden und ihre Unsicherheit und zwang sie dazu, in existenzieller Hinsicht, alleine für sich weiterzukämpfen.

   Im Zentrum der Pflege steht auf dieser Ebene das Kurieren des Körpers, alles andere wird ignoriert, pathologisiert oder wegerklärt. Anstatt sich um die Patientinnen eingehender zu

kümmern, wurden diese vom Pflegepersonal auf Psychiater, Therapeuten oder zu Non-Profit-Krebs-Organisationen verwiesen.

Das Ignorieren der Gefühle der Patientinnen durch das Personal, konnte auch dazu führen, dass sie sich für ihr seelisches und geistiges Leiden schämten. Routine wurde von den Patientinnen als eine reduzierte und unmenschliche Form der Betreuung erlebt. Die Tatsache als Nummer unter vielen betrachtet zu werden, erhöhte das Gefühl der Unsicherheit und das Leiden der Patientinnen.

3. Ontologische Ebene: der nicht wahrgenommene Ruf nach Hilfe in einem Leben das zusammenbricht und unfassbar wird:

   Krebs und Tod werden in unserem Kulturkreis in engem Zusammenhang, oder sogar untrennbar voneinander, gesehen. Betroffene Patientinnen nehmen oft ein totales Auseinanderbrechen ihres Lebens wahr. Die Patientinnen erbitten Hilfe auch in dem Sinne, dass sie Leben und Tod besser verstehen lernen. Ist es Schicksal, an Krebs erkrankt zu sein? Hat man Krebs, um über den Sinn des Lebens nachzudenken, oder um Neuorientierung und Hoffnung in dieser ungewohnten Situation zu erlangen?
   Die Verletzbarkeit der Krebspatientinnen erhöhte sich durch das Gefühl von Einsamkeit, das Gefühl des Durcheinanderseins, durch das Gefühl von Unverständnis in Bezug auf die Krankheit. Der „Ruf nach Hilfe“ der Patientinnen an das Pflegepersonal war meistens vergeblich.

Diese Studie zeigt, vom Standpunkt der Patientinnen aus, dass medizinische Betreuung in vielen Fällen Leiden verursacht.

Das Leiden wird hervorgerufen oder verstärkt durch Vermeidenshaltungen, Vernachlässigung und Gefühllosigkeit. Das aufgrund der medizinischen Fürsorge von den Patientinnen erfahrene Leiden ist tendenziell genauso schwerwiegend wie das erfahrene Leiden aufgrund der Tatsache, an Krebs erkrankt zu sein.

Das Fehlen von Verantwortungsgefühl, von Mitgefühl und Gemeinschaftsgefühl zwischen Patienten und Pflegepersonal wirkt dem Ziel, das Leiden zu lindern, entgegen.

Den Menschen nicht als Einheit von Körper, Seele und Geist zu betrachten, der auf allen diesen Ebenen Schmerz, Verzweiflung und Leiden empfindet, steht der Linderung von Leiden in existentieller Hinsicht genauso im Wege wie das Verneinen der Wichtigkeit von existentiellen Fragen hinsichtlich der Bedeutung von Leben und Tod.
Solange die Grundhaltung des Pflegepersonals dem Leben und ihrer Aufgabe als Betreuer gegenüber nicht Hingabe und Mitgefühl beinhaltet, bestehen Hindernisse das Leiden der Patienten zu lindern.

2.4 Breaking bad news to cancer patients: survey and analysis[28]

Ziel der Studie war herauszufinden, wie Patienten die Übermittlung von Informationen, ihre Krebs-Erkrankung betreffend, in Hinblick auf die ärztliche Beratung wahrgenommen haben, und wie sie den Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und Hausarzt beurteilen.

272 Krebs-Patienten wurden mittels eines 16-Punkt-Fragebogen befragt.

92,6% der Befragten, füllten den Fragebogen vollständig aus, 37,7% gaben an , die Tatsache, dass sie Krebs hätten, wäre ihnen "sehr empathisch" oder "empathisch" vermittelt worden. 62,3% erklärten , dass ihnen der Befund "nicht so empathisch" oder "gar nicht empathisch" vermittelt wurde. Patienten, die von Hausärzten aufgeklärt wurden, gaben an , dass dies „sehr empathisch“ oder „empathisch“ getan wurde, im Gegensatz zur Aufklärung durch Krankenhaus-Onkologen oder selbständige Spezialisten. Deutlich mehr Patienten erhielten nach ihrer Einschätzung ausreichend Gelegenheit zu Fragen, wenn die Beratung durch einen Hausarzt stattfand (81,8%), im Vergleich zur Beratung durch einen Krankenhaus-Arzt (43,5%) oder einem selbständigen Spezialisten (44,3%). 56,8% bevorzugten, die vorgeschlagenen Krebstherapien mit einem Onkologen zu besprechen. 87,5% der Patienten halten den Informationsaustausch zwischen den Krankenhaus-Fachärzten und ihrem Hausarzt für „sehr wichtig“ oder „wichtig“, aber mehr als die Hälfte der Patienten beurteilten ihn als „eher schlecht" oder „mangelhaft“.

Onkologen sollten die Hausärzte bei der Übermittlung schlechter Nachrichten miteinbeziehen. Es gibt erhebliche Defizite in Bezug auf den Informationsaustausch in der Krebsbehandlung in Österreich.

Vorausgegangenen Studien zufolge, ist das Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten und das Mitteilen komplexer Informationen in einem emotionalen Kontext und in begrenzter Zeit eine tägliche Herausforderung für den Onkologen und führt bei den Krebspatienten oft zu Unzufriedenheit.

Dies trifft insbesondere im Klinikalltag zu, wenn Patienten und nahestehende Personen der Patienten über einen neu diagnostizierten Tumor oder eine negative Entwicklung eines vorhandenen Krebsleidens zu informieren sind.

Hausärzte erfüllen verschiedene wichtige Aufgaben in der Versorgung und Betreuung ihrer Krebspatienten.

Die Kommunikationsprobleme, mit denen sich die Ärzte hinsichtlich der Beratung ihrer Patienten auseinandersetzen müssen, lassen sich in neun Hauptkategorien einteilen. Die anspruchvollste Kategorie ist das Mitteilen schlechter Nachrichten.
Als „schlechte Nachricht“ kann jede Information bezeichnet werden, die die Zukunftserwartungen beeinträchtigt.

Warum sind Hausärzte besonders geeignet, schlechte Nachrichten an die Krebspatienten weiterzugeben und sie in Bezug auf psychosoziale Aspekte ihrer Krebserkrankung zu beraten?
In vielen Fällen haben die Patienten über längere Zeit eine Beziehung zu ihrem Hausarzt aufgebaut, was ihnen erleichtert, ihre Sorgen zu äußern und um psychosoziale Unterstützung zu bitten, die Krankheitsgeschichte ist oft über Jahre bekannt und ein persönlicher Kontakt zwischen Patient und Hausarzt ist gegeben.
Oft sind weitere Familienmitglieder dem Arzt bekannt und werden auch von ihm behandelt.
Nicht selten kommt der Krebspatient in Begleitung in die Arztpraxis und die Begleitperson stellt mehr Fragen als der Patient selbst.

Um eine therapeutische Allianz mit der Familie des Patienten zu entwickeln, bedarf es spezieller Fähigkeiten und Hintergrundwissens. Einen angenehmen Raum, ein Gespräch ohne Unterbrechungen, einen Arzt, der dem Patienten zugewandt sitzt und ihm seine volle Aufmerksamkeit schenkt, schätzen Krebspatienten sehr, wenn es darum geht, über ihren Krankheitsverlauf informiert zu werden. – Vorraussetzungen, die man häufig bei Hausärzten findet. Hausärzte arbeiten vielfach patientenorientiert und behaupten, die psychosozialen Bedürfnisse ihrer Patienten befriedigen zu können. Wenn dies nicht passiert, hat es sich gezeigt, dass die Patienten häufig dazu neigen, sich unkonventionellen Behandlungsmethoden oder Laien zuzuwenden.

Es gibt drei Arten mit „schlechten Nachrichten“ umzugehen: Geheimhaltung, umfassende Auskunft und individuelle Auskunft. Die letzte Variante ist die geeignetste, weil der Arzt die Informationen, den Bedürfnissen des Patienten entsprechend, weitergibt. Individuelle Auskunft bedarf des Vertrauens und einer geeigneten Kommunikationsbasis, was wiederum Zeit und Bemühung braucht, um zu entstehen. Die Mehrzahl der Patienten möchte über ihre Krebsdiagnose informiert werden.

In einer kürzlich in China verfassten Studie zeigt sich, dass Patienten und ihre Familien abhängig vom Stadium der Krankheit, unterschiedlich zum Thema „Wahrheit mitteilen“ eingestellt sind. Kurzfristig kann präzise Auskunft Leiden verursachen, führt jedoch nicht zur Depression. Reduzierte Ängste, eine bessere Möglichkeit sich auf seinen Gesundheitszustand einzustellen und größere seelische Ausgeglichenheit sind die positiven Folgen auf längere Sicht.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patienten hat sich in der Krebsbehandlung in den letzten Jahren als wesentlich herausgestellt. Es wurden spezielle Trainingsprogramme für Onkologen entwickelt. Trotzdem geben eine Reihe von Onkologen an, dass sie sich psychischer Probleme ihrer Patienten nur annehmen, wenn die Patienten von selbst darauf zu sprechen kommen, obwohl man weiß, dass ein Viertel der Patienten ihre Probleme nur auf Aufforderung des Arztes hin besprechen möchte.

In Österreich ist es üblich, dass ein Patient, sobald der Hausarzt Krebs vermutet oder diagnostiziert, für weitere Diagnosen und Behandlungen in ein Krankenhaus überwiesen

wird. Dort wird er vom zuständigen Onkologen begutachtet, der seiner Kompetenz entsprechend zu weiteren Maßnahmen rät. Der klinische Onkologe übernimmt aufgrund seiner fachlichen Kompetenz die Verantwortung für die weitere Behandlung des Patienten.

Es hat sich gezeigt, dass Hausärzte oft nur sehr wenig Information von den behandelnden Spitalsärzten erhalten und kaum in die Entscheidung über den Behandlungsverlauf eingebunden werden.

Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, wie Patienten das Mitteilen von „schlechten Nachrichten“ ihre Krebserkrankung betreffend, wahrnehmen, hinsichtlich Empathie in der Beratung und ob ihnen ausreichend Möglichkeiten geboten werden, die Fragen zu stellen, die sie für wichtig halten.

Weiters wollten die Autoren eruieren, welche Präferenzen Krebspatienten haben, die Frage betreffend, welcher Arzt die Beratung übernehmen soll und wie der Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und Hausarzt wahrgenommen wird.

Patienten mit diagnostiziertem Krebsleiden, die sich an die Wiener Krebshilfe wandten, wurden über einen Zeitraum von 18 Monaten gebeten, während ihrer Wartezeiten einen Fragebogen auszufüllen. Die Bedingungen für die Teilnahme an der Befragung waren: sehr gute Deutschkenntnisse, ein diagnostizierter bösartiger Tumor und das Mindestalter von 18 Jahren. Geschlecht, Art des Tumors, Krankheitsstadium und Schwere des Leidens wurden bei der Auswahl nicht berücksichtigt.

Die Wiener Krebshilfe ist eine unabhängige Organisation, die Information und Beratung für Krebspatienten anbietet.

Die Patienten wurden mittels Fragebogen über ihre Wahrnehmung der Beratung durch Fachärzte und Allgemeinmediziner und bezüglich ihrer Wahrnehmung der Qualität der Kommunikation zwischen Spitalsärzten und Hausärzten befragt. Im Vorfeld wurde an einigen Patienten die Verständlichkeit der Fragestellungen überprüft und in weiterer Folge eine modifizierte Version des Fragenkataloges erstellt. Mit Hilfe eines Computerprogramms wurde das Ergebnis ausgewertet.

272 Patienten wurden gebeten an der Befragung teilzunehmen. 252 Patienten (151 Frauen und 91 Männer, 4% ohne Geschlechtsangabe), füllten den Fragebogen aus, 92,6% davon vollständig.

241 Patienten erklärten, dass sie in erster Linie vom Hausarzt behandelt werden.

62,3% der Krebspatienten gaben an, „nicht sehr empathisch“ oder „gar nicht empathisch“ über ihre Diagnose informiert worden zu sein. 37,7% der Befragten gaben an „sehr empathisch“ oder „empathisch“ über die Diagnose informiert worden zu sein.
81,8% der Befragten gaben an, „sehr empathisch“ oder „empathisch“ von ihren Hausärzten informiert worden zu sein, im Vergleich zu 41,2%, die von Fachärzten und 41,2 %, die von Spitalsärzten über die Diagnose unterrichtet wurden.

Fast doppelt so viele Patienten, die von Hausärzten beraten wurden, hatten das Gefühl genügend Gelegenheit bekommen zu haben, persönlich wichtige Fragen zu stellen. Patienten mit höherer Bildung und mehr Männer als Frauen gaben an, dass ihnen genügend Gelegenheit gegeben wurde, um Fragen zu stellen.

Weiters ergab die Studie, dass in Österreich wesentliche Defizite im Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und Hausärzten bestehen.
87,5% der Befragten hält diesen Informationsaustausch jedoch für „sehr wichtig „oder zumindest „wichtig“.

Die meisten der Patienten der Studie wollten die Krebstherapien sowohl mit einem Facharzt, als auch mit Spitalsärzten und Hausärzten besprechen.

In Österreich beraten zwar die Hausärzte die Patienten über die Methoden der Krebstherapie, aber obwohl sie diese Aufgabe der Aufklärung übernehmen, überlassen sie spezielle Therapievorschläge den Onkologen.

Wie kann das Phänomen, dass Krebspatienten ihre Hausärzte für empathischer halten als ihre Fachärzte, erklärt werden? Der Grund könnte in den unterschiedlichen Kommunikationsarten

von Spezialisten und Allgemeinmedizinern und in den unterschiedlichen Arten der Arzt-Patienten-Beziehungen zu finden sein.
Patientenzentrierte Kommunikation beinhaltet mehr Empathie, Offenheit und Unterstützung, die Patienten werden in Entscheidungsprozesse mehr einbezogen.

Die Studie, die mit Patienten der Wiener Krebshilfe durchgeführt wurde, hatte den Vorteil, dass sich die Patienten in einer neutralen Einrichtung befanden und so freier über ihre behandelnden Spitalsärzte und Hausärzte sprechen konnten.

Insgesamt wurde erkannt, dass die Patienten es vorziehen, Informationen über den Krankheitszustand und die therapeutischen Aspekte ihrer Krebserkrankung von einem zuständigen Onkologen zu bekommen. Wesentlich mehr Krebspatienten haben das Gefühl, von den Hausärzten ausreichend Gelegenheit bekommen zu haben, wichtige Fragen zu stellen. “Schlechte Nachrichten“ wurden von Hausärzten empathischer übermittelt als von Onkologen.

2.5 „Laying on of hands“ improves well-being in patients with advanced cancer[29]

Diese randomisierte Phase-III- Studie zur Wirksamkeit des „Handauflegens“ wurde an der 1. Medizinischen Abteilung des Wiener Wilhelminenspitals, im Zentrum für Onkologie und Hämatologie durchgeführt. Ziel war es herauszufinden, ob Handauflegen für Patienten mit fortgeschrittenem Krebs eine bessere Wirkung erzielt, wenn das Handauflegen von einem selbsterklärten Heiler durchgeführt wird, im Vergleich zu einem Schauspieler, der diesen Heiler genau imitiert.
Die Studie wurde von der Ethikkommission freigegeben.

Insgesamt wurden 80 Patienten registriert, die an der Studie teilnahmen. Die Patienten wurden auf Gruppen zu je 40 Personen aufgeteilt, die drei Mal pro Woche jeweils eine Behandlung von je fünf Minuten bekamen. Um den Unterschied der Wirkung des Handauflegens durch

den Heiler bzw. den Schauspieler herauszufinden, wurde eine Gruppe vom Heiler, die andere vom Schauspieler behandelt. Die Wirkung wurde auf einer Befindlichkeitsskala gemessen.

Es zeigte sich, dass es zwischen Heiler- und Schauspielergruppe, die Wirkung betreffend, keine signifikanten Unterschiede auf der Befindlichkeitsskala gab. Eine wesentliche Verbesserung der Symptome wurde sowohl nach der Behandlung durch den Heiler als auch durch die alleinige Behandlung durch den Schauspieler festgestellt (Erhebung am fünften und zehnten Tag der Studie). Handauflegen führte in jedem Fall zu einer wesentlichen Verbesserung der Symptomatik.

Im weiteren Verlauf der Studie wurde der Vergleich dadurch eingeschränkt, dass sich der Heiler nicht mehr an das vereinbarte Protokoll hielt, seinen Status enthüllte und schließlich vorzeitig seine Teilnahme an der Studie beendete. Die Studie wurde vom Schauspieler allein als beschreibende explorative Studie über die Wirkung von Handauflegen beendet.

Komplementärmedizin und Alternativmedizin finden bei Krebspatienten große Akzeptanz. Es hat sich herausgestellt, dass Komplementärbehandlungen wie Massage, Akupunktur, Körperübungen, Qi Gong und andere, das physische, emotionale und psychosoziale Wohlbefinden bei einem großen Anteil der Patienten verbessert. Für die Wirkung alternativer Behandlungen wie die Einnahme von Antioxidantien, hohen Dosen von Vitamin C, etc. sowie für Heilen mit Kristallen, therapeutisches Berühren oder andere „Heilmethoden“ fehlt es jedoch an Beweisen.

Das Handauflegen ist zu einer populären Methode der Heilung geworden: Der Therapeut bewegt seine Hände ein paar Zentimeter über dem Körper des Patienten, um Blockaden im Energiefeld aufzulösen. Einige Heiler behaupten sogar, manche Patienten von Krebs heilen zu können. Einer dieser selbsternannten Heiler stellte sich für die Durchführung dieser Studie zur Verfügung. Er erklärte sich damit einverstanden, dass seine Behandlungsresultate mit denen eines professionellen Schauspielers verglichen wurden. Der Schauspieler wurde beauftragt, die Behandlungsmethode des Heilers genau nachzuahmen.

80 Patienten mit fortgeschrittenem Krebs wurden zwischen Juli und September 2004 in diese Studie aufgenommen (57 Patienten qualifizierten sich für die Endbeurteilung). Das

Durchschnittsalter der Patienten betrug 60 Jahre. Alle Patienten erhielten während der Studie Chemo-, Hormon-, Strahlen- oder Immuntherapie.

Das primäre Ziel der Studie war der Vergleich von Durchschnittswerten auf einer Wohlfühlskala am fünften und zehnten Tag der Studie. Sekundäres Ziel war das Herausfinden von Unterschieden in der Wirkung des Handauflegens durch den Heiler und den diesen Heiler imitierenden Schauspieler. Drittens wollte man herausfinden, ob sich Handauflegen auf die Lebensqualität der Patienten wesentlich auswirkt.

Die Sitzungen, die drei Mal pro Woche stattfanden, bestanden aus einer Willkommens- und Aufwärmphase in der Gruppe, in der kommuniziert wurde, danach wurde jeder Patient einzeln fünf Minuten mit Handauflegen behandelt.

Das individuelle Wohlbefinden wurde vor und nach jeder Behandlung evaluiert und um die Langzeitwirkung zu messen, auch am zehnten Tag. Die Evaluation erfolgte mittels einer visuellen analogen Wohlfühlskala, die bereits in dieser Form für andere Studien zur Wirkung von Handauflegen benutzt wurde.

Bewertet wurden auf dieser Skala von 0 bis 10 die Intensität von Schmerz, Übelkeit, depressiver Verstimmung, Angst, Atmung, Aktivität, Appetit, Entspannung, innerer Ruhe und allgemeinem Wohlbefinden. Der Durchschnittswert, der am Tag vor der Behandlung erfasst wurde, wurde mit dem Endwert (zehnter Tag) verglichen.

Die Auswertungen der Durchschnittswerte der Befindlichkeitsskala ergaben eine wesentliche Verbesserung des Wohlbefindens der Patienten.
Bedeutende Verbesserungen wurden bei Schmerz, depressiver Verstimmung, Entspannung, innerer Ruhe und generellem Wohlbefinden festgestellt. Keine signifikanten Veränderungen konnten bei den Kategorien Übelkeit, Angst, Atmung, Aktivität und Appetit beobachtet werden.

Andere Studien bestätigen die Wirksamkeit ähnlicher Heiltechniken.
So haben z. B. Weze et al.[30] die Resultate einer Studie über die Wirkung von sanfter Berührung auf das Wohlbefinden von Patienten veröffentlicht. Die benutzte Technik war ein

sanftes Auflegen der Hände auf bestimmte Körperregionen, um die Heilung zu fördern. 300 Patienten, davon 30 Krebspatienten wurden behandelt. Die Patienten berichteten von einer wesentlichen Verbesserung sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht.

Die wesentlichsten Erkenntnisse der Studie des Wilhelminenspitals waren: Erstens: Es zeigte sich, dass der therapeutische Einfluss des Handauflegens auf das Wohlbefinden der Krebspatienten mit einer wesentlichen Verbesserung der Symptome am fünften und zehnten Tag einherging. (Jedoch konnten nicht alle Aspekte des physischen und emotionalen Wohlbefindens beeinflusst werden (s.o.)). Zweitens: Handauflegen wirkte, unabhängig davon, ob die Behandlung vom Heiler oder vom Schauspieler durchgeführt wurde.

Obwohl die Studie eine Verringerung des Durchschnittswertes auf der Befindlichkeitsskala gezeigt hat, war es nur möglich eine kurzfristige Wirkung der Behandlung nachzuweisen. Mögliche Langzeitwirkungen durch die Wiederholung der Versuche innerhalb eines längeren Intervalls konnten nicht erforscht werden. Somit bleibt die Frage offen, ob der durch alternative Heiltechniken erzielte Effekt über einen längeren Zeitraum anhält.

Informellen Aussagen von Patienten dieser Studie zufolge, verspürten viele von ihnen eine klinisch bedeutende Art der Verbesserung.

Handauflegen hat das Wohlbefinden von Patienten mit fortgeschrittenem Krebs wesentlich gesteigert, gleichgültig ob die Behandlung vom Heiler oder vom Schauspieler durchgeführt wurde. Der genaue Mechanismus, der zu einer Verbesserung des Wohlbefindens führte, ließ sich nicht bestimmen.

Fazit:
Einfühlsame Zuwendung einer empathischen Person kann in dafür offenen Personen positive Emotionen hervorrufen und so zum Beispiel die Ausschüttung von Endorphinen beeinflussen, die zu einem verbesserten Wohlbefinden beitragen.

2.6 Resümee

Die für diese Arbeit betrachteten Studien zeigen, dass im Bereich der empathischen Arzt-Patienten-Kommunikation nach wie vor erhebliche Defizite bestehen.
Gleichzeitig machen sie deutlich, dass sich Empathie als wichtiges Element einer wirksamen Arzt-Patienten-Kommunikation nicht nur positiv auf Patientenzufriedenheit und Compliance auswirkt, sondern vor allem auch zu einer *Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit* der Patienten beiträgt.

Auch neurobiologische Forschungen, wie zum Beispiel eine 2005 vom amerikanischen Neurobiologen Jon- Kar Zubieta von der Ann Arbor University in Michigan durchgeführte Studie, lassen erkennen, dass der Mensch grundlegend auf gelingende zwischenmenschliche Beziehungen ausgerichtet ist.[31]

Zubieta untersuchte die Wirkung von körpereigenen Opioiden, mit deren Hilfe sich der Körper gegen Schmerz zu schützen versucht.[32] Die Fragestellung lautete, ob „Opioide lediglich unspezifische körpereigene Wohlfühl-, Schmerz- und Beruhigungsmittel sind, oder ob sie darüber hinausgehend das zwischenmenschliche Beziehungssystem betreffende Funktionen haben.“[33]

„ Eine Gruppe unter Schmerzen stehender Probanden wurde von einem Arzt betreut , der ihnen mitteilte, dass er ihnen ein schmerzlinderndes Medikament verabreichen würde. In Wirklichkeit war dieses Medikament ein Placebo , eine wässrige Lösung, in der sich keinerlei Wirkstoff befand. - Was die Patienten tatsächlich erhielten, war *lediglich die Zuwendung eines Arztes*, der versprochen hatte, ihnen zu helfen. Diese zeigte aber eine erstaunliche Wirkung: Die Probanden, denen diese „Behandlung“ zuteil wurde, gaben nicht nur eine deutliche etwa fünfzigprozentige subjektive Besserung ihrer Schmerzen an, sondern zeigten auch eine signifikante Zunahme der Aktivität ihrer endogenen Opioide.“[34]

„Pure zwischenmenschliche Zuwendung, verbunden mit dem Versprechen, Hilfe zu leisten, hatte also das körpereigene Opioidsystem aktiviert und die Beschwerden der Betroffenen subjektiv wahrnehmbar gebessert.“[35]

2.6.1 Möglichkeiten zur Empathie: Das Verhalten der Ärzte

Kennifer et al.[36] analysierten in ihrer Studie „Negative emotions in cancer care: Do oncologists` responses depend on severity and type of emotion?“ Gespräche zwischen Patienten mit fortgeschrittenem Krebs und ihren Onkologen.
Ziel der Studie war herauszufinden, wie Onkologen auf Art und Intensität negativer Emotionen von Patienten reagieren und wie die weitere Kommunikation dadurch beeinflusst wird. Kennifer et al. kamen zu folgenden Ergebnissen :

- Die Onkologen reagierten nur auf 35% der negativen emotionalen Äußerungen der Patienten mit Empathie.
- Sie reagierten besonders dann empathisch, wenn die Patienten starke Emotionen zeigten.
- Wenig intensiv gemachte Äußerungen wurden entweder nicht wahrgenommen, oder die Onkologen entschieden sich bewusst dafür, nicht darauf einzugehen.
- Reagierten die Onkologen nicht empathisch, wurden die emotionalen Äußerungen in 94% der Fälle von den Patienten sofort gestoppt.
- Wurde die Äußerung gestoppt , haben 23% der Patienten im weiteren Gesprächsverlauf dieselbe Emotion nochmals wiederholt oder eine andere Emotion ausgedrückt. Das Wiederholen der negativen Emotion führte aber nur in 20% der Fälle zu einer empathischen Reaktion der Ärzte.
- Zwei Drittel der Patienten, die eine empathische Reaktion auf die erste Emotion erhalten hatten, haben keine weiteren emotionalen Themen angesprochen.
- Die Gesprächsdauer verlängerte sich aufgrund von einfühlsamen Reaktionen durchschnittlich um nur 21 Sekunden.

Auch Pollak et al.[37] analysierten für ihre Studie: „Oncologist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer“ Gespräche zwischen Onkologen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs. Sie wollten herausfinden, ob es einen Zusammenhang zwischen Eigenschaften von Onkologen und empathischem Verhalten gibt.
Die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie sind:

- In nur 37% der Gespräche ergab sich zumindest eine empathische Möglichkeit.
- Obwohl die Onkologen großes Selbstvertrauen äußerten, auf die Sorgen ihrer Patienten eingehen zu können, reagierten sie nur selten - auf 27% der sich ergebenden Möglichkeiten – mit Empathie.
- 41% der Onkologen reagierten auf empathische Möglichkeiten nie einfühlsam.
- Jüngere Onkologen reagierten häufiger empathisch als ältere.
- Onkologen, die von sich angaben, eher sozio-emotional orientiert zu sein, als fachspezifisch, tendierten eher zu empathischen Statements.
- Es ergab sich ein Zusammenhang zwischen empathischen Antworten und dem Geschlecht der Ärzte: Die meisten empathischen Möglichkeiten (52%) ergaben sich in Gesprächen, die von Patientinnen mit Onkologinnen geführt wurden.

2.6.1.1 Kommunikationstraining als Empfehlung

Für beide dieser Studien zum Verhalten der Ärzte gilt, dass die Onkologen nur einen geringen Teil der emotionalen Äußerungen der Patienten wahrgenommen haben.
Die Autoren beider Studien empfehlen daher ein Kommunikationstraining für Onkologen, um eine verbesserte Kommunikation in der Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Krebs zu erreichen.

Pollak et al.[38] räumen allerdings in ihrer Studie ein, dass die Tatsache, schon ein Kommunikationstraining absolviert zu haben (61% der Onkologen ihrer Studie hatten schon

an Kommunikationsseminaren teilgenommen) sich generell nicht wesentlich auf die Fähigkeit der Onkologen auswirkte, empathisch zu reagieren.

„Die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen, die ein Defizit emotionaler Kommunikation in der Medizin feststellen, geben als Schlussfolgerung strategische und antrainierbare verbale und nonverbale Verhaltensempfehlungen ... Damit wird das eigentliche Problem einer gestörten Arzt-Patienten-Beziehung auf unzulässige Weise banalisiert. Es geht nicht ... um austauschbare Sprachstrategien, sondern um grundlegende Fragen eines modernen medizinischen Selbstverständnisses und einer damit untrennbar verknüpften medizinischen Kommunikationskultur, “ [39] betont Maximilian Gottschlich.

„Nicht ein wie immer geartetes Verständnis *signalisieren* macht den eigentlichen Wert der Arzt-Patienten-Beziehung aus ..., sondern das Verständnis *haben* – ein Verständnis haben, das in der empfundenen Solidarität zwischen Arzt und Patient, in jener Berührung der inneren Welten von Patient und Arzt seinen Ursprung hat und nicht in irgendwelchen Erfolgsrezepten beliebig einsetzbarer persuasiver Kommunikation.“ [40]

„Empathie ist nichts, was man durch ein Curriculum fordern kann“, stellt auch der Soziologe Thomas Druyen fest, „Empathie ist Fühlen.“[41] Trotzdem ist er überzeugt davon, dass Empathie gelehrt und gelernt werden kann: „ Durch spielerische Situationen, in denen schon zum Beispiel kleine Kinder, Ausländerkinder spielen, Einwandererkinder spielen, behinderte Kinder spielen, denn sich selbst wahrnehmen zu lernen, schafft eine Basis für ein Verstehen des uns fremd erscheinenden Anderen. Es geht um die persönliche Erfahrung. Wissen muss transformiert werden in ein eigenes Gefühl.“[42]

Joachim Bauer schreibt dazu: “Neurobiologisch gesehen ist die gezielte Imitation, also das angeleitete Nachmachen von emotional bedeutsamen mimischen Ausdrucksformen und Körpergesten, mehr als das Erzeugen eines äußeren Scheins ohne innere Bedeutung. Untersuchungen mit modernen bildgebenden Verfahren konnten zeigen, dass die Imitation einer von Gefühlen begleiteten Geste auch die jeweils dazugehörenden Emotionszentren aktivieren kann. Dies bedeutet: Die bewusste Übernahme einer bestimmten Geste oder eines bestimmten Gesichtsausdrucks kann – zumindest zu einem gewissen Grad- eine Mitreaktion der entsprechenden Gefühle erzeugen.“[43]

2.6.2 Patientenbedürfnisse

2.6.2.1 Aspekte des Leidens

Ziel der Studie von Arman et al.[44] „Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences" war die Interpretation der Wahrnehmung des Leidens von Brustkrebspatientinnen in Zusammenhang mit der medizinischen Betreuung aus ethischer, existenzieller und ontologischer Sicht.

Die Autoren kamen zu folgenden Ergebnissen:

- Medizinische Betreuung verursacht in vielen Fällen, vom Standpunkt der Patientinnen aus, Leiden. (Die Wahrnehmung nicht als Mensch, sondern als Körper, Diagnose oder Nummer gesehen zu werden, nicht ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt zu bekommen, nicht ausreichend informiert zu werden.)
- Das aufgrund der medizinischen Betreuung von den Patientinnen erfahrene Leiden ist genauso schwerwiegend wie das Leiden aufgrund der Tatsache, an Krebs erkrankt zu sein.
- Das Leiden wird hervorgerufen oder verstärkt durch Vermeidenshaltungen, Vernachlässigung und Gefühllosigkeit des Pflegepersonals.

Das Fehlen von Mitgefühl und Gemeinschaftsgefühl zwischen Patienten und medizinischem Personal wirkt dem Ziel der Pflege, das Leiden zu lindern, entgegen.

In Anbetracht der Defizite in der Beziehung zwischen Patienten und medizinischem Personal sprechen sich viele Autoren für eine intensivere Zusammenarbeit mit den Patienten aus.

Der Internist Allen B. Barbour beschreibt seine Vorstellung von der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten folgendermaßen: „Wir müssen die Patienten ganzheitlich sehen...

Patient und Mediziner sind Kollegen. Wir müssen nach gangbaren Wegen suchen, unseren Patienten dabei zu helfen, ihre Stärken klarer zu erkennen und sie besser einsetzen zu lernen. Indem wir die Selbstheilungskräfte und Entwicklungsmöglichkeiten unserer Patienten aktivieren, verstehen wir uns selbst als Katalysatoren und Vermittler von Veränderungen.“[45]

Paul Bellet und Michael Maloney von der Medizinischen Fakultät der Universität von Cincinnati betonen, wie enorm wichtig es ist, Empathie auszudrücken: „Empathie als Kommunikationstechnik einzusetzen bedeutet, zu lernen, tieferes Verständnis für den Patienten zu entwickeln. Das Gespräch ist potentiell das mächtigste, sensibelste und flexibelste Instrument, das dem Arzt zur Verfügung steht... Das Gefühl, verstanden zu werden, stärkt die Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt. Ob ein Patient ärztlichen Rat annimmt, hängt stark davon ab, wie er die Empathie des Arztes für seine Krankheit und damit zusammenhängende Sorgen wahrnimmt.“[46]

Der Psychologe Bernie Siegel spricht vom Wert einer „Gesundheitspartnerschaft“ zwischen Ärzten und Patienten. „Die Teilnahme am Entscheidungsprozess bestimmt die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung mehr als jeder andere Faktor. Der außergewöhnliche Patient möchte die Verantwortung für sein Leben und die Behandlung mitübernehmen und die Ärzte, die diese Einstellung unterstützen, können ihren Patienten dadurch helfen, schneller gesund zu werden.“[47]

„In der Krankheit schöpfen wir unsere Beziehungen neu. Hier berühren wir andere Menschen, nicht um sie zu beeindrucken oder ihre Aufmerksamkeit auf uns zu lenken, sondern um uns im DU zu spüren und rückzuversichern, dass wir im Leiden nicht allein sind...“[48] schreibt Annelie Keil über persönliche Krankheitserfahrungen.

Ähnlich bilanzierte auch der 54 jährige Chirurg Dr. Robert Mack seine persönlichen Erfahrungen mit seiner unheilbaren Lungenkrebserkrankung: „Ich denke, jeder Mensch mit Krebs oder einer anderen lebensbedrohlichen Krankheit muss einen einfühlsamen, verlässlichen Menschen finden, der ihm zuhört, ohne zu werten.“ [49]

Im Zuge eines Erfahrungsaustausches mit vielen Ärzten und Psychotherapeuten weltweit, die seit langer Zeit mit Krebspatienten arbeiten, stellten sich in den ganz verschiedenen Therapieansätzen drei Elemente für die Betreuung von Krebspatienten als wesentlich heraus. Der Nürnberger Onkologe Herbert Kappauf fasst sie folgendermaßen zusammen:

1. Eine ausreichende Information über die Krankheit und Behandlung,

2. Möglichkeiten einer realistischen Kontrolle trotz und in der Krankheit,

3. Die Stärkung von tragfähigen Beziehungen.[50]

2.6.2.2 Das Übermitteln „schlechter Nachrichten“

Ziel der österreichischen Studie „Breaking bad news to cancer patients: survey and analysis“[51] war zu erfahren, wie Patienten die Übermittlung von Nachrichten über ihre Krebserkrankung in Hinblick auf die Beratung wahrgenommen haben und wie sie den Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und Hausarzt beurteilen.

Die Studie kam zu folgenden Ergebnissen:

- 37,7 % der Befragten gaben an, dass die Diagnose Krebs „ sehr empathisch“ oder „empathisch“ vermittelt wurde.
- 62, 3% empfanden die Übermittlung der Diagnose „nicht so empathisch“ oder „gar nicht empathisch“.
- „Schlechte Nachrichten“ wurden von Hausärzten empathischer vermittelt, als von Krankenhaus-Onkologen oder selbständigen Fachärzten.
- 81,8% der Patienten, die von ihren Hausärzten aufgeklärt wurden, erhielten ihrer Einschätzung nach ausreichend Gelegenheit, wichtige Fragen zu stellen, während dies

bei Aufklärung durch Krankenhausärzte oder selbstständige Fachärzte nur bei je 41,2% der Patienten der Fall war.

- Patienten mit höherer Bildung und Männer gaben vermehrt an, genügend Gelegenheit bekommen zu haben, um Fragen zu stellen.
- Die Patienten ziehen es vor, Informationen über den Krankheitszustand und die therapeutischen Aspekte ihrer Krebserkrankung von Onkologen zu erhalten.
- 87,5 % der Patienten halten den Informationsaustausch zwischen Spitalsärzten und Hausärzten für „sehr wichtig“ oder „wichtig“, aber mehr als die Hälfte der Patienten beurteilen ihn als eher schlecht oder mangelhaft.

Die Ergebnisse der Studie sprechen eine deutliche Sprache. Hausärzte erhalten oft nur wenig Informationen von den behandelnden Spitalsärzten und werden kaum in die Entscheidungen über den Behandlungsverlauf eingebunden.
In Anbetracht der Resultate der Patientenbefragung wäre es aber durchaus positiv, wenn Hausärzte die Verantwortung für verschiedene psychosoziale Kommunikationsaufgaben in der Krebstherapie übernehmen, wie zum Beispiel das Übermitteln von „schlechten Nachrichten“.

2.6.3 „Handauflegen“ als Alternative

Pohl et al.[52] führten die Studie zur Wirksamkeit des Handauflegens «Laying on of hands improves well-being in patients with advanced cancer« an der 1. Medizinischen Abteilung des Wiener Wilhelminenspitals , im Zentrum für Onkologie und Hämatologie durch, um herauszufinden, ob Handauflegen für Patienten mit fortgeschrittenem Krebs eine bessere Wirkung erzielt, wenn das Handauflegen von einem selbsterklärten Heiler durchgeführt wird, im Vergleich zu einem Schauspieler, der den Heiler genau imitierte.

Wesentliche Ergebnisse der Studie waren:

- Handauflegen hatte eine Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit der Patienten zur Folge.
- Handauflegen wirkte, und das unabhängig davon, ob die Behandlung vom Heiler oder vom Schauspieler durchgeführt wurde, der die Vorgehensweise des Heilers imitierte.
- Bedeutende Verbesserungen des Wohlbefindens der Patienten ergaben sich bei den Faktoren Schmerz, depressive Verstimmung, Entspannung, innere Ruhe und generelles Wohlbefinden.
- Keine signifikanten Veränderungen konnten bei den Kategorien Übelkeit, Angst, Atmung, Aktivität und Appetit beobachtet werden.

Die Tatsache, dass sowohl die Behandlung durch den Heiler als auch die durch den Schauspieler wirkte, lässt die Interpretation zu, dass einzig die *Heilkraft menschlicher, empathischer Zuwendung* die Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit der Patienten bewirkte.

Obwohl es wesentliche Verbesserungen in der konventionellen Krebstherapie gibt, „ist der Trend, metaphysische Erklärungen für Lebenszusammenhänge, Krisensituationen und somit auch für die Bewältigung von Krankheit, Leid und Tod heranzuziehen, im Steigen begriffen.“[53]

So nehmen viele Patienten zur Steigerung ihres physischen und emotionalen Wohlbefindens - meist zusätzlich zur schulmedizinischen Behandlung - die Angebote der Alternativmedizin, darunter auch verschiedene Formen der Geistheilung, in Anspruch.

