

DIE PSYCHOSOMATIK DES BRUSTKREBSSES AUS DER SICHT DES THERAPEUTEN

Monika Keller

Zusammenfassung

Psychosoziale Interventionen verbessern nachweislich die Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen in allen Krankheitsstadien. Einzel- und Gruppeninterventionen, kognitiv-behaviorale sowie supportive Verfahren verringern krankheits- und behandlungsbedingte Belastungen, Angst, Depressivität und verbessern die Verträglichkeit von Strahlen- und Chemotherapie. Auswirkungen auf den somatischen Verlauf der Krebserkrankung, etwa auf die Überlebensdauer sind bisher nicht bewiesen. Psychosoziale Betreuung im medizinischen Akutbereich erfolgt in enger Kooperation mit den medizinischen Betreuern; sie umfaßt deren Beratung und Supervision neben direkter Patientenbetreuung und erfordert die flexible Anpassung therapeutischer Verfahren an aktuelle Probleme und institutionelle Gegebenheiten. Bei Patientinnen mit hohem psychosozialen Risiko ist die Indikationsstellung zu psychotherapeutischer Behandlung erforderlich. Die Einbeziehung von Partner und Familie trägt ihrer Doppelrolle zwischen eigener Belastung und wichtigster Quelle sozialer Unterstützung Rechnung. Psychodynamische Elemente können erfolgreich in ein supportives Therapiekonzept integriert werden.

Schlüsselwörter

Brustkrebs - psychosoziale Belastung - Krankheitsverarbeitung - Psychotherapie - Angst - Depression

Summary

Psychosocial interventions, including group, individual and family psychotherapies are of proven efficacy for breast cancer patients during all stages of the disease. Growing evidence derived from a variety of studies suggests that cognitive, behavioral and supportive interventions equally enhance patients' quality of life by reducing anxiety, fears and depression, and side effects due to cancer treatment. Obviously there is no single best therapeutic approach suitable for all breast cancer patients. Contrary to the beneficial effects on quality of life, the question whether or not psychosocial interventions may influence the course of the disease, e.g. extend survival, still remains to be answered. The requirements for psychooncologic work within the medical setting include cooperation, training and support for the medical staff, thereby enhancing their knowledge and capacities in addressing adequately the patients' need for psychosocial support. Professional psychotherapy should be restricted to patients exhibiting acute crises and severe psychosocial distress or morbidity. Psychotherapeutic interventions need to be flexibly adjusted to the patient's individual situation; whenever possible, spouse and the family should be included. In some cases combining support to a psychodynamic approach may be useful and effective.

Key words

breast cancer - psychological distress - adjustment-psychosocial interventions - depression - anxiety

Psychotherapie bei Krebserkrankungen - Luxus oder Notwendigkeit?

Zum *Stellenwert* und damit zur Frage der Legitimation psychotherapeutischer Interventionen bei Krebskranken trifft man - sowohl innerhalb der medizinischen und psychosomatischen Berufsgruppen als auch in der Laienöffentlichkeit - auf ausgesprochen kontroverse Einschätzungen, die sich vereinfacht in folgenden Positionen beschreiben lassen:

- Aus einer überwiegend krankheitsorientierten Perspektive sind Krebserkrankungen ausschließlich biologisch determiniert und dementsprechend zu behandeln. Gelegentliche krankheitsbedingte Belastungen und psychische Probleme der Patientinnen sind ausnahmslos mit „gesundem Menschenverstand“ zu lösen.
- Demgegenüber halten die Verfechter eines „ganzheitlichen“ Medizinverständnisses die psychosomatische Genese von Tumorerkrankungen, folgerichtig auch ihre Hei-

lung durch Psychotherapie für erwiesen: Mit der heilenden Kraft positiven Denkens, mit „fighting spirit“ und mit Psychotherapie gegen den Krebs postulieren sie eine effektive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs (LeShan 1982, Simonton 1992)

- Die Mehrheit der psychoonkologisch tätigen Psychosomatiker bezieht ihre Legitimierung aus der empirisch ausreichend gesicherten Tatsache, daß Brustkrebspatientinnen von psychosozialer Unterstützung profitieren: mit der Verbesserung von subjektiver Lebensqualität, von psychischem Befinden und sozialen Beziehungen, mit der Verringerung von krankheits- und behandlungsbedingten Beeinträchtigungen; während Auswirkungen auf den somatischen Krankheitsverlauf zweifelhaft und von zweitrangiger Bedeutung sind (Holland 1991).

Als Ausgangspunkt psychoonkologischer Interventionen gelten folgende - empirisch ausreichend belegte - Annahmen:

- *Psychoonkologische Interventionen unterscheiden sich in ihrer Zielsetzung von der Psychotherapie neurotischer bzw. psychosomatischer Störungen.*
Nicht Defizite oder psychische Störungen stehen im Vordergrund, sondern die äußere und innere Realität von Krankheit und Behandlung, ihre subjektive Bedeutung vor dem individuellen lebensgeschichtlichen Hintergrund. Normative Zielsetzungen im Sinne bestmöglichen, reibungslosen Funktionierens, optimaler Anpassung an extreme Behandlungsbedingungen oder „gelungener“ Krankheitsbewältigung verweisen weniger auf die Bedürfnisse von Patienten als auf die Erwartungen der Umwelt (Gerdes 1989, Sellschopp 1989).
- *Psychoonkologische Interventionen zielen vor allem auf eine Verbesserung der subjektiven Lebensqualität.*
Entgegen der in der Öffentlichkeit weitverbreiteten Auffassung, wonach sich Krebs mit Hilfe einer aktiven, kämpferischen Haltung „besiegen“ läßt, ist mit dem derzeitigen Wissensstand ein Einfluß der Krankheitsbewältigung auf den Krankheitsverlauf weder zu widerlegen noch zu beweisen (Buddeberg 1992, Hüorny 1996, Mulder et al. 1992). Unterzieht man die Ergebnisse der umfangreichen Coping-Forschung der letzten Jahre einer kritischen Bewertung, lassen sie keine Konsequenzen für die Praxis psychotherapeutischer Interventionen erkennen (Beutel 1994).
- *Krebs ist keine „psychosomatische“ Erkrankung.*
Früher weitverbreitete Annahmen zur Psychoätiologie von Krebserkrankungen sind aufgrund neuerer, methodisch sorgfältiger Untersuchungen nicht aufrechtzuerhalten. Die Frage, ob und inwieweit psychosoziale und lebensgeschichtliche Faktoren für die Tumorentstehung von Bedeutung sind, ist angesichts widersprüchlicher Ergebnisse derzeit nicht zu beantworten (Hüorny 1996, Schwarz 1994). (s. den Beitrag von R. Schwarz in diesem Heft)
- *Wer an Krebs erkrankt, ist nicht zwangsläufig psychotherapiebedürftig.*
Viele Krebspatienten wehren sich - zu Recht - gegen eine psychopathologische Stigmatisierung. Die Erfahrung einer Lebenskrise läßt sich nicht vermeiden, kaum abschwächen und mobilisiert gleichzeitig ein enormes Bewältigungspotential. Psychotherapeutische Unterstützung ist dann sinnvoll und notwendig, wenn das Ausmaß der subjektiv erlebten Belastung die eigenen Ressourcen übersteigt - mit der Folge zusätzlicher Beeinträchtigung des psychischen Befindens oder der sozialen Beziehungen.

Die komplexen psychophysischen Wechselwirkungen von Krankheit und Behandlung, die Heterogenität sowohl von Krankheitsverläufen als auch individuellen Erlebens- und Reaktionsformen erlauben keine einheitlichen, allgemeingültigen Therapieempfehlungen. Sowenig es unter biologisch-somatischen Aspekten den Brustkrebs gibt, sowenig lassen sich übertragbare therapeutische Richtlinien für die Patientin mit Brustkrebs ableiten. Zwar kennzeichnen Gemeinsamkeiten - bis zu einem gewissen Grad - subjektives Erleben und emotionale Reaktionen in Krisensituationen, etwa im

„Diagnoseschock“, die häufig einen phasenhaften, zum Teil vorhersagbaren Verlauf erkennen lassen. Darüber hinaus ist individuelles Krankheitserleben jedoch in hohem Maß eine Frage subjektiver Bedeutungserteilung im lebensgeschichtlichen Kontext, die sich nur im individuellen Kontakt und innerhalb einer therapeutischen Beziehung erschließt.

Den vielfältigen Anforderungen entsprechend reicht daher das Spektrum psychoonkologischer Interventionen von verschiedenen Formen der Information, Beratung und sozialrechtlicher Unterstützung über Kriseninterventionen in akuten Belastungssituationen, symptomorientierte Maßnahmen zu supportiver Therapie und Bewältigungshilfen von sehr unterschiedlicher Dauer. Seltener, bei ca. 5 % der Patientinnen ist eine längere Psychotherapie mit psychodynamischer Orientierung indiziert (Schwarz 1995). Seit man die Auswirkungen von Tumorerkrankungen auf das familiäre System und die Bedeutung sozialer Wechselwirkungen zu berücksichtigen beginnt, werden zunehmend Partner und Familien in psychosoziale Interventionen miteinbezogen.

Unter psychoonkologisch tätigen Therapeuten ist im Unterschied zu traditionellen Bereichen der Psychotherapie daher die Frage nach den unterschiedlichen therapeutischen Verfahren, dem „therapeutischen Schulenstreit“ von untergeordneter Bedeutung, was nicht allein dadurch zu erklären ist, daß Therapeuten mit psychodynamischer Orientierung erheblich unterrepräsentiert sind. Weitgehend einig ist man sich, daß der Auftrag für die Therapie schwerer Krankheiten - mit der Notwendigkeit, flexibel mit Modifizierungen therapeutischer Methoden auf situative Gegebenheiten einzugehen - eine vielseitige Ausbildung voraussetzt. Daß diese Praxis therapeutischer Flexibilität - nicht zu verwechseln mit unreflektierter methodischer Beliebigkeit - wesentliche Defizite sowohl in der theoretischen Fundierung als auch in der wissenschaftlichen Evaluation aufzuweisen hat, wird dabei weder verschwiegen noch vernachlässigt, vielmehr wird ihnen - in der Übereinstimmung hinsichtlich der Prioritäten zukünftiger Forschung - Rechnung getragen.

