

Weis ■ Heckl ■ Brocai ■ Seuthe-Witz

Psychoedukation mit Krebspatienten

Therapiemanual für eine strukturierte
Gruppenintervention

Weis
Heckl
Brocai
Seuthe-Witz

**Psychoedukation _____
_____ mit Krebspatienten**

This page intentionally left blank

Joachim Weis
Ulrike Heckl
Dario Brocai
Susanne Seuthe-Witz

Psychoedukation _____ **mit Krebspatienten**

_____ **Therapiemanual für eine strukturierte
Gruppenintervention**

Mit 8 Abbildungen, 23 Tabellen
und 58 Arbeitsblättern

 **Schattauer**

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Joachim Weis
Dr. phil. Dipl.-Psych. Ulrike Heckl
Dipl.-Psych. Dario Brocai
Dipl.-Päd. Susanne Seuthe-Witz

Klinik für Tumorbiologie
an der Universität Freiburg
Abteilung Psychoonkologie
Breisacher Str. 117
79106 Freiburg

Die Drucklegung dieses Buches wurde ermöglicht durch die Unterstützung der Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft und Forschung an der Klinik für Tumorbiologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg sowie durch Novartis oncology.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2006 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Gesetzt von Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Datenkonvertierung: Kösel Media GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-42444-7

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-26412-8

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Lektorat: Dipl.-Biol. Katja Ehmcke, Erlangen

Vorwort

Im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung von Krebspatienten gewinnen in den letzten Jahren verschiedene Formen der Gruppenintervention zunehmend an Bedeutung. Supportive Gruppeninterventionen sind nicht nur vor dem Hintergrund der sich verknappenden Ressourcen eine sinnvolle unterstützende Maßnahme für Tumorpatienten, sondern sind auch durch gruppenspezifische Prozesse sowie die Grundprinzipien der sozialen und emotionalen Unterstützung ein wichtiger Baustein der integrierten patientennahen Versorgung. Viele Leitlinien halten vor dem Hintergrund einer sich verändernden Gesundheitspolitik eine frühzeitige Information zu psychosozialen Aspekten sowie eine bedarfsgerechte Unterstützung der Tumorpatienten für notwendig. Deutlich wird dabei, dass die Mehrzahl der Patienten eher niedrigschwellige und auf Psychoedukation ausgerichtete Interventionen benötigen. Unter dem Stichwort der Patientenschulung gibt es insbesondere im Bereich der Rehabilitation und der ambulanten Nachsorge Ansätze, welche die Patientenkompetenz für eine bessere Krankheitsverarbeitung und Hilfe zur Bewältigung der anstehenden Belastungen fördern. Während bei anderen Indikationen wie Diabetes oder Rheuma Konzepte der Patientenschulung und Psychoedukation hinreichend ausgearbeitet sind, ist das Defizit in der Psychoonkologie bislang groß.

Das vorliegende Buch stellt eine psychoedukative Gruppenintervention für Tumorpatienten vor, die bereits über lange Jahre praktisch erprobt und wissenschaftlich untersucht worden ist. Erfahrungen mit dieser strukturierten Gruppenintervention wurden im Bereich der ambulanten Nachbetreuung mit verschiedenen onkologischen Patientengruppen gesammelt. Damit wird erstmalig in Deutschland ein strukturiertes Gruppenangebot als Manual zur Anwendung vorgelegt. Die Entwicklung dieses Programms wurde durch eine wissenschaftliche Untersuchung unterstützt, gefördert von der Deutschen Krebshilfe. Diese Studie wurde in Kooperation mit verschiedenen deutschen Zentren durchgeführt und basiert auf breit angelegten Erfahrungen. An dieser Stelle danken wir den Leitern der kooperierenden Einrichtungen und ihren therapeutischen Mitarbeitern: Dr. Andreas Werner, Tumorzentrum Rheinland-Pfalz, Universität Mainz, Prof. Dr. U. Koch, Abteilung medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Prof. Dr. Reinhold Schwarz, Abteilung Sozial-

medizin, Universität Leipzig sowie Frau Dr. Monika Keller, Sektion Psychoonkologie, Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg. Die Therapeuten in den verschiedenen Einrichtungen haben mit dazu beigetragen, das manualisierte Konzept in verschiedenen Städten umzusetzen und dadurch eine breite Basis an Erfahrungen zu sammeln. Als Resultat der wissenschaftlichen Evaluation konnte das vorliegende Manual entwickelt und in seiner Zusammenstellung der einzelnen Therapiesitzungen optimiert werden.

