

# **Onkologische Erkrankungen**

**Peter Herschbach und Monika Keller**

## **1 Einleitung**

In der Onkologie werden im Kern Krebserkrankungen behandelt, die einen langen, unvorhersehbaren, somatisch und psychisch belastenden Krankheits- und Behandlungsverlauf haben und in verschiedenen Phasen völlig unterschiedliche Interventionen erfordern. Eine Eingrenzung auf lerntheoretische Interventionen wurde der psychologischen Betreuung ebensowenig gerecht wie der Versuch, eine Rehabilitationsphase sinnvoll einzugrenzen. Aus diesen Gründen wird sich dieses Kapitel mit einem weitgestreckten Spektrum beschäftigen, wie es die Psychoonkologie bietet (vgl. Greer, 1994; Herschbach, 1994; Holland & Rowland, 1989; Meerwein, 1985; Strittmatter, 1994a), insbesondere mit psychologischen Interventionen bei Krebspatienten. Aus verschiedenen Gründen (S.U.) wird dabei unterschieden zwischen der internationalen Forschung und der deutschen Versorgungspraxis.

## **2 Grundlagen**

### **2.1 Besonderheiten onkologischer Rehabilitation**

Die onkologische Rehabilitation unterscheidet sich von der Rehabilitation anderer Erkrankungen durch folgende krankheitsbezogene und organisatorische Besonderheiten:

- Krebserkrankungen treten häufig abrupt auf, haben aber langandauernde Beeinträchtigungen zur Folge;
- die Ursachen sind weitgehend unbekannt;
- der Verlauf bleibt dauerhaft ungewiß;
- nicht selten sind die Therapiefolgen belastender als die Krankheit selbst.
- Die in der Regel unsichere Prognose des Tumorleidens macht die kontinuierliche diagnostische Überwachung erforderlich.
- Die gesellschaftliche Mythenbildung beinhaltet die Gefahr, daß Krebspatienten sozial isoliert werden.

- Die psychische Beanspruchung des Patienten und seiner Angehörigen ist hoch und langanhaltend.
- Im allgemeinen erbringt die Rentenversicherung “(. . .) medizinische, berufsfördernde und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern” (§9 SGB VI, Rentenreformgesetz 1992). Für Krebspatienten kommt als weitere gesetzliche Zugangsregelung §31 Abs. 1 Satz 3 SGB VI in Frage, wonach auch Rentenbezieher und Angehörige von Versicherten eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen können, wenn eine Besserung der gesundheitlichen Situation erwartet werden kann.
- Ein großer Teil der Patienten ist nicht mehr erwerbstätig. Aus diesem Grund kann eine isolierte Förderung der beruflichen Leistungsfähigkeit in den Hintergrund treten. Auch eine Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit muß nicht ausschließliches Ziel sein. Häufig geht es um die Förderung der allgemeinen Lebensqualität des Patienten und seiner Integration in Familie und Gesellschaft mit dem Ziel eines akzeptablen Verlaufes der verbleibenden Lebenszeitspanne.

## 2.2 Inzidenz/Prävalenz

Tumorerkrankungen zählen zu den häufigsten Krankheiten in den westlichen Ländern, mit weiterhin steigender Tendenz. In den USA geht man davon aus, daß ein Drittel der Bevölkerung im Lauf des Lebens an einem Tumor erkrankt wird. Da ein bundesweites Krebsregister fehlt, kann für Deutschland nur geschätzt werden, daß jährlich circa 350.000 Personen neu an Krebs erkranken.

Der Begriff “Krebs” suggeriert eine einheitliche Krankheit; tatsächlich handelt es sich um eine Vielzahl sehr verschiedenartiger Erkrankungen. Gemeinsam ist ihnen unkontrolliertes Zehwachstum, der Verlust der ursprünglichen Differenzierung und die Ausbreitung und Ansiedelung maligner Zellen im Körper. Die circa 100 verschiedenen Tumorarten unterscheiden sich erheblich voneinander: hinsichtlich biologischer Merkmale, im klinischen Verlauf, im Ansprechen auf Behandlungsmethoden und damit in ihrer Prognose. Die Heterogenität zeigt sich an durchschnittlichen 5-Jahres-Überlebensraten, die für viele Tumorerkrankungen annäherungsweise Heilungsraten entsprechen. Hohe 5-Jahres-Überlebensraten von circa 90% werden für Hodentumoren und Leukämien im Kindesalter erreicht, circa 75% für das maligne Melanom. Mittlere 5-Jahres-

Überlebensraten werden mit circa 60% für Brustkrebs, 45-50% für gynäkologische Karzinome, Tumoren des Dickdarms und der Prostata angegeben. Bei prognostisch ungünstigen Tumoren (z.B. Bronchial- oder Lungenkrebs, Magen- oder Pankreas-Tumoren), liegt die 5-Jahres-Überlebensrate um oder unter zehn Prozent. Männer und Frauen unterscheiden sich in der Häufigkeit einzelner Tumorerkrankungen. Brustkrebs ist die häufigste Tumorart bei Frauen mit 21% der jährlichen Neuerkrankungen, gefolgt von gynäkologischen Tumoren (Uterus, Ovar) mit 14%, Dickdarm mit 17% und fünf Prozent Magenkarzinome. Bei Männern steht das Bronchial-/Lungenkarzinom mit 18% an erster Stelle, gefolgt von Tumoren der Prostata und des Dickdarms (jeweils 15%), der Harnblase (7%) und des Magens (6%). Diese fünf Tumorlokalisationen machen zwei Drittel aller Erkrankungen aus (Wilmanns, Huhn & Wilms, 1994).

Während der Rückgang der Erkrankungshäufigkeit, zum Beispiel beim Magenkarzinom, ein Erfolg präventiver Maßnahmen, der Mortalität beim Gebärmutterhalskarzinom die Folge intensiver Früherkennung ist, steigt die Inzidenz für andere Tumorarten, zum Beispiel Brust- und Lungenkrebs bei Frauen, weiter an. Insgesamt wird der Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen kontrovers beurteilt; umfangreiche Screening-Methoden haben nicht zu der erhofften Senkung der Sterblichkeit bei Brust- und Dickdarmkrebs geführt.

Insgesamt leben circa 40% aller Tumorpatienten länger als fünf Jahre geheilt oder krankheitsfrei, ein weiterer Teil lebt über längere Zeiträume mit einer chronischen oder fortschreitenden Erkrankung. In Deutschland leben derzeit schätzungsweise 800.000 Menschen mit einer Krebserkrankung. Der Inzidenzspitzen zwischen 50 und 70 Jahren weist darauf hin, daß Krebs vorwiegend eine Erkrankung des höheren Lebensalters ist, ein Aspekt, der für die Rehabilitation Konsequenzen hat.

### 2.3 Ätiologie

Trotz intensiver Forschung in den letzten Jahren ist das Wissen über ätiologische Zusammenhänge noch bruchstückhaft und unvollständig. Nach heutiger Vorstellung ist die Tumorentstehung nicht monokausal zu erklären, sondern vielmehr als multifaktorielles, in mehreren Phasen ablaufendes Geschehen zu verstehen, mit vielfachen Wechselwirkungen und Rückkopplungen. Die Latenz zwischen Transformation genetischer Zellinformationen und klinischer Manifestation der Tumorerkrankung kann mehrere Jahre betragen (z.B. 10-15 Jahre beim Brustkrebs). Zu den wahrscheinlichen beziehungsweise gesicherten ätiologischen Faktoren zählen:

- Genetisch-familiäre Disposition,

- ionisierende Strahlen,
- chemische und physikalische Umwelttoxene,
- einzelne persistierende Virusinfektionen und
- immunologische Veränderungen.

Weitgehend unbekannt ist ihr relativer Beitrag zur Krebsentstehung. In jüngster Zeit hat die Entwicklung verbesserter genetischer Diagnostik dazu geführt, daß genetischen Faktoren eine bedeutsame Rolle bei der Tumorentstehung beigegeben wird; der prospektive Wert genetischer Screening-Untersuchungen ist allerdings noch fraglich. Wahrscheinlich kann nur ein geringer Prozentsatz (ca. 1-3 %) aller Brustkrebskrankungen zutreffend vorhergesagt werden.

Psychologische Krebsursachen werden häufig von Betroffenen selbst angenommen. Diese Annahmen sind für eine Untergruppe von Patienten bedeutsam, da subjektive Erklärungen für die Entwicklung der Krankheit die Bewältigung des zunächst unfaßbaren Krankheitsgeschehens erleichtern können. Weder im Rahmen der psychoonkologischen Forschung der letzten 40 Jahre, noch in der somatischen und psychoneuroimmunologischen Forschung ist ein schlüssiger Beleg für direkte psychologische Ursachen der Krebserkrankung gelungen (ähnliches gilt für den Verlauf der einmal existierenden Krebserkrankung). Der Nachweis von Verbindungen und Wechselwirkungen zwischen Zentralnerven- und Immunsystem dient häufig der scheinbar schlüssigen Begründung, daß psychische Belastungen jeder Art, vor allem "Streß", über eine geschwächte Immunabwehr die Entstehung von Krebs begünstigen. Der derzeitige Wissensstand erlaubt keine schlüssigen Zusammenhänge zwischen psychosozialer Belastung und Tumorentstehung, etwa in Folge einer geschwächten Immunabwehr (Bovbjerg, 1991; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1992; Schulz, 1994). Auch die weit verbreitete Annahme, es gäbe eine typische "Krebspersönlichkeit" wurde wiederholt verworfen (Goslar, 1980; Schwarz, 1990). Dies ist deshalb bedeutsam, weil Krebskranke, die dieser Annahme anhängen, immer wieder (zu unrecht) unter Schuldgefühlen leiden. Indirekte Zusammenhänge bestehen insofern, als psychologische Faktoren mit Risikoverhaltensweisen zusammenhängen (z.B. Rauchen), die ihrerseits zu Krebs beitragen können.

