

**LEBENSQUALITÄT ALS EVALUATIONSKRITERIUM
IN DER ONKOLOGISCHEN FORSCHUNG -
DIE ROLLE VON PSYCHOLOGISCHEN FAKTOREN**

Oswald Klingler

Institut für Biostatistik und Dokumentation der Universität
Innsbruck, Vorstand: Prof. A. Neiß

1) Einleitung

In der Onkologie konnte in den letzten Jahren ein zunehmendes Interesse an der Lebensqualität als Zielkriterium therapeutischer Interventionen festgestellt werden (vergl. Aaronson, Bullinger & Ahmedzai, 1988). Dieses Interesse wurde besonders stimuliert durch die Belastungen, die sich für die Patienten aus der Therapie ergeben können, und die sich immer wieder stellende Frage, ob diese Belastungen durch einen nur geringfügigen Gewinn an Überlebenszeit zu rechtfertigen sind (Ludwig, Pöppel, Bullinger & Heinisch, 1989).

Damit ergab sich die Notwendigkeit einer Erweiterung der traditionellen Evaluationskriterien um die Patientenperspektive, einer breiteren Berücksichtigung der subjektiven Befindlichkeit. Diese sollte nicht nur eine differenziertere Beurteilung von Therapieergebnissen ermöglichen, sondern auch einen Schritt von einer Medizin im Dienste von Organfunktionen und Überlebenszeiten zu einer Medizin für den ganzen Menschen (Neiß, Klingler & Bullinger, 1989).

Subjektive Lebensqualität ist allerdings nicht direkt beobachtbar. Sie ist ein hypothetisches Konstrukt, und über ihre Abgrenzung, Komponenten, Struktur und Erschließbarkeit wird nur schwer ein Konsens herzustellen sein. So sollte man sich hinsichtlich der Empirie auch bewußt halten, daß man es kaum jemals mit der "Lebensqualität" schlechthin zu tun haben kann, sondern lediglich mit bestimmten Aspekten, die mit bestimmten Methoden erfaßt wurden. Eine solche Relativierung des begrifflich-inhaltlichen Anspruches ist Voraussetzung dafür, daß Lebensqualität nicht zu einem Schlagwort wird (Bullinger & Pöppel, 1988), das lediglich einem Etikettenschwindel dient.

2) Der Einfluß von psychologischen Faktoren

In der klinischen Forschung interessiert vor allem die Abhängigkeit der Lebensqualität von Erkrankung und Behandlung. Lebensqualität kann aber letztlich nur über das Verhalten des Patienten (zumeist "Fragebogen-Verhalten") erschlossen werden. Zwischen den klinischen Variablen und dem Patientenverhalten liegen aber mehrstufige Verarbeitungsprozesse.

Verarbeitungsstufen spielen in einer Reihe von Modellen eine Rolle. Im häufig zitierten Modell der Lebensqualität von Campbell, Converse & Rodgers (1976) wird eine Sequenz von objektiven Attributen, wahrgenommenen Attributen und bewerteten Attributen beschrieben, die die Zufriedenheit in einem bestimmten Bereich und zusammen mit anderen Bereichen die allgemeine Lebensqualität konstituieren. Und im Coping-Modell von Lazarus (1968) steht zwischen der Wahrnehmung eines Reizes ("primary appraisal") und den verhaltensmäßigen (auch emotionalen und vegetativen) Reaktionen ("coping") eine Bewertung des Reizes ("secondary appraisal"), die unter Hereinnahme von Kontextinformation über situative Bedingungen und die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten erfolgt.

Bei der Verarbeitung eines Reizes, im besonderen bei seiner Bewertung, werden situative und dispositionelle Bedingungen wirksam. Es ist leicht einzusehen, daß es unterschiedliche Konsequenzen hat, ob beispielsweise ein Schmerzreiz von Ärzten oder Angehörigen auf eine lebensbedrohliche Erkrankung oder auf eine Ursache geringerer und vorübergehender Bedeutung zurückgeführt wird (situative Bedingungen), aber auch, ob der Patient, der dadurch betroffen ist, eher zu optimistischen oder pessimistischen Interpretationen neigt (dispositionelle Bedingungen - Persönlichkeitsmerkmale).