„Die Schulmedizin basiert in erster Linie auf einer wissenschaflich-technischen Manipulierbarkeit von materieller (biologischer) Welt. Die Geistheilung hingegen bezieht ihre Gültigkeit für die handelnden Akteure – Heiler und Klienten – aus einer Dimension, die durch die mechanistische Wissenschaft nicht mehr beschreibbar ist... Geistiges Heilen ist somit

nicht nur eine in Anspruch genommene Strategie zur Bewältigung von Krankheit, Leid, Schmerz und Tod, sondern auch ein Ausdruck manifesten metaphysischen Glaubens und religiöser bzw. spiritueller Orientierung in einer diesseitig ausgerichteten Gesellschaft.“[54]

Neben der Hoffnung auf Heilung scheint der Kontakt mit dem geistigen Heiler Bedürfnisse zu befriedigen, „die von anderen Therapien entweder nicht wahrgenommen oder nicht abgedeckt werden: Es sind dies Bedürfnisse nach emotionaler Geborgenheit, Verfügbarkeit des Heilers, ritueller und seelischer Bewältigung des Leidens, nach sinnhaften religiösen Deutungen und Hilfe bei ganzheitlichen Lebensveränderungen...“[55]

Der 1955 gegründeten englischen „National Federation of Spiritual Healers“ zufolge „ ist geistiges Heilen, das Heilen von Körper, Geist und Seele, durch Handauflegen; durch Gebet oder Meditation, auch bei Abwesenheit des Patienten (Fernheilung) .“[56]

„Ideengeschichtlich werden bei der geistigen Heilung zwei Richtungen unterschieden, die religiöse Heilkunde (Wallfahrten, Heilung durch die Begegnung mit dem Göttlichen, Handauflegen, Gebetsheilung, Reliquien, Exorzismus) und die magische oder naturphilosophische Heilkunde (Besprechen, Magnetismus, Mesmerismus, Astrologie, Chiromantie, Kabbalistik, Alchemie etc.). Beide Bereiche lassen sich nur schwer voneinander trennen und werden heute zudem von esoterischen und neoschamanischen Heilansätzen überlagert, die aus außereuropäischen Kulturen stammen.“[57]

„Die Renaissance magischer Weltbilder, die quantitative Zunahme und qualitative Ausdifferenzierung magischer Welterklärungskonzepte in den reichen Ländern des Westens verweist auf Entlastungsbedürfnisse, die innerhalb tradierter Sinnvermittlungsinstanzen und medizinisch technischer Systeme nicht hinreichend befriedigt werden können.“[58]

„Geistheilung bietet Verankerung und damit metaphorisch: Heilung – in einer Welt, in der es keinen Zufall gibt, weil das ganzheitliche Weltbild alle Erscheinungen und Manifestationen in einem gemeinsamen Sinnzusammenhang interpretiert.
Krankheit erscheint so nicht länger als Fehlen von Gesundheit oder als funktionale Störung einer organisch gedachten Einheit, sondern als Teil eines sich im steten Fluss befindenden menschlichen Reifungsprozesses, der letztlich metaphysischen, religiösen Zielen folgt.“[59]

3 Der Arzt zwischen Emotion und Rationalität

Nach einer aus dem Mittelalter stammenden Definition der Medizin ist Medizin einerseits *ars iatrike*, das heißt ärztliche Kunst, und andererseits *ars agapatike*, das heißt Kunst liebender Zuwendung. [60]

Liebe definiert sich hier auf eine unpersönliche Art, als Haltung dem Leben gegenüber: „Liebe meint dabei nicht, ob ich jemanden liebenswert finde oder nicht. Liebe meint das tiefste Wesen jeder Existenz und die Verbundenheit des Einzelnen mit allem. Wenn ich mich als Arzt oder Ärztin als nicht getrennt von meinen Patienten erlebe, dann wirken Verbundenheit und Liebe im heilenden Prozess, dann heilt auch nicht nur der Patient oder die Patientin, sondern das Ganze, auch ich als Arzt. Liebe entfaltet höchste heilende Dynamik und kann alles verändern,“ [61] schreibt der Mediziner Klaus-Dieter Platsch.

Rationalität und Sachlichkeit diagnostischer und therapeutischer Entscheidungsprozesse und die emotionale Dimension der Begegnung zwischen Arzt und Patient stehen im Idealfall einander nicht als zwei konträre Pole gegenüber, sondern entfalten sich wechselseitig im dynamischen Prozess menschlicher Begegnung und bedingen einander.[62]

Vielfach wird jedoch besonders bei schweren Erkrankungen – vor allem auch im Bereich der Onkologie – „ die emotionale Dimension der Begegnung zwischen Arzt und Patient zugunsten jener als notwendig postulierten Rationalität und Sachlichkeit diagnostischer und therapeutischer Entscheidungsprozesse möglichst ausgeblendet,“[63] betont Maximilian Gottschlich.

Maligne Erkrankungen sind für viele „zur Metapher für Tod und Sterben geworden, weil wir sie trotz aller Krebsregister nicht kontrollieren können, ...
weil der Marasmus der Krebskranken wie im Zeitraffer das Leben zum Tode hin vor Augen führt. Der Assoziationsraum: Hilflosigkeit, Machtlosigkeit, Sterben, Tod, Alter, Siechtum, Endlichkeit, ist in einer Welt, die dem Tod keinen Sinn gibt, sondern ihn nur bekämpft, das Schreckbild schlechthin,“[64]stellt der Psychotherapeut Peter Möhring fest.

„Daher überwiegt“ – wie auch die für diese Diplomarbeit betrachteten Studien zeigen - „speziell im Umgang mit Krebserkrankungen und Krebskranken das, was Psychoanalytiker *Abwehr* nennen, also die Versuche, das aus der Krankheit resultierende Konflikt- und Leidenspotential in seinem vollen Umfang nicht zum Vorschein kommen zu lassen.“[65]

Der Intensivmediziner Klaus Ratheiser bezeichnet sich und seine Kollegen als „Ärzte mit Grenzen“[66] : „Sie – die Ärzte- begleiten ihre Patientinnen und Patienten, möchten sie wahrnehmen, sie sehen, ihnen zuhören, mit ihnen innehalten, ihre Zeit anhalten. Und so oft ist die Wirklichkeit anders, ...“[67] denn „bei allem Enthusiasmus spüren wir auch Grenzen: Grenzen des Machbaren, Grenzen der eigenen physischen, psychischen und schöpferischen Kraft.“[68]

Die weitgehende Vermeidung, sich affektiv involvieren zu lassen und die Konzentration auf möglichst reibungslose Funktionsabläufe wird von den Ärzten oft dazu benutzt, die persönliche emotionale Belastung so gering wie möglich zu halten.[69]

Erschwerend für die Arzt- Patienten- Beziehung, speziell im Bereich der Onkologie, ist auch die Tatsache, „ dass in den langen Phasen konservativer onkologischer Therapie die Beschwerden über die die Patienten klagen, vielfach als Nebenwirkungen durch die Behandlung selbst verursacht sind.“[70]

Die Ärzte selbst werden so zu den Verursachern des Leidens ihrer Patienten. Aus Schuld- und Versagensgefühlen heraus werden Gespräche über die Tragweite des Geschehens häufig vermieden, der Arzt zieht sich hinter seine therapeutischen Handlungen zurück, „ das Medikament, das zunächst belastet, aber möglicherweise für einen späteren Zeitpunkt Linderung verspricht, wird zum Instrument der Begegnung, ... und seine Wirksamkeit zum Gradmesser des Erfolges und der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung“[71] , schreibt Möhring.

Einen positiven Weg im Umgang mit Krebspatienten zu finden, zwischen Identifikation und Abwehr, zwischen Mitgefühl und Distanz ist jedoch ohne die „Urteilskraft der Gefühle“[72] nicht möglich: „ Der Arzt muss sich, wie der Patient auch, mit Krebsangst, Todesangst und

Sterben auseinandersetzen, soll die Methode seiner Behandlung nicht trivial und flach werden.“[73]

Denn, so Maximilian Gottschlich: „Nichts bleibt im komplexen Interaktionsgeschehen zwischen Arzt und Patient unverändert: Die in der Begegnung ablaufenden emotionalen und kognitiven Prozesse generieren eine neue und spezifische Realität, die beide, Arzt und Patient, einbindet – und aneinander bindet. Beide Partner werden in Richtung des gewählten emotiven wie kognitiven Bezugsrahmens ihrer Erwartungen verändert.“ [74]

„Der Arzt ist immer durch die Krankheit seines Patienten ein Mitbetroffener, denn so wie wir alle unsere eigene und uns nur zum Teil bewusste Innenwelt erst durch die Spiegelung im Außen erkennen können, so zeigt der Patient seinem Arzt einen Schattenbereich auf, der ihm sonst im Außen nicht begegnen würde... dem Mediziner kann in seiner Arbeit mit dem kranken Patienten oft der eigene heilungsbedürftige Anteil aufgezeigt werden.“[75]

„Über den „äußeren“ Patienten wird der Arzt auf seinen eigenen „inneren“ Patienten, seine innere Verwundung verwiesen.“[76]

„Das Verständnis der kommunikativen Beziehungsmuster zwischen „äußerem Arzt“ und „innerem Arzt“ im Patienten bzw. „äußerem Patienten“ und „innerem Patienten“ im Arzt hängt eng mit dem Archetypus bzw. dem Mythos des „verwundeten Arztes“ zusammen“.[77]

Die Psychologin Jeanne Achterberg schreibt bezugnehmend auf den Mythos des verwundeten Heilers folgendes: „Das Bild des verwundeten Heilers ist in allen traditionellen oder ursprünglichen Heilmodellen zu finden. Es drückt aus, dass der Heiler irgendeine Art persönlicher Krise oder Transformation durchgemacht oder eine bestimmte innere Arbeit geleistet hat. Dieses Ereignis half dem Heiler, seine Mission zu erkennen, und verlieh ihm ein Wissen über das Leben, das den meisten Menschen vorenthalten bleibt... Und vielleicht ist der Prozess des Verwundetwerdens, dieser Transformationsprozess - oder auch sein Fehlen – überhaupt der wesentlichste Faktor in bezug auf das Heilen.“[78]

Oder wie es der Mediziner Klaus-Dieter Platsch formuliert: „ Für den ärztlichen Beruf ... ist es notwendig, immer schon einen Schritt vorausgegangen zu sein. Beim medizinischen

Wissen ist es unsere Ausbildung, unsere Profession, beim Einschwingen auf die Ebene der Patientenseele ist es der Zugang zu uns selbst. Wir wirken nur, wenn wir tief in uns übereinstimmen und authentisch sind. Das erfordert innere Arbeit jenseits von medizinischem Wissen, jenseits von Verordnen, Operieren, Diagnostizieren, Kategorisieren, jenseits des Verstandes. ... Der spirituelle Weg, auch der des Therapeuten oder der Therapeutin, ist zuallererst ein Weg, der das eigene Menschsein betrifft. ... Man kann nur da sein und wirken, wo man selbst ist.“[79]

3.1 Die Logik des Herzens

„Im Herzen wohnt das Bewusstsein“, [80] sagen die alten Chinesen.
„Das transzendente Bewusstsein steht in Verbindung mit allem und ist gleichzeitig alles und eins mit allem. Für das Einssein und die Allverbundenheit ist das Herz – das metaphysische Herz – der Ort der Erfahrung. In fast allen alten Kulturen und religiösen und spirituellen Traditionen. Deshalb ist das Herz auch der Ort der bedingungslosen Liebe – die der Ausdruck des Eins- und Allverbundenseins ist.
Das Bewusstsein des Herzens, nicht des Verstandes, hört die Stimme, die zur Heilung ruft: „Wenn die Stimme mit Liebe spricht, wird doch das Herz – auch wenn der Intellekt es nicht hören kann – die Botschaft empfangen.“[81] [82]

Der Mathematiker und Philosoph Blaise Pascal (1623-62) „stellte der *Logik des Verstandes* die *Logik des Herzens* zur Seite, bzw. dem Geist der Mathematik den Geist des fein- und scharfsinnigen Gefühls“,[83] denn obwohl er das klare cartesianische Denken sehr hoch schätzte, sah er gleichzeitig dessen Begrenztheit bei der Beantwortung existenzieller und moralischer Fragen.[84]

„Diese andere Seite der Vernunft erfasst die Beziehungen zwischen den Dingen – wie die Erscheinungen des Lebendigen in ihrem Wechsel und die Beziehungen der Menschen untereinander -, und sie ist zugleich ein feines Messgerät zur Bewertung äußerer und innerer Vorgänge. In allen Fragen der Moral ist für Pascal das Urteil des Herzens maßgebend und

sogar weniger anfällig für Selbsttäuschungen als der oberflächlichere Verstand; das heißt, er schreibt dem Gefühl *eine echte Erkenntnisfunktion zu.* Pascal weiß auch um die Leibgebundenheit aller, auch der geistigen Gefühle, und damit unterscheidet er sich nicht nur diametral von Descartes' Leib-Geist-Spaltung, sondern nimmt Erkenntnisse vorweg, die erst die jüngste neurophysiologische Forschung bestätigt", schreibt die Schweizer Psychologin und Psychotherapeutin Carola Meier-Seethaler.[85]

In Pascals Logik des Herzens geht es „ um eine ganzheitliche, intuitive Wahrnehmung der Welt."[86] Im Vordergrund steht „ nicht der zerlegende Blick des Verstandes, sondern der anschauende, die Dinge in ihrem So - Sein erfassende und sie belassende Blick der Achtung."[87]

Während die Erkenntnis des Herzens Anteil nimmt, sich einfühlt und dem Gegenstand der Betrachtung nahe ist, ohne ihn für eigene Zwecke zu vereinnahmen, beurteilt der Verstand die Dinge aus innerer Distanz heraus.[88]

Pascal sieht beide Arten der Erkenntnis in Abhängigkeit von unserem Wollen: „ Steht die Macht, Geltung und die Durchsetzung eigener Interessen im Vordergrund, dann wird die Logik des Verstandes Vorrang haben. Geht es hingegen um Harmonie und Glück, wird die Logik des Herzens den Vorzug genießen."[89]

„Wenn unser Verstand die Wahrnehmung der Welt in eine begriffliche Ordnung bringt, so ordnet das Gefühl die gleichen Eindrücke nach qualitativen Wertmaßstäben".[90]

Darüber hinaus „ beruht die Erkenntnisfähigkeit und Urteilsfähigkeit des Gefühls im wesentlichen auf seiner Bezogenheit auf die Welt, d.h., die Erkenntnis des Herzens ist immer eine dialogische, die aus dem Frage- und Antwortspiel von behutsamer Einfühlung und aufmerksamer Empfangsbereitschaft resultiert ...und sich als solche stets auf eine konkrete Situation bezieht."[91]
Auch das Erfassen der Dinge in ihrer Ganzheit , das Erfassen der Beziehung der Teile zueinander und zum Ganzen, gründet sich auf die Beziehungsfähigkeit des Gefühls.[92]

Mit Schwierigkeiten verbunden sieht Pascal die allgemeine Kommunizierbarkeit von Gefühlsurteilen. Für die Kommunizierbarkeit von Werten ist daher die sprachliche Ausdrucksfähigkeit von großer Bedeutung. Die von Pascal gemeinte Sprachkunst hat aber nichts mit Überredungskunst zu tun. „ Sie bemüht sich vielmehr, Worte zu finden, die Menschen im Innersten ihres Herzens berühren und an ihre emotionale Urteilskraft appellieren.“[93] Möglich wird dies, „ wenn wir eine Sprache finden, die unseren feinsten Gefühlsschwingungen Ausdruck verleiht, und wenn wir zugleich so formulieren, dass auch unser Gegenüber die eigenen Gefühle darin wiedererkennt.“[94]

„Das weite Land seelischer Zustände, der feinen, verborgenen Gefühlsregungen und Gefühlsurteile, das ist das Feld empathischer, mitfühlender Kommunikation. Sie ist die Sprache des Herzens – jene Sprache, die – so Maximilian Gottschlich – im Medizinbetrieb mit seinen an wissenschaftlicher Rationalität und ökonomischer Effizienz bemessenen Handlungsstrategien nicht mehr vorkommt.“ [95]

Es gilt, diese Sprache für die Medizin wiederzufinden, ebenso wie die Balance zwischen Vernunft und Gefühl. Pascal selbst beschwört das Bild der Mitte und des immer neu zu suchenden Gleichgewichts mit seinem berühmten Satz: „ Der Mensch ist weder Engel noch Tier, und das Unglück will es, dass, wenn er sich zum Engel machen will, er sich zum Tier macht.“ [96] - „ Das heißt, der Versuch reiner Geist sein zu wollen, macht unmenschlich. Oder – in Anlehnung an ein Zitat von Goya -, nicht nur der Schlaf der Vernunft gebiert Ungeheuer, sondern auch der Rückzug auf die reine Intellektualität bei gleichzeitiger Narkotisierung des Gefühls.“[97]

3.2 Neurophysiologie und Emotion

„Die untrennbare Verflechtung zwischen rationalen und emotionalen Leistungen“[98], zeigt auch die jüngste neurobiologische Forschung, zu deren kompetentesten Vertretern Antonio R. Damasio gehört.

In seinem Buch „Descartes' Irrtum" (1995) veröffentlichte er folgende wesentliche Erkenntnisse: „ Es gibt keine Abgrenzungen älterer und jüngerer Gehirnteile, sondern eine enge Vernetzung zwischen ihnen." - „ Die menschliche Identität, das Selbstbewusstsein und das Lebensgefühl ergeben sich aus dem Zusammenwirken von Gehirn und der gesamten Körperlandschaft: Es gibt keine Trennung zwischen Geist und Körper." - „ Es gibt keine prinzipielle Trennung zwischen Kognition und Emotion: Auf der einen Seite sind unsere Gefühle auf die intellektuelle Informationsverarbeitung angewiesen, auf der anderen Seite gibt es kein lebenstüchtiges Denken und keine rationalen Entscheidungen ohne Gefühl."[99]

Für Damasio, so schreibt Carola Meier-Seethaler, „besitzen Gefühlsempfindungen für den Aufbau der Persönlichkeit schon deshalb ein Privileg, weil sie in der kindlichen Entwicklung den übrigen Wahrnehmungen (Kognitionen) vorausgehen: Es sind die Gefühlsempfindungen, die alle Objekte, die wir über die Sinneskanäle aufnehmen mit Wertqualitäten imprägnieren."[100]

„In der Sprache der Hirnforschung gehören die Handlungsabsicht, die dazugehörigen Gefühlslagen und Denkstile sowie der passende Körperausdruck zu ein und demselben neuronalen Netzwerk."[101]... „ein gut gelerntes neuronales Netzwerk kann von jedem seiner Knotenpunkte aus aktiviert werden",[102] betont der Neurobiologe Gerald Hüther.

„Die allererste und wichtigste Aufgabe des Gehirns ist (und bleibt zeitlebens) - so Hüther - nicht das Denken, sondern das Herstellen, Aufrechterhalten und Gestalten von Beziehungen."[103]

Am Beispiel der Schmerzwahrnehmung konnte gezeigt werden, „ dass vor allem die wesentlichen Teilkomponenten des affektiven Schmerznetzwerkes im Gehirn während der reinen Beobachtung einer Schmerzwahrnehmung bei anderen Menschen im Beobachter selbst aktiviert werden. Die Wahrnehmung dieses spezifischen sozialen Stimulus „Schmerz bei einem anderen" induziert beim Beobachter eine partiell gleichartige neuronale Aktivierung und Empfindung. Dieser Mechanismus könnte die Grundlage empathischer Wahrnehmung auch differenzierterer emotionaler Prozesse beim Gegenüber sein"[104] , erklärt Harald Gündel, Mitherausgeber des Buches „Neuropsychosomatik".

Zur Theorie der Spiegelneurone führt er folgendes aus: „ Die aktuelle, aber noch in Teilaspekten umstrittene Hypothese in diesem Forschungsfeld besteht darin, dass uns diese Spiegelneurone in verschiedenen Teilbereichen des Gehirns in die Lage versetzen , Handlungen und Gefühle anderer Menschen *unmittelbar intuitiv* dadurch zu verstehen, dass die multimodale sinnliche Wahrnehmung dieser anderen Menschen zur impliziten (unbewussten) Aktivierung derselben neuronalen Netzwerke in uns selbst führt, die beim anderen aktiv sind. Dadurch wären wir dann zu echtem „Mitfühlen“ im wahrsten Sinne des Wortes, zu echter Empathie fähig, die nicht auf rationalem Perspektivenwechsel, sondern auf mehr impliziter „neuronaler Verbundenheit“ beruht.“[105]

4 Empathie

4.1 Begriff der Empathie

Der Begriff „Empathie“ geht auf das griechische Wort "empatheia" zurück, was übersetzt soviel wie "Einfühlung" bedeutet. In den 50er Jahren wurde der Begriff „Einfühlung“ in der deutschsprachigen Psychologie durch den Begriff „Empathie“ ersetzt.[106]

Neuropsychologische Grundlagen für Empathie finden sich in der Hirnforschung. Singer identifizierte in Untersuchungen Hirnstrukturen, deren Funktion höchste geistige Leistungen wie Empathie und soziale Kompetenz ermöglichen. Spiegelneuronen, welche von Angst und Stress beeinflusst werden können, bilden die Grundlage für Intuition. So werden auch Empfindungen widergespiegelt. Dies ermöglicht ein unmittelbares Verstehen der Empfindungen bei anderen Menschen. Hutchison wies Spiegelneuronen für Schmerz, Mitgefühl und auch Empathie nach. So werden zum Beispiel Schmerzreaktionen, die bei anderen Menschen beobachtet werden so nachempfunden, als ob man sie selbst erleben würde. Da auch Sympathie durch kongruente Mimik und Körpersprache - also durch adäquate Spiegelung - entsteht, bilden Spiegelneuronen die Basis für gegenseitiges emotionales Verstehen. [107]

Die Entwicklungspsychologin Doris Bischof-Köhler definiert Empathie „als Erfahrung, unmittelbar der Gefühlslage eines anderen teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe bleibt das Gefühl aber anschaulich dem anderen zugeordnet“.[108]
In ihren Experimenten wies sie nach, dass Empathie bei Kindern dann entstehen kann, wenn sie fähig sind, sich selbst in einem Spiegel zu erkennen. Dies passiert in etwa im Alter von zwei Jahren, noch bevor sie das Wort „Ich“ verbalisieren können. Erst wenn wir uns selbst als jemand anders sehen können, ist es uns möglich empathisch zu agieren. „Selbstobjektivierung hat also eigentlich zwei Funktionen: Sie liefert die Grundlage für die Identifikation, weil sie es einem erlaubt, sich selbst als jemanden zu erfahren, der im Wesentlichen derselbe ist wie der andere. Und sie ermöglicht die Ich-andere-Unterscheidung, die notwendig ist, um der

empathischen Erfahrung die Einsicht in die wahre Quelle des mitempfundenen Gefühls zu vermitteln.“[109]

In der Literatur wird oftmals zwischen sozialer Empathie - an den Emotionen anderer teilhaben (Scotland 1969, Mehrabian und Epstein 1972) - und kognitiver Empathie -mentale Prozesse der Perspektiven und Rollenübernahme (Mead 1934, Hogan 1964) - unterschieden.[110]

Hofmanns Definition (1981) enthält sowohl affektive als auch kognitive Aspekte.
„Empathie ist eine universelle menschliche Erwiderung für die es eine konstitutionelle Basis gibt zugänglich für perzipierenden und kognitiven Einfluss.“[111]
Weiters betont er jedoch auch, dass empathische Reaktionen nicht unbedingt eine Rollenübernahme vorhergeht, sondern dass diese auch auf direktem Weg durch expressive Signale – die die Emotionen anderer anzeigen – hervorgerufen werden können.[112]

Eine der ältesten Definitionen geht laut Bischoff-Wanner auf Stein zurück. Stein definierte bereits 1916 Empathie als Erleben bzw. Erfassen fremder Bewusstseinsinhalte.
Eine Definition, die laut Bischoff-Wanner auch heute noch gilt.
Als empathische Kompetenz betrachtet sie die Fähigkeit „innerhalb eines beruflichen Kontextes stellvertretend die Perspektive und die Gefühlswelt eines anderen Menschen nachzuvollziehen und danach zu handeln“[113].
Empathie als Mechanismus der sozialen Kognition umfasst alle Leistungen, die erbracht werden, um die psychische Verfassung eines anderen zu verstehen. Dabei unterscheidet sie – angelehnt an soziale und kognitive Empathie - in affektive und kognitive Empathie.[114]

Abbildung 1: Merkmale affektiver und kognitiver Empathie nach Bischoff-Wanner (2002, S 146)

Empathie	
Affektiv **„Fühlen, was ein anderer fühlt“**	**Kognitiv** **„Verstehen, was ein anderer fühlt und denkt“**
1. Empathie ist ein Mechanismus der sozialen Kognition	1. Empathie ist ein Mechanismus der sozialen Kognition
2. Empathie findet innerhalb einer Beziehung zwischen zwei (oder mehr) Personen statt	2. Empathie findet innerhalb einer Beziehung zwischen zwei (oder mehr) Personen statt
3. Empathie ist ein neutrales Erleben, d.h. jedweder innere Gefühlszustand des Anderen wird miterlebt	3. Empathie ist ein neutrales Erleben, d.h. jedweder innere Gefühlszustand des Anderen wird miterlebt
4. Empathie ist objektiv, d.h. es handelt sich um den Versuch, eine andere Person nichtbewertend und nichtbeurteilend zu verstehen	4. Empathie ist objektiv, d.h. es handelt sich um den Versuch, eine andere Person nichtbewertend und nichtbeurteilend zu verstehen
5. Es muss eine Differenzierung zwischen dem eigenen und fremden Erleben erfolgen	5. Es muss eine Differenzierung zwischen dem eigenen und fremden Erleben erfolgen
6. Die Aufmerksamkeit ist auf die andere Person gerichtet	6. Die Aufmerksamkeit ist auf die andere Person gerichtet
7. Zeitweiliges Aufgeben der eigenen egoistischen Perspektive	7. Temporäre Identifikation, zeitweise Selbstlosigkeit
8. Stellvertretendes, unmittelbares, paralleles Gefühlserleben, das zu Gefühlsteilung führt	8. Mittelbares Erkennen/Verstehen des inneren Zustandes des anderen ohne Gefühlsteilung
9. Einfache kognitive Verarbeitungsprozesse	9. Komplexe kognitive Verarbeitungsprozesse
10. Weitgehend unbewusste, spontanen Reaktion, wenig kognitive Kontrolle	10. Bewusster Akt, Absicht, unter kognitiver Kontrolle
11. Emotionale Erregungsfähigkeit	11. Vorstellungskraft – Simulation von Wirklichkeit in der Phantasie
	12. Fähigkeit, mehrere Perspektiven zu berücksichtigen
	13. Kommunikation

Anmerkung: *Diese Tabelle ist in leicht abgeänderter Form Bischoff-Wanner (2002) S. 146 entnommen.*

Grundsätzlich stehen sich in der affektiven Perspektive ein Beobachter und eine beobachtete Person gegenüber. Durch die Wahrnehmung des Ausdrucksverhaltens der beobachteten Person kommt es zu einer vorübergehenden Identifikation des Beobachters. Dies führt zu einer emotionalen Erregung, wodurch der Gefühlzustand – meist in abgeschwächter Form – empathisch miterlebt wird. Eine Abgrenzung zu Mitgefühl ist hierbei schwierig.
Im Gegensatz dazu versetzt sich bei der kognitiven Perspektive ein Beobachter willentlich und bewusst in die andere Person hinein, dadurch kommt es zu einer Perspektiven- und Rollenübernahme. Dabei wird versucht, Gefühle und Gedanken zu verstehen, ohne die Gefühle unbedingt nachvollziehen zu müssen.[115]

In einem Konzept der Perspektivenübernahme beschreibt sie die dafür wesentlichen Voraussetzungen im Pflegebereich:

Abbildung 2: Konzept der Perspektivenübernahme nach Bischoff-Wanner (2002, S 272)

Konzept der Perspektivenübernahme
1. Mittel der sozialen Kognition
2. Absicht, Wille, empathisch zu sein
3. Offenheit/Rezeptivität der Pflegeperson
4. Direkte Anwesenheit des Patienten
5. Zugänglichkeit des Patienten
6. Interaktion
7. Fokus der Aufmerksamkeit liegt auf dem Erleben des anderen
8. Erkennen und Interpretieren von Hinweisreizen
9.Temporäre Identifikation
10. Prozess des mittelbaren Erkennens/Erfassens und Verstehens des
11. Ich-Andere-Differenzierung
12. Bewusstheit
13. Gegenwärtigkeit, „Hier und Jetzt“
14. Zeitliche Begrenzung
15. Neutralität
16. Objektivität

***Anmerkung**: Diese Tabelle ist in leicht abgeänderter Form Bischoff-Wanner (2002) S 272 entnommen.*

Weiters spricht sie von Empathie als einem „mehrdimensionalen Konstrukt“, da auch eine motivationale und eine kommunikative Komponente nicht außer Acht gelassen werden dürfen[116].
Allgemein gesehen stellt sie bezüglich affektiver und kognitiver Empathie fest, dass sich wesentlich Merkmale gleichen und versucht zu klären, ob es sich bei affektiver und kognitiver

Empathie um Dimensionen eines einheitlichen Begriffes handeln könnte. Sie sieht Empathie als affektiv ausgelösten komplexen Prozess, bei dem auch kognitive Verarbeitungsprozesse modifizierend eingreifen können. Aber auch die Fähigkeit des „Sich-Hineinversetzens“ kann über eine Gefühlsteilung zu einer affektiven Reaktion führen. Demzufolge können affektive und kognitive Empathie Dimensionen eines einheitlichen Phänomens sein, die sich gegenseitig durchdringen[117].

Laut Squier weist empathische Kommunikation zwei miteinander in Beziehung stehende, aber analytisch unterscheidbare Dimensionen auf: „ eine eher kognitiv-informative und eine affektiv-motivationale.“
Erstere umfasst die Fähigkeit bzw. Bereitschaft, die Perspektive des anderen einzunehmen, also seine Definition der Situation zu teilen, zweitere beschreibt die - wesentlich anspruchsvollere und weiter reichende – Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf die Gefühle des anderen einzulassen, sich affektiv involvieren bzw. affizieren zu lassen.[118]

4.2 Die Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers

4.2.1 Carl R. Rogers´ Leben und Menschenbild

Carl R. Rogers wurde am 8. Jänner 1902 in Oak Park, Illinois geboren. Aufgewachsen mit streng religiösen Eltern beschäftigte er sich von klein auf mit religiösen und ethischen Fragen. Inspiriert durch die Farm seines Vaters begann er jedoch an der Universität von Wisconsin Agrarwirtschaft zu studieren, wechselte aber nach zwei Jahren in das Studienfach Theologie. Nach einer Reise nach Asien 1922 besuchte er ein liberales theologisches Seminar (Union Theological College) in New York, entschloss sich dann jedoch im Bereich Erziehungsberatung weiter zu studieren, um klinischer Psychologe zu werden. Er absolvierte am Teachers College der Columbia Universität seinen Abschluss als Ph.D im Jahre 1931.119

In den 1940er Jahren begann Carl Rogers psychotherapeutische Vorstellungen zu entwickeln, die sich von den psychodynamischen Prinzipien, die zu dieser Zeit vorherrschten, unterschieden. Rogers war davon überzeugt, dass Klienten mehr von einer Therapie profitieren würden, wenn diese von ihrer persönlichen, subjektiven Sicht der Dinge ausginge,

statt von einer fremden Definition von objektiver Realität. Er nannte diese neue Methode „klientenzentrierte Psychotherapie“, im deutschen Sprachraum setzte sich der Begriff „Gesprächstherapie“ durch.[120]

Wie folgender Absatz zeigt, ist Rogers tiefer Respekt anderen Menschen gegenüber nicht auf einem naiven Optimismus begründet, er verweist auch immer wieder darauf, dass seine Schlussfolgerungen auf Erfahrungen aus über 25 Jahren Psychotherapie beruhen:

„Ich habe kein euphorisches Bild von der menschlichen Natur. Ich weiß, dass Individuen aus Abwehr und innerer Angst sich unglaublich grausam, destruktiv, unreif, regressiv, asozial und schändlich verhalten können. Es ist dennoch eine der erfrischensten und belebensten Aspekte meiner Erfahrung, mit solchen Individuen zu arbeiten und die starken positiven Richtungsneigungen zu entdecken, die sich auf den tiefsten Ebenen bei ihnen wie bei uns allen finden.“ [121]

Weiters zählt Rogers 14 Prinzipien auf, die er in tausenden Therapie- und Forschungsstunden erkannt hat, wie zum Beispiel:

1. „In meinen Beziehungen zu Menschen habe ich herausgefunden, dass es auf lange Sicht nicht hilft, so zu tun, als wäre ich jemand, der ich nicht bin.
2. Ich habe es als äußerst wertvoll empfunden, wenn ich mir erlauben kann, einen anderen Menschen zu verstehen.
3. dass[…] das, was am persönlichsten und einzigartigsten in jedem von uns ist, wahrscheinlich gerade das Element ist, das in seiner Mitteilung andere am tiefsten ansprechen wird.“[122]

4.2.2 Der Beziehungs- und Kommunikationsaspekt in der Gesprächstherapie

Laut Rogers müssen während der gesamten Therapie drei wichtige Eigenschaften vorherrschen:

- Akkurate Empathie, wobei genau erfasst wird, was die Klienten sagen, denken oder fühlen. Dies wird wiederum einfühlsam zurückgegeben.
- Unbedingte positive Wertschätzung, wobei der Therapeut zeigt, dass er die Klienten gänzlich und warmherzig akzeptiert, ganz egal, was das Gegenüber auch denkt oder fühlt.
- Echtheit (auch als Kongruenz bezeichnet), welche sich in Offenheit und Ehrlichkeit findet. Therapeuten, die nicht offen und ehrlich sind, werden von Menschen möglicherweise als mechanisch und falsch wahrgenommen.[123]

Comer beschreibt diese Kommunikationsatmosphäre auch kurz und prägnant:
„In einer Atmosphäre der unbedingten positiven Wertschätzung, Empathie und Echtheit gelingt es dem Klienten immer besser zu spüren, dass ihr Therapeut sie akzeptiert; auf dieser

Grundlage sind sie dann vielleicht fähig, sich selbst ehrlich zu betrachten und anzunehmen – dieser Prozess heißt „Erfahrung des Selbst“. Sie beginnen also, ihre eigenen Empfindungen, Gedanken und Verhaltensweisen zu schätzen und befreien sich so von den Unsicherheiten und Zweifeln, die ihre Selbstverwirklichung verhindert haben.“[124]

Rogers selbst meint, dass durch die akzeptierende Haltung des Therapeuten der Klient freier in seinem Ausdruck wird und sich seine starre Organisation der Selbststruktur entspannt. Somit tritt ein Prozess ein, den Rogers als ,,Desorganisation und Reorganisation" bezeichnet. Dabei greift der Klient zuerst auf alte, bekannte Verhaltensmuster zurück, da neue Erfahrungen, die der Klient wahrnimmt nicht in sein Selbstkonzept passen. Erst nach und nach werden diese Erfahrungen in der therapeutischen Situation in das Selbstkonzept übernommen. Da diese neuen Erfahrungen auch differenziert werden, wird die Neuorganisation des Selbstkonzeptes gefestigt.[125]

4.2.2.1 Empathie oder einfühlendes Verstehen als therapeutischer Wirkfaktor

Rogers definiert Empathie als ,,Zustand des sich Einfühlens..., den inneren Bezugsrahmen eines anderen genau wahrzunehmen, unter Einschluss der dazugehörigen gefühlsmäßigen Komponenten und Bedeutungen, so als ob man selbst der Andere wäre, ohne aber jemals den als-ob Zustand zu verlassen"[126]

Weiters meint Rogers:
"The state of empathy, or being empathic, is to perceive the internal frame of reference of another with accuracy and with the emotional components and meanings which pertain thereto as if one were the person, but without ever losing the 'as if' condition. Thus
it means to sense the hurt or the pleasure of another as he senses it and to perceive the causes thereof as he perceives them, but without ever losing the recognition that it is as if I were hurt or pleased and so forth. If this 'as if' quality is lost, then the state is one of identification."[127]
Das Entscheidende ist hierbei also der „als-ob Charakter“. Falls dieser nicht mehr besteht und eine Identifikation mit dem Klienten eintritt, kann dies nicht mehr im Sinne einer Empathie

sein, da es diese Identifikation dem Therapeuten unmöglich macht, dem Klienten neue Erfahrungen zu ermöglichen.

In seinem späteren Buch „A way of beeing“ geht Rogers in „a current definition“ auch genauer darauf ein, was es heißt, empathisch zu sein:

“The way of being with another person which is termed empathic has several facets. It means entering the private perceptual world of the other and becoming thoroughly at home in it. It involves being sensitive, moment to moment, to the changing felt meanings which flow in this other person, to the fear or rage or tenderness or confusion or whatever, that he/she is experiencing. It means temporarily living in his or her life, moving about in it delicately without making judgments, sensing meanings of which he or she is scarcely aware, but not trying to uncover feelings of which the person is totally unaware, since this would be too threatening. It includes communicating your sensings of his or her world as you look with fresh and unfrightened eyes at elements of which the individual is fearful. It means frequently checking with him as to the accuracy of your sensings, and being guided by the responses you receive. You are a confident companion to the person in his/her inner world. By pointing to the possible meanings in the flow of his/her experiencing you help the person to focus on this useful type of referent, to experience the meanings more fully, and to move forward in the experiencing.” [128]

Laut Squier weist empathische Kommunikation zwei miteinander in Verbindung stehende aber doch analytisch unterscheidbare Dimensionen auf, nämlich einerseits eine kognitiv-informative und andererseits eine affektiv-motivationale Komponente[129]

Auch Finke zeigt auf, dass der Begriff „einfühlendes Verstehen“ zweier verschiedener Faktoren bedarf, einerseits das „Einfühlen“, welches eher emotional-intuitiv ist, andererseits das „Verstehen“, das eher einen kognitiven Zugang kennzeichnet[130]. Als „Verstehen“ ist sowohl die Äußerung des Klienten als auch das Verstehen der Äußerung –welches einer Interpretation entsprechen würde- anzusehen. Eine Interpretation muss in äußerst langsamen Schritten vollzogen werden, damit der Klient überhaupt mit einer Auseinadersetzung mit sich selbst beginnen kann.

Die wichtigste Vorraussetzung für das einfühlende Verstehen, also die Empathie, ist jedoch das „Einfühlen“. Dabei versucht der Therapeut die Welt genauso wie der Klient wahrzunehmen.[131].

Finke definiert fünf Stufen des einfühlenden Verstehens, die aufeinanderfolgend absolviert werden müssen um den vollen Bedeutungszusammenhang der Aussagen des Klienten herauszufinden:

- „Einfühlendes Wiederholen“: hierbei wird der Sinn der Aussagen des Klienten von dem Therapeuten mit eigenen Worten wiedergegeben. Es werden nicht nur die Worte des Klienten einfach umgestellt, sondern es wird versucht, die Bedeutung des Gesagten darzustellen.

- „Konkretisierendes Verstehen“: zeigt den Zusammenhang zwischen der jeweiligen Situation und den Gefühlen sowie dem Verhalten des Klienten auf. Dadurch kann der Klient erkennen, dass bestimmte Gefühle auch oftmals in einem bestimmten Kontext auftreten.

- „Selbstkonzeptbezogenes Verstehen“: die Verbindung zwischen Gefühlen und den anschließenden Reaktionen soll hierbei dem Klienten bewusst gemacht werden. Er wird bestärkt, sich selbst aufgrund seines eigenen Bezugssystems zu verstehen.

- „Organismusbezogenes Verstehen“: hierbei werden verdeckte Bedürfnisse des Klienten aufgedeckt, und ihm eine Möglichkeit geschaffen, diese zu erkennen. Rogers sieht den Begriff „Organismus“ hier nicht in einem biologischen Sinne sondern vielmehr als „Ort der Verkörperung der Lebenskraft und Aktualisierungstendenz".

- „Interpretieren“: das Interpretieren, welches in allen vorangegangenen Stufen schon vorhanden ist, wird hier nochmals als eigene Stufe beschrieben. Dies soll verdeutlichen, dass Aussagen des Klienten in einem noch größeren Sinnzusammenhang verstanden und interpretiert werden sollen, als dies in den vorherigen Stufen schon passiert ist. Es ist immer ein äußerst schwieriger Entscheidungsfindungsprozess für den Therapeuten, wie und in welchem Sinnzusammenhang er interpretiert.[132]

Was es jedoch für den Therapeuten bedeutet empathisch zu sein, beschreibt Rogers selbst wohl am Besten:
“To be with another in this way means that for the time being you lay aside the views and values you hold for yourself in order to enter another's world without prejudice. In some sense it means that you lay aside your self and this can only be done by a person who is secure enough in himself that he knows he will not get lost in what may turn out to be the strange or bizarre world of the other, and can comfortably return to
his own world when he wishes. Perhaps this description makes clear that being empathic is a complex demanding, strong yet subtle and gentle way of being.”[133]

Jedoch ist nach Rogers Empathie auch „vielleicht am leichtesten, durch ein Training zu vervollkommnen. Berater können sehr rasch lernen, bessere, sensiblere, einfühlsamere Zuhörer zu sein. Zum Teil ist es Übungssache, zum Teil Sache der Einstellung. Um echter oder anteilnehmender zu werden, muss sich der Berater hingegen selbst anders erfahren, und dies ist ein langsamer und komplexer Prozess.“[134]

4.2.2.2 Unbedingte positive Wertschätzung

"I find that the more acceptance and liking I feel toward this individual, the more I will be creating a relationship which he can use. By acceptance I mean a warm regard for him as a person of unconditional self-worth, of value no matter what his conditions or his feelings. [...] This acceptance of each fluctuating aspect of this other person makes it for him a relationship of warmth and safety, and the safety of beeing liked and prized as a person seems as highly important element in a helping relationship.” [135]

Das bedingungsfreie Akzeptieren lässt sich auch so beschreiben, dass der Therapeut den Klienten schätzt, wie Eltern ihre Kinder: nicht weil er jede Äußerung oder jedes Verhalten gut heißt, sondern weil er ihn vollkommen und nicht nur unter bestimmten Bedingungen akzeptiert. Finke beschreibt hierbei zwei Ebenen. Einerseits schafft der Therapeut einen Rahmen, der dem Klienten ermöglicht, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen und zu entfalten, anderseits gibt es auch eine instrumentelle Ebene, die es dem Therapeuten

ermöglicht, durch gezielte Interventionen wie Bestätigung, Anerkennung oder Lob das Selbstwertgefühl des Klienten zu erhöhen. [136]

Biermann-Ratjen streicht auch heraus, dass ohne „einfühlendes Verstehen“ ein Prinzip des „bedingungsfreien Akzeptierens“ gar nicht möglich wäre, weil es unmöglich ist, etwas zu akzeptieren, was ich nicht verstanden habe.[137]

Motschnig-Pitrik und Nykl beschreiben die Vermittlung von Akzeptanz kurz und prägnant:

„Die Vermittlung von Akzeptanz erfolgt primär auf der symbolisierten Gefühlsebene. Die inhaltliche, kognitive Ebene spielt dabei wahrscheinlich eine untergeordnete Rolle und dient hauptsächlich als Vermittler für die Gesprächsführung. Der Facilitator symbolisiert, dass er die vermittelte, vielleicht vom Klienten noch nicht bewusste emotionale Bedeutung der kommunizierten Inhalte ernsthaft wahrnimmt, ohne dass er diesen zustimmt oder sich mit ihnen identifiziert und dadurch die Bedeutung sozial verstärkt. Er empfindet nur das, was der Klient sagt und selbst empfindet. Er akzeptiert den Klienten als eine Person mit allen Möglichkeiten und Dispositionen.“[138]

4.2.2.3 Echtheit des Therapeuten (Kongruenz)

"I have found that the more that I can be genuine in the relationship, the more helpful it will be. […] Being genuine also involves the willingness to be and to express, in my words and my behavior, the various feelings and attitudes, which exist in me. […] It is only by providing the genuine reality which is in me, that the other person can successfully seek for the reality in him."[139]

In der Beziehung zu seinem Klienten sollte der Therapeut er selbst sein, also „echt“. So muss er auch alles, was er in der Beziehung fühlt und erlebt erkennen und dem Klienten mitteilen können. Finke beschreibt die Interventionsformen des Prinzips „Echtheit“ mit „Konfrontation“, „Beziehungsklärung“ und „sich selbst einbringen“. Er sieht dies als weiterführende Entwicklung des „einfühlenden Verstehens“, da der Therapeut jetzt nicht mehr nur die Auseinandersetzung des Klienten mit sich selbst fördert, sondern es hierbei zu einem Austausch zwischen dem Bezugssystem des Therapeuten und jenes des Klienten kommt [140].