### **3      Behandlungselemente**

#### **3.1 Somatische Therapie**

Übergeordnetes Ziel der Tumorbehandlung ist die möglichst vollständige Eliminierung von Tumorgewebe. Zu diesem Zweck haben sich Operation, Strahl-

lenthapie und Chemotherapie als relativ erfolgreich erwiesen. Während die operative Entfernung von Tumoren auf eine jahrhundertalte Tradition zurückblickt, wurden zu Beginn dieses Jahrhunderts zunächst die Strahlentherapie, seit Ende des zweiten Weltkriegs medikamentöse Formen der Tumorbehandlung entdeckt und weiterentwickelt (Chemotherapie).

Fortschritte der Medizin haben die Heilungsraten für einige Krebsarten (z.B. Leukämien im Kindesalter, Hodentumoren, Morbus Hodgkin) deutlich erhöhen können. Diese Erkrankungen machen aber nur einen relativ geringen Anteil der Tumorerkrankungen insgesamt aus. Für die Mehrzahl der häufig vorkommenden Tumoren (wie Brust-, Lungen-, Dickdarmkrebs) konnte die Heilungsrate trotz intensiver Therapie in den letzten 20 Jahren nur geringfügig beziehungsweise nur in Frühstadien verbessert werden.

Folge der Ernüchterung oder Enttäuschung über die ausbleibenden Erfolge auf die Überlebenszeit ist eine Umorientierung in der medizinischen Tradition. Während der Schwerpunkt bisher vorwiegend auf Heilung oder zumindest Lebensverlängerung lag, wird allmählich die subjektive Lebensqualität als gleichwertiges Therapieziel akzeptiert. Diese Neubewertung, von manchen euphorisch als "Paradigmenwechsel", als "Quantensprung" in der Tradition medizinischen Denkens gefeiert, ist in vieler Hinsicht beachtlich. Darüber hinaus hat die Erforschung der Lebensqualität zu einer bisher nicht gekannten Bereitschaft und Chance der Kooperation mit der psychologischen Profession geführt.

### **3.1.1 Operation**

Der größte Teil der Heilungen wird nach wie vor mit operativen Methoden erzielt. In Frühstadien sowie bei kleinen oder begrenzten Tumoren führt die operative Entfernung bei einem hohen Prozentsatz der Patienten zu anhaltender Tumorfreiheit oder sogar Heilung bei oft geringer funktioneller oder plastischer Beeinträchtigung (etwa bei Operationen von Brust, Dickdarm). Andererseits werden einigen Patienten um den Preis der Heilung ausgedehnte und/oder entstellende Eingriffe zugemutet. So sehr viele Patienten, in oft erstaunlichem Maß, bereit sind, auch schwerwiegende funktionelle Einschränkungen in Kauf zu nehmen - sie stellen eine Gruppe dar, deren Lebensqualität entscheidend durch umfassende und frühzeitig einsetzende Rehabilitationsmaßnahmen zu verbessern ist.

Sehr häufig werden chirurgische Eingriffe ohne wesentliche psychische Beeinträchtigung toleriert, wozu die rasche Erholung und Verbesserung des körperlichen Befindens beizutragen scheint. Viele Patienten nehmen Opfer in Kauf, um von ihrem "Ungeheuer" befreit zu werden. Auch in fortgeschrittenen Krankheitsstadien können Palliative operative Eingriffe für erhebliche symptomati-

sche Besserung sorgen, etwa bei tumorbedingter Kompression von Nerven und Gefäßen. Die Kombination mit zusätzlichen Verfahren, Strahlen- oder Chemotherapie, hat bei einigen Tumorarten sowohl die Radikalität operativer Eingriffe einschränken als auch die Heilungschancen erhöhen können. Inzwischen können 60-70% aller Brustkrebspatientinnen ohne höheres Rezidivrisiko brusterhaltend operiert werden, wenn eine anschließende Strahlentherapie erfolgt.

### 3.1.2 Strahlentherapie

Nur wenige Erkrankungen können ausschließlich mittels Strahlentherapie geheilt werden (z.B. Lymphome und M. Hodgkin in Frühstadien). Bei einem Teil der Patienten wird die Heilungschance in der Kombination mit operativen Eingriffen oder Chemotherapie erhöht. Mit Palliativem Ziel wird Strahlentherapie zur symptomatischen Behandlung tumorbedingter Beschwerden angewendet. Insbesondere Schmerzen als Folge von Knochenmetastasen sprechen gut auf Bestrahlung an. Neuere, zum Teil noch experimentelle Verfahren erproben die Wirksamkeit intraoperativer Bestrahlung, die Steigerung der Strahlenwirkung durch vorherige Sensibilisierung der Tumorzellen mit Zytostatika (siehe 3.1.3) und die lokale, zum Beispiel endoskopische Bestrahlung.

Nebenwirkungen und irreversible Folgen der Strahlentherapie sind durch gezieltere Dosierung, Berechnung der Eindringtiefe sowie Schutz umliegender Gewebe und Organe weitaus seltener geworden. Dennoch bleibt ein Rest unvermeidlicher, meist vorübergehender Schädigungen mit häufigen Allgemeinsymptomen wie Müdigkeit, Erschöpfung und Übelkeit sowie lokalen Gewebeerirritationen, insbesondere Schleimhautschäden. Neben somatischen Auswirkungen als Folge der physikalischen Veränderungen entwickeln einige, oft weibliche Patienten ängstigende Phantasien: Die sinnlich nicht faßbaren Strahlen werden in der Vorstellung als bedrohlich und zerstörerisch erlebt. Besonders bei vorbestehender Angststörung können Angstanfälle, bis hin zu schweren Panikattacken, auftreten. Die Isolation, das Gefühl in einem engen Raum eingesperrt und alleingelassen zu sein, führt gelegentlich zur Wiederbelebung früherer Ängste oder traumatischer Situationen.

### 3.1.3 Chemotherapie

Der Begriff Chemotherapie umfaßt die medikamentöse Behandlung von Tumorerkrankungen. Zytostatisch wirksame Substanzen, die über die Blutbahn den ganzen Organismus erreichen, greifen an verschiedenen Punkten in den Zellstoffwechsel ein, töten Zellen ab oder hemmen das Wachstum. Da sich die zytostatische Wirkung nicht auf das Tumorgewebe beschränken läßt, werden in unterschiedlichem Ausmaß und meist vorübergehend gesunde Gewebe in Mitleidenschaft gezogen; in der Folge kommt es zu den bekannten Nebenwirkun-

gen. Am meisten belastet fühlen sich Patienten von Übelkeit und Erbrechen, aber auch durch Müdigkeit und körperliche Schwäche. Die Schwere von Übelkeit und Erbrechen wird, neben der emetogenen (Übelkeit auslösenden) Potenz von Zytostatika, in individuell unterschiedlichem Ausmaß von konstitutionellen und psychologischen Faktoren beeinflusst. Dies gilt sowohl nach einer Therapie als auch für vor der Behandlung auftretende, konditionierte **antizipatorische Symptome** ("antizipatorisches Erbrechen", ausgelöst durch konditionierte Reize wie z.B. weiße Kittel, Krankenhausgeruch oder Infusornaten). Da letztere nicht auf die übliche antiemetische (Übelkeit verhindernde) Behandlung ansprechen, sind hier psychologische Interventionen mit gesicherter Wirksamkeit indiziert (siehe 4.3.1).

Chemotherapeutische Behandlungen bestehen meist aus einer Kombination verschiedener synergistisch wirkender Zytostatika. Diese werden als Infusion nach einem festen Schema, mit jeweils ein- bis fünftägiger Behandlungsdauer, verabreicht. Die Zyklen werden alle drei bis vier Wochen wiederholt. Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem Ansprechen auf die Therapie (z.B. der Tumorreduktion), durchschnittlich werden vier bis acht Zyklen durchlaufen. Je nach Tumorart verfolgt die Chemotherapie ein kuratives (heilendes), adjuvantes (unterstützendes) oder palliatives (schmerzlinderndes) Therapieziel. Während bei Erwachsenen nur wenige Tumoren (ca. 4%) durch Chemotherapie alleine geheilt werden können, erhöht eine ergänzende, adjuvante Behandlung die Heilungschancen bei einigen Tumorerkrankungen, vor allem bei Brust- und Dickdarntumoren.

Den weitaus größten Indikationsbereich für die antineoplastische Chemotherapie stellen fortgeschrittene oder metastasierte Tumorerkrankungen mit palliativem Therapieziel. Das Tumorwachstum kann, meist für begrenzte Zeit, zum Stillstand gebracht oder eine vorübergehende Tumorrückbildung (Remission) erreicht werden. Wenn überhaupt, wird die Überlebenszeit nur geringfügig verlängert. Inwieweit solche medizinischen Erfolgsparameter einen wirklichen Nutzen für den Patienten bedeuten, sei es in längerer Lebenszeit und/oder in höherer Lebensqualität, wird unter Medizinern gegenwärtig ausgesprochen kontrovers diskutiert (vgl. 3.2.2).