Anhand der folgenden Literaturübersicht sollen zum einen Ergebnisse zur Effektivität psychosozialer Interventionen, zum anderen unterschiedliche methodische Ansätze dargestellt und diskutiert werden.

Zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen

Abgesehen von klinischen Falldarstellungen, überwiegen in der publizierten Literatur evaluierte Interventionen mit einem hohen Grad an Standardisierung und Strukturierung mit psycho-edukativer und kognitiv-behavioraler Ausrichtung (Übersichten bei Anderson 1992, Fawzy et al. 1995, Keller 1995, Trijsburg et al. 1992). Die meisten Therapieansätze in Form von Einzelberatung oder Gruppen werden für Patientinnen in der Initialphase der Brustkrebserkrankung, seltener in fortgeschrittenen Krankheitsphasen beschrieben. Symptomorientierte behaviorale Verfahren werden gezielt zur Verringerung von Therapienebenwirkungen eingesetzt. Einzelne

Interventionen wenden sich an Risikogruppen, wobei die *Indikationsstellung* entweder aufgrund ungünstiger Krankheitsmerkmale oder hoher psychosozialer Belastung bzw. Morbidität erfolgt. Paar- und Familieninterventionen wurden bisher nur vereinzelt evaluiert.

Da der Nachweis spezifischer Interventionseffekte den Vergleich mit (unbehandelten) Kontrollgruppen voraussetzt, beschränkt sich diese Übersicht auf kontrollierte Studien, z.T. mit randomisierter Zuweisung.

Breitbandinterventionen

Schon vor 20 Jahren wurden in den USA, initiiert durch die Selbsthilfeprogramme, breitangelegte niedrigschwellige Interventionsprogramme mit rehabilitativer Orientierung entwickelt. Ausgehend von der Annahme, daß eine Krebserkrankung sowohl eine ausgeprägte psychosoziale Belastung darstellt als auch, daß jede Patientin von der Intervention profitiert, bieten die Programme konkrete Unterstützung zur Krankheitsbewältigung an. Die aktive und eigenverantwortliche Auseinandersetzung mit der Krankheit, Suche nach Information und sozialer Unterstützung, eine veränderte Einstellung und Kommunikation des eigenen Befindens soll zu einer Verbesserung von Stimmung und Selbstwert, zu effektiver Nutzung hilfreicher Beziehungen beitragen und Patientinnen in die Lage versetzen, Kontrolle über das eigene Leben - nicht über die Krankheit - wiederzugewinnen. Homogene Gruppen für Brustkrebspatientinnen fokussieren auf spezifische Auswirkungen der Brustoperation auf Selbstwert, Körperbild und sexuelle Beziehungen und vermitteln konkrete Hilfestellungen zu Fragen der Prothetik und Rekonstruktion (Fawzy & Fawzy 1994).

Adressatinnen der Einzel- oder Gruppeninterventionen sind überwiegend Patientinnen nach Abschluß der Primärbehandlung, der Zugang basiert auf Freiwilligkeit und persönlicher Motivation. Die auf 6-12 Sitzungen limitierten Interventionen sind meist nach Art eines „Pakets“ aus verschiedenen Komponenten zusammengesetzt mit edukativen, kognitiv-behavioralen und supportiven Elementen - in unterschiedlichem Ausmaß - (Baider et al. 1984, Berglund et al. 1994, Cain et al. 1986, Edgar et al. 1992). Nahezu alle Interventionen enthalten die folgenden Komponenten:

- Akzeptanz, Wertschätzung und Sicherheit in Beziehungen
- Entlastung durch Kommunikation, Mitteilen belastender Emotionen,
- Information, Aufklärung: Auswirkungen von Krankheit und Behandlung, emotionale Belastungen, Reaktionen und Bewältigungshilfen
- Kommunikation mit Partner und Familie
- Umgang mit konkreten Problemsituationen (Rollen spiel)
- Anleitung zur Streßbewältigung (Entspannung, Imagination)
- Fördern eigener Verantwortung und sozialer Aktivitäten

In Gruppen haben der Austausch untereinander, die gegenseitige Unterstützung und Erfahrung gemeinsamer Betroffenheit einen hohen Stellenwert für Patientinnen. Gelegentlich werden Partner und Angehörige mit einbezogen, wobei Belastung und Ressourcen des Paares, Auswirkungen von Krankheit und Behandlung auf Partnerschaft und Sexualität thematisiert und die gemeinsame Bewältigung unterstützt werden.

Eine Reihe kontrollierter Untersuchungen bestätigt die spezifische Wirksamkeit solcher Breitbandinterventionen gegenüber unbehandelten Kontrollen, sie werden gestützt durch die Ergebnisse einer neueren Meta-Analyse (Andersen 1992, Meyer 1995, Trijsburg 1992).

Angesichts der überwiegend niedrigen psychosozialen Morbidität der unausgewählten Patientinnen erstaunt es nicht, wenn nur geringfügige Verbesserungen im psychischen Gesamtbefinden bezüglich Angst oder Depressivität erreicht werden. Einige Autoren stellen „bessere“ Bewältigungsstrategien, mehr soziale Aktivitäten und Integration, sowie bessere sexuelle Beziehungen fest. Über längere Zeit kann es zu einer Stabilisierung oder weiteren Verbesserung kommen. Bemerkenswert ist in mehreren Untersuchungen eine Tendenz zur Verschlechterung bei unbehandelten Kontrollpatientinnen. Sollten sich diese Ergebnisse in weiteren Studien bestätigen, ließe sich die bisher nur vermutete Wirksamkeit im Sinne einer sekundären Prävention sichern. Kritiker beanstanden die pädagogische Ausrichtung solcher Interventionen, die Tendenz, individuelles Erleben nivellierend „gleichzuschalten“, und die normativen Zielsetzungen für eine „richtige“ Krankheitsbewältigung. So berechtigt diese Einwände sind, berücksichtigen sie zu wenig das Bedürfnis vieler Patientinnen - besonders in der Initialphase der Erkrankung - nach konkreten Orientierungshilfen und Handlungsanweisungen. Der pragmatisch-edukative Einstieg verbessert die Akzeptanz und erleichtert gerade denjenigen Patientinnen den Zugang, die psychologischen Hilfen skeptisch oder ablehnend gegenüberstehen. Es wird leicht übersehen, daß es ein relativ kleiner Anteil hochmotivierter Patientinnen ist und keineswegs der Wunsch aller, sich mit existentiellen Bedeutungs- und Sinnfragen auseinanderzusetzen.

Symptomorientierte Interventionen

Die ausgeprägten körperlichen Nebenwirkungen der medizinischen Tumorbehandlung mit z.T. anhaltenden Beeinträchtigungen von körperlicher Integrität und Funktionen stellen erhebliche Anforderungen an Anpassungs- und Verarbeitungsleistungen. Psychosoziale Interventionen zielen einerseits auf die bestmögliche Reduktion krankheits- und therapiebedingter Symptome, andererseits auf die Verarbeitung und Integration bleibender Beeinträchtigungen ab.

Gezielte Interventionen können belastende Folgen der Tumorbehandlung wirksam verringern.

Eine einmalige psychologische Beratung vor der Brustkrebs-Operation, kombiniert mit ausführlicher Aufklärung durch den Chirurgen, führte, drei Monate postoperativ zu geringerer

Angst und Depressivität gegenüber einer unbehandelten Vergleichsgruppe (Burton & Parker 1995). Gezielte Vorbereitung auf *Strahlen- oder Chemotherapie* - mit ausführlicher Aufklärung und Anleitung zu eigenen Bewältigungsaktivitäten verringert nicht nur die Angst vor der Behandlung, sondern verbessert auch die Verträglichkeit (Cull 1993, Jacobs et al. 1983, Pruitt et al. 1993, Rainey 1985), wobei jedoch die Bedeutung atmosphärischer Bedingungen, von Kompetenz, Sicherheit und Zuwendung der medizinischen Mitarbeiter für die subjektive Toleranz nicht vernachlässigt werden sollte (Carey & Burish 1990, Schwarz 1989).

Ausgeprägte Angst, eine ambivalente oder negative Einstellung gegenüber Strahlen- und Chemotherapie erhöhen besonders bei jüngeren Patientinnen das Risiko schwerer Nebenwirkungen und Komplikationen.

Von den Entspannungsverfahren erwiesen sich Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Hypnose als gleich wirksam in der Reduktion behandlungsbedingter Beschwerden. Oft kombiniert mit Imagination, verringern sie Situationsangst und vegetative Anspannung, Häufigkeit und Schwere von Übelkeit / Erbrechen als Chemotherapiefolge (Redd 1994, Carey & Burish 1990). Da *antizipatorische Nebenwirkungen* - z.T. Folge von Konditionierungsvorgängen - nicht durch die üblichen Antiemetika beeinflussbar sind, stellen sie eine gesicherte Indikation für verhaltensmedizinische Maßnahmen dar. Entspannung mit geleiteter Imagination, systematische Desensibilisierung und kognitive Verfahren, z.B. Aufmerksamkeitsablenkung, sind in ihrer Wirksamkeit bewiesen.