Biermann-Ratjen sieht zwei Komponenten der Kongruenz. Erstens muss der Therapeut in sich selbst kongruent sein, damit es ihm möglich ist, zu seinem eigenen Erleben – sowohl innerhalb als auch außerhalb der therapeutischen Sitzungen - zu stehen. Er muss dazu fähig sein, sich dies bewusst zu machen und anderen mitzuteilen.

Zweitens – und für Rogers bedeutender – gibt es eine Kongruenz gegenüber dem Klienten. Da im Therapieprozess durch den Klienten oftmals beim Therapeuten Gefühle ausgelöst werden, die im Widerspruch zum Prinzip des „bedingungsfreien Akzeptierens“ stehen, kann dadurch das „einfühlende Verstehen“ erschwert werden. Der Therapeut muss sich dies bewusst machen und auch sich selbst und diese Situation reflektieren können, um sowohl sich selbst als auch den Klienten besser zu verstehen. Dadurch soll eine Abweichung von der „unbedingten Wertschätzung“ vermieden werden.[141]

5 Neurobiologische Grundlagen und empathische Kommunikation

„Wir sind, so schreibt der Psychotherapeut Joachim Bauer, – aus neurobiologischer Sicht – auf soziale Resonanz und Kooperation angelegte Wesen. Kern aller menschlichen Motivation ist es, zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung oder Zuneigung zu finden und zu geben.“ [142]

„Die Argumente, die den Menschen aus biologischer Sicht als Beziehungswesen ausweisen, beziehen sich auf drei fundamentale biologische Kriterien: Zum einen sind die Motivationssysteme des Gehirns in entscheidender Weise auf Kooperation und Zuwendung ausgerichtet und stellen unter andauernder sozialer Isolation ihren Dienst ein. Zweitens führen schwere Störungen oder Verluste maßgeblicher zwischenmenschlicher Beziehungen zu einer Mobilmachung biologischer Stresssysteme.“[143]

„Aus beidem, sowohl aus der Deaktivierung der Motivations- als auch aus der Aktivierung der Stresssysteme, können sich gesundheitliche Störungen ergeben. Dies macht deutlich, dass Menschen nicht für eine Umwelt gemacht sind, die durch Isolation oder ständige Konflikte gekennzeichnet ist.“[144]

„Ein drittes neurobiologisches Kriterium, das den Menschen als Beziehungswesen kennzeichnet, ist das System der Spiegelnervenzellen: Nicht nur der Mensch, auch eine Reihe von Tierarten besitzt mit diesen Zellen ein neurobiologisches System, das eine intuitive wechselseitige soziale Einstimmung ermöglicht. Das System dieser besonderen Zellen sorgt dafür, dass ein Individuum das, was es bei einem anderen Individuum der gleichen Art wahrnimmt, im eigenen Organismus – im Sinne einer stillen inneren Simulation- nacherlebt (dies ist der Grund, warum wir zum Beispiel Schmerz empfinden, wenn wir zusehen müssen, wie sich eine andere Person heftig verletzt, oder warum emotionale Stimmungen ansteckend sind).
Dadurch ergeben sich weit reichende – bislang noch nicht in ganzer Breite erforschte – Möglichkeiten sozialer Resonanz. Im Falle des Menschen ermöglichen Spiegelnervenzellen eine besondere Form sozialer Verbundenheit: Mitgefühl, Empathie.“ [145]

Der persische Arzt Avicenna (980 – 1037) sagte: „Die Vorstellungskraft eines Menschen kann nicht nur auf seinen eigenen Körper einwirken, sondern sogar auf andere, selbst weit entfernte Körper. Sie kann diese verzaubern und verändern, sie krank machen oder sie wieder gesund werden lassen.“ [146]

Alle Überzeugungen und Erwartungen sowohl des Arztes als auch des Patienten, das macht die Theorie der Spiegelresonanz deutlich, führen „zu intuitiven Wahrnehmungs- und Spiegelungsabläufen, die den Behandlungserfolg oft stärker beeinflussen als manche therapeutische Maßnahme.“[147]

„Die inneren Einstellungen des Arztes lösen beim Patienten eine Resonanz aus und umgekehrt die des Patienten beim Arzt“, [148] schreibt Joachim Bauer.

„Die Einstellungen und Erwartungen des Arztes, die in solchem unwillkürlichen Verhalten zum Ausdruck kommen, sind innere Programme, die vorgeben, wie sich der weitere Handlungsablauf und das ihn begleitende Empfinden der Beteiligten gestalten wird bzw. gestalten soll. Sie führen beim Patienten zu einer Resonanz, das heißt, sie aktivieren intuitiv korrespondierende Einstellungen, Stimmungen und Erwartungen, die in der Regel denjenigen des Arztes entsprechen. Dies schließt nicht aus, dass eine solche Resonanz in einem zweiten Schritt eine ablehnende Gegenreaktion des Patienten auslöst – zum Beispiel, wenn er sich nicht angenommen fühlt.
Obwohl weder vom Arzt noch vom Patienten beabsichtigt, übertragen sich die Vorstellungen, Konzepte und Erwartungen von der einen auf die andere Seite.“[149]

Umgekehrt teilen sich aber auch die Haltungen und Erwartungen des Patienten über zahlreiche nonverbale Signale dem Arzt mit: „ Vom Patienten gehegte Einstellungen und Haltungen lösen nun ihrerseits beim Arzt eine intuitive Resonanz aus, das heißt, sie erzeugen in ihm – ohne dass dies einer der Beteiligten beabsichtigte – korrespondierende Gefühle. Dies schließt wiederum nicht aus, dass eine solche Resonanz in einem zweiten Schritt zu einer anders gerichteten Gegenreaktion führt.
Spürt etwa ein Arzt im Rahmen seiner Resonanzreaktion, dass der Patient Angst hat, seine Beschwerden könnten zu unbedeutend sein, um überhaupt vorgetragen zu werden, so

ermöglicht es ihm gerade diese Wahrnehmung , in einem zweiten Schritt eine gegenläufige, zu Beispiel anteilnehmende Reaktion zu zeigen.
Die im Arzt ausgelöste Resonanz wird sowohl seine therapeutische Wirksamkeit als auch den Behandlungsverlauf erheblich beeinflussen.“[150]

Innere Einstellungen und Glaubenssätze von Arzt und Patient gestalten also die jeweilige Realität –vor allem die des Patienten – mit: „ Alle Festlegungen wie medizinische Diagnosen, pathologische Beschreibungen und Prognosen, die einen Menschen beispielsweise zu einem >Diabetiker< , >Rheumatiker< oder >Krebskranken< reduzieren, fixieren auf fatale Weise die Identifikation der kranken Person mit ihrer Krankheit, was kaum einen anderen Ausweg mehr zulässt,“ [151] warnt der Mediziner Klaus-Dieter Platsch.

Auch bei Diagnosen wie zum Beispiel Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit oder Allergien werden durch medizinische Festlegungen Heilungsmöglichkeiten zum Teil sehr eingeschränkt: „ Die konventionelle Medizin macht nicht den Versuch, die Blutdruck-, Herz- oder allergischen Beschwerden im Lebenskontext verstehen zu wollen und in Bezug zum Leben der betroffenen Person zu setzen, geschweige denn Medikamente wieder zu reduzieren oder abzusetzen, wenn die Symptome zurückgehen, meist mit der Begründung, >das werden Sie Ihr Leben lang haben ...<“ [152]

Erwartungen und Haltungen, die den Spiegelungsphänomenen zugrunde liegen, sind wesentliche Faktoren für jeden Heilungsprozess.
Unter dem Einfluss von vorgefassten therapeutischen Meinungen und Konzepten, therapeutischen Richtlinien und Standards, die das Bewusstseinsfeld von Arzt und Patient überlagern und ärztliches Denken und Handeln bestimmen, wird die heilende Arzt- Patienten - Beziehung möglicherweise zu einer Beziehung, die Heilung verhindert.[153]

6 Die Bedeutung des Mitgefühls für die Arzt-Patienten-Kommunikation

Bereits 1943 bezeichnete Eugen Bleuler zwischen- menschliche Interaktion als wesentlichen Faktor ärztlichen Handelns :„ Die therapeutische Bedeutung des Verhältnisses des Arztes zu seinem Kranken wird am besten verstanden, wenn man es an der Bedeutung misst, die alle menschlichen Beziehungen für die Prägung der Persönlichkeit und für das Befinden haben: Wir werden zu dem, was wir sind, im Zusammenhang mit unseren Beziehungen... Und unser alltägliches Befinden hängt weitgehend davon ab, wie unsere Beziehungen zu anderen sind und wie wir sie uns vorstellen.“[154]

Mitfühlende Kommunikation wirkt sich nicht nur positiv auf die Patientenzufriedenheit aus, sie hat auch eine physiologische Dimension.
„Meine Wahrnehmung deiner Sorge (oder Gleichgültigkeit) mir gegenüber erzeugt eine Lawine biochemischer Veränderungen in meinem Körper. Wie ein Wasserfall folgen hormonelle Reaktionen auf meinen Eindruck von der Art und Weise unserer wechselseitigen Beziehung. Das sind keine vagen oder abstrakten philosophischen Ideen, sondern konkrete physiologische Folgerungen...Es gibt, um es ganz klar zu sagen, eine Physiologie der Menschlichkeit.“ [155]

Wenn Ärzte und Therapeuten das, was sie tun, „als Dienst verstehen – und das ist die wörtliche Bedeutung von *Therapie* - , erfährt alles Handeln eine sozialethische Dimension, die aus dem Verständnis von „Verantwortlichkeit“ als „ Ver-Antwort-lichkeit“ (bzw. von „responsibility“ als „response-ability“) gegenüber der Not des Mitmenschen zu einem neuen Verständnis von Selbstverwirklichung als Verwirklichung des Selbst durch und zusammen mit anderen führt“ , schreibt der Psychotherapeut Peter F. Schmid und er führt weiter aus:

„In der zwischenmenschlichen Begegnung, die wir Therapie nennen, angesprochen und um Antwort gebeten, übernehmen wir eine tiefgreifende Verantwortung, eine Verpflichtung, aufgrund derer unser Mit-Mensch von uns jenen Dienst erwartet, den wir einander schulden – nicht mehr und nicht weniger als das, was mit dem häufig missbrauchten und dennoch unersetzbaren Wort „Liebe“ gemeint ist.“ [156]

In Anbetracht von Hochtechnisierung und Hochspezialisierung „ mag der Gedanke an eine Medizin, welche einem Ethos der Liebe verpflichtet ist, ziemlich abwegig erscheinen. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil für unser Verständnis Liebe nichts ist, was als professionelle Einstellung oder Tugend gefordert und abverlangt werden könnte. Gefordert werden kann hingegen *Achtung*, und zwar die Achtung eines anderen Menschen nicht aufgrund bestimmter Vorzüge, die er besitzt..., sondern die Achtung seiner Person. Die Achtung nimmt gewissermaßen die Stelle ein, die in jenem alten Verständnis der Medizin die Liebe innehatte.“[157]

„Mitgefühl ist der Schlüssel für eine glückende und heilvolle Arzt-Patienten- Beziehung... Aber Mitfühlen, empathische Zuwendung, bedarf nicht unbedingt des Wortes, denn die Sprache der Seele ist nonverbal. Es ist nicht primär das Wort, in dem sich Mitgefühl ausdrückt, sondern die personale Präsenz und emotionale Aufmerksamkeit hinter dem Wort“,[158] macht Maximilian Gottschlich deutlich.

Empathische Kommunikation beginnt also „ nicht mit dem Sprechen, auch nicht mit der Vorbereitung auf das Sprechen, sondern mit dem „aktiven Zuhören“, einem Zuhören,... das sich bemüht, die Zwischentöne, das Nicht-Gesagte zu erfassen.“ [159]

In einem Artikel über Empathie schreibt Carl R. Rogers: „Bei meiner Arbeit als Therapeut habe ich sehr früh entdeckt, dass dem Klienten einfach zuhören, und zwar sehr aufmerksam, eine ganz wichtige Art des Helfens ist. Wenn ich mir nicht im klaren war, was ich aktiv tun sollte, dann hörte ich zu. Es überraschte mich, dass eine solch passive Art der Interaktion so nützlich sein konnte.“[160]

Rogers zitiert einen Spruch von Lao-tse, den er „ganz besonders zu schätzen gelernt hat“:
„ Es ist als ob er zuhörte
und solches Zuhören wie seins hüllt uns in ein Schweigen
in dem wir schließlich zu hören beginnen
was wir eigentlich sein sollen.“[161]

Gion Condrau, ein Vertreter der Daseinsanalyse hält Sprache für das Menschsein für wesentlich: „Zum redenden Sprechen gehören aber als Möglichkeiten zugleich Hören und Schweigen. Ist die Sprache als Miteinander-Reden Mitteilung und Darstellung von Bedeutungszusammenhängen, so bekundet sich im Miteinander-Reden und Aufeinander-Hören, ob und wie wir uns verstehen oder nicht verstehen.“[162]

„ In die Sprache bringen, heißt, so Condrau, nicht nur „sprechen“, sondern vor allem „hören“ und „schweigen“...
Schweigen bewahren ist Hören als Geschehenlassen des Sagens, das uns nicht nur offen macht für das, was uns begegnet, sondern auf uns selber zurückwirkt und verwandelt. Es ändert uns jedoch nicht, weil ein Wille sich unserem Willen aufdrängt, sondern weil uns *das verstehende Hören selbst* ändert.“ [163]
Die wesentliche Aufgabe für den Arzt oder Therapeuten ist, „dort hinzuhören, wo dem Kranken bisher die Möglichkeit des Sichaussprechens vorenthalten war“.[164]

Ob das Arzt-Patienten-Gespräch nun „Krankheitsanamnese oder biographische Selbstdarstellung heißt, ob der Kranke über aktuelle Konflikte oder frühkindliche Erlebnisse berichtet, ob er sich durch seine Krankheits- und Organ-„Wahl“ oder durch sein Verhalten dem Arzt gegenüber äußert, immer eröffnet er in seiner Krankheit sein Wesen auf irgendeine Weise. An sich müsste es genügen, hinzuhören und zu sehen.“ [165]

Jeder Kranke betritt das Sprechzimmer eines Arztes mit der Hoffnung auf Heilung, aber auch mit der Hoffnung auf Anteilnahme und Zuwendung:

„Im Urteil über Ärzte hört man immer wieder, dieser oder jener sei ein guter Arzt, weil man mit ihm *sprechen* könne. Im Dialog zwischen Arzt und Patient ereignet sich aber mehr als naturwissenschaftlich-technische Krankheitsbehandlung. – Das Gespräch ist Heilfaktor, weil es die Existenz des Menschen miteinbezieht. Der Arzt kann wohl Organe *behandeln*, niemals kann er sich mit einem Organ *besprechen*. Die Sprache richtet sich immer an den Menschen in seiner Ganzheit.“[166]

Wenn ein Arzt von einem Kranken angesprochen wird und darauf antwortet, so „ geht hier der Begriff Sprache über das artikulierte, lautliche Sprechen hinaus und meint Begegnung und Verhalten im weitesten Sinne.“ [167]

„Dasein ist immer Bezogensein – auf - etwas. Der Mensch erfährt sich in seiner eigenen Bezogenheit durch das ihm Begegnende, durch die Art und Weise, wie er auf das ihm Begegnende bezogen ist, wie er sich von den Dingen und Mitmenschen ansprechen lässt, wie er in der Welt ist. Bezug, Beziehen heißt: in Anspruch nehmen, meint: Verhältnis.
Verhältnis wiederum hat mit Verhalten, ver-halten, halten zu tun und bedeutet: sich bei den Dingen aufhalten, offen sein, wahrnehmen, vernehmen.
Dieses Offensein ist jedoch nicht Leere...oder Passivität, sondern ein Sich-in-Anspruch-nehmen-lassen.“ [168]

Empathische Kommunikation ist daher „weder nur Methode noch gar Technik, die der Arzt einsetzt oder nicht einsetzt...
Ein solches rein instrumentelles Verständnis wird der Bedeutung des Problems und der realen Situation kommunikationspathologischer Störungen im gesamten Medizinsystem nicht gerecht. Im Gegenteil: Es verschleiert – wie so oft im gesellschaftlichen Zusammenleben, wenn das reibungslose Funktionieren zu höchsten aller Zielwerte hochstilisiert wird – die eigentlichen Probleme und Widersprüche.“[169]

„Empathie, einfühlendes Zuhören, ist eine entscheidende, wenn nicht überhaupt *die* entscheidende Dimension ärztlichen Seins und ärztlichen Selbstverständnisses. Sie ist die unverzichtbare und immer wieder neu zu aktivierende, spezifische Grundlage ärztlicher Zuwendung, die in der ärztlichen Kommunikation ihren spezifischen Ausdruck findet und um die von Patient zu Patient immer wieder aufs Neue gerungen werden muss...“[170]

6.1 Empathie und Körpererleben

„In der modernen Emotionsforschung“, so schreibt Carola Meier-Seethaler, gehen die Meinungen insofern auseinander, als die „Nonkognitivisten“ der leiblichen Resonanz der Gefühle den Vorzug geben oder in ihr sogar das einzige Medium der Gefühlsübermittlung

sehen, während die „Kognitivisten“ die Wortsprache und nichtdiskursive Symbolsprachen einbeziehen.[171]

Wenn man „ das Fremdverstehen als „leibliche Kommunikation“ begreift, ...“wird nicht nur die eigene Gefühlsbetroffenheit am eigenen Leib spürbar, sondern auch die Gefühlsbetroffenheit anderer, indem deren leibliche Ausdruckserscheinungen in uns selbst wieder leiblich-seelische Reaktionen hervorrufen.“[172]

„Die Beschäftigung mit dem Stellenwert des Körpererlebens in der Medizin gerät unvermeidlich in die tief verwurzelte Polarisierung zwischen Psyche und Soma, zwischen subjektives Erleben und objektiven Befund, die auf das dualistische Menschenbild Descartes zurückzuführen ist.“[173]

Von Uexküll (1961, 1985) benennt den Körperbegriff als zentrales Problem der Psychoanalyse und der somatischen Medizin: „Die gegenwärtige Medizin besitzt zwei Paradigmata, die sich gegenseitig ausschließen: die ´Maschinendefinition` für den Körper und das Freudsche Paradigma des psychischen Apparats für die Seele. Die Konsequenz ist eine dualistische Medizin, nämlich eine für Körper ohne Seelen und eine andere für Seelen ohne Körper. So braucht die Medizin ein neues Paradigma, das eine Lösung des bisher ungelösten psycho-physischen Problems bringt.“[174]

Dem Körpererleben des Menschen kommt eine wichtige Bedeutung zu, da es die Lebenswirklichkeit des Menschen widerspiegelt: Es ist der Indikator für sein Wohlbefinden oder Missempfinden und Beschwerden sind fühlbare Anzeichen einer Störung. Für den iatrotechnischen Mediziner dient das Körpererleben des Patienten nur als Wegweiser zur Symptomfeststellung.[175] „Es ist aber für sich genauso ernst zu nehmen wie der organische Befund, weil die Medizin sonst an der Wirklichkeit der Patienten vorbeigeht, die durch ihr subjektives Erleben konstituiert wird.“[176]

Körpererleben ist aber auch noch in anderer Hinsicht von Bedeutung: „Wer seinen Körper besser wahrzunehmen lernt, lernt nicht nur sich selbst besser kennen. Er kann auch andere besser wahrnehmen, und zwar anhand ihrer Körpersprache.“[177]

„Gestische Signale werden in jeder Kommunikation ausgetauscht und meist läuft dieser Austausch gänzlich unbewusst ab. Die Bedeutung dieser impliziten nonverbalen Verständigung wird in der Psychotherapie in den letzten Jahren immer mehr erkannt.
Videoaufnahmen von psychotherapeutischen Behandlungen zeigen, dass es zu feinsten Abstimmungen gestischer und mimischer Äußerungen zwischen Patient und Therapeut kommt, die meist auch dem Therapeuten unbewusst bleiben.
Therapeuten sollten daher den Scheinwerfer ihrer Aufmerksamkeit immer wieder auf die Körpersprache ihrer Patienten richten.“[178]

Die Vorstellung, „ dass die Beobachtung des eigenen Körpers eine wichtige Rolle spielt für das Verständnis anderer Personen“,[179] vertritt auch der Hirnforscher Christian Keysers.

Keysers stellte fest, „ dass jene Personen, die am meisten Probleme haben, andere Leute zu verstehen, oft Läsionen in Arealen haben, die auch dafür zuständig sind, den eigenen Körper wahrzunehmen (somatosensorischer Cortex, insularer Cortex).“[180]

Spiegelneurone, also „Nervenzellen, die in Schwingungen versetzt werden, wenn ein Mensch selbst etwas fühlt, oder bei anderen etwas mitfühlt“[181], sind mit verantwortlich dafür, dass wir zu Empathie fähig sind.

„Was man von anderen mitbekommt, kann man allerdings nicht an den Spiegelneuronen *fühlen*. Das Organ, die Aktivität der Neuronen wahrzunehmen, ist vielmehr *der Körper*. In ihm spielt sich das Mitfühlen ab.“ [182]

7 Empathie im multidimensionalen offenen Kommunikationssystem

Ausgehend von neurobiologischen Überlegungen und im Bewusstsein, dass körperliche Symptome und Emotionen, lebensgeschichtliche Ereignisse und äußere Faktoren gleichwertig miteinander vernetzt sind und sich gegenseitig beeinflussen , ist Kommunikation in einem multidimensionalen offenen Kommunikationssystem weit mehr als nur „Übertragung beziehungsweise Austausch sprachlicher Mitteilungen“.[183]

In Anlehnung an Erich Fromm, Agnes Heller, Hans Jonas, Carol Gilligan und andere formulierte Carola Meier-Seethaler[184] vier „allgemein-menschliche Grundbedürfnisse“, denen entsprechende Verhaltensnormen bzw. positiv und negativ zu bewertende Reaktionsmuster zuzuordnen sind.

Tabelle der psychischen „Kardinal“ - Bedürfnisse nach Meier-Seethaler[185]

Grundbedürfnis	positiv zu bewertende Reaktionen	negativ zu bewertende Reaktionen	psychische Folgeerscheinungen bei Deprivation
nach Zuwendung und Fürsorge	Mitgefühl, Verantwortung, Solidarität, liebende Zuwendung	Härte, Gleichgültigkeit, Vernachlässigung, Verantwortungslosigkeit, Lieblosigkeit	retardierte Entwicklung, Vertrauensverlust, Depression, „Verzweiflungs-aggression“, Suchtverhalten
nach Autonomie, Integrität, Bewahrung von Würde	Achtung, Vertrauen, egalitäre Kommunikationsbereitschaft	Bevormundung, Misstrauen, Zwang, Erniedrigung, Ausbeutung, Vergewaltigung	Lähmung von Antrieb, Kreativität und Lebensfreude, Angst, Verbitterung, Empörung und Aggression
nach Anerkennung	Wertschätzung, Wohlwollen, Mitfreude	Nichtbeachtung, Geringschätzung, Hochmut, Missgunst	Unsicherheit, Selbstzweifel, Identitätsverlust, Sinnverlust, Anfälligkeit für Suchtverhalten, Feindbilder, Neid und Destruktivität
nach Gerechtigkeit	Fairness, Verantwortung für die ganze Gemeinschaft, Aufrichtigkeit, Transparenz	rücksichtsloses Verfolgen eigener Interessen, mangelnde Transparenz, Unaufrichtigkeit	Ohnmacht, verbitterte Resignation, kompensatorische Aggression gegen Schwächere

Das „sanative Potential“[186] empathischer Arzt-Patienten-Kommunikation besteht darin, „Beeinträchtigungen durch negative Gefühle zu verringern und jene Gefühle hervorzurufen bzw. zu stärken, die der Persönlichkeitsstruktur des Patienten angemessen sind. Darin liegt ihre eigentliche Herausforderung.“[187]

„*Kommunikation* meint dabei wesentlich mehr“ – so Maximilian Gottschlich – „als den bloßen Austausch von Worten oder auch von nonverbalen Botschaften. Es geht auch um den Zusammenhang zwischen den verbalen bzw. nonverbalen Bedeutungsgehalten und entsprechenden psychodynamischen Prozessen, die durch sie in den Beziehungspartnern ausgelöst werden. Denn der Arzt ist nicht nur Beobachter einer vermeintlicherweise von ihm

unabhängigen Situation, sondern er selbst ist Teilnehmer am Geschehen – eines Geschehens, das er durch sein Anwesend-Sein verändert und gestaltet: Beide, Arzt und Patient, verändern sich und die Situation im Prozess ihrer diagnostischen und therapeutischen Beziehung....Beide...sind in einen dynamischen, wechselseitigen Beziehungsprozess eingebunden.“[188]

Christoph Schorsch führt aus, dass „ aufgrund der nicht-linearen und ganzheitlichen Prozesse zwischenmenschlicher Kommunikation systemtheoretische Ansätze in der Kommunikations-wissenschaft seit längerem bekannt sind.“[189]
Auch Kommunikanten bilden ein „*offenes* System, das sich als mehr oder weniger autonomes Subsystem innerhalb größerer sozialer Systeme, in beständigem Austausch mit seiner Umgebung befindet.“ [190]

„Neben dem Einfluss des speziellen und des allgemeinen sozialen Kontextes spielen die Disposition der Kommunikationspartner, ihre Persönlichkeitsstruktur und kommunikative Kompetenz sowie die Vorgeschichte ihrer spezifischen Erfahrung mit Kommunikation eine Rolle, die als Substrat in der aktuellen Situation gegenwärtig ist: Insgesamt also ein komplexes Netzwerk interner und äußerer Faktoren, welche die Qualität von Kommunikation bestimmen.“[191]

Offenheit und *Achtsamkeit* sich selbst und dem anderen gegenüber sind wesentliche Voraussetzungen für das Kommunikationsgelingen in einem solchen „*Kommunikationsnetzwerk*“. [192]

„Je bewusster, symmetrischer, offener und multidimensionaler sich die Beziehungen gestalten, als umso befriedigender wird die Kommunikation empfunden.“ [193]

Im *Kohärenzmodell* nach Christof Schorsch [194] ist Kommunikation so organisiert, dass das Kommunikationssystem im Idealfall

- multidimensional
- offen
- symmetrisch
- kohärent agierend und
- (ko-)evolvierend ist.

Mutidimensionalität: Kommunikation erschöpft sich nicht im Reden allein, der Mensch als Ganzes wird erfasst

Offenheit: offen für Informationen von außen

Symmetrie bedeutet, dass die Kommunikationspartner wechselseitig und/ oder gleichzeitig relativ gleichberechtigt beteiligt sind

Kohärenz umfasst formal Ko-Orientierung und Kooperation, die Partner wechseln sich ab, nehmen aufeinander Bezug

Koevolution bedeutet, „dass die Partner an - und miteinander und an und mit ihrer Umwelt lernen. Sie begegnen sich, tauschen Informationen aus, knüpfen Sozialkontakte, erfahren einen Wissens- und Erfahrungszuwachs. Sie lernen zudem, in Richtung auf zunehmende menschliche Reife und Selbstverwirklichung ihr individuelles Potential auszuagieren. Kurzum: sie verändern sich, sie *werden.*“[195]

Im Falle von empathischer Kommunikation kann sich ein Phänomen einstellen, das als „interaktionale Synchronizität“ [196] bezeichnet wird: Die Gesprächspartner „ koordinieren auch tendenziell ihre Körperbewegungen. Der Zuhörer übernimmt dabei gewisse Bewegungsformen des Sprechers oder bewegt sich in ähnlicher Weise synchron mit dem

Sprecher. Spiegelbildliche Synchronisationen treten dabei üblicherweise am Anfang und Ende längerer Gesprächssegmente auf. Im Extremfall interaktionaler Synchronizität komm es zu einer Synchronisierung der Gehirnwellen und der Körperrhythmen.[197]

Empathische Kommunikation ist, wie auch die moderne Neurobiologie erkennen lässt, ohne nonverbale Elemente nicht vorstellbar. „ Nonverbale Kommunikation ist damit ein wesentliches Mittel für die soziale Organisation menschlicher Interaktion.“[198]

Obwohl nonverbale Kommunikation in vielen Fällen unterhalb der Aufmerksamkeitsschwelle bleibt, haben wir mit unseren Spiegelneuronen „feine Antennen“ für die Vielzahl nonverbaler Signale
„*paralinguistischer Art* (Tonfall, Betonung, Wortmelodie, Stimmhöhe und Stimmumfang, Lautstärke, Schnelligkeit, Pausen, Beatmung) und
extralinguistischer Art (Lachen, Weinen, Stöhnen, Habitus, Blickrichtung, Gestik, Mimik, Körperhaltung, Körperbewegung und Körperorientierung).“[199]

„Sprachliche Handlungen und nicht-sprachliche Äußerungen laufen in diversen Übertragungskanälen parallel – und zwar in beiden Richtungen.“ [200]

„Zwischenmenschliche Kommunikation ist stets multidimensional und mehrkanalig: Augensinn (visueller Kanal), Gehör (akustischer Kanal), Geruch (olfakorischer Kanal), Tastsinn (taktiler Kanal) und Wärmeempfinden (thermaler Kanal).“[201]

Empathische Kommunikation verläuft nach Joachim Bauer als Prozess in drei Schrittfolgen: „Wenn wir als Erwachsene uns gegenseitig wahrnehmen, dann vollzieht sich Empathie oder Anteilnahme oder das Verstehen des anderen Menschen in kaum merkbaren aufeinanderfolgenden Schritten:

1. Zunächst einmal taucht in uns beim Wahrnehmen dessen, was ein anderer Mensch von sich gibt, eine unmittelbare Spiegelreaktion auf. Ist jemand zum Beispiel traurig, werden wir zunächst einen Anflug von eigener Traurigkeit kurz wahrnehmen, wir werden dann aber sofort einen

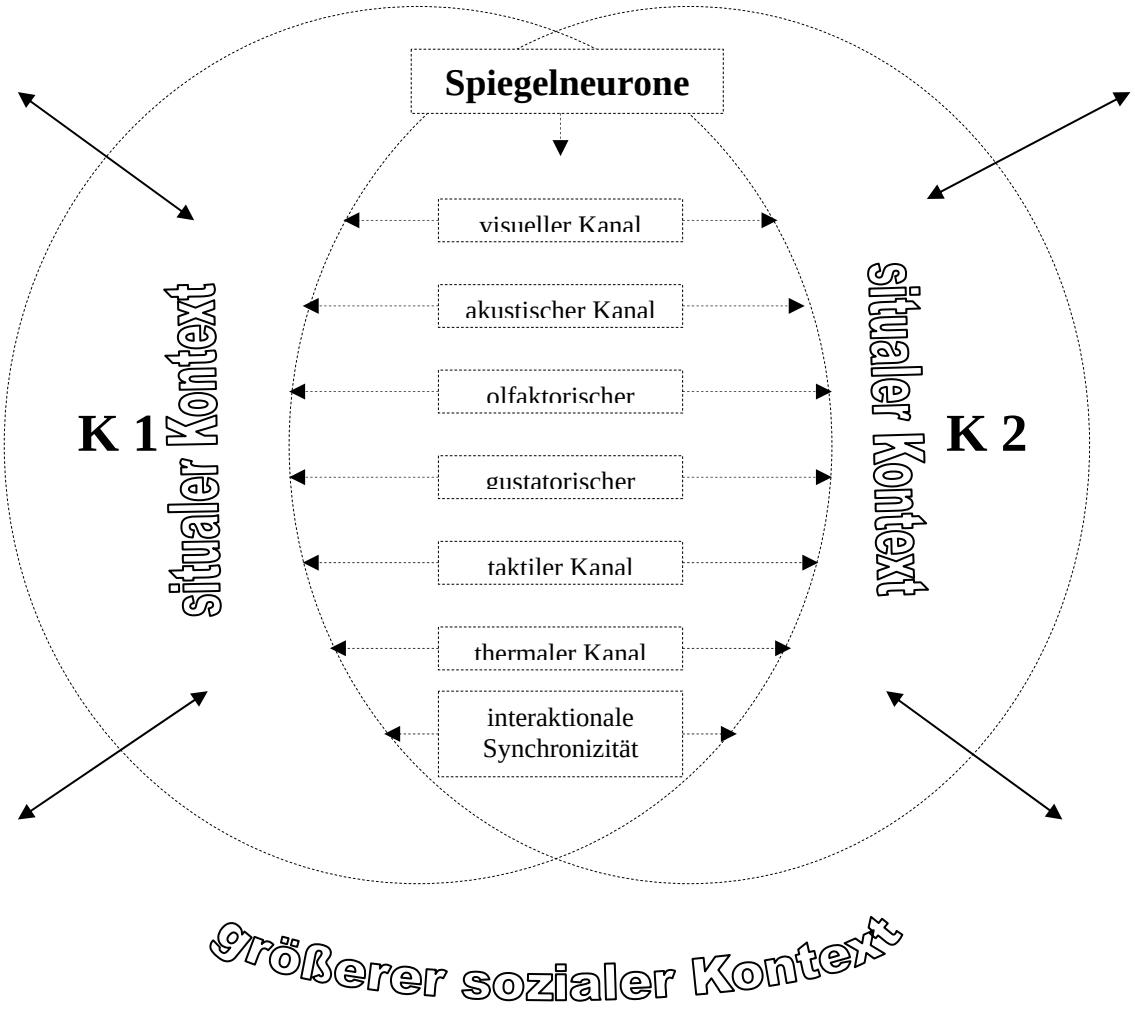
2. Schritt dahinterschalten, der sich möglicherweise jetzt vom Gefühl des anderen unterscheidet – zum Beispiel, dass wir sofort in eine Haltung des Tröstens übergehen und versuchen, dem anderen zu helfen. In einem

3. Schritt können wir dann noch in eine Reflexion dessen eintreten, was diese ganze Beziehung jetzt eigentlich bedeutet – dass wir nachdenken über die Traurigkeit des anderen, über unsere eigene Reaktion.

Das heißt, die Spiegelreaktion ist die *allererste schnelle empathische Spontanreaktion*, an die sich dann meistens innerhalb weniger Sekunden sofort weitere Reaktionen anschließen. ... Wir brauchen für alles, was zwischen Menschen stattfindet und was wir einander antun – im Guten wie im Schlechten - zunächst einmal die unmittelbare spontane Empathiereaktion, und diese wird durch die Spiegelneurone vermittelt.“ [202].

Für die grafische Darstellung eines Modells empathischer Kommunikation wurde die Grafik „Der Nexus der Kommunikation - das multidimensionale offene Kommunikationssystem“ von Christoph Schorsch in leicht abgeänderter Form verwendet.[203]

Grafik in leicht abgeänderter Form nach Schorsch (1987)



8 Empathie in einem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit

„Krankheit und Gesundheit sind im bio-psycho-sozialen Modell nicht als Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen“.[204] Das Modell geht davon aus, dass bei jedem Krankheitsprozess psychosoziale Faktoren mitbestimmend sind. Dadurch dass „psychosoziale Aspekte in das biomedizinische Denkmodell integriert werden, wird das subjektive Erleben von Kranksein für die Betroffenen nicht mehr gespaltet in „psychisches Befinden“ und „objektivierbare Befunde.“[205]

Tabelle nach Egger (2005)[206]

Beobachtungsebene	Diagnostik Bisherige diagnostische Erkenntnisse (Fakten von Interpretationen trennen!)	Therapie Konsequenzen für die weitere Behandlung (Konkrete Schritte und Überlegungen)
Biologisch Organmedizinische Aspekte, biomedizinische Daten	z.B. ätiologische und pathogenetische Aspekte...	Physikalische, medikamentöse, chirurgische Interventionen...
Psychologisch Eigenheiten des Erlebens und Verhaltens, individueller Lebensstil	z.B. auslösende und/oder aufrechterhaltende Faktoren, Persönlichkeitsaspekte, Bewältigungsstil, subjektive Krankheitstheorie...	Ärztliche Gespräche, psychologische Beratung, Entspannungstechniken, psychotherapeutische Verfahren...
Ökosozial Familiäre, beruflich-gesellschaftliche und andere umweltbezogene Lebensbedingungen	z.B. soziales Netzwerk/sozialer Rückhalt, akut oder chronisch belastende Stressoren in Beruf/Familie/Wohnbedingungen...	Informative Beratung, Vermittlung von helfenden Kontakten zu Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen oder Vereinen, Familie, Arbeitsplatz, Behörden...

Der Neurologe und Psychiater Karl Toifl betont, „ dass jede entstandene Krankheit nur verstehbar wird durch den vorher abgelaufenen, sich selbst organisierenden Prozess der

Entwicklung, in welchem der biologische, psychische und soziale Bereich durch nichtlineare Wechselwirkung ein entsprechendes Informationsgefüge entstehen ließen, welches den krankhaften Zustand hervorrief.“[207]

Zur Selbstorganisation des Systems Mensch schreibt er: „ Im menschlichen Körper als Ganzes wie auch in den unterschiedlichsten Systemen, aus denen er sich all seine Funktionsebenen zusammenfügt, entstehen durch den Prozess der Selbstorganisation laufend *qualitative Systemzustände.* Diese sind nicht *statisch*, sondern einem *ständigen Veränderungsprozess* unterworfen.
So lassen zum Beispiel die qualitativen Zustände der Zellorganellen durch ihr funktionelles Zusammenarbeiten den qualitativ neuen Zustand einer Zelle entstehen und die qualitativen Zustände von Zellen wiederum durch ihr funktionelles Zusammenwirken den qualitativ neuen Zustand eines Organs.
Der qualitative Zustand eines Menschen als *Ganzheit* organisiert sich ständig neu in einem Prozess nichtlinearen Zusammenführens der Qualität aus dem körperlichen, psychischen und sozialen Bereich.“[208]

„Jede Fluktuation, spontan und unvorhersagbar in ihrem Auftreten, hat die prinzipielle Möglichkeit, den qualitativen Zustand des Lebensprozesses zu beeinflussen. Sie nimmt Einfluss auf den Prozess der Selbstorganisation. Wird die Fluktuation im nichtlinearen Wechselspiel verstärkt, dann kann sie grundsätzlich zu einer Änderung des bisherigen Systemzustandes führen. Wird sie in diesem Prozess aber gedämpft, dann wird der bisherige Zustand stabilisiert.“[209]

„ Aufgrund der Sensibilität von Anfangsbedingungen und des nichtlinearen und iterativen Reagierens auf Fluktuationen kann der Verlauf der Veränderung des qualitativen Systemzustandes im Detail grundsätzlich nicht vorhergesagt werden und damit auch nicht der Verlauf von Gesundheit oder Krankheit. Deshalb ist jeder *Verlauf menschlichen Lebens* aufgrund übereinstimmender Regeln des Entwicklungsablaufes zwar *ähnlich*, gleichzeitig aber auch *individuell unterschiedlich*.“[210]

Eine Definition von „gesund und krank für die Ganzheit eines menschlichen Systems“ kann laut Toifl nur dann gelingen, „ wenn man sowohl die qualitativen Zustände der bio-psycho-

sozialen Mehrdimensionalität wie auch den nichtlinearen Prozess der Entwicklung zwischen den Polen *mehr* oder *weniger gesund* oder *krank* integriert.
Die eindimensionale Konzentration auf einen Teilbereich des Menschen reduziert nicht nur das Menschenbild, sondern auch die Erkenntnis über mögliche Krankheitsursachen.“[211]

8.1 Eine neue Definition von gesund und krank

„Ein Mensch befindet sich dann mit größerer Wahrscheinlichkeit – nie mit Sicherheit – in Teilbereichen seines Systems oder insgesamt im Bereich von *krank*, wenn die Strategien, die ihm zur Bewältigung von Anforderungen und Problemen in den bio-psycho-sozialen Bereichen zur Verfügung stehen, relativ wenige, relativ starre, beziehungsweise relativ insuffiziente sind im Sinne einer für diesen Menschen möglichst befriedigenden Problemlösung.“[212]

Ein Mensch befindet sich dann mit größerer Wahrscheinlichkeit – nie mit Sicherheit – in Teilbereichen seines Systems oder insgesamt im Bereich von *gesund*, wenn die Strategien, die ihm zur Bewältigung von Anforderungen und Problemen zur Verfügung stehen, möglichst viele, möglichst flexible und möglichst zielführende sind im Sinne einer für diesen Menschen möglichst befriedigenden Problemlösung.“[213]

Gesund und krank werden also mitbestimmt vom Ausmaß der Anforderungen, denen sich der einzelne gegenübersieht. Weitere wesentliche Faktoren „für die Selbstorganisation der Systemqualität aber sind *Quantität und Qualität des Strategierepertoires*.“[214]

Die Qualität zukünftiger Systemzustände ist somit davon abhängig, wie gut es gelingt, durch geeignete Strategien mit neuen, vielfach unerwarteten und ungewohnten Anforderungen, wie zum Beispiel plötzlichen Erkrankungen oder belastenden psychosozialen Herausforderungen umzugehen.[215]
Dabei ist „ neben persönlicher Reife und Offenheit gegenüber neuen Strategien“... „die *Qualität der Unterstützung*“, die jemand erhält, von entscheidender Bedeutung.[216]

„Generelles Ziel therapeutischen Handelns ist die Unterstützung des Selbstorganisationsprozesses, um einen Systemzustand zu erreichen, der es einem Menschen gestattet, in möglichst vielen Bereichen seiner bio-psycho-sozialen Komplexität möglichst weit im Bereich von *gesund* zu sein und möglichst lang in diesem Zustand zu bleiben.
Ein solcher Ansatz erfordert ein therapeutisches Vorgehen, das ganz individuell auf ein menschliches System ausgerichtet ist und das pragmatisch alle sinnvoll erscheinenden therapeutischen Strategien integriert. Individuell meint, dass es abgestimmt sein muss auf die biologische, psychische und soziale Gegebenheit dieses Menschen, auf seine ganz spezielle Lebenssituation, auf seine persönlichen Lebensaufgaben und –ziele in allen Bereichen seines Lebens.“[217]

Allerdings gibt es selbst bei qualitativ hochwertiger – möglicherweise empathischer - Unterstützung eine Einschränkung:
„Der therapeutische Erfolg ist ganz wesentlich auch davon abhängig, dass der betroffene Mensch eine Veränderung will und dass sich dieses Wollen in einem entsprechenden Verhalten und Handeln zeigt. Ohne persönliches Wollen und engagiertes Bemühen wird eine umfassende Änderung des sich selbst organisierenden Prozesses nicht erreichbar sein.“[218]

8.1.1 Unterstützungsqualität Empathische Arzt-Patienten-Kommunikation - Interview mit Prof. Karl Toifl vom 27.April 2009[219]

Univ. Prof. Dr. Karl Toifl ist Neurologe/Psychiater und Kinderneuropsychiater an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Medizinische Universität Wien; Psychotherapeut und Qualitätsmanager im Gesundheitswesen.

