

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie der Technischen Universität München

**Erfahrungen und subjektive Einschätzung der Teilnahme an einer
Gruppenpsychotherapie gegen Progredienzangst.
Eine Analyse von Boosteranrufen bei Krebs- und Rheumapatienten**

Petra Hemmer-Torhorst

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation: 1. Univ.-Prof. Dr. P. Herschbach
2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Diese Dissertation wurde am 03.06.2013 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 11.12.2013 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen.....	5/6
1. Einleitung.....	7
1.1 Hinführung.....	7
1.2 Psychosoziale Aspekte bei chronischen körperlichen Erkrankungen.....	8
1.2.1 allgemeine Krankheitsanforderungen.....	8
1.2.2 Bewältigungsprozesse.....	10
1.2.3 Psychische Störungen bei körperlich Kranken.....	12
1.3 Psychosoziale Aspekte bei Rheumatoider Arthritis.....	14
1.3.1 Krankheitsbild der rheumatischen Erkrankungen.....	14
1.3.2 Entstehung und Verlauf.....	15
1.3.3 Psychische Beschwerden.....	16
1.4 Psychosoziale Aspekte bei Krebserkrankungen.....	17
1.4.1 Krankheitsbild der Krebserkrankungen.....	17
1.4.2 Entstehung und Verlauf.....	18
1.4.3 Psychische Beschwerden.....	19
2. Progredienzangst.....	21
2.1 Allgemeine Angstbegriffe.....	21
2.2 Angstbegriff in den Diagnosen der ICD.....	22
2.3 Beschreibung und Abgrenzung von Progredienzangst.....	26
2.3.1 Erfassung von Progredienzangst.....	27
2.3.2 Konsequenzen von Progredienzangst.....	31
2.4 Therapie von Progredienzangst.....	32
2.4.1 Therapiemodule.....	34
2.4.2 Vergleich der Therapiegruppen.....	38

3.	Booster in der Psychotherapie.....	40
3.1	Booster bei der Behandlung von Abhängigen.....	40
3.2	Booster bei der Behandlung von psychisch Kranken.....	41
3.3	Booster bei Psychotherapie von Krebskranken.....	42
4.	Material und Methode.....	44
4.1	Fragestellungen.....	44
4.2	Datenerhebungen.....	44
4.2.1	Studiendesign.....	44
4.2.2	Vorgehen.....	46
4.2.3	Booster - Anrufe.....	46
4.3	Inhaltsanalyse nach Mayring.....	48
4.3.1	Qualitative Inhaltsanalysen.....	48
4.3.2	Ablaufmodell der Analyse.....	49
4.3.3	Abstraktion/Generalisierung und Kategoriebildung.....	51
4.4	Stichprobenbeschreibung.....	58
4.5	Statistische Auswertungen.....	62
5.	Ergebnisse.....	63
5.1	Entwicklung von Beurteilungs- Kategorien in Bezug auf die Therapieerfahrungen der telefonisch erreichten Patienten.....	63
5.2	Altersgruppierung und Booster-Kategorien.....	69
5.3	Geschlechterverteilung und Booster-Kategorien.....	71
5.4	Schulbildung und Booster- Kategorien.....	73
5.5	Krankheitsdauer und Booster-Kategorien.....	75
5.6	Diagnosegruppen und Booster-Kategorien.....	78
5.7	Therapiegruppen und Booster-Kategorien.....	79
5.8	Gruppengröße und Booster-Kategorien.....	82
5.9	Anzahl besuchter Sitzungen und Booster-Kategorien.....	85
5.10	Therapieerfolg und Booster-Kategorien.....	88

6.	Diskussion.....	90
6.1	Diskussion der Ergebnisse der Themenkategorien.....	91
6.2	Diskussion der Ergebnisse der soziodemographischen Daten.....	93
6.3	Diskussion der Ergebnisse der behandlungsbezogenen Daten.....	94
6.4	Diskussion des Untersuchungsaufbaus.....	97
7.	Zusammenfassung.....	100
8.	Dankvermerk.....	102
9.	Literaturverzeichnis.....	103

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung des PA – F – KF – Fragebogens.....	Seite 29
Abbildung 2: Altersgruppierung und Booster-Kategorien bei Krebspatienten....	Seite 69
Abbildung 3: Altersgruppierung und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten.....	Seite 70
Abbildung 4: Geschlechterverteilung und Booster-Kategorien bei Krebspatienten.....	Seite 71
Abbildung 5: Geschlechterverteilung und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten.....	Seite 72
Abbildung 6: Schulbildung und Booster-Kategorien bei Krebspatienten.....	Seite 73
Abbildung 7: Schulbildung und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten.....	Seite 74
Abbildung 8: Krankheitsdauer und Booster-Kategorien bei Krebspatienten.....	Seite 75
Abbildung 9: Krankheitsdauer und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten.....	Seite 76
Abbildung 10: Übersicht der Diagnosegruppen und Booster-Kategorien.....	Seite 78
Abbildung 11: Übersicht der Therapiegruppen und Booster-Kategorien.....	Seite 79
Abbildung 12: Krebspatienten und Booster-Kategorien.....	Seite 80
Abbildung 13: Rheumapatienten und Booster-Kategorien.....	Seite 81
Abbildung 14: Gruppengröße bei allen Patienten.....	Seite 82
Abbildung 15: Gruppengröße bei Krebspatienten.....	Seite 83
Abbildung 16: Gruppengröße bei Rheumapatienten.....	Seite 84
Abbildung 17: Anzahl besuchter Sitzungen und Booster-Kategorien.....	Seite 85
Abbildung 18: Anzahl besuchter Sitzungen und Booster-Kategorien bei Krebspatienten.....	Seite 86
Abbildung 19: Anzahl besuchter Sitzungen und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten.....	Seite 87
Abbildung 20: Therapieerfolg und Booster-Kategorien bei Krebspatienten.....	Seite 88
Abbildung 21: Therapieerfolg und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten....	Seite 89

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Anzahl der erreichten Patienten bei Boosteranrufen.....	Seite 59
Tabelle 2: Anzahl der telefonisch erreichten Patienten zur Gesamtzahl.....	Seite 59
Tabelle 3: Soziodemographische Daten der 2 Diagnosegruppen.....	Seite 60
Tabelle 4: Behandlungsbezogene Daten der 2 Diagnosegruppen.....	Seite 61
Tabelle 5: Aufteilung der Patienten auf die 5 „Booster – Kategorien“	Seite 67

1. Einleitung

1.1 Hinführung

Die Behandlung chronischer Erkrankungen nimmt in der Medizin bei steigender Lebenserwartung älterer Menschen und verbesserten Behandlungsmöglichkeiten von Erkrankungen einen immer größeren Raum ein. Dabei spielt die Lebensqualität der Patienten eine große Rolle, die neben direkten Krankheitssymptomen somatischer Erkrankungen auch durch psychische Begleitstörungen wesentlich beeinträchtigt werden kann. Der hohe, stetig steigende Anteil chronisch somatisch erkrankter Patienten und die resultierenden gesundheitsökonomischen Konsequenzen erfordern eine genaue Erfassung komorbider psychischer Störungen, um eine bedarfsgerechte Versorgung dieser Patienten sicherzustellen. Aus diesem Grund beschäftigen sich Forschungen mit den Zusammenhängen von psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Hierbei wurde der Begriff der dysfunktionalen Progredienzangst, der nicht angemessenen Angst vor dem Fortschreiten von körperlichen Krankheiten, eingeführt und eine strukturierte psychotherapeutische Behandlung dieser Angstform entwickelt. Nach der Durchführung dieser Behandlung im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis und Krebserkrankungen wurden telefonische Nachfragen durchgeführt, die die positive Wirkung der vorausgegangenen Gruppenpsychotherapie verbessern, "boostern", sollten. Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Patientenantworten ausgewertet, indem die aufgeschriebenen Interviews einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen wurden. Die Resultate zeigen Patientenmeinungen zu den klinischen Aspekten, Monate nach einer stationären Kurzzeitpsychotherapie Boosteranrufe zu den durchgeführten Sitzungen anzuhängen, um die therapeutische Situation wieder in Erinnerung zu rufen. Diese Kenntnisse von Patientenmeinungen könnten bei weiteren Entwicklungen von Therapiemodulen gegen Ängste von chronisch Erkrankten hilfreich sein und so die Lebensqualität dieses Personenkreises verbessern.

1.2 Psychosoziale Aspekte bei chronischen körperlichen Erkrankungen

1.2.1 allgemeine Krankheitsanforderungen

Bei den im Rahmen der Untersuchung ausgewählten Krankheitsgruppen "Rheuma" und "Krebs" handelt es sich um häufige Erkrankungen des mittleren Lebensalters, die durch langsames Fortschreiten, intensive Behandlungen und nicht absehbare Verschlimmerungen bis zum Tod gekennzeichnet sind.

Dabei entstehen im Patienten unterschiedliche psychische Belastungen, zum Teil Erwartungsängste wegen der unsicheren Prognose und Angst vor dem nicht aufhaltbaren Fortschreiten der körperlichen Erkrankungen. Anpassungsstörungen, Depressionen und unterschiedliche Angstformen stehen in direktem Zusammenhang zu den schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen, die nur teilweise in ihren neurobiologischen, psychologischen und sozialen Wechselwirkungen verstanden werden können.

In einer Studie von Endler et al. (2001) zeigte sich, dass chronisch Kranke eher problemzentriert bewältigten, Ablenkung suchten und sich mit ihren Gefühlen auseinandersetzten. Sie nahmen eine aktivere Rolle bei der Bewältigung der Krankheit ein als Patienten mit akuten Erkrankungen, die die Genesung eher "passiv abwarteten".

Aktivitätseinschränkungen im privaten und beruflichen Leben durch Schmerzen und Funktionsminderungen, unsichere Zukunftsplanungen durch nicht voraussehbare Krankheitsverläufe und individuell unterschiedliche Krankheitsbewältigungsressourcen ergeben sehr differenzierte Bilder, die für das Verständnis der Ätiologie, Auslösung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen bedeutsam sind. Nach Beutel (1988) zitiert bei Härter et al. (2007 S.85) bestehen bei chronischen Patienten folgende Krankheitsanforderungen:

- Weitgehende Irreversibilität bzw. Progredienz
- Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs
- Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit
- Bedrohung körperlicher Integrität
- lang andauernde Abhängigkeit von medizinischen Spezialisten
- Hospitalisierung und Trennung von Angehörigen
- Vielfältige Verluste in persönlicher und sozialer Hinsicht
- Begrenzte Zukunftsperspektive

Härter und Koautoren fassen die zentralen Anforderungen an chronisch Erkrankte charakteristisch zusammen und meinen:

„Chronische körperliche Erkrankungen sind von emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Reaktionen des betroffenen Menschen begleitet. Diese Antworten sind integraler Bestandteil im individuellen Adaptationsprozess an eine chronische Erkrankung. Obwohl viele Patienten die Einschränkungen und Behinderungen durch eine chronische Erkrankung erfolgreich bewältigen, sind andere Patienten von psychischen Beeinträchtigungen und Störungen betroffen, da sie die Belastungen durch die Erkrankung weniger gut verarbeiten. Epidemiologische Studien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Belastung oder von psychischen Symptomen, die die Kriterien einer psychischen Störung nach den derzeit gültigen Klassifikationssystemen erfüllen, bei Personen mit bestehenden chronischen Erkrankungen im Vergleich zu Personen ohne diese Indexerkrankungen deutlich erhöht ist" (Härter et al.2007 S.8).

1.2.2 Bewältigungsprozesse

Bei chronischen Krankheitsprozessen ist die Zusammenarbeit in interdisziplinären Behandlungsteams mit den Ressourcen des Patienten besonders wichtig. Dabei ist der erste Schritt eine behutsame Aufklärung des Patienten durch den Arzt über die somatische Erkrankung, verbunden mit Informationen von Behandlungs- und Bewältigungsmechanismen durch alle am Patienten Tätigen.

Nach Heim et al. (1998) unterscheiden sich drei Kategorien von Bewältigungsformen:

1. Handlungsbezogene Bewältigungsformen: aktives Vermeiden, Kompensation, Zupacken.
2. Kognitionsbezogene Bewältigungsformen: Dissimulieren, Haltung bewahren, Problemanalyse.
3. Emotionsbezogene Bewältigungsformen: Hadern, Isolieren, Optimismus.

Zur Bewältigung dieser meist chronischen Erkrankungen entwickle der Patient seine individuellen Strategien, bei Heim (1988) als „Coping“ bezeichnet. Darunter versteht man das „Umgehen mit den Auswirkungen der Erkrankung durch das bewusste bzw. bewusstseinsnahe Bemühen, die durch diese Krankheit aufgetretenen oder zu erwartenden Belastungen emotional, kognitiv und durch Handeln zu bewältigen“ (Ermann, 1995 S.21).

Zu den drei typischen Bewältigungsstilen gehören Verleugnung, aktive Auseinandersetzung und depressiver Rückzug. Coping-Strategien sind Problemanalyse, Ablenkung, Verleugnung und Nichtwahrnehmen von angemessenen Gefühlen, Schuldzuweisungen an sich selbst und andere und Bewahren von Haltung und Aktivität. Das Bewältigungsverhalten zielt auf erlebte Behinderung oder bewusste Todesangst ab und trägt dazu bei, diese Erlebnisweisen zu lindern. Das Ausmaß der Beeinträchtigungen im Krankheitsverlauf und die persönlichen Möglichkeiten der betroffenen Person sind für das Bewältigungsergebnis ausschlaggebend (Ermann 1995).

Die Bewältigungs- oder Copingmechanismen sind mehr oder weniger bewusst eingesetzte Denk-, Empfindungs- und Verhaltensstrategien.

Ob Bewältigungsstrategien als adaptiv anzusehen sind kommt auch auf den Zeitpunkt des Bewältigungsgeschehens an: Kognitive Vermeidung kann kurzfristig adaptiv sein, ist aber mittel – und langfristig mit negativen Folgen verknüpft, wenn sie mit der Zeit nicht abnimmt. Annäherung geht dagegen zunehmend mit emotionalem Wohlbefinden einher und kann schließlich sogar zur Wahrnehmung auch positiver Folgen der Krankheit führen (Filipp & Aymanns 2010).

Eine Hilfe bei den aktiven Bewältigungsmechanismen können psychotherapeutische Interventionen zur Unterstützung des Patienten mit Anpassungsstörungen bei Krankheiten sein:

Anlass für psychotherapeutische Interventionen bestehe, wenn das Bewältigungsverhalten selbstschädigend erscheint und z.B. notwendige diagnostische oder therapeutische Maßnahmen vermieden werden oder wenn es mit starken somatopsychischen Störungen verbunden ist (Ermann 1995).

Es ist das Ziel, durch Wissen und Wege der Hilfsmöglichkeiten die Hilf- und Hoffnungslosigkeit des Patienten zu senken, dadurch Ängste zu relativieren und die eigene Aktivität anzukurbeln.

Die Möglichkeit zu krankheitsbezogenen Fragen und zur Äußerung von unangenehmen Gefühlen wie Ekel, Wut und Angst verbessern die Selbstwahrnehmung des Patienten, können sein Selbstwertgefühl und die Eigenverantwortlichkeit steigern und damit oft erst ein aktives Umgehen des Patienten mit seiner Krankheit ermöglichen.

Viele Patienten können auch auf Unterstützung durch Familie, Freunde und Gemeinschaften zurückgreifen, andere lernen aufgrund der veränderten Lebensbedingungen die Hilfe von Religionsgruppierungen, Selbsthilfegruppen und Therapeuten anzunehmen.

So wird jetzt besonders im Bereich der Psychoonkologie den Patienten vermehrt Unterstützung angeboten. „Psychoonkologische Interventionen haben als übergeordnete Behandlungsziele die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und des psychischen Befindens sowie die Förderung der personalen und sozialen Ressourcen. Die spezifischen Behandlungsziele reichen von psychotherapeutischen Zielsetzungen im Bereich der Linderung psychischer Belastungen und Störungen, der Verbesserung von Problemlösefähigkeiten und Traumaverarbeitung, bis hin zur Verbesserung der beruflich- sozialen Integration" (Härter et al. 2007, S 128).

Sowohl in Einzel- als auch in Gruppensettings kann von Beratung über Psychoedukation bis hin zu Psychotherapieverfahren unterschiedlicher Richtungen die für den Patienten und seine Erkrankung sinnvolle und eventuell durchführbare Intervention angeregt werden. Ebenso sind übende Verfahren und Entspannungstechniken als Begleitung im Behandlungsgeschehen sinnvoll.

1.2.3 Psychische Störungen bei körperlich Kranken

Die besondere Situation chronisch kranker Menschen ergibt sich aus Bedrohungen und Belastungen durch die jeweilige Erkrankung. Man vermutet, dass chronisch kranke Menschen ein 1,5 – bis 2-fach erhöhtes Risiko haben, eine psychische Störung zu entwickeln (Härter 2002). Erwartungsängste im Bezug zur Diagnose spielen eine wichtige Rolle. Bei Krebserkrankten ist Angst eine der häufigsten und stärksten Belastungen (Herschbach et al. 1987).

Es besteht eine enge Beziehung zwischen chronischen somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen. Krankenhauspatienten zeigten mit 43,7% eine ebenso hohe Erkrankungsrate an psychischen Störungen wie ambulant behandelte Patienten mit 42,2%. Im Vergleich dazu lag die Rate psychischer Erkrankungen bei somatisch gesunden Patienten bei 25% (Härter et al. 2007).

Nach Baumeister und Härter (2007) besteht heute das Modell, „dass eine körperliche Erkrankung sowie ihre Behandlung bei einer prädisponierten Person eine psychische

Störung über einen biologischen Mechanismus bzw. durch krankheitsimmanente pathophysiologische Prozesse auslöst.“ Klinische Erfahrungen zeigen zum Beispiel bei Tumor- und Schmerzpatienten depressiv-ängstliche Anpassungsstörungen oder depressive Syndrome als psychologische Reaktion auf eine schwerwiegende Diagnose oder eingreifende Behandlungsmaßnahmen. Dem liege eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung zugrunde, die nachvollziehbar sei und die heute nicht mehr als ätiologisch begründet dargestellt wird, sondern als Komorbidität aufgeführt wird.