Weniger symptomorientiert, sondern umfassender auf die Bewältigung krankheits- und *therapiebedingter Belastungen* zielen begleitende psychotherapeutische Einzel- oder Gruppeninterventionen während Strahlen- oder Chemotherapie ab (Evans 1995, Forester 1993). Sowohl supportive als auch kognitiv-behaviorale Verfahren erbrachten in kontrollierten Studien einheitlich besseres psychisches Befinden, geringere Angst und Depressivität. Insgesamt steht eine Vielzahl wirksamer therapeutischer Möglichkeiten zur Verfügung, die Schwierigkeit besteht vor allem darin, Patientinnen mit hohem Risiko ausgeprägter Nebenwirkungen frühzeitig zu identifizieren und gezielt zu behandeln.

Demgegenüber werden nur selten Interventionen bei überwiegend chronischen *Schmerzzuständen* von Brustkrebspatientinnen beschrieben, obwohl das subjektive Schmerzerleben in hohem Maß von kognitiven und emotionalen Faktoren beeinflusst und durch Unsicherheit, Angst und Attributionen von Aussichtslosigkeit verstärkt wird. Neben Entspannung scheinen Methoden zur Aufmerksamkeitsablenkung am besten zur Schmerzkontrolle geeignet (Seemann 1989). Bei Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs, die z.T. erheblich an Schmerzen infolge Knochenmetastasen litten, erwies sich die langfristige Gruppentherapie, nicht jedoch eine ergänzende Hypnotherapie wirksam für das subjektive Schmerzerleben (Spiegel & Bloom 1983d).

Psychosoziale Interventionen mit Risikogruppen

Die Identifizierung von Patientinnen mit hohem Risiko psychosozialer Belastung, folglich höherem Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung, kann zum einen aufgrund von Krankheitsmerkmalen, zum anderen aufgrund hoher psychosozialer Belastung oder Komorbidität erfolgen. Bei ungünstigen, rasch progredienten Erkrankungen oder schwerer körperlicher Beeinträchtigung sind krankheitswertige psychosoziale Belastungen zwar insgesamt häufiger, werden aber maßgeblich von inneren Ressourcen und sozialer Unterstützung modifiziert.

Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Störungen zufolge ist davon auszugehen, daß etwa 20-30% aller Tumorpatienten in verschiedenen Krankheitsphasen an psychischen Störungen mit Krankheitswert leiden, vorwiegend unter dem Bild von Angst und/oder Depression (Bukberg et al. 1984, Derogatis et al. 1983, Harrison & Maguire 1994, Stefanek et al. 1987).

Interventionen bei Patientinnen mit hoher psychosozialer Belastung

Moorey und Greer haben eine strukturierte, kognitiv-behaviorale Kurztherapie im Einzelformat für Tumorpatienten mit hohen psychologischen Belastungswerten entwickelt. Die *Adjuvante Psychotherapie* (APT), eine Modifikation der kognitiven Therapie nach Beck, betont die Bedeutung von Kognitionen, insbesondere von „automatic thoughts“ für depressive Entwicklungen (Greer et al. 1992, Moorey 1991, Moorey et al. 1994). Die auf 6-12 Sitzungen limitierte Intervention zielt darauf ab, affektiv-emotionale Störungen zu reduzieren und einen optimistisch-kämpferischen Bewältigungsstil zu unterstützen. Erreicht werden soll dies durch offenen emotionalen Ausdruck, das Gefühl persönlicher Kontrolle, effektive Strategien der Krankheitsbewältigung und bessere Kommunikation mit Partner und Familie. Zu den kognitiven Techniken zählen Symptom-Monitoring, Aufmerksamkeitsablenkung und kognitive Restrukturierung. Im Vordergrund steht die subjektive Bedeutung der Krebserkrankung, die möglichst modifiziert werden soll. Eine Besonderheit dieser Intervention ist, daß sie sich innerhalb des medizinischen Setting mit stationären Patienten in der Akutphase als praktikabel erwiesen hat.

Die Evaluation in einer randomisierten Studie belegt die Effektivität: psychische Belastung insgesamt, Angst und Depression werden verringert, effektivere Bewältigungsstrategien werden aufgebaut. Nach einem Jahr waren die Effekte zwar geringer ausgeprägt, aber klinisch weiterhin nachweisbar. Entgegen der Annahme der Autoren erwies sich der propagierte kämpferische Bewältigungsstil, der „fighting spirit“ jedoch nicht als anhaltend (Greer et al. 1992, Moorey et al. 1994).

Übereinstimmende Ergebnisse mehrerer Studien belegen die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei Krebskranken mit hoher psychischer Belastung (Evans & Connis 1995, Greer et al. 1992, Telch & Telch 1986). Sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien, kognitiv-behaviorale oder expressiv-supportive Verfahren verringern Angst, in geringerem Umfang Depressivität, verbessern psychisches Befinden und soziale Beziehungen gegenüber einer weiteren Verschlechterung des psychischen Befindens bei einem Teil der unbehandelten Patientinnen. Die Effekte scheinen angesichts höherer Belastungswerte deutlicher, vergleicht man sie mit den Ergebnissen bei unausgewählten Patienten. Bemerkenswert ist, daß bereits relativ kleine Interventionsmengen, 4-12 Sitzungen innerhalb von zwei bis drei Monaten, wirksam sind.

Interventionen in fortgeschrittenen Krankheitsphasen

Bis jetzt wurden relativ wenige Interventionen mit Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsphasen evaluiert - nicht zuletzt aufgrund der erheblichen methodischen Schwierigkeiten, die der Untersuchung schwerkranker Patientengruppen entgegenstehen.

Dem Bedürfnis der meisten Patienten entsprechend sind die Interventionen längerfristig angelegt und betonen Sicherheit in verlässlichen kontinuierlichen Beziehungen (Linn et al. 1982, McCorkle et al. 1989, Spiegel et al. 1981). Thematisch im Vordergrund stehen in Einzel- oder Gruppeninterventionen aktuelle, häufig wechselnde Auswirkungen von Krankheit, körperliche Beschwerden, zunehmende Einschränkungen von Autonomie und Aktionsradius, Sorgen und Probleme mit Partner und Familie. Die bewußte Auseinandersetzung mit der begrenzten Lebenszeit, mit Sterben und Tod soll vor allem eine Umorientierung von Lebenszielen und ein intensiveres Erleben ermöglichen.

In einer randomisierten Studie wurde die Wirksamkeit der „*supportiv-expressiven Gruppentherapie*“ bei Frauen mit metastasiertem Brustkrebs untersucht (Spiegel et al. 1989, Spiegel et al. 1981, Yalom & Greaves 1977). 34 Patientinnen nahmen über ein Jahr an wöchentlichen Gruppensitzungen teil, die Kontrollpatientinnen erhielten keine psychologische Behandlung. Das Therapiekonzept, basierend auf der existentiellen Gruppentherapie von Yalom (1992), beinhaltet die Förderung emotionaler Expressivität, die gegenseitige Unterstützung in der Gruppe, Auseinandersetzung mit dem begrenzten Leben und intensivere Beziehungen zu Partner und Familie.

Nach einem Jahr hatte sich das psychische Befinden der Patientinnen im Vergleich mit der Kontrollgruppe verbessert, mit geringerer Angst und (angedeutet) Depressivität. Die Studie kommt zu dem eindrücklichen Ergebnis, daß die intensive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod mit Hilfe der Unterstützung der Gruppe nicht zu Verzweiflung, Depression und Hoffnungslosigkeit, sondern zu besserem Befinden und zu intensiveren Beziehungen zu nahen Bezugspersonen geführt hat. (Spiegel et al. 1989, Spiegel & Glafkides 1983c). Auch andere Untersuchungen belegen die Wirksamkeit langfristiger Einzelbetreuung bei präterminalen Krebskranken mit verbesserter Lebensqualität (Linn et al. 1982, McCorkle et al.

1989). Da sich Effekte erst nach einigen Monaten zeigten, ist zu vermuten, daß eine gewisse „Mindestdosis“ oder ein ausreichend langer Zeitraum für Veränderungen erforderlich ist.

Diese Untersuchungen bestätigen die klinische Erfahrung, daß überwiegend supportive und kontinuierliche Betreuung, orientiert und angepaßt an die wechselnden Erfordernisse im Krankheitsverlauf, die angemessene Therapieform für Patientinnen mit fortgeschrittenen und präterminalen Krankheitsstadien ist.

„Psychotherapie gegen den Krebs“? Auswirkungen psychotherapeutischer Interventionen auf den Krankheitsverlauf

Entgegen populärpsychologischen Gewißheiten, die die Wirksamkeit von „Psychotherapie gegen den Krebs“ aufgrund von Einzelfallberichten für erwiesen halten, stellt sich der wissenschaftlichen Erforschung eine Vielzahl methodischer Probleme entgegen. Bis jetzt erlauben nur wenige Studien eine verlässliche Beurteilung der Effekte psychotherapeutischer Interventionen auf den Verlauf von Krebserkrankungen. Die Ergebnisse sind widersprüchlich: in zwei nur selten zitierten Studien fand sich kein Effekt (Linn et al. 1982, Morgenstern et al. 1984), zwei weitere fanden längere Überlebenszeiten bei psychotherapeutisch behandelten Patienten. Dabei handelt es sich um eine Studie mit Melanompatienten, deren Aussagekraft aufgrund sehr kleiner Fallzahlen in Frage gestellt wird (Fawzy et al. 1993, Fox 1995), sowie um die bereits beschriebene Gruppentherapie (Spiegel et al. 1989); die Patientinnen in der Therapiegruppe, alle mit metastasiertem Brustkrebs, lebten im Mittel doppelt so lang (36,6 gegenüber 18,9 Monate) wie die unbehandelten Patientinnen. Die Autoren und kompetente Kritiker verweisen auf mögliche Fehlerquellen und Schwachstellen und empfehlen Zurückhaltung bei der Interpretation: Solange sie nicht an großen Fallzahlen repliziert sind, haben die Ergebnisse als unbewiesen zu gelten, keinesfalls sollten sie als endgültiger „Beweis“ für den Einfluß psychotherapeutischer Interventionen auf den Krankheitsverlauf interpretiert werden (Fox 1995).