I: Wie würden Sie Empathie definieren ?

II: Mein Grundsatz ist, alle Patienten oder Menschen so zu nehmen, wie sie sind, sie zu respektieren und auch entsprechend mit ihnen umzugehen. Ich stelle mich auf mein jeweiliges Gegenüber ein.

I: Kann man Empathie lernen?

II: Um (als Arzt) andere zu respektieren, wäre es gut, wenn man selber vorher schon erlebt hätte, respektiert worden zu sein. Wenn man das erlebt hat, dass man respektiert wurde und wertgeschätzt wurde, dann ist es natürlich leicht, das andere auch erleben zu lassen.

Lernen kann man Empathie in einer gewissen Weise durch Rollenspiele, aber sonst von alleine wird es nicht funktionieren.

I: Ist ein empathischer Umgang mit den Patienten für einen therapeutischen Erfolg wesentlich?

II: Respektvoll und achtend mit anderen umzugehen, ist zentral wichtig, weil sonst keine Vertrauensbasis entstehen kann, und wenn keine Vertrauensbasis entsteht, wird auch das therapeutische Miteinander nicht so befriedigend verlaufen. Die Achtung des anderen ist auch deshalb wichtig, weil sie die Basis der Liebe ist und jeder geachtet und geliebt werden möchte und das Grundbedürfnis danach hat.

I: Wenn Ihnen jemand ganz ablehnend gegenübersteht...?

II: ... dann respektiere ich das und nehme das nicht persönlich, weil ich weiß, dass es mit seiner Geschichte zu tun hat, aufgrund der er mich eben in einer bestimmten Weise wahrnimmt. Ich würde mit dem Patienten darüber sprechen und auch vorschlagen, dass er woanders hingehen kann.

I: Wenn Sie eine Klinik leiten würden, welche Kriterien müssten Ihre Mitarbeiter erfüllen?

II: Vom Personal her, würde Menschen wählen, die auch ihre eigene Geschichte hinterfragen und die mit anderen Menschen mitfühlend und einfühlend umgehen können, die aber auch gelernt haben, vielleicht nicht *mitzuleiden*, sondern mitzufühlen und mitzuschwingen.

I: Sollte man sich als Therapeut von den Problemen der Patienten in gewisser Weise abgrenzen?
II: Das ist ganz wichtig, das heißt, ich respektiere die Menschen mit ihrer Geschichte, ich fühle mit, aber ich leide nicht mit, das heißt, ich mache nicht deren Geschichte zu meiner Geschichte. Ich bin jemand, der sie in dieser Geschichte und in diesem Prozess begleitet und unterstützt. Aber ich bin nicht ein Mitleidender.

I: Wie grenzen Sie sich ab, wenn jemand bezüglich Hilfe ausschließlich auf Sie als Therapeut fixiert ist?
II: Wenn jemand diese übertriebene Hoffnung mir gegenüber äußert, dann werde ich ihm sagen, ich begleite ihn, dass er sich hilft. Das heißt, jeder kann sich ja nur selber verändern. Ich kann dabei nur unterstützen, ermutigen und begleiten, die Verantwortung für die Veränderung bleibt natürlich immer beim Patienten.

I: Sollte Empathie nicht auch im Alltag zu finden sein, damit man gesund bleibt oder gesünder wird ? Kann der Arzt allein etwas bewirken, wenn er empathisch ist, die eigene Familie ist es nicht, das berufliche Umfeld ist es nicht?
II: Na gut, ich glaube, es geht darum, dass man wahrnimmt in sich, was die Bedürfnisse sind, was man denkt, was man fühlt, was man selber möchte oder nicht möchte. Das hat viel mit Achtung zu tun und mit Selbstachtung.

I: Wie kann man jemandem helfen, die Lebensbereiche, in denen es nicht passt, zu verändern?
II: Je mehr ein Mensch ermutigt wird, seine eigene Geschichte anzuschauen und zu hinterfragen, umso mehr kann er erkennen, was er und wo er etwas verändern möchte und das kann er jederzeit tun. Ich als Arzt oder Therapeut bin ein Begleiter dabei, ein Ermutiger, aber tun, die Verantwortung dafür übernehmen muss der Betroffene selbst. Jeder hat die Verantwortung fürs eigene Leben, auch wenn das Leben noch so schwer ist.

I: In welchen Fällen ist eine Veränderung nicht möglich?

II: Wenn ein Patient keine Veränderung möchte, oder zuviel Angst davor hat, dann wird es diese Veränderung nicht geben, dann bleibt er momentan dort, wo er sich befindet, bis er vielleicht mehr Mut aufbringt, die Veränderung zu wagen. Das akzeptiere ich auch, jeder Mensch geht seinen individuellen Weg.

I: Gehen Sie mit einem Ziel in eine Therapie oder sind Sie da eher offen?

II: Ich bin offen, das Ziel bestimmt immer der Patient, weil es liegt nicht an mir, das Leben dieses Patienten auszurichten, sondern er bestimmt, wohin er gehen möchte, und wie weit er gehen möchte.

I: Viele Ärzte verlieren ihren anfänglichen Idealismus....?

II: Das wundert mich nicht, das Leben eines Menschen ist hochkomplex und sehr dynamisch. Und es ist natürlich wichtig, dass man diese Komplexität versteht und die Zusammenhänge und wie man damit umgeht, weil sonst kann man sehr leicht in eine Sackgasse geraten. Und das ist natürlich frustrierend.

Jeder Arzt müsste auch sich selbst hinterfragen, auch was er warum wie möchte, und wie er das für sich so verändern könnte, dass es für ihn möglichst gut passt.

I: Das heißt, es ist jeder aufgerufen, an sich selbst zu arbeiten.

II: Anders geht es nicht.

8.1.2 Unterstützungsqualität empathische Kommunikation aus alternativmedizinischer Sicht - Interview mit Claudia Lorenz[220]

Claudia Lorenz, Jahrgang 1965, beschäftigt sich mit TCM und Energiearbeit.
Seminar- und Vortragstätigkeit u. a. an der TCM Universität Wien, Donauuniversität Krems.

I: Wie sehen Sie den Zusammenhang zwischen positiver, empathischer Zuwendung und Organsystemen?
II: Zuwendung ist auf jeden Fall wichtig, über die Tuina-Massage, über die Qi-Übertragung (Energieübertragung). Ob man das mit Nadeln macht oder mit den Händen ist egal, wichtig ist die Energie des Therapeuten. Jeder, der z. B. mit Akupunktur arbeitet oder mit Tuina sollte selbst eine Form des qi-gong üben und wissen, was er mit seinem Qi macht. In der TCM arbeitet man mit einer Qi-Übertragung, die für den Patienten Entspannung und auch Stärkung bringen soll.

I: Welche Eigenschaften sollte ein Therapeut haben?
II: Die chinesischen Ärzte, bei denen ich gelernt habe, sind sehr liebevolle Ärzte, sehr respektvolle den Patienten gegenüber. Sie nehmen die Patienten ernst, hören zu und spielen die Probleme des einzelnen nicht herunter. Und allein, wenn man einem Menschen das Gefühl gibt, dass man ihn versteht, dann fühlt sich dieser Mensch gut aufgehoben, dann kann er sich auch entspannen und dadurch löst sich schon sehr viel.
In unseren Bereichen ist heute burn-out ein großes Thema, was auch damit zu tun hat, dass wir mit uns selbst lieblos umgehen, da ist es umso wichtiger, dass man jemanden hat, der liebevoll ist, damit man es selbst auch wieder lernt.

I: Ist es nicht belastend für Therapeuten, mit ihren Patienten ständig liebevoll umzugehen?
II: Das kommt darauf an, wie sehr man in seiner Mitte ist. In der westlichen Medizin ist der Arzt auch z.B. in der Psychotherapie immer getrennt vom Patienten. Aber wir sind nicht getrennt voneinander. Und es kostet auch nicht enorm viel Kraft, wenn man sich mittels qi-gong Energie holt und diese an die Patienten weitergibt. Es geht nicht darum, die eigenen Batterien anzugreifen, es geht einfach darum, Energie zu transformieren, die sowieso um uns herum ist. Wenn man merkt, dass es zuviel wird, muss man sich kurz zurückziehen und wieder regenerieren und dann weitermachen. Man sollte auch nicht praktizieren, wenn man gerade selbst krank ist.

I: Was bewirkt empathische Kommunikation allein?
II: Ich glaube, dass es wichtig ist, dass jeder ernst genommen wird, der mit seinen Sorgen kommt. Man braucht als Arzt oder Therapeut einfach sehr viel Geduld, sonst ist man im falschen Beruf. Ein gutes Wissen und viel Geduld machen für mich einen guten Arzt aus.
Prinzipiell geht es darum, den Menschen als Ganzes zu sehen, als eine Einheit von Mikro- und Makrokosmos- deswegen sind wir auch nicht getrennt, auch nicht voneinander, vor allem dann nicht, wenn wir miteinander therapeutisch arbeiten. Auch wenn wir nur miteinander reden, bewirkt das schon sehr viel, denn auch das ist ein energetischer Austausch, man ist ja im Energiefeld des anderen, da muss man sich gar nicht berühren.
Ich war zum Beispiel bei einem tibetischen Arzt in Lhasa, der hatte eine Herzensruhe, die sich von selbst auf die Patienten übertrug, einfach nur durch seine Anwesenheit. Er hat nicht viel gesprochen, er hat nur Puls gefühlt, aber allein in seiner Nähe zu sein, hat schon gut getan.

I: Welche Voraussetzungen muss ein Therapeut haben, um in seiner Mitte zu sein?
II: Fundiertes Wissen, echtes Mitgefühl, sehr viel Geduld und Gelassenheit. Das alles kann man erreichen, wenn man viel meditiert und schaut, dass das eigene Herz zur Ruhe kommt. Und das spüren die Patienten. Was aber nicht Selbstaufopferung heißt, sondern einfach präsent sein, da sein und allein dadurch, dass man das Gefühl vermittelt, dass man den anderen wahrnimmt, passiert schon viel.

I: Wieviel Eigeninitiative sollten Patienten mitbringen?
II: Es ist unterstützend, wenn Patienten selber Qi-Gong praktizieren oder an ihren Emotionen arbeiten. Psychotherapie und TCM ist zum Beispiel eine tolle Kombination.

I: Was sollte ein Therapeut im besten Fall für den Patienten sein?
II: Er sollte im besten Fall eine Begleitung sein für eine Zeit, die schwer ist, die Krankheit bedeutet und in dieser Zeit das bestmögliche für den Patienten tun, um ihn bzw. sein System möglichst wieder in Harmonie zu bringen, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln.

9 Schlussbemerkungen

Das therapeutische Potential jeder Arzt-Patienten-Beziehung ist – in besonderem Maße bei schweren Erkrankungen wie zum Beispiel Krebs – wesentlich von der ärztlichen Bereitschaft und Fähigkeit zu empathischer Kommunikation abhängig.[221]

Zahlreiche internationale Studien zeigen, dass eine empathische Arzt-Patienten-Kommunikation zu einer wesentlichen Verbesserung von Patientenzufriedenheit, Compliance und subjektiver Befindlichkeit der Patienten beiträgt. Darüber hinaus entscheidet die Art der ärztlichen Hilfe auch, „ob Krankheit und Leiden eine erlebte, produktive, positive transformatorische Kraft haben.“ [222]

„Was heilsam ist, sind die Qualität der menschlichen Beziehung und die angebotenen Hilfen im Krankheitsfall, welche den Betroffenen sowohl gezielt beistehen, als auch ihnen ermöglichen, ihr eigenes Potential zur Heilung zu entdecken und zu entfalten.“ [223]

Die für diese Diplomarbeit betrachteten Studien machen jedoch mehr als deutlich, dass hinsichtlich empathischer Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung nach wie vor große Defizite bestehen. Die Studien wurden im Bereich der Onkologie mit Patienten mit fortgeschrittenem Krebs durchgeführt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Onkologen in der Mehrzahl der Fälle auf sich ergebende empathische Möglichkeiten *nicht* einfühlsam reagierten, obwohl sie großes Selbstvertrauen äußerten, auf ihre Patienten eingehen zu können. Reagierten die Onkologen empathisch, verlängerte sich die Gesprächsdauer um nur durchschnittlich 21 Sekunden.
Auch die Übermittlung der Diagnose Krebs wurde von den meisten Patienten als „nicht so empathisch“ oder „gar nicht empathisch“ empfunden.

Die Studie des Wiener Wilhelminenspitals zur Wirksamkeit des „ Handauflegens“ brachte hingegen ein positives Ergebnis. Es zeigte sich, dass Handauflegen eine Verbesserung der *subjektiven Befindlichkeit* der Patienten zur Folge hatte. (Ergebnisse der Studien siehe Kapitel 2.6).

„*Beziehung heilt* “,[224] betont Maximilian Gottschlich: „Beziehungsmedizin ist ihrem Anspruch und ihrem Wesen nach kommunikative Medizin...“
„Es gibt einen engen empirischen Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Kommunikationsqualität... Positive empathische Kommunikation – sei sie verbal oder nonverbal – beeinflusst direkt den physiologischen Zustand von Patienten .“[225]

Nicht nur das Ergebnis der Studie zur Wirkung des Handauflegens, sondern auch die moderne Neurobiologie weisen darauf hin, dass allein *einfühlende Zuwendung* zu einer Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit der Patienten führen kann. Darin liegt das große Potential empathischer Kommunikation.

Auch Carl R. Rogers weiß um den Wert von Authentizität und Empathie: „Nach meiner Erfahrung geschieht Außerordentliches, wenn ein von Glaubwürdigkeit, Achtung und Verstehen geprägtes Klima geschaffen wird. In einem solchen Klima wird Starrheit zu Beweglichkeit, statisches Beharren zu Entwicklung, Abhängigkeit zu Autonomie, Vorhersagbarkeit zu spontaner Kreativität, Abwehrhaltung zu Selbstannahme und Selbstverwirklichung.“[226]

Für ihn ist Empathie eher ein Prozess als ein Zustand. Empathie „ bedeutet, die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten ...sie beinhaltet, in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden gefühlten Bedeutungen in dieser anderen Person... Empathie bedeutet, zeitweilig das Leben dieser Person zu leben...Mit einem anderen Menschen in dieser Weise umzugehen heißt, eigene Ansichten und Wertvorstellungen beiseite zu lassen, um die Welt des anderen ohne Vorurteile betreten zu können.
In gewisser Weise bedeutet es, das eigene Selbst beiseite zu legen; dies ist jedoch nur einer Person möglich, die in sich selbst sicher genug ist und weiß, dass sie in der ...Welt des anderen nicht verloren geht und in ihre eigene Welt zurückkehren kann, wann sie will.“[227]

Möglicherweise ist es die Furcht, „sich in der Welt des anderen zu verlieren“, die dazu führte, dass sich die überwiegende Zahl der Onkologen der Studien zugunsten von Rationalität und Sachbezogenheit gegen emotionale Zuwendung entschieden hat.

Der emotionale Rückzug vom (Krebs)patienten kann dem sanativen Anspruch von Kommunikation aber nicht gerecht werden, auch wenn er vielleicht einen möglichen Schutz darstellt für überforderte Ärzte, die mit schweren Leiden konfrontiert sind, sie aber nur wenig beeinflussen können.

In einem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit muss therapeutisches Handeln „individuell abgestimmt sein auf die biologische, psychische und soziale Gegebenheit eines Menschen, auf seine ganz spezielle Lebenssituation“, auf seine persönlichen Lebensaufgaben und –ziele in allen Bereichen seines Lebens“[228], stellt der Neurologe und Kinderneuropsychiater Karl Toifl fest.

„Generelles Ziel therapeutischen Handelns ist die Unterstützung des *Selbstorganisationsprozesses*, um einen Systemzustand zu erreichen, der es einem Menschen gestattet, in möglichst vielen Bereichen seiner bio-psycho-sozialen Komplexität möglichst weit im Bereich von *gesund* zu sein.“[229]

Empathische Kommunikation kann eine dieser Unterstützungsqualitäten darstellen.

„Die Medizin der Zukunft – so Maximilian Gottschlich - wird eine kommunikative Medizin sein, oder sie wird die Menschen verlieren, für die sie eigentlich da ist. Die Grundlage einer kommunikativen Medizin aber ist das Mitgefühl.“[230]

„Es geht darum, den verkürzten einseitigen Mythos rationaler Aufklärung aufzugeben, um Medizin durch verstärkte Hinwendung zu Empathie, Wärme, Mitmenschlichkeit... wieder mehr zu humanisieren“,[231] schreibt der Mediziner Helmut Milz.

Für den Kardiologen Bernard Lown steht fest, „die Patienten werden sich nicht mit der endgültigen Verfremdung abfinden, zu standardisierten Objekten degradiert zu werden.... Patienten erbitten eine Partnerschaft mit ihren Ärzten, ... ein Bündnis des Vertrauens zwischen Gleichrangigen. Dieses Vertrauen erwirbt sich der Arzt, während er die Kunst der Anteilnahme am Patienten ausübt.“[232]

Die enorm gewachsenen Möglichkeiten der modernen high-tech Medizin, „welche „Ein-Blick“ in die biologischen Dimensionen der Krankheit geben, sollten verbunden werden mit der humanen und ethischen Verpflichtung zum „Über-Blick“ über all die Faktoren, die Gesundheit und mögliche Heilung beeinflussen.“[233]

In einer therapeutischen Beziehung wahrgenommen und erkannt zu werden, ist ohne Empathie undenkbar. Basis eines empathisch therapeutischen Geschehens ist ein Begegnungserkennen:
„Man könnte die Erfahrung des Erkanntwerdens in einer therapeutischen Beziehung vergleichen mit dem Eintreten in einen Raum, in dem ich kostbar und wichtig werde. Ich werde angeschaut in den Dimensionen meines Wesens, die ich zeigen kann und auch in jenen, um die ich selbst noch nicht weiß. In diesem Blick ist Anerkennung meines Seins, ist Bereitschaft mit mir einen Weg neuer Erfahrung, einen Weg von Beginn an zu gehen. Dies alles drückt sich nicht primär in Worten, sondern vielmehr in einer Grundhaltung aus, die alle Eigenschaften meines Wesens (ab)wertungsfrei anspricht und berührt, auch die unbewussten. Es ist eine Haltung, die einzig danach fragt, was Leben fördert oder behindert.“[234]

10 Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Thema der empathischen Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung. Anhand neuerer Studien wird der aktuelle Forschungsstand dargestellt. Im Anschluss wird die Ambivalenz zwischen Emotionalität und Rationalität, mit der jeder Arzt konfrontiert ist, erläutert. Der Begriff Empathie wird definiert und anhand der Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers abgehandelt. In Zusammenhang mit dem vorliegenden Thema sind auch die aktuellen neurobiologischen Erkenntnisse wesentlich. In einem bio-psycho-sozialen Modell von gesund und krank ist Empathie als Unterstützungsqualität ein wichtiger Faktor. Es zeigte sich, dass der empathischen Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung ein großer Stellenwert beigemessen wird, da sich diese erwiesenermaßen positiv auf die Patientenzufriedenheit auswirkt und vor allem auch zur Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit der Patienten beiträgt. Trotz vieler Studienerkenntnisse zum Thema werden diese kaum umgesetzt. Veränderungen hin zu einer verbesserten empathischen Arzt-Patienten- Kommunikation bleiben vielfach aus.

11 Anmerkungen

[1] Gespräch mit Michaela Parmas, Jänner 2009

[2] Gespräch mit Michaela Parmas, Jänner 2009

[3] Gottschlich, Maximilian: Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. Wien, Köln, Weimar 2007, S.181.

[4] Gottschlich, M., 2007, S.183.

[5] Vgl. David Spiegel et al.: Effects of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastasic Breast Cancer. In: The Lancet, Vol. 334, Oct. 1989, S. 888-891. Zit. in: Gottschlich, 2007, S.183.und Zit. in:Platsch, Klaus-Dieter: Was heilt. Vom Menschsein in der Medizin. Stuttgart 2007, S.55.

[6] Obrecht, Andreas J. :Die Welt der Geistheiler: Die Renaissance magischer Weltbilder. Wien, Köln, Weimar 1999, S.10.

[7] Obrecht, A.J., 1999, S.10.

[8] Smolle, Josef. In: Der Standard 18.08.2009, S. 27.

[9] Vgl. Der Standard 18.08.2009, S.27.

[10] Gottschlich, M., 2007, S.136.

[11] Smolle, Josef. In: Der Standard 18.08.2009, S. 27.

[12] Smolle, Josef. In: Der Standard 18.08.2009, S. 27.

[13] Keil, Wolfgang W.: Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In: Person 1(1997), S.5.

[14] Keil, W. W., 1997, S.5.

[15] Keil, W. W., 1997, S.5.

[16] Rogers, Carl R.: Gespräch Carl Rogers mit dem Vorstand der GwG. In: GwG-info 48, 1982, S. 18-35. Zit. in: Keil, 1997, S.6.

[17] Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. München 2007, S.217.

[18] Bauer, Joachim: Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg, 2005, S.84.

[19] Bauer, J., 2007, S.220.

[20] Kennifer, S.L., Alexander S.C., Pollk K.I., Jeffreys A.S., Olsen Ma.K., Rodriguez K.L., Arnold R.M., Tulsky J.A.: Negative emotions in cancer care: Do oncologists' responses depend on severity and type of emotion?. In: Patient Education and Counseling 2009 , 76: 51-56.

[21] Pollak, Kathryn I.,Arnold, Robert M., Jeffreys, Amy S., Alexander, Stewart C., Olsen, Maren K., Abernethy, Amy P., Sugg Skinner, Celette, Rodriguez, Keri L., Tulsky, James A.: Oncologist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer. In: Journal of Clinical Oncology, Vol. 25, 2007, S.5748-5752.

[22] Suchman A., Markakis,K., Beckman, H., et al.: A model of empathic communication in the medical interview. Jama 277: 678-682, 1997.

[23] Arman M., Rehnsfeldt A., Lindholm L., Hamrin E., Eriksson K.: Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. In: International Journal of Nursing Practice 2004, 10: 248-256.

[24] Eriksson K.: Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. In: Advanced Pracitce Nursing Quaterly 1997, 3:8-13.

[25] Arman M., Rehnsfeldt A., Lindholm L., Hamrin E.: The face of suffering among woman with breast cancer – being in a field of forces. In: Cancer Nursing 2002, 25: 96-103.

[26] Halldorsdottir S., Hamrin E.: Caring abns uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. In: Cancer Nursing, 1997, 20: 120-128.

[27] Arman et al., 2004, S. 249.

[28] Spiegel,W., Zidek, Th., Maier, M., Vutuc, Ch., Isak, K., Karlic, H., Micksche, M.:Breaking bad news to cancer patients: survey and analysis. In: Psycho-Oncology, 2009, 18: 179-186.

[29] Pohl G., Seemann H., Zojer N., Ochsner Ch., Luhan Ch., Schemper M., Ludwig H.: „Laying on of hands" improves well-being in patients with advanced cancer". Wien 2006.

[30] Weze, C., Leathard, HL., Grange, J.,Tiplady,P., Stevens, G.:Evaluation of healing by gentle touch. Public Health 119:3-10.

[31] Vgl.: Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit. München 2007, S.56.

[32] Zubieta, J. K., et al.: Placebo effects mediated by endogenous opioid activity on n-opioid receptors. The Journal of Neuroscience 25: 7754, 2005. Zit. in: Bauer, 2007, S.56.

[33] Bauer, J., 2007, S.56.

[34] Bauer, J., 2007, S.57 f.

[35] Bauer, J., 2007, S.58.

[36] Kennifer, S. L., et al., 2009.

[37] Pollak,K.I., 2007.

[38] Pollak,K.I., 2007.

[39] Gottschlich, M., 2007, S.66.

[40] Gottschlich, M., 2007, S.69.

[41] Druyen, Thomas. In: Das Leid der Anderen. ORF, Radiokolleg 10. – 13.12.2007.

[42] Druyen, Thomas. In: Das Leid der Anderen. ORF, Radiokolleg 10. –13.12.2007.

[43] Bauer, J., 2005, S.141f.

[44] Arman et al., 2004.

[45] Barbour, A.: Humanistic patient care: A comparison of the disease model and the growth of model. In: S. Miller et al., Dimensions of humanistic medicine. San Francisco 1975, S.50. Zit. in: Gordon,Th., Sterling Edwards,W.: Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner. München 1999, S.46.

[46]Bellet,P., Maloney, M.:The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. JAMA, 266, 1991, S.1831f. Zit. in: Gordon,Th., Sterling Edwards,W.: Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner. München 1999, S.89.

[47] Siegel, B.: Liebe, Medizin und Wunder. Düsseldorf: Econ (ETB Nr. 23063), 1991, S.80. Zit.in:Gordon,Th., Sterling Edwards,W., 1999, S.56.

[48] Keil, Annelie : Die initiatische Dimension der Gesundheit. In : Robrecht, J., Hippius, M., Arzt, Th., (Hg.): Der Mensch als Zeuge des Unendlichen. Schaffhausen 1996, S.173.

[49] Mack RM. : Lessons from Living with Cancer. New Engl. J Med 1984, 311, S. 1640-1644. Zit. in:Kappauf, H., Gallmeier, W. M.: Nach der Diagnose Krebs – Leben ist eine Alternative. Herder Spektrum 4857, Freiburg, Basel, Wien 2000, S.264.

[50] Kappauf,H., Gallmeier, W.M. : Nach der Diagnose Krebs – Leben ist eine Alternative. Freiburg, Basel, Wien, 2000, S.264.

[51] Spiegel,W., et al.,2009.

[52] Pohl et al., 2006.

[53] Obrecht, Andreas J.,1999, S.229.

[54] Obrecht, Andreas J.: Wie wirklich ist die Wirklichkeit? – Ein Nachwort. In: Obrecht, Andreas J. (Hg.): Die Klienten der Geistheiler. Vom anderen Umgang mit Krankheit, Krise, Schmerz und Tod. Wien, Köln, Weimar 2000, S.237.

[55] Belschan, Alex: Glück und individuelle Zufriedenheit trotz Krankheit - Ergebnisse einer schriftlichen Klientenbefragung. In: Obrecht, Andreas J. (Hg.):Die Klienten der Geistheiler. Wien, Köln, Weimar 2000, S.218.

[56] Obrecht, A. J., 1999, S. 209.

[57] Obrecht, A. J.,1999, S. 210.

[58] Obrecht, A. J., 1999, S. 263.

[59] Obrecht,A. J.,1999, S. 262 f.

[60] Fischer, Johannes: Die therapeutische Beziehung aus ethischer Sicht. Zit. in: Rössler, Wulf (Hrsg.):Die therapeutische Beziehung. Heidelberg 2005, S.31.

[61] Platsch, Klaus-Dieter: Was heilt. Vom Menschsein in der Medizin. Stuttgart 2007, S.165.

[62] Vgl. Gottschlich, 2007, S.136 f.

[63] Gottschlich, M., 2007, S.136.

[64] Möhring, Peter: Angst und Methode in der Krebsbehandlung. In: Möhring, Peter(Hrsg.): Mit Krebs leben. Maligne Erkrankungen aus therapeutischer und persönlicher Perspektive. Gießen 1996, S.31.

[65] Möhring, 1996, S.31.

[66] Ratheiser, Klaus: Die Schärfe des Augenblicks. Ein Intensivmediziner erzählt von seinen Erfahrungen. Wien 2003, S.9.

[67] Ratheiser,K., 2003, S.9.

[68] Ratheiser,K., 2003, S.10.

[69] Vgl. Möhring, 1996, S.31.

[70] Möhring, 1996, S.32.

[71] Möhring, 1996, S.32.

[72] Gottschlich, M., 2007, S.137.

[73] Möhring, Peter: Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie bei malignen Erkrankungen. In:Möhring, Peter (Hrsg.): Mit Krebs leben. Gießen 1996, S.46.

[74] Gottschlich, M., 2007, S.85.

[75] Gathmann, Peter, Semrau-Lininger, Claudia: Der verwundete Arzt. Ein Psychogramm des Heilberufs. München 1996, S. 34 f. Zit. in: Gottschlich, 2007,S. 263.

[76] Gottschlich, M., 2007, S.265.

[77] Gottschlich, M., 2007, S.268.

[78] Moos, Ute: Die Klienten der Geistheiler - Traditionen, Wege, Ziele. In: Obrecht, Andreas J. (Hg.): Die Klienten der Geistheiler. Wien, Köln, Weimar 2000, S.108.

[79] Platsch, Klaus-Dieter: Psychosomatik in der chinesischen Medizin. München 2005,S.341.

[80] Platsch, Klaus-Dieter: Das Heilende Feld. Was sie selbst für ihre Heilung tun können. Frankfurt am Main 2009, S.220.

[81] Nura Loeks, zit. nach Anna Platsch: Offenes Siegel, Berlin 2006, S.195. Zit.in: Platsch, 2009, S.221.

[82] Platsch, 2009, S.221.

[83] Meier-Seethaler, Carola: Gefühl und Urteilskraft. Ein Plädoyer für die emotionale Vernunft. München 2001,S.22.

[84] Vgl. Meier-Seethaler, C., 2001, S.22.

[85] Meier-Seethaler, C., 2001, S.22 f.

[86] Gottschlich, M., 2007, S.137.

[87] Gottschlich, M., 2007, S.137.

[88] Vgl. Gottschlich, M., 2007, S.138.

[89] Gottschlich, M., 2007, S.138.

[90] Meier-Seethaler, C., 2001, S.39.

[91] Meier-Seethaler, C.,2001, S.38 f.

[92] Vgl. Meier-Seethaler, C., 2001, S.39.

[93] Meier-Seethaler, C., 2002, S.40.

[94] Meier-Seethaler, C.,2002, S.40.

[95] Gottschlich, M., 2007, S.139.

[96] Kummer, Irene E.: Blaise Pascal. Studien zu den Pensees, Berlin 1978.S.40. Zit. in: Meier-Seethaler, 2001, S.43.

[97] Meier-Seethaler, C., 2001, S.43.

[98] Meier-Seethaler, C., 2001, S. 244.

[99] Meier-Seethaler, C.,2001, S. 182.

[100] Meier-Seethaler, C.,2001, S. 184.

[101] Hüther, Gerald: Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: Storch, M., Cantieni, B., Hüther G., Tschacher,W.,: Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern 2006, S.66.

[102] Hüther, Gerald: Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: Storch, M., Cantieni, B., Hüther G., Tschacher,W.,: Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern 2006, S.67.

[103] Hüther, Gerald: Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G., Tschacher,W.,: Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern 2006, S.84.

[104] Gündel, Harald: Befunde zur Neurobiologie von Emotionalität, Beziehungsregulation und Schmerz. In: Henningsen, P., Gündel, H., Ceballos-Baumann, A.(Hrsg.):Neuropsychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik. Stuttgart 2006, S. 22.

[105] Gündel, Harald: Befunde zur Neurobiologie von Emotionalität, Beziehungsregulation und Schmerz. In: Henningsen, P., Gündel, H., Ceballos-Baumann, A.(Hrsg.):Neuropsychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik. Stuttgart 2006, S. 21f.

[106] Vgl. Körner, J.: Einfühlung: Über Empathie. In: Forum Psychoanal. 1998. 14: 1-17, S. 3.

[107] Vgl. Trommer, H.: Neurobiologische Erkenntnisse zur Teilhabe im Alter. Gesundheit Berlin (Hg.): Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin 2007, S. 3f. (http://www.gesundheitberlin.de/download/Trommer_H.pdf [19.6.2009])

[108] Bischof-Köhler, Doris: Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition. Bern 1989, S. 26.

[109] Bischof-Köhler, D.: Empathie – Mitgefühl – Grausamkeit. Und wie sie zusammenhängen. In: Berliner Debatte Initial 17,1/2, 2006, S. 14-20, S. 18.

[110]Vgl. Suckfüll, M.: Reflexionsmodalitäten. Ein integratives Konstrukt für die Medienwirkungsforschung. München 2004, S. 205f.

[111] Hoffman, M.L.: Is altruism part of human nature? In: Journal of Personality and Social Psychology 1981, 40/1, S.121-137. S. 128.

[112] Vgl. Hoffman, M.L., 1981, S. 128.

[113] Bischoff-Wanner, C.: Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Bern 2002, S. 16.

[114] Vgl. Bischof-Wanner, C., 2002, S. 104f.

[115] Vgl. Bischof-Wanner, C., 2002, S. 103ff.

[116] Vgl. Bischof-Wanner, C., 2002, S. 206.

[117] Vgl. Bischof-Wanner, C., 2002, S. 174ff.

[118] Squier, Roger,W.: A Model of Empathic Understanding and Adherence to Treatment Regimens in Practionier Patient Relations. In: Soc. Sci. Med. 30, 1990, S. 325ff.Zit.in:Gottschlich,M.,2007,S.159.

[119] Pervin, L.A., Cervone, D., John, O.: Persönlichkeitstheorien. München 2005,S.216.

[120] Vgl. Comer, R.J.: Klinische Psychologe. Heidelberg, Berlin 2001, S.53f.

[121] Rogers C. R. : Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Aus dem Amerikan. übers. von Jacqueline Giere. Stuttgart 2000,S. 42.

[122] Rogers C. R. : Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Aus dem Amerikan. übers. von Jacqueline Giere. Stuttgart 2000,S.32ff.

[123] Vgl. Comer,R.J.,2001, S.54.

[124] Comer, R.J., 2001, S.54.

[125] Vgl. Rogers, Carl R. Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt 1995, S.183.

[126] Biermann-Ratjen, E., Eckert, J., Schwartz, H.: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen.Stuttgart1995, S.15.

[127] Rogers, C. R.:A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client-centered frame. 1959, S.210f. In: Koch,S.(Ed.):Psychologie: A study of science, Vol.III. Formulations of the person and the social context.New York 184-256.

[128] Rogers, C.R.: A way of beeing.Mariner Books, Houghton Mifflin1996,S.142.

[129] Vgl. Squier,R., W.: A Model of Empathic Understanding and Adherence to Treatment Regimens in Practionier Patient Relations. In: Soc. Sci. Med. 30, 1990, S. 325ff.

[130] Vgl. Finke, J.: Gesprächspsychotherapie: Grundlagen und spezifische Anwendungen. Stuttgart 2004, S. 29.

[131] Vgl. Finke, J., 2004, S. 44.

[132] Vgl. Finke, J., 2004, S. 36ff.

[133] Rogers, C.R., 1996, S. 143.

[134] Rogers, C.R.: Die Kraft des Guten. Frankfurt am Main 1990, S. 22.

[135] Rogers, C.R.: On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston 1961, S. 34.

[136] Vgl. Finke, J., 2004, S. 23.

[137] Vgl. Biermann-Ratjen, E., 1995, S. 26.

[138] Motschnig-Pitrik, R., Nykl, L.: Ein kognitiv-emotionales Modell zur Klärung der Wirkungsweise von Rogers' Personenzentriertem Ansatz. Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächsführung 1 (1). Köln 2002, S. 14f.

[139] Rogers, C.R., 1961, S. 16f.

[140] Vgl. Finke, J., 2004, S. 66.

[141] Vgl. Biermann-Ratjen, E., 1995, S. 27ff.

[142] Bauer, J., 2007, S.21.

[143] Bauer, J., 2007, S.69.

[144] Bauer, J., 2007, S.69.

[145] Bauer, J., 2007, S.69 f.

[146] Zit. nach Jakob Bösch: Spirituelles Heilen und Schulmedizin, Bern 2002, S.58f. Zit. in:Platsch, Klaus-Dieter, 2007,S.138.

[147] Bauer, J., 2005, S.129.

[148] Bauer, J., 2005, S.130.

[149] Bauer, J. 2005, S. 131f.

[150] Bauer, J., 2005, S. 133.

[151] Platsch, Klaus-Dieter ,2009, S.214.

[152] Platsch, Klaus-Dieter ,2009, S.215.

[153] Vgl. Platsch,Klaus-Dieter,2007, S.71.

[154] Bleuler, E., 1943:Zit.in: Rössler, Wulf(Hrsg.): Die therapeutische Beziehung. Heidelberg 2005, S.2.

[155] Dossey, Larry: Die Zukunft der Medizi. In: Kunz, Dora: Die verborgenen Quellen der Heilung. Grafing 1987, S.27.

[156] Schmid, Peter F.: State of the art personzentrierten Handelns als Vermächtnis und Herausforderung. PERSON 1 (1998)S.21.

[157]Fischer, Johannes: Die therapeutische Beziehung aus ethischer Sicht. In: Rössler, W.(Hrsg.) 2005, S.32.

[158] Gottschlich, M., 2007, S.156.

[159] Gottschlich, M., 2007, S.156.

[160] Rogers, Carl R.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart 1980, S.75.

[161] Rogers, Carl R.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart 1980, S.195.

[162] Condrau, Gion: Daseinsanalyse: philosophische und antropologische Grundlagen, die Bedeutung der Sprache, Psychotherapieforschung aus daseinsanalytischer Sicht: Dettelbach: Röll, 1998, S.161.

[163] Condrau,G.,1998, S.198f.

[164] Condrau,G.,1998, S.161.

[165] Condrau,G.,1998, S.190.

[166] Condrau,G.,1998, S.189f.

[167] Condrau,G.,1998, S.195.

[168] Condrau,G.,1998, S.194f.

[169] Gottschlich, M., 2007, S.71.

[170] Gottschlich, M., 2007,S. 71f.

[171] Meier-Seethaler,C.,2001,S.295.

[172] Meier-Seethaler,C.,2001, S.296.

[173] Brähler, Elmar: Körpererleben - ein vernachlässigter Aspekt der Medizin. In: Brähler, Elmar(Hg.): Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele, Beiträge zur psychosomatischen Medizin. Gießen 1995, S.3.

[174] Uexküll T. von: Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der somatischen Medizin. Prax Psychoter Psychosom 30: 95-103. Zit. in: Brähler, Elmar: Körpererleben - ein vernachlässigter Aspekt der Medizin. In: Brähler, Elmar(Hg.): Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele, Beiträge zur psychosomatischen Medizin. Gießen 1995, S.3.

[175] Vgl. Brähler ,E., 1995,S.9f.

[176] Brähler,E.,1995, S.10.