Das vorliegende Buch gibt einen systematischen Überblick über die verschiedenen Konzepte und den derzeitigen Kenntnisstand bei psychoonkologischen Gruppeninterventionen. Zu Beginn werden wissenschaftliche Resultate und der Stand der Forschung zusammenfassend dargelegt. In einem zweiten Kapitel werden ausgewählte Ergebnisse der systematischen Evaluation im Rahmen des genannten von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojektes vorgestellt. Es folgt im dritten Kapitel eine Einführung in das Manual, wesentliche Grundprinzipien des Konzeptes werden vorgestellt und übergreifende Empfehlungen für die Anwendung und Handhabung ausgesprochen. Im Hauptteil werden die verschiedenen Sitzungen des Therapiemanuals erläutert und das erforderliche Material für die einzelnen Themenfelder vorgestellt. Ein weiteres Kapitel haben wir den möglichen Anwendungsfeldern unter spezieller Berücksichtigung der stationären Rehabilitation gewidmet mit Hinweisen für eine modifizierte Anwendung im Rahmen der zeitlich begrenzten stationären Rehabilitation. An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass wir mit Blick auf eine bessere Lesbarkeit in den Formulierungen meistens die männliche Form verwendet haben.

Mit dieser Publikation wollen wir den praktisch tätigen Psychoonkologen ein Therapiemanual an die Hand geben und hoffen dadurch, einen wesentlichen Schritt in der Ausarbeitung von spezifischen Konzepten einer auf Tumorpatienten ausgerichteten Patientenschulung beitragen zu können.

Freiburg, Frühjahr 2006

J. Weis
U. Heckl
D. Brocai
S. Seuthe-Witz

Inhalt

1	Psychoedukative Gruppeninterventionen in der Onkologie: Hintergrund und Forschungsstand	1
1.1	Psychosoziale Belastungen und Problemlagen bei Tumorerkrankungen	1
1.2	Krankheitsverarbeitung	3
1.3	Behandlungsbedarf	5
1.4	Aktuelle Situation in Deutschland	6
1.5	Spezifische Konzepte bei Krebs	7
1.5.1	Besonderheiten der psychoonkologischen Behandlung	8
1.5.2	Behandlungsziele	9
1.5.3	Psychoonkologische Gruppeninterventionen	10
1.6	Randomisierte klinische Studien	11
1.7	Zusammenfassung und Ausblick	15
2	Evaluationsergebnisse der Intervention	21
2.1	Einführung	21
2.2	Design und Methodik	22
2.3	Stichprobenbeschreibung	23
2.4	Messinstrumente	26
2.5	Ergebnisse	26
2.5.1	Effekte auf Lebensqualität und psychische Befindlichkeit	27
	Lebensqualität	27
	Psychische Befindlichkeit	28
2.5.2	Krankheitsverarbeitung	30
2.5.3	Bewertung durch die Patienten	31
2.5.4	Evaluation durch die Gruppenleiter	34
2.6	Diskussion	36
2.7	Schlussfolgerungen	38

3	Einführung in das Manual	41
3.1	Methodische Elemente des Gruppenprogramms	41
3.2	Voraussetzungen zur Durchführung des Gruppenprogramms	42
3.2.1	Hinweise für den Gruppenleiter	42
3.2.2	Räumliche und apparative Ausstattung	43
3.2.3	Zusammensetzung der Gruppe	44
3.2.4	Vorgespräche	44
3.3	Ablaufstruktur der Sitzungen	44
3.3.1	Eingangsrunde zur aktuellen Befindlichkeit	45
3.3.2	Pausen	45
3.3.3	Basisinformationen zur Sitzung	45
3.3.4	Hausaufgaben	46
3.3.5	Gelenkte Imagination	46
3.3.6	Abschluss der Sitzung	47
3.4	Erläuterungen zu den methodischen Elementen	48
3.4.1	Clustertechnik	48
3.4.2	Rollenspiel	48
4	Therapiesitzungen	51
4.1	Sitzung I: Gesundheitsförderung bei Krebs	51
4.1.1	Einführung	51
4.1.2	Zielsetzung	51
4.1.3	Sitzung I im tabellarischen Überblick	52
4.1.4	Basisinformationen zur Sitzung	52
	Grundgedanken der Salutogenese	53
	Stellenwert der Salutogenese in der Psychoonkologie	55
4.1.5	Inhaltlicher Ablauf der Sitzung I im Einzelnen	55
	Element I.1: Begrüßung	55
	Element I.2: Vorstellungsrunde	56
	Element I.3: Erfragen der Wünsche, Bedenken und Befürchtungen der Teilnehmer	56
	Element I.4: Namencluster	57
	Element I.5: Basisinformationen zur Sitzung	57
	Element I.6: Vorstellung des Gruppenprogramms	57
	Element I.7: Gelenkte Imagination: Ort des Wohlbefindens	58
	Element I.8: Abschluss der Sitzung	58
4.2	Sitzung II: Krankheit und Stress	59
4.2.1	Einführung	59
4.2.2	Zielsetzung	59
4.2.3	Sitzung II im tabellarischen Überblick	60
4.2.4	Basisinformationen zur Sitzung	60