Die wenigen und widersprüchlichen Ergebnisse methodisch fundierter Studien erlauben nur die Schlußfolgerung: Was die Wirksamkeit auf Krankheitsverlauf und Überlebenszeit von Krebspatienten betrifft, zählen psychotherapeutische Interventionen weiterhin zu den Methoden mit unbewiesener Wirksamkeit.

Daran ändern auch - zumindest zunächst - die bemerkenswerten Ergebnisse der psychoneuroimmunologischen Forschung nichts; zwar zeigen sich immer deutlicher Zusammenhänge zwischen Immun- und Zentralnervensystem, Wechselwirkungen zwischen psychischen Belastungen, etwa Streß, und neuroimmunologischen Funktionen (z.B. Aktivität der „natural killer“-Lymphozyten) sowie Einflüsse psychologischer Interventionen auf diese Systeme. Ob und inwieweit sie jedoch bei welchen Tumorerkrankungen von Bedeutung sind, ist noch völlig ungeklärt (Bovbjerg 1991, 1994, Schulz 1994).

Die vorliegenden Ergebnisse aus der ersten Generation psychoonkologischer Interventionsstudien lassen - trotz aller die Vergleichbarkeit einschränkenden Heterogenität - keinen Zweifel an der Feststellung, daß Brustkrebspatientinnen in verschiedenen Krankheitsphasen insgesamt von psychotherapeutischen Einzel- und Gruppeninterventionen mit besserer Lebensqualität profitieren. Dieser Wirksamkeitsnachweis dient in erster Linie der Legitimierung psychoonkologischer Interventionen. Als Argument für Kosten-Nutzen-Überlegungen kann geltend gemacht werden, daß diese Effekte bereits mit kleinen Interventionsmengen zu erzielen sind. Einige Verlaufsbeobachtungen lassen Effekte im Sinne sekundärer Prävention vermuten. Mit dem jetzigen Wissensstand noch nicht zu beantworten sind Fragen zur differentiellen Wirksamkeit der verschiedenen therapeutischen Verfahren.

Da die spezifische Effektivität unterschiedlicher therapeutischer Verfahren bisher nicht zu belegen ist, lassen sich keine Empfehlungen für bestimmte Therapiemethoden ableiten.

Auch erscheint insgesamt fraglich, ob es die postulierten spezifischen Wirkfaktoren z.B. „coping-skills“, kognitive Umstrukturierung oder Streßmanagement, oder ob es eher unspezifische Wirkfaktoren sind; möglicherweise überwiegen Gemeinsamkeiten die Unterschiede der verschiedenen Therapieverfahren. Deutet man die Ergebnislage aus der Psychotherapieforschung generell, ist die Effektivität unspezifischer Wirkfaktoren - z.B. hilfreich erlebte Beziehung (Luborsky 1990) ebenso wie bisher kaum untersuchter Therapeutenvariablen wahrscheinlich.

Einschränkend ist anzumerken, daß Selektionseffekte bei den meisten Studien, zugunsten „gesünderer“ motivierter Patientinnen, mit höherem Bildungs- und Sozialstatus die Repräsentativität vermutlich einschränken. Der hohe Grad an Strukturierung und Standardisierung vieler Interventionen verbessert zwar die Voraussetzungen für wissenschaftliche Evaluation und Reproduzierbarkeit (z.T. sind Manuale verfügbar), ist aber kaum repräsentativ für die alltägliche Versorgungsrealität, vor allem in medizinischen Settings, und daher von sehr begrenztem Wert für die klinische Versorgung (Herschbach & Keller 1995b, Keller 1995).

Die psychoonkologische Versorgungsrealität

Einer anderen Wirklichkeit begegnet man in der alltäglichen psychoonkologischen Versorgung.

Psychotherapeutische Interventionen unterscheiden sich grundlegend je nach institutionellem Kontext - nicht nur Anliegen und aktuelle Probleme, auch Motivation und Akzeptanz der Patientinnen gegenüber psychologischen Professionellen variieren, je nachdem, ob sie im Rahmen eines psychosomatischen Konsil-/Liaisondienstes im Akutkrankenhaus, in der stationären Rehabilitation oder im ambulanten Bereich stattfinden.

Psychosoziale Interventionen im medizinischen Akutbereich

Die Bedingungen im Akutkrankenhaus mit dem Primat der medizinischen Behandlung, der zwangsläufigen Einschränkung von Intimität und Selbstbestimmung, den Beziehungen zu medizinischen Betreuern prägen nicht nur das Erleben der Patientin, sondern auch die Möglichkeiten psychotherapeutischer Interventionen. Angesichts des realen - und von Patienten durchaus erwünschten - Handlungsdrucks diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ist eine Regression im Dienste des Ich, die vorübergehende affektive Distanzierung als adaptive Bewältigungsnotwendigkeit anzusehen. Stigmatisierungsängste und Vorbehalte gegenüber den „Psycho-Professionen“, das Ungewohnte und oft Ungewollte eines psychotherapeutischen Erstkontakts sind zu berücksichtigen.

Je mehr das psychische Erleben von körperlicher Beeinträchtigung und Beschwerden bestimmt wird, desto mehr haben sich Interventionen auf die elementaren Bedürfnisse nach sicherer Verfügbarkeit, vorübergehender Übernahme von Ich-Funktionen - im Sinne einer Holding-Funktion - und bestmöglicher symptomatischer Entlastung zu beschränken; ohne dabei die Möglichkeit ausgeprägter Kränkung und Beschämung angesichts des Erlebens hilfloser Abhängigkeit außer acht zu lassen. Die raschen, kaum vorhersehbaren Veränderungen von körperlichem und psychischem Befinden erfordern Anpassung und Modifizierung des therapeutischen Vorgehens an wechselnde Bedürfnisse und Anforderungen.

Psychosomatische Konsil- oder Liaisonstätigkeit in medizinischen Institutionen setzt gegenseitigen Respekt und die Fähigkeit zu Kooperation, von seiten der Psychosomatiker Sicherheit, Kompetenz und Kränkungstoleranz bei gleichzeitigem Verzicht auf missionarisches Sendungsbewußtsein voraus. Bewährt hat sich gegenüber ausschließlich konsiliarischer „Feuerwehrfunktion“, hat sich ein Liaisondienst mit regelmäßiger Präsenz und institutionalisierten Formen der Kooperation, in Fallbesprechungen, gemeinsamen Visiten und Supervision, wobei, neben der Förderung psychosozialer Kompetenz bei den medizinischen Mitarbeitern, auf deren besondere Belastung eingegangen werden sollte. *Die indirekte* teamorientierte Unterstützung sollte einen mindestens ebenso hohen Stellenwert haben wie die unmittelbar patientenorientierten Interventionen.

Im Akutkrankenhaus stehen Probleme der *initialen Krankheitsverarbeitung* im Vordergrund; jenseits aller Verschiedenheit individuellen Erlebens lassen sie einige Gemeinsamkeiten erkennen: Das Erleben einer bisher nicht gekannten Lebenskrise als Folge der Tumordiagnose, die anfänglichen Reaktionen auf die traumatische Erfahrung, zusammengefaßt als „Diagnoseschock“, stellen einen psychischen Ausnahmezustand dar, geprägt von Ohnmacht, existentieller Bedrohung und Unsicherheit. Der „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ erschüttert nicht nur das Gefühl körperlicher Unversehrbarkeit, alle bisher fraglose Sicherheit, die Gewißheit von Zukunft scheint zunächst verloren. Der Heftigkeit

des traumatischen Erlebens entsprechen Reaktionen der Entfremdung und Unwirklichkeit als seelische Schutz- und Abwehrmechanismen mit der Folge, daß Wahrnehmung, Denken und Konzentrationsfähigkeit vorübergehend eingeschränkt sein können. Dieser psychische Ausnahmezustand geht innerhalb weniger Tage in die Phase der initialen Krankheitsverarbeitung über mit ausgeprägter emotionaler Labilität, heftigen und abrupten Stimmungsschwankungen zwischen Euphorie und Verzweiflung. Dabei ist den Patientinnen kaum bewußt, daß sie „seelische Schwerstarbeit“ bei der Verarbeitung leisten, die scheinbar „grundloses Weinen“, Erschöpfung und bisher nicht gekannte emotionale Labilität erklärt. Möglicherweise fördert gerade eine intensive emotionale Auseinandersetzung in der Initialphase die weitere Bewältigung der Krankheitsfolgen (Hürny & Adler 1996, Sellschopp 1989).

Konkrete Probleme und *Belastungen in der Akutphase* (s.Tab.1) ergeben sich aus der objektiven Krankheitssituation, dem Ausmaß körperlicher Beeinträchtigung und Beschwerden, den Modalitäten der Tumorbehandlung (Andersen 1994, Bloom 1987) sowie zusätzlichen, meist vermeidbaren Belastungen als Folge erschwelter Kommunikation mit den medizinischen Betreuern.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Belastungen als Krankheitsfolge • Konfrontation mit Krebsdiagnose - Diagnoseschock • Angriff auf körperliche Unversehrtheit • Angst vor Progredienz, Hilflosigkeit, Tod/Sterben • Belastung von Partner und Familie
 • Behandlungsbedingte Belastungen • Auseinandersetzung / Bewältigung von OP: Körper-selbstbild, funktionelle Beeinträchtigung • Angst vor/Bewältigung von adjuvanter Therapie somatische und psychische Nebenwirkungen • Auswirkungen auf Partnerschaft /Sexualität
 • Kommunikation mit medizinischen Betreuern • Information - Aufklärung |
|---|

Tabelle 1: Belastungen von Brustkrebspatientinnen

Die vielfältigen Belastungen sollten jedoch nicht das enorme Potential an Fähigkeiten und Ressourcen übersehen lassen, das die meisten Patientinnen mobilisieren. Persönliche Ressourcen - z.B. Ich-Stärke, Erfahrungen früherer erfolgreich bewältigter Krisen, stabiles Selbstwertgefühl - und soziale Unterstützung von Partner, Familie, Freunden und medizinischen Betreuern - tragen entscheidend dazu bei, daß es den meisten Frauen gelingt, die anfangs traumatische Krankheitserfahrung schrittweise in die bisherige Lebensgeschichte zu integrieren (Bloom 1982, 1987, Meyerowitz 1993, Morris 1983, Nelles et al. 1991).