Solche Einflüsse fanden in der onkologischen Lebensqualitätsforschung noch wenig Beachtung. Zu den meisten speziell für Krebspatienten konstruierten Lebensqualitätsfragebögen bestehen noch keine (z.B. Aaronson, Bullinger & Ahmedzai, 1988) oder nur schwer interpretierbare (Olschewski, Verres, Scheurlen & Rauschecker, 1988) Ergebnisse über psychologische Einflußgrößen. Gerade die Arbeit von Olschewski et al. (1988) zeigt allerdings, daß diesen ein großes Gewicht zukommen kann:

In einer multizentrischen vergleichenden Kohortenstudie mit Brustkrebspatientinnen stand nach Exzision des Primärtumors eine Mastektomie oder Radiotherapie als weitere Behandlung zur Wahl. Die Patientinnen konnten sich entweder für eine Behandlung nach eigener Präferenz (non-randomized) oder für eine zufällige Zuordnung zu einer Behandlung (randomized) entscheiden. Dadurch wurde über alle Patientinnen ein Vergleich zwischen Mastektomie und Radiotherapie möglich und andererseits ein Vergleich zwischen randomisierten und nicht-randomisierten Patientinnen möglich.

Abhängige Variablen waren die Scores auf einem Lebensqualitätsfragebogen, die zu 5 Faktoren zusammengefaßt wurden. Der Vergleich zwischen Radiotherapie und Mastektomie ergab einen Vorteil der Radiotherapie auf 3 Faktoren und einen Nachteil auf 2 Faktoren. Einen deutlicheren Einfluß hatte der Faktor "Einwilligung zur Randomisierung": Patientinnen, die den Zufall über ihre Behandlung entscheiden ließen, wiesen auf allen 5 Faktoren schlechtere Werte auf als jene, die auf eine eigene Entscheidung bestanden hatten.

Eine Erklärung dieser Ergebnisse muß spekulativ bleiben. So wäre naheliegend, daß Patientinnen, die zu einer Randomisierung bereit sind, Merkmale aufweisen, die sich später nachteilig auf den Therapie-Effekt auswirken. Auf der anderen Seite wäre auch denkbar, daß allein das Faktum des Selbst-Entscheidens nachfolgende Urteile und Befindlichkeit beeinflusst.

Im folgenden Abschnitt sollen nun Arbeiten dargestellt werden, die direkter auf den Einfluß psychologischer Bedingungen abzielen. Da die Zahl solcher Arbeiten aus der Onkologie relativ gering ist, müssen diese ergänzt werden durch eine Auswahl von Arbeiten aus der medizinischen und auch der experimentellen Psychologie. Dabei erfolgt eine Einschränkung auf die Lebensqualitätskomponenten emotionale Reaktionen und Schmerzerleben.

3) Einige empirische Ergebnisse

3.1) Persönlichkeitsmerkmale und subjektive Befindlichkeit

Ein in jüngerer Zeit auch in der Onkologie verwendeter Fragebogen (z.B. Cella, Jacobsen, Orav, Holland, Silberfarb & Rafla, 1989) ist das "Profile of Mood States" (POMS) von McNair, Lorr & Droppleman (1971). Es differenziert zwischen den Stimmungskomponenten Ängstlichkeit und Anspannung, Depression, Ärger, Vitalität, Erschöpfung und Verwirrung.

Solche Stimmungskomponenten stehen bei Gesunden in engem Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen. In einer Zusammenfassung von mehreren Studien, bei denen nicht nur verschiedene Stimmungskomponenten erfaßt wurden, sondern mittels "Eysenck Personality Questionnaire" (Eysenck & Eysenck, 1975) auch Persönlichkeitsmerkmale, kam Williams (1990) zu dem folgenden Ergebnis:

"Extraversion" war hochsignifikant mit gehobener Stimmung und Euphorie verbunden, "Neurotizismus" hingegen mit höherer Depression, Verwirrung, Erschöpfung, Überaktivierung und ängstlicher Anspannung.