Exkurs:

Als Erklärung der heute noch häufig nebeneinander verwendeten Begriffe eine kleine historische Erläuterung und Wertung der verschiedenen Begriffe:

Als „psychogene Erkrankungen“ bezeichnete man vor der Einführung der ICD – 10 – Klassifikation 1992 Erkrankungen, bei deren Entstehung seelische bzw. psychosoziale Faktoren eine maßgebliche Rolle zu spielen schienen. Nach der heutigen rein deskriptiven Klassifikation fand eine Umbenennung in somatoforme Störung statt und der Gedanke einer ätiologischen seelischen Verknüpfung zur Krankheitsentstehung wurde nicht mehr formuliert.

Nach früheren Theorien entstanden sogenannte psychosomatische Erkrankungen auf der Grundlage von seelischen Spannungen, die durch äußere psychische bzw. psychosoziale Belastungen ausgelöst wurden. Die vier ätiologischen Hauptgruppen von psychogenen Erkrankungen waren reaktive Störungen, Neurosen, Psychosomatosen und traumatogene Störungen. Die Vorstellung war, dass durch das Zusammenwirken einer dekompensierten, erworbenen seelischen Fehlentwicklung mit organischen Krankheitsfaktoren psychosomatische Erkrankungen verschiedener Körperorgane mit Organläsionen wie Ulzerationen, Entzündungen oder degenerativen Veränderungen entstehen könnten. „Heute wird das Verständnis einer Entstehung von Symptomen direkt aus der chronischen vegetativen Spannung heraus bevorzugt“ (Hoffmann et al. 2009 S.81).

Multilokuläre Gene scheinen an Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten beteiligt zu sein. „Zum Beispiel scheint nach Hetteema et al. (2001) bei 43% der Panikstörungen, 32% der generalisierten Angststörungen und 20 – 40% der Phobien ein nennenswerter genetischer Faktor mitzuspielen“ (Hoffmann et al. 2009, S.84).

„Insgesamt kann man also von einer multifaktoriellen Genese aller Erkrankungen ausgehen, wobei verschiedene Faktoren für die Prädisposition, die Auslösung, die Aufrechterhaltung, die Chronifizierung und den unterschiedlichen Spontanverlauf von Krankheit und Leiden verantwortlich sind“ (Hoffmann et al. 2009 S.85).

Angesichts der hohen somatisch – psychischen Komorbiditätsraten und der negativen gesundheitsökonomischen Folgen wird von Baumeister und Härter gefordert, weitere klinische Studien durchzuführen. Dabei solle die Wirksamkeit spezifisch adaptierter psychotherapeutischer Interventionen bei somatisch – psychisch erkrankten Patienten untersucht werden.

1.3 Psychosoziale Aspekte bei Rheumatoider Arthritis

1.3.1 Krankheitsbild der rheumatischen Erkrankungen

Unter dieser Bezeichnung wird eine Vielzahl von unterschiedlichen Krankheiten zusammengefasst, die sich in Ursache, Verlauf, Symptomatik und in leichten bis lebensbedrohlichen Verläufen unterscheiden. Meistens sind Organe des Bewegungsapparates betroffen und es bestehen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Akute Entzündungsschübe können sich mit freien Intervallen abwechseln. Pathogenetisch vermutet man bei der chronischen Polyarthritis, deren Prävalenz 1-2% der erwachsenen Bevölkerung beträgt, einen Autoimmunprozess. „Bei genetisch disponierten Personen wird durch einen unbekanntem Triggermechanismus eine entzündliche Infiltration der Gelenkschleimhaut mit autoreaktiven T-Helferlymphozyten induziert.

Im Zentrum der immunologischen Reaktion steht die Interaktion von Lymphozyten und Monozyten mit Produktion von proinflammatorischen Zytokinen.“(Herold 2008, S.606).

Als Folge der Knorpelzerstörung entstehen Fehlstellungen von Gelenken mit daraus folgerndem Funktionsverlust oder auch extraartikuläre Organmanifestationen an Herz, Lunge, Augen und Gefäßen.

Aufgrund der oft notwendigen Cortisontherapie entstehen häufig Magengeschwüre; eine rasch einsetzende medikamentöse und physikalische Therapie ist aber notwendig, um Schrumpfung der Gelenkkapsel und Muskelatrophie zu vermindern. Immunsuppressiva beschränken die Patienten in ihrer Leberfunktion und verbieten die Erfüllung bestehenden Kinderwunsches; entsprechend massiv sind also die Auswirkungen auf die Lebensführung und Lebensqualität der häufig noch jungen Patienten.

1.3.2 Entstehung und Verlauf

In der früheren Literatur wurde in der psychosomatischen Medizin das „komplementäre Verhältnis von Anlage und Umwelt“ betont und neben den Organdispositionen besonders die frühkindliche Entwicklung und Sozialisation der Patienten angeschaut.

So wurde bei der rheumatoiden Arthritis neben erblichen somatischen Faktoren auch eine soziale Vererbung postuliert und beschrieben, dass rheumatische Patienten als Kinder durch Einschränkung ihrer körperlichen Freiheit bestraft wurden. „Halt still“ sei ein charakteristischer Befehl, den sie in der Kindheit erfahren haben. (Bräutigam 1973).

Aus heutiger Sicht wird der Weg zum Verstehen der Krankheitszusammenhänge über den Weg der Psychoimmunologie bestritten. „Neuere Testuntersuchungen zeigen, dass sich die Persönlichkeitsstruktur Rheumakranker nicht wesentlich von der bei anderen chronischen Krankheiten unterscheidet(...) die Psychodynamik des

Rheumakranken scheint demnach in erster Linie durch den Zusammenhang von Schmerz und Rheuma gegeben zu sein(...). Eine sehr gründliche Studie von Lichtenberg et al. (1986) bestätigt natürlich die Rolle des Ausmaßes der arthritischen Gelenkveränderung als Prädiktor für die Schmerzbeschwerde, findet aber, dass psychische Faktoren für die Voraussage des subjektiven Leidens an Schmerzen ein dreimal größeres Gewicht haben“(Hoffmann et al. 2009, S.379).

Wie der Name sagt ist die chronische Polyarthritis eine das ganze Leben bestehende Erkrankung, die häufig schon in jüngeren Jahren einsetzt. Unter dem rheumatischen Formenkreis subsumiert man aber auch Patienten mit Arthrose, im Alter häufiger auftretende degenerative Veränderungen der Gelenke, die auch unter Schmerzen zu Einbußen der Bewegungsfähigkeit und damit der Lebensqualität führen.

1.3.3 Psychische Beschwerden

Diese Veränderungen des bisherigen Lebensstils führen je nach Persönlichkeit, Alter und Krankheitsstadium zu unterschiedlichen psychischen Beeinträchtigungen der Patienten.

Reaktive psychische Störungen, vor allem depressive Verstimmungen, wurden bei 40 bis 60% der Patienten mit langen und progredienten Krankheitsverläufen der chronischen Polyarthritis beobachtet. Diese werden als Folge der Einschränkungen durch die Schmerzen und der Verluste der körperlichen Mobilität, des Arbeitsplatzes, des Partners und der sozialen Integration verstanden. Die unterschiedlichen Coping - Stile: aktive Auseinandersetzung, Verleugnung, hilflose Unterwerfung - haben einen prädiktiven Wert für den Verlauf der Erkrankung. Die Aktivität und Mitarbeit der betroffenen Patienten ist für den Verlauf von entscheidender Bedeutung, Schuldzuweisungen bei erneuten Krankheitsschüben sind aber verständlicherweise kontraproduktiv und verschlechtern das psychische Befinden.

Psychische Störungen sind außerdem häufig mit somatischen Beschwerden vergesellschaftet wie z.B. Schlafstörungen oder vegetativen Symptomen, die in

einem kausalen Zusammenhang mit der Grunderkrankung stehen können oder auch nicht.

So kann man diagnostisch unterscheiden, ob eine psychische Störung reaktiv auf eine somatische Beschwerde folgt, ob die somatische Beschwerde eine Folge der psychischen Störung ist oder ob kein kausaler Zusammenhang zwischen beiden besteht (Härter et al. 2007).

1.4 Psychosoziale Aspekte bei Krebserkrankungen

1.4.1 Krankheitsbild der Krebserkrankungen

Unter der Bezeichnung „Krebs“ werden allgemein maligne Formen von Tumorerkrankungen verstanden, die in allen Altersgruppen und in verschiedensten Organsystemen auftreten können. Charakteristisch für diese „böartigen“ Tumorzellen ist eine rasche Proliferation mit erhöhtem Energieverbrauch und bei vielen Formen die Fähigkeit zur Metastasierung in andere Organe. Durch die Veränderung und Größenzunahme der betroffenen Körperteile kommt es zu unterschiedlichen Funktionseinschränkungen und, bei Verlust der Organtätigkeit, oft zu vorzeitigem Tod.

Pathogenetisch stehen sowohl genetische Faktoren als auch Umwelteinflüsse und geschwächte Immunabwehr im Verdacht bei der Entstehung der unterschiedlichsten Krebsformen. In Deutschland erkranken jährlich etwa 400.000 Menschen neu an einer der 150 bekanntesten Krebsarten. Die häufigsten Krebslokalisationen sind, je nach Geschlecht:

Mamma, Prostata, Darm, Lunge, Uterus, Ovarien, Harnblase, Magen, Bauchspeicheldrüse und Mundhöhle. Die Erkrankungshäufigkeit nimmt mit dem Alter exponentiell zu (Herschbach et al., 2006).

Die Therapiemöglichkeiten bestehen, je nach Histologie und Lokalisation der Tumoren, in Operationen, Chemotherapie und Bestrahlung; bei Einzelformen in der Gabe von Hormonen und Immunsuppressiva. Entsprechend vielfältig sind die körperlichen Beeinträchtigungen der behandelten Patienten.

1.4.2 Entstehung und Verlauf

Ähnlich wie bei den chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates können auch bei Krebserkrankungen in der Ätiologie immunologische Prozesse gesehen werden, solche psychoimmunologische Zusammenhänge sind aber umstritten.

Auch bei Krebserkrankten wurden psychische Dispositionen, wie kindliche Deprivationserfahrungen und traumatische Verlusterlebnisse in Zusammenhang zur Krankheitsentstehung gesetzt und bestimmte Persönlichkeiten mit freundlicher Fassade und besonderem Fleiß und Gewissenhaftigkeit wurden als gefährdet für eine Krebserkrankungsentstehung gesehen. Diese Hypothesen konnten genauen Prüfungen aber nicht standhalten, sodass das Bestehen einer „Krebspersönlichkeit“ heute abgelehnt werden muss. Wichtig für die Lebensqualität der Patienten sind aber die Bewältigungsstrategien, ob die Erkrankung nur zu depressiver Reaktion führt, oder ob auch positive Krankheitserfahrungen wie „bewusster leben“ gemacht werden können.

Diese Frage wird bei Hoffmann et al. ausführlich diskutiert und wie folgt zusammengefasst:

Die Grundpersönlichkeit und die bevorzugten psychischen Verarbeitungsmuster bestimmen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit den Verlauf der Krebserkrankung mit.

Ein aktiver Stil der Krankheitsverarbeitung geht mit einer längeren Überlebenszeit einher. Die subjektive Lebensqualität könnte ein unabhängiger Prädiktor der Überlebenszeit sein. Der somatische Krankheitszustand und -verlauf kann die Krankheitsverarbeitung direkt über psychoaktive neoplastische Hormone oder

indirekt über die emotionale Reaktion des Patienten auf seinen körperlichen Zustand beeinflussen (Faller 2001). Tierexperimentell liegen Ergebnisse vor, die für die Tumorgenese Stressfaktoren verschiedenster Art als mitverursachend belegen. „Der praktische Einsatz der Psychosomatischen Medizin ist auf diesem Felde die Mitbehandlung von Karzinompatienten (...) bei Komplikationen von depressiven Verstimmungen und Angstzuständen bis zur dauernden Furcht vor einem Rezidiv und weiterreichenden Problemen in der Partnerschaft. Nach klinischer Beobachtung haben die Männer krebskranker Frauen eine Neigung, sich eher emotional oder real „abzusetzen“, während die Frauen krebskranker Männer den Konflikten deutlich weniger ausweichen und sich in Betreuung und Pflege stärker engagieren“ (Hoffmann et al. 2009 S.393 – 395).

Die Fragestellung, ob eine Psychotherapie die Überlebenszeit von Krebspatienten verlängern kann, ist durch Untersuchungen noch nicht endgültig geklärt, die Datenlage spricht tendenziell eher dagegen (Herschbach & Heußner 2008).

Auch bei gleicher Lebensdauer der Patienten entscheidet die Lebensqualität der Erkrankten also über das sinnvolle Einsetzen psychotherapeutischer Interventionen.

1.4.3 Psychische Beschwerden

Bei Krebspatienten bestehen allgemein erhöhte Angstwerte, da die Erkrankungen jederzeit zu Rezidiven oder Metastasen führen können. Besonders vor fälligen Kontrolluntersuchungen steigt bei der Hälfte der Patienten die Angst vor einer Verschlimmerung des Krankheitsverlaufes, ein Gefühl der Ungewissheit bleibt auch nach dem Erreichen der „Fünfjahresgrenze“. Als häufige und stärkste psychosoziale Belastungen werden genannt: Verschlechterung der Partnerbeziehung; Angst vor Hilflosigkeit und Siechtum; Angst, nicht mehr für die Familie da sein zu können; Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung; Angst, nicht mehr arbeiten zu können und sich wertlos zu fühlen. (Herschbach et al., 2004). Bei Härter (2002) wird eine Schwankungsbreite von 7% bis 49% von Angststörungen bei Krebskranken beschrieben. Es handelt sich also um eine große Patientengruppe, deren Symptome

nicht ausreichend in der Versorgung bedacht werden, und das auch nicht im gut versorgten europäischen Raum.

In einer Metaanalyse von psychischen Erkrankungen bei stationären Krebspatienten weltweit reichte die Erkrankungsrate von 23% in der Türkei bis zu 53% in Uganda mit einem Mittelwert von 32% (Singer et al. 2010).

Bei einer Studie mit Tumorpatienten im Akutstadium zeigten beim „Strukturierten Klinischen Interview nach DSM-4“ 32% der Patienten psychische Erkrankungen. Davon wünschten sich ein Großteil psychosoziale Unterstützung: 83% durch einen Arzt, 77% vom Pflegepersonal, 44% vom Kliniksozialdienst, 30% durch einen Psychologen, 8% von einem Seelsorger. Besonders betroffen waren Patienten jüngeren Alters, weiblichen Geschlechts und geringen Einkommens. Ebenso hatten aktuelle chemotherapeutische Behandlung, Diagnostik und bestimmte Tumorlokalisationen einen Einfluss auf erhöhte Komorbidität (Singer et al.2007).

Gewünscht wird also von allen Patienten eine einfühlsame Information über ihre Krankheit und eine Begleitung bei im Verlauf auftretenden Problemen und Ängsten.

2. Progredienzangst

Neben Angststörungen im Sinne psychischer Erkrankungen sind bei chronisch körperlich Kranken häufig spezifische psychische Probleme zu beobachten, die zum Teil nur ungenügend durch klassische psychiatrische Diagnosen abgebildet werden. Deshalb folgt eine ausführliche Beschreibung der bestehenden Angstbegriffe.

2.1 Allgemeine Angstbegriffe

Das Gefühl der Angst gehört in verschiedenen Ausprägungen zum menschlichen Leben und die Geschichte der Menschheit lässt immer neue Versuche erkennen, Angst zu bewältigen, zu vermindern, zu überwinden oder zu binden. Da ein Leben ohne Angst eine Illusion ist, können wir nur versuchen, „Gegenkräfte gegen sie zu entwickeln: Mut, Vertrauen, Erkenntnis, Macht, Hoffnung, Demut, Glaube und Liebe. Diese können uns helfen, Angst anzunehmen, uns mit ihr auseinanderzusetzen und sie immer wieder neu zu besiegen“ (Riemann 1978, S.7). Eine der Forderungen des Lebens ist, dass wir die Dauer anstreben – „mit dem gleichzeitigen Wissen, dass wir „*media in vita morte sumus*“, dass unser Leben jeden Augenblick zu Ende sein kann“ (Riemann 1978, S.14).

Angst wird in der Medizin als sinnvolle Warnung vor gesundheitsgefährdenden Handlungen gesehen, aber auch als nicht sinnvolle Verselbständigung ohne äußere Gründe im Rahmen von psychotischen und neurotischen Erkrankungen. Sie ist somit ein Hauptsymptom, mit deren Verminderung sich psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen befassen.

Sigmund Freud beschreibt in seiner allgemeinen Neurosenlehre: „Eine allgemeine Ängstlichkeit, eine sozusagen frei flottierende Angst, die bereit ist, sich an jeden

irgendwie passenden Vorstellungsinhalt anzuhängen, die das Urteil beeinflusst, die Erwartungen auswählt, auf jede Gelegenheit lauert, um sich rechtfertigen zu lassen.“ Er nennt diese Form „(...) Erwartungsangst, und diese Personen sehen von allen Möglichkeiten immer die schrecklichste voraus“ (Freud 1916, S.384).

Diese heute als generalisierte Angststörung bezeichnete Form der Erkrankung setzt voraus, dass „Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden“ bestehen und die Patienten „befürchten, sie selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder verunglücken“ (Dilling et al. 2000, S. 161) und nicht, dass eine reale schwere Erkrankung besteht und behandelt wird.

In der Therapie von chronisch Kranken primär somatischer Art trifft man aber weniger auf Menschen mit einer Angstneurose, bei der die Angst weit über das erträgliche Maß hinaus bis hin zu panikartigen Zuständen gesteigert ist und auch nicht auf Patienten, deren Angstinhalte wahnhafter Natur sind. Es gilt, mit den Patienten die realistischen Einschränkungen ihrer Erkrankungen einzuschätzen und sich auf die kommenden Ereignisse so einzustellen, dass eine Angstüberflutung gestoppt und auf ein sinnvolles Maß reduziert werden kann.

Ängste bei körperlichen Erkrankungen werden in zahlreichen Studien untersucht. Besonders chronische somatische Erkrankungen aus den Bereichen kardiovaskulärer, rheumatischer, neoplastischer und Atemwegs-Erkrankungen zeigen eine hohe Prävalenz zu psychischen Störungen mit Ängsten und Depressionen (Härter et al. 2007).