	Stressoren	61
	Stressreaktionen	61
	Auswirkungen von Stress auf die Gesundheit	62
	Gibt es einen Zusammenhang zwischen Stress und Krebs?	63
4.2.5	Inhaltlicher Ablauf der Sitzung II im Einzelnen	64
	Element II.1: Eingangsrunde zur aktuellen Befindlichkeit	64
	Element II.2: Cluster zum Thema Stress	64
	Element II.3: Basisinformationen zur Sitzung	64
	Element II.4: Erarbeiten günstiger Denk- und Verhaltensmuster	64
	Element II.5: Hausaufgabe	65
	Element II.6: Gelenkte Imagination: Lebensfreude	66
	Element II.7: Abschluss der Sitzung	66
4.3	Sitzung III: Krankheitsverarbeitung als Weg zur Gesundheitsförderung	67
4.3.1	Einführung	67
4.3.2	Zielsetzung	67
4.3.3	Sitzung III im tabellarischen Überblick	68
4.3.4	Basisinformationen zur Sitzung	68
	Ursachen der Krebserkrankung	68
	Prävention	69
	Psychische Einflussfaktoren auf die Krebsentstehung	69
	Krankheitsverarbeitung	71
	Einfluss personaler und sozialer Ressourcen auf Krankheitsverarbeitung und -verlauf	72
	Diagnostik der Krankheitsverarbeitung	73
	Krankheitsverarbeitung und Salutogenese	73
	Konsequenzen für die therapeutische Arbeit	74
4.3.5	Inhaltlicher Ablauf der Sitzung III im Einzelnen	75
	Element III.1: Eingangsrunde zur aktuellen Befindlichkeit	75
	Element III.2: Besprechen der Hausaufgabe	75
	Element III.3: Basisinformationen zur Sitzung	75
	Element III.4: Gelenkte Imagination: Entwicklung freundschaftlicher Gefühle dem eigenen Körper gegenüber	76
	Element III.5: Stufenweiser Gesundheitsplan	76
	Element III.6: Hausaufgabe	77
	Element III.7: Abschluss der Sitzung	77
4.4	Sitzung IV: Subjektive Bedürfnisse und personale Ressourcen	79
4.4.1	Einführung	79
4.4.2	Zielsetzung	79
4.4.3	Sitzung IV im tabellarischen Überblick	80
4.4.4	Basisinformationen zur Sitzung	80
4.4.5	Inhaltlicher Ablauf der Sitzung IV im Einzelnen	81
	Element IV.1: Eingangsrunde zur aktuellen Befindlichkeit	81

	Element IV.2: Besprechen der Hausaufgabe _____	81
	Element IV.3: Erarbeiten individueller Schritte zur Gesundheitsförderung _____	81
	Element IV.4: Basisinformationen zur Sitzung _____	82
	Element IV.5: Erlaubnissätze _____	82
	Element IV.6: Hausaufgaben _____	84
	Element IV.7: Gelenkte Imagination: Vertrauen entwickeln _____	84
	Element IV.8: Abschluss der Sitzung _____	84
4.5	Sitzung V: Umgang mit belastenden Gefühlen _____	85
4.5.1	Einführung _____	85
4.5.2	Zielsetzung _____	85
4.5.3	Sitzung V im tabellarischen Überblick _____	86
4.5.4	Basisinformationen zur Sitzung _____	86
	Psychische Komorbidität bei Krebspatienten _____	86
	Umgang mit belastenden Befindlichkeitsstörungen _____	89
4.5.5	Inhaltlicher Ablauf der Sitzung V im Einzelnen _____	91
	Element V.1: Eingangsrunde zur aktuellen Befindlichkeit _____	91
	Element V.2: Besprechen der Hausaufgabe _____	91
	Element V.3: Cluster zu belastenden Gefühlen _____	91
	Element V.4: Entwicklung von Entlastungsstrategien _____	93
	Element V.5: Hausaufgabe _____	93
	Element V.6: Gelenkte Imagination: Der Zauberteppich _____	94
	Element V.7: Abschluss der Sitzung _____	94
4.6	Sitzung VI: Kontakt zu nahe stehenden Personen _____	95
4.6.1	Einführung _____	95
4.6.2	Zielsetzung _____	95
4.6.3	Sitzung VI im tabellarischen Überblick _____	96
4.6.4	Basisinformationen zur Sitzung _____	96
	Soziale Unterstützung _____	96
	Kommunikation _____	98
4.6.5	Inhaltlicher Ablauf der Sitzung VI im Einzelnen _____	99
	Element VI.1: Eingangsrunde zur aktuellen Befindlichkeit _____	99
	Element VI.2: Besprechen der Hausaufgabe _____	99
	Element VI.3: Kontaktdiagramm _____	99
	Element VI.4: Erarbeiten günstiger Denk- und Verhaltensmuster _____	100
	Element VI.5: Hausaufgabe _____	100
	Element VI.6: Gelenkte Imagination: Meeresküste _____	101
	Element VI.7: Abschluss der Sitzung _____	101
4.7	Sitzung VII: Erfahrungen mit Ärzten und anderen professionellen Helfern _____	102
4.7.1	Einführung _____	102
4.7.2	Zielsetzung _____	102
4.7.3	Sitzung VII im tabellarischen Überblick _____	103