Ob diese Zusammenhänge auch für Krebspatienten Gültigkeit haben, kann mangels entsprechender Arbeiten nicht entschieden werden. Headey & Wearing (1989) gingen allerdings der Frage nach, welcher zusätzlicher Einfluß positiven oder negativen Lebensereignissen zuzuschreiben ist. Auch hier zeigten sich Korrelationen zwischen Extraversion und positiver Befindlichkeit einerseits und Neurotizismus und negativer Befindlichkeit andererseits. Diese Korrelationen waren in der gleichen Größenordnung wie jene zwischen Lebensereignissen und Befindlichkeit, aber deutlich geringer als jene in der Studie von Williams (1990). Der Unterschied wäre dadurch erklärbar, daß bei Headey & Wearing (1989) 2 Jahre zwischen der Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale und der Erfassung der Befindlichkeit lagen.

Eine entscheidende Bedeutung wurde von Watson & Pennebaker (1989) dem Persönlichkeitsmerkmal "negative affectivity" zugeschrieben. Dieses wird in nahe Verwandtschaft zum Merkmal Neurotizismus gebracht und soll zu einem Erleben negativer Zustände prädisponieren. In mehreren Stichproben erwiesen sich mit Fragebögen erhobene subjektive Gesundheitsbeschwerden als stärker mit "negative affectivity" assoziiert als mit objektiven Gesundheitsindikatoren. Damit stellt sich die Frage ob mit den Persönlichkeitsvariablen "Neurotizismus" bzw. "negative affectivity" und der Befindlichkeit bzw. subjektiven Beschwerden lediglich mit unterschiedlichen Methoden ein und dieselbe Sache erfaßt wird: nämlich eine Tendenz, die negativen Aspekte eines Sachverhaltes hervorzuheben.

Unabhängig von solchen generellen Bewertungstendenzen, dürfte allerdings auch entscheidend sein, auf welche Ursachen positiv oder negativ bewertete Ereignisse zurückgeführt werden. Zautra, Guenther & Chartier (1985) konnten zeigen, daß Studenten mit hohem Selbstbewußtsein tatsächliche und hypothetische positive Ereignisse eher auf sich selbst zurückführten, negative Ereignisse aber auf Ursachen außerhalb ihres Einflusses. Studenten mit höheren Depressionswerten hingegen führten negative Ereignisse eher auf sich selbst zurück.

Spezifische Beurteilungs- und Bewältigungstendenzen, haben sich in jüngster Zeit als entscheidend für die gefühlsmäßigen Auswirkungen von Krankheiten erwiesen. Hier gibt es auch Beiträge aus der Onkologie, etwa von Watson, Greer, Pruyn & Van Den Borne (1990). Diese Arbeitsgruppe konnte feststellen, daß bei Krebspatienten, die sich für die Krankheitsursache verantwortlich fühlten, eine als "anxious preoccupation" bezeichnete Reaktion überwog. Bei Patienten hingegen, die sich eher für den Krankheitsverlauf verantwortlich erlebten, war eine "fighting spirit"-Haltung zu beobachten.

Dieses Ergebnis stimmt gut mit jenem von Riehl-Emde et al. (1989) überein, das ebenfalls zeigt, daß eine Attribution negativer Ereignisse auf die eigene Person ungünstige Folgen hat: Brustkrebspatientinnen, die ihre Erkrankung auf psychosomatische Ursachen zurückführten, unterschieden sich hinsichtlich ihrer emotionaler Befindlichkeit negativ von Patientinnen mit anderen Ursachenzuschreibungen.