[177] Geuter, Ulfried: Zu jedem Kopf gehört ein Körper. – Die moderne Hirnforschung und die Körperpsychotherapie. In: Dimensionen- Die Welt der Wissenschaft vom 15.3.2007

[178] Geuter, Ulfried: Zu jedem Kopf gehört ein Körper. – Die moderne Hirnforschung und die Körperpsychotherapie. In: Dimensionen- Die Welt der Wissenschaft vom 15.3.2007

[179] Keysers, Christian: Zit.in: Zu jedem Kopf gehört ein Körper. – Die moderne Hirnforschung und Körperpsychotherapie. In: Dimensionen- Die Welt der Wissenschaft vom 15.3.2007

[180] Keysers, Christian, 15.3.2007

[181] Geuter, Ulfried,15.3.2007

[182] Geuter, Ulfried,15.3.2007

[183] Schorsch, Christof: Die große Vernetzung: Wege zu einer ökologischen Philosophie. Freiburg im Breisgau 1987, S.158f.

[184] Meier-Seethaler, C., 2001, S.269.

[185] Meier-Seethaler, C., 2001, S.270.

[186] Gottschlich, M., 2007, S.195.

[187] Gottschlich, M. 2007, S.195.

[188] Gottschlich, M., 2007, S.195f.

[189] Schorsch, Ch., 1987, S.162.

[190] Schorsch, Ch., 1987, S.162.

[191] Schorsch, Ch.,1987, S.163.

[192] Schorsch, Ch., 1987, S.161.

[193] Schorsch, Ch.,1987, S.162.

[194] Schorsch, Ch.,1987, S.164ff.

[195] Schorsch, Ch., 1987, S.166.

[196] Schorsch, Ch., 1987, S.161.

[197] Byers, Paul: A Personal View of Nonverbal Communication. Theory into Practice. Journal of the School of Education Juni 1977 (Ohio State University). Zit. in: Schorsch, 1987, S.162.

[198] Streeck, Jürgen: Kommunikation. In: Annemarie Rucktäschel und M. Gorschenek (Hg.): Kritische Stichwörter Sprachdidaktik. München 1982, S.114ff. Zit. in: Schorsch, 1987, S.159f.

[199] vgl. Scheflen, Albert E.: Die Bedeutung der Körperhaltung in Kommunikationssystemen. In: Auwärter, M., Kirsch, E. ,Schröter, K.(Hg.): Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität. Frankfurt am Main 1977, S.221ff; sowie Graumann Carl F.: Interaktion und Kommunikation. In: ders.(Hg.): Handbuch der Psychologie in 12 Bänden. Band VII, S.1109ff. Zit. in: Schorsch, 1987, S.160.

[200] Schorsch, Ch., 1987,S.160.

[201] Schorsch, Ch., 1987,S.160.

[202] Bauer Joachim. In: Radiokolleg – Das Leid der Anderen: Von der Gleichgültigkeit zum Mitgefühl, 10.-13.12.2007

[203] Schorsch,Ch.,1987,S. 165.

[204] Egger J.W.: Das biopsychosoziale Krankheitsmodell-Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin2:3-12. Zit. in: Moser, Gabriele(Hrsg.): Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie. Wien 2007, S.14.

[205] Moser, G.,: Stellenwert der Psychosomatik in der Gastroenterologie. In: Moser, G.(Hrsg.): Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie. Wien 2007, S.16.

[206] Egger J.W.: Das biopsychosoziale Krankheitsmodell-Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin2:3-12. Zit. in: Moser, Gabriele(Hrsg.): Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie. Wien 2007, S.15.

[207] Toifl, Karl: Lebensfluss zwischen gesund und krank. Wien 2004, S.33.

[208] Toifl, K.,2004, S.43f.

[209] Toifl, K.,2004, S.44f.

[210] Toifl, K., 2004, S.45.

[211] Toifl, K., 2004, S.46.

[212] Toifl, K., 2004, S.47.

[213] Toifl, K., 2004, S.47.

[214] Toifl, K., 2004, S.47.

[215] Vgl. Toifl, K., 2004,S.48.

[216] Toifl, K., 2004, S.48.

[217] Toifl, K., 2004, S.80.

[218] Toifl, K., 2004, S.80f.

[219] Interview mit Prof. Karl Toifl vom 27.04.2009

[220] Interview mit Claudia Lorenz vom 20.03.2009

[221] Vgl. Kappauf, H., Gallmeier, W. M.: Wenn der Patient über seine Krebserkrankung aufgeklärt wird In: Kongressband Update in Psychoonkologie. Wien 1996.

[222] Milz, Helmut: Den ganzen Menschen heilen.In:Reichert, Dieter (Hrsg.):Humane Medizin...den ganzen Menschen heilen.München1994, S.29.

[223] Milz, H., In: Reichert, D., 1994,S.26.

[224] Gottschlich, M. In: Schwaighofer Cyriak (Red.): Goldegger Dialoge: Neue Wege des Heilens. 20, Goldegg 2002, S.146.

[225] Gottschlich, Maximilian: Auf dem Weg zu einer kommunikativen Medizin. In: Schwaighofer, Cyriak(Red.): Goldegger Dialoge: Neue Wege des Heilens. 20, Goldegg 2002, S.143.

[226] Rogers, Carl R., Rosenberg Rachel L.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart1980, S.197.

[227] Rogers, Carl R., Rosenberg Rachel L.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart1980, S.79.

[228] Toifl, K.,2004,S.80.

[229] Toifl, K.,2004,S.80.

[230] Gottschlich, M., 2007, S.19.

[231] Milz, H., In: Reichert, D.(Hrsg.), 1994, S.25.

[232] Lown, Bernard: Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Stuttgart 2004, S.17.

[233] Milz, H., In: Reichert, D.(Hrsg.), 1994, S.25.

[234] Bernhard-Hegglin, Alice: Die therapeutische Begegnung: Verinnerlichung von Ich und Du. Göttingen 1999, S. 145.

12 Literaturverzeichnis

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., Eriksson, K.: Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. In: International Journal of Nursing Practice 2004; 10: 248-256.

Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. München 2007.

Bauer, Joachim: Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg 2005.

Bernhard-Hegglin, Alice: Die therapeutische Begegnung. Verinnerlichung von Ich und Du. Göttingen 1999.

Biermann-Ratjen, E., Eckert, J., Schwartz, H.: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart1995.

Bischoff-Wanner, C.: Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Bern 2002. Reihe Pflegewissenschaft.

Bischof-Köhler, Doris: Empathie – Mitgefühl – Grausamkeit. Und wie sie zusammenhängen. In: Berliner Debatte Initial 17,1/2, 2006, S. 14-20.

Bischof-Köhler, Doris: Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition. Bern 1989.

Brähler, Elmar (Hg.): Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele, Beiträge zur psychosomatischen Medizin. Gießen 1995.

Comer, R. J.: Klinische Psychologe. Heidelberg, Berlin 2001.

Condrau, Gion: Daseinsanalyse: philosophische und anthropologische Grundlagen, die Bedeutung der Sprache, Psychotherapieforschung aus daseinsanalytischer Sicht: Dettelbach: Röll, 1998.

Der Standard 18.08.2009

Finke, J.: Gesprächspsychotherapie: Grundlagen und spezifische Anwendungen. Stuttgart 2004.

Gordon,Th., Sterling Edwards,W.: Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner. München 1999.

Gottschlich, Maximilian: Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. Wien, Köln, Weimar 2007.

Henningsen, P., Gündel, H., Ceballos-Baumann, A. (Hrsg.): Neuropsychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik. Stuttgart 2006.

Hoffmann, M. L.: Is altruism part of human nature? In: Journal of Personality and Social Psychology 1981, 40/1, S.121-137.

Kappauf, H., Gallmeier, W. M.: Nach der Diagnose Krebs – Leben ist eine Alternative. Herder Spektrum 4857, Freiburg, Basel, Wien 2000.

Kappauf, H., Gallmeier, W. M.: Wenn der Patient über seine Krebserkrankung aufgeklärt wird. In:Kongressband Update in Psychoonkologie. Wien 1996.

Keil, Wolfgang W.: Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In:PERSON 1 1997 S. 5-13

Kennifer, S.L., Alexander S.C., Pollk K.I., Jeffreys A.S., Olsen Ma.K., Rodriguez K.L., Arnold R.M., Tulsky J.A.: Negative emotions in cancer care: Do oncologists' responses depend on severity and type of emotion?. In: Patient Education and Counseling 76 (2009), 51-56.

Körner, J.: Einfühlung: Über Empathie. In: Forum Psychoanal. 1998. 14: 1-17.

Kunz, Dora: Die verborgenen Quellen der Heilung. Grafing 1987.

Lown, Bernard: Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Stuttgart 2004.

Meier-Seethaler, Carola: Gefühl und Urteilskraft. Ein Plädoyer für die emotionale Vernunft. München 2001. Storch, M., Cantieni, B., Hüther G., Tschacher,W.,:

Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern 2006.

Möhring, Peter (Hrsg.): Mit Krebs leben. Maligne Erkrankungen aus therapeutischer und persönlicher Perspektive. Gießen 1996.

Moser, Gabriele (Hrsg.): Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie. Wien 2007.

Motschnig-Pitrik, R., Nykl, L.: Ein kognitiv-emotionales Modell zur Klärung der Wirkungsweise von Rogers' Personenzentriertem Ansatz. Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächsführung 1 (1). Köln 2002.

Obrecht, Andreas J. (Hg.): Die Klienten der Geistheiler. Vom anderen Umgang mit Krankheit, Krise, Schmerz und Tod. Wien, Köln Weimar 2000.

Obrecht, Andreas J.: Die Welt der Geistheiler. Die Renaissance magischer Weltbilder. Wien, Köln, Weimar 1999.

Pervin, L.A., Cervone, D., John, O.: Perönlichkeitstheorien. München 2005.

Platsch, Klaus-Dieter: Das Heilende Feld. Was sie selbst für ihre Heilung tun können. Frankfurt am Main 2009.

Platsch, Klaus-Dieter: Psychosomatik in der chinesischen Medizin. München 2005.

Platsch, Klaus-Dieter: Was heilt. Vom Menschsein in der Medizin. Stuttgart 2007.

Pohl, G., Seemann, H., Zojer, N., Ochsner, Ch., Luhan, Ch., Schemper, M., Ludwig, H.: „Laying on of hands" improves well-being in patients with advanced cancer. Springer Verlag 2006.

Pollak,K.I., Arnold, R.M., Jeffreys,A.S., Alexander, St. C.,Olsen, M.K.,Abernethy, A.P., Sugg Skinner,C., Rodriguez, K. L., Tulsky,J.A.: Oncolgist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer. In:Journal of Clinical Oncology. Vol.25, Nr.36, 2007.

Ratheiser, Klaus: Die Schärfe des Augenblicks. Ein Intensivmediziner erzählt von seinen Erfahrungen. Wien 2003.

Reichert, Dieter (Hrsg.):Humane Medizin...den ganzen Menschen heilen. München1994.

Robrecht, J., Hippius, M., Arzt, Th., (Hg.): Der Mensch als Zeuge des Unendlichen. Schaffhausen 1996.

Rogers, Carl R.: A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client-centered frame. 1959. In: Koch,S.(Ed.):Psychologie: A study of science, Vol.III. Formulations of the person and the social context.New York 184-256.

Rogers, Carl R.: On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston 1961.

Rogers, Carl R., Rosenberg Rachel L.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart 1980.

Rogers, Carl R. : Gespräch Carl Rogers mit dem Vorstand der GwG. In: GwG –info 48, 1982.

Rogers, Carl R.: Die Kraft des Guten. Frankfurt am Main 1990.

Rogers, Carl R.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt 1995.

Rogers, Carl R.: A way of beeing.Mariner Books, Houghton Mifflin1996.

Rogers, Carl R. : Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Aus dem Amerikan. übers. von Jacqueline Giere. Stuttgart 2000.

Rössler, Wulf (Hrsg.):Die therapeutische Beziehung. Heidelberg 2005.

Schmid, Peter F.: State of the art personzentrierten Handelns als Vermächtnis und Herausforderung. In: PERSON 1 (1998) S. 15 - 23

Schorsch, Christof: Die große Vernetzung: Wege zu einer ökologischen Philosophie. Freiburg im Breisgau 1987.

Schwaighofer Cyriak(Red.):Goldegger Dialoge: Neue Wege des Heilens. 20, Goldegg 2002.

Spiegel, W., Zidek, Th., Maier, M., Vutuc, Ch., Isak, K., Karlic, H., Micksche, M.: Breaking bad news to cancer patients: survey and analysis. In: Psycho-Oncology 18: 179-186 (2009).

Squier, Roger W.: A Model of Empathic Understanding and Adherence to Treatment Regimens in Practionier Patient Relations. In: Soc. Sci. Med. 30, 1990.

Suckfüll, M.: Reflexionsmodalitäten. Ein integratives Konstrukt für die Medienwirkungsforschung. München 2004.

Toifl, Karl: Lebensfluss zwischen gesund und krank. Innovative Modelle im Gesundheitswesen 1, Wien 2004.

Trommer, H.: Neurobiologische Erkenntnisse zur Teilhabe im Alter. Gesundheit Berlin (Hg.): Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin 2007. (http://www.gesundheitberlin.de/download/Trommer_H.pdf [19.6.2009])

Audiomaterial:

Dimensionen – Die Welt der Wissenschaft : Zu jedem Kopf gehört ein Körper – die moderne Hirnforschung und die Körperpsychotherapie. ORF, 15.03.2007.

Radiokolleg: Das Leid der Anderen. Von der Gleichgültigkeit zum Mitgefühl. ORF, 10. – 13.12.2007.

Interview mit Claudia Lorenz, 20.03.2009

Interview mit Prof. Karl Toifl, 27.04.2009

13 Anhang – Verwendete Studien

Patient Education and Counseling 76 (2009) 51–56

Contents lists available at ScienceDirect

Patient Education and Counseling

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pateducou

Communication: Observational Study

Negative emotions in cancer care: Do oncologists' responses depend on severity and type of emotion?

Sarah L. Kennifer [a,*], Stewart C. Alexander [a,b], Kathryn I. Pollak [c,d], Amy S. Jeffreys [b], Maren K. Olsen [b], Keri L. Rodriguez [e,f], Robert M. Arnold [f], James A. Tulsky [a,b,d]

[a] Center for Palliative Care, Duke University Medical Center, United States
[b] Health Services Research and Development, Durham VA Medical Center, United States
[c] Community and Family Medicine, Duke University Medical Center, United States
[d] Duke Cancer Prevention, Detection, and Control Research Program, Duke University Medical Center, United States
[e] Center for Health Equity Research and Promotion, VA Pittsburgh Healthcare System, United States
[f] Department of General Internal Medicine, University of Pittsburgh School of Medicine, United States

ARTICLE INFO

Article history:
Received 29 July 2008
Received in revised form 19 September 2008
Accepted 9 October 2008

Keywords:
Doctor–patient relations
Communication
Cancer
Emotion

ABSTRACT

Objective: To examine how type and severity of patients' negative emotions influence oncologists' responses and subsequent conversations.
Methods: We analyzed 264 audio-recorded conversations between advanced cancer patients and their oncologists. Conversations were coded for patients' expressions of negative emotion, which were categorized by type of emotion and severity. Oncologists' responses were coded as using either empathic language or blocking and distancing approaches.
Results: Patients presented fear more often than anger or sadness; severity of disclosures was most often moderate. Oncologists responded to 35% of these negative emotional disclosures with empathic language. They were most empathic when patients presented intense emotions. Responding empathically to patients' emotional disclosures lengthened discussions by an average of only 21 s.
Conclusion: Greater response rates to severe emotions suggest oncologists may recognize negative emotions better when patients express them more intensely. Oncologists were least responsive to patient fear and responded with greatest empathy to sadness.
Practice implications: Oncologists may benefit from additional training to recognize negative emotions, even when displayed without intensity. Teaching cancer patients to better articulate their emotional concerns may also enhance patient–oncologist communication.
© 2008 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Patients with advanced cancer often experience strong emotions such as sadness, anxiety, and fear which, if unaddressed, can impair function and emotional well being and may negatively affect survival [1–3]. Many patients find relief in discussing emotional concerns with their oncologists and prefer seeing physicians who are willing to address such concerns [4]. Additionally, when oncologists attend to distress, patients receive tangible benefits; they report improved quality of life, adherence to treatment plans, overall satisfaction, and willingness to disclose future concerns [1,5,6].

When patients discuss feelings with their oncologists, doctors can respond in a number of ways, including acknowledging the emotion by offering an empathic response or ignoring the emotion through blocking or distancing behaviors [7]. Empathic responses let patients know they have been heard and may allow, or even encourage, them to continue sharing their concerns. Unfortunately, research shows that oncologists often ignore rather than address the emotion [8–10]. There are several possible explanations. Oncologists may not recognize patients' emotions, worry that addressing emotions takes too much time, or fear becoming emotionally involved in patients' distress [10].

In recent years, the medical community has focused on understanding and improving physicians' abilities to recognize and respond to patients' emotions [11–13]. However, there is a lack of data to document how oncologists respond to different types and severity levels of emotion, or whether various types of emotions trigger different responses from doctors. The current research on "empathic opportunities" treats all emotions equally,

* Corresponding author at: Center for Palliative Care, Duke University Medical Center, Hock Plaza, Suite 1105, Box 2720, 2424 Erwin Road, Durham, NC 27705, United States. Tel.: +1 919 668 0481; fax: +1 919 668 1300.
E-mail address: sarah.kennifer@duke.edu (S.L. Kennifer).

0738-3991/$ – see front matter © 2008 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.
doi:10.1016/j.pec.2008.10.003

despite a wide range in both the type and intensity of emotions patients express. A patient's fear about her life ending before seeing her daughter graduate from high school likely warrants a different response than her frustration that low blood counts will postpone her chemotherapy treatment.

Further, existing literature has shown that empathic responses by physicians facilitate patient discussion of emotions [14,15]; however, there is little empirical evidence identifying which types of emotional disclosures prompt oncologists' empathic responses. We conducted this study to identify which negative emotions are most likely to elicit empathic language from oncologists, and to determine how the conversation proceeds after an oncologist responds empathically to a patient.

2. Methods

2.1. Participants

Data for this report were collected as part of the Study of Communication in Oncologist–Patient Encounters (SCOPE), a three-site project analyzing audio-recorded conversations between advanced cancer patients and their oncologists from Duke University Medical Center (DUMC), the Durham Veterans Affairs Medical Center (DVAMC), and the University of Pittsburgh Medical Center (UPMC). Results reported in this manuscript represent data collected in the clinical trial portion of the SCOPE study. Detailed methods of SCOPE are reported elsewhere [16]. SCOPE was approved by each study site's Institutional Review Board (IRB).

2.1.1. Oncologists

We approached all medical, radiation, and gynecological oncologists who saw patients in the Radiation Oncology, Surgical and Medical Oncology, Obstetrics and Gynecology (OB–GYN), Brain Tumor, and Bone Marrow Transplant clinics to participate in the study. We recruited 110 oncologists from the three institutions. Of the 74 oncologists who consented, eight withdrew voluntarily because they moved outside the study area, while an additional 18 withdrew due to a lack of eligible patients. Forty-eight oncologists completed all phases of the study.

2.1.2. Patients

Eligible patients: (1) had advanced-stage malignancy; (2) spoke English; (3) were receiving primary oncology care at DUMC, UPMC, or DVAMC; and (4) had access to a telephone. Oncologists and their mid-level providers were asked to identify outpatients that met these eligibility criteria and about whom the oncologist "would not be surprised if the patient died within 1 year." Patients' loved ones (i.e., family members, friends and caregivers who accompanied patients into the examination rooms) occasionally expressed negative emotions about the disease on behalf of patients. Because oncologists responded to these loved ones as equal partners in the clinical communication, disclosures of negative emotion by loved ones were included in our sample and were counted together with patient disclosures. All study participants provided written, informed consent.

2.2. Measures

For this analysis, we selected the sub-sample of audio-recorded visits in which patients expressed at least one negative emotion to their oncologist ($N = 135$ patients from conversations with $N = 44$ oncologists). Negative emotions were defined as instances in which patients revealed distress about the cancer or related topics (e.g., "This cancer has made my life miserable!"). All instances of negative emotion presented empathic opportunities for the physician. Both verbal (e.g., "I've been depressed") and non-verbal (e.g., patient crying in response to bad news) expressions were coded and analyzed. We transcribed all instances of negative emotion and the discussion that followed and recorded the length of time the oncologist and patient spent discussing the negative emotion before the conversation topic returned to medical content.

A codebook was developed to analyze the empathic opportunities presented and the oncologists' responses. We established rules and examples pertaining to three analytic goals: (1) identifying the emotion expressed; (2) measuring the severity of the emotion; and (3) rating the quality of the oncologist's response to the emotional disclosure (Table 1). First, each empathic opportunity was labeled as comprising one of eleven emotions, which were later collapsed into three categories: anger, sadness, and fear. Second, emotional disclosures were evaluated for level of severity (least severe, moderately severe, and most severe), based on preset rules analyzing tone of voice, topic of disclosure, and word choice. Third, coders determined whether oncologists' responses were empathic. Coders assigned responses to one of six categories, depending on the extent to which the oncologist acknowledged the disclosure and attempted to understand or support the patients' emotions. Non-empathic responses were given a score between 1 and 3, depending on the degree to which discussion about that emotion was blocked. Empathic responses that acknowledged the patient's emotion were scored between 4 and 6, depending on the degree to which the oncologist invited the patient to continue expressing the negative emotion. An example of an empathic statement might be, "Yeah, I understand. You just never thought this was going to come back," (Response score = 6). In contrast, non-empathic responses included oncologists' attempts to steer the conversation away from the negative emotion, either by reverting to medical discussion or negating or joking about the emotion. For example, "Oh, come on! This isn't that bad; lots of people have it even worse," (Response score = 2).

Finally, coders analyzed how conversations proceeded after oncologist responses, specifically looking at whether oncologists' empathic responses extended discussion of the patient's emotional expression and whether non-empathic responses steered the conversation away from discussion about that emotion back to medical topics.

Two coders trained using a sample set of conversations not included for final analysis. A 20% random sample of the conversations was double-coded to ensure reliability of the coding system. Cohen's kappa was used to calculate inter-rater reliability for each code using Landis and Kock's classification (0.21–0.40 = fair agreement; 0.41–0.60 = moderate agreement; 0.61–0.80 = substantial agreement; 0.81–1.0 = near-perfect agreement) [17]. All Kappa scores fell into the "near-perfect agreement" or "substantial agreement" categories (Type of emotion = 0.93, 95% CI: 0.8, 1.0; Severity of emotion = 0.72, 95% CI: 0.6, 0.9; Oncologists' responses rating = 0.86, 95% CI: 0.8, 1.0).

2.3. Statistical analyses

Analyses were performed using the SAS for Windows Version 9.1 (SAS, Cary, NC, USA). Because these data were collected during a clinical trial, half of these oncologists had completed an interactive CD-ROM educational program that used didactic presentation and samples of the oncologists' own conversations to teach them better communication skills, including how to respond to patients' negative emotions. Recordings from an equal number of control and intervention oncologists were used in the final analysis. Because the outcome of interest was the type, not the number of

Table 1
Codebook guidelines and examples.

Categories	Examples
Patient emotion type	
Fearful (including worried, fearful, anxious, overwhelmed)	"I worry about my two kids having no mother."
Angry (including angry, frustrated)	"It's just extremely frustrating to have this extremely vague prognosis."
Sad (including sad, disappointed, depressed, hopeless, discouraged)	"I thought I was in remission. When he looked at the bone marrow, it was still 40%. It was devastating to me. I wanted to be in remission."
Patient emotion severity	
1. Least severe	"I guess I have to put up with this every few weeks."
2. Moderately severe	"Last time I wasn't happy at all. I was upset because it didn't shrink."
3. Most severe	"I can't live my life...I'm not living a life! I can't do this! It's not good for me!"
Oncologist response	
Non-empathic (response scores 1–3)	
1. Ignores or changes subject	"Let me just interrupt. What we are seeing is lymph nodes."
2. Jokes or negates	(MD laughs), "You need to focus on the positive!"
3. On-topic, but only medical conversation	"Well, with the blood counts doing so well, I think she's fine."
Empathic (response scores 4–6)	
4. Attempts empathic statement but reverts to medical talk	"Yeah, it's not easy. But before we talk about that, let's talk about how your appetite has been."
5. Acknowledges emotion	"That would be very irritating. Yes, absolutely."
6. Explores emotion or provides support or respect	"I'm going to be with you. And I think your decision's a good one. And if you change your mind at any point, I'm here for both of you."

emotions expressed by patients and the role played by oncologist response, we combined all recordings into one dataset for analysis.

All of the analytic variables in this manuscript were categorical and were described with frequencies in contingency tables. The primary outcome variable was empathic versus non-empathic responses from the oncologist to the empathic opportunities presented by the patient. Chi square tests and odds ratios were used to investigate the relationships between the oncologists' responses and type and severity of emotion separately. Mantel–Haenszel statistics were used to examine the relationship between the oncologists' responses and type of emotion while controlling for the severity level of the emotion. Several empathic opportunities could be presented to a single physician within each encounter with a patient and across encounters with various patients. Statistical methods including multilevel mixed effects models were used to investigate the presence of clustering [18,19], but the data did not indicate intra-patient and intra-physician correlations.

3. Results

3.1. Demographics

Forty-eight oncologists completed the study. We recorded a range of 1–7 conversations from each oncologist (mean = 5.5) with a total of 264 patients (one recording per patient). One hundred thirty five of these patients disclosed at least one negative emotion to their oncologist. Patient and oncologist background characteristics are presented in Table 2.

3.2. Empathic opportunities

We identified 275 empathic opportunities in a total of 264 conversations. About half of the conversations ($N = 135$) had at least one empathic opportunity. Most empathic opportunities (67%) were expressions of fear (e.g., worried = 104, fearful = 43, anxious = 26, overwhelmed = 12); 17% of empathic opportunities expressed sadness (e.g., disappointed = 19, discouraged = 12, sad = 6, depressed = 6, hopeless = 4), and 16% expressed anger (e.g., frustrated = 40, angry = 3). Emotions were further rated based on level of severity. Twenty-one percent of emotions were least-severe, 60% moderately severe, and 19% most severe.

3.3. Responses to empathic opportunities

Oncologists responded to empathic opportunities with empathic statements 35% of the time. The greater the severity of the negative emotion, the more likely oncologists were to

Table 2
Participant background characteristics.

	Patients ($n = 135$)	Oncologists ($n = 44$)
Mean age, in years (S.D.)	59.5 (13.8)	49.4 (8.1)
Gender		
Male	43.0% (58/135)	81.8% (36/44)
Race		
Caucasian	92.1% (116/126)	81.8% (36/44)
African American	7.1% (9/126)	0% (0/44)
American Indian or Alaskan Native	0% (0/126)	0% (0/44)
Asian-Pacific Islander	0% (0/126)	11.4% (5/44)
Other	0.8% (1/126)	6.8% (3/44)
Ethnicity		
Hispanic	3.2% (4/125)	9.1% (4/44)
Physician speciality		
Med Onc (solid tumors)		40.9% (18/44)
Heme Onc (liquid tumors)		27.3% (12/44)
Med Onc (solid and liquid tumors)		20.5% (9/44)
Gyn Onc		9.1% (4/44)
Radiation Onc		2.3% (1/44)
Total previous visits with the oncologist		
0–2	23.8% (30/126)	
3–5	15.9% (20/126)	
6 or more	60.3% (76/126)	

Table 3
Results for severity and type of emotion in empathic opportunities ($n = 275$)[a].

Severity and type of emotion	Empathic response ($n = 96$)	Non-empathic response ($n = 179$)	Chi square, exact p-value
Least (21%)			
Fear ($n = 36$)	6 (16.7%)	30 (83.3%)	$\chi^2 = 1.17$
Anger ($n = 13$)	4 (30.8%)	9 (69.2%)	$p = 0.59$
Sadness ($n = 9$)	2 (22.2%)	7 (77.8%)	
Moderate (60%)			
Fear ($n = 117$)	36 (30.8%)	81 (69.2%)	$\chi^2 = 10.40$
Anger ($n = 24$)	11 (45.8%)	13 (54.2%)	$p = 0.005$
Sadness ($n = 25$)	16 (64.0%)	9 (36.0%)	
Most (19%)			
Fear ($n = 32$)	11 (34.4%)	21 (65.6%)	$\chi^2 = 6.32$
Anger ($n = 6$)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	$p = 0.04$
Sadness ($n = 13$)	9 (69.2%)	4 (30.8%)	

[a] After controlling for level of severity of the emotion, there is a significant association between the type of emotion and the oncologist's response ($Q_{GMH} = 13.9$, p-value = 0.001).

respond empathically (least severe 21%, moderately severe 38%, and most severe 41%; $\chi^2 = 6.72$, p-value = 0.03). Oncologists were more likely to respond empathically when the patient disclosed either a most severe (OR = 2.7; 95% CI: 1.2, 6.2) or moderately severe emotion (OR = 2.3; 95% CI: 1.2, 4.8) compared to a least severe emotion.

The type of emotion expressed by the patient was also significantly associated with oncologist response ($\chi^2 = 13.80$, p-value = 0.001). Oncologists were most likely to respond with empathy (response scores = 4–6) when patients expressed sadness (OR = 3.4; 95% CI: 1.7, 6.5) compared to expressions of fear. This could partially be explained by the higher percentage (28%) of sad emotions that were rated most severe compared to 17% of fearful and 14% of angry disclosures. However, when oncologists responded with empathy to these sad disclosures, their responses were most often weak examples of empathy (response score = 4), and many conversations moved quickly back to medical topics, as in the following example:

Patient: "I'm not happy."
Oncologist: "Well it's not easy. Dr. Jones was telling me how you're coming along with the new medicine."

In contrast, empathic responses to disclosures of anger and fear received more in-depth demonstrations of empathy:

Patient: "This is mostly kinda unreal. It's scary."
Oncologist: "Yeah, I understand. You just never thought this was going to happen."

In response to disclosures of fear and anger, oncologists most often addressed the underlying biomedical cause of the fear or anger (response score = 3) rather than attending to the emotion itself (response scores = 4–6). For example, in a situation where a patient discloses that he is scared of the bone marrow transplant failing, the oncologist was more likely to present transplant statistics to reassure the patient than to empathize with the patient's fear and offer support during the patient's scary experience.

After controlling for level of severity of the emotion, a significant association between the type of emotion and the oncologist's response remained ($Q_{GMH} = 13.9$, p-value = 0.001). Looking at all moderately severe patient disclosures, oncologists were more than twice as likely to respond with empathic language to moderately severe disclosures of sadness compared to fear (64% vs. 31%; $\chi^2 = 10.40$, exact p-value = 0.006). The same association exists for the most severe disclosures; oncologists were most empathic in response to severe expressions of sadness compared to severe expressions of fear (69% vs. 34%; $\chi^2 = 6.32$, exact p-value = 0.037). There was not a significant association between the type of least-severe emotions and the oncologist's response (see Table 3).

3.4. Patient responses to oncologists' statements of empathy

Most (82%) oncologists' empathic responses led to further discussion about the emotional topic. The length of discussion about the emotion was recorded from the time oncologists finished responding to the emotional disclosure until the conversation moved to a different topic. When oncologists responded empathically to patients' emotions, discussions lasted an average of 21 seconds before moving on to a different topic (range = 0–180 s). Nearly all empathic responses that failed to continue the conversation about a patient's emotion were weak examples of empathic responses (oncologist response score = 4). When emotional disclosures were not addressed with empathy (response scores = 1–3), nearly all (94%) conversation about emotion terminated immediately. For example:

Patient: "I have this bad cancer, and it's eventually going to get me."
Oncologist: "You had an excellent response in the beginning."
Patient: "So when will you check me again?"

Twenty-three percent of the patients who presented at least one empathic opportunity raised the same emotion more than once, often after the oncologist had terminated the previous emotional disclosure. Yet, in these cases, repeated statements of negative emotion only elicited an empathic response 20% of the time.

4. Discussion and conclusion

4.1. Discussion

We analyzed conversations between advanced cancer patients and their oncologists for discussions of negative emotion and made several observations. First, these patients most often expressed fear, and emotional disclosures were most often of moderate severity. Second, oncologists seemed to have trouble both in recognizing patients' expressions of negative emotion and in acknowledging and responding to the emotion; when they did respond empathically, they were most responsive when patients expressed sadness and had severe or moderate disclosures of negative emotions. Finally, as expected, empathic language almost

always resulted in continued discussion about the emotion, whereas non-empathic language terminated such discussion.

Emotional disclosures by patients occur frequently during clinic visits; approximately half of the patients in our study shared at least one negative emotion with their oncologist, consistent with the findings by Levinson et al. [20]. Two-thirds of the expressions were related to patients' fears. The large percentage of fear disclosures is not surprising considering the lack of certainty about disease progression and recurrence and the few curative options in advanced cancer care.

As in previous studies, we found that oncologists often missed opportunities to respond empathically to emotional disclosures [7,20,21]. While patients expressed fear most often, oncologists responded empathically to fear least often compared to the other emotions. When patients disclosed fearful emotions, oncologists more often addressed the topic causing the fear instead of addressing the emotion itself. It may be that oncologists are more comfortable dispensing medical knowledge to quell the patient's fear than offering emotional support. For example, in response to a patient's fear about prognosis, the oncologist might relay the statistical success of chemotherapy or radiation rather than support the patient's courage despite the unknown outcomes.

When oncologists responded empathically, they were most likely to respond to patients' disclosures of sadness, which may be due to the fact that these disclosures tended to be more severe than either fear or anger. Further, sadness is an emotion that perhaps draws more sympathy from oncologists, making them more inclined to respond empathically to patients. However, there was a difference in the quality of their responses depending on whether the patient presented sadness, fear, or anger. For instance, even when faced with severe patient sadness, oncologists often spoke with an empathic tone or attempted an empathic statement but were quick to steer the conversation back to the medical topic, perhaps a more comfortable domain. This is not surprising given that more oncologists self-identify as being scientific and technical than socioemotional [10].

Oncologists were least likely to respond empathically to the least severe disclosures; either they did not recognize weaker empathic opportunities or deliberately chose not to address them. The greater response rates to intense emotions suggest oncologists may recognize the negative emotions better when patients express them with more intensity. Oncologists' empathic responses, however, demonstrate an inverse relationship, in which they responded with weaker empathic statements towards most severe emotions and stronger empathic statements towards moderately severe disclosures. This relationship is similar to the way that people respond to fear appeals [22], messages intended to invoke fear to persuade behavior. Mild fear appeals are not strong enough to engender a response, and very strong appeals cause people to avoid the appeal. Oncologists seem to be responding to emotional expressions in a similar manner. It also could be that oncologists were overwhelmed by the intense emotional disclosures or did not feel qualified to address these issues with the patients and, instead, were more comfortable reverting to more biomedical-based discussion after briefly acknowledging the intense patient emotion. Existing literature suggests physicians typically offer minimal empathy in response to patients' disclosures of emotions [20,23], and our data suggests similar phenomena occur during clinic visits. For example, Ford et al. found that doctors offered reassurance to their patients, but the reassurance was more often related to biomedical issues than to psychosocial concerns [23]. So, while oncologists used empathy most often in response to severe expressions of emotion, their implementation of empathic language was not more successful in extending emotional discussions.

Our data show that patients responded as predicted to empathic responses. Empathic statements invited patients to elaborate about their negative emotion. Consistent with other communication literature, further discussion of the emotion averaged only 21 seconds before the patient or oncologist transitioned away from emotional topics [14,24]. We recorded only one instance in which discussion about the emotion lasted over 2 minutes, suggesting that oncologists can respond empathically without fearing that this will lead to long discussion of emotional topics. The instances in which empathic language did not facilitate further emotional expression were most often examples of weaker empathic responses (e.g., "I know it's been hard. I want to ask you, though, how your appetite has been").

Finally, patients often presented more than one empathic opportunity during their visits, which is consistent with existing literature [20,25]. When oncologists failed to respond empathically, many patients raised a different negative emotion later, and several brought up the same emotion again. Two-thirds of the patients who received an empathic response to their first emotional disclosure did not raise another emotion during their visit. For oncologists who have limited time to spend with each patient, it might be advantageous to acknowledge the patient's emotion by expressing empathy towards their situation before moving back to the medical discussion.

Our study has several limitations. First, because these encounters were audio recorded, we can only comment on verbal communication. The oncologists may also have used non-verbal expressions of empathy. Second, as oncologists were aware of the recorder's presence in the room, they may have been more attentive to patients' concerns, falsely increasing our sample of empathic responses. However, if this is true, then these somewhat disappointing data represent behavior when physicians are trying to do their "best." Third, because the study was conducted with outpatients in academic research institutions, our findings may not be generalizable to all patients with advanced cancer. However, our patient population was diverse, and substantial numbers of patients receive care at comprehensive cancer centers. Fourth, we chose to include loved ones' disclosures (when they pertained to the patient), which differs from other studies. In palliative care practice, family is the unit of care. We believe the inclusion of loved ones' concerns allowed us to analyze how oncologists communicate with the patient, as well as their family, about emotional distress related to advanced cancer. Finally, we did not gather data from patients about their reasons for revealing or concealing their negative emotions. Some may have learned during previous visits, as suggested in existing literature [6], that their oncologists are either receptive or unreceptive towards emotional conversations, which may have affected patients' decisions about whether to raise emotional topics.

4.2. Conclusion

Patients' disclosures of emotion present many opportunities for oncologists to respond with empathic language. Unfortunately, many oncologists either recognize only a small proportion of the emotions or choose not to engage in emotional discussions with their patients. Communication may be improved if oncologists learn that responding to patients' emotions does not lengthen visit time excessively, and may in fact, prevent the re-expression of negative emotions later in the visit

4.3. Practice implications

These findings suggest a need for improved communication about negative emotions during advanced cancer care. Oncologists

may benefit from training to better recognize when patients are expressing negative emotions. Because disclosures of fear are raised most frequently and disclosures of sadness are often the most intense, oncologists could be more prepared to address these particular emotions and provide empathy when necessary. This may involve helping oncologists themselves feel less overwhelmed and thus better able to respond to intense emotions. A second approach to improve communication may be to develop an intervention to help patients feel comfortable expressing their emotions clearly and requesting support from oncologists. Oncologists were least empathic when patients expressed mild emotions. Thus, patients may need to be direct and more expressive to get the oncologist's attention. While the goal of enhanced communication training for oncologists should be first and foremost, teaching advanced-cancer patients more effective methods of expressing emotions may also enhance communication about emotions between patients and oncologists.

Acknowledgement

This work has been funded by a grant from the National Cancer Institute (R01-CA100387).

References

[1] Heaven CM, Maguire P. Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. Palliat Med 1997;11:283–90.
[2] Parle M, Jones B, Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. Psychol Med 1996;26:735–44.
[3] Epstein RM, Street RLJ. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225; 2007.
[4] Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 s of compassion reduce patient anxiety? J Clin Oncol 1999;17:371–9.
[5] Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? Br J Cancer 1994;70:767–70.
[6] Maguire P. Improving communication with cancer patients. Eur J Cancer 1999; 35:1415–22.
[7] Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. J Am Med Assoc 1997;277:678–82.
[8] Friedrichsen MJ, Strang PM. Doctors' strategies when breaking bad news to terminally ill patients. J Palliat Med 2003;6:565–74.
[9] Friedrichsen MJ, Strang PM, Carlsson ME. Breaking bad news in the transition from curative to palliative cancer care—patient's view of the doctor giving the information. Support Care Cancer 2000;8:472–8.
[10] Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, Alexander SC, Olsen MK, Abernethy AP, Skinner CS, Rodriguez KL, JA T. Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2007;25:5748–52.
[11] Anonymous. Cancer care during the last phase of life. J Clin Oncol 1986;16: 1986–96.
[12] Baile W. Practice guidelines for patient/physician communication: breaking bad news, version 1.01. Rockledge, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2000.
[13] Foley KM, Gelband H. National Cancer Policy Board (U.S.), National Research Council (U.S.). Improving palliative care for cancer: summary and recommendations. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
[14] Eide H, Quera V, Graugaard P, Finset A. Physician–patient dialogue surrounding patients' expression of concern: applying sequence analysis to RIAS. Soc Sci Med 2004;59:145–55.
[15] Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliott C, Hillier V. Helping cancer patients disclose their concerns. Eur J Cancer 1996;32A:78–81.
[16] Koropchak CM, Pollak KI, Arnold RM, Alexander SC, Skinner CS, Olsen MK, Jeffreys AS, Rodriguez KL, Abernethy AP, Tulsky JA. Studying communication in oncologist–patient encounters: the SCOPE trial. Palliat Med 2006;20:813–9.
[17] McGinn T, Wyer PC, Newman TB, Keitz S, Leipzig R, Guyatt G. Tips for learners of evidence-based medicine. 3. Measures of observer variability (Kappa statistic). CMAJ 2004;171:1369–73.
[18] Guo GZH. Multilevel modeling for binary data. Annu Rev Sociol 2000;26:441–62.
[19] Rabe-Hesketh S, Skrondal A. Multilevel and longitudinal modeling using Stata, 2nd ed., College Station, TX: Stata Press; 2008.
[20] Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. J Am Med Assoc 2000;284: 1021–7.
[21] Butow PN, Dowsett S, Hagerty R, Tattersall MH. Communicating prognosis to patients with metastatic disease: what do they really want to know? Support Care Cancer 2002;10:161–8.
[22] Witte K, Allen M. A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. Health Educ Behav 2000;27:591–615.
[23] Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor–patient interactions in oncology. Soc Sci Med 1996;42:1511–9.
[24] Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 s of compassion reduce patient anxiety? J Clin Oncol 1999;17:371–9.
[25] Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MH, Dunn SM. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. Psycho-Oncology 2002;11:47–58.