4.7.4	Basisinformationen zur Sitzung _____	103
	Patientenbedürfnisse _____	103
	Arzt-Patienten-Kommunikation _____	104
	Beteiligung der Patienten an medizinischen Entscheidungen _____	105
4.7.5	Inhaltlicher Ablauf der Sitzung VII im Einzelnen _____	107
	Element VII.1: Eingangsrunde zur aktuellen Befindlichkeit ____	107
	Element VII.2: Besprechen der Hausaufgabe _____	107
	Element VII.3: Reflexion der eigenen Erfahrungen mit professionellen Helfern _____	107
	Element VII.4: Gelenkte Imagination: Der innere Garten ____	108
	Element VII.5: Abschluss der Sitzung _____	108
4.8	Sitzung VIII: Belastungen und deren Bewältigung in Beruf und Alltag _____	110
4.8.1	Einführung _____	110
4.8.2	Zielsetzung _____	110
4.8.3	Sitzung VIII im tabellarischen Überblick _____	111
4.8.4	Basisinformationen zur Sitzung _____	111
	Berufliche Belastungen und Reintegration _____	111
	Tumorbedingte Fatigue _____	113
4.8.5	Inhaltlicher Ablauf der Sitzung VIII im Einzelnen _____	116
	Element VIII.1: Eingangsrunde zur aktuellen Befindlichkeit ____	116
	Element VIII.2: Sammeln kritischer Situationen _____	116
	Element VIII.3: Basisinformationen zur Sitzung _____	116
	Element VIII.4: Erarbeiten günstiger Denk- und Verhaltensmuster _____	116
	Element VIII.5: Hausaufgabe _____	117
	Element VIII.6: Gelenkte Imagination: Das Zentrum finden ____	117
	Element VIII.7: Abschluss der Sitzung _____	117
4.9	Sitzung IX: Förderung der Patientenkompetenz: Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe _____	119
4.9.1	Einführung _____	119
4.9.2	Zielsetzung _____	119
4.9.3	Sitzung IX im tabellarischen Überblick _____	120
4.9.4	Basisinformationen zur Sitzung _____	120
	Informationsbedürfnis der Patienten _____	120
	Bedeutung des Internets in der Onkologie _____	121
	Kompetente Patienten _____	122
	Organisierte Selbsthilfe _____	123
4.9.5	Inhaltlicher Ablauf der Sitzung IX im Einzelnen _____	123
	Element IX.1: Eingangsrunde zur aktuellen Befindlichkeit ____	123
	Element IX.2: Besprechen der Hausaufgabe _____	123
	Element IX.3: Basisinformationen zur Sitzung _____	124
	Element IX.4: Hausaufgabe _____	124

	Element IX.5: Gelenkte Imagination: Waldspaziergang _____	124
	Element IX.6: Abschluss der Sitzung _____	124
4.10	Sitzung X: Abschlusssitzung _____	126
4.10.1	Einführung _____	126
4.10.2	Zielsetzung _____	126
4.10.3	Sitzung X im tabellarischen Überblick _____	127
4.10.4	Basisinformationen zur Abschlusssitzung _____	127
4.10.5	Inhaltlicher Ablauf der Sitzung X im Einzelnen _____	128
	Element X.1: Eingangsrunde zur aktuellen Befindlichkeit _____	128
	Element X.2: Wege und weitere Ziele _____	128
	Element X.3: Besprechen der Patiententexte _____	128
	Element X.4: Bilanzgespräch _____	128
	Element X.5: Besprechen der Gesundheitskreise _____	129
	Element X.6: Gelenkte Imagination: Ort des Wohlbefindens _____	129
	Element X.7: Abschluss der Sitzung _____	129
5	Modifikation des Manuals für die Anwendung in verschiedenen Rahmenbedingungen _____	131
5.1	Allgemeine Modifikationen _____	131
5.2	Modifikationen für die stationäre Rehabilitation _____	132
5.2.1	Hintergrund _____	132
5.2.2	Durchführung des Manuals in der stationären Rehabilitation _____	134
6	Anhang _____	137

1 Psychoedukative Gruppeninterventionen in der Onkologie: Hintergrund und Forschungsstand

1.1 Psychosoziale Belastungen und Problemlagen bei Tumorerkrankungen

Mit jährlich annähernd 400 000 Neuerkrankungen zählt Krebs zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Bei Frauen ist Brustkrebs mit jährlich ca. 47 000 Neuerkrankungen die häufigste Tumorerkrankung, bei Männern mit 40 000 Neuerkrankungen pro Jahr das Prostatakarzinom (siehe <http://www.rki.de>). Wenngleich die Mortalitätsraten für einige Krebsarten wie beispielsweise Hodenkarzinom oder maligne Lymphomerkrankungen in den letzten Jahren rückläufig sind, bleiben Tumore nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Epidemiologen vertreten sogar die Meinung, dass Tumorerkrankungen innerhalb der nächsten Jahrzehnte an erster Stelle der Todesursachen rücken werden. Wie bei vielen anderen chronisch körperlichen Erkrankungen sind die Ursachen von Tumoren zumeist multifaktoriell und häufig nicht genau bekannt, jedoch liegen wesentliche Ursachen in der Lebensweise der Betroffenen (v. a. gesundheitliches Risikoverhalten wie Rauchen, cholesterinreiche Ernährung, Sonnenexposition, Bewegungsmangel). Der Lebensstil ist dabei nicht nur im Bereich der Primärprävention von Bedeutung, sondern hat auch für bereits Erkrankte in den Gesundheitsförderungsprogrammen der Sekundär- und Tertiärprävention einen wichtigen Stellenwert.