Da einigen Tumorarten (v.a. Mamma- und Prostatakarzinom) durch hormonelle Stimulation beeinflusst werden können, werden Substanzen genutzt, die in hormonelle Regelkreise eingreifen. Bei fortgeschrittenen Brustkrebskrankungen werden zur Rezidivprophylaxe und mit Palliativem Ziel am häufigsten langfristig Anti-Östrogene verabreicht. Zu den häufigen Nebenwirkungen zählen klimakterische Beschwerden. Neben den etablierten therapeutischen Prinzipien befinden sich verschiedene Substanzen, zum Beispiel Zytokine (Interferone, Interleukine) sowie monoklonale Antikörper, in der Weiterentwicklung

beziehungsweise in experimenteller Erprobung. Neuartig an diesem Therapieprinzip der "biological response modifier" ist, daß die vielfältigen Interaktionen zwischen Organismus und Tumor berücksichtigt und genutzt werden. Die anfänglichen Hoffnungen auf einen "Durchbruch" mit Heilungschancen für viele Tumorpatienten haben sich allerdings nicht erfüllt. Realistischerweise werden es kleine diagnostische Untergruppen sein, die von diesen Verfahren profitieren. Eine Reihe supportiver beziehungsweise palliativer Therapiemaßnahmen zielt darauf ab, sowohl krankheits- als auch behandlungsbedingte Symptome (besonders Schmerzen), zu verringern. Bisher werden die Möglichkeiten supportiver Behandlung im allgemeinen und der medikamentösen Schmerzbehandlung im besonderen, nur unzureichend genutzt. Glaubhaften Einschätzungen zufolge wird etwa die Hälfte aller Tumorpatienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien analgetisch nicht optimal behandelt, wofür, auf seiten der Ärzte wie der Patienten, nicht nur rationale Gründe verantwortlich zu machen sind (Zenz & Willweber-Strumpf, 1993).

### 3.2 Psychoonkologie

Bei der Beschreibung psychologischer Ansätze in der Onkologie wird unterschieden zwischen der elaborierten und meist evaluierten (oft angloamerikanischen) Psychotherapie und der (deutschen) Versorgungsrealität. Ansätze zur psychologischen Unterstützung von Tumorpatienten entwickelten sich, parallel zu den Fortschritten der somatischen Krebsbehandlung, zunächst in den USA, in den letzten 20 Jahren auch in Europa beziehungsweise Deutschland. Mit der Zunahme von Patienten, die eine Tumorerkrankung überlebten oder zumindest mit der Krankheit lebten, wuchs auch das Interesse an der psychosozialen Situation Tumorkranker. Das seit den 70er Jahren wachsende Interesse an der Erforschung der Bewältigung chronischer Erkrankungen reicht nicht zur Erklärung der rasanten Entwicklung der Psychoonkologie als Spezialgebiet aus. Medizinische Fortschritte haben die Psychoonkologie erst möglich - aufgrund hoher psychosozialer Folgebelastungen, als Preis für den Fortschritt - aber auch notwendig gemacht. Detaillierte Kenntnisse zu psychosozialen Auswirkungen und die empirisch gesicherte Effektivität psychologischer Interventionen haben zu größerer Akzeptanz unter Betroffenen und zur schrittweisen Etablierung psychoonkologischer Ansätze in der Medizin geführt.

Als Resultat sind in Deutschland zwei berufsübergreifende psychoonkologische Arbeitsgruppen entstanden, die "Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie" (DAPO) und die "Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft" (PSO). Eine Vielzahl von Fachtagungen, Publikationen sowie große Forschungsbemühungen, etwa im Rahmen des Förderschwerpunktes "Rehabilitation von Krebskranken", haben zur Ver-

besserung der Versorgung und zur Etablierung der Psychoonkologie beigetragen (vgl. Koch & Potreck-Rose, 1990; Schwarz, Bernhard, Flechtner, Küchler & Hürny, 1995; Schwarz & Zettl, 1993; Schwarz & Zettl, 1991). Beispielhaft ist die Entwicklung der Lebensqualitätsforschung zu nennen, mit dem Ergebnis intensiver Kooperation mit Onkologen und zunehmender Berücksichtigung der subjektiven Lebensqualität in Therapiestudien (Schwarz et al., 1995). International ist die Psychoonkologie zu einer etablierten Fachdisziplin mit therapeutischen und wissenschaftlichen Standards geworden. Diesen Standard reflektieren auch das "Handbook of Psychooncology" (Holland & Rowland, 1989) und zwei internationale Zeitschriften (Psycho-Oncology; Journal of Psychosocial Oncology).

Je nach Krankheitsstadium, Behandlungssetting und persönlicher Situation des Patienten unterscheiden sich die Ziele psychosozialer Intervention erheblich. Populäre Vertreter der "Psychotherapie gegen den Krebs", wie Simonton, LeShan, Büntig und Siegel postulieren die effektive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs, bis hin zu Heilungen durch psychotherapeutische Interventionen. Einige Studienergebnisse der letzten Jahre (Spiegel, Bloom, Kraemer & Gottheil, 1989; Fawzy et al., 1990; 1993) haben nicht nur in weiten Kreisen der Öffentlichkeit, sondern auch innerhalb der psychologischen Berufsgruppen die Hoffnung genährt, mit psychotherapeutischen Methoden den Krankheitsverlauf beeinflussen zu können. Nach Einschätzung kritischer Experten sind jedoch Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf bisher zweifelhaft (Bovbjerg 1991; Mulder et al., 1992). Demgegenüber muß als übergeordnetes Ziel psychosozialer Interventionen die Orientierung an der subjektiven Lebensqualität beziehungsweise ihrer Beeinträchtigungen durch Krankheit und Behandlung gelten.

#### 4 Verhaltensmedizinische Interventionsstrategien

Die zentralen Anwendungsbereiche für klassische verhaltensmedizinische Interventionen bei Tumorpatienten sind die symptomatische Beeinflussung von Angst, Schmerzen und Therapienebenwirkungen. Damit decken sie einen relativ kleinen Anteil innerhalb des Gesamtspektrums psychoonkologischer Interventionen ab. Jenseits isolierter symptomspezifischer Indikationen enthalten jedoch die meisten Interventionen einige behaviorale Komponenten. Insgesamt könnte man den Stellenwert verhaltensmedizinischer Methoden als relativ unspezifische, aber obligatorische Elemente psychoonkologischer Interventionen bezeichnen.

Abbildung 1 beschreibt das aktuelle Spektrum publizierter psychoonkologischer Interventionen, soweit sie in kontrollierten Studien geprüft wurden (Anderson,

1992; Frischenschlager, Brömmel & Russinger, 1992; Hilzinger, 1988; Keller, 1995; Trijsburg, Van Knippenberg & Rijpma, 1992). Dabei wird unterschieden zwischen:

- Standardisierten oder teilstandardisierten Gruppenprogrammen,
- Behandlung hochbelasteter Patienten (“Risikogruppen”) und
- Interventionen, die sich gezielt auf die Behandlung krankheits- oder behandlungsbedingter Beeinträchtigungen beziehen.

**Abbildung 1:** Anwendungsbereiche psychosozialer Interventionen bei Tumorerkrankungen.

<b>Allgemeine Krankheitsbewältigung</b>	<b>Symptomreduktion bei Krankheits-/Therapiefolgen</b>	<b>Bewältigung diagnosenspez. funktioneller Beeinträchtigungen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Affektive Symptome z.B. Angst, Depression, Anspannung</li> <li>● Verhaltensstörungen z.B. Non-Compliance, sozialer Rückzug</li> <li>● Informationsdefizite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Übelkeit/Erbrechen</li> <li>● Befürchtungen/Phobien</li> <li>● Schmerzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verlust von Gliedmaßen</li> <li>● Darm-/Blasenstoma</li> <li>● sex. Funktionsstörungen</li> <li>● Kunstsprache</li> <li>● Entstellungen</li> </ul>
<b>Behandlungsziele:</b>	<b>Behandlungsziele:</b>	<b>Behandlungsziele:</b>
Autonomie, Kontrolle, Nutzen eigener Ressourcen	Symptomreduktion-/Kontrolle	Partielle Restitution, Kompensation, psychosoziale Bewältigung

Abgesehen von den symptomorientierten Verfahren beschränkt sich dieser Überblick nicht auf ausschließlich verhaltensmedizinische Interventionen, da vorwiegend Interventionspakete mit variablen behavioralen Komponenten untersucht und beschrieben wurden.

### 4.1 Breithandprogramme

Schon vor 20 Jahren wurden in den USA, initiiert durch die Selbsthilfebewegung, breit angelegte niedrigschwellige Interventionsprogramme entwickelt, die prinzipiell für alle Tumorpatienten verfügbar sein sollten. Auf der Annahme

basierend, daß eine Krebserkrankung per se in ausgeprägter psychosozialer Belastung resultiert und jeder Patient von dieser Intervention profitiert, bieten die Programme konkrete Unterstützung zur Krankheitsbewältigung an. Angestrebt wird eine möglichst vollständige soziale Reintegration. Daneben sollen:

- Soziale Beziehungen gefördert,
- das psychische Befinden gestützt,
- die Lebensqualität der Tumorpatienten insgesamt verbessert und
- die Patienten zu einer aktiven, eigenverantwortlichen Einstellung und Kooperation gegenüber dem Medizinsystem motiviert werden.

Typischerweise wird die Intervention als Gruppenprogramm für sechs bis zehn Teilnehmer angeboten. Zielgruppe sind meist Patienten mit abgeschlossener Primärbehandlung, die körperlich nur geringfügig beeinträchtigt sind. Die Programme umfassen meist vier bis zwölf Sitzungen, die ein bis zwei Mal pro Woche stattfinden und meist zwei Stunden dauern. Einige Gruppen stehen für Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen offen, diagnosespezifische Gruppen werden meist für Frauen mit einer Brustkrebserkrankung angeboten. In einigen Gruppen werden auch Partner und Angehörige einbezogen.