2.2 Angstbegriff in den Diagnosen der ICD

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation ICD -10 (Dilling et al. 2000) werden die heute in Europa

gültigen Einteilungen der psychiatrischen Krankheitsbegriffe im Kapitel V (F) aufgeführt und der Begriff der Ängste neurotischer Zuordnung vor allem im Kapitel F 40 bis F 43 erläutert. Alle folgenden Beschreibungen und Zitate entstammen dieser im täglichen Gebrauch von Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenkassen in Deutschland verwendeten ICD-Klassifikation.

Darin werden „phobische Störungen“ (F40) „ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte – außerhalb des Patienten – hervorgerufen. Diese Situationen oder Objekte werden charakteristischerweise gemieden oder voller Angst ertragen. Phobische Angst ist subjektiv, physiologisch und im Verhalten von anderen Angstformen nicht zu unterscheiden und reicht von leichtem Unbehagen bis hin zu panischer Angst. Befürchtungen des Patienten können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühle beziehen und treten häufig zusammen mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl wahnsinnig zu werden auf. Die Angst wird nicht durch die Erkenntnis gemildert, dass andere Menschen die fragliche Situation nicht als gefährlich oder bedrohlich betrachten. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst“ (Dilling et al.2000 S.155).

Dagegen sind bei der Panikstörung (F 41.0) „das wesentliche Kennzeichen wiederkehrende schwere Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. (...) typisch ist aber der plötzliche Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen. (...) Fast stets entsteht dann sekundär auch Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder der Angst, wahnsinnig zu werden“ (Dilling et al.2000 S. 160).

Bei der „generalisierten Angststörung (F41.1) treten anhaltende Ängste auf, die nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung begrenzt sind, d.h. frei flottierend sind. Zu diesem Bild gehören Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden, wobei häufig Befürchtungen geäußert werden, der Patient

selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder verunglücken“ (Dilling et al.2000 S.161). Dabei leiden die Patienten meist mehrere Monate unter Befürchtungen, motorischer Spannung und vegetativer Übererregbarkeit.

Unter (F41.2) werden Angst und depressive Störung, gemischt klassifiziert, wobei keine der beiden gleichzeitig bestehenden Störungen ein Ausmaß erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde.

Bei den Patienten der Gruppe der Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F 43) tritt „ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und schließlich eine Anpassungsstörung hervorruft“ (Dilling et al. 2000, S.167) auf. Die „individuelle Disposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine größere Rolle (...) Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst, Besorgnis (oder eine Mischung von diesen), ein Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, vorausplanen oder in der gegenwärtigen Situation fortfahren zu können, ferner eine Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine“ (Dilling et al.2000, S.171)

Die Symptome halten meist nicht länger als 6 Monate an, außer bei der längeren depressiven Reaktion (F 43.21), die sich bis zu 2 Jahren erstrecken kann.

Andererseits werden von den Anpassungsstörungen die affektiven Störungen abgegrenzt; zu den depressiven Episoden (F 32) gehören die Symptome: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit, wenn sie mindestens 2 Wochen anhalten.

Unter einer wahnhaften Störung (F 22.0) können sich auch Überzeugungen finden, an einer nicht nachweisbaren Krankheit oder einem missgestalteten Körper zu leiden; diese Störungen dauern im allgemeinen lange an und sind nicht korrigierbar,

gehören zu den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises und sind abzugrenzen von der somatoformen „hypochondrischen Störung," (F45.2) „deren vorherrschendes Kennzeichen die beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit ist, an einer oder mehreren schweren fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden (...) auch wenn wiederholte Untersuchungen keine ausreichende körperliche Erklärung erbracht haben“ (Dilling et al. 2000, S.186 – 187). „Bei Patienten, die unter einer spezifischen Krankheitsbefürchtung ohne Akzentuierung körperlicher Beschwerden leiden und die sich bewusst sind, dass die zukunftsgerichtete Angst unbegründet ist, sprechen Autoren (...) von Krankheitsphobie als Untergruppe einer Hypochondrischen Störung“ (Henningsen & al. 2002 S.121 – 122).

Von diesen irrationalen Angststörungen und abnormen Reaktionen auf schwere Belastungen sind die Symptome der Progredienzangst abzugrenzen, für die es keine psychiatrischen Klassifikationsziffern gibt. Progredienzangst zählt eher zu (F 54) psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten. Diese psychischen Störungen sind meist langanhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, Erwartungsangst) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer anderen Kategorie in Kapitel V (F)“ (Dilling et al. 2000 S.219).

Sowohl das vorwiegend in Europa verwendete Diagnosesystem der ICD – 10 als auch das in den USA gebräuchliche DSM – IV verzichten auf die Berücksichtigung der Ätiologie psychischer Störungen zugunsten einer ausschließlich deskriptiven Diagnostik. Nur die als Reaktionen auf außergewöhnliche Belastungen zu verschlüsselnde akute Belastungsreaktion F43 und die posttraumatische Belastungsstörung F43.1 wären bei körperlichen Erkrankungen mit starker Angstreaktion anwendbar, wenn nicht der zeitliche Faktor : „Bis 3 Tage“ und „mit einer Latenz bis zu 6 Monaten“ die häufigen Befürchtungen bei chronischen körperlichen Krankheiten mit langem Verlauf dies ausschließen würde. Es fehlt also ein Diagnosebegriff für diese real begründeten Ängste, die dennoch ein krankhaftes und behandlungsbedürftiges Maß annehmen können.

2.3 Beschreibung und Abgrenzung von Progredienzangst

Bei einigen chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Rheuma und malignen Carzinomen wurde festgestellt, dass Furcht vor dem Fortschreiten der Erkrankung eine zentrale Sorge der Patienten ist (Herschbach et al. 2005). Diese Sorgen sind nicht irrational, dem Gegenstand gegenüber unangemessen, wie bei den Angststörungen und nicht wahnhaft, da die Patienten tatsächlich der unvermeidbaren Bedrohung einer nachgewiesenen und im Behandlungsprozess befindlichen Erkrankung ausgesetzt sind. In Abgrenzung zu den im ICD – Verzeichnis aufgeführten irrationalen neurotischen oder psychotischen Ängsten handelt es sich bei der Progredienzangst um rationale, im Krankheitszusammenhang verstehbare Ängste vor dem Fortschreiten der vorhandenen chronischen Erkrankung.

Somit ergab sich die Notwendigkeit, dieser beschriebenen Angstform einen prägnanten Namen zu geben.

Progredienzangst (**PA**) wurde definiert als eine reaktive, bewusst wahrgenommene Furcht, die aus der realen Erfahrung einer schweren, potentiell lebensbedrohlichen oder zur Behinderung führenden Erkrankung und ihrer Behandlung entsteht. Ihre Ausprägung beschreibt ein Kontinuum zwischen „funktionaler“ und „dysfunktionaler“ Angst mit potentiell negativen Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche wie z.B. Beruf, Sozialkontakte, medizinische Behandlung etc.. PA kann in ihren emotional-physiologischen, kognitiven und behavioralen Dimensionen erfasst werden. Als behandlungsbedürftig im Sinne einer psychosozialen Therapie werden Patienten angesehen, die sich durch Art und Umfang der Angst subjektiv stark in ihrer Lebensqualität bzw. Alltagsbewältigung eingeschränkt fühlen (Dankert et al. 2007).

In Abgrenzung zu den im ICD – Verzeichnis aufgeführten irrationalen neurotischen oder psychotischen Ängsten handelt es sich bei der Progredienzangst um rationale, im Krankheitszusammenhang verstehbare Ängste vor dem Fortschreiten der vorhandenen chronischen Erkrankung.

Die Befürchtungen der Patienten können sich auf verschiedene Inhalte beziehen und sind oft von Niedergeschlagenheit begleitet. Progredienzangst korreliert mit einer langen Krankheitsdauer. Progredienzangst ist grundsätzlich eine angemessene Reaktion und man kann ihr sogar eine Schutzfunktion zuschreiben, zum Beispiel indem sie psychische Funktionen mobilisiert, die der seelischen Bewältigung der Situation dienen, oder indem sie längerfristig zur Suche nach präventiven oder bewältigenden Handlungskonzepten führt (Herschbach et al. 2006).

2.3.1 Erfassung von Progredienzangst

Im Rahmen des Projekts zur Diagnostik und Therapie der Progredienzangst der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. P. Herschbach wurde zunächst in der ersten Phase ein psychologischer Test zur Erfassung der Progredienzangst, der Progredienzangstfragebogen (**PA - F**) entwickelt. Dabei wurden 65 Patienten mit chronischen Erkrankungen bezüglich Angstinhalten, Angstauslösern und Angstbewältigung befragt. Die Erhebung wurde mittels eines halbstandardisierten ca. 60 – minütigen Interviews durchgeführt. Die Patienten gaben an, welche Sorgen, Befürchtungen oder Ängste sich gedanklich, körperlich oder im Verhalten äußerten.

Die Ergebnisse der untersuchten Patienten mit den Krankheiten Krebs, Diabetes und Rheuma zeigten deutlich, dass sich die Angstinhalte auf körperliche Beeinträchtigungen mit nachfolgender verminderter Leistungsfähigkeit in Beruf und Haushaltsführung bezog, bis hin zu den Vorstellungen von Hilflosigkeit und Sterben. Bei den Diabetikern war eine Hauptangst der Funktionsverlust eines Organs als Folge des schlecht eingestellten Zuckers, die Krebspatienten fürchteten Rezidive und Metastasen.

Die Angst äußerte sich sowohl in körperlichen Symptomen wie Herzrasen, innerer Unruhe und Hitzegefühlen, als auch in Konzentrations – und Schlafstörungen. Die Tumorpatienten gaben auch die depressiven Symptome Morgentief, Grübelzwang und Niedergeschlagenheit an; Rheumapatienten sprachen von größerer Gereiztheit

und dem Gefühl der Ohnmacht, was zu Rückzugstendenzen im privaten Bereich führe. Als Auslöser waren Krankheitsschübe und Kontrolluntersuchungen von besonderer Wichtigkeit und die Erstdiagnose wurde oft als „Horror“ erlebt. Der Angstverlauf hing ab von der Schwere des Krankheitsverlaufes.

In der Angstbewältigung wurden verschiedene Kategorien gefunden: „durch Ablenkung Ängste nicht aufkommen zu lassen; durch den Rückhalt in der Familie besser mit der Angst umgehen zu können; durch Selbstbehandlung gegen die Erkrankung anzukämpfen; die Krankheit zu akzeptieren und sich selbst zu ermutigen“ (Dankert et al. 2003).

Ein aus diesen Informationen in der zweiten Phase erstellter erster Fragebogen enthielt 87 Items, mit welchem 411 Patienten untersucht wurden, um Subskalen zu bilden und die Reliabilität zu testen. Eine auf 43 Items gekürzte **PA – F** Langform kam in einer dritten Phase zur Prüfung der konvergenten und diskriminativen Konstruktvalidität und der Retest-Reliabilität bei 439 chronisch kranken Patienten zum Einsatz und erwies sich als klinisch relevant. In einer vierten Phase wurde der Fragebogen ins Englische übersetzt. (Herschbach et al. 2005).

Im Laufe der praktischen Anwendungen des PA-F wurde Bedarf nach einer kürzeren, ökonomisch einsetzbaren Version des Fragebogens laut und führte zur

Entwicklung einer Kurzform **PA – F - KF** mit 12 Items. Diese ist für Screeningzwecke bei Krebspatienten gut geeignet und zeigt die relevanten Befürchtungen von chronisch kranken Patienten, deren Angstgrad durch die Befragung festgestellt werden kann. Er wurde validiert mit der Untersuchung von 1.083 Brustkrebspatientinnen des Hamburgischen Krebsregisters. Wegen seiner Kürze und seinen sehr guten psychometrischen Kennwerten kann diese Testung sowohl im klinischen Alltag als auch in wissenschaftlichen Studien angewendet werden (Mehnert et al., 2006).

PA-F-KF

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich alle auf Ihre Erkrankung und mögliche **Zukunftssorgen** beziehen. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, was für Sie zutrifft. Sie können wählen zwischen "nie", "selten", "manchmal", "oft" und "sehr oft". Bitte lassen Sie keine Frage aus.

Sie werden sehen, daß einige Fragen nicht auf Sie zutreffen. Wenn Sie beispielsweise keine Familie haben können Sie Fragen zur Familie eigentlich nicht beantworten. Wir bitten Sie, in diesen Fällen ein Kreuz bei "nie" zu machen.

	nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
1. Wenn ich an den weiteren Verlauf meiner Erkrankung denke, bekomme ich Angst. _____	<input type="checkbox"/>				
2. Vor Arztterminen oder Kontrolluntersuchungen bin ich ganz nervös. _____	<input type="checkbox"/>				
3. Ich habe Angst vor Schmerzen. _____	<input type="checkbox"/>				
4. Der Gedanke, ich könnte im Beruf nicht mehr so leistungsfähig sein, macht mir angst. _____	<input type="checkbox"/>				
5. Wenn ich Angst habe, spüre ich das auch körperlich (z.B. Herzklopfen, Magenschmerzen, Verspannung). _____	<input type="checkbox"/>				
6. Die Frage, ob meine Kinder meine Krankheit auch bekommen könnten, beunruhigt mich. _____	<input type="checkbox"/>				
7. Es beunruhigt mich, daß ich im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen sein könnte. _____	<input type="checkbox"/>				
8. Ich habe Sorge, daß ich meinen Hobbies wegen meiner Erkrankung irgendwann nicht mehr nachgehen kann. _____	<input type="checkbox"/>				
9. Ich habe Angst vor drastischen medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>				
10. Ich mache mir Sorgen, daß meine Medikamente meinem Körper schaden könnten. _____	<input type="checkbox"/>				
11. Mich beunruhigt, was aus meiner Familie wird, wenn mir etwas passieren sollte. _____	<input type="checkbox"/>				
12. Der Gedanke, ich könnte wegen Krankheit in der Arbeit ausfallen, beunruhigt mich. _____	<input type="checkbox"/>				

©PA-F/KF, TUM 2001

Abbildung 1: Darstellung des PA – F – KF - Fragebogens.

Die größten Ängste der Patienten bezogen sich direkt auf den Krankheitsverlauf; wobei bei den in der Studie befragten Krebs-Patienten realistischer Weise auch nach erfolgreich abgeschlossener medizinischer Behandlung Rezidive oder Metastasen jederzeit möglich sind. Mehr als die Hälfte aller Krebspatienten fürchtet das erneute Auftreten eines Tumors und diese Furcht ist beinahe ständig präsent (O'Neil 1975).

Nachfolgend werden die angegebenen Ängste der Krebspatienten entsprechend der genannten Häufigkeiten in absteigender Reihenfolge aufgeführt (Herschbach & Berg 2009):

1. Angst vor drastischen medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung.
2. Angst vor dem weiteren Krankheitsverlauf.
3. Sorge, wegen der Erkrankung irgendwann Hobbies nicht mehr nachgehen zu können.
4. Beunruhigung darüber, im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen sein zu können.
5. Angst vor Schmerzen.
6. Verspüren körperlicher Angst.
7. Angst vor verminderter Leistungsfähigkeit im Beruf.
8. Nervosität vor Arztterminen oder Kontrolluntersuchungen.
9. Sorgen, dass die Medikamente dem eigenen Körper schaden könnten.
10. Beunruhigung über die Zukunft der Familie.
11. Beunruhigung darüber, nicht mehr (kontinuierlich) arbeiten zu können.
12. Beunruhigung darüber, dass die Kinder die Krankheit auch bekommen könnten.

Der Progredienzangstfragebogen (PA - F; 43 Items) und seine Kurzform (PA - F- KF; 12 Items) sind neu entwickelte und psychometrisch geprüfte Tests, die es erlauben,

Art und Umfang der emotionalen Belastung durch Progredienzängste zu quantifizieren. Der Schwellenwert für eine behandlungsbedürftige dysfunktionale Progredienzangst wurde bei einem cut off von 34 Punkten festgelegt (Herschbach & al. 2006).

Progredienzangst kann so in ihren emotionalen, physiologischen, kognitiven und behavioralen Dimensionen erfasst werden. Als behandlungsbedürftig im Sinne psychosozialer Therapie werden Patienten angesehen, die sich durch Art und Umfang der Angst subjektiv stark in ihrer Lebensqualität bzw. Alltagsbewältigung eingeschränkt fühlen (Herschbach & Berg 2009).

2.3.2 Konsequenzen von Progredienzangst

Progredienzangst zeigte sich besonders bei Carzinompatienten als die größte emotionale Belastung. Nach Waadt et al., kann eine funktionale Progredienzangst dazu führen, sich selbst gut zu behandeln, in angemessener Art und Weise mit den Krankheitsbeeinträchtigungen umzugehen und professionelle Hilfe anzunehmen, denn „Progredienzangst ist eine reaktive Realangst, die auf eine existentielle Bedrohung hinweist und deren Funktion darin besteht, Kraft und Motivation zur Selbstfürsorge bereitzustellen“ (Waadt et al., 2011, S.26). Bei einer dysfunktionalen Progredienzangst gerät die Angst außer Kontrolle und führt zu einer Minderung der Lebensqualität. Es kann zu Wutausbrüchen oder zu einem Rückzug von der realen Umgehung kommen, bis hin zur Entstehung einer depressiven Erkrankung. Die Aufforderung „positiv zu denken“ kann sich zum Gegenteil verkehren und ohne Erfolg bleiben, wenn nicht in einer Gesamttherapie die bestehenden Ängste geäußert werden dürfen und der Patient sich aktiv mit der Angst und den Konsequenzen seiner Erkrankung auseinandersetzen darf.

Eine Indikation zur Psychotherapie besteht also, wenn die Lebensqualität des Patienten massiv eingeschränkt ist, er aber entsprechend angeleitet diese Ängste bewusst einsetzen kann, um eine konkrete Planung zur Vorsorge und zu Gegenmaßnahmen gegen Symptome der Erkrankung zu entwickeln.

2.4 Therapie von Progredienzangst

Progredienzangst ist einerseits unumgänglich, da es die Realität schwerer Erkrankungen ist, zu Behinderung und Tod führen zu können. Andererseits können übermäßige Angstsymptome zu einer Verschlimmerung des Krankheitserlebens und einer unnötigen Einschränkung der Lebensqualität führen.