Eine Tumorerkrankung ist durch zahlreiche körperliche sowie seelische Belastungen gekennzeichnet. Sie prägt das Leben der Betroffenen durch Beschwerden und schränkt die Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltag ein. Patienten mit Tu-

1 Psychoedukative Gruppeninterventionen in der Onkologie

morerkrankungen sind häufig wissenschaftlich aus der psychosozialen Perspektive untersucht worden, so dass wir für diese Erkrankungen viel über die psychosozialen Belastungen, Krankheitsverarbeitung und möglichen psychotherapeutischen Hilfestellungen wissen.

Bereits ein Krebsverdacht führt bei den Betroffenen je nach Dauer der Diagnostikphase zu seelischen Anspannungen, Belastungen und Verunsicherung. Die Diagnose erleben die meisten Patienten als schweren Schock verbunden mit Gefühlen existenzieller Lebensbedrohung, Ohnmacht, Kontrollverlust und Irreversibilität. Zugleich bricht eine Fülle von Informationen auf den Betroffenen ein, die es zu ordnen und zu verarbeiten gilt. Sehr rasch muss sich der Patient für die notwendigen Therapiemaßnahmen entscheiden. Die Behandlung geht häufig mit vielfältigen Belastungen und Problemlagen einher, die durch vorübergehende oder bleibende körperliche Leistungseinschränkungen und funktionelle Störungen (wie Leistungseinbußen, Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, neuropsychologische Störungen etc.) gekennzeichnet sind und die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen. Durch die vielfältigen Probleme, die Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung und die existenzielle Verunsicherung können nach Diagnosestellung, aber auch im gesamten Verlauf der Erkrankung und Behandlung, Störungen der emotionalen Befindlichkeit auftreten, die je nach Schweregrad auch den Charakter einer psychischen Störung im Sinne einer ICD-Klassifikation (vor allem Angststörungen und depressive Störungen) annehmen können. Ferner wirkt sich die Erkrankung auch negativ auf die Partnerschaft und Familie, beispielsweise im Bereich der Kommunikation, Rollenveränderungen, Sexualität u. a., aus. Eine Tumorerkrankung wird häufig mit Unheilbarkeit, Tod und Sterben sowie starkem Leiden assoziiert und kann im sozialen Bereich daher bei den Betroffenen zu Rückzug und sozialer Isolierung führen. Verstärkt ist das bei denjenigen Tumorarten der Fall, bei denen durch die Sichtbarkeit der körperlichen Versehrtheit Ängste vor Stigmatisierung entstehen. Im beruflichen Bereich stehen neben den erlebten Leistungseinschränkungen vor allem der drohende oder bereits erfolgte Ausstieg aus dem Arbeitsleben durch eine Frühberentung, erlebte Rückstufungen, Reduktion der Arbeitszeit oder Übernahme einer weniger ver-

Tab. 1.1 Psychosoziale Problembereiche bei Tumorerkrankungen

- **Psychische Befindlichkeit** (beispielsweise Angst, Depression, Selbstwert)
- **Partnerschaft und Familie** (beispielsweise Kommunikation, Rollenveränderungen, Sexualität)
- **Krankheitsverarbeitung** (beispielsweise Akzeptanz, aktive Krankheitsverarbeitung, Werte, Sinnfindung)
- **Funktionelle Störungen** (beispielsweise Therapiefolgen, neuropsychologische Störungen)
- **Soziale Integration** (beispielsweise Rückzug, soziale Isolierung)
- **Berufliche Integration** (beispielsweise Frühberentung, Arbeitsplatzwechsel, Umsetzung)

antwortungsvollen Tätigkeit und damit verbunden existenzielle und finanzielle Probleme im Vordergrund. Tabelle 1.1 fasst die psychosozialen Problembereiche nach einer Tumorerkrankung zusammen.

1.2 Krankheitsverarbeitung

Die genannten Probleme stellen an die betroffenen Patienten, aber auch an ihr soziales Umfeld und ihre Familie in allen Phasen hohe Anforderungen im Bereich der Verarbeitung, Bewältigung und Anpassung an die veränderten Rahmenbedingungen. Hierbei sind neben dem objektiven medizinischen Befund auf der psychologischen Ebene vor allem das subjektive Krankheitserleben, die Krankheitsvorstellungen sowie die kognitive Bewertung von zentraler Bedeutung. Diese Prozesse werden unter dem Fachbegriff Krankheitsverarbeitung zusammengefasst.