In die gleiche Richtung weist auch eine jüngst publizierte Arbeit über die Krankheitsbewältigung bei HIV-Patienten (Perrez, Reicherts & Plancherel, 1990). Bei diesen erwiesen sich die Auswirkungen HIV-spezifischer Belastungen auf Angst und Depression als umso stärker, je stärker auf diese mit Selbstbeschuldigung und je weniger mit Fremdbeschuldigung und Umbewertung reagiert wurde.

Ein mit Persönlichkeit und emotionalen Reaktionen eng verknüpftes Phänomen, das wohl auch großen Anteil an der Lebensqualität von Krebspatienten hat, ist das Schmerzerleben. Auch hier wurde in den letzten Jahren viel Augenmerk auf subjektive Kontrollüberzeugungen und Bewältigungsstrategien gelegt. Crisson & Keefe (1988) etwa konnten zeigen, daß solche chronische Schmerzpatienten, die ihre Gesundheit als von zufälligen Einflüssen abhängig ansahen, im Vergleich zu anderen Schmerzpatienten weniger Bewältigungsmöglichkeiten und stärkere emotionale Beeinträchtigungen aufwiesen.

Über psychologischen Bedingungen von Schmerzerleben und Schmerzreaktion gibt es eine Reihe von Übersichtsarbeiten (z.B. Classen, 1989). Mit Turk & Fernandez (1990) ist allerdings zu beklagen, daß die gewonnenen Erkenntnisse noch keinen Eingang in die onkologische Forschung und Praxis gefunden haben.

3.2) Situative Variablen und subjektive Befindlichkeit

Da Persönlichkeitsmerkmale nicht systematisch variiert werden können, lassen die im vergangenen Abschnitt referierten Ergebnisse streng genommen keine Schlüsse über Kausalbeziehungen zu. Anders ist es bei situativen Variablen, solchen die gesetzt, d.h. experimentell beeinflußt (und so auch randomisiert) werden können. Das

könnten im vorliegenden Zusammenhang alle psychologischen Interventionen sein, von der Aufklärung über Instruktionen und Betreuung bis zur Psychotherapie.

In der onkologischen Lebensqualitätsforschung klafft hier leider eine große Lücke. Die Einflüsse von sozialer Unterstützung (Siegal, Calsyn & Cuddihee, 1987) und der Aufklärung des Patienten und seiner Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal (Klingler, Winkler, Neumeister & Neumeister, 1989) auf die Lebensqualität wurden lediglich korrelationsstatistisch untersucht, randomisierte Studien sind nicht zu finden.

Der Einfluß von verbal vermittelten Informationen (als situative Variablen) auf Befindlichkeitsvariablen ist allerdings ein Hauptschwerpunkt der psychologischen Forschung, besonders der Psychotherapieforschung, aber auch der experimentellen Psychologie. Hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen körperlichen Zuständen und emotionalen und verhaltensmäßigen Konsequenzen wurde die Aufmerksamkeit durch Schachter und Singer (1962) auf die Rolle von Kausalattributionen gelenkt: In einer Reihe von Experimenten konnte gezeigt werden, daß zumindest unter bestimmten Voraussetzungen, emotionale und verhaltensmäßige Reaktionen auf den körperlichen Zustand davon abhängen, auf welche Ursachen dieser Zustand zurückgeführt wird.

Beispielsweise wurden in einem Experiment von Weiner (1971) gesunden Probanden Elektroschocks angekündigt. Allen Probanden wurde unter einem bestimmten Vorwand Placebo verabreicht, wobei unterschiedliche "Drogeneffekte" angekündigt wurden. Solche Probanden, denen als "Drogeneffekte" vegetative Angstsymptome genannt wurden, führten diese Symptome auf die "Droge" zurück, berichteten weniger Angst vor den Schocks und zeigten weniger offenes Angstverhalten. In ähnlicher Weise konnte auch die Wahrnehmung und Toleranz gegenüber tatsächlichen Schocks beeinflußt werden (Nisbett & Schachter, 1966).