VOLUME 25 · NUMBER 36 · DECEMBER 20 2007

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Oncologist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer

Kathryn I. Pollak, Robert M. Arnold, Amy S. Jeffreys, Stewart C. Alexander, Maren K. Olsen, Amy P. Abernethy, Celette Sugg Skinner, Keri L. Rodriguez, and James A. Tulsky

From the Duke Comprehensive Cancer Center, Cancer Prevention, Detection, and Control Research Program; the Department of Community and Family Medicine; the Department of Biostatistics and Bioinformatics; the Department of Medicine; the Center for Palliative Care, Duke University Medical Center; the Center for Health Services Research, Durham Veterans Affairs Medical Center, Durham, NC; the Division of General Internal Medicine, Department of Medicine; the Institute for Doctor-Patient Communication, the Institute to Enhance Palliative Care, University of Pittsburgh School of Medicine; and the Veterans Affairs Pittsburgh Healthcare System, Pittsburgh, PA.

Submitted May 1, 2007; accepted September 21, 2007.

Supported by National Cancer Institute Grant No. P01CA100036.

Authors' disclosures of potential conflicts of interest and author contributions are found at the end of this article.

Address reprint requests to Kathryn I. Pollak, PhD, Duke University Medical Center, Community and Family Medicine, 2424 Erwin Rd, Suite 602, Durham, NC 27705; e-mail: polla007@mc.duke.edu.

© 2007 by American Society of Clinical Oncology

0732-183X/07/2536-5748$20.00

DOI: 10.1200/JCO.2007.12.4180

A B S T R A C T

Introduction
Cancer care involves addressing patient emotion. When patients express negative emotions, empathic opportunities emerge. When oncologists respond with a continuer statement, which is one that offers empathy and allows patients to continue expressing emotions, rather than with a terminator statement, which is one that discourages disclosure, patients have less anxiety and depression and report greater satisfaction and adherence to therapy. We studied whether oncologist traits were associated with empathic opportunities and empathic responses.

Patients and Methods
We audio-recorded 398 clinic conversations between 51 oncologists and 270 patients with advanced cancer; oncologists also completed surveys. Conversations were coded for the presence of empathic opportunities and oncologist responses. Analyses examined the relationship with oncologists' demographics, self-reported confidence, outcome expectancies, and comfort to address social versus technical aspects of care.

Results
In 398 conversations, 37% contained at least one empathic opportunity; the range was 0 to 10, and the total empathic opportunities was 292. When they occurred, oncologists responded with continuers 22% of the time. Oncologist sex was related to the number of empathic opportunities; female patients seen by female oncologists had the most empathic opportunities ($P = .03$). Younger oncologists ($P = .02$) and those who rated their orientation as more socioemotional than technical ($P = .03$) were more likely to respond with empathic statements.

Conclusion
Oncologists encountered few empathic opportunities and responded with empathic statements infrequently. Empathic responses were more prevalent among younger oncologists and among those who were self-rated as socioemotional. To reduce patient anxiety and increase patient satisfaction and adherence, oncologists may need training to encourage patients to express emotions and to respond empathically to patients' emotions.

J Clin Oncol 25:5748-5752. © 2007 by American Society of Clinical Oncology

High-quality cancer care relies on effective patient-oncologist communication, particularly among patients with advanced cancer whose emotional suffering may be quite intense. Such suffering often manifests as anxiety and depression,[1] and when patients are able to disclose their concerns fully, they may cope better.[2,3] Yet, patients with cancer typically disclose only 50% of their emotional concerns to oncologists.[4,5] Patients may not want to burden oncologists with their concerns and instead may provide indirect cues or clues about their concerns.[6] For example, rather than ask about prognosis, patients may simply say, "I'm not sure what there is to look forward to." These indirect cues are often missed by oncologists.[1,7-9]

Such cues or clues often create empathic opportunities, or moments that beg empathic responses from clinicians.[10] Empathic responses directly address patients' emotions, validate their feelings, and invite further disclosure. Such responses are considered empathic continuers. Unfortunately, clinicians often do not respond to cues with expressions of empathy. They may avoid the emotion or may change the topic with empathic terminators that can negatively affect the patient-physician relationship. In response, some patients do not express any further emotions. Others continue to express emotion until their providers respond; this re-expression of emotion can increase

Downloaded from jco.ascopubs.org on June 6, 2009 . For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2007 by the American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

visit time. Empathic continuers strengthen the patient-physician relationship, increase patient satisfaction, decrease the need to restate the negative emotion, and may make patients more likely to disclose future concerns.[11,12] In addition, when oncologists respond empathically, patients are more likely to adhere to treatment plans.[13] No researchers have examined how oncologist factors influence their elicitation of and response to patient emotion.

To assess the prevalence and nature of empathic communication in cancer care, we analyzed audio-recorded patient-oncologist outpatient visits. We examined oncologist factors that influence whether empathic opportunities arise and how oncologists respond in visits with patients with advanced cancer.

Participants

This report presents data from the Studying Communication in Oncologist-Patient Encounters (SCOPE) project, a three-site study from Duke University, the Durham Veterans Affairs Medical Center, and the University of Pittsburgh. This report included 398 audio-recorded conversations between 51 oncologists and 270 patients with advanced cancer. Fifty-three percent of patients had one visit audio-recorded; the other 47% had two visits with the same oncologist audio-recorded. Details of the study are reported elsewhere.[14]

Oncologists

We approached 110 medical, gynecologic, and radiation oncologists to participate in the study. Of the 110 oncologists, 74 (67%) consented. Twenty-one (19%) were ineligible because they did not see enough patients, and 15 (14%) refused. Of the 74 who consented, 51 had enough audio recordings (at least six) to include in this sample. A faculty investigator met with each oncologist to introduce the study. If oncologists agreed to participate, they signed a consent form and completed a baseline survey. Participating oncologists were offered $25 gift certificates on completion of the audio recordings of their visits.

Patients

Our goal was to identify patients with sufficiently advanced disease to increase the probability that conversations would contain emotional concerns. We asked oncologists or their midlevel provider staff to identify patients of whom they would not be surprised by death within 1 year. We assured oncologists and providers that this information would not be conveyed to patients. Patients provided written informed consent to participate and were told they were asked to enroll because they had been diagnosed with cancer. Other eligibility criteria included that patients spoke English; received primary oncology care at one of our study sites; and had access to a telephone.

Identified patients were sent an introductory letter and brochure that included a toll-free number that they could call to refuse participation. Patients who did not call within 10 days were contacted by phone. At this time, interviewers described the study to patients and asked permission to approach them in the clinic before their next scheduled oncology visit. Patients received a free parking pass ($7 value [US $]) for each visit that was recorded. Patients were ineligible if they were unable to provide informed consent as assessed by the interviewer (eg, dementia, delirium, or mental illness); were seen primarily by nonphysician providers or medical residents; were hearing impaired; or had a speech disorder.

Audio Recordings

Every attempt was made to audio-record conversations in oncology clinics without disrupting clinic flow. We contacted oncologists with reminders 1 day before the designated visit. We placed digital recorders unobtrusively in the exam rooms before the oncologists entered and retrieved recorders at the end of the visit. We asked all health care providers and family members present to sign a consent form that allowed their voiced to be audio-recorded. This protocol was approved by each institution's institutional review board.

We used Suchman's definitions of empathic opportunities and physicians' responses to them.[10] These definitions are based solely on patients' verbal expressions of negative emotions, not on positive emotions or praise opportunities. Two independent coders were trained extensively; 15% of audio recordings were coded by both raters. Interrater reliability was high for the presence of an empathic opportunity ($\kappa = 0.71$). We coded whether patients expressed the emotion directly or indirectly. Some indirect empathic opportunities relied on tone or pace of voice (eg, "Well. . . I guess it is what it is"). We coded physicians' responses as empathic continuers or terminators ($\kappa = 0.71$) Table 1 lists example codes and κ measures. Continuers consisted of five behaviors that have been organized by educators under the mnemonic NURSE: Name, Understand, Respect, Support, and Explore.[15-17]

Survey Measures

Physicians completed a baseline survey before the audio recording. We assessed factors that might be related to the presence of and response to

Table 1. Codes for Empathic Opportunities and for NURSE Continuers

	Definition	Examples	κ
Empathic Opportunity			
Direct empathic opportunity	Explicit verbal expression of emotion	"I have been really depressed lately."	0.71
Indirect empathic opportunity	Implicit verbal expression of emotion	"Does this mean I am going to die?"	0.71
Continuers			
Name	State patient emotion	"I wonder if you're feeling sad about the test result."	0.70
		"I can see this is making you angry."	
Understand	Empathizing with and legitimizing patient emotion	"I can imagine how scary this must be for you."	0.66
		"Many of my patients feel discouraged when they aren't seeing the response they want, so it makes sense that you feel this way."	
Respect	Praise patient for strength	"You've done a great job at keeping everything in perspective"	1.0
		"I applaud you for your courage in all of this."	
Support	Show support	"I will be with you until the end."	1.0
		"No matter what happens, I will always be your doctor."	
Explore	Ask patient to elaborate on emotion	"Tell me more about what is upsetting you."	0.85
		"What do you mean when you say this is not going to happen to me?"	

Abbreviation: NURSE, Name, Understand, Respect, Support, and Explore.

Downloaded from jco.ascopubs.org on June 6, 2009 . For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2007 by the American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

empathic opportunities.[18] Some factors are based on social cognitive theory[19] and may affect whether physicians create environments in which patients feel comfortable expressing emotions and how oncologists respond when patients express emotions. Oncologists may lack the confidence to address emotion.[20] Oncologists also may have low outcome expectancies that addressing emotion will lead to better outcomes.[21] Finally, oncologists may see themselves as more technical rather than socioemotional in orientation and therefore may be more comfortable addressing medical rather than psychosocial issues.[22]

Physician demographics. At baseline, oncologists were asked to report their age, race, ethnicity, sex, and years in practice.

Confidence. Oncologists were asked seven items about their confidence in addressing patients' concerns. Sample items read, "Please rate how successful you think you would be in. . .'initiating a discussion about a patient's concerns,' and 'moving patient to discuss other concerns'" (1 = not at all confident to 5 = extremely confident; $\alpha = .92$).[23]

Outcome expectancies. Oncologists were asked an adapted nine-item communication outcomes questionnaire to assess possible outcomes of communication behaviors. A sample item read, "Your patient will become uncontrollably upset if you ask about his or her feelings" (1 = not unlikely to 5 = very likely). We reversed the metric to make positive outcome expectancies higher scores. In our sample, this scale had moderate reliability of $\alpha = .61$, unlike the higher reliability reported in another study.[21]

Comfort with psychosocial talk. Oncologists were asked the Physician Belief Scale, which includes 32 items to assess comfort with psychosocial talk. A sample item read, "Doctors should not focus on psychosocial problems until they have ruled out organic disease." (1 = strongly agree to 5 = strongly disagree; $\alpha = .84$; summed score ranged from 32 to 160).[24]

Socioemotional versus technical orientation. Oncologists answered two questions to assess their socioemotional orientation. The questions read, "Do you think you are more inclined toward the social and emotional aspects of patient care or more inclined toward the technological and scientific aspects?" (social and emotional *v* technological and scientific) and, "Are you *a little* more inclined to the aspects you chose in the last question or *a lot* more inclined?" (a little more inclined *v* a lot more inclined).[22]

Analyses

Our primary dependent variables were the number of empathic opportunities and empathic continuer responses. The number of empathic opportunities was coded for each conversation and then was summed for each oncologist. Wilcoxon rank sum tests and Pearson correlation coefficients were used to examine the relationship between the number of empathic opportunities and oncologist factors. For each oncologist, we calculated the number of empathic opportunities in which he or she responded with a continuer. We then dichotomized this variable: oncologists who never used a continuer versus oncologists who used at least one continuer. χ^2 tests, *t* tests, and Wilcoxon rank sum tests were used to examine the relationship between continuers and oncologist factors. Analyses were conducted using SAS Version 9.2 (SAS Institute Inc, Cary, NC).

Sample Demographics

Fifty-one oncologists participated; most were white and male (Table 2); mean age was 44.7 years (standard deviation [SD], 8.4 years); most were medical oncologists (90%), whereas others were gynecological oncologists (8%) and radiation oncologists (2%). Of the 270 patients, 74% were white, 50% were male, and the mean age was 60.4 years (SD, 12.9). Malignancies represented were hematologic (28%), lung (16%), breast (15%), colon or gastrointestinal (12%), brain (10%), and other (19%), which included gynecologic, prostate, and head and neck. According to physician post-visit surveys, 70% of the patients were currently undergoing treatment, and 74% of these were receiving chemotherapy. Most patients were not new patients to the oncologists; 90% had known their oncologists for at least 6 months and had more than two visits. The mean length of conversations was 18 minutes (SD, 14; range, 0.5 to 88 minutes).

Table 2. Demographics of Patients and Physicians

Variable	Patients (N = 270)	Physicians (N = 51)
Age, years*		
Mean	60.4	44.7
SD	12.9	8.4
% white†	74	80
% male	49	80
% college graduate‡	34	100
Years since fellowship		
Mean	—	14.7
SD	—	8.5

Abbreviation: SD, standard deviation.
*Missing data on age for one physician.
†Missing data on race/ethnicity for 28 patients.
‡Missing data on education for 27 patients.

Oncologists reported high confidence in their abilities to address patients' concerns (mean, 4.0; SD, 0.6 on a 5-point scale) and moderate beliefs that addressing emotions would benefit patients (mean, 3.9; SD, 0.4 on a 5-point scale). Most reported being somewhat comfortable with psychosocial talk (mean, 84.5; SD, 9.9 on a 0 to 100 scale) and were more likely to rate their orientation as technical (67%) than socioemotional. Sixty-one percent of oncologists stated that they had received some past communication training.

Empathic Opportunities

A total of 292 empathic opportunities occurred in 398 conversations (mean, 0.73; SD, 1.34; range, 0 to 10 per conversation). Across all conversations (range, 6 to 8 conversations per oncologist), oncologists encountered a median of 5.0 empathic opportunities each (interquartile range = 6.0), with one oncologist encountering none and 17 (one third of total) having three or fewer. Of the 292 empathic opportunities, 68% were direct and 33% were indirect. An example of a direct empathic opportunity was, "I'm scared about what my lower white blood count means." An example of an indirect empathic opportunity was, "Oh no. What do we do now?" Forty-seven percent of patients expressed an empathic opportunity at some point in all of their recorded conversations. Conversations shorter than 10 minutes were less likely to contain an empathic opportunity than conversations lasting 10 minutes or more ($P < .0001$).

Responses to Empathic Opportunities

When patients initiated an empathic opportunity, oncologists responded with continuers in 27% of patient cases and terminators 73% of the time. An example continuer was, "It's not easy for anybody in your family." An example terminator was, "Give us time. We are getting there," which represents premature reassurance for a patient who was feeling upset at his progress. Forty-one percent of oncologists never used a continuer in response to an empathic opportunity. There was no difference in response based on whether patients expressed their emotions directly or indirectly.

Oncologist Characteristics, Empathic Opportunities, and Responses

Presence of empathic opportunities was related to sex concordance of the patient and the oncologist ($P = .03$). The percentage of visits containing at least one empathic opportunity were as follows:

Downloaded from jco.ascopubs.org on June 6, 2009 . For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2007 by the American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

52% of those in which female patients saw female oncologists; 44% in which female patients saw male oncologists; and 28% of male patients' visits with either sex of the oncologist. No other variables were associated with the presence of empathic opportunities.

Several oncologist characteristics were related to their responses to empathic opportunities (Table 3). Oncologists who used more empathic statements were younger than those who did not (mean age of those who used at least one continuer, 42.4 years; SD, 7.8; mean age of those who never used a continuer, 48.1 years; SD, 8.3; $P = .02$). Also, oncologists who responded with at least one continuer were more likely to describe themselves as socioemotional rather than technical (80% v 45% for socioemotional and technical, respectively; $P = .03$). No other variables were associated with responses to empathic opportunities, including having had communication training in the past. We do not present a multivariable model because age, sex, and socioemotional rating are related to each other in our study. Female physicians are on average 10 years younger than male physicians and are more likely to have socioemotional orientation (66.7% v 33.3%). Thus, all three variables are representing the same group: young, female oncologists who describe themselves as socioemotional.

We observed nearly 400 conversations between oncologists and patients with advanced cancer and found several key results. First, empathic opportunities were relatively uncommon in these conversations; sex concordance was related to the presence of empathic opportunities. Second, oncologists generally expressed high levels of confidence, yet neither this nor previous training in communication was related to empathic opportunities or their responses. Third, and most important, empathic responses were rare. Oncologists who were younger or who rated themselves as socioemotional were most likely to respond empathically.

Table 3. Associations of Physician Attributes and Responses to Empathic Opportunities

Variable	No Continuer (n = 21)	At Least One Continuer (n = 29)
Sex, %		
Male	48	53
Female	20	80
Orientation, %*		
Technical	55	45
Socioemotional	20	80
Age*		
Mean	48.1	42.4
SD	8.3	7.8
Confidence		
Mean	4.0	4.0
SD	0.7	0.6
Outcome expectancies		
Mean	3.8	3.9
SD	0.4	0.4
Comfort with psychosocial talk		
Mean	85.0	83.6
SD	8.5	10.5

NOTE. Analyses were conducted on 50 physicians; one physician had no empathic opportunities.
Abbreviation: SD, standard deviation.
*$P < .05$.

Empathic opportunities were not prevalent in these encounters, were less common than that found in a previous study,[25] and were less frequent than those found in a study of primary care and surgery (52% and 53%, respectively).[26] The low occurrence of empathic opportunities may be partially due to the types of visits that were audio-recorded. Some visits were relatively short; shorter visits were less likely to contain empathic opportunities. Although our inclusion criteria and coding did not allow us to characterize the goals of each visit, it is likely that these shorter visits were follow-up appointments for patients receiving active treatment. In such brief encounters, opportunities for patients to express emotions may have been somewhat limited. In addition, some of these patients had already been seen by fellows or midlevel providers (eg, nurse practitioners or physician assistants), which left the physician visit as a brief opportunity for the patient and oncologist to check in with each other. This is a relatively common practice in our oncology clinics and may differ from oncology care in other countries, such as Australia and the United Kingdom. It also could be that, because oncologists did not respond to patient emotion with empathic continuers, the patients were less likely to express other emotions.

Female patients were more likely to raise at least one negative emotion, and thus create an empathic opportunity, when their oncologist was a woman. Although many have examined sex differences in communication in general,[27] no one has examined how sex concordance affects patients' expression of emotion. Women are more comfortable discussing emotions than men.[28] Therefore, it may be that, when both members of the dyad are women, patients are more comfortable expressing their emotions. No other factors were associated with patient expression of negative emotion.

Further, we found that oncologists were confident that they could address patient emotion and also that they perceived that addressing emotion would help patients or themselves. With moderate to high levels of confidence and outcome expectancies, it is not surprising that neither was related to the presence of or response to empathic opportunities. For these important constructs, better measures with more variability are needed. For other physician skills, confidence and outcome expectancies are predictors.[29] It may be that oncologists are confident they can address patient emotion, but they are not confident they can recognize patient emotion when it occurs. We did not differentiate between confidences for these different skills.

Finally, on average, oncologists responded to patient emotion with empathic language only 22% of the time. Although limited time may curtail one's ability to explore emotional content, it should not affect the oncologist's ability to respond with at least a brief empathic statement when negative emotions are expressed. When oncologists do not do so, they risk increasing patient distress.[11,12]

Some oncologists were more likely to respond to patient emotion with empathic language. The prevalence of this behavior among younger oncologists could reflect more recent shifts in training that has focused on patient-physician communication. Younger physicians in this study received their training in the early 1990s, when physician-patient communication skills were already commonly taught in medical schools and residencies. However, even though more than half of oncologists stated that they had received previous communication training, training was unrelated to responses to empathic opportunities. Alternatively, younger oncologists may be less likely to have experienced burnout from

Downloaded from jco.ascopubs.org on June 6, 2009 . For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2007 by the American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

the challenging field of cancer care and may still attend to the subtle signals patients send. Oncologists who self-rated as more socioemotional were more likely to use continuers in response to empathic opportunities. It is unknown what contributes to an oncologist feeling more comfortable with socioemotional factors than technical factors. Indeed, most oncologists participating in our study rated themselves as more technical than socioemotional, which differs greatly from physicians who choose to enter primary care fields.[30] It may be that oncologists who are more socioemotionally oriented entered oncology for different reasons than those who view themselves as more technical. Further, it is unknown whether this trait is modifiable through intervention.

This study has several limitations. First, oncologists were not asked to choose conversations expected to be emotionally-laden (eg, delivering bad news). Therefore, the low prevalence of empathic opportunities may result from the types of visits audio-recorded. We could not differentiate among the types of visits in our analyses. Second, most oncologists who participated in this study came from academic medical centers; this may limit generalizability. Also, because the measure of socioemotional orientation required oncologists to choose between being socioemotional or technical, we could not capture those oncologists who perceived themselves as high on both traits. Finally, because we only audio-recorded visits, we were unable to code nonverbal expressions of patient emotion and oncologist responses. Although nonverbal behaviors are important, oncologists' verbal expressions are least likely to be misunderstood or missed by patients.

Oncologists and patients need to work to create an alliance conducive to patients expressing their emotions. This happens, in part, when oncologists respond empathically when patients express negative emotions. Oncologists, despite their high levels of confidence in addressing emotions, may need more training to recognize emotions and to learn how to respond to patient concerns. Lastly, this relationship is bidirectional. Many empathic opportunities were indirect, and patients may be more satisfied if they can learn how to express their emotions more directly so that oncologists can respond appropriately.

The author(s) indicated no potential conflicts of interest.

Conception and design: Kathryn I. Pollak, Robert M. Arnold, James A. Tulsky
Financial support: Kathryn I. Pollak, James A. Tulsky
Data analysis and interpretation: Kathryn I. Pollak, Robert M. Arnold, Amy S. Jeffreys, Maren K. Olsen, James A. Tulsky
Manuscript writing: Kathryn I. Pollak, Robert M. Arnold, Amy S. Jeffreys, Stewart C. Alexander, Maren K. Olsen, Amy P. Abernethy, Celette Sugg Skinner, Keri L. Rodriguez, James A. Tulsky
Final approval of manuscript: Kathryn I. Pollak, Robert M. Arnold, Stewart C. Alexander, Maren K. Olsen, Amy P. Abernethy, Celette Sugg Skinner, Keri L. Rodriguez, James A. Tulsky

1. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249:751-757, 1983

2. Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, et al: When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. Cancer 77:2630-2637, 1996

3. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire P, et al: Psychological effects of being offered choice of surgery for breast cancer. BMJ 309:448, 1994

4. Heaven CM, Maguire P: Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. Palliat Med 11:283-290, 1997

5. Maguire P: Improving communication with cancer patients. Eur J Cancer 35:2058-2065, 1999

6. Ford S, Fallowfield L, Lewis S: Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? Br J Cancer 70:767-770, 1994

7. Butow PN, Brown RF, Cogar S, et al: Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. Psycho-Oncology 11:47-58, 2002

8. Goldberg RJ, Mor V: A survey of psychotropic use in terminal cancer patients. Psychosomatics 26:745-748

9. Bukberg J, Penman D, Holland JC: Depression in hospitalized cancer patients. Psychosom Med 46:199-212, 1984

10. Suchman A, Markakis K, Beckman H, et al: A model of empathic communication in the medical interview. JAMA 277:678-682, 1997

11. Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, et al: Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? J Clin Oncol 17:371-379, 1999

12. Mager WM, Andrykowski MA: Communication in the cancer 'bad news' consultation: Patient perceptions and psychological adjustment. Psycho-Oncology 11:35-46, 2002

13. Butow PN, Dunn SM, Tattersall MH, et al: Computer-based interaction analysis of the cancer consultation. Br J Cancer 71:1115-1121, 1995

14. Koropchak C, Pollak K, Arnold R, et al: Studying communication in oncologist-patient encounters: The SCOPE Trial. Palliat Med 20:813-819, 2006

15. Fischer G, Tulsky J, Arnold R: Communicating a poor prognosis, in Portenoy R, Bruera E (eds): Topics in Palliative Care. New York, NY, Oxford University Press, 2000

16. Smith R, Hoppe R: The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. Ann Intern Med 115:470-477, 1991

17. Tulsky J: Doctor-patient communication issues, in Cassel C, Leipzig R, Cohen H, et al (eds): Geriatric Medicine (ed 4). New York, NY, Springer, 2004

18. Hall JA, Irish JT, Roter DL, et al: Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. Health Psychol 13:384-392, 1994

19. Bandura A: Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, Inc., 1986

20. Buckman R: Breaking bad news: Why is it still so difficult? BMJ Clin Res Ed 288:1597-1599, 1984

21. Parle M, Maguire P, Heaven C: The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. Soc Sci Med 44:231-240, 1997

22. Block SD, Clark-Chiarelli N, Peters AS, et al: Academia's chilly climate for primary care. JAMA 276:677-682, 1996

23. Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP, et al: Improving physician-patient communication in cancer care: Outcome of a workshop for oncologists. J Cancer Educ 12:166-173, 1997

24. Ashworth CD, Williamson P, Montano D: A scale to measure physician beliefs about psychosocial aspects of patient care. Soc Sci Med 19:1235-1238, 1984

25. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, et al: Efficacy of a Cancer Res UK communication skills training model for oncologists: A randomised controlled trial. Lancet 359:650-656, 2002

26. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J: A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. JAMA 284:1021-1027, 2000

27. Roter D, Larson S: The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. Pat Educ Couns 46:243-251, 2002

28. Kring AM, Smith DA, Neale JM: Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the emotional expressivity scale. J Pers Soc Psychol 66:934-949, 1994

29. Cabana M, Rand CS, Powe NR, et al: Why don't physicians follow clinical practice guidelines? JAMA 282:1458-1465, 1999

30. Zinn WM, Block SD, Clark-Chiarelli N: Enthusiasm for primary care: Comparing family medicine and general internal medicine. J Gen Intern Med 13:186-194, 1998

Downloaded from jco.ascopubs.org on June 6, 2009 . For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2007 by the American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

International Journal of Nursing Practice 2004; **10**: 248–256

✠ RESEARCH PAPER ✠

Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences

Maria Arman RNM PhD
Senior lecturer, Department of Welfare and Care, Faculty of Health Sciences, University of Linköping, Norrköping, Sweden

Arne Rehnsfeldt RN PhD
Senior lecturer, Department of Welfare and Care, Faculty of Health Sciences, University of Linköping, Norrköping, Sweden

Lisbet Lindholm RN PhD
Senior lecturer, Department of Caring Science, Åbo Akademi University, Vasa, Finland

Elisabeth Hamrin RN BM PhD
Professor Emeritus, Department of Medicine and Care, Clinical Pharmacology and Nursing Science, Faculty of Health Sciences, University of Linköping, Linköping, Sweden

Katie Eriksson RN PhD
Professor, Department of Caring Science, Åbo Akademi University, Vasa, Finland, and Director of Nursing, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland

Accepted for publication June 2004

Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E, Eriksson K. *International Journal of Nursing Practice* 2004; **10**: 248–256

Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences

A previous study indicated that patient narratives include experiences of suffering caused or increased by health-care encounters. The aim of this study was to interpret and understand the meaning of patients' experiences of suffering related to health care from an ethical, existential and ontological standpoint. Sixteen women with breast cancer in Sweden and Finland took part in qualitative interviews analysed with a hermeneutic, interpretive approach. The outcome showed that suffering related to health care is a complex phenomenon and constitutes an ethical challenge to health-care personnel. The women's experiences of suffering related to health care tended to be of similar seriousness as their experiences of suffering in relation to having cancer. In an ethical, existential and ontological sense, suffering related to health care is basically a matter of neglect and uncaring where the patient's existential suffering is not seen and she is not viewed as a whole human being.

Key words: breast cancer, caring relationship, ethics, hermeneutic method, suffering, uncaring.

INTRODUCTION

Clinical caring science aims at the understanding and development of good professional caring. In the caring theory presented by Eriksson, the patient's suffering is seen as the motive for caring and the alleviation of this suf-

Correspondence: Maria Arman, Department of Welfare and Care, University of Linköping, 60174 Norrköping, Sweden.
Email: marar@ivv.liu.se

fering as the main purpose of care.[1,2] The starting point of this article is a Nordic project entitled 'The face of suffering among women with cancer'.[3,4] Findings from this study[3] indicated that the suffering the women experienced could be described as 'a field of forces', where all those involved were mutually affected by the suffering. Five themes were distinguished within the field of forces, one of which was 'suffering related to health care'. A substantial part of the suffering described by the women was associated with experiences in health care. These experiences often implied acceptable physical care but the women's need for emotional care and general attention seemed almost endless. One aspect of the phenomenon was experiences of differences in the paradigms of the patient and the caring staff, which seemed to increase patient suffering. A pure biomedical paradigm—viewing mind and body as separate—was sometimes perceived almost as a violation by the patients.[3] The fact that in many cases the women's experiences of suffering related to health care seemed to be more serious than that related to their breast cancer made reinterpreting the narratives to gain a deeper understanding of this finding ethically unavoidable.

As Halldórsdóttir and Hamrin maintain, patients' experiences of health care consist of both 'caring' and 'uncaring' encounters.[5] That 'good things' have a tendency to emerge more prominently only when they are threatened[6] is, however, an ethical presupposition in the present study. Roach also points to the fact that 'caring is most often obvious by its absence'.[7] The intention was to study the possibilities of developing care by focusing on defective care and suffering related to health care. Hàlldórsdóttir stresses that as uncaring is an ethical and professional problem, continuing to focus on this issue is of great significance.[8]

Suffering

Suffering as a basic category of care is a concept that comprises the patient's whole experience of life, health and illness in a physical, mental and spiritual sense.[1] According to Eriksson, the concept of suffering is the basic category of care and alleviation of suffering is the motive for all caring.[1,2] Eriksson emphasizes that the concept of suffering can give care a new dimension by a change in focus from the diagnosis of the illness and symptoms to suffering.[1,9,10] In a deeper sense, it can be said that the struggle of suffering takes place within the human being's ontological dimensions.[11] Suffering violates human dignity and implies loss and dying, but also the possibility of new life and reconciliation.[9] This is, in many respects, analogous to the concept of suffering in nursing and caring theories that has been developed by other researchers.[12–15]

Breast cancer

Breast cancer causes suffering in women in all dimensions of life.[3] In our culture, cancer as a phenomenon has almost metaphorical overtones of death[16] and causes the person with cancer to take an immediate stand on previously unconscious and unfamiliar existential questions.[17–19] According to Rehnsfeldt *et al.*, a diagnosis of cancer places the patient in a situation in which a struggle to understand life occurs.[20,21] In some cases, the breast cancer patient finds herself in a state of 'free fall', when an existential caring encounter can save the patient through loving care and can also prove to be a shared confrontation with death and suffering.

Suffering related to care

'Suffering related to care' is a concept in Eriksson's theory on caring.[22] According to Eriksson, the dignity of patients is very easily violated in care-giving because of all the situations in which they are not believed or taken seriously.[9] Pressure occurs in care when carers decide, based on their authority, what is good for the patient. Exercise of power is also associated with the carer's use of authority, routines and factual knowledge. Neglect of care is a form of uncaring where the caring dimension is missing.

Health-care personnel have at their disposal powerful means of either empowering or discouraging patients in their care. This is shown in Halldórsdóttir's and Hamrin's consideration of the concepts of 'caring and uncaring'.[5,23] Attree and Lövgren *et al.* studied patients' experiences of care as a whole, 'good' as well as 'less good',[24,25] while Sundin *et al.* focused on patients' experiences of deficient care.[26] Sundin *et al.* interpreted their findings as an indication that undesirable care most often results from lack of caring or 'non-care'. Attree and Sundin *et al.* conclude that the central issue with regard to how patients experience care involves the interactional and interpersonal aspects of caring.[24,26]

Ethical basis

The study had an ethical aim. Suffering related to health care often arises in ethically difficult situations in which the carer and the patient are in close contact with one another. The patient's situation, which compels this person to seek help with full confidence, creates a profoundly

ethical relationship with regard to both large and small questions. The connection between ethical and existential aspects of caring was studied here from the standpoint of an ontology that comprises the physical, mental and spiritual dimensions of a human being. According to Eriksson, ethical questions present themselves at all levels, and on the ontological level, questions arise concerning how we see the human being and patient and how we, as carers, relate to this individual.[27]

Ethics, existence and ontology

Pre-understanding (familiarity) entitles us to assume that suffering related to care is a question with a strong ethical and interrelational charge. Therefore, the results were interpreted at the three human levels of life: ethics, existence and ontology. Ethics, in our understanding, finds expression in people's attitudes and behaviour in relation to their fellow human beings and their own lives.[27–29] The level of existence can be described as human beings' experience of their life in the world, including all experiences and feelings in connection with life and their situation.[28,30,31] Ontology is understood as human beings' deepest conception of their being and understanding of life, which is considered as an ontological understanding of life.[20,21,28] With these assumptions as a starting point, this study focused on the experiences of patients with breast cancer that caused or increased their suffering.

Aim

The aim of the study was to interpret and understand the meaning of patients' experiences of suffering related to health care from ethical, existential and ontological standpoints.

METHOD

To the patient, it is the holistic experience of professional care and the health-care culture that seems essential. That is why we decided not to distinguish between different personnel categories, instead speaking of all the actors in caring as 'carers', 'caregivers' or 'health-care personnel', thereby including all those who actively participated in the care of patients.

The data were derived from a qualitative teamwork project on women's suffering in connection with breast cancer. In previous studies, we used phenomenological methodology to focus on the women's comprehensive experiences of suffering and on the lived experiences of being a significant other of a woman with breast cancer.[3,32] As experiences of suffering related to health care are seldom explicitly verbalized, we believed that interpretation of the topic required several steps. The earlier comprehensive, phenomenological analysis[3,32] comprised the first steps, whereas this interpretive re-analysis represented a second and more in-depth step. As the aim was to interpret the patients' situation from an ethical, existential and ontological standpoint, a hermeneutic method was chosen.[33] The data consisted of tape-recorded, qualitative interviews focusing on experiences and suffering in connection with breast cancer. The narratives were transcribed verbatim. The same interview guide was used by the four researchers (Appendix I).

Subjects

In the research project, an appropriate sample of 16 women from four different health-care areas in Sweden and Finland were asked to participate (Table 1). A significant other, chosen by the woman, was interviewed as well, but these interviews were not part of the present study. The data were collected during the period 1997–1999 by four researchers. The health-care areas repre-

Table 1 Characteristics of the sample

Patients	Age (years)†	Stage of disease‡	Time since first diagnosis (months)§
A	42	Generalized	27
B	42	Localized	15
C	42	Localized	36
D	49	Localized	36
E	46	Localized	58
F	53	Localized	18
G	48	Localized	36
H	35	Localized	59
I	57	Localized	36
J	53	Localized	24
L	55	Localized	30
M	69	Generalized	30
N	44	Generalized	18
O	65	Localized	12
P	45	Generalized	36
Q	42	Generalized	24

†Mean age = 49 years; ‡stage of disease totals = 5 generalized, 11 localized; § mean time since first diagnosis = 31 months.

sented were a university hospital (the chemotherapy treatment unit), a regional hospital (the outpatient department), a private complementary hospital (anthroposophical medicine) and the follow-up support clinic of a cancer association. The samples represented a logical combination of locations in Sweden and Finland where there are women with breast cancer (see Table 1). Socially, the sample consisted of 12 married and four single women. All of the women had employment outside the home before the illness. They represented typical middle-class professionals, such as teachers, nurses and administrative personnel.

Analysis

Analysis of the data in this study was based on a hermeneutic (interpretive) approach according to Gadamer.[33] The task was to seek an understanding of the inherent meaning of the topic in question. This was done by means of a movement between familiarity (pre-understanding) and alien status (openness to the new things that emerge), as well as between parts and the whole.

Interpretation proceeded as follows:

1. Pre-understanding: from previous studies, the theoretical perspective of the study of caring science and caring ethics, and the professional clinical experience of caring, provided a foundation for questions and research.
2. Units of meaning were attained through analysis, and a dialogue was carried out with each of the 16 women separately.
3. The analyses of the 16 cases resulted in interpretive hypotheses, which were reformulated as new questions to the text.
4. The questions were tested through a renewed scrutiny of the units of meaning in order to open up the inherent meaning of the text.
5. The dialogue continued by associating the pre-understanding, in the form of earlier knowledge and experiences, with the interpretation of the patients' narratives.
6. A final text and modification of the new understanding were attained through a return to all the interviews.

Ethical evaluation

The project was approved by the Research Ethics Committee at the Faculty of Health Sciences, University of Linköping, Norrköping, Sweden, and the Regional Research Ethics Committee at the Karolinska Institute, Stockholm, Sweden. Ethical considerations focused particularly on integrity and non-maleficence. In accordance with ethical principles, usefulness in relation to risks, integrity, non-maleficence and respect for human dignity were considered.[34]

FINDINGS

The interpreted findings with respect to suffering related to health care are presented from their three levels of interpretation, each with its own theme:

1. Ethical dimension: the caring relationship that fails to materialize and the carer's choice.
2. Existential dimension: not being regarded as a whole human being with experiences and needs.
3. Ontological dimension: an imperceptible call for help in a disintegrating, incomprehensible life.

The caring relationship that fails to materialize and the carer's choice

The patient's suffering related to health care was, in terms of an ethic, conceived of as attitude and action in relation to whatever took place in the caring relationship. Suffering from care was often caused by the relationship having failed to materialize or by the patient's feeling of not having been seen as a unique fellow human being. One of the ways this manifested itself in clinical reality was that patients felt they were not given enough time and information:

> *I felt I was not in good shape, I would have liked to ask her and talk to her (the doctor), ask her whether one can feel mentally unwell afterwards and so, but I got stuck as it were, for she was in such a hurry and didn't have time to listen. I think she should almost be able to see when somebody feels as rotten as I did.*

When the caring relationship failed to be established, the patient was well aware that at each meeting and at each level the carer had a choice, either to receive the patient or not to do so. Health-care personnel were not conscious of the fact that patients were aware of this choice. Patients' awareness was implicitly illustrated in phrases like 'does not take the time':

> *But she does not take the time, perhaps, to listen to patients, she has only got those fleeting moments for examining them.*

The encounter that failed to take place created additional suffering for patients when they felt that the carer

hid behind health-care culture and routine. Patients realized that a caring relationship might demand courage on the part of the carer, courage to resist external pressure and an inner courage to open up to the patient's suffering and, thereby, run the risk of being affected as well:

> *For it is a question of daring to sit down, of daring to meet this, not to say we must pass on, for it is of course easier to do that, as it were ...*

The patients' suffering became pent-up and it increased when they tried to protect themselves against disappointments by avoiding contact with carers. According to the patients, the interest of health-care personnel was fundamental to ethical and loving care. That which finds expression in a great deal of the present health-care culture caused the patients increased suffering, when what was expected of patients was adjustment and understanding. Patients who suffered were expected to accept a health-care culture in which suffering was made invisible:

> *... it is, of course, not very pleasant to always be the one who causes anxiety, but that is what one does to the health-care staff as well, and one's own expressions of anxiety give rise to ... everyone wants one to cope with this exceedingly well ...*

Health-care culture in such cases dominates ethics and seems to cause patients suffering by dissociating itself from the caring values and upholding the biomedical values as the essence of health care.

Not being regarded as a whole human being with experiences and needs

In an existential sense, the breast cancer patient's suffering as related to health care was associated with the paradigm of health care, that is, the picture of the patient was linked to what the task of caring was supposed to be:

> *What then, if you are not seen as anything but a physical thing, not seen in your suffering, that really makes the suffering more intense, for there you are. I thought sometimes I could cut a piece of myself off and send that, I don't have to go along myself, for they are not interested in me, are they?*

The patient's suffering related to health care had its origin in experienced disappointments. Women who suffered acutely in their whole existence did not feel they had been offered care as whole human beings. Instead, the women often felt that they had been treated as bodies, as numbers or as diagnoses. This increased their suffering and feeling of insecurity, forcing them to carry on an undignified fight for themselves in an existential sense. The patients suffered a great deal when they were forced to fight for themselves in order to get their rightful care. They felt 'it depends on themselves' (the responsibility):

> *... then the suffering when you feel that you don't get any help, any support, that there is nobody who understands except doctors who, in one way or another, think they understand, who think that they can, but they just meet you for part of the way, as it were. They don't care to ask more.*

> *Everything depends on myself, I can't feel I get any support from health care.*

In the patients' view, health care did not show any interest in women's existential situation. Health-care culture is based on curing cancer in a physical sense; whatever else is present seems to be ignored, pathologized (seen as pathology) or explained away. Instead of getting sympathy, support and opportunities to discuss how they felt, worried patients were referred to psychiatry, therapy and non-profit cancer organizations for support:

> *Of course, they know that there are psychic problems in this connection, but it is as if this were not taken care of equally well. If the patient organization for cancer patients had not existed, I would not have received any kind of psychological conversational therapy. In my opinion, whenever you get that kind of information, the right and proper thing would be for you to immediately get someone to talk to!*

Caregivers who ignored the patient's experiences could also make her feel ashamed of her mental and spiritual suffering:

> *... or asking for help with your psychological problems ... because you ... don't want to confess in any way or you're afraid of ... being told you're becoming emotionally unstable or something ...*

The need to be seen as an individual and fellow human being also appeared in a clinical sense in breast cancer patients' metaphorical use of the concept of routine. Routine as expressed by the patients described a reduced and inhumane form of care. The patients were

in dread of being regarded simply as a number in a crowd, and every such hint increased their insecurity and suffering:

> *... it is extremely important that you're not just patient number 32 that day.*

The medical paradigm could have a disturbing effect on the patient's approach to life and view of her situation. Medical knowledge and information could hurt and cause suffering from the point of view of patients. The different paradigms also took the form of a power struggle, disguised by routine and by knowledge:

> *It is tremendously tiresome all the time to have to fight one's way through, all the time to turn a deaf ear, keep oneself, as it were, protect oneself like this from the nursing personnel ... For it is exactly as if I said that I will get well, I know I will get well, I don't care a hoot about what you say—they will take their stand and say 'We know best, you won't get well'—do you see?*

An imperceptible call for help in a disintegrating, incomprehensible life

In the ontological and most fundamental sense, suffering related to health care seemed to originate in making patients' cry for help in their threatened ontological understanding of life and death imperceptible. Empirically, our earlier investigations and other studies showed that cancer and death as phenomena were very closely connected and were almost inseparable. Experiences of total disruption of life were common:

> *Things have namely changed radically since I got sick. Everything cracked ... one can say.*

In the afflicted patient, a cry for help in order to understand both death and life could be discerned. The cry also contained a question as to how cancer is to be understood as destiny and as a struggle to find meaning and understanding, as well as reorientation and hope, in the situation that had arisen. The breast cancer patient's distraction and loneliness in this disintegration and sudden incomprehensibility were part of her vulnerability:

> *The way I felt, I really needed to meet and talk to a human being, but one makes oneself all the time ... I pretended all the time that I was braver than I was then ...*

Suffering related to health care turned out to be, in the ontological sense, suffering that was protracted and that increased when questions regarding the innermost essence of life remained unheard. It took time for patients to realize that this help to enable them to understand life's meaning was not forthcoming. The patient's call for a caring encounter was often in vain.