Aus diesem Grunde wurde eine spezielle Progredienzangsttherapie entwickelt, die darauf Rücksicht nimmt, Patienten dabei zu helfen von ihrer im Kern berechtigten Angst nicht überflutet zu werden und ein gutes Leben im Rahmen ihrer Erkrankung führen zu können.

Dazu gehört, dass die Patienten sachlich medizinisch im Rahmen ihrer Verstehensmöglichkeiten über das Ausmaß und mögliche Verlaufsformen ihrer jeweiligen Krankheit aufgeklärt werden, dass sie in einer geschützten persönlichen Umgebung ihre Ängste und Fragen äußern dürfen und dass sie auf verständnisvolle und mitfühlende Antworten und Vorschläge hoffen können. „Die Angst verliert an Bedrohlichkeit, wenn man sich ihr stellt, sie konkretisiert und analysiert, sie auch aushält. Ziel der Therapie ist nicht Angstfreiheit, sondern die Nutzung der Angst als Signal und Handlungsmotivation zur Selbstfürsorge sowie Erhöhung bzw. Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Die Patienten sollen lernen, dass sie der Angst etwas entgegensetzen haben, ihr nicht ausgeliefert sind. Durch die Reflexion und Umbewertung von Lebenszielen und -bereichen sollen sie an Lebensqualität gewinnen. Positive individuelle und soziale Erfahrungen und Erfolgserlebnisse in der Gruppe schließlich sollen ihr Selbstwertgefühl stärken. Der Patient soll „Werkzeuge“ an die Seite gestellt bekommen, die ihm im Alltag helfen, mit der Angst umzugehen, sich nicht passiv überfluten zu lassen und die Kontrolle zu behalten“ (Herschbach & Heußner 2008 S. 126).

Im Rahmen eines Projektes zur Diagnostik und Therapie der Progredienzangst bei chronisch Kranken der Arbeitsgruppe von Prof. P. Herschbach und Mitarbeitern der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum

rechts der Isar, Technische Universität München wurden Patienten verschiedener Diagnosegruppen während regulärer Rehabilitationsbehandlungen in drei süddeutschen Kliniken mit dem Progredienzangstfragebogen **PA-F- KF** untersucht und bei Bestehen einer klinisch relevanten Angst nach Randomisierung zu den zwei angebotenen Therapiegruppen eingeteilt. Bei dieser Auswertung handelt es sich um die Diagnosegruppen von Krebserkrankungen verschiedener Organsysteme nach Operation, Bestrahlung und Chemotherapie in unterschiedlichen Krankheitsstadien.

Ebenso wurden die Rehabilitationspatienten mit langjährigen rheumatischen Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade nach ihrem Angstlevel über das Fortschreiten der Erkrankung mit allen Einschränkungen ausgewählt und den Therapiegruppen zugeordnet.

Von den Mitarbeitern der Progredienzangst-Studie wurden zwei unterschiedliche Therapieprogramme entwickelt: Ein verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Therapiemodul, dessen Ziel es ist, die Patienten zu befähigen mit der eigenen Angst im Alltag umzugehen und so indirekt die Lebensqualität zu sichern: den Patienten Werkzeuge in die Hand zu geben, mit deren Hilfe sie ihre Angstüberflutung kontrollieren können. In den vier Sitzungen wurde mit den therapeutischen Kernelementen Verhaltensanalyse, Angstkonfrontation und konkrete Alltagskonsequenzen gearbeitet.

Über den gesamten Therapiezeitraum hinweg wurden alle Sitzungen begleitet durch die Rahmeninterventionen Hausaufgaben, Tagebuch, „Lösungskoffer“ und Entspannungsübungen. In den Hausaufgaben wurden selbstwertfördernde Aktivitäten eingeübt und in einem Aktionsplan die im Alltag notwendigen Schritte zur Umsetzung von Lebensfreude als Ausgleich zur Progredienzangst festgelegt (Herschbach & Heußner 2008).

Als Vergleichstherapie wurde eine Therapie-Gruppe nach der Methode der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth C. Cohn (2000) aufgestellt, in denen Themen der Krankheitsbewältigung und Sinnfindung behandelt wurden und die zu gleichen Zeit- und Therapeuten-Bedingungen arbeitete.

Die Gemeinsamkeiten der Therapien bestanden also im gleichen Setting von viermal einer Doppelstunde Therapie in Gruppen von maximal 10 Teilnehmern. Sowohl bei der Vermittlung, wie bei der Wahrnehmung der Inhalte wurde großer Wert darauf gelegt, unterschiedliche Modalitäten und Medien zu benutzen. Für beide Gruppen wurden allgemeine Ziele der Therapeutenhaltung bzw. Gruppenregeln definiert. Nach den Therapien wurden bei allen Patienten Befragungen mittels des PA-F Bogens über das Ausmaß der verbliebenen Progredienzangst durchgeführt. Insgesamt wurde der Progredienzangstfragebogen von den Patienten vier Mal beantwortet: Vor und nach der Kurzzeitpsychotherapie, nach 3 Monaten und nach 12 Monaten vom Therapieabschluß aus gerechnet.

2.4.1 Therapiemodule

Gruppe 1: spezifische Verhaltenstherapie (EXP)

In der verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppe wurde durch Patientenschilderungen der körperlichen Aspekte, der Auslöser und Stärkegrade der Angst versucht, die Selbstwahrnehmung der Angst zu verbessern, sie als Ressource verstehen zu lernen und sich mit den Angstgehalten zu konfrontieren. Dabei kam der Übung des „Zu – Ende – Denkens“ eine besondere Bedeutung zu. Die Bedeutung der Angst im Alltag wurde an anderen Lebensinhalten relativiert und verschiedene Interventionen zur Angstkontrolle wurden vorgestellt.

Dies geschah unter Einhaltung gruppenpsychotherapeutischer Regeln mit Orientierung an den Aussagen der Patienten, akzeptierender Grundhaltung, Betonung von hilfreichen Bewältigungsstrategien und Stärkung von Hoffnung.

Die Therapeuten waren seit mindestens drei Jahren therapeutisch tätig und wurden supervidiert, die Patienten waren volljährig und der deutschen Sprache mächtig.

Ablauf der Verhaltenstherapeutischen Gruppe:

1. Sitzung: Vorstellen der Therapeuten. Bildung von Zweiergruppen, in denen die Patienten sich und ihre Lebensumstände schildern unter dem Thema: "Ich habe Angst vor und gehe bisher mit meiner Angst ... um." Von dem jeweiligen Partner werden diese Beschreibungen der Gruppe vorgetragen.

Vom Gruppenleiter werden die Studien - und die Gruppenregeln vorgetragen. In einer kurzen Einführung werden die Patienten auf das Thema eingestimmt: „Wovor habe ich die größte Angst, wie spüre ich, was denke ich, wie reagiere ich, wie hilft das?“ Nach einem Austausch werden die „Werkzeuge“ der nächsten Zeit vorgestellt: Angstbarometer, Angsthierarchien, Angsttagebücher. Angst wird als ein Signal und eine Kraft bezeichnet. In einer Entspannungsübung von 15 Minuten werden am Ende Atemwahrnehmung geübt und eine „Phantasiekörperreise“ unternommen.

2. Sitzung: Nach einer Zusammenfassung der letzten Stunde werden das Führen des Angsttagebuches und seine Zielzustände besprochen mit den Stichpunkten: Vermeiden und Ändern von Angstauslösern, sich entsprechenden Situationen stellen, sich zu eigenen Gedanken ermutigen, Gespräche mit anderen führen, durch Entspannung die körperlichen Reaktionen beeinflussen.

In der wichtigsten Übung der Therapie wird erprobt: „Wie gehe ich mit der „größten Angst“ um, wenn ein Ausweichen nicht mehr gelingen will?“ Dabei soll durch Konfrontation mit Sinneswahrnehmungen und den Fragen „Wie wahrscheinlich tritt die Situation ein, wie kann ich mich vorbereiten?“ eine kognitive Umstrukturierung eingeleitet werden. Diese kognitive Technik des „Zu – Ende – Denkens“ der schlimmsten Ängste ist die zentrale Intervention der Therapie.

Hausaufgabe: „Wie möchte ich reagieren, um mit mir zufrieden zu sein?“

3. Sitzung: Nach einer „Lösungsrunde“ über die Hausaufgabe der letzten Stunde wird in einer Imaginationsübung die Lebensgeschichte jedes Einzelnen unter dem Gesichtspunkt des Angstumgangs in verschiedenen Verlust- und Versagenssituationen analysiert und im Austausch als fördernde und schwierige Erfahrungen klassifiziert.

4. Sitzung: In der letzten Stunde wird in Einzelarbeit jeweils ein Lebenskreis gezeichnet mit den Bildern: Welche Bereiche sind von Angst und Krankheit betroffen, welche kann ich mit Freude leben, welche möchte ich ausbauen?

In kognitiver Umstrukturierung werden Bewertungen differenziert und variabel dargestellt; und einer Abschluss- „Entspannungsreise“ mit Atemübungen „Ruhepunkte“ aufgesucht.

In jeder der 90 – minütigen Therapiesitzungen werden also Entspannungsübungen eingesetzt, eine Methode als Mittel der Kontrolle gegen Angstüberflutung eingeübt und anhand von Arbeitsblättern der Istzustand und Lösungsmöglichkeiten zur Bewältigung der dysfunktionalen Progredienzangst festgehalten.

Gruppe 2: allgemeine Themenzentrierte Gruppe (KON)

In der Therapiegruppe nach der Methode der Themenzentrierten Interaktion wurden nicht-direktiv die Themen von Krankheitsmodellen und Krankheitsbewältigung verbalisiert, aber auch allgemeine Ansichten über Glaube, Sinn und Lebensziele erfragt. Zudem wurde über die unterschiedlichen sozialen Lebensbedingungen in Beruf und Partnerschaften gesprochen und versucht, die individuelle Autonomie zu stärken. Dabei kamen die persönlichen Fähigkeiten, soziale Kompetenzen und gewünschte Unabhängigkeit im Alltagsleben zur Sprache und wurden interindividuell verglichen.

Ablauf der Themenzentrierten Interaktionsgruppe

1. Sitzung: Nach einer Vorstellungsrunde von Therapeut und Patienten mit Darstellung der Gruppenregeln und des Forschungsprojektes werden die Erwartungen und Wünsche an einer Schreibwand aufgeschrieben und zu Themenlisten zusammengefasst.

Thema: Krankheitsbewältigung und Krankheitsmodelle

Folgende Bereiche wurden durch Befragung der einzelnen Teilnehmer allgemein erörtert:

- a.) Woher glaube ich kommt meine Krankheit?
- b.) Was glaube ich kann meine Krankheit günstig oder ungünstig beeinflussen?
- c.) Was hilft mir um mit meiner Krankheit fertig zu werden?

In einer Mappe werden Informationen zu diesen Themen verteilt und angeregt, eigene Erfahrungen einzutragen in die einghefteten Arbeitsblätter.

Als Hausaufgabe wird die Fragestellung: „Warum ich?“ mitgegeben.

2. Sitzung: Nach einer Zusammenfassung der letzten Sitzung werden anhand der Hausaufgabenfragestellung die Themen „Sinn, Glaube und Lebensziele“ in Kleingruppen erarbeitet.

Unter der zweiten Fragestellung „Welche Bedeutung hat die Erkrankung für mein Leben? (Was hat sich durch die Erkrankung in meinem Leben verändert?)“ werden die Antworten nach positiven und negativen Bedeutungen an einer Metaplanwand gesammelt und diskutiert und als Hausaufgabe das Arbeitsblatt „Sinn und Bedeutung der Erkrankung“ zur Bearbeitung ausgeteilt mit den Fragen: „Was möchte ich an der Bedeutung meiner Erkrankung ändern? Wie werde ich es versuchen?“

3. Sitzung: Im Anschluss an die Nachbesprechung der letzten Sitzung werden unter dem Thema „Partnerschaft und soziales Umfeld“ die folgenden Fragen bearbeitet:

- a.) Welche Menschen sind mir wichtig?
- b.) Wie beeinflusst meine Erkrankung meine Familie und mein Umfeld?
- c.) Welche Auswirkungen haben Beziehungen auf meine Erkrankung?
- d.) Wie helfen mir Beziehungen?

Nach Rollenspielen schließt die Gruppe mit einer Entspannungsübung.

4. Sitzung: Nach Zusammenfassung der letzten Stunde Einführung in das Thema „Eigenständigkeit und Leistungsfähigkeit“ unter Berücksichtigung der Fragen:

- a.) Wie ist es um meine Eigenständigkeit im Alltag, Beruf etc. bestellt?
- b.) Was hilft mir, meine Eigenständigkeit zu erhalten?
- c.) Was nehme ich mir an konkreten Veränderungen im Alltag vor?

Nach einer Abschlussrunde werden, so gewünscht, die Adressenlisten der Teilnehmer ausgeteilt und die kommenden Boosteranrufe angekündigt.

2.4.2 Vergleich der Therapiegruppen

Die zentrale Frage bei der Entwicklung und Durchführung der Progredienzangsttherapiestudie war, ob die im Forschungsteam entwickelte spezifische verhaltenstherapeutische Intervention besser geeignet ist, die Belastung im Zusammenhang mit Progredienzangst zu reduzieren, als das an üblichen Interventionen orientierte TZI-Programm (Berg 2009).

In der spezifischen Gruppenpsychotherapie 1. EXP, die auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie basiert, sind die zentralen Elemente die Verhaltensanalyse der Angst, die Konfrontation mit der Angst und der Erwerb von

Bewältigungsstrategien (Herschbach et al. 2006). In diesem direktiven Konzept bestimmen die Therapeuten die mit den Patienten zu behandelnden Themen. Die Gruppenmitglieder lernen, ihre individuellen Ängste zu definieren und zu sehen, wie diese sich in ihrem Alltagsleben manifestieren. Beim Einüben von Bewältigungsstrategien erfahren sie verschiedene Möglichkeiten für den sinnvollen Umgang mit ihren Ängsten.

In der allgemeinen Gruppenpsychotherapie 2. KON, die sich an den Regeln der themenzentrierten Interaktion orientiert, stehen die Themen Krankheitsbewältigung, Lebensziele und Autonomie im Vordergrund. Die Angst wird nicht fokussiert und der Führungsstil ist nicht direktiv, das heißt, mögliche Themen werden zwar von den Therapeuten vorgeschlagen, die Gruppenmitglieder wählen aber die für sie wichtigen Inhalte pro Stunde aus und diskutieren sie auf der Basis ihrer persönlichen Erfahrungen. Wichtige therapeutische Elemente sind emotionale Erfahrung und soziale Unterstützung (Herschbach et al. 2010).

Nach den Ergebnissen der Einjahreskatamnese kann ausgesagt werden, dass beide Interventionen eine signifikante Verminderung der Progredienzangst zur Folge hatten (Berg 2009).

In der Untersuchung der Gesamtstichprobe von 174 krebserkrankten Teilnehmern an der Gruppenpsychotherapie (nicht nur denen mit anschließenden Boosteranrufen) zeigten die Ergebnisse, dass die Patienten nach der Behandlung an geringerer Progredienzangst litten, als eine später untersuchte unbehandelte Vergleichsgruppe. Dabei gab es keinen signifikanten Unterschied darin, an welchem Therapieverfahren die Patienten teilnahmen (Herschbach et al. 2010).

3. Booster in der Psychotherapie

Der im anglo-amerikanischen gebräuchliche Ausdruck des „booster“ bezeichnet eine Verstärkung einer schon bestehenden Wirkung und wird besonders im medizinischen Bereich der Immuntherapie und bei Impfungen verwendet. Im Rahmen von Psychotherapie werden Telefonanrufe benutzt, um die positive Wirkung von stationären und ambulanten Psychotherapiegruppen zu verstärken, indem sie die Patienten an die gelernten Bewältigungsmechanismen erinnern und sie auffordern, diese weiterhin anzuwenden.

3.1 Booster bei der Behandlung von Abhängigen

In veröffentlichten Untersuchungen wurde dieses telefonische Verfahren besonders im Suchtbereich angewandt, um nach Therapiemodulen entlassene Patienten ambulant leichter erreichen zu können und die Therapieziele „aufzufrischen“. So erreichten Alkoholikerinnen ein besseres Ergebnis in der Dosisreduktion nach einer Therapie mit Informationen über die negativen Effekte des Alkohols, mit Training zu kontrolliertem Trinken und nach „phone call booster sessions“ (Walitzer & Connors 2007). Wobei schwere Alkoholikerinnen mehr profitierten als leicht erkrankte Frauen.

Bei einem Therapieprojekt mit Alkoholikern wurde nach Kurzzeittherapie in Form einer Boosterintervention eine zweite „brief motivational intervention“ angeschlossen; diese Patienten zeigten eine höhere Besserungsrate nach 12 Monaten. Als wirksam wurde besonders eine emotional unterstützende Beziehung des Therapeuten zu den Patienten gesehen, die den wichtigen Behandlungseffekt bewirkt (Baird et al. 2007).

Auch Raucher-Entwöhnungsstudien wurden mit einmaligem „telephone booster call“ durchgeführt, was aber nicht zu einer signifikanten Verbesserung der Erfolge führte (Resnicow et al. 1997).

In einer weiteren Untersuchung wurde ein Selbst-Hilfe-Programm zur Raucherentwöhnung bei in Städten lebenden Afro-Amerikanern durchgeführt. Diese erhielten eine Aufklärungsbroschüre, ein Video und einen Booster-Anruf, was zu einem kurzfristigen Erfolg führte (Resnicow et al. 1997).

3.2 Booster bei der Behandlung von psychisch Kranken

Bei depressiv-erkrankten Patienten wurde ein Projekt durchgeführt, bei dem neben der medikamentösen antidepressiven Behandlung durch den Hausarzt 6-12 Monate lang 8-12 Telefonsitzungen von 30 Minuten Dauer von Fachtherapeuten in Verhaltenstherapie und Informationsvermittlung durchgeführt wurden, die die Compliance erheblich verbesserten. 80% nahmen vollständig an diesem Programm teil und schätzten besonders die Zeitersparnis in ländlichen Gegenden, da sie keine langen Anfahrtswege und Parkplatzsuche aufwenden mussten, um an den Therapiesitzungen teilnehmen zu können. Die Kosten reduzierten sich durch solche standardisierten Verfahren erheblich (Tutty et al. 2005).