Für das Schmerzerleben erwiesen sich nicht nur Kausalattributionen als wesentlich. In einer Serie von sehr geschickt geplanten Experimenten zeigten Leventhal, Brown, Shacham und Engquist (1979) bei Gesunden, daß Schmerzreize weniger Distress auslösen, wenn über die sensorischen Qualitäten des Schmerzreizes informiert, der Begriff "Schmerz" vermieden und die Aufmerksamkeit in eine bestimmte Richtung gelenkt wird.

Solche Ergebnisse werden auch in psychotherapeutischen Ansätzen verwertet. Edelson und Fitzpatrick (1989) verglichen bei chronischen Schmerzpatienten eine kognitiv-verhaltenstherapeutische mit einer hypnotischen Behandlung und einer Aufmerksamkeits-Kontrollgruppe. Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung erfolgte nach den Grundsätzen a) Begründung der Behandlung, b) Vermeidung des Schmerzbegriffes, c) sensorische Reinterpretation des Schmerzes und d) Vermeidung unangepaßter Bewertungen ("self-verbalizations"). Hinsichtlich Schmerzeinschätzung ergab sich ein gleich gutes Resultat wie unter der hypnotischen Behandlung und ein besseres als für die Aufmerksamkeitskontrolle. Hinsichtlich eines Aktivitäts-Scores war die kognitive Verhaltenstherapie bei den Vergleichsbedingungen überlegen.

Eine wichtige situative Einflußgröße dürfte die der Entscheidungsfreiheit sein. Ihre Bedeutung wird durch viele Arbeiten aus der experimentellen Psychologie belegt (vergl. auch die hier referierten Ergebnisse von Olschewski et al., 1988). Totman (1976) behandelte Patienten mit Schlafstörungen an 5 aufeinanderfolgenden Tagen mit blauen bzw. grünen Laktosetabletten. Ein Teil der Patienten konnte zu Beginn und nach 2 Tagen selbst entscheiden, welche Tabletten verabreicht werden. Bei Patienten ohne Entscheidungsmöglichkeit wurde eine geringere Schlafdauer festgestellt; sie berichteten eine geringere Schlafqualität und zum Teil massive toxische Symptome.

Zur Aufklärung von Zusammenhängen zwischen situativen Bedingungen und subjektiven und objektiven Parametern körperlicher Befindlichkeit wird in der experimentellen Psychologie häufig Placebo eingesetzt. Damit ist ein Problem angesprochen, dem gerade im Kontext der "Lebensqualitäts-Forschung" eine große Bedeutung zukommt (vergl. Wiklund, Dimenäs & Wahl, 1990), bislang aber sehr vernachlässigt wurde: der Placebo-Effekt. Hier sei exemplarisch auf 3 ältere Arbeiten verwiesen, die eine Abhängigkeit der subjektiven Befindlichkeit gesunder Studenten von der äußeren Form von Placebos (Blackwell, Bloomfield & Buncher, 1972) bzw. von Instruktionen zu den Placebos (Morris & O'Neal, 1974) zeigten, bzw. bei Placebo-behandelten psychiatrischen Patienten eine Abhängigkeit von der Person des Arztes (Honigfeld, 1963).

Die Bedeutung der Person des behandelnden Arztes wird auch durch die Ergebnisse von Fletcher, Hunt und Bulbitt (1987) nahegelegt. Auf einer Reihe von Lebensqualitäts-Variablen zeigten sich günstigere Werte, wenn die Fragebögen mit Hilfe des behandelnden Arzt ausgefüllt wurden. Um solche verzerrende Einflüsse des Arztes zu unterbinden, forderten Fletcher et al. (1987) eine doppelblinde Versuchsanordnung als Voraussetzung für eine valide Erfassung der Lebensqualität.

3.3) Wechselwirkungen zwischen situativen Variablen und Persönlichkeit

Zur Untersuchung von Wechselwirkungen werden unterschiedliche situative Bedingungen gesetzt und der Einfluß bestimmter Persönlichkeitsmerkmale geprüft.