Im Vordergrund stehen Hilfen, die der Erschütterung durch die traumatische Krankheitserfahrung Rechnung tragen und

die schrittweise Annäherung an eine neue Wirklichkeit erleichtern; ein supportives Beziehungsangebot und Hilfen bei der kognitiven und emotionalen Orientierung erleichtern es Patientinnen, verloren geglaubte Fähigkeiten wiederzuentdecken und zu nutzen. Wertschätzung gegenüber dem subjektiven Erleben und realistische Zuversicht wirken krankheitsbedingtem Selbstwertverlust und Entfremdung entgegen und fördern das Gefühl von Selbstwirksamkeit.

Diese basale Unterstützung ist in erster Linie Aufgabe der medizinischen Betreuer als den wichtigsten und zentralen Bezugspersonen; Psychosomatiker können sie darin unterstützen und ergänzen, jedoch keinesfalls ersetzen. Es ist ein fatales Mißverständnis, wenn psychologische Mitarbeiter so auftreten, daß sie den Ärzten nicht nur jegliche psychosoziale Kompetenz, sondern auch Aufgaben ärztlicher Führung absprechen wollen. Übersehen wird dabei die zentrale Bedeutung der Beziehung zu Ärzten und Pflegekräften, die ihre Legitimierung aus dem umfassenden Ohnmachtserleben und aus dem gemeinsamen Handlungsauftrag beziehen.

Mit akuten *Belastungsreaktionen* ist in der Initialphase wie auch in allen weiteren Krisen bei ca. 10-20% der Patientinnen zu rechnen; sie äußern sich als überwältigende Angst mit Alpträumen, Verzweiflung oder auch „kopflöser Verwirrung“ und erfordern professionelle psychotherapeutische Unterstützung, meist in Form von Kriseninterventionen, gelegentlich ergänzt durch Psychopharmaka.

Unbestritten haben brusterhaltende Operationsverfahren der Brustkrebskrankung viel von ihrem früheren Schrecken genommen mit der Folge wesentlich geringerer Beeinträchtigung von Körperbild, körperlichen Aktivitäten und der Wahl der Kleidung, während die Effekte auf die ‚Lebensqualität‘ insgesamt, auf psychisches Wohlbefinden und sexuelle Zufriedenheit weniger eindeutig sind (Fallowfield et al. 1990, Meyerowitz 1993, Schain et al. 1994). Zwar sind Frauen in den ersten Monaten nach einer Brustamputation wesentlich mehr belastet, nach einem Jahr hat sich jedoch die Mehrzahl der Patientinnen mit günstiger Prognose - unabhängig von der Art der Operation - psychisch weitgehend stabilisiert (Bloom 1987, Schain et al. 1994). Wie mehrere Untersuchungen einheitlich zeigen, sind anhaltend nachteilige Auswirkungen der Mastektomie geringer bzw. werden von der Mehrzahl der Patientinnen besser bewältigt, als früher angenommen (Fallowfield et al. 1990, Ganz et al. 1992, Schain et al. 1994). Dies trifft allerdings nicht für alle zu und variiert je nach individueller Vulnerabilität: Während die Mastektomie für Frauen, die ihren Selbstwert überwiegend über körperliche Integrität und Attraktivität definieren, eine unzumutbare Belastung sein kann, ziehen diejenigen Frauen die Mastektomie vor, in deren Vorstellung die Brust insgesamt „krank“ ist oder die die - bei Brusterhalt notwendige - adjuvante Radiotherapie als extrem bedrohlich und belastend erleben. Patientinnen profitieren vor allem von der Wahlmöglichkeit; sie sind durchaus in der Lage, eine eigene Entscheidung für ein Operationsverfahren zu treffen, mit dem sie auch langfristig zufrieden sind (Meyerowitz 1993, Schain et al. 1994, Wilson et al. 1988).

Der *Übergang* in die Normalität des Alltags, nach Abschluß der Primärbehandlung stellt Patientinnen vor neue Anforderungen: Erst wenn das körperliche Überleben gesichert, die Wunden verheilt sind, setzt die innere Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Erkrankung für das weitere Leben ein. Einige Frauen möchten die Krankheitserfahrung am liebsten weit hinter sich lassen und in der sicheren Normalität des Alltags weiterleben wie bisher. Patientinnen, die bereits vor der Erkrankung unzufrieden mit ihrem Leben waren, sehen in der Krankheit ein unüberhörbares Signal für äußere und innere Veränderungen, Neubewertungen und Umorientierungen. Die Erfahrung einer existentiellen Krise läßt sie neue Freiräume entdecken, die sie sich bisher versagt hatten, mit einer bisher unbekanntem Intensität der Wahrnehmung und Beziehungen. Einige Frauen berichten von Entwicklungen, die sie ohne die Erkrankung nicht für möglich gehalten hätten (Friedman et al. 1988, Schumacher 1989).

Andererseits bleiben anhaltende Unsicherheit und Angst vor Rezidiven, das Gefühl, mit einer „tickenden Zeitbombe“ zu leben, unter dem Eindruck ständiger Bedrohung zu erstarren. Körperliche Beeinträchtigung wird als Verstümmelung erlebt, mit Einbrüchen des Selbstwertgefühls. Je mehr von der gesunden Umwelt die Rückkehr in das normale Leben eingefordert wird, desto mehr geraten sie in Rückzug und Isolation.

Rehabilitation

Gegen Isolation und Verstummen wendet sich die Erfahrung gemeinsamer Betroffenheit in *Patientengruppen*. Gegenseitige Unterstützung und Ermutigung, emotionale Entlastung im Austausch mit Mitpatientinnen fördern das Gefühl von Selbstwirksamkeit und ermöglichen die Entwicklung von Zukunftsperspektiven. Zeitlich limitierte Gruppen, wie sie in Rehabilitationskliniken und ambulanten Beratungseinrichtungen, meist unter professioneller Begleitung angeboten werden, ermöglichen - über die Verarbeitung der Krankheitserfahrung - den Wiedergewinn von Sicherheit und Zuversicht. Einen besonders hohen Stellenwert haben Austausch und Solidarität in der Gruppe für Patientinnen mit mangelnder Unterstützung im familiären Umfeld.

Körperorientierte Verfahren, z.B. Entspannung, Konzentrierte Bewegungstherapie, können über Veränderungen der Wahrnehmung dazu beitragen, die Verletzungen des Körperbilds zu integrieren und Vertrauen in den Körper und seine gesunden Funktionen neu zu entwickeln - von besonderer Bedeutung für die Frauen, die ihren Körper in ängstlicher Selbstbeobachtung ständig auf etwaige Krankheitszeichen kontrollieren „müssen“.

Der überwiegenden Mehrheit der Patientinnen gelingt es, mit Hilfe eigener Ressourcen und basaler Unterstützung die Krankheitserfahrung ohne anhaltende psychische Beeinträchtigung zu verarbeiten, sie *benötigen* keine weitere psychotherapeutische Behandlung, auch wenn die meisten von Einzelgesprächen und Unterstützung in Patientinnengruppen *profitieren*. Bei einigen Patientinnen, schätzungsweise bei 20-30%,

ist jedoch über den gesamten Krankheitsverlauf mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen zu rechnen. Überwiegend handelt es sich um mäßiggradige Anpassungsstörungen mit depressiver und/oder Angstsymptomatik, schwere psychiatrische Erkrankungen, etwa die Major depression sind dagegen mit 5-10% kaum häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung (Derogatis et al. 1983, Ibbotson et al. 1994, Stefanek et al. 1987).

Schwierigkeiten bereitet die Identifizierung dieser Risikogruppe: zum einen ist die diagnostische Treffsicherheit von Ärzten in der Erkennung behandlungsbedürftiger Anpassungsstörungen recht gering - nicht nur bei Tumorpatienten (Hardman et al. 1989, Maguire 1995). Zum anderen suchen bei weitem nicht alle Frauen mit schweren Belastungen oder quälenden psychischen Symptomen psychotherapeutische Hilfe; ausschlaggebend für die Inanspruchnahme ist weniger die Belastung als vielmehr Motivation und die Erfahrung hilfreicher Kommunikation - daß „Reden hilft“. Beschränkt man sich auf das Angebot psychotherapeutischer Interventionen zur freiwilligen Inanspruchnahme, bleibt ein erheblicher Anteil hochbelasteter Patientinnen unentdeckt und unzureichend behandelt (Henrich et al. 1995, Schanzer et al. 1994).

Nicht immer ist es auf Anhieb möglich, zwischen vorübergehenden Krisen der Krankheitsverarbeitung und anhaltenden Belastungsstörungen zu unterscheiden; oft erlaubt erst die Beobachtung über einen längeren Zeitraum eine sichere Beurteilung.

Folgende Risikofaktoren können orientierende Hinweise für hohe *individuelle Vulnerabilität* mit häufigen behandlungsbedürftigen Anpassungsstörungen geben:

- jüngeres Lebensalter
- frühere psychische Erkrankungen, Sucht
- traumatische Erfahrungen in der Biographie: z.B. Krankheiten und Krisen in Familie - familiär gehäufte Krebserkrankungen
- aktuelle Konflikte und Belastungen, unzureichende soziale Unterstützung
- geringes Selbstwertgefühl (krankheitsbedingt oder „prämorbid“)
- sozialer Rückzug
- manifeste Depression / Angststörung

Die Berücksichtigung dieser Risikofaktoren - etwa im Rahmen des ärztlichen Erstgesprächs - ermöglicht zunächst eine orientierende Einschätzung potentieller Probleme und des Bedarfs an frühzeitigen Interventionen. Da es bei vielen Patientinnen innerhalb vier bis acht Wochen nach Diagnose zu einer spontanen Stabilisierung und Verbesserung ihres psychischen Befindens kommt, empfiehlt es sich, erst nach dieser Initialphase diejenigen Patientinnen zu identifizieren, die nicht zu ihrem früheren Niveau psychischen oder sozialen Befindens zurückfinden und ihnen gezielt in Form einer Indikationsstellung psychotherapeutische Behandlung vorzuschlagen.