Im Bereich der Verhaltenstherapie von Angstzuständen besserten sich die Symptome, wenn noch sechs zusätzlich durchgeführte Telefonsitzungen angehängt wurden.

Dabei wurde die Frage gestellt, ob 15-minütige „Check-ups“ ebenso hilfreich sind, wenn davor eine oder sechs akute Behandlungssitzungen erfolgten. Die Untersuchungen nach drei und zwölf Monaten zeigten, dass weniger Angstgefühle, Phobien und Depressionen auftraten, je mehr Therapiesitzungen und nachfolgende Telefonkontakte erfolgten. Dies wurde als ein Erfolg des „self-management“ im Umgang mit Panik und Angst nach einer erfolgten Behandlung gewertet (Craske et al. 2006).

Bei einer Katamnese - Untersuchung drei Monate nach einer tagesklinischen Psychotherapie an einer psychosomatischen Klinik wurden die positiven therapeutischen Begegnungen als günstige Prädiktoren für eine gelungene Übergangsphase nach der Entlassung gesehen. Bei einer wirksamen Therapie würden Entwicklungen in Gang gesetzt, die sich nach Entlassung fortsetzen. Deshalb wurden für diese Übergangsphase „sogenannte booster-Sitzungen“ (Baldras 2006) vorgeschlagen.

Antony (2005) stellt in seinem Buch über Rückfallprophylaxe die entscheidende Frage, ob eine Therapie „incomplete“ abgelaufen sei, wenn booster-sessions notwendig sind, um Rückfallraten zu senken. Im Besonderen bei der Behandlung von Panik, Phobien und posttraumatischen Belastungsstörungen ist die Fragestellung ausreichender Behandlung und notwendiger Kontaktaufnahme im weiteren Verlauf essentiell für dauerhafte Therapieerfolge.

Und damit stellt sich auch die Frage des Stells von „Hausaufgaben“ im therapeutischen Umfeld, sei es vor Beginn, in der Wartezeit; während einer laufenden, oder nach Abschluss einer regulär verlaufenden Therapie. Helbig-Lang beantwortet diese Frage (2009) mit der Beschreibung von Prozessen in der Wartezeit auf- und zwischen den eigentlichen Therapiesitzungen, die ein möglicher Ansatzpunkt zur Steigerung der Gesamtaktivität sein können: „Dabei gelten therapeutische Hausaufgaben bereits seit langem als wesentliches Werkzeug zur Integration von Therapie und Alltag. Trotz dieser häufig postulierten Bedeutsamkeit existieren bislang nur wenige empirische Befunde zu der Frage, wie Hausaufgaben zur Therapieeffektivität beitragen und wie sie gewinnbringend einzusetzen sind.“

3.3 Booster bei Psychotherapie von Krebskranken

Bei einer Gruppentherapie mit Krebskranken, in der cognitive-behaviourale Techniken mit Informationen und Entspannungsübungen kombiniert wurden, fand nach 8 Sitzungen eine „booster-session“ statt. Diese erfolgte 3-4 Monate nach

Diagnosestellung und die Teilnehmer schätzten besonders Entspannungs- und Atemübungen und das Gefühl der Unterstützung in einer Gruppe von „Anderen in gleicher Situation“.

75% der Patienten fühlten sich mit der Anzahl der Therapiestunden zufriedenstellend behandelt, 21% wünschten sich mehr Stunden, nur 4 Patienten empfanden die Sitzungen als zu viel (Petersson et al. 2000).

Mit 15- bis 25-jährigen Jugendlichen, die an Krebs erkrankt waren, wurde eine Intervention mit Aufklärung sowohl über ihre Primärerkrankungen als auch eine Sexualaufklärung über Fruchtbarkeit und Empfängnisverhütung durchgeführt. Gefolgt wurde dies von einem booster call nach einem Monat. Verglichen mit der Hälfte der jungen Patienten, die nur auf einer Warteliste standen, zeigten die Behandelten weniger Angst bei der Aufnahme von erotischen und sexuellen Beziehungen; dies sollte also zu einer onkologischen Behandlung von Jugendlichen dazugehören (Canada et al. 2007).

Insgesamt ist zu sagen, dass in einer Vielzahl von psychotherapeutischen Verfahren, besonders aber in der Verhaltenstherapie von Angst- und Suchterkrankungen, der Versuch eines längeren Einwirkens auf den Patienten gemacht wurde und dass sich dazu Telefonanrufe zum Auffrischen des in der Therapie Gelernten und zur Erinnerung an gestellte Hausaufgaben bewährt haben, da sie mit geringerem Zeit- und damit Geld - Aufwand verbunden sind. Es existieren aber keine Untersuchungen, die die Wirksamkeit von telefonischen – oder auch schriftlichen – Therapieverstärkungsversuchen im Vergleich zu Sitzungen mit realem persönlichem Therapeutenkontakt darstellen.

4. Material und Methode

4.1 Fragestellungen

In der folgenden Studie soll anhand der Interviewdaten der Boosteranrufe untersucht werden, welche Reaktionen die Patienten auf diese Befragung zeigten.

Kann man eventuell Rückschlüsse auf die Wirkmechanismen der Therapien ziehen und dadurch diese therapeutischen Interventionen in Zukunft optimieren?

Die konkreten Fragestellungen lauten:

- 1.) Was sind die Themen der Therapiegruppen, an die sich die Patienten bei den Boosteranrufen erinnern?
- 2.) Besteht ein Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Merkmalen der Patienten und den erinnerten Themen der Psychotherapie?
- 3.) Besteht ein Zusammenhang zwischen den behandlungsbezogenen Merkmalen und den erinnerten Themen?

4.2 Datenerhebungen

4.2.1 Studiendesign

In einer multizentrischen longitudinalen (teilweise) randomisierten kontrollierten Studie wurden Arthritispatienten in einer und Krebspatienten in zwei verschiedenen süddeutschen Rehabilitationskliniken mit dem PAF- KF Fragebogen über ihre Progredienzängste befragt. Dies erfolgte nach Zustimmung der zuständigen Ethikkommission. Die über 18 Jahre alten stationär behandelten Patienten mussten der Studie zustimmen und über einem vorher festgelegten cut-off-Wert der

Progredienzangst liegen. Eine nicht psychotherapeutisch behandelte Kontrollgruppe wurde ein Jahr später untersucht.

Um die Fragestellung untersuchen zu können wurden folgende Einschlusskriterien für alle Studienteilnehmer festgelegt: Es muss ein Patient mit einer Tumorerkrankung oder einer Erkrankung des Bewegungsapparates sein. Die Krankheitsphase spielt dabei keine Rolle, da sich in der Studie zur Entwicklung des Fragebogens kein Zusammenhang zwischen der Höhe der Progredienzangst und der Krankheitsphase ergeben hat (Herschbach et al., 2001). Der Patient muss sich aktuell in stationärer Rehabilitation – oder Anschlussheilbehandlung befinden. Bei den Studienteilnehmern muss die Höhe des Summenwertes der Progredienzangst im PAF - K F über dem Schwellenwert der jeweiligen Diagnosegruppe liegen. Ausschlusskriterien sind kognitive Beeinträchtigungen, Psychose in der Vorgeschichte, Bettlägerigkeit und sprachliche Verständigungsprobleme. Die externe Randomisierung wurde von der Methodenberatung des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern durchgeführt. Drei und sechs Monate nach der Entlassung wurden alle Patienten von einem anderen Projektmitarbeiter als dem Therapeuten angerufen („Boosteranrufe“), um den Studienteilnehmern die wichtigsten Gruppeninhalte nach der Entlassung in Erinnerung zu rufen und so eine Umsetzung in den Alltag zu erleichtern. Mit den Patienten wurde dann ein ungefähr 15minütiges halbstandardisiertes Interview geführt und dokumentiert. Bei diesen Boosteranrufen konnten 142 Krebspatienten und 127 Rheumapatienten nach Streichen der missing data in die Auswertung aufgenommen und den Kategorien zugeordnet werden.

4.2.2 Vorgehen

Im Rahmen des Projektes zur Progredienzangsttherapie der TUM wurden zwei Therapieprogramme zur Bewältigung von dysfunktionaler Progredienzangst entwickelt und evaluiert. Anschließend wurden Boosteranrufe durchgeführt und stichwortartig die Patientenmeinung notiert. In der vorliegenden Untersuchung waren die zuvor beschriebenen Telefonprotokolle auszuwerten. Diese lagen lediglich versehen mit Code-Ziffern und Diagnose vor, sodass nicht zu ersehen war, welches Alter oder Geschlecht die Befragten hatten, welcher Art von Therapiegruppe oder gar welchem Therapeuten sie angehörten und welchen Verlauf die Befragung ihrer Angstwerte nahm. Auf diese Weise wurde die Anonymität der Patienten gewährleistet und die Auswertung erfolgte bei der Kategorienbildung „blind“, ohne Beeinflussung durch Wissen über die Therapiemethode.

Diese Stichwortprotokolle wurden in mehreren Durchläufen transkribiert nach der Methode der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ nach Ph. Mayring (1983, 8. Auflage 2003).

4.2.3 Booster – Anrufe

In der vorliegenden Untersuchung erfolgte die Auswertung von Interviewdaten von Rehabilitationspatienten mit Krebs- und rheumatischen Erkrankungen, die im Rahmen dieses Projektes an Therapien teilnahmen und 6 und 9 Monate später in therapeutischen „Booster-Telefongesprächen“ an die stattgefundenen „Seminare“ erinnert wurden. Dadurch sollte die Wirkung der vorangegangenen Therapie im Sinne eines „Katalysators“ erhöht werden und die Patienten hatten die Möglichkeit, durch präzise Formulierungen der positiven Effekte der Behandlung die Bewältigungsstrategien der Progredienzangst wieder aufzufrischen. Durchgeführt wurden diese Behandlungen an Patienten folgender Kliniken mit den dortigen Mitarbeitern: Paracelsus Klinik Scheidegg, Humaine Schlossbergklinik Oberstaufen und Klinik Wendelstein Rheumazentrum Bad Aibling in den Jahren 2002 und 2003.

Vor und nach der Gruppenpsychotherapiebehandlung in den Rehabilitationskliniken und den zwei Boosteranrufen nach sechs und neun Monaten wurden von den

Patienten die Progredienzangstfragebögen ausgefüllt und so der Verlauf der „Angststärke“ festgehalten (T1 bei Aufnahme, T2 bei Entlassung, T3 nach 3 Monaten, T4 nach 12 Monaten).

Bei dem ersten Telefonanruf 6 Monate nach der erfolgten stationären Behandlung wurden, nach schriftlicher Ankündigung und Vereinbarung einer geeigneten Telefonzeit, den Patienten in einem 10 – bis 20 minütigem Gespräch von einer den Patienten unbekanntem Befragerin folgende Fragen gestellt und die Antworten stichwortartig protokolliert:

1. Frage: Wie ging es Ihnen nach der Gruppe?
2. Frage: An was erinnern Sie sich aus der Gruppe?
3. Frage: Wovon haben Sie profitiert?
4. Frage: Was konnten Sie aus der Gruppe im Alltag umsetzen?
5. Frage: Was würden Sie kritisieren?

Beim zweiten Anruf nach 9 Monaten wurde lediglich folgende Frage gestellt:

Frage: Wie ist bei Ihnen die Gruppe heute noch wirksam?

Diese Boosteranrufe sollten den Studienteilnehmern die wichtigsten Gruppeninhalte nach der Entlassung in Erinnerung rufen und so eine Umsetzung in den Alltag erleichtern. Konkret sollte mit jedem Patienten herausgearbeitet werden, wovon er in der Therapie am meisten profitiert hat, was er zu Hause umsetzen konnte und was er gerne umsetzen würde. Falls möglich, sollten Barrieren beseitigt und der weitere Einsatz der Strategien vereinbart werden.

Da keine Vergleichsgruppe ohne Boosteranrufe angelegt wurde, kann über die Wirksamkeit dieser Intervention zur Senkung der Progredienzangst keine Aussage getroffen werden.

4.3 Inhaltsanalyse nach Mayring

4.3.1. Qualitative Inhaltsanalysen

Allgemein gesehen ist Inhaltsanalyse eine Forschungstechnik für die „objektive, systematische und quantitative Beschreibung des manifesten Inhalts von Kommunikation“ (Mayring 2003, S.24).

Sobald Zahlbegriffe und deren In-Beziehung-Setzen durch mathematische Operationen bei der Erhebung oder Auswertung verwendet werden, ist von quantitativer Analyse zu sprechen, in allen anderen Fällen von qualitativer Analyse.

Inhaltsanalyse hat Kommunikation zum Gegenstand, meist in Form von Sprache, aber auch Musik und Bilder können so untersucht werden.

Gegenstand der Analyse ist dann fixierte, meist protokollierte Kommunikation, mit der systematisch vorzugehen ist. Durch explizite Regeln soll ermöglicht werden, dass auch andere die Analyse verstehen, nachvollziehen und überprüfen können.

Des Weiteren analysiert die Inhaltsanalyse theoriegeleitet, d.h. das vorliegende Material wird unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung interpretiert. Dies bedeutet auch ein Anknüpfen an die Erfahrungen anderer mit dem zu untersuchenden Gegenstand. Dabei können sowohl rein inhaltliche, als auch formale Aspekte wie unvollständige Sätze, Wortwiederholungen oder „Äh's“ Hinweise auf die gefühlsmäßige Verfassung der Befragten geben.

Die Perspektive des Interviewten zu einem bestimmten Thema soll nachvollziehend, beschreibend rekonstruiert werden, seine Interpretationsmuster festgestellt werden. Im zweiten Schritt werden textimmanente Theoriemuster herausgefiltert, um dann aus der Perspektive des Interviewten gewichtet und zu einer subjektiv gültigen Hierarchie systematisiert zu werden.

Das Ziel der wissenschaftlichen Textanalyse nach diesem Verfahren ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Durch Abstraktion wird ein überschaubarer Corpus geschaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist und aus dem Kategorien gebildet werden, die mit dem Ausgangsmaterial rücküberprüft werden. Dieses Verfahren wird in Unterschritten durchgeführt nach der Reihenfolge (Mayring 2003, S.60):

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten.
2. Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen.
3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau.
4. Schritt: Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen.
5. Schritt: Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau.
6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem.
7. Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial.

4.3.2 Ablaufmodelle der Analyse

An einem Beispiel einer Patientenaussage sollen die in Kap. 4.3.1 erwähnten sieben Schritte verdeutlicht werden. Dabei werden folgende Unterscheidungen vorgenommen: Die **Kodiereinheit** legt fest, was der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, die **Kontexteinheit** legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann, die **Auswertungseinheit** legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden (Mayring 2003).

Die vorliegenden Texte sind Mitschriften des Interviewers bei seinem Telefonat mit dem Patienten Nr. 63356:

Antwort auf 1. Frage des ersten Boosteranrufes „Wie ging es Ihnen nach der Gruppe?“, „Während sehr gut. Nachher: auch. Immer wieder hat man ja ein Tief.“

Hat die Unterlagen immer wieder vorgenommen und durchgelesen in den ersten zwei Monaten danach. Wenn sie mit jemand reden kann, geht es ihr besser. Hat einen guten Bekanntenkreis, hat sie erst durch die Krankheit gemerkt. Ist getrennt. Tief: wenn sie sich überanstrengt hat. Es war zu viel. Starke Kopfschmerzen, hat sich immer wieder wiederholt – hat gelernt, besser auf sich zu hören. Gleich ausruhen und nicht erst, wenn erledigt. Entspannungsübungen kann sie nur mit Cassette durchführen, aber nicht alleine.

In dieser Weise – teils Zitate der Patienten, teils Meinung der Person, die die Befragung durchführte – lagen Protokolle aller Patienten zu den sechs Fragen vor.

Von diesen definierten Analyseeinheiten wurden nun im zweiten Schritt die sich auf die Frage beziehenden Kodiereinheiten in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben. Dabei wurden bereits nicht inhaltstragende Textbestandteile fallengelassen:

Während und nachher sehr gut, hat Unterlagen zuhause durchgelesen. Nach Reden besseres Gefühl. Notwendigkeit, sich rechtzeitig auszuruhen. Beziehung getrennt, guter Bekanntenkreis. Gefühl von Tief nach Überanstrengung. Entspannungsübungen nach Cassette hilfreich.

Im dritten Schritt wurde eine Generalisierung der Paraphrasen unter einem angestrebten Abstraktionsniveau durchgeführt und im vierten Schritt durch Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen eine Reduktion durch Selektion bewirkt:

Nach Gruppengesprächen sehr gutes Gefühl. Therapieunterlagen zu Hause benutzt. Ausruhen gegen Überanstrengung. Entspannungsübungen.

Im fünften Schritt wurden diese Aussagen wiederum gebündelt und im sechsten Schritt einem Kategoriensystem zugeordnet.

Bei der weiteren Auswertung der anderen vier Fragen kam es zu einer Betonung der Entspannungsanwendungen bei Auftreten von Angst vor Metastasen, sodass die Patientin im sechsten Schritt insgesamt der Kategorie der „Verhaltensstrategien“ zugeordnet wurde.

Bei der Rücküberprüfung im siebten Schritt wurde aufgrund der wirksamen Methode der Entspannungsübungen die Kategorie der Verhaltensstrategien beibehalten.

Nach der Bearbeitung aller Textstellen wurden die am häufigsten wiederkehrenden Aussagen gebündelt und die Patienten unter den abstrahierten Kategorien zusammengefasst.

4.3.3. Abstraktion/Generalisierung und Kategoriebildung

Im Vergleich der Hauptaussagen wurden sich wiederholende Wertungen gestrichen und die verbleibenden Begriffe in lobende, wertungsfreie und kritische Äußerungen zusammengefasst. Beschreibungen wurden unter Überbegriffen gesammelt und ähnlich lautende Sätze in die entsprechenden Inhaltsrubriken einsortiert. Aus dieser Aussagensammlung erfolgte dann die Bildung der Hauptaussage des betreffenden Patienten. Diese stellt die vorherrschende Meinung des Patienten über die durchgeführte Therapie dar. Diese Ankerbeispiele genannten Aussagen wurden wieder miteinander verglichen und zu den fünf wesentlichen Kategorien

subsummiert. In einer weiteren Kontrolllesung wurde wiederum die Hauptaussage herausgefiltert und mit derjenigen der früheren Durchgänge verglichen. Auf diese Art und Weise wurde jede Patientenaussage fünf Mal unter einem anderen Blickpunkt gelesen und beurteilt, um dadurch eine den Inhalt treffende Begriffsbildung zu erreichen.