Die Inhalte der Interventionen orientieren sich an häufigen Problemen und Belastungen infolge Krankheit und Behandlung. Sie sind aus verschiedenen Elementen nach Art eines "Pakets" zusammengesetzt, mit edukativen, kognitiv-behavioralen und in unterschiedlichem Ausmaß supportiven Komponenten:

- Die **edukative Komponente** oder **Patientenschulung** vermittelt relevante medizinische Informationen und Kenntnisse zur Tumorerkrankung, zu Auswirkungen der verschiedenen Behandlungsformen und rehabilitativen Möglichkeiten, einschließlich alternativer Therapien. In Brustkrebsgruppen beispielsweise werden prothetische und Rekonstruktionsmöglichkeiten erörtert. Wissen und Kenntnis sollen Angst verringern, die kognitive Bewältigung und die Compliance mit der medizinischen Behandlung fördern.
- **Gesundheitserziehung** zielt - im Sinne sekundärer Prävention - auf Veränderung schädlicher Gewohnheiten wie unangemessene Ernährung, Rauchen, Alkohol, Sonnenexposition und insgesamt auf gesundheitsbewußte Lebensführung ab. Körperliches Training und Gymnastik sollen helfen, das Wohlbefinden zu steigern und das Körperselbstbild wiederherzustellen.
- Methoden der **Stressbewältigung** fördern das Erkennen belastender Situationen, die Wahrnehmung individueller Stresssymptome und ihre Bewältigung durch geeignete Problemlösestrategien und das Erlernen von Entspannungsverfahren, meistens ergänzt durch geleitete Imagination. Unter den Entspannungsmethoden wird die Progressive Muskelrelaxation aufgrund ihrer bekannten Vorteile favorisiert. Selten werden autosuggestive oder Hypnose-

techniken beschrieben. Die Imagination dient ausdrücklich nicht der kämpferischen Auseinandersetzung mit den Tumorzellen, wie von Simonton (vgl. Simonton, Matthews-Simonton & Creighton, 1982) propagiert, sondern der **Aufmerksamkeitsablenkung** und Förderung kreativer Phantasietätigkeit.

- Die Vermittlung hilfreicher **Bewältigungsstrategien** soll dazu beitragen, daß Patienten sich aktiv mit der Krankheit auseinandersetzen, eine realistisch-optimistische Einstellung entwickeln, weniger zu Verleugnung oder Vermeidung tendieren und nach angemessener sozialer Unterstützung suchen. Rollenspiele sind geeignet, ungünstige Strategien zu reflektieren und die Bewältigung schwieriger Situationen zu üben.
- Supportive Elemente werden in unterschiedlichem Ausmaß beschrieben, betont und gefördert. Ohne Zweifel stellen der gegenseitige **Austausch von Erfahrungen und Gefühlen**, die gemeinsame Gruppenerfahrung, die Bedeutung von Beziehungen und das Modellernen wichtige Komponenten jeder Gruppenintervention dar (siehe auch Zielke in diesem Buch).

Exemplarisch wird ein strukturiertes psycho-edukatives Gruppenprogramm für Patientinnen in der Initialphase einer Brustkrebserkrankung von Fawzy und Fawzy (1994) beschrieben. Das Programm umfaßt sechs wöchentliche Sitzungen von jeweils eineinhalb- bis zweistündiger Dauer. Neben Gesundheitserziehung und Streßbewältigung mit Erlernen einer Entspannungstechnik (PMR, Selbsthypnose) werden die Patientinnen zunächst mit dem Bewältigungskonzept und den für eine günstige Bewältigung essentiellen Faktoren vertraut gemacht:

- Optimismus,
- flexible Nutzung verschiedener Bewältigungsstrategien und
- optimale Ausschöpfung internaler und externaler Ressourcen.

Anhand konkreter Szenarien werden typische Problemsituationen erlebensnah veranschaulicht (siehe Tab. 1). Nachdem zunächst anhand einer "Negativversion" Formen ungünstiger Bewältigung (Vermeidung, passiver Rückzug, soziale Isolation) und ihre Folgen verdeutlicht wurden, werden Möglichkeiten günstigerer Bewältigung erarbeitet. Aktive Auseinandersetzung, Suche nach Information und geeigneter Unterstützung, veränderte Einstellung und Kommunikation des eigenen Befindens führen zu einer verbesserten Stimmung, einem erhöhten Selbstwert, hilfreich erlebten Beziehungen und Wiedergewinn von Kontrolle über das eigene Leben. Die Patientinnen erhalten ein Manual, in dem diese Szenarien bildlich dargestellt, beschrieben und die jeweiligen Bewältigungsformen mit ihren Auswirkungen erläutert werden.

Die Evaluation des Programms in einer randomisierten Studie an Melanompatienten zeigte deutliche Verbesserungen affektiv-emotionaler Störungen, aktivere Bewältigungsstrategien und bessere Reintegration in das Alltagsleben. Die

Veränderungen setzten unmittelbar nach der Intervention ein und waren noch nach sechs Monaten feststellbar (Fawzy, Cousins, Fawzy, Kemeny, Elashoff & Morton, 1990; Fawzy, Kemeny et al., 1990). Nach fünf Jahren fanden die Autoren einen Überlebensvorteil in der Interventionsgruppe, der jedoch aus methodischen Gründen (z.B. kleine Fallzahl) in Frage zu stellen ist (Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie & Morton, 1993).

**Tabelle 1:** Beispiele typischer Problemsituationen.

- Der Diagnoseschock,
- Gespräche mit dem Arzt,
- Behandlung im Krankenhaus,
  - Beeinträchtigung des Körperbildes nach der Operation,
- Beziehungen und Kommunikation mit Partner und Bezugspersonen, Freunden und Arbeitskollegen,
- Freizeitaktivitäten und
- Zukunftspläne.

Ähnliche Programme wurden von Baider, Uziely und Kaplan De-Nour (1994), Berglund, Bolund, Gustafsson und Sjöden (1994), Bos-Branolte (1991) sowie Cunningham et al. (1991) beschrieben. Sie basieren im wesentlichen auf Programmen wie "Coping with Cancer" und "I can cope", die bereits vor 15 Jahren von Weisman und Gordon entwickelt wurden (Gordon et al., 1980; Weisman, 1979).

Insgesamt ließ sich die positive Wirkung solcher Breitbandinterventionen bestätigen, wobei methodische Unterschiede nur bedingt Vergleiche erlauben. Angesichts der oft niedrigen psychosozialen Morbidität der unausgewählten Patienten erstaunt es nicht, wenn nur geringfügige Verbesserungen im psychischen Gesamtbefinden bezüglich Angst oder Depressivität erreicht werden. Einige Autoren stellen "bessere" Bewältigungsstrategien, mehr soziale Aktivität und Integration fest. Bei Frauen mit Brust- oder gynäkologischen Tumoren konnten bessere sexuelle Beziehungen nachgewiesen werden. Über längere Zeit kann es zu einer Stabilisierung oder weiteren Verbesserung kommen. Bemerkenswert ist in mehreren Untersuchungen eine Tendenz zur Verschlechterung bei den unbehandelten Kontrollpersonen. Sollten sich diese Ergebnisse in weiteren Studien bestätigen, könnte die bisher nur vermutete Wirksamkeit von Breitbandinterventionen im Sinne einer sekundären Prävention gesichert werden (Anderson, 1992; Berglund et al., 1994; Trijsburg et al., 1992).

## 4.2 Ansätze für Risikogruppen

Als "Risikogruppe" werden Gruppen hochbelasteter Patienten bezeichnet. Sie lassen sich entweder anhand somatischer Krankheitskriterien (Grad der krankheits- und behandlungsbedingten Belastung oder Beeinträchtigung) oder an individuellen Kriterien psychosozialer Morbidität (Angst, Depression, soziale Probleme) definieren'. Die Mehrzahl der evaluierten Interventionen beschreibt zeitlich limitierte Einzel- oder Gruppeninterventionen. Die Konzepte ähneln den genannten Breitbandprogrammen mit variablem supportiven Anteil und konzentrieren sich auf die Bewältigung spezifisch belastender Situationen (z.B. körperliche Beeinträchtigung, Strahlen- oder Chemotherapie). Die Ergebnisse belegen insgesamt eine Verbesserung der Lebensqualität mit geringerer Belastung, Angst, Depressivität und einer Zunahme an sozialen Aktivitäten (Anderson, 1992; Keller, 1995).

Interventionen mit schwer- oder terminalkranken Patienten wurden meist längerfristig, über Monate oder Jahre beziehungsweise bis zum Tod, fortgeführt und oft mit häuslicher Pflege kombiniert. Der Ansatz ist vorwiegend supportiv und an individuellen Bedürfnissen orientiert. Entspannung und Hypnose werden zur Symptomlinderung eingesetzt. Von besonderer Bedeutung ist die Kontinuität in der therapeutischen Beziehung. Positive Auswirkungen betreffen nicht nur psychosoziale Dimensionen (bessere Stimmungslage, Selbstachtung, Verringerung von Angst/Depressivität und soziale Isolation), sondern auch das körperliche Befinden (weniger oder zumindest gleichbleibende Schmerzen). Diese Effekte sind besonders bemerkenswert angesichts der kontinuierlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

In einer randomisierten Studie nahmen 34 Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs über ein Jahr an wöchentlichen Gruppensitzungen teil (Spiegel et al., 1989; Spiegel, Bloom & Yalom, 1981). Das Therapiekonzept wird als "supportiv-expressiv" beschrieben; betont und gefördert werden:

- Der Ausdruck und Austausch besonders von negativ konnotierten Gefühlen,
- die gegenseitige Unterstützung durch die Gruppenmitglieder,
- konkrete Problemlösungen,
- intensive soziale Beziehungen und
- aktive Beteiligung an medizinischen Entscheidungen.

---

<sup>1</sup> Die klassischen psychopathologischen Diagnosekriterien der Psychiatrie (ICD oder DSM) erweisen sich nur als bedingt geeignet zur Beschreibung und Klassifikation der Krebspatienten. Verschiedene spezifische psychologische Testverfahren sind in der Erprobung und versprechen hier Fortschritte.