Ambulante Psychotherapie

Welche Bedeutung diese Risikofaktoren für das individuelle Krankheitserleben haben, erschließt sich erst im Kontakt mit der Patientin; dabei sind es vor allem ihre subjektiven Krankheitstheorien, die es ermöglichen, den inneren Zusammenhang mit bedeutsamen lebensgeschichtlichen Erfahrungen zu verstehen. Der Ausbildung subjektiver Theorien kommt eine wichtige Funktion bei der psychischen Verarbeitung zu: eine individuell gültige Erklärung - jenseits aller medizinischen Rationalität - für die zunächst unfaßbare und unbegreifliche Krebserkrankung zu finden und sie in Verbindung mit der eigenen Lebensgeschichte zumindest gedanklich unter Kontrolle zu bringen. Subjektive Theorien beschränken sich nicht auf bewußte Kognitionen - etwa Streß oder belastende Lebensumstände - sie stellen ein Kontinuum dar von Kognitionen zu bewußter und teilweise unbewußter Phantasien, wie sie Patientinnen z.B. in Träumen zum Ausdruck bringen.

Ausgelöst durch regressive Prozesse im initialen Krankheitserleben kommt es regelmäßig (nicht nur bei Tumorerkrankungen) zu einer Wiederbelebung früherer traumatischer Erfahrungen und/oder ungelöster, anhaltend wirksamer innerpsychischer Konflikte. Beispiele für reale Traumata sind die regelmäßig auftauchenden Kriegserinnerungen älterer Patienten und die schmerzliche Aktualisierung der Erlebnisse von krebserkrankten Holocaust-Überlebenden (Baider et al. 1994). Wird die Krebserkrankung mehr oder weniger bewußt als Wiederholung oder Neuauflage dieser traumatischen oder konflikthaften Erfahrungen, mit den dazugehörigen Affekten erlebt, führt dies zu einer anhaltend wirksamen Traumatisierung und schwerwiegenden Störung des Selbstwerts. Das folgende Beispiel soll dies illustrieren:

Auf die stundenlangen Tiraden der Entwertung und Demütigung des tyrannischen Vaters während vieler Kindheitsjahre hatte die Patientin mit ausgeprägten Haßgefühlen und Todeswünschen ihm gegenüber reagiert. Als ihr die Brustkrebsdiagnose eröffnet wurde, fühlte sie sich den Ärzten wie früher dem Vater gegenüber hilflos ausgeliefert, sah ihn im Traum den Arm aus dem Grab nach ihr auszustrecken und begann schwere Panikattacken zu entwickeln. Es ließ sich erarbeiten, daß sie den Krebs als Rache des Vaters für ihre Todeswünsche ihm gegenüber erlebte. Mit der schrittweisen Differenzierung, zwischen der Angst vor Strafe für ihre aggressiven Todeswünsche und der schicksalhaften Realität der Krebserkrankung verlor sie nicht nur weitgehend ihre Angst, sondern begann einen bemerkenswerten Entwicklungsprozeß, mit der inneren Ablösung vom Vater und erstmals Übernahme von Verantwortung für ihr Leben.

Innerhalb eines supportiven Therapieansatzes können psychodynamische Elemente in der Arbeit mit subjektiven Theorien sinnvoll und entlastend sein. Auf der Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sind diese subjektiven Theorien dem Bewußtsein und der Bearbeitung zugänglich gemacht werden, zunächst von Hypothesen ausgehend, deren Gültigkeit mit der Patientin gemeinsam zu eruieren ist. In einer schrittweisen Entflechtung und Differenzierung kann der zerstörerisch erlebte Angriff der Krankheit auf das Selbst abgemildert und begrenzt werden - mit der Folge eindrucklicher Entlastung und Verringerung von Angst und

Depressivität. In den Fällen, in denen dieses Vorgehen - etwa infolge ausgeprägter Abwehr - nicht möglich ist, sollten kognitive und supportive Elemente mit dem Ziel eingesetzt werden, die gesunden, unzerstörbaren Bereiche des Selbst zu identifizieren und zu verstärken. Beide Vorgehensweisen ermöglichen es, der „Entdifferenzierung des Denkens“ (Meerwein 1991) entgegenzuwirken und über eine schrittweise psychische Differenzierung und Integration von „guten“ und „bösen“ Selbstaspekten die Krebserkrankung zu entdämonisieren - mit einem Zugewinn an Autonomie und innerem Freiraum.

Damit wird keineswegs ein generell „aufdeckendes“ Vorgehen bei Tumorkranken propagiert, vor dem viele Autoren mit dem Hinweis auf mögliche Destabilisierung warnen. In jedem Fall ist die jeweilige Abwehr-Konstellation, mit ihren Veränderungen zu respektieren. Beschränkt man sich darauf, mit den Assoziationen, Träumen und Phantasien zu arbeiten, die die Patientin anbietet und die mit der subjektiven Bedeutung der Krebserkrankung in Zusammenhang stehen, und bleibt man in emotionalem Kontakt, so wird die Fähigkeit zur Selbstregulierung aufrechterhalten.

Daneben steht gleichwertig die konkrete Unterstützung bei aktuellen Problemen in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, den Verletzungen des Körpers und Selbstbilds, den Veränderungen in den verschiedenen Lebensbereichen und Auswirkungen auf die Beziehungen zu nahen Bezugspersonen.

In den meisten Fällen sind anhaltende Verbesserungen des psychischen Befindens mit einem begrenzten Behandlungsumfang von 10-30 Stunden zu erreichen. Wenn quälende Angst oder schwere depressive Symptome - innere Erstarrung, Antriebsverlust, Gefühle ausgeprägter Sinn- und Hoffnungslosigkeit - das Alltagsleben beeinträchtigen, ist eine ergänzende psychopharmakologische Behandlung indiziert. Gelegentlich wird ein psychotherapeutischer Zugang erst durch die medikamentöse Therapie möglich.

Partner und Familie

Von einer Krebserkrankung ist unvermeidlich die ganze Familie betroffen, daher sollten möglichst immer der Partner, evtl. auch Kinder in die psychotherapeutische Betreuung, in ein oder mehrere Gespräche mit einbezogen werden.

Partner sind durch die Erkrankung ebenso belastet wie Patientinnen, sie leiden vor allem unter der Bedrohung, die Partnerin zu verlieren und Gefühlen der Hilflosigkeit; gleichzeitig verbietet ihnen ihr männliches Rollenverständnis, ihre Besorgnis mitzuteilen; sie behalten sie, meist hinter dem Anschein von kämpferischem Optimismus, für sich (Buddeberg et al. 1986, Keller et al. 1996, Northouse 1993, Northouse 1989). In stabilen Beziehungen ist der Partner vor allen anderen Bezugspersonen die wichtigste emotionale Hilfe für die Patientin. Auf die Krankheitsbedrohung reagieren Paare und Familien oft mit verstärktem Zusammenhalt, Beziehungen werden enger und intensiver erlebt. Anekdotische Erfahrungen, wonach Krebs Beziehungen zerstören soll, sind in empirischen Studien nicht zu belegen (Buddeberg et al. 1986, Kel-

ler et al. 1996). Allerdings können sich instabile und vorbelastete Beziehungen unter dem zusätzlichen Druck der Erkrankung weiter verschlechtern, unterschwellige Konflikte können krisenhaft aufbrechen.

Entgegen den häufigen Vorbehalten der Frauen begrüßen die meisten Partner das Angebot zu gemeinsamen Gesprächen. Dabei sollten die Ziele - Unterstützung bei der gemeinsamen Bewältigung der Krebserkrankung - transparent gemacht werden, um Befürchtungen vor einer Destabilisierung des familiären Zusammenhalts zu entkräften. Im Vordergrund stehen Auswirkungen der Erkrankung auf das Paar bzw. die Familie, Möglichkeiten gegenseitiger Entlastung und Unterstützung. Bewährt hat sich ein eher defensiver Umgang mit Beziehungskonflikten; nur wenn das Paar Konflikte anspricht, sollten sie aufgegriffen werden.

Demgegenüber wird es in der Regel als entlastend erlebt, wenn schambesetzte Themen - Auswirkungen der Tumorthherapie (insbesondere Chemo- und Hormontherapie) auf sexuelle Funktionen und Aktivitäten - aktiv angesprochen und mögliche Hilfen diskutiert werden.

Vor allem sollen die gemeinsamen Gespräche dem Paar bzw. der Familie die Kommunikation untereinander erleichtern und der gegenseitigen Schonhaltung - aus Sorge, den Partner zu sehr zu belasten - durch die Erfahrung der Entlastung durch offene Kommunikation entgegenwirken. Einige Untersuchungen belegen die positiven Effekte offener Kommunikation auf die gemeinsame Krankheitsbewältigung (Vess et al. 1985a).

Oft zeigen sich ausgeprägte Unsicherheiten über die geeignete, dem jeweiligen Entwicklungsstand angemessene, Aufklärung der Kinder; die meisten Eltern sind dankbar für entsprechende Beratung und Hilfestellungen. Adoleszente Töchter brustkrebskranker Frauen sind in vielfacher Weise besonders belastet - zusätzlich zu den pubertären Konflikten zwischen Autonomieentwicklung, Suche nach weiblicher Identität, angstvoller Bindung an die Mutter und Ablösungsbestrebungen kommen eigene Ängste vor einem familiär erhöhten Brustkrebsrisiko (Wellisch et al. 1996). Angesichts der in dieser Entwicklungsphase meist ausgeprägten Abwehr gegenüber psychologischen Interventionen sind angeleitete Gruppen von Gleichaltrigen wohl die am besten geeignete Form der Unterstützung.