Die Erforschung der Krankheitsverarbeitung begann in den späten 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen vor allem in den 80er und 90er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts führten zu wichtigen Erkenntnissen im Verständnis der Prozesse der Krankheitsverarbeitung. Sie wurden als Grundlage für die Entwicklung von spezifischen Interventionen genutzt. Schließlich war mit der Erforschung der Krankheitsverarbeitung auch die Hoffnung verbunden, durch gewonnenes Wissen, gezieltere und effektivere Interventionsmöglichkeiten in der Prävention, Nachsorge und Psychotherapie mit Krebspatienten zu finden.

Die Krankheitsverarbeitung wird als ein individueller Selbstregulationsprozess des Einzelnen verstanden, der dazu dient, die durch die Krankheit gestörte oder beeinträchtigte Befindlichkeit zu verbessern und sich kurz-, mittel- oder langfristige an die krankheitsbedingten Belastungen und Folgeprobleme anzupassen (Folkman 1997). Das am weitesten verbreitete Modell zur Krankheitsverarbeitung ist das **Transaktionsmodell** von Lazarus und Folkman (1984). Es fasst die Verarbeitung auf der Basis von kognitiven Bewertungen und Einschätzungen der Betroffenen als Feedback-Prozess auf und bezieht neben Persönlichkeitsdimensionen und sozialen Einflussgrößen auch situative Faktoren als Einflussgrößen mit ein (Folkman u. Greer 2000).

Demnach ist die Krankheitsverarbeitung als ein kontinuierlicher und interaktionaler Prozess der Auseinandersetzung des Individuums mit der Krankheit, ihren Belastungen und Folgen zu verstehen. Sie erfolgt auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns, wobei den Bewertungsprozessen des Individuums eine das Verhalten steuernde Funktion beigemessen wird. Personale und soziale Ressourcen haben eine moderierende Funktion und können unterstützend wirken. Ansatzpunkte für die Veränderung und Verbesserung der Krankheitsverarbeitung sind in diesem Modell die subjektiven Bewertungsprozesse und die indivi-

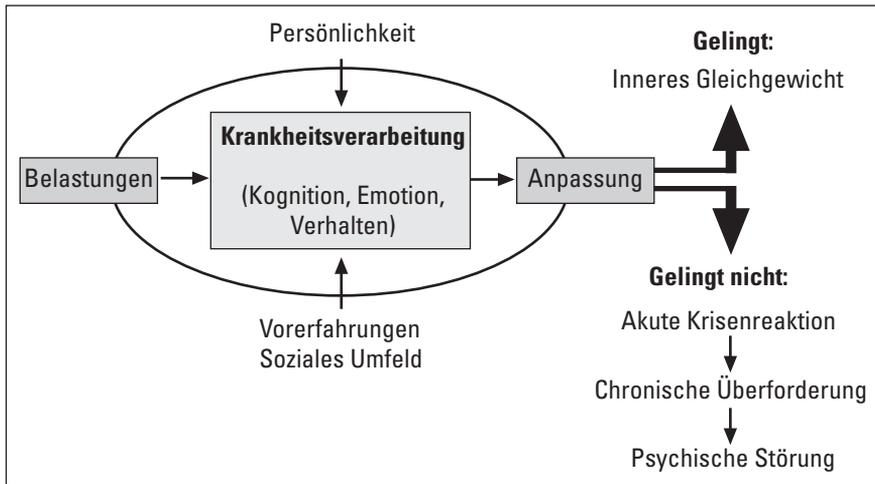


Abb. 1.1 Modell der Krankheitsverarbeitung (vereinfacht nach Lazarus u. Folkman 1984)

duellen Einstellungen des Betroffenen zur Krankheit und den Belastungen. Abbildung 1.1 stellt das Modell in einer vereinfachten schematisierten Form dar. Als häufigste Formen der Krankheitsverarbeitung zeigen sich über viele Diagnosegruppen hinweg Compliance-bezogene Strategien, „Vertrauenssetzung in die Ärzte“, „Kampfgeist“, „Selbstermutigung“, „Informationssuche“ und „soziale Vergleichsprozesse“ (Weis 2002). Einzelne Forschungsergebnisse unterstreichen dabei die wichtige Rolle der Arzt-Patienten-Beziehung. Ergänzend zu den Verarbeitungsstrategien haben Laientheorien im Sinne von Kausalattributionen eine wichtige Funktion in der Erklärung von Ursachen einer Erkrankung. Internale Kontrollüberzeugungen sind für die Betroffenen wichtige Strategien, um den durch Krankheit und Behandlung häufig erfahrenen Kontrollverlust zu kompensieren. Empirische Befunde weisen auf einen positiven Effekt der Krankheitsverarbeitung nicht nur auf die individuelle Lebensqualität, sondern auch auf somatische Faktoren wie Überlebenszeit oder rezidivfreie Zeit. Aktive Verarbeitungsstrategien wie „Kampfgeist“, „Suche nach Unterstützung“ u.a. werden in der Literatur als günstige Verarbeitungsstrategien bewertet, sowohl im Hinblick auf die subjektive Lebensqualität als auch im Hinblick auf den somatischen Verlauf. In einigen Studien erschienen aktive Verarbeitungsstrategien als Prädiktor für die Überlebenszeit (Faller et al. 2004). Aufgrund sich widersprechender Befunde wird dieser Zusammenhang jedoch in der wissenschaftlichen Diskussion eher zurückhaltend bewertet und gilt heute als umstritten (Petticrew et al. 2002).