Im Mittelpunkt stehen die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, eine Umorientierung von Lebenszielen und ein intensiveres Erleben. Ein Teil der Gruppe wurde zusätzlich in Selbsthypnose angeleitet. Im Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe nahmen Angst, Depression und Energielosigkeit ab. Die Schmerzwahrnehmung blieb unverändert, während es bei der Kontrollgruppe zu einer Schmerzzunahme kam. Hypnose hatte keinen zusätzlichen Effekt auf die Schmerzwahrnehmung (Spiegel & Bloom, 1983a).

Bei einer nachträglichen Auswertung fand sich für die Therapiegruppe ein signifikanter Überlebensvorteil (im Mittel 34 vs. 18 Monate). Die Ergebnisse dieser methodisch fundierten Studie haben international Aufsehen erregt. Leider werden sie häufig als Beweis für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen auf den Krankheitsverlauf überinterpretiert. Bis zu einer eventuellen Replizierung haben die Ergebnisse als vorläufig zu gelten.

Einer anderen Konzeptualisierung von Risikopatienten folgend, haben Greer und Moorey für Tumorpatienten mit hohen psychologischen Belastungswerten (v.a. Angst und Depression) eine strukturierte kognitiv-behaviorale Kurztherapie im Einzelformat entwickelt. Die **Adjuvante Psychotherapie** (APT), eine Modifikation der kognitiven Therapie nach Beck, betont die Bedeutung von Kognitionen, sogenannten **automatic thoughts** für depressive Entwicklungen (Greer et al., 1992; Moorey, Greer, Watson & Baruch, 1994). Die auf sechs bis zwölf Sitzungen limitierte Intervention will affektiv-emotionale Störungen reduzieren und einen optimistisch-kämpferischen Bewältigungsstil unterstützen. Diese Ziele sollen durch folgende Aspekte erreicht werden:

- Einen offenen emotionalen Ausdruck,
- das Gefühl persönlicher Kontrolle,
- das Fördern effektiver Strategien der Krankheitsbewältigung und
- die Verbesserung der Kommunikation mit dem Partner/der Familie.

Zu den kognitiven Techniken zählen Symptom-Monitoring, Aufmerksamkeitsablenkung, Selbstinstruktionen und kognitive Restrukturierung. Dabei soll die subjektive Bedeutung der Krebserkrankung modifiziert werden. Der Partner wird als Co-Therapeut mit einbezogen. Erwähnenswert ist, daß sich diese Intervention mit stationären Patienten in der Akutphase als praktisch durchführbar erwiesen hat. Die Evaluation in einer randomisierten Studie belegt die Wirksamkeit, das heißt die psychische Belastung, Angst und Depression verringerten sich und effektivere Bewältigungsstrategien wurden aufgebaut. Nach einem Jahr waren die Effekte weniger ausgeprägt, aber weiterhin klinisch nachweisbar (Greer et al., 1992; Moorey et al., 1994).

Insgesamt unterstützt eine Reihe kontrollierter Studien die Effektivität verschiedenartiger psychosozialer Interventionen bei hochbelasteten Patienten. Die Ergebnisse lassen jedoch keine gesicherten Aussagen über die differentielle Wirksamkeit der verschiedenen Verfahren zu. Telch und Telch (1986) fanden heraus, daß ein Training zur Steigerung der Bewältigungsfähigkeiten einer supportiven Gruppenintervention überlegen war. Allerdings waren die Fallzahlen sehr klein, so daß keine Empfehlungen für einzelne Methoden abgegeben werden können (Anderson, 1992; Greer, 1994; Holland, 1992; Keller, 1995; Trijsburg et al., 1992).

### **4.3 Interventionen bei krankheits- oder behandlungsbedingten Beeinträchtigungen**

#### **4.3.1 Chemotherapie-Nebenwirkungen**

Zu den Anwendungsbereichen klassisch verhaltensmedizinischer Interventionen zählen zum einen umschriebene, krankheits- oder therapiebedingte Symptome (z.B. antizipatorische Übelkeit und Erbrechen, Angst vor medizinischen Maßnahmen und Schmerzzustände), zum anderen zielen spezifische Maßnahmen darauf ab, nachteilige Folgen funktioneller körperlicher Beeinträchtigung (z.B. Sprachverlust nach Kehlkopfoperation) auf soziale Interaktion und Kommunikation zu verhindern oder zumindest zu verringern.

Inzwischen ist auch experimentell belegt, daß an der Entstehung antizipatorischer, vor Chemo- oder Strahlentherapie auftretender Übelkeit und Erbrechen Konditionierungs- und Lernvorgänge beteiligt sind; diese werden modifiziert durch individuell unterschiedliche Erwartungen und Situationsangst (Bovbjerg, Redd, Jacobsen, Manne, Taylor & Surbone, 1992). Als Auslöser gelten sensorische (z.B. Farbe der Infusion, Klinik-Geruch, Signalton des Infusornaten) oder kognitive Reize (Gedanken oder Erinnerungen an Chemotherapie). Die Wahrnehmungsschwelle für diese Reize scheint erniedrigt. Notwendige Voraussetzung für antizipatorische Symptome ist allerdings die Erfahrung von Übelkeit beziehungsweise Erbrechen nach einer Behandlung. Das individuelle Risiko wird durch konstitutionelle Faktoren modifiziert; es ist höher bei jüngeren Patienten, Frauen sowie Menschen, die für Reisekrankheiten anfällig sind (Andrykowski, 1990; Andrykowski et al. 1988; Burish, Carey, Krozely & Greco, 1987).

Da antizipatorische Symptome nicht durch die üblichen Antiemetika beeinflussbar sind, stellen sie eine klare Indikation für verhaltensmedizinische Maßnahmen dar. Folgende Verfahren sind in ihrer Wirksamkeit bewiesen:

- Entspannung mit geleiteter Imagination,
- systematische Desensibilisierung und
- kognitive und Aufmerksamkeitsablenkung (z.B. Videospiele).

Unter den Entspannungsverfahren erwiesen sich Progressive Muskelrelaxation, Hypnose und Biofeedback als gleich wirksam. Situationsangst und Übelkeit, in geringerem Ausmaß auch Erbrechen, können mit den genannten Verfahren sowohl antizipatorisch als auch posttherapeutisch deutlich reduziert werden (Burish et al., 1987; Redd, 1994). Darüber hinaus sind weder differentielle Wirkunterschiede nachweisbar, noch läßt sich vorhersagen, welcher Patient von welcher Methode besonders profitieren wird.

Als Erfolg verbesserter medikamentöser Prophylaxe von Therapienebenwirkungen, besonders eindrücklich seit der Einführung der Serotoninantagonisten (Ondansetron) vor vier Jahren, konnten Häufigkeit und Schwere von Übelkeit und Erbrechen - posttherapeutisch und antizipatorisch - drastisch reduziert werden. In neueren Untersuchungen sank die Prävalenz für antizipatorische Nebenwirkungen auf 10-20 %, noch seltener (unter 5 %) sind sie behandlungsbedürftig (Stefanek, Sheidler & Fetting, 1988; Watson, McCarron & Law, 1992).

#### **4.3.2 Schmerzen und Angst**

Medizinische Prozeduren, wie schmerzhafte Punktionen von Knochen- oder Rückenmark oder Angstattacken vor einer Strahlenbehandlung, können effektiv mit einem der oben genannten Verfahren behandelt werden. Die Anwendung aktiv-behavioraler Techniken beschränkt sich vorwiegend auf akute Schmerzzustände, die gut beeinflussbar sind, bei Erwachsenen quantitativ allerdings eine geringe Rolle spielen.

Interventionen bei überwiegend chronischen Schmerzzuständen Tumorkrankter werden selten beschrieben. Obwohl das subjektive Schmerzerleben in hohem Maß von kognitiven und emotionalen Faktoren beeinflusst und durch Unsicherheit, Angst und Attributionen von Aussichtslosigkeit verstärkt wird, ist die psychologische Schmerzbehandlung bei Tumorpatienten unterentwickelt. Anwendbar sind allgemeine Prinzipien der psychologischen Schmerzbehandlung:

- Genaue situative Schmerzanalyse,
- Erfassung und Modifizierung subjektiver Attributionen,
- Information über psychobiologische Zusammenhänge und
- Exploration möglicher Bewältigungsstrategien.

Aufmerksamkeitsablenkung scheint neben Entspannung am besten zur Schmerzkontrolle geeignet (Seemann, 1989). Günstige Auswirkungen werden

auch bei Hypnotherapie (nach Milton H. Erickson) beobachtet (Margolis, 1983; Peter & Gerl, 1984). Der Einfluß supportiver Gruppen- und Hypnotherapie auf das subjektive Schmerzerleben von Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs wurde von Spiegel und Bloom (1983b) untersucht. Als Ergebnis nennen die Autoren, daß die Gruppenteilnahme, nicht aber die zusätzliche Hypnotherapie, mit geringerer Schmerzwahrnehmung korrelierte.

Trotz positiver klinischer Erfahrungen werden verhaltensmedizinische Methoden zur ergänzenden Behandlung chronischer Tumorschmerzen nur sporadisch eingesetzt (Seemann, 1989). So wünschenswert mehr therapeutische Initiative in diesem Bereich wäre, einer effektiven Schmerzbehandlung steht eine Reihe institutioneller, krankheitsspezifischer und persönlicher Hindernisse von Seiten der Patienten und der medizinischen Betreuer entgegen (Zimmermann & Seemann, 1990).