Hauptaussagen nach Fragensaufteilung 1 – 5

Nachfolgend werden zu den einzelnen Fragen beispielhafte Antworten von Patienten gegeben.

Frage 1: Wie ging es Ihnen nach der Gruppe?

Ein Teil der Patienten antwortete wirklich auf die Fragestellung, wie es ihnen direkt nach dem Gruppengeschehen erging; andere, wie es ihnen während den Gruppenstunden oder wieder andere, wie es ihnen zum jetzigen Befragungszeitpunkt ergeht. Dabei reichen die Äußerungen von einem einfachen „gut“ bis zu differenzierten Beschreibungen der eigenen Befindlichkeit: „Ich war sehr aufgewühlt und hatte zu diesem Zeitpunkt schwierige Entscheidungen beruflich und privat zu treffen.“ Oder auch: „Es geht mir besser, durch das Reden ist die Angst kleiner geworden und bei Rückfällen denke ich an die Bewältigungsstrategien.“ Aber auch: „mir ging es nicht gut nach der Gruppe, es lief zu sehr nach einem Schema ab und ich fühlte mich alleine gelassen.“ Oder auch: „Das Diskutieren in der Gruppe fiel mir schwer, es ging besser miteinander zu reden, wenn die eigentliche Gruppe rum war.“ Die Mehrzahl der Patienten bezeichnete die Gruppe als „nett“ und die Leitung als „kompetent“, andere fühlten sich „durch die Begegnung mit den anderen Kranken runtergezogen,“ „die Geschichten der Anderen deprimierten mich“. Auch das konnte einen positiven Effekt haben: „Es war sehr gut, dass ich ins Nachdenken kam, weil andere schlimmer dran waren als ich“.

Manche differenzierten zeitlich: „erst ging es mir gut, dann kamen die Zweifel und jetzt bin ich in ein Grübelloch gefallen“. Oder „Ich bin unruhig und habe jetzt noch Alpträume wegen der Schicksale der Andern und der Angst, von meinem Partner verlassen zu werden“.

Äußerungen wie „Die Gruppe war wie eine Familie“ und „Ich fühlte mich aufgewühlt aber behütet“ spiegeln wider, dass sich die meisten Patienten in der Gruppensituation gut aufgehoben fühlten.

Frage 2: An was erinnern Sie sich aus der Gruppe?

Diese Frage brachte die meisten Befragten zu ausführlichen Schilderungen über den Gruppenverlauf und ließ manchmal anhand der Stichworte erkennen, ob sie sich in der verhaltenstherapeutischen oder der themenzentrierten Gruppe befanden.

„Krebs bedeutete für mich Tod, ich lernte Bewältigungsstrategien gegen diese Ängste.“ „Andere haben auch Ängste und Sorgen.“ „Bei Angst soll ich mich ablenken durch Spaziergehen oder Sport treiben.“ „Ich habe noch den Zettel im Geldbeutel: es ist genug da“.

„Bei der Aufgabe des ‚Zu-Ende-Denkens‘ kommt mir die Angst vor dem Siechtum in den Sinn.“

„Durch die religiösen Gedanken der Leiterin habe ich gut zu mir selbst gefunden“ oder auch „ich habe Angst vor frühem Tod – warum gerade ich?“ und „beruflich geht es mir schlecht, ich habe finanzielle Sorgen und Panik vor der Endlichkeit des Lebens“.

Antworten wie: „Ich bin nicht schuld an meinem Krebs, das Leben war zu hektisch“ zeigten auf, dass sich häufiger die Frage nach der Entstehung der Krankheit stellte und verschiedene Erklärungsmuster zur Sprache kamen. „Viele Teilnehmer weinten, die Sinnfrage ist sinnlos!“ oder „ob meine Eheprobleme verursachend für die Krankheit sind?“

Für einige Patienten waren die Stunden zu belastend: „Es war eine Mehrbelastung durch andere, es wurde sogar Suizid vorgeschlagen!“ oder „ die Art der Fragen war zu bohrend und privat, am zweiten Tag habe ich mich gewehrt!“

Einige Patienten äußerten auch ganz private Erinnerungen. „Gerade an Weihnachten habe ich Angst vor einem Wiederausbruch der Krankheit, denn meine Eltern verstarben an Weihnachten.“ und privates Getroffen Sein von Symptomen: „Es gab gute Informationen zu Impotenz und Inkontinenz.“

Allgemein wurde die Angst vor Metastasen geäußert, die Nebenwirkungen der Medikamente besprochen, berufliche Probleme verglichen und Fragen der Berentung formuliert.

Eine große Themengruppe war auch: „Was hat die Krankheit mit uns und unseren Familien gemacht?“ Dabei konnten sowohl positive Erlebnisse wie vermehrte Besuche der Kinder, Stütze durch Gespräche mit dem Partner, als auch die negativen Seiten „ich will meine Tochter nicht mit meiner Krankheit belasten“ und „wegen der Erkrankung hat mein Mann die Scheidung eingereicht“ ausgetauscht werden.

Bei allen gleichlautend, vor allem bei der Aufgabenstellung des „Zu-Ende-Denkens“ war die Angst vor einem qualvollen Sterben in Schmerzen und Hilfsbedürftigkeit und das Gefühl der Nichtbeeinflussbarkeit des Schicksals „warum ich, ich habe doch nicht unsolid gelebt!“

Frage 3: Wovon haben Sie profitiert?

Brachte eine Vielzahl von positiven Therapieerinnerungen, die ja auch gefestigt werden sollten!

„Ich bin nicht allein und kann mein Leid mit anderen teilen“ war dabei die häufigste Bemerkung gefolgt von „ich kann lernen selbstbewusst zu sein und mich durch ‚Nein-Sagen‘ gegen die Ausnutzung durch andere wehren“.

Manche empfanden das „Blätter-Material“ als zu viel Theorie, fühlten sich durch Übungen eher negativ konfrontiert als beruhigt und viele nahmen sich vor, „bewusster zu leben“ und „Hilfe von außen zu akzeptieren“. Konkrete Aufforderungen zum Besuch von Sportgruppen und Nachsorgeuntersuchungen wurden ebenso genannt wie die Tipps zu einem „gesunden Optimismus: Was ist dir wichtig und was tut dir gut?“

Frage 4: Was konnten Sie aus der Gruppe im Alltag umsetzen?

Hier gab es die Möglichkeit, den gewünschten Profit zu konkretisieren und den meisten Patienten fielen dabei Atem- und Entspannungsübungen ein. Auch Gespräche mit Freunden und Familienmitgliedern waren durch die Behandlung häufig angeregt worden und Aufforderungen zu Sport, Hobbys und Musik wurden vermehrt befolgt.

Schlagworte wie „normal Weiterleben“, „positiv Denken“ und „Nein sagen können und sich nicht mehr ausnutzen lassen“, „richtig leben“ wurden von fast allen genannt.

Im Einzelfall wurden eine Berentung oder ein Neubeginn einer Volltagsarbeit als Umsetzung von erarbeiteten Zielen angegeben. Bei anderen führte „spazieren statt arbeiten“ oder „beten statt hadern“ zum gewünschten Ziel.

Entspannungsübungen zu Cassetten und der beruhigende „Geld-Zettel“ schienen oft zu einer positiven Umsetzung beizutragen, auch das sich Zeit nehmen in der Natur oder der Besuch einer Selbsthilfegruppe wurden häufig genannt.

Individuell erarbeitete Umsetzungen waren wohl „Aussöhnung mit meiner Mutter“, „Trennung vom Mann“ und selbständiges Gehen des „Jakobsweges“.

Auch nicht erreichte Umsetzungen wurden dabei genannt, wie „doch noch nicht die Psychotherapie wieder aufgenommen“ oder „ich hatte mir doch vorgenommen, weniger zu putzen“.

Bei vielen waren anfängliche Vorsätze nach diesem halben Jahr wieder in Vergessenheit geraten, in einem Fall wurden jedoch Erfahrungen sehr intensiv genutzt: „ich habe meinen Vater in den Tod begleitet, ich weiß jetzt, was Sterben ist.“

Frage 5: Was würden Sie kritisieren?

Diese Frage bot noch einmal explizit die Möglichkeit zu einer Meinungsäußerung, wurde aber bei der Hälfte der Befragten nicht genutzt oder von der Fragenden nicht in dieser Rubrik eingetragen.

Etwa die Hälfte der Antwortenden kritisierte die Knappheit der vier Therapiesitzungen und wünschten sich: „Intensivere und längere Sitzungen“ und „mehr auf die Zukunftsängste eingehen und Vorschläge machen“. Im Gegenteil dazu monierten einige die Gruppensitzungen als „schockierende Bloßstellung des Seelischen“ und bezeichneten den Gruppenleiter als „sarkastischen Mann, der mich im Regen stehen ließ“.

Diese Rubrik würde damit bei genauerer Befragung und Aufzeichnung ein Reservoir an Bewertungskriterien für die Therapiemanuale und die Therapeutenqualifikation bieten.

Bei der 2. Boosterbefragung nach 9 Monaten war die Frage: Wie ist bei Ihnen die Gruppe heute noch wirksam?

Bei etwa der Hälfte der Patienten war die Erinnerung an „gute Ratschläge der Therapeuten“ noch sehr wirksam, einige fühlten sich ruhiger, hatten die Arbeit reduziert, delegiert oder ganz aufgegeben. „Ich höre jetzt mehr auf mich, treibe Sport und suche einen Psychotherapeuten.“

Bei der anderen Hälfte waren die Ereignisse in der Reha-Klinik ganz in den Hintergrund getreten, sei es aufgrund der Krankheitsverschlimmerung (meist Metastasen), Todesfällen in Familie und zum Teil von Mitpatienten aus der Reha-Zeit, oder wegen voller Inanspruchnahme durch Familie und Beruf.

Das Spektrum reicht von: „Ich habe mich verändert und muss mich nicht mehr für andere aufopfern“ bis zu „Ich will keinen Kontakt mehr; meine Tochter ist erst im Kindergarten, ich habe keine Zeit für Angst.“

Bei positiver Wirksamkeit wurde der Gruppeneffekt beschrieben als „Austausch untereinander, um die Angst anzunehmen, in Bewusstheit zu leben und in der Hoffnung auf einen Tod ohne Leiden der Zukunft entgegenzusehen“.

Hauptaussagen nach Wertung: lobend, wertungsfrei, kritisch

Auf der Suche nach Übertiteln wurde zunächst die Aufteilung in diese drei Hauptaussagen vorgenommen.

a.) lobend: Die Therapie hat mir genutzt

„Der offene Austausch mit den anderen hat zu einem Teilen der Angst geführt.“ „In einer schönen Gemeinschaft habe ich ‚Nein-Sagen‘ gelernt.“

„Durch die Auseinandersetzungen in der Gruppe habe ich geübt, auch Mitteilungen an meinen Mann zu machen.“ „Durch den Vergleich mit der Gruppe habe ich mein eigenes Leiden relativiert.“

Die Gruppenerfahrung hat zu einer Entlastung im Angsterleben geführt und Impulse für das Leben nach der Rehabilitationsbehandlung gegeben. Auch direkte Handlungsanweisungen führten zu erwünschten Aktivitäten: Wiederaufnahme von Psychotherapien, Eintreten in Rheumaliga und Sportvereine, direkte Informationen von Ärzten einholen und zuhause Entspannungsübungen und Gymnastik machen.

b.) wertungsfrei: Die Therapie hat nichts verändert

„Die Zukunftsängste sind die gleichen wie vorher“, „die Inhalte der Therapie sind nicht mehr präsent“, „die Anregungen sind zuhause nicht umsetzbar“.

In dieser Rubrik tätigten die Patienten die Hauptaussage, dass „die Kur nichts gebracht“ habe, dass die Krankheitssymptome die gleichen geblieben seien und die Hauptprobleme in den prekären beruflichen und finanziellen Situationen lägen. „Es entstand weder Nutzen noch Schaden.“

c.) kritisch: Die Therapie hat geschadet

„Die Gruppe war nur belastend, die Fragen nervend“, „die Kur war beschissen, ich fühlte mich nachher kränker als vorher“. „Ich habe abgebrochen, da mir das lange

Sitzen in der Hitze nicht möglich war.“ „Diese unprofessionelle Leiterin war keine Stütze.“

Bei der Diagnosegruppe der Rheumapatienten fühlte sich ein Teil der Mitglieder nicht motiviert, „wurde reingepresst“, das Setting und die Leitung entsprach nicht immer den Wünschen und Bedürfnissen der Teilnehmer, die Gesamtreaktion reichte von unangenehmen Erinnerungen über Abbruch der Gruppenteilnahme bis zur Ablehnung des 1. und 2. Boosteranrufes und der PAF-Bogen-Beantwortung.

4.4 Stichprobenbeschreibung

Bei den Patienten handelte es sich um stationäre Rehabilitanden der zwei verschiedenen Diagnosegruppen, die nach der Auswahl durch den Progredienzfragebogen auf die zwei unterschiedlichen Therapiegruppen verteilt wurden und nach 6 und 9 Monaten telefonisch befragt wurden.

Von der Gruppe der Krebspatienten konnten 8 Telefonprotokolle nicht eindeutig zugeordnet werden, da sie entweder unter einer falschen Codenummer eingetragen waren oder keine Nummernzuordnung bestand. Von den Rheumapatienten wurden nur 76 beim 2. Telefonanruf erreicht, sodass insgesamt die Hauptaussagen des 1. und 2. Anrufes in der Gesamtauswertung gemeinsam bearbeitet wurden.

Nach Streichen der missing data konnten: 142 Ca.-Pat. und 127 Rh.-Pat. in die Auswertung aufgenommen und den Kategorien zugeordnet werden. Dabei wurden beim 1. Anruf von den Krebspatienten 7 andere Patienten erreicht als beim 2. Anruf, sodass die Gesamtzahl der angerufenen Patienten sich auf 142 beläuft:

Tabelle 1: Anzahl der erreichten Patienten bei Boosteranrufen.

<u>Krebspatienten:</u> <u>1. Anruf:</u> 135 Patienten <u>2. Anruf:</u> 135 Patienten
<u>Rheumapatienten:</u> <u>1. Anruf:</u> 127 Patienten <u>2. Anruf:</u> 76 Patienten

Aufgrund der geringeren Anzahl der beim 2. Anruf erreichten Rheumapatienten und um eine höhere Aussagekraft zu erreichen, wurden die Inhalte des 1. und 2. Telefonats zusammengefasst und sowohl die Gruppen der Krebs- und der Rheumapatienten, als auch die beiden verschiedenen Therapiegruppen verglichen.

Des Weiteren wurden die 5 Fragen des 1. Anrufes nicht alle im Einzelnen beantwortet oder aufgeschrieben, sodass eine direkte Auswertung der gestellten Fragen nach Erinnerung, Profit und Kritik nicht erfolgen konnte, sondern die Gesamtaussagen der Patienten bewertet werden mussten. Diese Gesamtaussage aus dem 1. und 2. Anruf wurde im ersten Bearbeitungsschritt verwendet.

Tabelle 2: Anzahl der telefonisch erreichten Patienten zur Gesamtzahl

	Gesamt	Booster	Anteil an Gesamt
Krebspatienten	174	142	82%
Rheumapatienten	174	127	73%

Tabelle 3: Soziodemographische Daten der 2 Diagnosegruppen.

	Krebs	Rheuma	Gesamt	p
Alter				0,000
Mittelwert	53,56	47,02	50,47	
Standardabweichung	10,098	9,079	10,154	
Geschlecht				0,016
männlich	15,5%	27,6%	21,2%	
weiblich	84,5%	72,4%	78,8%	
Familienstand				
verheiratet	63,8%	70,6%	67,0%	0,236
Partnerschaft				
mit Partner /Angehörigen zusammenlebend	74,3%	80,0%	77,0%	0,270
Schulabschluss				0,906
1. Hauptschule	36,3%	33,9%	35,2%	
2. Realschule	30,4%	30,6%	30,5%	
3. Hochschulreife	33,3%	35,5%	34,4%	
	Krebs	Rheuma	Gesamt	p
Erwerbstätigkeit				0,000
ganztags	31,4%	46,8%	38,7 %	
weniger	17,5%	33,1%	24,9 %	
nicht erwerbstätig	51,1%	20,2%	36,4 %	
	Krebs	Rheuma	Gesamt	p
wirtschaftliche Situation				0,689
gut	32,4%	36,3%	34,2%	
zufriedenstellend	45,3%	45,2%	45,2%	
weniger gut	22,3%	18,5%	20,5%	

Die Krebspatienten waren signifikant älter als die Patienten mit rheumatischen Erkrankungen ($p < .001$). Der Anteil der Männer war höher in der Gruppe der Krebspatienten ($p = .016$). Mehr Krebspatienten als Rheumapatienten gingen keiner

Erwerbstätigkeit nach ($p < .001$). Kein Unterschied bestand in den Merkmalen Familienstand, Partnerschaft, Bildungsgrad und subjektive wirtschaftliche Situation (vgl. Tab 3).

Signifikante Unterschiede zeigten sich in behandlungsbezogenen Variablen (vgl. Tab 4). Krebspatienten hatten signifikant häufiger kleinere Therapiegruppen (bis 8 Teilnehmer) und hatten häufiger das komplette Therapieprogramm (d.h. alle vier Gruppenstunden) absolviert (jeweils $p < .001$).