Placebo-Effekte zeigten sich auf dem gerade auch in der Lebensqualitätsforschung verwendeten POMS in Abhängigkeit vom Persönlichkeitsmerkmal Acquieszenz (McNair, Gardos, Haskell & Fisher, 1979): Unter Placebo wurde eine Befindlichkeitsverbesserung umso eher berichtet, je stärker eine allgemeine Zustimmungstendenz ausgeprägt war; dieser Zusammenhang bestand jedoch nicht bei Patienten einer Wartekontrolle.

In Bezug auf Schmerzberichte besteht offensichtlich ein starker Einfluß des sozialen Kontextes in Wechselwirkung mit den subjektiven Annahmen über diesen Kontext. Block, Kremer und Gaylor (1980) befragten chronische Schmerzpatienten mit und ohne Anwesenheit ihres Ehepartners nach der Intensität der Schmerzen. Solche Patienten, die ihre Ehepartner als eher besorgt einschätzten, berichteten bei Anwesenheit der Ehepartner deutlich stärkere Schmerzen als die anderen Patienten. Diese Unterschiede waren bei Anwesenheit einer neutralen Person nicht zu beobachten.

Endlich kann auch noch eine Studie aus dem klinischen Bereich über Effekte der Patientenaufklärung vorgestellt werden (Miller & Mangan, 1983): Patientinnen, bei denen eine Kolposkopie durchgeführt wurde, wurden entweder in der klinisch üblichen oder in sehr ausgiebiger Form über den Eingriff aufgeklärt. Die Patientinnen wurden eingeteilt in solche, die angesichts bedrohlicher Ereignisse eher durch Informations-Suche ("monitors") oder Informations-Vermeidung ("blunters") reagieren.

Insgesamt zeigte sich geringerer Streß (auf subjektiven und objektiven Variablen) bei Patientinnen, die weniger informiert wurden und eher zur Informations-Vermeidung tendierten. Bei Patientinnen hingegen, die stärker zur Informations-Suche neigen, erwies sich eine ausgiebige Aufklärung als günstiger.

4) Konsequenzen für die onkologische Forschung

4.1) Ist Lebensqualität ein sinnvolles Zielkriterium in der medizinischen Therapieforschung?

Die gezeigte Sensibilität sogenannter "Lebensqualitätsdaten" gegenüber psychologischen Einflußgrößen soll nicht zur Konsequenz verleiten, daß Lebensqualität eigentlich ein psychologisches Problem und kein geeignetes Zielkriterium der medizinischen Therapie-Forschung sei.

Die Lebensqualität des Patienten fällt immer auch in den Verantwortungsbereich des behandelnden Arztes. So sind es letztlich ja zumeist Beeinträchtigungen der Lebensqualität, die den Patienten veranlassen, seine Hilfe aufzusuchen. Auch bedarf es wohl keiner Belege für die Annahme, daß medizinische Interventionen sehr wohl Auswirkungen auf die subjektive Lebensqualität haben. So ist auch die systematische Untersuchung von Therapieeffekten auf die Lebensqualität zu begrüßen. Wie weit die durchgeführten Studien zu einem Informationsgewinn und einem echten Fortschritt führen können, wird allerdings von der Berücksichtigung psychologischer Einflußgrößen abhängen.

4.2) Berücksichtigung von Verarbeitungsstufen

Bei der Beurteilung von sogenannten Lebensqualitäts-Variablen ist genau zu prüfen, welcher psychologischen Verarbeitungsstufe sie zuzuordnen sind. Es ist zumindest zu unterscheiden zwischen der wahrgenommenen Befindlichkeit auf der einen Seite und dem Ergebnis von Bewertungen (bewertete Befindlichkeit, Zufriedenheit, Lebensqualität, emotionale und verhaltensmäßige Reaktionen) auf der anderen Seite.