### **4.3.3 Funktionelle Beeinträchtigungen**

Störungen der Kommunikation und sozialen Interaktion sind häufige Folgen von Kehlkopfoperationen. Wenn chirurgisch-prothetische, logopädische und psychologische (edukative und behaviorale) Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitig eingesetzt und aufeinander abgestimmt werden, können Kommunikationsverhalten und soziale Integration wesentlich verbessert werden (Maddalena, Pfrang & Zenner, 1989). Beeinträchtigt Selbstwertgefühl und Ängste als Folge entstellender Gesichtsoptionen belasten und beeinträchtigen soziale Kontakte erheblich. Durch ein Training sozialer Fertigkeiten, das auf die Bewältigung belastender sozialer Situationen abzielt, verringern sich soziale Ängste und Unsicherheiten und die psychosoziale Rehabilitation wird optimiert (Fiegenbaum, 1981; Strittmatter, 1994).

### **4.3.4 Pädiatrische Onkologie**

Abschließend soll noch die Pädiatrische Onkologie erwähnt werden. Von den etwa 750 Kindern, die in Deutschland jährlich an Leukämie erkranken, können mindestens 75% mit Hilfe einer ausgesprochen belastenden und langwierigen Chemo- und Strahlentherapie geheilt werden, in deren Verlauf häufige quälende Punktionen von Knochen- und Rückenmark erforderlich sind. In der klinischen Praxis bewähren sich zunehmend verhaltensmedizinische Interventionen, mit deren Hilfe den Kindern die schmerzhaften Prozeduren wesentlich erleichtert werden. Neben Verstärkern und Belohnungen werden Atemübungen und Hypnose, kombiniert mit Imagination oder Ablenkungsverfahren, eingesetzt und durch Rollenspiele ergänzt (Mühlig & Petermann, 1994; Redd, 1989; Siegrist & Koch, 1989).

## 5 Die Versorgungsrealität

Die medizinische Versorgung von Krebspatienten insgesamt wird in Deutschland durch die medizinische Akutversorgung, vorwiegend in Kliniken, und die stationäre Nachsorge und Rehabilitation gewährleistet. In letzter Zeit wurde die Tumorbehandlung und Nachsorge zunehmend in den ambulanten Bereich von Kliniken und onkologischen Fachpraxen verlagert. Zusätzlich ist die wachsende Zahl von Hospizvereinen zu nennen, die eine Alternative zur Krankenhausbehandlung sterbender Patienten anbieten.

Der Zusammenschluß zu örtlichen Tumorzentren soll in Zukunft therapeutische Qualitätsstandards sichern, die Dokumentation sowie Koordination der Nachsorge gewährleisten und die Kooperation unter den Institutionen verbessern, Mit dem Ziel der Qualitätssicherung soll allen Tumorpatienten eine an internationalen Standards orientierte optimale medizinisch-onkologische Versorgung zur Verfügung stehen.

Psychoonkologische Behandlungsangebote werden grundsätzlich in Deutschland zu allen Erkrankungsphasen und in unterschiedlichen Behandlungssettings gemacht. Das Spektrum reicht von:

- Konsiliar- und Liaisondiensten in Akutkliniken über
- Rehabilitationskliniken und Hospizeinrichtungen bis hin zu
- allgemeinen psychosomatischen Fachkliniken sowie
- von Praxen niedergelassener Psychotherapeuten über
- allgemeine oder spezifische Beratungsstellen bis zu
- Selbsthilfegruppen.

Im folgenden wird versucht, die klinische Realität der oben beschriebenen Therapiefor schung gegenüberzustellen. Dies ist deshalb schwierig, weil kaum Erhebungen oder Statistiken und nur wenige Evaluationen vorliegen, die einen Überblick über Art, Umfang und Wirkung psychologischer Behandlungen erlauben (Herschbach, 1987).

### 5.1 Die Versorgungsrealität in der Akutklinik

Der Beginn der Behandlung in der Akutklinik stellt besonders hohe Anforderungen an den Patienten, seine Angehörigen, das Pflegepersonal und den Arzt. Dies gilt insbesondere für das Verstehen und Akzeptieren der Diagnose durch den Patienten beziehungsweise das Vermitteln der Diagnose und der Behandlungspläne durch den Arzt. Es geht dabei nicht um ein Aufklärungsgespräch, sondern um einen längeren komplizierten Kommunikationsprozeß, in dem die

Information des Arztes wiederholt und modifiziert an das Aufnahme- und Akzeptanzvermögen des Patienten angepaßt werden muß. Patienten und Angehörige durchleben in dieser Zeit eine Vielzahl von emotionalen und somatischen Belastungen und Bewältigungsreaktionen. Unsicherheit und der Balanceakt zwischen Angst und Hoffnung bestimmen über lange Phasen das Leben von Betroffenen und Angehörigen. Der Patient braucht Zeit, um seine schwere Erkrankung "anzunehmen", ihr einen Stellenwert in seinem Lebensweg einzuräumen. Er muß Ängste und Befürchtungen, Anspannung und Verzweiflung aushalten. Hinzu kommen Schmerzen und die psychologischen und sozialen Folgen von Verstümmelungen. Eine Übersicht über die Fülle der Bewältigungsprobleme findet sich bei Holland und Rowland (1989) und Beutel (1988).

Nach zunächst erfolgreicher Akutbehandlung wird der Patient entlassen, erfährt zu Hause Erleichterung, unter Umständen auch eine neue Welle zusätzlicher Belastungen. Häufig kommt er in die Akutklinik zurück, zu regelmäßigen und ängstigenden Kontrolluntersuchungen, zur Weiterbehandlung nach Rezidiven (die inzwischen auch häufig ambulant oder in Tageskliniken durchgeführt werden kann) oder zur Palliativen Behandlung und zum Sterben. Erneut ist eine Vielzahl von emotionalen und körperlichen Belastungen zu durchlaufen. Die Notwendigkeit psychologischer Unterstützung scheint direkt nachvollziehbar und plausibel. Allerdings benötigt bei weitem nicht jeder Tumorpatient diese Unterstützung. Die meisten Patienten mobilisieren zunächst angesichts enormer Belastungen individuelle und interpersonale Ressourcen, nicht selten in erstaunlichem Ausmaß. Klinischer Erfahrung und empirischen Daten zufolge bewältigen ungefähr zwei Drittel der Krebspatienten die Krisen von Krankheit und Behandlung ohne besondere psychische Schwierigkeiten und ohne psychologische Hilfe.

Die zentralen praktischen Fragen, die sich in der Akutklinik stellen, sind nicht etwa die nach wirksamen verhaltenstherapeutischen Interventionen, sondern - was viel grundlegender ist - nach der Identifizierung von Handlungsbedarf überhaupt: Woran erkenne ich den Patienten, der psychologischer Unterstützung bedarf und sie auch will? Es geht also zunächst und vor allem um Indikationsfragen (vgl. Herschbach, 1987; Herschbach & Vogel, 1992). Dies ist deshalb bedeutend, weil häufig solche Patienten um psychosoziale Hilfe oder Psychotherapie nachsuchen, die ihrer nicht bedürfen. Andererseits lehnen diejenigen Patienten einen Psychologen ab, die von ihm profitieren könnten ("Ich bin doch nicht verrückt"; "Wenn die mir jetzt schon einen Psychologen schicken, muß es ja schon schlimm um mich stehen"). Oft sind Art und Ausmaß der Belastung auch für den Arzt nur schwer zu erkennen.

Wenn ein Kontakt hergestellt ist, sind psychotherapeutische Erfahrungen mit onkologischen Patienten erforderlich sowie psychotherapeutische Basiskompe-

tenzen und soziale Kompetenzen in der Interaktion mit dem medizinischen Team (vgl. Bräutigam & Meerwein, 1985; Herschbach, 1995)<sup>2</sup>. Verhaltensmedizinische Einzelinterventionen kommen in der Akutklinik in der Regel ebensowenig zum Einsatz wie oben beschriebene standardisierte Gruppenprogramme (mit Ausnahme von Entspannungsinterventionen, unter Umständen gestützt durch Imagination). Dafür sind nicht nur inhaltlich-psychologische Gründe verantwortlich zu machen, sondern unter anderem auch strukturelle, wie Zeitmangel des Psychologen und des Patienten, räumliche Defizite und Kooperationsschwierigkeiten zwischen den Professionen.

Dies gilt unter der Voraussetzung, daß ein psychosozialer Dienst in Akutkliniken überhaupt verfügbar ist. Davon kann, mit Ausnahme von Universitätskliniken, Kliniken der Maximalversorgung oder Modellprojekten in Großstädten, **nicht** ausgegangen werden. Leider liegen keine hinreichenden Daten über den gegenwärtigen Versorgungsumfang vor. Nach den Daten von Tönnessen und Schwarz (1993) zur psychosozialen Versorgung in 117 Allgemeinkrankenhäusern Baden-Württembergs (Rücklaufquote 78,5 %, Bettenzahl 60-2000) bieten 24,1% psychotherapeutische Gespräche an. Dies geschieht zu 8,5% durch Ärzte und zu 15,4% durch Klinische Psychologen. Nimmt man beide Berufsgruppen zusammen, so bleiben pro Person 944 Betten zu betreuen. Bei einer mittleren Verweildauer von acht Tagen würde dies 43424 Patienten pro Jahr und Betreuer bedeuten. Leider lassen sich diese Zahlen nicht differenzieren und auf den onkologischen Bereich allein umrechnen.