1.3 Behandlungsbedarf

Die heutige Tumorthherapie sieht das Angebot einer begleitenden psychosozialen Betreuung als unverzichtbaren Bestandteil an, wobei sich der tatsächliche Bedarf an der individuellen Situation des Patienten orientiert und im Einzelfall abgeklärt werden sollte. Über den gesamten Verlauf gesehen kann sich in allen Phasen der Erkrankung ein psychoonkologischer Behandlungsbedarf ergeben, vor allem jedoch unmittelbar nach der Mitteilung der Diagnose, während der Behandlung, in der Rehabilitation und Nachsorge, nach Auftreten eines Rezidiv oder von Metastasen sowie in der palliativen bzw. terminalen Phase. Ob der Patient psychoonkologische Hilfestellungen benötigt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Nach groben Schätzungen bewältigt etwa die Hälfte der Betroffenen die auftretenden Belastungen mit ihren eigenen Ressourcen, seien es personale Ressourcen wie bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, Einstellungen, Resilienz etc. oder seien es soziale Ressourcen wie beispielsweise partnerschaftliche oder soziale Unterstützung.

Da die subjektive Bedürftigkeit sehr unterschiedlich ist, ist es wichtig zunächst den Behandlungsbedarf und die Indikation der psychoonkologischen Interventionen festzustellen. Wichtige Bausteine in der Umsetzung sind eine frühzeitige Information der Patienten über die Möglichkeiten sowie die Abklärung psychosozialer Belastungen. In der Regel wird der Behandlungsbedarf über das behandelnde und betreuende medizinische Personal (Arzt, Pflegepersonal) festgestellt und auf deren Hinweis das entsprechende Fachpersonal in die Behandlung einbezogen. Abhängig vom subjektiven Belastungsgrad wünschen die Betroffenen selbst eine psychoonkologische Betreuung und erkundigen sich nach entsprechenden Hilfestellungen. Für die Indikationsstellung geeigneter psychosozialer Maßnahmen kann es dabei erschwerend sein, dass sich oft nicht selten gerade im Akutkrankenhaus in der Feststellung des Bedarfs Diskrepanzen zwischen den Professionellen und den Betroffenen selbst zeigen. So äußern die betroffenen Patienten insbesondere im Akutkrankenhaus häufig keinen subjektiven Behandlungsbedarf, da sie eine weitere psychische Destabilisierung durch zu starke Konfrontation mit der Krankheit befürchten. Häufig setzen Tumorpatienten den Vorschlag einer psychosozialen Betreuung mit einer Psychiatisierung ihrer Krebserkrankung gleich, was zu einer Ablehnung entsprechender Hilfestellungen führt.

Da der Behandlungsbedarf aufgrund zahlreicher Einflussfaktoren methodisch sehr schwer zu erfassen ist, gibt es bislang nur wenige Studien und empirisch gesicherte Daten. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass etwa ein Drittel aller Krebspatienten im Verlaufe der Erkrankung eine spezifische **psychoonkologische Behandlung** benötigt (Strittmatter 1997). Alle Angaben variieren allerdings abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, von der Art der tumorspezifischen Behandlung sowie den prämorbidem Risikofaktoren. Leitsymptome für einen möglichen Behandlungsbedarf sind vor allem:

1 Psychoedukative Gruppeninterventionen in der Onkologie

- psychische Befindlichkeitsstörungen, insbesondere Angst und Depression,
- psychovegetative Syndrome wie Schlafstörungen, Müdigkeit und Erschöpfung,
- starke körperliche Beeinträchtigungen sowie
- zusätzliche familiäre oder partnerschaftliche Belastungen.

Es ist wichtig, den psychoonkologischen Behandlungsbedarf frühzeitig zu erkennen, um Maladaptation zu verhindern und rechtzeitig entsprechende fachliche Hilfestellungen einleiten zu können.