Beide Seiten müssen nicht viel miteinander zu tun haben; werden sie vermischt, so kommt es leicht zu scheinbar widersprüchlichen und unverständlichen Ergebnissen:

Beispielsweise ergab sich in einer Untersuchung von Chang et al. (1989) bei konservativ behandelten Patienten mit Weichteilsarkomen im prä-postoperativen Vergleich einerseits eine Abnahme berichteter Berufstätigkeit, sexueller Aktivität und Mobilität, andererseits jedoch eine Zunahme global beurteilter Lebensqualität.

4.3) Berücksichtigung von situativen Bedingungen

Die Sensibilität von Lebensqualitäts-Daten gegenüber situativen psychologischen Einflüssen kann sich natürlich auch auf die Ergebnisse von Therapiestudien auswirken. Psychologische Effekte werden dann fälschlicherweise als Therapie-Effekte angesehen. Zur Aufklärung solcher Irrtümer und Fehlentwicklungen bedarf es einerseits der Konstanthaltung und andererseits auch der systematischen Variation psychologischer Bedingungen. Dazu gibt es eine Reihe von Beispielen aus der Geschichte der Medizin (vergl. Beecher, 1961; Benson & McCallie, 1979; Klingler, 1989).

Beim Therapievergleich müssen sich die Bedingungen bezüglich aller Kontextvariablen entsprechen. Daß ein Unterschied zwischen zwei Therapien nicht auf "Placebo-", "Erwünschtheits-" oder "Erwartungseffekte" zurückzuführen ist, kann letztlich auch bei vierstelligen Patientenzahlen nur durch eine doppelblinde Versuchsanordnung (vergl. Fletcher, Hunt & Bulpitt, 1987) sichergestellt werden.

Doppelblinde Therapiestudien sind allerdings in der Onkologie aus ethischen und aus praktischen Gründen häufig nur schwer oder gar nicht realisierbar. Bemühungen um eine Konstanthaltung psychologischer Einflüsse sollten aber nicht gänzlich fallengelassen werden. Zumindest sollte, wie etwa in der Studie von Bell, Tannock & Boyd (1985), die Erfassung der Lebensqualität durch einen blinden Beurteiler erfolgen.

4.4) Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen

Persönlichkeitsmerkmale können in zweifacher Hinsicht Einfluß auf den Ausgang von Therapievergleichen nehmen. Zum einen können sie die interindividuelle Varianz erhöhen und dadurch das Erkennen gegebener Therapieunterschiede erschweren. Zum anderen können aber auch Wechselwirkungen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Behandlung bestehen, also Einflüsse von Persönlichkeitsmerkmalen, die sich auf das Ergebnis der einen Behandlung anders auswirken als auf das Ergebnis der anderen. In einem solchen Fall bestimmen Persönlichkeitsmerkmale auch die Größe von Mittelwertsdifferenzen.

Die Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen erhält gerade dann eine besondere Bedeutung, wenn das Studiendesign nicht der Idealforderung einer doppelblinden Versuchsanordnung entspricht. Wenn beispielsweise durch den Versuchsplan nicht ausgeschlossen werden kann, daß ein beobachteter Therapieunterschied als "Placebo-Effekt" zu werten ist, dann sollte zumindest festgestellt werden, in welchem Ausmaß der Unterschied von Merkmalen abhängt, die mit Placebo-Effekten assoziiert sein könnten. Als solche Merkmale kämen jenes der "Acquieszenz" (vergl. McNair et al., 1979) oder auch "Neurotizismus" (vergl. Frank, 1982) in Frage. Die Einbeziehung von Persönlichkeitsmerkmalen als Kontrollvariablen bekommt so eine entscheidende Funktion für die Interpretierbarkeit der Ergebnisse.