## 5.2 Die Versorgungsrealität in der stationären Rehabilitation

Deutlich günstiger stellt sich die Situation für die Rehabilitationskliniken dar. Besser als jedes andere Land der Welt ist Deutschland mit entsprechenden Betten ausgestattet. Es handelt sich entweder um reine Krebsnachsorge- oder um gemischt belegte Kliniken. In der Übersicht von Stamatiadis-Smidt und Sellschopp (1993) werden 112 Kliniken genannt. Inzwischen scheint in den meisten Häusern mindestens ein Psychologe tätig zu sein. Gefordert werden als Ergebnis der mehrjährigen Arbeit der Reha-Kommission 2,5 Psychologen auf 200 Betten (VDR, 1991). Sowohl die Klientel (überwiegend ältere Brustkrebspatientinnen) als auch die Problemfelder und Rahmenbedingungen unterschei-

---

<sup>2</sup> Es gibt eine Reihe diagnosespezifischer Spezialprobleme (z.B. Adaptation an den Anus Praeter, Bewältigen einer Brustrekonstruktion, Knochenmarktransplantation bei Leukämiepatienten, Sexualprobleme und Verleugnung bei jungen Hodenkrebspatienten, Amputationsfolgen, Kunstsprache nach Kehlkopfentfernung, Sterbebegleitung) deren Bearbeitung hier den Rahmen sprengen würde (vgl. Strittmatter, 1995).

den sich sehr von der Akutklinik. Viele Voraussetzungen für eine angemessene psychosoziale Unterstützung der Patienten sind grundsätzlich gegeben (z.B. Liegezeit, räumliche Bedingungen und physischer Zustand der Patienten).

Wie und ob diese Ressourcen angemessen genutzt werden ist, unter anderem mangels Dokumentation und Qualitätssicherung, lange Zeit völlig unklar gewesen. Die häufigsten Maßnahmen sind:

- Medizinische Krankheitsdiagnostik,
- somatische Therapie,
- physikalische Therapie,
- Krankengymnastik und Sport,
- Gesundheitsbildung und Patientenschulung,
- Sozialberatung,
- Diätetik und Ernährungsberatung sowie
- diagnosespezifische Maßnahmen/Trainings (z.B. Lymphdrainagen nach Mamma-Karzinom, Umgang mit dem Anus Praeter).

Art und Umfang psychotherapeutischer Unterstützung im engeren Sinne spielen bisher eine schlecht zu beziffernde, unterschiedlich ausgeprägte und eher untergeordnete Rolle.

Nach nicht belegten Grobeinschätzungen der “Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie” (DAPO) sind die häufigsten Interventionen:

- Themenzentrierte Gesprächsgruppen,
- nicht-direktive Selbsterfahrungsgruppen,
- Entspannungsgruppen,
- an das “Bochumer Modell” angelehnte standardisierte Gruppenprogramme mit Entspannungsverfahren, Imagination und Visualisierung,
- einzeltherapeutische Kriseninterventionen und
- Paargespräche.

Die differentielle Wirksamkeit dieser Maßnahmen in der Praxis läßt sich zur Zeit mangels empirischer Belege noch nicht beurteilen.

Vor diesem Hintergrund war die Situation der stationären Rehabilitation in den letzten Jahren zunehmend Gegenstand heftiger Kritik. Kritikpunkte sind unter anderem mangelnde theoretische und wissenschaftlich Fundierung sowie mangelnde Transparenz der Indikation und der Effektivität (vgl. Herschbach & Vogel, 1992). Konsequenterweise hat der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) im Frühjahr 1989 die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung einge-

setzt, um der Kritik zu begegnen und strukturelle Verbesserungen vorzuschlagen. Ein Ergebnis ist das Fünf-Punkte-Programm zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation vom November 1993 (Schliehe, 1994).

Zeitlich parallel entstand eine Reihe von Initiativen in einzelnen Kliniken. Im Sinne einer praxisnahen Evaluationsforschung stehen vor allem zwei Fragen im Vordergrund:

- Bei der **Indikationsstellung** geht es darum, wie behandlungsbedürftige (im Sinne der psychologischen Betreuung) Krebspatienten vor und innerhalb der Reha-Klinik (auf ökonomische Weise) identifiziert werden können. Hier liegen inzwischen Erfahrungen mit verschiedenen psychologischen Testverfahren vor (Gerdes, 1991; Grigelat, 1995; Schwiersch, Stepien & Schröck, 1993; Strittmatter, 1994b). Unterstützt durch den VDR wird gerade ein Handbuch funktionsdiagnostischer Testinstrumente für die Rehabilitation zusammengestellt (Potthoff, Biefang & Kloess, 1994).
- Bei der **Evaluation** geht es um die Frage, welche Patienten von der Reha-Maßnahme und einzelnen Interventionen profitieren und wie dies geschieht. Aktuelle Erfahrungen werden von Biskup, Uhlemann und Gärtner (1994), Gerdes et al. (1991), Herschbach, Henrich und Oberst (1994), Schwiersch, Stepien und Schröck (1994) sowie Strittmatter (1994) berichtet.

Insgesamt wird die Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation davon abhängen, ob sich nachweisen läßt, daß bedürftige Patienten indizierten Therapiemaßnahmen in geeigneten Einrichtungen zugewiesen und dort die individuellen Therapieziele im höchstmöglichen Ausmaß erreicht werden.

## 6 **Schlußfolgerungen**

Im Bereich der Onkologie können psychologische Interventionen mehr erreichen als in vielen klassischen Anwendungsgebieten; viele Bemühungen dürfen als Modell medizinpsychologischer Arbeit angesehen werden. Unter den überprüften Interventionen spielen verhaltensmedizinische Verfahren eine wichtige Rolle. Besonders bewährt haben sich hier unspezifische strukturierte Gruppenprogramme zur allgemeinen Krankheitsbewältigung. Daneben spielen nach wie vor Entspannungsverfahren in Kombination mit Visualisierung und /oder Systematischer Desensibilisierung gegen antizipatorisches Erbrechen eine wichtige Rolle.

Zukünftiger Handlungsbedarf besteht weniger für die Entwicklung neuer therapeutischer Interventionen als vielmehr für die Anpassung des Vorhande-

nen an die gegebene medizinische Versorgungspraxis. Bei den gegebenen personellen Ressourcen und strukturellen Bedingungen, insbesondere in den Akutkliniken, ist es zum jetzigen Zeitpunkt wichtig zu prüfen, ob bewährte Interventionen gekürzt (Dosis-Wirkungs-Relation), durch den Einsatz verschiedener Medikamente ökonomisiert oder durch die Schulung von zusätzlichen Professionen (u.a. Ärzte und Krankenpflegekräfte) angewandt werden können, ohne an Wirkung zu verlieren. Daneben bedarf es sozialpsychologischer Grundlagenforschung, die sich mit der Frage des Zugangs und der Akzeptanz dieser Interventionen bei somatisch Kranken beschäftigt.

Für den Bereich der Krebsrehabilitation ist die Fortführung der begonnenen Forschung unverzichtbar. Diese sollte praxisbegleitend innerhalb der Reha-Kliniken stattfinden und von zentralen universitätsnahen Instituten wissenschaftlich unterstützt und koordiniert werden. Die zentralen Themen sind hier Bedarfs- und Indikationsfragen außerhalb und innerhalb der Einrichtung, die Zuordnung therapeutischer Maßnahmen zu individuell festgelegten Therapiezielen sowie die Dokumentation und Evaluation der psychosozialen Interventionen. Voraussetzung und damit vordringliches Ziel ist die Entwicklung einer allgemeinen Rehabilitations-Basisdokumentation.

## Literatur

- Anderson, B.L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552-568.
- Andrykowski, M.A. (1990). The role of anxiety in the development of anticipatory nausea in cancer chemotherapy: A review and Synthesis. *Psychosomatic Medicine*, 52, 458-475.
- Andrykowski, M.A., Jacobsen, P., Marks, E., Gorfinkle, K., Hakes, T.B., Kaufman, R., Holland, J.C. & Redd, W.H. (1988). Prevalence, predictors and course of anticipatory nausea in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Cancer*, 62, 2607-2613.
- Baider, L., Uziely, B. & Kaplan De-Nour, A. (1994). Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 340-347.
- Berglund, G., Bolund, C., Gustafsson, U.L. & Sjöden, P.O. (1994). A randomized study of a rehabilitation program for cancer patients: The 'starting again' group. *Psycho-Oncology*, 3, 109-120.
- Beutel, M. (1988). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.
- Biskup, M., Uhlemann, T. & Gärtner, U. (1994). Veränderungen körperlicher Beschwerden und Belastungen von Tumorpatienten nach stationärer onkologischer Rehabilitation. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 28, 219-229.
- Bos-Branolte, G. (1991). Gynecological cancer: A psychotherapy group. In M. Watson (Bd.), *Cancer patient care: Psychosocial treatment methods* (260-280). Cambridge: BPS Books and Cambridge University Press.

- Bovbjerg, D.H. (1991). Psychoneuroimmunology: Implications for oncology? *Cancer*, 67, 828-832.
- Bovbjerg, D., Redd, W.H., Jacobsen, P.B., Manne, S.L., Taylor, K.L. & Surbone, A. (1992). An experimental analysis of classically conditioned nausea during cancer chemotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 54, 623-637.
- Brütigam, W. & Meerwein, F. (1985). *Das therapeutische Gespräch mit Krebskranken*. Bern: Huber.
- Burish, T.G., Carey, M.P., Krozely, M.G. & Greco, A. (1987). Conditioned side effects induced by cancer chemotherapy: prevention through behavioral treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 42-48.
- Cunningham, A.J., Edmonds, C.V., Hampson, A.W., Hanson, H., Hovanec, M., Jenkins, G. & Tocco, E.K. (1991). A group psychoeducational program to help cancer patients cope with and combat their disease. *Advances, the Journal of Mind Body Health*, 7, 41-56.
- Fawzy, I.F. & Fawzy, N.W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.
- Fawzy, I.F., Fawzy, N.W., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D. & Morton, D.L. (1993). Malignant Melanoma - effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Fawzy, I.F., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R. & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fawzy, I.F., Kemeny, M.E., Fawzy, N.W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N. & Fahey, J.L. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 729-735.
- Fiengenbaum, W. (1981). A social training program for clients with facial disfigurements: a contribution to the rehabilitation of cancer patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 4, 501-509.
- Frischenschlager, O., Brömmel, B. & Russinger, U. (1992). Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker - Eine methodenkritische Literaturübersicht. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 42, 206-213.
- Gerdes, N. (1992). Kur und Rehabilitation: Eine kritische Bestandsaufnahme aus soziologischer Sicht. In *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Modelle der Rehabilitation - psychologischer und gesellschaftlicher Kontext (11-22)*. Band 5: Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik. Frankfurt: VDR.
- Gerdes, N., Jäckel, W.H. & Fliedner, T.M. (1991). "IRES" - Ein Fragebogen zur Messung von Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationserfolg. *Mitteilungen der LVA Württemberg*, 3, 72-77.
- Gordon, W.A., Freidenbergs, I., Diller, L., Hibbard, M., Wolf, C., Levine, L., Lipkins, R., Ezrachi, O. & Lucido (1980). Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 743-759.
- Gossler, H. (1980). *Untersuchung zur Krebspersönlichkeit*. Frankfurt: Fischer.
- Greer, S. (1994). Psycho-oncology: Its aims, achievements and future tasks. *Psycho-Oncology*, 3, 87-101.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J.D.W., M., Robertson, B., Mason, A., Rowde, L., Law, M.G. & Bliss, J.M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *British Medical Journal*, 304, 675-680.