Festzuhalten gilt, dass die psychiatrische Komorbidität (psychische Störungen wie Angst oder Depression) zwar ein wichtiger Indikator für einen Behandlungsbedarf ist, jedoch der Großteil der Tumorpatienten keine psychiatrischen Störungen aufweist. Diese Gruppe benötigt niedrigschwellige Angebote aus dem Bereich der Psychoedukation und kurzfristige Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, die auf die spezifischen Bedürfnisse ausgerichtet sind und außerhalb der klassischen Einzelpsychotherapie stehen. Weiterhin sind Daten zur Inanspruchnahme entsprechender Dienstleistungen nicht als Indikator geeignet, da sie abhängig sind von den zur Verfügung stehenden Kapazitäten und Ressourcen sowie Inanspruchnahmeschwellen, die mit den oben genannten Ängsten einer Psychiatrisierung des körperlichen Leidens einhergehen können. Der psychosoziale Behandlungsbedarf bei Krebserkrankungen wird in der Literatur mit rund 30% angegeben, wobei es sich um durchschnittliche Erfahrungswerte handelt, die abhängig vom Behandlungssetting und Stadium der Krebserkrankung schwanken können (Strittmatter 1997). An dieser Stelle bleibt festzuhalten, dass das frühzeitige Erkennen einer psychosozialen Behandlungsbedürftigkeit wichtig ist, um rechtzeitig entsprechende fachliche Hilfestellungen einleiten zu können und die Krankheitsverarbeitung positiv zu beeinflussen. Wichtige Aufgabe ist es in diesem Zusammenhang, die Kompetenz der Kommunikation des medizinischen Personals (Ärzte und Pflege) durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nachhaltig zu verbessern.

1.4 Aktuelle Situation in Deutschland

Trotz vielfältiger Bemühungen psychoonkologische Dienste zu etablieren, besteht weiterhin ein eklatantes Missverhältnis zwischen dem wachsenden Kenntnisstand in der Psychoonkologie (Holland 2002) und der immer noch eingeschränkten Verfügbarkeit von psychoonkologischen Versorgungsangeboten für Patienten und deren Angehörigen. Dies betrifft insbesondere die Bereiche der Akutbehandlung und der ambulanten Nachbetreuung. Die psychologische Betreuung in der akuten Behandlungsphase basiert in der Regel auf psychosomati-

schen Liaison- bzw. Konsiliardiensten und ist primär auf die aktuellen Probleme der Behandlung und Diagnoseverarbeitung ausgerichtet. Psychoonkologische Dienste beschränken sich weitgehend auf Universitätskliniken, Spezialeinrichtungen wie KMT-Einheiten (KMT: Knochenmark- bzw. Stammzelltransplantation) oder vereinzelt auch große Krankenhäuser privater Trägerschaften. Die Kliniken der stationären Rehabilitation sind in der Regel psychoonkologisch gut ausgestattet, wobei sich auch hier große strukturelle Unterschiede im Vergleich der Kliniken zeigen. Die spezifische ambulante psychosoziale Betreuung wird in der Regel von verschiedenen psychosozialen Beratungsstellen sowie niedergelassenen Psychotherapeuten geleistet. Niedergelassene Psychotherapeuten beginnen sich – u. a. auch infolge der Disease Management Programme – zunehmend auf die Gruppe der Tumorpatienten zu spezialisieren. Genaue Angaben zum Anteil der psychotherapeutisch behandelten Krebspatienten lassen sich jedoch nur für einzelne Versorgungsgebiete machen. Darüber hinaus arbeiten in einigen onkologischen Schwerpunktpraxen auch psychoonkologische Fachkräfte (in der Regel auf Teilzeitbasis) mit.

1.5 Spezifische Konzepte bei Krebs

Innerhalb der letzten drei Jahrzehnte wurden psychologische Behandlungskonzepte für die Betreuung von Krebspatienten entwickelt und wissenschaftlich evaluiert (Holland 1998; Koch u. Weis 1998). Das Spektrum psychoonkologischer Interventionen reicht heute von der Beratung über begleitende supportive Betreuung bis hin zu einer psychotherapeutischen Behandlung spezifischer Problembereiche. Darüber hinaus umfassen sie Maßnahmen in der Primärprävention sowie Interventionen im Bereich der Psychoedukation und der übenden Verfahren wie Entspannung oder gelenkte Imagination. Ein weiterer wichtiger Bereich sind die auf Funktionsverbesserung abzielenden Maßnahmen wie beispielsweise neuropsychologische Trainingsverfahren.

Psychoonkologische Interventionen zielen vor allem auf die Erhaltung oder Wiederherstellung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Holland 2002; Koch u. Weis 1998) und verstehen sich als ergänzende psychosoziale Hilfestellungen zur medizinischen Behandlung. Neben den betroffenen Patienten selbst sind auch die Partner und Angehörigen eine wichtige Zielgruppe für psychosoziale Beratungs- und Behandlungsangebote. Unter dem Aspekt der psychotherapeutischen Methoden lassen sich die psychoonkologischen Interventionen nicht einer einzelnen Therapieschule zuordnen, sondern zeichnen sich durch einen methodenintegrierenden und patientenzentrierten Ansatz aus. Hinsichtlich der eingesetzten Konzepte ist das gesamte Spektrum der etablierten psychotherapeutischen Schulen vertreten, jedoch haben insbesondere die Verhaltenstherapie, die klie-