Literatur:

- Aaronson, N.K., Bullinger, M. & Ahmedzai, S. (1988).
A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials.
In H. Scheurlen, R. Kay & M. Baum (eds.), *Recent Results in Cancer Research, Cancer Clinical Trials: A Critical Appraisal* (231-249).
Berlin: Springer.
- Beecher, H.K. (1961).
Surgery as placebo. A quantitative study of bias.
Journal of the American Medical Association, 176, 1102-1107.
- Bell, D.R., Tannock, I.F. & Boyd, N.F. (1985).
Quality of life measurement in breast cancer patients.
British Journal of Cancer, 51, 577-580.
- Benson, H. & McCallie, D.P. (1979).
Angina pectoris and the placebo effect.
New England Journal of Medicine, 300, 1424-1429.
- Blackwell, B., Bloomfield, S.B. & Buncher, C.R. (1972).
Demonstration to medical students of placebo-responses and non-drug factors.
The Lancet, June 10, 1279-1282.
- Block, A.R., Kremer, E.F. & Gaylor, M. (1980).
Behavioral treatment of chronic pain: The spouse as a discriminative cue for pain behavior.
Pain, 9, 243-252.
- Bullinger, M. & Pöppel, E. (1988).
Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder neuer Forschungsansatz.
Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen, 85, 679-680.
- Chang, A.E., Steinberg, S.M., Culnane, M.M., Lampert, M.H., Reggia, A.J., Simpson, C.G., Hicks, J.E., White, D.E., Yang, J.J., Glatstein, E. & Rosenberg, S.A. (1989).
Functional and psychosocial effects of multimodality limb-sparing therapy in patients with soft tissue sarcoma.
Journal of Clinical Oncology, 7, 1217-1228.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976).
The quality of american life.
New York: Russell Sage Foundation.
- Cella, D.F., Tross, S., Orav, E.J., Holland, J.C., Silberfarb, P.M. & Rafla, S. (1989).
Mood states of patients after the diagnosis of cancer.
Journal of Psychosocial Oncology, 7, 45-54.
- Classen, W. (1989).
Schmerz und Persönlichkeit - eine Literaturübersicht unter besonderer Berücksichtigung depressiver Syndrome.
Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 37, 146-161.

- Crisson, J.E. & Keefe, F.J. (1988).
The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients.
Pain, 35, 147-154.
- Edelson, J. & Fitzpatrick, J.L. (1989).
A comparison of cognitive-behavioral and hypnotic treatments of chronic pain.
Journal of Clinical Psychology, 45, 316-323.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1975).
Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult).
London: Hodder & Stoughton.
- Fletcher, A.E., Hunt, B.M. & Bulpitt, C.F. (1987).
Evaluation of quality of life in clinical trials of cardiovascular disease.
Journal of Chronic Diseases, 40, 557-566.
- Frank, D.R. (1982).
Differentielle Pharmakopsychologie: Ein Beitrag zur Additivität des Placeboeffektes.
Weinheim: Beltz.
- Headey, B. & Wearing, A. (1989).
Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model.
Journal of Personality and Social Psychology, 57, 731-739.
- Honigfeld, G. (1963).
Physician and patient attitudes as factors influencing the placebo effect in depression.
Diseases of the Nervous System, 16, 343-347.
- Klingler, O. (1989).
Aberglaube und der Placebo-Effekt.
Psychologie in Österreich, 3, 85-90.
- Klingler, O., Winkler, S., Neumeister, K. & Neumeister, S. (1989).
Einflüsse auf die subjektive Befindlichkeit von Krebspatienten unter Radiotherapie. Ergebnisse einer Pilotstudie.
Psychologie in Österreich, 5, 171-175.
- Leventhal, H., Brown, D., Shacham, S. & Engquist, G. (1979).
Effects of preparatory information about sensations, threat of pain, and attention on cold pressure distress.
Journal of Personality and Social Psychology, 37, 688-714.
- Ludwig, M., Pöppel, E., Bullinger, M. & Heinisch, M. (1989).
Lebensqualität in der Onkologie.
Deutsche Zeitschrift für Onkologie, 21, 79-82.
- McNair, D.M., Gardos, D., Haskell, D.S. & Fisher, S. (1979).
Placebo response, placebo effect, and two attributes.
Psychopharmacology, 63, 245-250.