Tabelle 4: Behandlungsbezogene Daten der 2 Diagnosegruppen

	Krebs	Rheuma	Gesamt	p
Reha Behandlung in den letzten fünf Jahren				0,064
0	69,6%	56,5%	63,4%	
1	13,8%	23,4%	18,3%	
2 und mehr	16,7%	20,2%	18,3%	
	Krebs	Rheuma	Gesamt	p
Gruppengröße [Teilnehmer]				0,000
3-8	90,1%	8,7%	51,7%	
9-10	9,9%	91,3%	48,3%	
	Krebs	Rheuma	Gesamt	p
Anzahl besuchter Sitzungen				0,000
1-3	6,1%	32,3%	19,7%	
4	93,9%	67,7%	80,3%	

Eine Drop-out Analyse zeigte, dass Patienten mit Booster-Teilnahme sich in Bezug auf die erhobenen soziodemographischen Daten nicht von denen unterschieden, die nicht an den Booster-Anrufen teilnahmen. Auch hatten rehabilitative Vorbehandlungen, die Gruppengröße sowie die Anzahl an besuchten Gruppenstunden keinen Effekt auf die Booster-Teilnahme (Daten nicht präsentiert), mit einer Ausnahme. Der Anteil der Rheumapatienten, die alle vier Gruppensitzungen besucht hatten, war unter den Booster-Teilnehmer höher (67,7 %) als unter den Nicht-Teilnehmern (32,3 %), $p = 0.020$. Für Krebspatienten zeigte sich kein entsprechender Effekt.

4.5 Statistische Auswertungen

Grundlage der Auswertung war die qualitative Inhaltsanalyse, die für die Kategorienbildung herangezogen wurde. Zwar ist die Inhaltsanalyse eine qualitative Methode, aber sie ermöglicht eine quantitative Auswertung der Häufigkeiten der aus dem Textmaterial extrahierten Kategorien. Die Studienteilnehmer werden dabei eindeutig einer Kategorie zugeordnet.

Die quantitative Auswertung erfolgte mit SPSS-TM 14.0.

Nach dem Formulieren der Hypothesen wurde das Signifikanzniveau alpha auf 5% entsprechend einem kritischen P-Wert 0,05 (zweiseitig) festgelegt.

Für die Auswertung wurden zunächst deskriptiv Häufigkeitsanalysen durchgeführt. Der Chi²-Test wurde angewendet, um zu prüfen, ob zwei empirische Verteilungen sich voneinander unterschieden. In der vorliegenden Arbeit wurde er z.B. verwendet um zu prüfen, ob es zwischen den fünf Kategorien einen Unterschied bezüglich der Altersverteilung, Geschlechterverteilung, Teilnahme an den unterschiedlichen Therapiegruppen etc. gibt. Bei P kleiner als 0,05 wurde die Nullhypothese (d. h. kein Unterschied der beiden Verteilungen) verworfen.

5. Ergebnisse

5.1 Entwicklung von Beurteilungs- Kategorien in Bezug auf die Therapieerfahrungen der telefonisch erreichten Patienten

Diese Beurteilungskategorien werden im folgenden kurz „Boosterkategorien“ genannt. Dabei wurden die Themen bearbeitet, die die Beantwortung der **1. Fragestellung** beinhalten, was die Patienten beim Boosteranruf noch von den Therapiestunden erinnern.

Nach dem zuvor beschriebenen Vorgehen nach Mayring wurden von mir die folgenden Kategorien aus den Hauptaussagen der Patienten gebildet:

- 1. Kategorie: emotionale Stabilität = Nutzen durch emotionale Stabilisierung
- Hauptaussage: „Ich wurde von der Gruppe/ Therapeut/in verstanden und unterstützt.“ gaben 50 Krebspatienten und 25 Rheumapatienten an.

Ankerbeispiele zur 1. Kategorie:

- K 34046: „Nach der Therapie ging es mir besser als vorher, Angst, über die man redet, wird kleiner.“
- K 65056: „Ich bin nicht alleine mit meinen Problemen, wir sitzen alle in einem Boot.“
- R10643: „Die Psychologin strahlte gigantische Ruhe aus, sie schaffte die Bedingungen, dass offen gesprochen werden konnte.“
- R 14931: „Ich fühlte mich von der Dozentin und in der Gruppe verstanden.“

Im Einzelnen war der positive Grundtenor zum Erfolg der Gruppentherapie in der 1. Kategorie in dem Gefühl begründet, „nicht alleine zu sein“, „geteiltes Leid ist halbes Leid“ und „Angst wird bei Geborgenheit weniger“.

- 2. Kategorie: **Verhaltensstrategien** = Nutzen durch neue Problemlösungsstrategien

- Hauptaussage: „Ich konnte Tipps und Techniken aufnehmen und umsetzen“ wurde vorwiegend von 42 Krebspatienten und 29 Rheumapatienten geäußert.

Ankerbeispiele zur 2. Kategorie:

- K 62550: „Die Sorgen sind weniger geworden; ich lasse mich nicht mehr so ausnutzen.“
- K31946: „Ich habe den Zettel im Geldbeutel: Es ist genug da.“
- R 00957: „Ich habe die Methoden zur Entspannung ausprobiert, die Atemübungen helfen gegen meine Schmerzempfindlichkeit.“
- R 14248: „Ich verstärke und lobe mich öfter, wie ich es auf Kur gelernt habe.“

In der 2. Kategorie wurden verschiedene „gute Ratschläge“ als hilfreich angesehen, besonders häufig der Ansporn, bei belastenden Situationen „nein“ sagen zu lernen, bei Anspannungen mit Sport und Entspannungstraining zu reagieren und Hilfen von außen sowie auch eine fortführende Einzelpsychotherapie annehmen zu können.

- 3. Kategorie: **individueller Umgang** = die Gruppe brachte keine Veränderungen, da schon vor der Behandlung individuell passende Umgangsmethoden bestanden.

- Hauptaussage: Wurde von 19 Krebspatienten und 15 Rheumapatienten folgendermaßen beschrieben: „Die Gruppe war unbedeutend, Ablenkung durch Familie, Arbeit und Religion sind mir wichtiger.“

Ankerbeispiele zur 3. Kategorie:

- K 6661: „Ich bin fest in Gottes Hand, ich kann das dann aushalten, Beten gibt Halt.“
- K 41262: „Ich habe mir alleine eine Reise gegönnt und gehe inniger mit den Enkeln um.“
- R 04351: „Ich habe eine tolle Familie, gehe schwimmen und mit dem Mann spazieren.“
- R 03151: „Ich habe die Arbeit gewechselt und brauche jetzt nicht mehr „nein“ sagen zu lernen.“

In der 3. Kategorie fanden sich die Patienten, die durch ihre religiöse Einstellung und Gemeindeanbindung oder durch ihre gute Integration in Familie und Beruf, manchmal auch durch Mitarbeit in Selbsthilfegruppen, keine neuen Aspekte in dem Hilfsangebot fanden.

- 4. Kategorie: Hauptproblem = die Hauptprobleme der Erkrankung seien durch die Therapie nicht verändert worden, deshalb kein Nutzen.

- Hauptaussage: 19 Krebspatienten und 28 Rheumapatienten sagten: „Die äußeren negativen Faktoren von Schmerzen und Arbeitsplatzbedrohung hatten in der Therapie nicht den notwendigen Stellenwert.“

Ankerbeispiele zur 4. Kategorie:

- K 31149: „Was ist, wenn ich krankheitsbedingt aus dem Dienst ausscheiden muss, wie viel Rente würde ich bekommen?“
- R 02932: „Meine Befindlichkeit ist schmerzabhängig, ich ziehe mich dann zurück.“

Die 4. Kategorie sah keine Veränderung durch die Gruppentherapie, da diese nicht die realen Gefahren von außen wie Arbeitsplatzkündigung und Trennung von Partnern aufgrund der Einschränkungen durch die Erkrankung verändern könne.

- 5. Kategorie: Ablehnung = das Therapieangebot stieß auf Ablehnung, da ein Schaden empfunden wurde.

- Hauptaussage: für 12 Krebspatienten und 30 Rheumapatienten: „Das Verhalten von Gruppe und Therapeut/in führte zu Symptomverschlimmerung und Therapieabbruch.“

Ankerbeispiele zur 5. Kategorie:

- K 66458: „Es hätte sich nicht gehört, dass man sich so öffnet, es war eine Bloßstellung des Seelischen, es war da kein Halten mehr.“
- R 03650: „Ich habe in der Gruppe nur geweint, die Geschichten der anderen haben mich nur fertig gemacht, habe die Gruppe verlassen.“

Bei der 5. Kategorie fanden sich – gehäuft bei den rheumatisch Erkrankten – Patienten, die sich von den Therapeuten oder den schlimmer Erkrankten abgestoßen fühlten, die Therapie abbrachen und auch bei der Befragung eher einen Schaden durch diese Therapie erlitten hätten oder sie als „vergeudete Zeit“ betrachteten.

Die Gewinnung dieser Inhaltskategorien erfolgte also aufgrund der Sammlung der Patientenhauptaussagen in die Kategorien „ hilfreich, durch welchen Mechanismus“, „nicht hilfreich, durch welchen Mechanismus“ und „ Patienten benutzen schon vorhandene Mechanismen“.

Auch nach wiederholten Bearbeitungen der vorhandenen Textstellen erschienen diese Aufteilungen sinnvoll und wurden in diesen Inhaltskategorien statistisch ausgewertet.

Tabelle 5: Aufteilung der Patienten auf die 5 „Booster – Kategorien“.

	<i>Krebspatienten</i>	<i>Rheumapatienten</i>
1. Kategorie: emotionale Stabilität	50	25
2. Kategorie: Verhaltensstrategien	42	29
3. Kategorie: individueller Umgang	19	15
4. Kategorie: Hauptproblem	19	28
5. Kategorie: Ablehnung	12	30

Im Folgenden wird die **2. Fragestellung** beantwortet, inwieweit soziodemographische Merkmale Auswirkungen auf die erinnerten Themen haben.

Die Krebspatienten waren signifikant älter als die Patienten mit rheumatischen Erkrankungen ($p < .001$). Der Anteil der Männer war höher in der Gruppe der Krebspatienten ($p = .016$). Mehr Krebspatienten als Rheumapatienten gingen keiner Erwerbstätigkeit nach ($p < .001$). Kein Unterschied bestand in den Merkmalen Familienstand, Partnerschaft, Bildungsgrad und subjektive wirtschaftliche Situation (vgl. Tab 3).

5.2 Altersgruppierung und Booster-Kategorien

Krebspatienten

Es zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede in der Verteilung in die unterschiedlichen Kategorien in Bezug auf die Altersverteilung unter oder über 50 Jahren. Daraus kann geschlossen werden, dass das Alter der Krebspatienten keinen relevanten Einfluss auf die Verteilung in die verschiedenen Categoriesysteme hatte (Chi²-Test: P = 0,671).

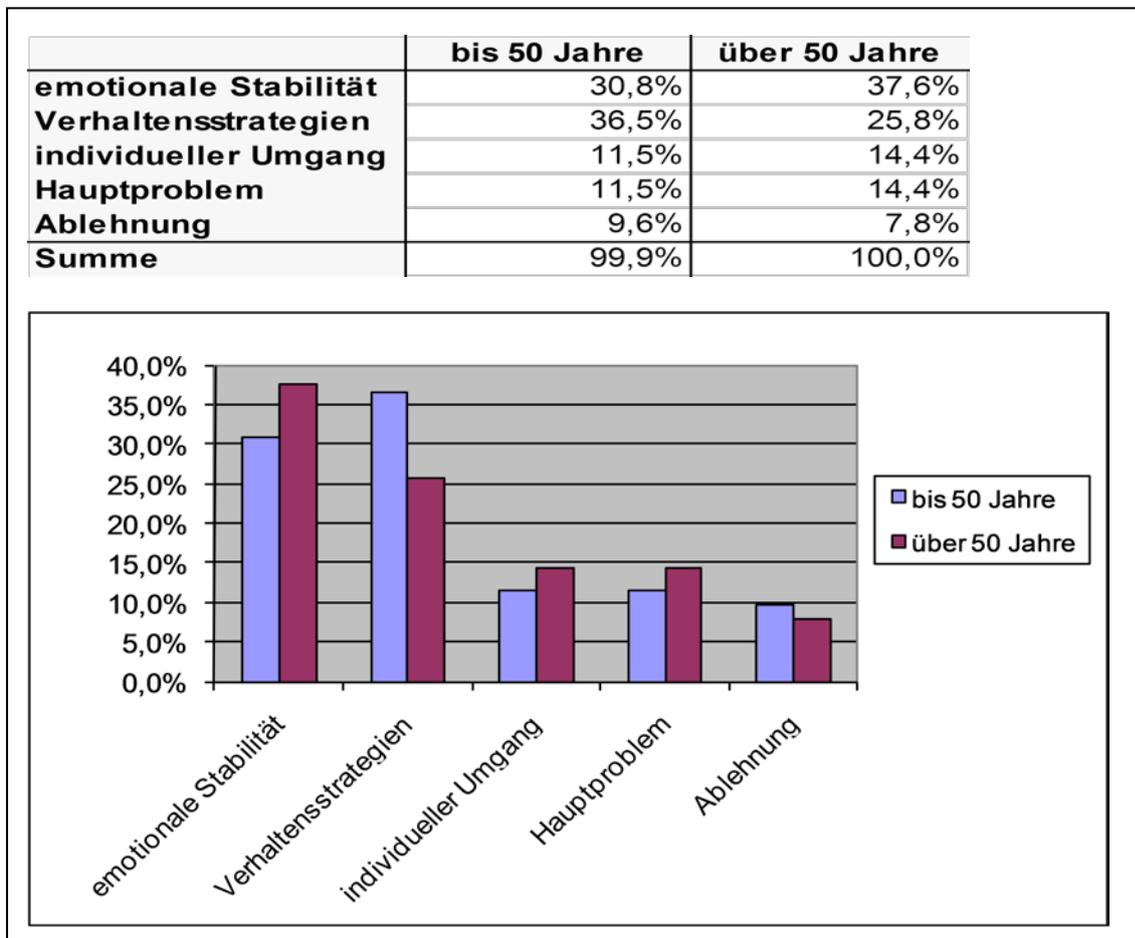


Abbildung 2: Altersgruppierung und Booster-Kategorien bei Krebspatienten

Rheumapatienten

Auch bei den Rheumapatienten gab es wie bei den Krebspatienten keine wesentlichen Unterschiede in der Altersverteilung. Mit 28,3 % waren am ehesten die angebotenen Verhaltensstrategien für die Patienten über 50 Jahren von größerer Wichtigkeit. Und 25,7% der unter 50 jährigen zeigten eine ablehnende Haltung gegenüber den Therapieverfahren oder den Therapeuten (Chi²-Test: P = 0,639).

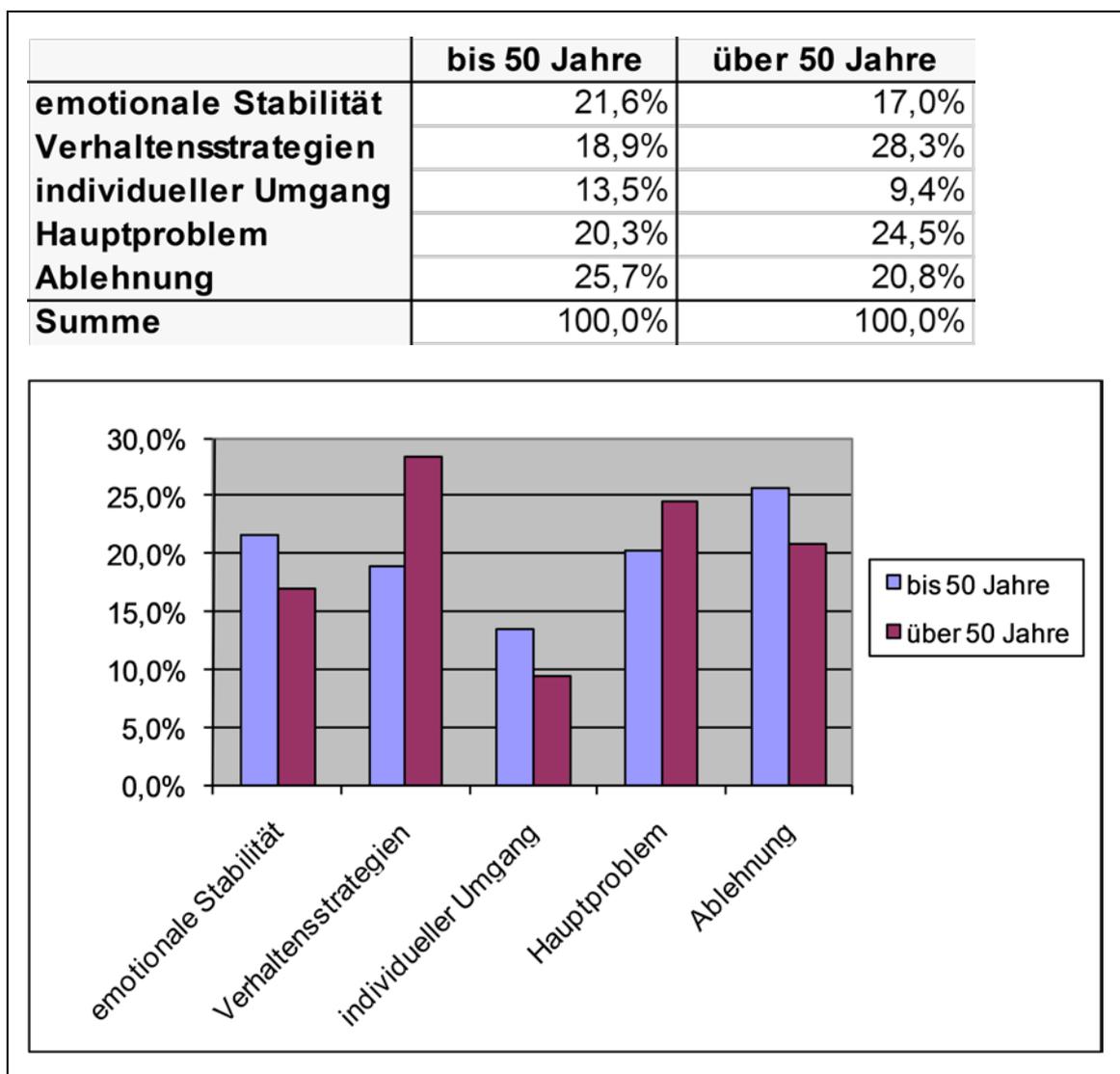


Abbildung 3: Altersgruppierung und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten

5.3 Geschlechterverteilung und Booster-Kategorien

Krebspatienten

Kein wesentlicher Unterschied zeigte sich in der Kategorienverteilung der Krebspatienten zwischen den Geschlechtern. Männer bevorzugten zu 36,4 % die Verhaltensstrategien und Frauen zu 35,8 % die emotionale Unterstützung. Insbesondere die Kategorien „Hauptproblem“ und „Ablehnende Haltung“ waren geschlechtsunspezifisch (Chi²-Test: P = 0,930).