Psychotherapeutische Betreuung in progredienten Krankheitsphasen

Entsprechend der großen Variabilität des biologischen Krankheitsverlaufs auch in metastasierten Stadien variieren psychisches Erleben, Reaktionen und Arten der Bewältigung. Nicht alle Patientinnen erleben die Progredienz ähnlich dramatisch wie im initialen Diagnoseschock; vielfach prägt die bisherige Erfahrung gelungener Krankheitsbewältigung die weitere Auseinandersetzung. Wird die Progredienz zu einem frühen Zeitpunkt festgestellt, ohne daß körperliche Beschwerden die Krankheit sinnlich wahrnehmbar werden lassen, stehen Patientinnen vor der Schwierigkeit, das für sie abstrakte Krankheitsgeschehen ausschließlich mental zu verarbeiten;

so daß die Verleugnung der Bedrohung in den meisten Fällen als angemessen anzusehen ist.

Fast ausnahmslos erleben Patientinnen die fortschreitende Erkrankung zunächst als Zeichen persönlichen Versagens, etwa nicht „genug gekämpft“ zu haben, verstärkt durch das Diktat „positiven Denkens“ und kämpferischen Umgangs mit der Krankheit, wie es ihnen die gesunde Umwelt häufig abverlangt. So nimmt in psychotherapeutischen Kontakten die Beschäftigung mit der Frage, „vielleicht doch nicht alles getan“, oder „nicht richtig gekämpft“ zu haben, einen breiten Raum ein. Die Thematik von Ohnmacht und den entsprechenden Omnipotenzphantasien beschränkt sich nicht auf Patientinnen und ihre gesunde Umgebung - entgegen aller rationalen Überzeugung entgehen auch Therapeuten kaum dem Gefühl von Enttäuschung und Versagen als der Kehrseite mehr oder weniger bewußter Retterphantasien (Renneker 1957). Je weniger sie von Therapeuten zugelassen und reflektiert werden, um so eher werden sie in der therapeutischen Beziehung wirksam - sei es in Form von innerer Distanzierung, Abwendung oder Einfühlungsverweigerung.

Auch in der Phase der Progredienz ist die individuelle Bedeutung von Metastasen, ebenso von körperlichen Beschwerden (z.B. Schmerzen, Atemnot) geprägt von subjektiven Theorien und Körperphantasien: So kann es sein, daß weniger die Metastasierung als vielmehr die Ausbreitung auf bestimmte Körperregionen als bedrohlich erlebt wird. Wenn Vorstellungen von Zerstörung, „innerlich aufgefressen werden“ beherrschend werden, beeinflussen sie Schmerz Wahrnehmung und psychisches Befinden, nicht selten mit der Folge innerer Erstarrung. Kann die Bedeutung solcher maladaptiven Bewältigungsversuche verstanden werden, eröffnet der Wiedergewinn von innerer Beweglichkeit neue Freiräume. Patientinnen mobilisieren - gerade angesichts realer Begrenzungen - ein oft erstaunliches Potential an Veränderung und Entwicklung; es hilft ihnen andererseits, wenn Therapeuten während schwieriger Phasen diese Zuversicht auf Veränderung aufrechterhalten können.

Verschiedene Phasenmodelle, etwa von Kübler-Ross, versuchen die innere Annäherung an das Sterben als regelhaften Prozeß zu beschreiben, an dessen Endpunkt idealtypisch die bewußte Annahme des eigenen Todes stehen soll (Kübler-Ross 1974). Der Vorteil solcher Modelle liegt im Verständnis einer viele Stufen durchlaufenden dynamischen Entwicklung gegenüber einem statischen Konzept. Kritisch zu reflektieren sind allerdings die normativen Implikationen solcher Modelle über „richtiges Sterben“. Klinische Erfahrungen bestätigen die bewußte Akzeptanz des Sterbens als die Ausnahme, viel öfter begegnet man der Gleichzeitigkeit von Todesgewißheit und Hoffnung auf langfristiges Überleben. In der Reduktion auf die eindimensionale Formulierung als „entweder - oder“ ist die Gleichzeitigkeit, das Oszillieren zwischen verschiedenen Bewußtseinswelten als „sowohl - als auch“ nicht enthalten. Vergleichbaren Fluktuationen unterliegen auch Abwehr- und Bewältigungsprozesse, die in der Festlegung auf statische Begriffe wie „Verleugnung“ zu eng gefaßt sind und dem inneren Erleben der Patienten kaum gerecht werden.

Zu den schwierigen Aufgaben in der Begleitung sterbender Patientinnen zählt es, Beziehung, Empathie und ausreichende Abgrenzung aufrechtzuerhalten, ohne der Gefahr depressiver Selbstaufgabe zu erliegen. Unumgänglich ist dabei die ständige Reflexion der eigenen emotionalen Beteiligung und das Akzeptieren eigener Belastungsgrenzen.

Inwieweit Sterbebegleitung als psychotherapeutische Aufgabe anzusehen ist, ob und inwieweit Psychotherapeuten sich bereit erklären sollten, die Delegation mitmenschlicher Aufgaben zu übernehmen, ist zumindest zu hinterfragen.

Psychotherapeutische Arbeit mit Tumorpatienten erfordert Qualifikation, psychoonkologische Kenntnisse und medizinisch-onkologisches Basiswissen sollten die psychotherapeutische Ausbildung ergänzen. Dieser Notwendigkeit wird durch eine berufsübergreifende curriculäre Weiterbildung in Psychozialer Onkologie, entwickelt von den psychoonkologischen Fachgesellschaften dapo / PSO, Rechnung getragen.

Literaturverzeichnis

- Andersen BL: Surviving cancer. *Cancer* 1994; 74:1484-1495.
- Andersen BL: Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 552 - 568.
- Baider L, Amikam C, Cooper JC & Kaplan De-Nour A: Time-limited thematic group with post-mastectomy patients. *J Psychosom Res* 1984; 28: 323-330.
- Baider L, Perez T & Kaplan de-Nour A: Der Einfluß eines Traumas auf die Bewältigung von Krebs. In: Heim, E. & Perrez M. (Hrsg.) *Krankheitsverarbeitung*. Göttingen Bern Toronto, Hogrefe, 1994, 117-126.
- Berglund G, Bolund C, Gustafsson UL & Sjöden PO: A randomized study of a rehabilitation program for cancer patients: the 'starting again' group. *Psycho-Oncology* 1994; 3:109-120.
- Beutel M: Was hat die Copingforschung für die Psychoonkologie gebracht? In: Strittmatter G, (Hrsg.): *Ergebnisse, Kontroversen Perspektiven in der Psychosozialen Onkologie*. Ergebnisbericht der Jahrestagung zum 10-jährigen Bestehen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie. Münster, Tosch, 1994
- Bloom JR: Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Soc Sci Med* 1982, 16:1329 - 1338.
- Bloom JR: Psychological response to mastectomy. *Cancer* 1987; 59:189 - 196.
- Bovbjerg DH: Psychoneuroimmunology; implications for oncology? *Cancer* 1991; 67:828-832.
- Bovbjerg DH: Psychoneuroimmunology: A critical analysis of the implications for oncology in the twenty-first century. In: Lewis C.E., O'Sullivan C. & Barraclough J. (Hrsg.) *The Psychoimmunology of Cancer*. Oxford, New York, Tokyo, Oxford University Press, 1994,
- Buddeberg C: *Brustkrebs - Psychische Verarbeitung und somatischer Verlauf*. Schattauer, Stuttgart New York, 1992.
- Buddeberg C, Merz J, Frei B & Limacher B: Ehen krebserkrankter Frauen - Realitäten und Wunschvorstellungen in der psychosomatischen Krebsforschung. *PPmP* 1986; 36: 110 - 113.
- Bukberg J Peenman D & Holland JC: Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984; 46:199-212.
- Burton MV & Parker RW: A randomised controlled trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. *Psycho-Oncology* 1995; 4:1-20.
- Cain EN, Kohorn EI, Quinlan DM, Latimer K & Schwartz PE: Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer* 1986; 57:183 - 189.
- Carey MP & Burish TG: Ätiologie und Therapie der psychologischen Nebenwirkungen von Chemotherapie bei Krebs: kritischer Überblick und Diskussion. In: Koch U. & Potreck-Rose F. (Hrsg.) *Krebs-Rehabilitation und Psychoonkologie*. Heidelberg, New York, London, Springer, 1990, 48-87.
- Cull A: Psychological effects of anti-cancer-therapy. In: *Emesis in anti-cancer therapy - mechanisms and treatment*. 1993, 211 - 228.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M & Carnicke CLM: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757.
- Edgar L, Rosberger Z & Nowlis D: Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer* 1992; 69:817-828.
- Evans RI & Connis RT: Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Reports* 1995; 110:306-311.
- Fallowfield LJ, Hall A, Maguire P & Baum M: Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Brit Med*. J1990; 301: 575 - 580.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA & Pasnau RO: Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiat* 1995; 52:00-113.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun C, Elashoff R, Guthrie D & Morton DL: Malignant Melanoma - effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiat* 1993; 50:681 - 689.
- Fawzy IF & Fawzy NW: A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *Gen Hosp Psychiat* 1994; 16:149-192.
- Forester B, Kornfeld DS, Fleiss DL & Thompson S: Group psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and physical distress. *Am J Psychiat* 1993; 150: 1700-1706.
- Fox BH: Some problems and some solutions in research on psychotherapeutic intervention in cancer. *Support Care Cancer* 1995; 3:257-263.
- Friedman LC, Baer PE, Nelson DV, Lane M, Smith FE & Dworkin RJ: Women with breast cancer: perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosom Med* 1988; 50:529 - 540.
- Ganz PA, Coscarelli Schag CA, Lee JJ, Polinsky ML & Tan S: Breast conservation versus mastectomy - Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer* 1992; 69:1729-1738.
- Gerdes N: Desiderate an die zukünftige psychoonkologische Forschung. In: Verres R. & Hasenbring M. (Hrsg.) *Jahrbuch der medizinischen Psychologie - Psychosoziale Onkologie*. Berlin, Heidelberg, New York, Springer, 1989,
- Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson B, Mason A, Rowde L, Law MG & Bliss JM: Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *BMJ* 1992; 304:675 -680.
- Hardman A, Maguire P & Crowther D: The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res* 1989; 33:235-239.
- Harrison J & Maguire P: Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Brit J Psychiat* 1994; 165:393-398.