DISCUSSION

Health care causes patient suffering through uncaring

This empirical study shows that from the standpoint of patients, health care in many cases causes increased suffering. In the framework of an ethically complex situation of expectations, trust and clashing paradigms, patients suffer from the care that has failed to take place and the suffering that has been denied affirmation. Patients' disappointment at the absence of a deeper, caring relationship, in connection with an unclear responsibility for the care of the patient as a whole human being, emerges clearly. The suffering related to health care has an essence of neglect and uncaring when, for example, the caritative question regarding the patient's suffering is not asked by the carer.[35]

Suffering related to health care takes place, as we have argued, to a great extent in the relational sphere of caring. In cases where the caregiver chooses to regard the patient mainly as an object, and the patient and the disease as something that is to be treated or attended to, this view will be of decisive importance.[36] The patient is in this way encouraged to give up her experiences and bury the significance of her illness in her life.[37] In such cases, the patient suffers from the struggle for wholeness and dignity that this involves.

Caring ethics as a complex relationship

Patients' experiences of health care are conditioned by the quality and depth (i.e. ethics) of the human relationship in the caring situation. The idea that what can be regarded as a relationship in caring is central to the experience of good or poor care is in agreement with other research focused on patient experiences.[6,25,35,38,39] Experiences of uncertainty, insecurity, distrust and increased (rather than alleviated) suffering come to the fore in this study. Disclosing the consequences of patients' perceived lack of being received in an ethical way is, however, fraught with an element of complexity. In spite of sometimes serious experiences of insufficient care, we noted,

in accordance with Attree, that the patients did not openly complain.[24] This fact contributes to the complexity of the topic.

The findings reveal that ways in which patients who experienced injuries protected themselves against new violations included displaying a false front of health, pretending to understand the carers, reducing their own needs and hiding their signs of suffering.[40] Frank draws from his own experiences to explain that he actually feared caregivers who could not tolerate his suffering.[41] How are we, as carers, to discover and meet patients' needs when they hide these from those who are involved with them? Or does health-care culture involve a paradigmatic agreement where patient and carer jointly avoid being confronted with the unavoidable suffering in life?

A new aspect which emerged is that patients seem to have seen through health-care culture more effectively than caregivers themselves. From an ethical point of view, the patient's awareness of the carer's choice appears to be a main factor in the increased suffering. In spite of the strong paradigm that supports health-care culture, it seems that at each moment patients know that the carer has the possibility of crossing paradigm boundaries and making a choice in favour of the patient. In the patient's view, the carer can always switch sides and become a fellow human being in the common struggle. Everything that prevents this, to some extent, increases the patient's experience of suffering.

The ethical demand and trust

In terms of Løgstrup's thesis regarding an inescapable, interpersonal ethical demand by the force of ontological understanding of life,[28] patients with breast cancer experiences seem to be quite relevant. When the caring that the patient in question expected is not forthcoming, she is offended and loses some of her dignity through the increased suffering that results from a struggle to conceal feelings and experiences.

Interpretation of how unethical care causes suffering is facilitated by Løgstrup's understanding of the strong reaction that occurs when the offered confidence is misused or misunderstood. Each meeting with the carer can be interpreted by the patient as an offer of trust in the caregiver. As the result of a careless attitude, or by reserving too little time for a dialogue, the caregiver can cause the patient to experience immediate violation in the form of frustrated expectations. This can occur on the existential level when, through offered trust, the patient expects the carer to be able to provide further guidance in the vital questions aroused by the disease. The carer's failure to respond or react on that level makes the patient existentially insecure and increases the pressure on her to struggle on her own to alleviate her suffering.

Ontological caring

Caring, in the sense of alleviating suffering, can be seen as a conclusion of ethics, existence and ontology. The patients in the study wanted to be seen as whole human beings and to be inspired to continue their struggle to understand life. Such ontological affirmation is largely lacking according to patients' accounts of their experiences of caring. From time to time, patients who are receiving care find themselves in a darkness of ontological understanding[21] and have an almost unquenchable desire for deeper human fellowship and confirmation. As contended by Whitehead, illness and suffering are often a trigger for existential health.[42] It might be difficult for carers to discover that desire in the ontological dimension; it seems that strong defences are in operation in both patients and carers in order to avoid confrontation with suffering. But if or when the spiritual component of the other person is affirmed, this can result in a caring communion that alleviates the patient's suffering.

Limitations of the study

When analysing the data in this study, it was necessary to make a choice: whether to study patients' total experience of care as alleviating or increasing suffering, or to focus on what pre-understanding had indicated, that is, suffering related to health care. Emphasis could have been placed on contrasting the empirical factors related to good and bad experiences in order to arrive at increased understanding of alleviated suffering. In that case, however, it is probable that neither the ethical aspect nor the meaning of suffering related to health care would have been illustrated as clearly.

Interpreting the data concerning the ethical, existential and ontological components might seen difficult, especially in the case of the ontological and existential levels. The differentiation between ontology and existence is by no means philosophically unambiguous. We consider the choice of making such an attempt to be a fruitful way of presenting the widened understanding of empiricism when, according to our view, the ontological and the existential components appear as different but not separated dimensions of life.

Implications for nursing and research

The first task in alleviating patients' suffering must proceed through conscious efforts to eliminate the suffering that health care can cause. Suffering related to health care might arise in a situation where the ethical challenge of a caring relationship is not understood. A deeper ethical or existential, as well as ontological, understanding of patients' experiences of alleviated and increased suffering in relation to health care might be translated in a natural and professional way into the ability to eliminate the unnecessary suffering that care might cause. A genuine understanding of the 'patient's world', based on seeing the patient as a wholeness of body, soul and spirit, might lead to changes in attitude as well as acting in nursing care. With a focus on these components, caregivers would benefit from studying biographies and research reports regarding patients' experiences, discussing these in ethical supervision groups. Along with studying the international nursing research on suffering, a gradually increased awareness regarding 'the suffering patient' could lead to improvements in health care. Further research in 'the patient's world of suffering' is of importance.

CONCLUSION

The essence of suffering related to health care becomes evident through avoidance, neglect and uncaring. The women's experiences of suffering related to health care tended to be of similar seriousness as their experiences of suffering in relation to having cancer. From a caring, ethical point of view, the absence of responsibility, compassion and communion between patient and caregiver appears to be a threat to good care that aims at alleviating suffering. On an existential level, the failure to acknowledge a human being as an entity of body, soul and spirit expressed in pain, despair and suffering can prevent the alleviation of suffering. Also, a denial of the importance of existential questions like the meaning of life and death might block the way to alleviation of a patient's suffering. In an ontological sense, unless caregivers' basic attitude to life and their duty as a carer includes charity and compassion, it might constitute an obstacle to the alleviation of patients' suffering.

ACKNOWLEDGEMENTS

Grants were provided by the Health Research Council in South-East Sweden, Åbo Akademi University, Finland and the Gyllenberg Foundation, Finland. The authors also wish to thank Professor Sigrídur Halldórsdóttir, Department of Caring Science, University of Akureyri, Iceland, for her contributions to the main study.

REFERENCES

1 Eriksson K. Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly* 1997; **3**: 8–13.

2 Eriksson K. Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly* 2002; **15**: 61–65.

3 Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E. The face of suffering among women with breast cancer—being in a field of forces. *Cancer Nursing* 2002; **25**: 96–103.

4 Hamrin E, Arman M, Rehnsfeldt A, Eriksson K, Halldórsdóttir S. The face of suffering among women with breast cancer. In: Pelkonen M (ed.). Knowledge development: Clinicians and researchers in partnership. Workgroup of European Nurse Researchers 9th Biennal Conference; 5–8 July 1998, Helsingfors, Finland. Stockholm: Workgroup of European Nurse Researchers, 1998; 1069–1072.

5 Halldórsdóttir S, Hamrin E. Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing* 1997; **20**: 120–128.

6 Watson J. Via negativa. Considering caring by way of noncaring. *Australian Journal of Holistic Nursing* 2000; **7**: 4–8.

7 Roach MS. Reflections on the theme. In: Roach MS (ed.). *Caring from the Heart—the Convergence of Caring and Spirituality*. New York, NJ, USA: Paulist Press, 1997; 7–20.

8 Halldórsdóttir S. The effects of uncaring. *Reflections* 1999; **Fourth Quarter**: 28–30, 45.

9 Eriksson K. *Den Lidande Människan*. Stockholm: Liber Utbildning, 1994.

10 Eriksson K. Caring, spirituality and suffering. In: Roach MS (ed.). *Caring from the Heart—the Convergence of Caring and Spirituality*. New York, NJ, USA: Paulist Press, 1997; 68–84.

11 Fredriksson L, Eriksson K. The patient's narrative of suffering: a path to health? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2001; **15**: 3–11.

12 Morse JM, Penrod J. Linking concepts of enduring, uncertainty, suffering, and hope. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1999; **31**: 145–150.

13 Kahn DL, Steeves RH. The significance of suffering in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing* 1995; **11**: 9–16.

14 Younger JB. The alienation of the sufferer. *Advanced Nursing Science* 1995; **17**: 53–72.

15 Casell EJ. The nature of suffering: physical, psychological, social, and spiritual aspects. In: Stark PL, McGovern JP (eds). *The Hidden Dimensions of Illness: Human Suffering*. New York: National League for Nursing Press, 1992; 1–10.

16 Skott C. Expressive metaphors in cancer narratives. *Cancer Nursing* 2002; **25**: 230–235.

17 Taylor EJ. Transforming of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 2000; **27**: 781–788.
18 Landmark BT, Strandmark M, Wahl AK. Living with newly diagnosed breast cancer—The meaning of existential issues. *Cancer Nursing* 2001; **24**: 220–226.
19 Chiu L. Transcending breast cancer, transcending death: a Taiwanese population. *Nursing Science Quarterly* 2000; **13**: 64–72.
20 Rehnsfeldt A. Mötet med patienten i ett livsavgörande skede. Doctoral thesis. Vasa, Finland: Institutionen för Vårdvetenskap, Åbo Akademi, 1999.
21 Rehnsfeldt A, Eriksson K. The progression of suffering seen from the perspective of understanding of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004; **18**: 265–272.
22 Eriksson K (ed.). *Möte med Lidanden*. Vasa, Finland: Institutionen för Vårdvetenskap, Åbo Akademi, 1993.
23 Halldórsdóttir S. Caring and uncaring encounters in nursing and health care—Developing a theory. PhD thesis. Norrköping, Sweden: Linköping University, 1996.
24 Attree M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality of care. *Journal of Advanced Nursing* 2001; **33**: 456–466.
25 Lövgren G, Engström B, Norberg A. Patients' narratives concerning good and bad caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1996; **10**: 151–156.
26 Sundin K, Axelsson K, Jansson L, Norberg A. Suffering from care as expressed in the narratives of former patients in somatic wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2000; **14**: 16–22.
27 Eriksson K. *Mot en Caritativ Vårdetik*. Vasa, Finland: Institutionen för Vårdvetenskap, Åbo Akademi, 1995.
28 Løgstrup K. *The Ethical Demand*. Notre Dame, USA: University of Notre Dame, 1997.
29 Lévinas E. *Ethics and Infinity*. Pittsburgh, USA: Duquesne University Press, 1985.
30 Jacobsen B. *Existensens Psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur, 2000.
31 Yalom ID. *Existential Psychotherapy*. New York: BasicBooks, 1980.
32 Lindholm L, Rehnsfeldt A, Arman M, Hamrin E. Significant others' experience of suffering when living with women with breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002; **16**: 248–255.
33 Gadamer H.-G. *Truth and Method*. London: Sheed and Ward, 1989.
34 Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 2001.
35 Fredriksson L, Eriksson K. The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics* 2003; **10**: 138–148.
36 Toombs SK. *The Meaning of Illness*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1993.
37 Jacobsen B. *Den Helbredende Sygdom*. Copenhagen: Dansk Psykologisk Forlag, 2000.
38 Fagerstöm L, Eriksson K, Bergbom I. The patient's perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing* 1998; **28**: 978–987.
39 Kralik D, Koch T, Wotton K. Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1997; **26**: 399–407.
40 Noddings N. *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley, CA, USA: University of California Press, 1986.
41 Frank AW. Can we research suffering? *Qualitative Health Research* 2001; **11**: 353–362.
42 Whitehead D. Beyond the metaphysical: health-promoting existential mechanisms and their impact on the health status of clients. *Journal of Clinical Nursing* 2003; **12**: 678–688.

APPENDIX I
Interview guide: Suffering among women with breast cancer

1. Can you describe what having breast cancer has been like for you?

2. What is the significance of suffering for you in your life today?

3. What significance did suffering have for you before your breast cancer?

4. Do you think that your immediate family and friends have suffered because of your situation? If so, in what way?

5. What have other persons meant to you during your suffering?

6. What is the most important message about your own suffering that you'd like to give us health care workers?

7. Information about disease history, family, work, finances and residence.

Psycho-Oncology
Psycho-Oncology **18**: 179–186 (2009)
Published online 1 August 2008 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). **DOI**: 10.1002/pon.1383

Breaking bad news to cancer patients: survey and analysis

Wolfgang Spiegel[1]*, Thomas Zidek[2], Manfred Maier[1], Christian Vutuc[2,3], Karin Isak[3], Heidrun Karlic[4] and Michael Micksche[3,5]

[1]*Department of General Practice, Center for Public Health, Medical University of Vienna, Austria*
[2]*Department of Epidemiology, Center for Public Health, Medical University of Vienna, Austria*
[3]*Viennese Cancer League (Wiener Krebshilfe), Vienna, Austria*
[4]*Ludwig Boltzmann Institute for Leukemia Research and Hematology, Vienna, Austria*
[5]*Department for Applied and Experimental Oncology, Institute for Cancer Research, Medical University of Vienna, Vienna, Austria*

**Correspondence to: Department of General Practice, Center for Public Health, Medical University of Vienna, Währingerstraße 13a, A–1090 Vienna, Austria. E-mail: wolfgang.spiegel@meduniwien.ac.at*

Abstract

Purpose: **To find out how patients perceived the disclosure of news about their cancer as regards the physician counselling and how they perceived the flow of information between hospital-based and family physicians.**

Methods: **272 cancer patients were polled with a 16-item questionnaire.**

Results: **252 cancer patients, 92.6% of those asked, completed the questionnaire. 37.7% (f:35.4%, m:41.8%) stated that the fact that they had cancer was presented to them 'very empathically' or 'empathically'. 62.3% (f:64.7%, m:58.3%) stated that it was presented to them 'not so empathically' or ' not at all empathically'. When patients had been counselled by family physicians they were more likely to state that it had been done 'very empathically' or 'empathically', in contrast to when they had been counselled by hospital-oncologists or self-employed specialists (81.8% vs. 41.2% vs. 41.2%; $p = 0.001$). Significantly more patients thought that they had been given adequate opportunity to ask the questions they considered important when counselled by a family physician (81.8%) as compared to counselling by a hospital-oncologist (43.5%; $p = 0.002$) or a self-employed specialist (44.3%; $p = 0.001$). 56.8% preferred to discuss the suggested cancer therapies with an oncologist. 87.5% of patients considered the exchange of information between the hospital-based specialists and their family physician 'very important' or 'important'; more than half of all patients stated that this exchange of information was 'rather poor' or 'poor'.**

Conclusions: **Oncologists should involve family physicians in disclosing bad news to patients. There are considerable deficiencies regarding information–exchange in cancer care in Austria.**
Copyright © 2008 John Wiley & Sons, Ltd.

Received: 15 March 2007
Revised: 20 March 2008
Accepted: 24 March 2008

Keywords: cancer; oncology; truth disclosure; communication; primary health care; physician–patient relations

Introduction

Addressing patients' needs and sharing complex information in an emotionally charged context and under time constraints is a daily challenge for the clinical oncologist, resulting often in cancer patients' dissatisfaction [1]. This is especially true for clinical situations where a patient or his next of kin has to be informed about a newly diagnosed cancer or about undesirable developments of a known cancer disease.

Family physicians (FPs) fulfil a number of important roles in caring for their cancer patients but these roles are judged with different priorities by patients and physicians and are likely to vary depending on the health system [2]. The communication problems physicians have to deal with in counselling their patients can be divided into nine main categories [3], one of which, perhaps the most challenging, is breaking bad news. Bad news can be defined as any information that adversely alters one's expectations for the future [4]. In recent years new findings have been added to the corpus of knowledge about communication with cancer patients [5–7], so that recommendations on patient-counselling, though still widely based on expert opinion [5,8,9], can be increasingly underpinned with evidence.

What makes FPs particularly suitable for breaking bad news to cancer patients and counselling them on psychosocial aspects of their cancer disease? Family medicine has a unique consultation process, which establishes a relationship over time through emphasis on effective communication

between doctor and patient [10]. There is evidence that FPs have a more patient-oriented working behaviour [11,12]. Patient-orientation is associated with greater patient satisfaction, lower symptom burden and lower rates of referrals [13] and with increased adherence to management protocols, reduced morbidity and improved quality of life for patients [14]. In many cases patients have established a long-standing physician-patient-relationship with their respective FP as their doctor of trust, which makes it easier for patients to show their anxieties and ask for psychosocial support. FPs usually know and often treat at least some of the patients' family members. The interaction with cancer patients is not based on a physician-patient dyad [15]. Very often the cancer patient is accompanied by a companion, who tends to ask more questions than the patient [16]. Resources and skills are required to develop a therapeutic alliance with the patient's family [17]. These specific problem–solving skills have been defined and presented for the family medicine setting [18]. The preferences of cancer patients' as regards the setting for being counselled [19]–disclosure of news in a comfortable location, counselling free of interruption, physician sitting close and empathizing with patient—are met to a high extent in medical offices of FPs. There are common denominators in the overall working behaviour of FPs, namely 'attention to the patient as a person', 'practising patient-centred medicine', and 'saving the consultations from disturbances' [11]. Furthermore, FPs claim to take care of the psychosocial needs of their patients [20]. If this needs are not properly taken care of a high percentage of cancer patients tend to use unconventional therapies or turn to lay practitioners [21,22].

Of the three basic models for breaking bad news, which are nondisclosure, full disclosure, and individual disclosure [23], the latter, which involves tailoring of the amount and rate of disclosure to the patient's needs and wishes, is usually the most appropriate [24]. But individualized disclosure necessitates a level of mutual trust and communication, which takes time and effort to develop. The majority of people want to be informed of their cancer diagnosis [25,26]. However, in a recent study from China patients and their families differed in their attitude toward truth telling and the attitudes toward such a disclosure were influenced by disease stage [27]. While disclosure can cause psychological distress in the short-term, it does not itself cause depression [28]. Peace of mind, reduced anxiety and better adjustment are possible benefits in the long-term [24].

The patient-physician interaction in the cancer care delivery process has assumed great significance in recent years. Training programs for oncologists were developed [3,29,30]. However, there is still a considerable number of oncologists who admit that they address psychological problems only when their patients bring up the topic despite the fact that about a quarter of cancer patients are only willing to discuss them at their physician's initiative [31].

In Austria it is usual that when cancer is suspected or diagnosed by an FP patients are referred to hospitals for further diagnosis and treatment. The hospital-based oncologist, due to his expertise, will assume responsibility for the patient's treatment and further management. Anecdotal reports from Austrian FPs indicate that they are often kept badly informed and hardly involved in decision–making by the hospital [32].

This study was aimed at finding out how patients perceived the breaking of the bad news about their cancer as regards the empathy of the counselling and whether they were allowed adequate opportunity to ask the questions they considered important. In addition, our aim was to measure cancer patients' preference with regard to which medical professional should counsel them and how they perceived the flow of information between hospital doctors and their FP.

Participants and Methods

All patients with an established cancer disease who were seeking help at the Viennese Cancer League within an eighteen months period were asked to fill in a questionnaire in their waiting period. The Viennese Cancer League is a community-based organization independent of hospitals and self-employed doctors providing information and counselling to cancer patients. Inclusion criteria were the confirmed diagnosis of a malignant tumour, knowledge of the language of the questionnaire (German) and a minimum age of 18. Patients' eligibility for participation was verified by a clinical psychologist (K.I.), who asked them to confirm the data entered in their files, made sure that patients' had adequate command of the language of the questionnaire, informed them of the study's aims and gathered patients' informed consent for anonymized publication of their data. There was no selection by the institution that fielded the questionnaire as regards sex, type of cancer, stage of disease, or degree of suffering. The study received ethical approval by the ethic commission of the Viennese Cancer League.

Questionnaire

Patients' perception of the counselling they had received from hospital doctors and self-employed doctors and of the quality of communication between hospital-based specialists and their FPs was explored with the aid of a self-administered 16-item questionnaire. To ensure clarity and

Copyright © 2008 John Wiley & Sons, Ltd.

DOI: 10.1002/pon

answerability the questionnaire was given a field trial. For that purpose our psychologist (K.I.) asked seven patients with various kinds of cancer seeking counselling at the Viennese Cancer League to answer the questions in a first version of the questionnaire and to report orally whether they were all clearly understood and unambiguous and whether the given options for answers were logical and complete. The comments were then used to create a modified version of the questionnaire. This procedure was repeated with another five patients before we finalised the survey questionnaire.

Apart from supplying sociodemographic data (age, sex, level of education, place of residence) and stating type of cancer (primary tumour) patients were asked 'For how long have you known about your cancer disease? (Answers: 0 to 6 months; 6 to 12 months; 12 to 24 months; 2 to 5 years, longer than 5 years)', 'Who is your primary care physician? (family physician, specialist for ...[please complete]' and eight specific questions on the issues of breaking bad news, counselling them in cancer care, their personal preferences regarding a professional to discuss the recommended cancer therapy measures and possible psychological problems, and the exchange of information between the hospital doctor and their FP (the wording of these latter questions and the options of answers are given in the results section in Table 1). In addition, there was a question for the internal evaluation of the services of the Viennese Cancer League.

In the survey phase of this study the questionnaire was handed to those patients eligible by a psychologist, who remained available for questions or, in cases of patients' disability, assisted in its completion.

Data analysis

We used the program package SPSS vers. 9.1 to carry out the statistic evaluation. The contingency tables were evaluated by means of the Chi–square and Mantel–Haenszel test. A two–sided p–value <0.05 was regarded as statistically significant. The subgroups of cancer patients were compared in respect of age, sex and education.

Results

Two hundred and seventy-two consecutive cancer patients were asked to fill in the questionnaire. Of these 252 (92.6%) completed it. The reasons for not responding were not recorded. One hundred and fifty-one (59.9%) of these were women and 91 (36.1%) men. Ten patients (4.0%) failed to state their sex. The mean age was 51.9 years (SD 13.6 years). The educational levels of participants was about the same as for the overall Austrian population: 32 patients had completed academic training (13.3%), 59 had school leaving examination (24.4%), 108 had completed vocational school or apprenticeship or were skilled craftsmen/woman (45.0%), 5 had completed an other form of professional training (2.3%), and 36 stated that they had not completed any formal education (15.0%). 12 patients had not stated their educational level (4.8%).

19.8% of the patients had known of their cancer 0 to 6 months before, 34.4% of patients 6 to 12 months, 26.7% of patients 1 to 2 years, 13.8% of patients 2 to 5 years and 5.3% of patients more than five years before.

There were various origins of primary tumours in our sample: 84 patients with breast cancer (33.3%), 21 with a malignant lymphoma (8.3%), 20 with cancer of the colon or rectum (7.9%), 17 with lung cancer (6.7%), 15 with prostate cancer (5.9%), 12 with uterine cancer (4.7%), 10 with melanoma (4.0%), 10 with an oropharyngeal cancer (4.0%), 9 with laryngeal cancer (3.6%), 9 with thyroid cancer (3.6%), 9 with testicular cancer (3.6%), 6 with a malignant brain tumour (2.4%), 6 with ovarian cancer (2.4%), 6 with pancreatic cancer (2.4%), 4 with bladder cancer (1.6%), 3 with osteosarcoma (1.2%), 3 with liver cancer (1.2%), 3 with stomach cancer (1.2%), 3 with renal cell carcinoma (1.2%), 2 with oesophageal cancer (0.8%).

Two hundred and forty-one patients (95.6% of all respondents) stated that their primary care physician was an FP. In two cases the primary care physician was a general internist (0.8%). Nine patients had no primary care physician (3.6%).

37.7% of patients (f:35.4%, m:41.8%) stated that the fact that they had cancer was presented to them 'very empathically' or 'empathically. 62.3% (f:64.7%, m:58.3%) stated that it was presented to them 'not so empathically' or ' not at all empathically' (Table 1, question 2). When the answers to the question 'Who informed and counselled you mainly about your cancer?' are correlated with the answers to 'How was the fact that you have cancer presented to you?' a quantitative statement can be made about the perceived empathy of medical doctors practicing in primary care and secondary care (Table 2).

Similarly, Table 3 correlates the answers to the question 'Who informed and counselled you mainly about your cancer?' with the answers to 'Did the doctor allow you adequate opportunity to ask the questions you considered important?'.

When the answers to the question 'Did the doctor allow you adequate opportunity to ask the questions you considered important?' are correlated with educational levels of cancer patients we find that, whereas 71.8% of cancer patients with an educational level of vocational school or lower answered with 'no', only 53.3% with a school

Copyright © 2008 John Wiley & Sons, Ltd.

Table 1. Answers given by male and female participants ($n = 252$)[a]

	Male[a] N (%)	Female[a] N (%)	Total[b] N (%)[c]
1. 'Who informed and counselled you mainly about your cancer?'			
family physician	4 (4.4)	21 (13.3)	25 (10.1)
self-employed specialist	41 (45.1)	54 (35.8)	99 (39.1)
hospital doctor	30 (33.0)	43 (29.1)	77 (31.1)
relative	1 (1.1)	2 (1.3)	3 (1.2)
other person	6 (6.6)	12 (8.6)	19 (7.7)
wasn't formally informed	9 (9.9)	18 (11.9)	28 (10.9)
2. 'How was the fact that you have cancer presented to you?'			
very empathically	4 (4.4)	13 (10.7)	18 (8.1)
empathically	30 (37.4)	32 (24.7)	65 (29.6)
not so empathically	32 (40.7)	57 (42.7)	93 (42.5)
not at all empathically	14 (17.6)	29 (22.0)	45 (19.8)
3. 'Did the doctor allow you adequate opportunity to ask the questions you considered important?'			
yes	37 (42.2)	55 (37.3)	96 (39.0)
no	52 (57.8)	92 (62.7)	150 (61.0)
4. 'With which kind of physician would you prefer to discuss the suggested cancer therapies (e.g. surgery, chemotherapy, radiation therapy)?'			
family physician	16 (17.6)	30 (20.6)	48 (18.9)
hospital doctor	13 (14.3)	25 (17.8)	41 (16.9)
self-employed specialist	44 (48.4)	49 (33.6)	97 (39.9)
don't know	18 (19.8)	41 (28.1)	61 (24.3)
5. 'With which person would you prefer to talk about the associated psychological problems?'			
family physician	4 (4.4)	9 (6.0)	13 (5.3)
hospital doctor	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.4)
self-employed specialist	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.4)
other person	65 (71.1)	128 (84.8)	201 (79.0)
don't know	22 (24.5)	11 (7.8)	35 (14.9)
6. 'How good is the exchange of information between your family physician and your hospital-based specialist regarding your cancer disease?'			
very good	5 (5.6)	6 (4.0)	11 (4.5)
fairly good	23 (25.6)	32 (22.0)	59 (23.6)
rather poor	18 (20.0)	51 (34.0)	71 (28.9)
very poor	18 (20.0)	36 (24.7)	56 (22.0)
don't know	27 (30.0)	23 (15.3)	53 (21.1)
7. 'How important is the provision of appropriate information by the hospital to your family physician?'			
very important	22 (24.2)	65 (43.1)	90 (35.5)
important	51 (56.0)	75 (49.0)	131 (52.0)
not so important	12 (13.2)	7 (5.3)	21 (8.5)
not at all important	6 (6.6)	3 (2.7)	10 (4.0)
8. 'Who first suspected that you were suffering from cancer?'			
family physician	19 (20.9)	28 (18.6)	49 (19.8)
hospital doctor	35 (38.5)	51 (34.0)	89 (34.8)
self-employed specialist	19 (20.9)	33 (22.7)	55 (22.3)
relative	5 (5.5)	13 (8.0)	18 (7.3)
other person	13 (14.3)	25 (16.7)	40 (15.8)

[a]10 participants did not state their sex.
[b]The column 'total' (n = 252) includes those participants who did not state their sex.
[c]Sum of column percent is 100%.

leaving examination or university education did so ($p = 0.014$). After adjustment for age and sex this difference was not significant (Mantel-Haenszel $p = 0.035$). However, this difference (p-value between 0.1. and 0.05) can be seen as a trend.

Discussion

Overall a high percentage of the cancer patients in our sample (62.3%) considered the way they were informed about their cancer 'not so empathic' or 'not at all empathic'. This finding is disappointing, since breaking bad news is considered a very important communication skill needed by all clinicians [33]. However, when patients had been informed by FPs a much higher percentage of patients (81.8%) considered it as having been done 'very empathically' or 'empathically' as compared to self-employed specialists (41.2%) and hospital doctors (41.2%).

Also, as seen from Table 3, there is a significant difference between hospital-based and self-employed specialists on the one hand and FPs on

Copyright © 2008 John Wiley & Sons, Ltd.

Table 2. Correlation of answers to the question 'Who informed and counselled you mainly about your cancer?' with those to 'How was the fact that you have cancer presented to you?'

Person counselling about cancer	*very empathically or empathically n (%)*	*not at all empathically or not so empathically n (%)*
Family physician	18 (81.8)	4 (18.2)
Self-employed specialist	35 (41.2)[a]	50 (58.8)
Hospital doctor	28 (41.2)[b]	40 (58.8)
Relative	0 (0.0)	3 (100.0)
Other person	1 (5.9)	16 (94.1)

[a]There was a statistically significant difference between family physicians and self-employed specialists concerning the question how 'empathically' patients were informed (Chi-square $p = 0.001$).
[b]There was a statistically significant difference between family physicians and hospital doctors concerning the question how 'empathically' patients were informed (Chi-square $p = 0.001$).

Table 3. Correlation of answer 'Who informed and counselled you mainly about your cancer?' and 'Did the doctor allow you adequate opportunity to ask the questions you considered important?'

Person counselling about cancer *important?*	*Did the doctor allow you adequate opportunity to ask the questions you considered*	
	Yes *n* (%)	No *n* (%)
Family physician	18 (81.8)	4 (18.2)
Self-employed specialist	39 (44.3)[a]	49 (55.7)
Hospital doctor	30 (43.5)[b]	39 (56.5)

[a]There was a statistically significant difference between family physicians and self-employed specialists concerning the question 'Did the doctor allow you adequate opportunity to ask the questions you considered important?' (Chi-square $p = 0.001$).
[b]There was a statistically significant difference between family physicians and hospital doctors concerning the question 'Did the doctor allow you adequate opportunity to ask the questions you considered important?' (Chi-square $p = 0.002$).

the other regarding the question 'Did the doctor allow you adequate opportunity to ask the questions you considered important?', showing that nearly double the number of patients perceived FPs as allowing them opportunity to ask the questions they considered important. It is interesting to note that, although statistically not significant, there is a trend among patients with a higher educational level to feel that they were given adequate opportunity to ask the questions they considered important. This could be due to a different behaviour on the part of doctors towards more highly educated patients or to a quicker comprehension of the doctors' answers. More male than female patients stated that they were given adequate opportunity by their doctor to ask the questions they considered important.

The question arises as to how the patients who stated that they had not been formally informed got to know about their cancer. In choosing the wording 'Who informed and counselled you mainly about your cancer?' we were referring to a conscious intervention on the part of the physician in breaking the bad news, giving the patient basic information about the natural history of the specific cancer and answering basic questions as to its possible courses and treatment options. The fact that patients state that they have not been formally informed and counselled does not imply that they don't get to know about their cancer. From our experience of counselling patients at the Viennese Cancer League we know how patients who have not been formally told about their cancer at the time of diagnosis learn about it. They become aware of it in various ways, e.g. by reading test results, by making enquiries of such health professionals as nurses or junior doctors not actually medically in charge of them, by listening to doctors discussing their treatment, by drawing conclusions from the therapies suggested and, finally, by reading doctors' letters.

We also conclude from our survey that in Austria there are considerable deficiencies in the information–exchange between hospital doctors and FPs in cancer care, which could well be prevalent in other European health systems. Cancer patients attach great importance to the provision of appropriate information by hospital–based specialists to their FP and they perceive the supply of appropriate information by the hospital-based specialists to the FP as insufficient. A vast majority (87.5%) of patients considered the exchange of information 'very important' or 'important'. This is in stark contrast to the actual provision of this information as perceived by cancer patients –50.9% of them stated that, according to their perception, the information exchange was 'rather poor' or 'very poor'; only 28.1% of participants thought that it was 'very good' or 'fairly good'.

How can the barriers to multidisciplinary cancer care be overcome? As stated by Tripathy, solutions should include incentives for collaborative and coordinated clinical care across disciplines [34]. Financial and organizational incentives for both hospital doctors and FPs/self-employed specialists should, therefore, be introduced. We think that, similarly to log-books used in diabetes care, a data sheet or 'cancer care log–book' should be developed serving as an instrument of information exchange and documentation in cancer patients. A 'cancer care log–book' could also include space for the communication of information from FPs and self-employed specialists to hospital doctors. It may also be helpful if the hospital doctor responsible for the patient's oncological treatment supplied primary care physicians and, depending an the patient's psychological conditions, patients with graphs showing the survival rates of comparable patients and the correlation between tumour stage, suggested therapeutic procedures and

Copyright © 2008 John Wiley & Sons, Ltd.

outcomes, thus empowering the primary care physician to counsel the patient and facilitating an informed decision by the patient.

How can the phenomenon that cancer patients consider FPs to be more empathic than specialists be explained? The reason could lie in the different communication styles of specialists and FPs and the differences in this physician-patient relationship. The patient-centred communication style by its nature is an adaptive one in which the physician adapts his communication to the patient and in which the physician-patient relationship is the focus of the clinical encounter. Schmid Mast *et al.* exposed their participants–female students who were asked to put themselves in the shoes of patients receiving the bad news of a breast cancer—to three prototypical communication styles (patient-, disease- or emotion-centred) [6]. They found that participants exposed to the patient-centred communication style perceived the physician as being the most emotional, the least dominant, the most available and the most expressive of hope. Dowsett *et al.* identified 11 behavioural dimensions characterizing patient-centred and doctor-centred communication styles , [9, Table 1] and found that cancer patients (and their relatives) prefer patient-centred approaches. The patient-centred style consisted of more affective behaviours including empathy, openness, reassurance and greater patient involvement in the decision–making process, whereas in the doctor-centred style the physician is task-focused [9].

Our data obtained from Austrian cancer patients about their experiences seem to support the experimental results of Schmid Mast *et al.* [6] and Dowsett *et al.* [9]. Also, they seem to suggest that some of the soft skills claimed by family medicine to be core competencies of their specialty [10,35,36] (e.g. person-centred care, comprehensive approach, community orientation, holistic modelling) are actually applied by FPs and that the working-styles of FPs differ in a qualitative and quantitative way from those practiced by specialists.

In one study from the Netherlands all oncologists considered it to be primarily their task to discuss with patients the physical aspects of their patients' health [31]. This position is supported to a certain extent by patients' preferences in our sample from Austria, the majority of cancer patients wishing to discuss cancer therapies with a self-employed oncologist (not equally available in all countries) and to more or less the same extent with their FP and the hospital-based specialist (Table 1, Question 4]. In most developed health systems the decision which specific treatment options are to be recommended to a specific cancer patient is the task of the oncologists or an interdisciplinary oncological team. In Austria FPs usually counsel their patients on the principles of cancer therapy methods and, even if they assume the task of informing their patients about their cancer, leave the task of making specific recommendations to oncologists. After receiving the news that they have cancer, patients undergo a process of emotional restriction, with the result that in-depth counselling on treatment options is likely to overtax them. About 40% of oncologists in the above-mentioned study from the Netherlands stated that discussion of psychosocial issues was a task to be shared with other health care providers [31]. Therefore, if breaking bad news is done by FPs, further counselling on specific treatment options should be done in a separate session by an oncologist. If the self-employed specialist were integrated or, at least, kept well informed, he would be in a favourable position to advise the patient on whether the likelihood of reaching the therapeutic goals would justify the possible side-effects and limitations of health-related quality of life resulting from certain therapeutic schemes.

The results of a recent study from a European Mediterranean country show that the majority of FPs occasionally deliver a diagnosis of cancer to a patient and that the majority of FPs think that a patient's FP is an appropriate person to disclose the cancer diagnosis [37]. Oncologists are sometimes hundreds of miles away from their patient's home [15]. Even in countries with highly developed health systems there are regions with a poor ratio of oncologists to patients; e.g. in England [38]. As suggested by our data, FPs should be timely informed and given a larger role by oncologists for the benefit of patients, e.g. by being authorized to break bad news. Current recommendations on communication with cancer patients [4,39,40] offer little or no advice as to how counselling and, especially, the important issue of breaking bad news, should best be provided in cooperation and coordination with the patient's FP and/or self-employed specialists; a matter which needs to be addressed.

There are several methodological limitations in our survey that warrant consideration. Our research used patients who sought help at the Viennese Cancer League, a community-based organization in the voluntary sector. We consider it an advantage that patients were polled in a setting independent of hospitals and self-employed doctors, since they could feel free to state their impressions and opinions without feeling obliged to make favourable statements about the people from whom they had just received medical attention. Patients are often reluctant to criticize their own doctor, fearing that they would receive less than optimal care [41]. However, a selection bias is possible, since active patients might be more likely to turn to voluntary services for counselling. Also, differences between the subgroups may not show statistical significance, since the study population is of medium size. Some limitations are typical of the

Copyright © 2008 John Wiley & Sons, Ltd.

DOI: 10.1002/pon

questionnaire as an instrument of inquiry. Questions may be misunderstood, facts wrongly remembered and answers deliberately falsified. It needs to be acknowledged that Austrian physicians could differ from American physicians. FP training programs in the US are impressively structured and rigorous, and are run throughout by family medicine departments that focus on teaching [42]. However, although there are quite a few differences between the US and Austria in the training of FPs [43], in both countries training in family medicine is usually hospital-based. In such countries there is a tendency for primary care physicians, after completing their residency program, to remain for quite a time procedure-oriented, which is reflected in the reduced emphasis on communication and consultation skills, as compared, for instance, with the UK [44].

In summary, patients prefer to be informed about the biological and therapeutic issues of their cancer disease by oncologists. Considerably more cancer patients in our population thought they had been given adequate opportunity for asking the questions they considered important and that the bad news had been broken to them more empathically by FPs than by oncologists. Depending on the situation, there are good reasons for FPs to assume the responsibility for various communication tasks of psychosocial content in cancer care including breaking of the bad news about the patients' cancer disease.

Acknowledgements

The authors wish to thank the staff of the Viennese Cancer League for its logistic support of this study and Professor Dr. Philip Lupton, MA, Vienna for reviewing the final English version.