- Grigelat, A. (1995). Psychologischer Behandlungsbedarf von gynäkologischen Patientinnen in der Akutklinik. Universität Bielefeld: Unveröffentlichte Dissertation.
- Herschbach, P. (1994). 10 Jahre Psychoonkologie - Erfahrungen und Perspektiven. In G. Strittmatter (Hrsg.), *Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven in der psychosozialen Onkologie* (144-150). Münster: Tosch.
- Herschbach, P. (1987). Stationäre onkologische Rehabilitation - eine Bedarfsanalyse. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, 31-45.
- Herschbach, P. (1985). Psychosoziale Probleme und Bewältigungsstrategien von Brust- und Genitalkrebspatientinnen. München: Röttger.
- Herschbach, P., Henrich, G. & Oberst, U. (1994). Lebensqualität in der Nachsorge. Eine Evaluationsstudie in der Fachklinik für Onkologie und Lymphologie, Bad Wildungen-Reinhardshausen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 28, 241-251.
- Herschbach, P. & Vogel, H. (1992). Qualitätssicherung in der Rehabilitation - die Frage der Indikationsstellung. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Modelle der Rehabilitation - psychologischer und gesellschaftlicher Kontext* (65-78). Band 5: *Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik*. Frankfurt: VDR.
- Hilzinger, U. (1988). Psychosoziale Intervention nach Krebs. Eine Analyse empirischer Evaluationsstudien. Marburg: Elwert.
- Holland, J.C. (1992). Psycho-Oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 1, 1-13.
- Holland, J.C. & Rowland, J. H. (1989). *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Keller, M. (1995). Ergebnisse zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Krebspatienten. In G. Strittmatter (Hrsg.), *Ergebnisbericht der 12. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie 1994*. Wiesbaden. Münster: Tosch.
- Kiecolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 569-575.
- Kiss, A. (1995). Psychosocial/psychotherapeutic interventions in cancer patients: consensus Statement, *Flims 1995, Support Care Cancer*, 3, 270-271.
- Koch, U. & Potreck-Rose, F. (1990)(Hrsg.). *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie*. Berlin: Springer.
- Maddalena, H. de, Pfrang, H. & Zenner, H.P. (1989). Kommunikationsstörung nach Laryngektomie. In R. Verres & M. Hasenbring (Hrsg.), *Psychosoziale Onkologie* (180-190). Berlin: Springer.
- Margolis, C.G. (1983). Hypnotic interventions with cancer patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 128-134.
- Meerwein, F. (1985). *Einführung in die Psychoonkologie*, 3. Aufl. Bern: Huber.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M. & Baruch, J.D. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3, 39-46.
- Mühlig, S. & Petermann, F. (1994). Verhaltensmedizinische Interventionen zur Angst- und Schmerzreduktion bei invasiven Prozeduren. In F. Petermann, S. Wiedebusch & T. Kroll (Hrsg.), *Schmerz im Kindesalter* (249-279). Göttingen: Hogrefe.
- Mulder, C.L., Van der Pompe, G., Spiegel, D., Antoni, M.H. & DeVries, M. 3. (1992). Do psychosocial factors influence the course of breast cancer? *Psycho-Oncology*, 1, 155-167.
- Peter, B. & Gerl, W. (1984). Hypnotherapie in der psychologischen Krebsbehandlung. *Hypnose und Kognition*, 1, 56-69.

- Potthoff, P., Biefang, S. & Kloess, D. (1994). Assessmentverfahren für die Rehabilitation. München: Infratest.
- Redd, W.H. (1994). Advances in behavioral intervention in comprehensive cancer treatment. *Support Care Cancer*, 2, 111-115.
- Redd, W.H. (1989). Behavioral interventions to reduce child distress. In J. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology* (573-581). Oxford: University Press.
- Schliehe, F. (1994). Das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung - Perspektiven und Ziele. *Deutsche Rentenversicherung*, 11, 745-750.
- Schulz, K.H. (1994). Psychoneuroimmunologie. In G. Strittmatter (Hrsg.), *Ergebnisse, Kontroversen und Perspektiven in der psychosozialen Onkologie* (128- 143). Münster: Tosch.
- Schwarz, R. (1990). Psychoäthiologische Theorien der Krebsentstehung und deren empirische Überprüfung am Beispiel des Mamma- und Bronchialkarzinoms. Heidelberg: Habilitationsschrift.
- Schwarz, R., Bernhard, J., Flechtner, H., Küchler, Th. & Hürny, Ch. (Hrsg.)(1995). *Lebensqualität in der Onkologie II*. München: Zuckschwerdt.
- Schwarz, R. & Zettl, S. (Hrsg.) (1993). *Praxis der psychosozialen Onkologie*. Heidelberg: Verlag für Medizin Dr. E. Fischer.
- Schwarz, R. & Zettl, S. (1991). *Psychosoziale Krebsnachsorge in Deutschland. Eine Standortbestimmung*. Heidelberg: Verlag für Medizin Dr. E. Fischer.
- Schwiersch, M., Stepien, J. & Schröck, R. (1994). Veränderungen der Lebensqualität von Tumorpatientinnen und -Patienten nach stationärer onkologischer Rehabilitation. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 28, 230-240.
- Schwiersch, M., Stepien, J. & Schröck, R. (1993). Entwicklung eines Screening-Instrumentes zur Abschätzung psychologischen Behandlungsbedarfs während stationärer onkologischer Rehabilitation. *Scheidegg: Unveröffentlichter Forschungsbericht*.
- Seemann, H. (1989). Aktuelle Trends bei der Schmerzbehandlung in der Onkologie. In R. Verres & Hasenbring, M. (Hrsg.), *Psychosoziale Onkologie* (193-211). Berlin: Springer.
- Siegrist, B. & Koch, U. (1989). Das psychosoziale Betreuungsangebot in der pädiatrischen Onkologie. In R. Verres & M. Hasenbring (Hrsg.), *Psychosoziale Onkologie* (224-240). Berlin: Springer.
- Simonton C.O., Matthews-Simonton S. & Creighton J. (1982). *Wieder gesund werden*. Reinbek: Rowohlt.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 14, 888-892.
- Spiegel, D. & Bloom, J.R. (1983a). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45, 333-339.
- Spiegel, D. & Bloom, J.R. (1983b). Pain in metastatic breast cancer. *Cancer*, 52, 341-345.
- Spiegel, D., Bloom, J.R. & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.
- Stamatiadis-Smidt, H. & Sellschopp, A. (1993)(Hrsg.). *Thema Krebs*. Berlin: Springer.
- Stefanek, M.E., Sheidler, V.R. & Fetting, J.H. (1988). Anticipatory nausea and vomiting: Does it remain a significant clinical problem? *Cancer*, 62, 2654-2657.
- Strittmatter, G. (1994a)(Hrsg.). *Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven in der psychosozialen Onkologie*. Münster: Tosch.
- Strittmatter, G. (1994b). Die psychologische Betreuung von Hauttumorpatienten. In E. Macher, G. Kolde & E.B. Bröcker (Hrsg.), *Tumoren und Haut* (223-240). Freiburg: Biermann.

- Telch, C.F. & Telch, M.J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 802-808.
- Tönnessen, D. & Schwarz, R. (1993). Psychosoziale Versorgung im Allgemeinkrankenhaus - eine Bestandsaufnahme am Beispiel Baden-Württembergs. *Gesundheitswesen*, 55, 406-409.
- Trijsburg, R.W., Van Knippenberg, F.C. & Rijpma, S.E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review. *Psychosomatic Medicine*, 54, 489-517.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1991). Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlußberichte - Band III, Arbeitsbereich "Rehabilitationskonzepte". Frankfurt: VDR.
- Watson, M., McCarron, J. & Law, M. (1992). Anticipatory nausea and emesis, and psychological morbidity: Assessment of prevalence among out-patients on mild to moderate chemotherapy regimens. *British Journal of Cancer*, 66, 862-866.
- Weisman, A.D. (1979). *Coping with cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Wilmanns, W., Huhn, D. & Wilms, K. (1994). *Internistische Onkologie*. Stuttgart: Thieme.
- Zenz, M. & Willweber-Strumpf, A. (1993). Opiophobia and cancer in Europe. *Lancet*, 341, 1075-1076.
- Zimmermann, M. & Seemann, H. (1990). Schmerzen bei Krebserkrankungen - Bedeutung, Behandlung und Bewältigung. In U. Koch & F. Potreck-Rose (Hrsg.), *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie* (88-112). Berlin: Springer.