- Henrich, G, Keller, M, Beutel, M, Sellschopp, A & von Rad, M: Psychosoziale Faktoren der Rehabilitation von Krebspatienten und ihren Familien im Übergang zwischen Klinik und Praxis. Wissenschaftliche Begleitung einer Modelleinrichtung („Interdisziplinäre Tumorphiloklinik München“). Inst. u. Poliklinik f. Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Med. Psychologie der Technischen Universität München, 1995
- Herschbach P & Keller M: Onkologische Erkrankungen. In: Petermann, F. (Hrsg.) Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. Göttingen Bern Toronto Seattle, Hogrefe, 1995, 217-244.
- Holland JC: Progress and challenges in psychosocial and behavioral research in cancer in the twentieth century. *Cancer* 1991; 67:767 - 773.
- Hürny C: Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen. In: Uexküll T, Adler R., Herrmann J.M. & Köhle, K. (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. München Wien Baltimore, Urban & Schwarzenberg, 1996, 953 - 969.
- Ibbotson T, Maguire P, Selby P, Priestman T & Wallace L: Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer* 1994; 30A:37-40.
- Jacobs C, Ross RD, Walker IM & Stockdale FE: Behavior of cancer patients: a randomized study of the effects of education and peer support groups. *Am J Clin Oncol* 1983; 6:347-350.
- Keller M: Ergebnisse zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Krebspatienten. In: Strittmatter, G. (Hrsg.) Ethik in der Onkologie. Ergebnisbericht der 12. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie Juni 1994, Wiesbaden. Münster, Tosch, 1995, 132-152.
- Keller M, Henrich G, Sellschopp A & Beutel M: Between distress and support: spouses of cancer patients. In: L. Baider, C.L.Cooper., A. Kaplan De-Nour (eds.) *Cancer and the Family*. Chichester, New York, Brisbane, John Wiley & Sons, 1996, 187-223.
- Kübler-Ross E: Interviews mit Sterbenden. Kreuz Verlag, Stuttgart, 1974.
- LeShan L: Psychotherapie gegen den Krebs. Klett-Cotta, Stuttgart, 1982.
- Linn MW, Linn BS & Harris R: Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer* 1982; 49:1048 -1055.
- Luborsky L: Theory and technique in dynamic psychotherapy - curative factors and training therapists to maximize them. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1990, 50-57.
- Maguire P: Psychosocial interventions to reduce affective disorders in cancer patients: research priorities. *Psycho-Oncology* 1995; 4:113-119.
- McCorkle R, Benoliel JQ, Donaldson G, Georgiadou F & al, e: A randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patients. *Cancer* 1989; 64:1375-1382.
- Meerwein F (Hrsg.) Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern Göttingen Toronto, Huber, 1991.
- Meyerowitz BE: Quality of life in breast cancer patients: the contribution of data to the care of patients. *Eur J Cancer* 1993; 29A, Suppl.1:S 59-62.
- Meyer TJ & Mark MM: Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995; 14: 101-108
- Moorey S: Adjuvant psychological therapy for anxiety and depression. In: Watson, M. (ed) *Cancer patient care: psychosocial treatment methods*. Cambridge New York, BPS Books and Cambridge University Press, 1991, 94 - 110.
- Moorey S, Greer S, Watson M & Baruch JD: Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-Oncology* 1994; 3: 39 - 46.
- Morgenstern H, Gellert GA, Walter SD, Ostfeld AM & Siegel BS: The impact of a psychosocial support program on survival with breast cancer: the importance of selection bias in program evaluation. *J Chron Dis* 1984; 37: 273 - 282.
- Morris T: Psychosocial aspects of breast cancer; a review. *Eur.J Cancer* 1983; 19:1725-1733.
- Mulder CL, van Der Pompe G, Spiegel D, Antoni MH & De Vries MJ: Do psychosocial factors influence the course of breast cancer? *Psycho-Oncology* 1992; 1:155 - 167.
- Nelles WB, McCaffray RJ, Blanchard CG & Ruckdeschel JC: Social supports and breast cancer: a review. *J Psychosoc Oncol* 1991; 9: 21 - 34.
- Northouse L (1993) Adjustment to breast cancer: women and husbands at risk. In: Proceedings of the 7. Annual meeting of the European Society of Psychosocial Oncology, Jerusalem, Israel.
- Northouse LL: A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 1989; 16:511-516.
- Pruitt BT, Waligora-Serafin B, MCCahon T, Byrd, G, Besselmann L, Kelly GM, Drake DA & Cuellar D: An educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology* 1993; 2: 55-62.
- Rainey LC: Effects of preparatory patient education for radiation oncology patients. *Cancer* 1985; 56:1056-1061.
- Redd WH: Advances in behavioral intervention in comprehensive cancer treatment. *Support Care Cancer* 1994; 2: 111-115
- Renneker RE: Countertransference reactions to cancer. *Psychosom Med* 1957; 19:409-418.
- Schain WS, d'Angelo TM, Dunn ME, Lichter AS & Pierce LJ: Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy - psychosocial consequences. *Cancer* 1994; 73:1221-1228.
- Schanzer K, Grigelat A, Jänicke F & Beutel M: „Behandlungsbedarf, Zugangswege und Zugangsbarrieren eines integrierten psychosozialen Versorgungsmodells von Krebspatientinnen an einer gynäkologischen Akutklinik. Schlußbericht Forschungsprojekt an die Wilhelm Sander-Stiftung. Frauenklinik , Klinikum r.d. Isar der TU München, 1994
- Schulz KH: Psychoneuroimmunologie. In: Strittmatter, G. (Hrsg.) Ergebnisse, Kontroversen Perspektiven in der psychosozialen Onkologie - Ergebnisbericht der Jahrestagung zum 10-jährigen Bestehen der Dt. Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e.V. Münster, Tosch, 1994, 128-143.
- Schumacher A: Sinnfindung bei brustkrebserkrankten Frauen. In: Verres, R. & Hasenbring, M. (Hrsg.) *Jahrbuch med. Psychologie - Psychosoziale Onkologie*. Berlin Heidelberg New York, Springer, 1989,
- Schwarz R: Psychologische Hilfen zur Verarbeitung von Chemotherapie und Strahlenbehandlung. In: Verres, R. & Hasenbring, M. (Hrsg.) *Jahrb. med. Psychologie - Psychosoziale Onkologie*. Berlin, Heidelberg, New York, Springer, 1989,
- Schwarz R: Die Krebspersönlichkeit - Mythos und klinische Realität. Schattauer, Stuttgart, 1994.
- Schwarz R: Psychotherapeutische Grundlagen der psychosozialen Onkologie. *Psychotherapeut* 1995; 40:313-323.
- Seemann H: Aktuelle Trends bei der Schmerzbehandlung in der Onkologie. In: R. Verres, M.H. (Hrsg.) *Psychosoziale Onkologie*. Berlin, Heidelberg, New York, Springer, 1989, 193-211.
- Sellschopp A: Die gegenwärtige Lage der Psychoonkologie. In: Verres, R. & Hasenbring, M. (Hrsg.) *Psychosoziale Onkologie*. Berlin Heidelberg New York, Springer, 1989, 3-16.
- Simonton OC: *Wieder gesund werden*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1992.
- Spiegel D & Bloom JR: Pain in metastatic breast cancer. *Cancer* 1983b; 52:341-345.

- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC & Gottheil E: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; Oct. 14.;888 - 892.
- Spiegel D, Bloom JR & Yalom I: Group support for patients with metastatic cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 527 - 533.
- Spiegel D & Glafkides MC: Effects of group confrontation with death and dying. *Int. J. Group Psychother.* 1983a; 33: (4),433-447.
- Stefanek ME, Derogatis LP & Shaw A: Psychological distress among oncology outpatients. *Psychosomatics* 1987; 28: 530-539.
- Telch CF & Telch MJ: Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: a comparison of strategies. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: (6) 802 -808.
- Trijsburg RW, van Knippenberg FC & Rijpma SE: Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review. *Psychosom Med* 1992; 54:489 - 517.
- Vess JD, Moreland J & Schwebel A: An empirical assessment of the effects of cancer on family role functioning. *J Psychosoc Oncol* 1985; 3: 1 - 16.
- Wellisch DK, Schain W, Gritz ER & Wang H: Psychological functioning of daughters of breast cancer patients. Part III: Experiences and perceptions of daughters related to mother's breast cancer. *Psycho-Oncology* 1996; 5:271-281.
- Wilson RG, Hart A & Dawes P: Mastectomy or conservation: the patient's choice. *Br Med J* 1988; 297:1167-1169.
- Yalom ID: *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Pfeiffer, München, 1992.
- Yalom ID & Greaves C: Group therapy with the terminally ill. *Am J Psychiat* 1977; 134: 396 - 400.

Dr. med. Monika Keller

Inst.u.Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Medizinische Psychologie
Klinikum rechts der Isar
der Technischen Universität München
Langerstr.3, D - 81675 München
Tel: 089 - 41 40 43 97
Fax : 089 - 41 40 48 45