References

1. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol* 2005;**17**:351–354.
2. Hickner J, Kent S, Naragon P, Hunt L. Physicians' and patients' views of cancer care by family physicians: a report from the American Academy of Family Physicians national research network. *Fam Med* 2007;**39**: 126–131.
3. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998;**16**:1961–1968.
4. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005;**55**:164–177.
5. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MH, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol* 2003;**14**:48–56.
6. Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz W. Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Educ Couns* 2005;**58**: 244–251.
7. Heyland DK, Dodek P, Rocker G *et al.* What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *CMAJ* 2006;**174**: 627–633.
8. Girgis A, Sanson-Fisher R, Schofield M. Is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news? *Behav Med* 1999;**25**:69–77.
9. Dowsett S, Saul J, Butow P *et al.* Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. *Psycho-Oncology* 2000;**9**:147–156.
10. WONCA. The European Definition of General Practice/Family Medicine: WONCA Europe, 2002.
11. Landstrom B, Rudebeck CE, Mattsson B. Working behaviour of competent general practitioners: personal styles and deliberate strategies. *Scand J Prim Health Care* 2006;**24**:122–128.
12. Maheux B, Beaudoin C, Jacques A, Lambert J, Levesque A. Effects of residency training in family medicine v. internship training on professional attitudes and practice patterns. *CMAJ* 1992;**146**:901–907.
13. Little P, Everitt H, Williamson I *et al.* Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;**323**:908–911.
14. Bauman AE, Fardy HJ, Harris PG. Getting it right: why bother with patient-centred care? *Med J Aust* 2003;**179**:253–256.
15. Eggly S, Penner L, Albrecht TL *et al.* Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: rethinking current communication guidelines. *J Clin Oncol* 2006; **24**:716–719.
16. Eggly S, Harper F, Greene M *et al.* Companion questions during discussions of bad news in the outpatient oncological setting. The 26th Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine 2005, Boston, MA, April 13–16.
17. Baile WF, Buckman R, Schapira L, Parker PA. Breaking bad news: more than just guidelines. *J Clin Oncol* 2006;**24**:3217.
18. Lang F, Marvel K, Sanders D *et al.* Interviewing when family members are present. *Am Fam Physician* 2002; **65**:1351–1354.
19. Ptacek JT, Ptacek JJ. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *J Clin Oncol* 2001;**19**:4160–4164.
20. Zebiene E, Gomes F, Heyrman J *et al.* 'Chapter 6. Holistic approach. In *EURACT Educational Agenda*.' Heyrman J (ed). Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, 2005.
21. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL *et al.* Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;**280**:1569–1575.
22. Eisenberg DM. The Institute of Medicine report on complementary and alternative medicine in the United States–personal reflections on its content and implications. *Altern Ther Health Med* 2005;**11**:10–15.
23. Girgis A, Sanson-Fisher R. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995;**13**:2449–2456.
24. Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ* 2004;**328**:1343.
25. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer* 2001;**84**:48–51.
26. Miyata H, Takahashi H, Saito T, Tachimori H, Kai I. Disclosure preferences regarding cancer diagnosis and

Copyright © 2008 John Wiley & Sons, Ltd.

prognosis: to tell or not to tell? *J Med Ethics* 2005;**31**: 447–451.
27. Jiang Y, Liu C, Li J-Y *et al.* Different attitudes of Chinese patients and their families toward truth telling of different stages of cancer. *Psycho-Oncology* 2007;**16**: 928–936.
28. Barnett MM. Does it hurt to know the worst?—psychological morbidity, information preferences and understanding of prognosis in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology* 2006;**15**:44–55.
29. Razavi D, Merckaert I, Marchal S *et al.* How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol* 2003;**21**:3141–3149.
30. Lenzi R, Baile WF, Berek J *et al.* Design, conduct and evaluation of a communication course for oncology fellows. *J Cancer Educ* 2005;**20**:143–149.
31. Detmar SB, Aaronson NK, Wever LD, Muller M, Schornagel JH. How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *J Clin Oncol* 2000;**18**:3295–3301.
32. Jens R. The central role of the general practitioner in the medical care of cancer patients [German]. *Klinik* 2002;**1/2002**:110–111.
33. Tongue JR, Epps HR, Forese LL. Communication skills for patient-centered care. Research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. *J Bone Joint Surg Am* 2005;**87**:652–658.
34. Tripathy D. Multidisciplinary care for breast cancer: barriers and solutions. *Breast J* 2003;**9**:60–63.
35. Strasser R. General practice–what is it? *Med J Aust* 1991;**155**:533–534.
36. Lester H, Hobbs FD. Major policy changes for primary care: potential lessons for the US new model of family medicine From the quality and outcomes framework in the United Kingdom. *Fam Med* 2007;**39**:96–102.
37. Blazekovic-Milakovic S, Matijasevic I, Stojanovic-Spehar S, Supe S. Family physicians' views on disclosure of a diagnosis of cancer and care of terminally ill patients in Croatia. *Psychiatr Danub* 2006;**18**:19–29.
38. Fallowfield L. Participation of patients in decisions about treatment for cancer. *BMJ* 2001;**323**:1144.
39. Girgis AS-FR. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995;**13**: 2449–2456.
40. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;**5**:302–311.
41. Brown R, Dunn S, Butow P. Meeting patient expectations in the cancer consultation. *Ann Oncol* 1997;**8**: 877–882.
42. Downey P. Experience of an American residency programme. Association of course organizers. *Education for General Practice* 1998;**9**:78–83.
43. Spiegel W, Haoula D, Schneider B, Maier M. Allocation of training posts to applicants for postgraduate medical education in Austria: survey and analysis. *Acad Med* 2004;**79**:703–710.
44. Koperski M. The state of primary care in the United States of America and lessons for primary care groups in the United Kingdom. *Br J Gen Pract* 2000;**50**: 319–322.

Support Care Cancer
DOI 10.1007/s00520-006-0147-1

ORIGINAL ARTICLE

Gudrun Pohl
Heidemarie Seemann
Niklas Zojer
Christina Ochsner
Christine Luhan
Michael Schemper
Heinz Ludwig

"Laying on of hands" improves well-being in patients with advanced cancer

Received: 17 May 2006
Accepted: 17 August 2006
© Springer-Verlag 2006

G. Pohl · H. Seemann · N. Zojer ·
C. Ochsner · C. Luhan ·
H. Ludwig (✉)
Department of Internal Medicine I,
Center for Oncology and Hematology,
Wilhelminenspital, Montleartstr. 37,
1170 Vienna, Austria
e-mail: heinz.ludwig@wienkav.at
Tel.: +43-1-491502101
Fax: +43-1-491502109

M. Schemper
Core Unit for Medical Statistics
and Informatics/Section
of Clinical Biometrics,
Medical University of Vienna,
Spitalgasse 23,
1090 Vienna, Austria

Abstract *Goal of work:* To determine whether the impact of "laying on of hands" on the well-being of patients with advanced cancer is more efficient when performed by a person with self-declared "healing powers" as compared to an actor mimicking the healer in close detail. *Materials and methods:* A total of 80 patients were registered to participate in a randomized, single-blind phase III trial to evaluate the difference in efficacy of "laying on of hands" by either a "healer" or an actor. Each group consisted of 40 patients, scheduled to receive treatment for 5 min, three times a week. The effect of treatment was measured using a "Well-Being scale", with the difference of the average score of the "Well-Being scale" on day 10 being defined as primary and that on day 5 as secondary endpoint. *Main results:* There was no significant difference in average score values between the "healer" and the actor with regard to the primary (p=0.34) or the secondary endpoint (p=0.94), but the comparison was limited due to major protocol violations by the "healer" who unblinded his status after the first run and quit the study. The study was completed by the actor as a descriptive, explorative study on the impact of "laying on of hands". A significant improvement in symptoms after treatment was found on day 5 (p<0.001) and on day 10 (p=0.0002). *Conclusion:* "Laying on of hands" resulted in a significant improvement of cancer- or cancer-therapy-associated symptoms. The magnitude of improvement obtained was similar whether on a self-declared-healer- or an actor-provided "treatment".

Keywords Well-being · Healer · Advanced cancer · Cancer-associated symptoms

INCORRECTED PROOF

Introduction

Complementary medicine and alternative medicine enjoy wide acceptance in patients with cancer [3, 11, 17]. Complementary treatments like massage, acupuncture, physical exercise, tai chi, and others have been shown to enhance physical, emotional, or psychosocial well-being in a substantial proportion of patients [7, 8, 23], while proof of efficacy is lacking for alternative treatments such as antioxidants, megadoses of vitamin C, laetrile, herbal treatments, immune-enhancing regimens, and for various other forms of therapy such as the healing with crystals, therapeutic touch, or other "healing methods" [3]. Distant healing is another popular method in complementary and alternative medicine. A review by Ernst [12] suggested that the majority of rigorous trials do not support the hypothesis that distant healing has specific therapeutic effects toward shifting the weight of evidence against the notion that distant healing is more than a placebo form. Another systematic review by Astin et al. [4] investigated a total of 23 trials involving 2,774 patients who received any form of "distant healing" (including prayer, mental healing, therapeutic touch, or spiritual healing) as treatment for any medical condition. The methodological limitations of

several studies included made it difficult to draw definitive conclusions about the efficacy of distant healing, although 57% of the trials showed a positive treatment effect. Therapeutic touch has become a popular healing method where the therapist moves his/her hands a few inches above a patient's body to sweep away "blockages" to the patient's energy field [16, 20]. This technique is now frequently taught worldwide in nursing and other schools and practiced in many countries [15]. In addition to the alleged benefits of the intervention, some therapists claim to possess additional healing power that exceeds by far the impact of empathic support and care and provides them the power to cure patients from cancer [4, 9, 27].

As one of those self-declared healers offered to treat patients of our department with "laying on of hands", we invited him to participate in a prospective randomized trial to verify his special healing capacity and to compare the results of his intervention with those of a professional actor who was hired to provide the same treatment as the healer after having studied him carefully to mimic the healer as precisely as possible. In this study, we report the results of this study, which had to be modified into an open phase II trial on the impact of laying on of hands after the healer prematurely decided to quit the investigation.

Materials and methods

Patients

We enrolled 80 patients with advanced hematological cancer or solid tumor between July 2004 and September 2004 into this study. The median age was 60 (range 39–82) years. All patients had Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ≤2 and received chemo-, hormone, radio-, or immunotherapy (i.e., monoclonal antibodies or cytokines) while under study. Further patient characteristics are given in Table 1. All patients signed informed consent.

Table 1 Characteristics of patients (n=80)

Characteristics		n (%)
Gender	Female	52 (65.0)
	Male	28 (35.0)
ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)–performance status	0	18 (22.5)
	1	54 (67.5)
	2	8 (10.0)
Cancer type	Hematological	18 (22.5)
	Breast	13 (16.25)
	Urogenital	11 (13.75)
	Gastrointestinal	24 (30.0)
	Airway	13 (16.25)
	Unknown primary	1 (1.25)
Time since diagnosis	<1 year	36 (45.0)
	1–5 years	23 (29.0)
	>5 years	21 (26.0)
Metastases	Brain	4 (5.0)
	Bone	25 (21.25)
	Visceral	58 (72.5)
Comedication	No	22 (27.5)
	Yes	58 (72.5)
Anticancer treatment during study	Chemotherapy	60 (75.0)
	Hormones	4 (5.0)
	Radiotherapy	6 (7.5)
	Immunotherapy	10 (12.5)

Study design

Before deciding on the definite design of the study, the healer was informed about the purpose and the requirements of proper scientific planning and conducts of the investigation. Several of his suggestions were included into the final outline of the study, which was designed as a prospective, single-blind phase III trial. The primary objective was the comparison of the average score of an analogue well-being score [13] on day 5 of the study between patients treated by the healer and those by the actor. The secondary endpoint was the comparison of the same parameters on day 10 (5 days after the last treatment). Evaluating these parameters, we wanted to investigate whether the efficacy of "laying on of hands" is different when provided by a self-declared healer or an actor mimicking the procedure. The third objective was the evaluation of whether laying on of hands has significant effects on certain parameters of quality of life.

Patients were allocated to five groups of 16 individuals. To balance both treatment groups, patients were stratified according to the following criteria: gender, ECOG (0, 1, 2), age (>19–40, >40–60, >60), and cancer type (hematological malignancies, breast-, urogenital-, and gastrointestinal and lung cancer, respectively). Patients in a group were randomized into two subgroups of eight patients treated either by the healer or the actor on 3 days during 1 week (Monday, Wednesday, and Friday). At the first session, the procedure was explained to the patients followed by the intervention. Subsequently, each of the two further treatments consisted of a welcome and warm-up phase where the therapists communicated with the patients. Then each therapist treated every patient individually by laying on of hands for approximately 5 min alternatively on the patient's shoulders, head, neck, or belly. During this 5 min, he changed location of his hands several times.

Before randomization of the first patients, a test run with patients volunteering to participate in a session with the healer was organized to enable the actor to study the healer in close detail. The actor attended this first run (without knowledge of the healer) as a "patient" himself to enable him to completely mimic the healer's behavior during the study.

UNCORRECTED PROOF

Before the initiation of the study, both the "healer" and the actor carefully read the study protocol and signed an agreement, which underlined their comprehension of the protocol. To prevent unblinding, both participants signed an additional agreement, which prohibited their appearance from any media-related events for the duration of the study.

The study was approved by the local ethic committee.

Evaluation of treatment effects

The patients' individual well-being was evaluated immediately before and after the treatment session on the 3 days when treatment was administered as well as on day 10 when only one assessment was done to evaluate a possible long-term effect (Fig. 1). The effect of treatment was evaluated by a visual analogue Well-Being scale (Fig. 2) that has been developed and validated previously by Giasson [13]. This instrument has been used in other studies for evaluation of the effects of therapeutic touch. Basically, the instrument is a patient-administered visual analogue scale that measures pain, nausea, depression, anxiety, dyspnea, activity, appetite, relaxation, inner peace, and general well-being. The scale is presented on a 0- to 10-cm line with two anchor words to describe the endpoints of the scale. The patients are asked to make a cross exactly where they think that this is their situation. The single scores of the Well-Being scale were combined to form an average score.

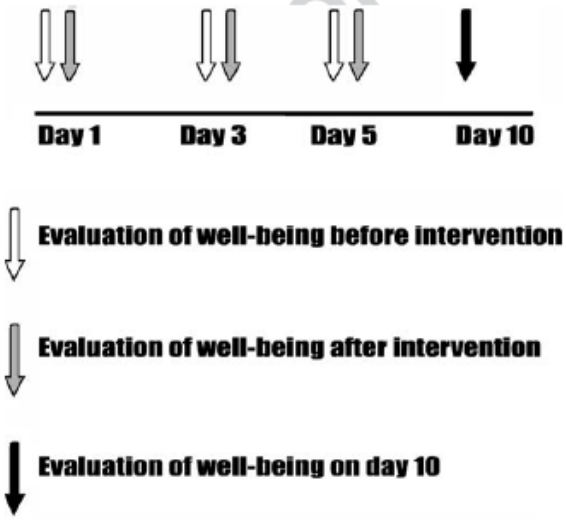


Fig. 1 Time points of measurements: patients were asked to make a self-rating of well-being before and after each treatment on days 1, 3, and 5, respectively. In addition, patients were asked to complete the Well-Being scale on day 10

Data collection

Patients who had attended the Department of Internal Medicine I at the Wilhelminen Hospital at the indicated period of the study were invited to participate in this randomized trial. Each patient's history, tumor type, tumor stage, previous and current anticancer treatments as well as current pain and supportive drugs were evaluated before any patients were submitted to the study. Patients who met inclusion and exclusion criteria for the study were registered and finally randomized.

Statistical analysis

A sample size of 40 in each group was chosen, resulting in 87% power to detect a probability of 0.70 that an observation in group 1 was smaller than an observation in group 2 using a Wilcoxon (Mann–Whitney) rank-sum test with a $p=0.05$ two-sided significance level.

As the primary endpoint of this study was the average score at day 10, a normal-scores-transformation according to Blom was performed to overcome potential nonnormality of the outcome [5, 14]. Hence, a general linear model was employed to relate the outcome to the covariates. These were the treatment group and the normal-scores-transformed average score at day 1 before treatment. As the experimental design was a hierarchical one (eight patients were treated together at a time), it seemed appropriate to include a corresponding random block factor in the analysis. Average score at day 5 (after treatment) was considered as secondary endpoint. It was analyzed in the same manner as the primary outcome. The analyses were performed according to the intention-to-treat principle.

Statistical calculations were performed using SAS software (SAS Institute, Cary, NC, USA). Sample size calculations were performed using nQuery Advisor (Version 5, Program Copyright© 2002 by Janet D. Elashoff).

Stratified randomization was performed by means of a SAS-Macro of the Section of Clinical Biometrics under the constraint of equal treatment arm sizes.

Results

One-hundred seventy-three patients were asked to participate in the trial. Ninety-nine patients met the inclusion criteria, and 80 patients were randomized to participate (Fig. 3). The "Well-Being scale" had to be completed seven times by each patient (days 1, 3, and 5 before and after each treatment and on day 10). All questionnaires were complete with regard to all 10 items, but 26 questionnaires were missing in the final evaluation. In total, 16 patients provided no questionnaires at all. This was either due to noncompliance ($n=6$), admission to the hospital ($n=6$), or

UNCORRECTED PROOF

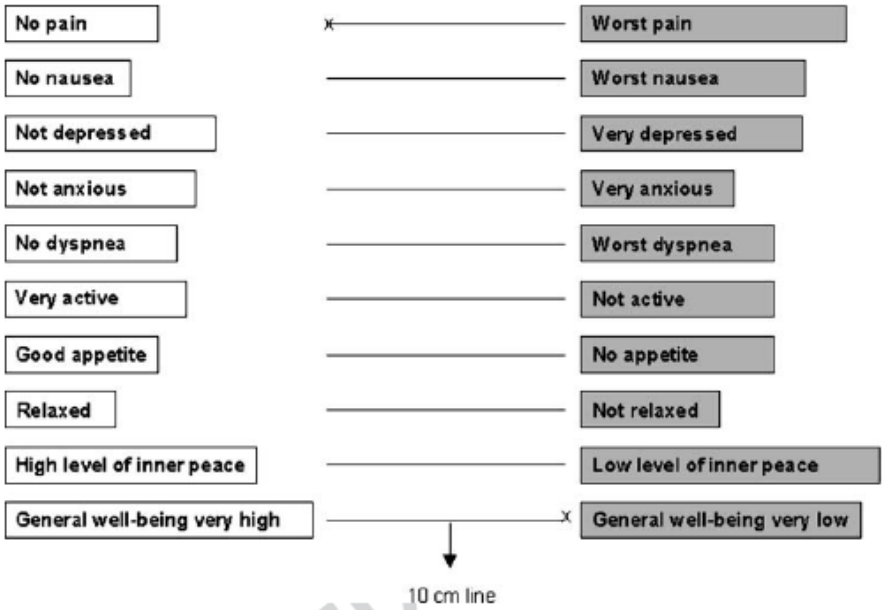


Fig. 2 Well-Being scale: this is a patient-administered visual analogue scale that measures 10 dimensions of well-being. The scale is presented on a 0- to 10-cm line with two anchor words to describe the endpoints of the scale. The patients are asked to make a cross exactly where they think that this is their situation. The total average score equals from the sum of all parameters divided by all parameters

death (n=4). One patient completed only two questionnaires on day 1 before withdrawal of compliance. Of the five patients who completed questionnaires on days 1 and 3 before and after treatment, one discontinued the study and four were admitted to the hospital. Three patients who completed all questionnaires except on day 5 as well as one patient except on day 10 were also admitted to the hospital

UNCORRECTED

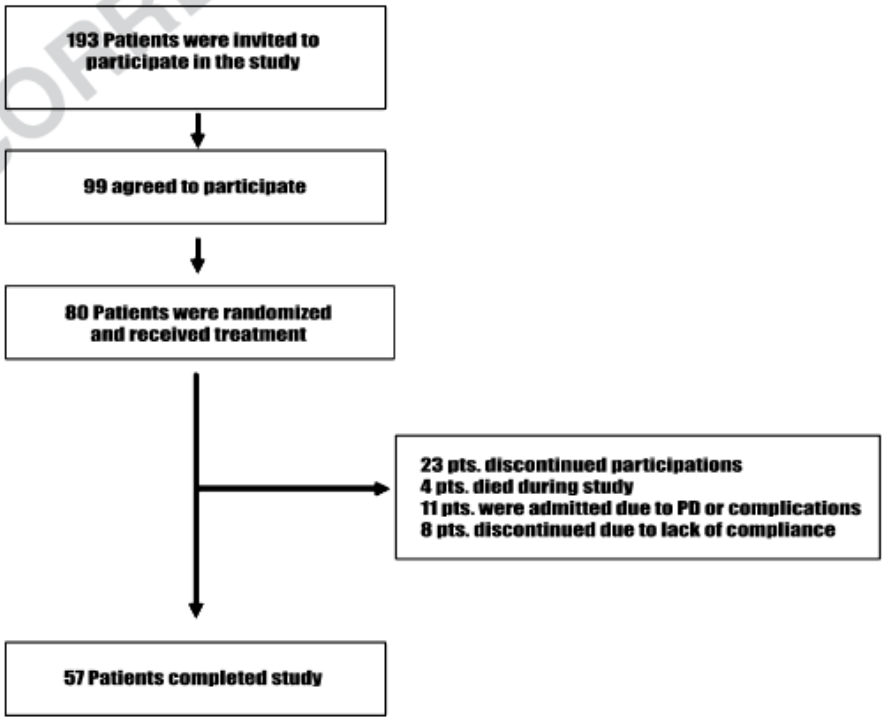


Fig. 3 Flow chart of patient participation: 173 patients were invited to participate in our study. Ninety-nine patients agreed to participate. Eighty were included in the trial after signing an informed consent. For the final evaluation, 57 patients were qualified. Missing values were due to patients' death (n=4), admission to the hospital (n=11), and noncompliance (n=8)

and, hence, unable to participate in further runs. Fifty-seven patients thus qualified for final evaluation (Fig. 3).

After the start of the first run of 16 patients, the "healer" violated the agreement and unblinded his group by providing audio and videotapes labeled with his picture and name to all eight participants. Therefore, a blinded comparison of results between the patients treated by the healer and the actor became impossible. Nevertheless, the results of sum scores on days 10 (primary objective) and 5 (secondary objective) were comparable in both groups. The second run including patients 17 to 32 was uneventful (Table 2). Again, the sum scores on day 10 and on day 5 did not differ between the groups treated by the healer or actor ($p=0.34$, $p=0.94$, respectively). As statistical comparison between outcomes of the first and second runs showed no difference, patients of both runs were analyzed together, showing again similar sum scores on day 10 ($p=0.42$) and day 5 ($p=0.59$) in both treatment groups.

After the second run, the "healer" decided to quit, claiming that patients with significantly poorer performance status had been allocated into his groups. This was, of course, untrue because patients were randomized with the help of a computer-assisted program and predefined stratification criteria.

This event enforced a change in the study design, and we decided to continue the study as an open phase II study to evaluate whether laying on of hands improves the well-being of cancer patients. Hence, all subsequent patients (patients 32–80) were treated by the actor, and the results were evaluated descriptively and on an exploratory basis.

Effect of laying on of hands

A median average score of 3 was observed in all patients at baseline (day 1, before treatment). This score decreased significantly on day 10 (median 1.7; $p=0.0002$), indicating significant improvement of well-being (Table 3). On this day, the data from a total of 55 patients were available. Ninety-one percent of them had either stable or decreased average scores reflecting their increased well-being, whereas a deterioration of well-being was found in 9%. Similarly, a significant decrease of the total average score was found on day 5 as compared to baseline ($p<0.0001$). There was also a significant decrease in the total average score after each single treatment on day 1, day 3, and day 5 [$p<0.001$, $p<0.001$, and $p<0.001$, respectively (Table 3)].

Figure 4 shows a direct comparison of the scores of the individual items at baseline and on day 10. Significant improvements in subscores on day 1 and day 10 could be observed for pain ($p=0.03$), depression ($p=0.02$), relaxation ($p=0.004$), inner peace ($p=0.02$), and general well-being ($p=0.002$). No significant changes were seen for all other parameters such as nausea, anxiety, dyspnea, activity, and appetite (Fig. 4).

Discussions

In spite of significant improvements in cancer therapy and in supportive care, many cancer patients aim to improve their physical and/or emotional well-being by the use of complementary or alternative medicine [17]. Among those treatments, techniques such as laying on of hands that involve a therapist transferring energy to diseased sites of the patient and/or removing blockages to the patient's energy field are commonly used [20]. We were approached by a healer with self-declared magic power practicing laying on of hands, who wanted to cooperate with our department. After some considerations, we decided to evaluate the effect of this technique on well-being and to analyze whether the personality of the therapist influences the outcome, in particular whether the result of the intervention differs when it is provided by a "healer" or by an actor precisely mimicking the actions of the healer.

The most important finding of our study was the demonstration of a therapeutic impact of laying on of hands on well-being of cancer patients with a significant improvement of symptoms both on day 5 and day 10. Secondly, laying on of hands was effective regardless

Table 2 Average/sum scores on Well-Being scale at baseline and day 10 of patients treated by the healer or actor

Day	Healer					Actor				
	Number of points	QS completed	Number missing	Before/after	Median	Number of points	QS completed	Number missing	Before/after	Median
1	16	12	4	Before	2.9	16	14	2	Before	3.6
	16	12	4	After	1.1	16	14	2	After	1.6
3	12	12	0	Before	1.8	14	14	0	Before	2.5
	12	12	0	After	1.4	14	14	0	After	1.4
5	12	9	3	Before	2.2	14	14	0	Before	1.9
	12	9	3	After	1.3	14	14	0	After	1.14
10	12	11	1	Endpoint	1.4	14	14	0	Endpoint	1.7

Comparison is limited to the first 32 patients enrolled
QS Questionnaires

UNCORRECTED PROOF

Table 3 Comparison of average scores during treatment

Intervention	Day 1 (median–range)	Day 3 (median–range)	Day 5 (median–range)	Day 10 (median–range)
Before	3(0–9.02)[a]	2.1(0–7.1)[c]	2.2(0–6)[e]	
After	1.3(0–8.04)[b]	1.3(0–7)[d]	1.2(0–6)[f]	
Final evaluation				1.7(0-6.8)[g]

$(n)^a$ vs $(n)^b$, $p<0.0001$
$(n)^c$ vs $(n)^d$, $p<0.0001$
$(n)^e$ vs $(n)^f$, $p<0.0001$
$(n)^a$ vs $(n)^g$, $p<0.0001$
$(n)^a$ vs $(n)^f$, $p=0.0002$
The evaluation of the effect of "laying on of hands" on well-being in the total cohort of cancer patients revealed a median average score of 3 in all patients at baseline (day 1, before treatment). The score decreased significantly on day 10, indicating significant improvement of well-being. In addition, a significant decrease of the total average score was found on day 5 as compared to baseline. There was also a significant decrease of the total average score after each single treatment on day 1, day 3, and day 5

whether the treatment was provided by the self-declared healer or by the actor. The latter comparison, unfortunately, was hampered by two protocol violations of the healer who in violation of the mutually agreed conduct of the study disclosed his identity after the first run. After the second run with a total of 32 patients treated in the two study groups, he prematurely withdrew his participation in the investigation possibly due to concerns of lack of superiority over the actor. Hence, the comparison of the magnitude of therapeutic effect between the healer and actor was based only on the treatment of less than half of the enrolled patients and further limited by the inappropriate identity disclosure of the healer. As there was no difference in the outcome between the first and second

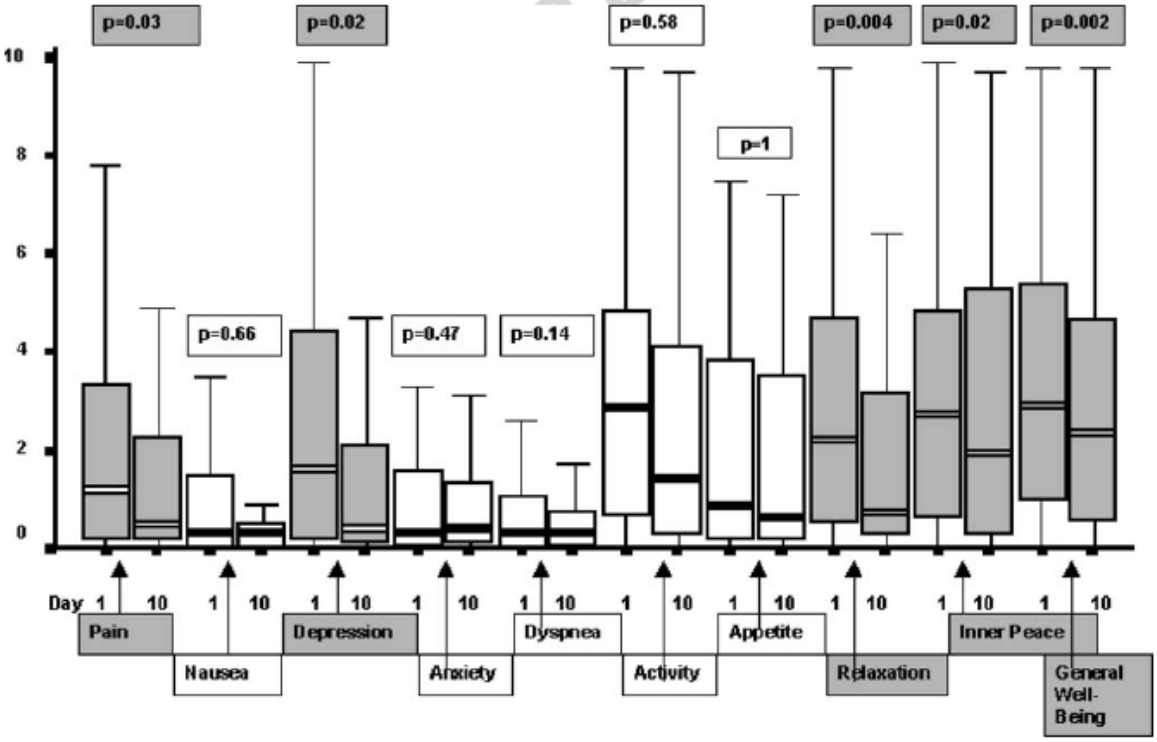


Fig. 4 Comparison of subscores of the various parameters at baseline on day 1 and on day 10: significant improvements in subscores on day 1 and day 10 could be observed for pain ($p=0.03$), depression ($p=0.02$), relaxation ($p=0.004$), inner peace ($p=0.02$), and general well-being ($p=0.002$) (*gray background*). No significant changes were seen for all other parameters tested

patient cohorts, we combined both groups for comparison with the patients treated by the actor. The results revealed no difference.

Critics of placebo-controlled trials may argue that placebo provided in the context of human-to-human interactions always may be confounded by the personality of the provider even if the experimental and placebo interventions may be indistinguishable. For example, the placebo provider may try harder than or not so hard as the person delivering the experimental intervention, or may transmit a different sense of competence, sympathy, or healing power. Although such considerations cannot completely be refuted, they do not undermine the main finding of our study that laying on of hands improves well-being and that a positive treatment effect is obtained independently of whether the intervention is applied by an individual claiming to be gifted with magic healing power or by anybody else mimicking the interventions of the self-declared healer.

Although the improvement in the total sum score of the Well-Being scale employed was highly significant after each intervention on days 1, 3, and 5 and after a 5-day treatment-free interval on day 10, not all dimensions of physical and emotional comfort could be modified. Patients reported less pain and depression on day 10; additionally; they were more relaxed and reported higher levels of inner peace and general well-being. No significant effect of laying on of hands, however, was noted on the other evaluated parameters, namely, on nausea, anxiety, dyspnea, activity, and appetite. These symptoms seem to be less amenable to an effect of laying on of hands and seem to require adequate supportive medical treatment for improvement.

Laying on of hands is very similar to therapeutic touch and is only one of the numerous "healing techniques" used to exchange or channel supraphysical energy [16], such as Reiki, Qi Gong, relaxation techniques, Shiatsu, energy healing, and gentle touch [4, 9, 27]. Relaxation techniques, guided imagery, and meditation were investigated in several randomized trials and were shown to improve anxiety, depression, and other symptoms of distress [10, 19, 22, 24].

Therapeutic touch is a widely used technique, and its practitioners claim to heal or improve many medical problems by manual manipulation of a "human energy field" by sweeping their hands from a distance of 5 to 10 cm over the patient's body from hand to feet [16]. Giasson and Bouchard [13] examined the effect of three therapeutic touch treatments on the well-being of 20 patients with terminal cancer. Patients were randomized to either active treatment or to a rest period. Well-being was assessed with the same instrument as used in our study and showed significant improvement in the treatment group. The individual dimensions of well-being were not analyzed separately, and in contrast to our study, they did not include a placebo group for comparison. Weze et al. [28] recently published their results of an uncontrolled study on the influence of gentle touch on the well-being of patients attending a center for complementary care in the UK. The technique employed involves the gentle placing of hands on various parts of the body with the intention of promoting healing. Three-hundred patients received treatment and completed posttreatment questionnaires. Out of the 300 patients, 30 suffered from cancer. Patients reported significant improvement in both psychological and physical functioning. Further support for the effectiveness of similar healing techniques comes from a recent trial conducted by Wilkinson et al. [29]. These authors used a holistic therapy called "Healing touch" (HT) that aims to synergize with the human energy system to clear blockages and restore balance in the body, which is similar to therapeutic touch. In distinction to therapeutic touch, practitioners of HT utilize also a "wide range of energy" healing techniques involving physical touch by the practitioners hand. In the three-arm study, patients were randomized to either no treatment, HT only, or HT with music plus guided imagery. Results revealed a significant clinical effectiveness as measured by client perceptions of health enhancement, qualitative questionnaires, and secretory immunoglobulin A concentrations in patients who received either HT treatment or HT with additional effects when compared to the control group. A similar positive impact of Reiki on certain dimensions on quality of life was reported by Olson et al. [18] in patients with advanced cancer in the therapy group but not in those randomized to the untreated control arm. A reduction of pain medication, however, was not observed in both arms. Acupuncture, an interventional technique already generally accepted as evidence-based treatment, was recently shown to reduce postchemotherapy fatigue in cancer patients [25, 26].

In our study, we could not observe a difference in efficacy in the sham and in the "healer" group. A similar result was found by Abbot et al., who investigated the efficacy of spiritual healing in the treatment of chronic pain in a randomized clinical trial. The Mc Gill Pain Questionnaire was predefined as primary outcome. The trial was done in two parts: face-to-face healing or simulated face-to-face healing for 30 min per week for 8 weeks and distant healing or no distant healing for 30 min per week for 8 weeks. After eight sessions, significant decreases from baseline in the Mc Gill Pain Questionnaire total pain rating index score for both groups could be observed, but the authors found no statistically significant differences between healing and control groups in either part [1].

Although our study revealed a significant decrease of the average score of the instrument used for evaluation of well-being after the third intervention on day 5 and 5 days thereafter on day 10, there are important limitations. We were only able to provide evidence for a short-term effect but did not evaluate a possible long-term impact by repeating evaluations after longer intervals. In other studies using similar interventions, late reevaluation was likewise

Corrected Proof

not performed, leaving open whether a sustained effect can be obtained by such techniques. For auricular acupuncture, persistence of a significant reduction in pain intensity 1 month after the last of two treatments of patients with cancer-associated pain was recently reported [2]. In addition, energetic healing resulted in improvement of psychological distress, which was noted even after 1 year of follow-up [21]. Similarly, long-lasting improvement of mood and symptoms of stress was achieved with a mindfulness meditation-based stress reduction program in cancer patients. Positive effects were noted 6 months after the termination of treatment [6]. Hence, for laying on of hands and for similar techniques, long-term follow-up is needed to elucidate their potential for sustained effect.

In addition, it must be stressed that scores improved only for certain dimensions of well-being, such as pain, depression, inner peace, relaxation, and general well-being but not, for instance, for anxiety, which may be expected to correlate with items such as relaxation and inner peace. Presently, we are unable to offer a plausible explanation for this unexpected finding. One may speculate that patients could be more relaxed but still be very afraid of dying, for example. Also, it remains unresolved whether a numeric improvement on a Well-Being scale really provides a meaningful indication of enhancement of the general well-being of patients. Informal statements of patients after the study revealed that many of them really seemed to have benefited in a clinically meaningful dimension.

A further limitation of our study stems from the early resignation of the main "therapist". This was totally unexpected because he had been intensively involved in the design of the study and had comprehensively been informed about the proper conduct of scientific studies of this kind. This may raise awareness and caution in dealing with "healers" and including their suggestions for further study protocols.

In conclusion, "laying on of hands" was shown to significantly improve well-being in patients with advanced cancer after each intervention and 5 days after the last treatment irrespective of whether this therapy was provided by a "healer" or an actor. The precise mechanisms accounting for this improvement remain elusive. Caring affection provided by an empathic person to a receptive individual may stimulate positive emotions and the release of endorphins and other neurostimulatory transmitters that may contribute to an improved sense of well-being as noted in our patients.

Acknowledgements This work was supported by the Austrian Forum Against Cancer. The authors thank Dr. Susan Etlinger and Silvia Bakos for carefully reading and correcting the manuscript.

UNCORRECTED PROOF

References

1. Abbot NC, Harkness EF, Stevinson C, Marshall FP, Conn DA, Ernst E (2001) Spiritual healing as a therapy for chronic pain: a randomized, clinical trial. Pain 91:79–89
2. Alimi D, Rubino C, Pichard-Leandri E, Fermand-Brule S, Dubreuil-Lemaire ML, Hill C (2003) Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. J Clin Oncol 21:4120–4126
3. Antman K, Benson MC, Chabot J, Cobrinik D, Grann VR, Jacobson JS, Joe AK, Katz AE, Kelly K, Neugut AI, Russo D, Tiersten A, Weinstein IB (2001) Complementary and alternative medicine: the role of the cancer center. J Clin Oncol 19:55S–60S
4. Astin JA, Harkness E, Ernst E (2000) The efficacy of "distant healing": a systematic review of randomized trials. Ann Intern Med 132:903–910
5. Blom G (1958) Statistical estimates and transformed beta variables. Wiley, New York
6. Carlson LE, Ursuliak Z, Goodey E, Angen M, Speca M (2001) The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. Support Care Cancer 9:112–123
7. Cassileth BR, Vickers AJ (2005) High prevalence of complementary and alternative medicine use among cancer patients: implications for research and clinical care. J Clin Oncol 23:2590–2592
8. Cassileth BR, Vlassov VV, Chapman CC (1995) Health care, medical practice, and medical ethics in Russia today. JAMA 273:1569–1573
9. Chu DA (2004) Tai Chi, Qi Gong and Reiki. Phys Med Rehabil Clin N Am 15:773–781
10. Deng G, Cassileth BR (2005) Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. CA Cancer J Clin 55:109–116
11. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC (1998) Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. JAMA 280:1569–1575
12. Ernst E (2003) Distant healing—an "update" of a systematic review. Wien Klin Wochenschr 115:241–245
13. Giasson M, Bouchard L (1998) Effect of therapeutic touch on the well-being of persons with terminal cancer. J Holist Nurs 16:383–398
14. Knoke JD (1991) Nonparametric analysis of covariance for comparing change in randomized studies with baseline values subject to error. Biometrics 47:523–533
15. Krieger D (1975) Therapeutic touch; an ancient, but unorthodox nursing intervention. J N Y State Nurses Assoc 6:6–10
16. Krieger D (1976) Alternative medicine: therapeutic touch. Nurs Times 72:572–574
17. Molassiotis A, Fernadez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, Margulies A, Browall M, Magri M, Selvekerova S, Madsen E, Milovics L, Bruyns I, Gudmundsdottir G, Hummerston S, Ahmad AM, Platin N, Kearney N, Patiraki E (2005) Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. Ann Oncol 16:655–663

18. Olson K, Hanson J, Michaud M (2003) A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. J Pain Symptom Manage 26:990–997
19. Petersen RW, Quinlivan JA (2002) Preventing anxiety and depression in gynaecological cancer: a randomised controlled trial. BJOG 109:386–394
20. Rosa L, Rosa E, Sarner L, Barrett S (1998) A close look at therapeutic touch. JAMA 279:1005–1010
21. Shore AG (2004) Long-term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stress. Altern Ther Health Med 10:42–48
22. Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M (2000) A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. Psychosom Med 62:613–622
23. Swisher EM, Cohn DE, Goff BA, Parham J, Herzog TJ, Rader JS, Mutch DG (2002) Use of complementary and alternative medicine among women with gynecologic cancers. Gynecol Oncol 84:363–367
24. Targ E (1997) Evaluating distant healing: a research review. Altern Ther Health Med 3:74–78
25. Vickers AJ, Feinstein MB, Deng GE, Cassileth BR (2005) Acupuncture for dyspnea in advanced cancer: a randomized, placebo-controlled pilot trial [ISRCTN89462491]. BMC Palliat Care 4:5
26. Vickers AJ, Straus DJ, Fearon B, Cassileth BR (2004) Acupuncture for postchemotherapy fatigue: a phase II study. J Clin Oncol 22:1731–1735
27. Wardell DW, Weymouth KF (2004) Review of studies of healing touch. J Nurs Scholarsh 36:147–154
28. Weze C, Leathard HL, Grange J, Tiplady P, Stevens G (2005) Evaluation of healing by gentle touch. Public Health 119:3–10
29. Wilkinson DS, Knox PL, Chatman JE, Johnson TL, Barbour N, Myles Y, Reel A (2002) The clinical effectiveness of healing touch. J Altern Complement Med 8:33–47

PROOF

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name	Waltraud Steiner
Anschrift	Schubertgasse 14/12, 1090 Wien
Geburtsdatum	24. März 1961
Staatsbürgerschaft	Österreich

Ausbildung:

seit 1987	Studium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft und der Romanistik, Studienzweig Spanisch
1986 – 1987	Studium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft und der Sinologie an der Universität Wien
1979 – 1986	Studium der Medizin an der Karl Franzens Universität, Graz
Juni 1979	Reifeprüfung
1971-1979	Neusprachliches Gymnasium in Villach