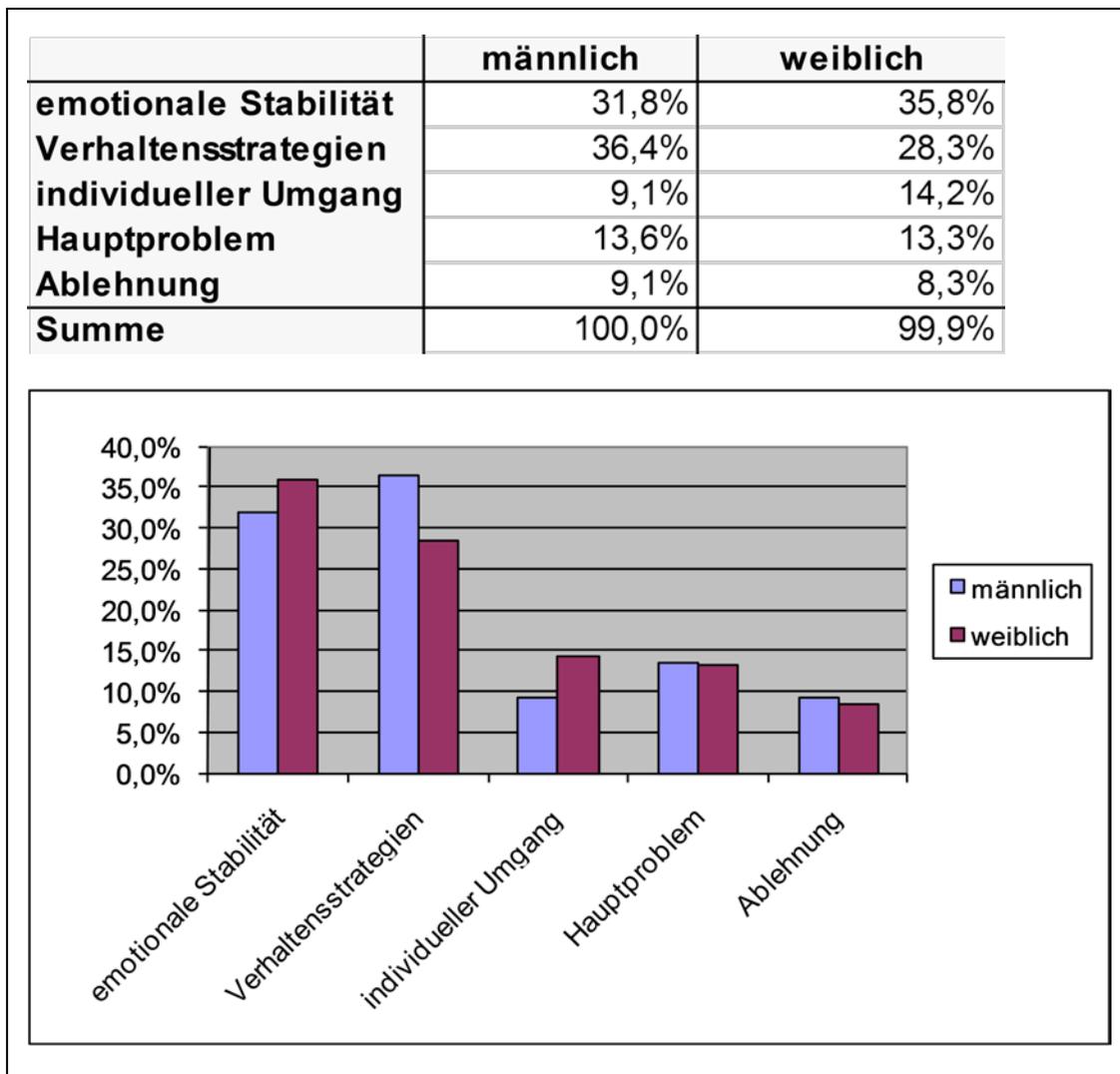


Abbildung 4: Geschlechterverteilung und Booster-Kategorien bei Krebspatienten

Rheumapatienten

Bei den Rheumapatienten erfuhren 25,7 % der Männer emotionale Unterstützung, aber 22,9 % waren am meisten mit den Hauptsorgen von Arbeitseinschränkungen aufgrund des Krankheitsverlaufes beschäftigt. Frauen zeigten mit 27,2 % eine deutliche Ablehnung der angebotenen Therapien. Aber aufgrund des Ergebnisses des Chi²-Tests mit P = 0,190 können diese Werte nicht als statistisch signifikant bezeichnet werden.

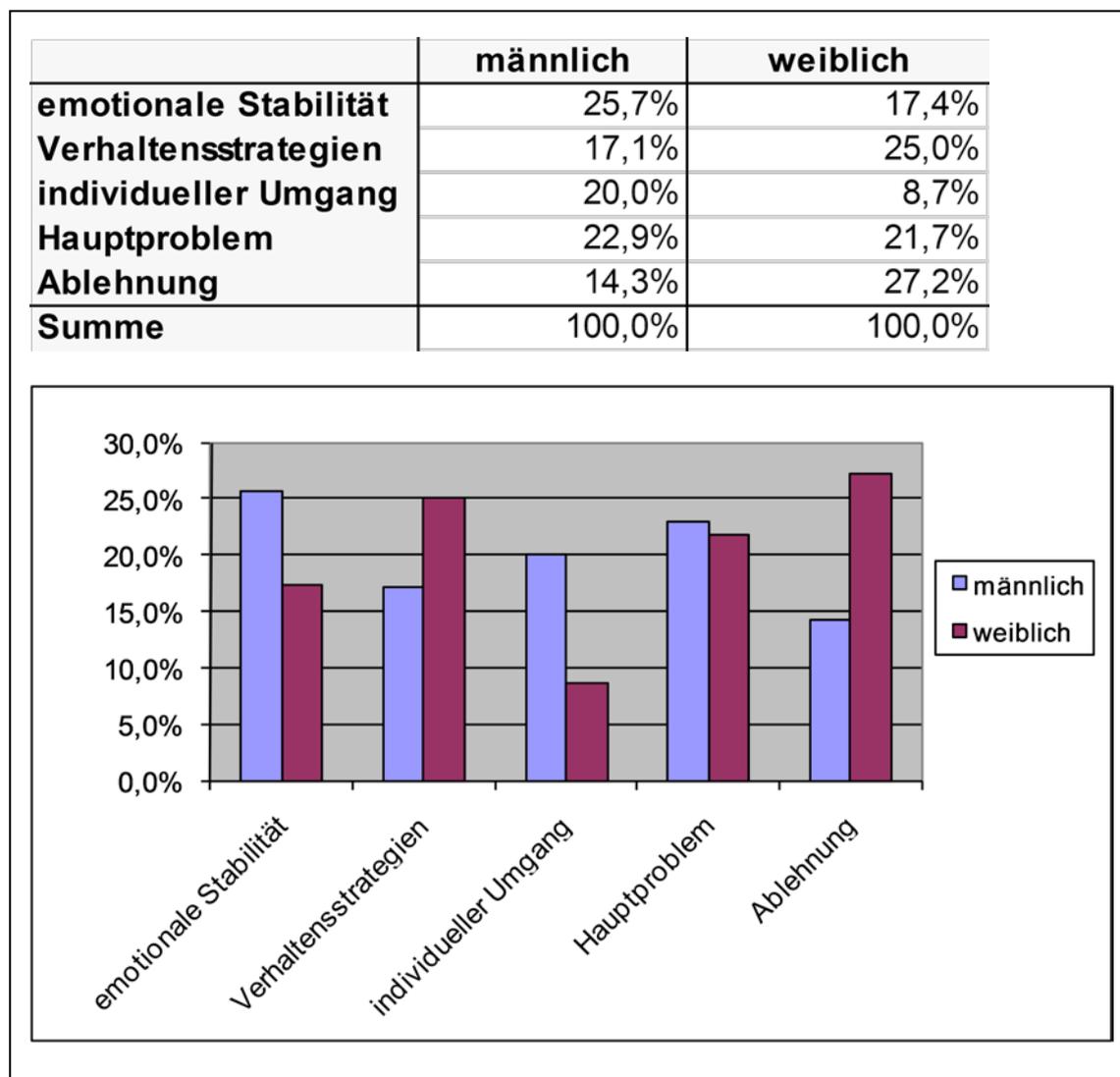


Abbildung 5: Geschlechterverteilung und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten

5.4 Schulbildung und Booster- Kategorien

Krebspatienten Hauptschulabschlussgruppe: mit 40,8 % die größte Anzahl in der Kategorie der emotionalen Stabilität, 24,5 % suchten mehr nach konkreten Verhaltensanweisungen; 14,3% lehnten die Therapie ab und jeweils 10,2% fanden einen individuellen Umgang mit der Erkrankung oder bezogen sich auf ein nicht in der Therapie tangiertes Hauptproblem. Realschüler: die Verteilung in den ersten 3 Kategorien annähernd gleich, mit 17,1% beschäftigten sich mehr mit den realen Hauptproblemen und niemand lehnte das Therapieangebot ab. Patienten mit höherer Schulbildung: 37,8 % in der emotionalen Stabilisierung, nur 4,4 % individuell.

Chi-Quadrat: 15.585; P = 0.49 (gerade eben signifikant).

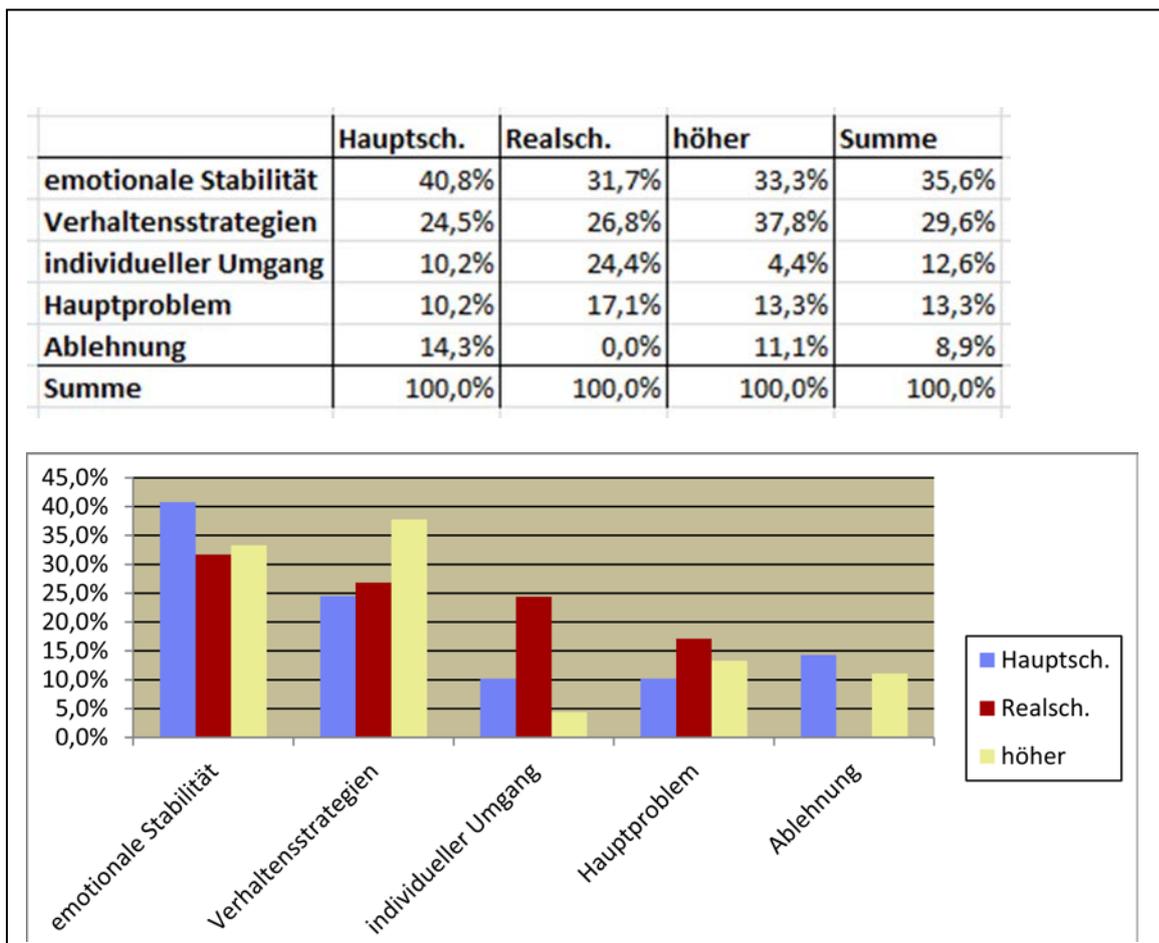


Abbildung 6: Schulbildung und Booster-Kategorien bei Krebspatienten

Rheumapatienten

In der Diagnosegruppe der Rheumapatienten profitierten bei den Hauptschülern 24,4 % von der emotionalen Stabilisierung und 22,0 % waren mit den Hauptproblemen Schmerz und Arbeit beschäftigt. Aber der höchste Prozentsatz von 31,7 % lehnte die Therapie ganz ab. Bei den Realschülern war die Aufteilung in die 5 Kategorien zwischen 16,2 % bis 24,3 % eher gleichmäßig. Die Patienten mit höherem Schulabschluss profitierten zu 41,9 % von den angebotenen Verhaltensstrategien und lehnten nur zu 16,3 % die Therapieformen ab.

Chi-Quadrat: 14.599; P = 0.067, also nicht signifikant.

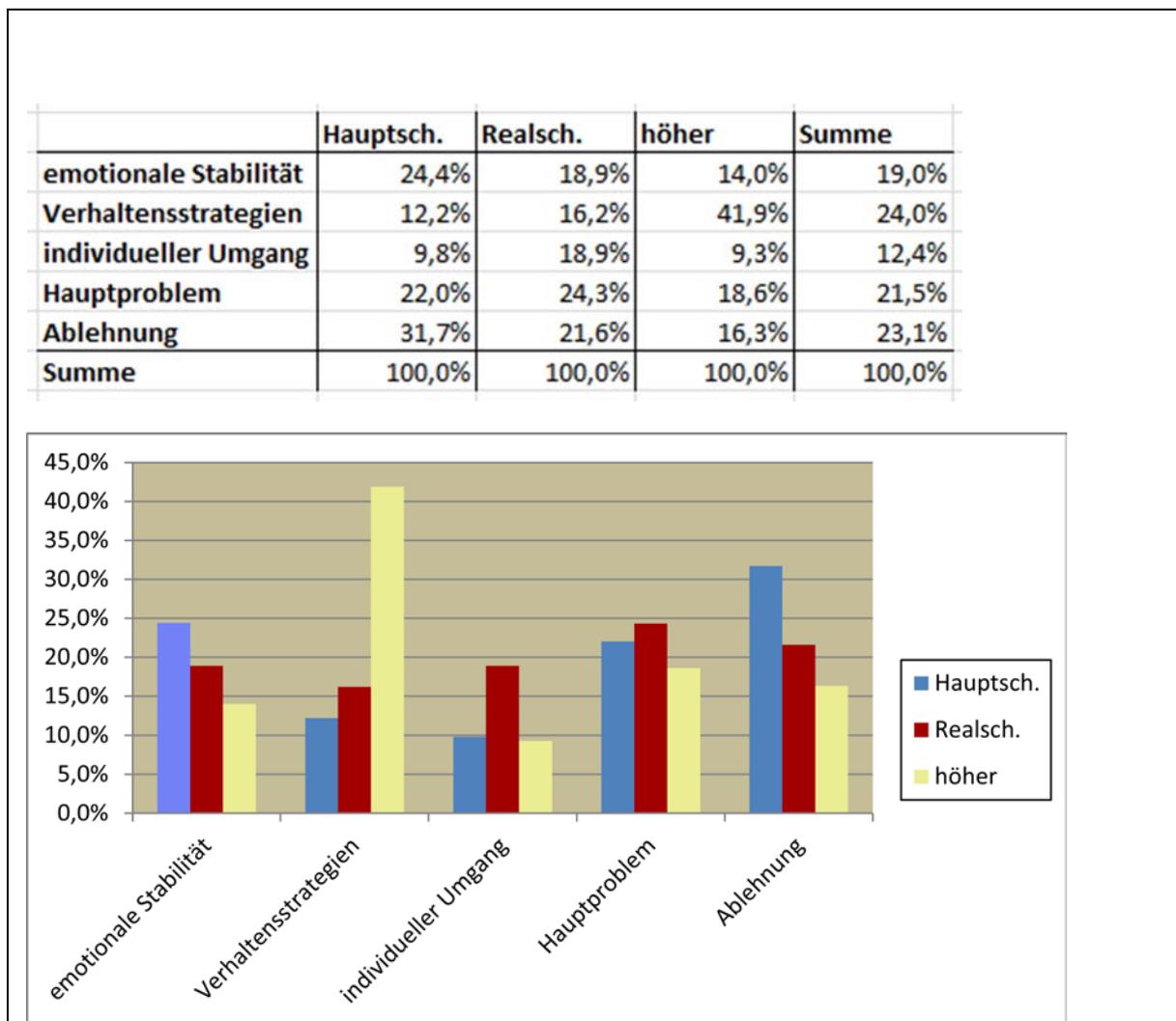


Abbildung 7: Schulbildung und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten

5.5 Krankheitsdauer und Booster-Kategorien

Krebspatienten

Wird die Dauer der Erkrankung, aufgeteilt in die Gruppierungen von bis oder über einem Jahr, bei den Krebskranken verglichen, so werden keine wesentlichen Unterschiede dabei gefunden, ob die Patienten kürzer oder länger als ein Jahr erkrankt waren. Die größte Gruppe mit 35,6 % entstand bei den kürzeren Krankheitsverläufen in der emotionalen Stabilitätskategorie während die länger Erkrankten mit 16,2 % zu einer höheren Ablehnungsquote tendierten (Chi²-Test: P = 0,193).

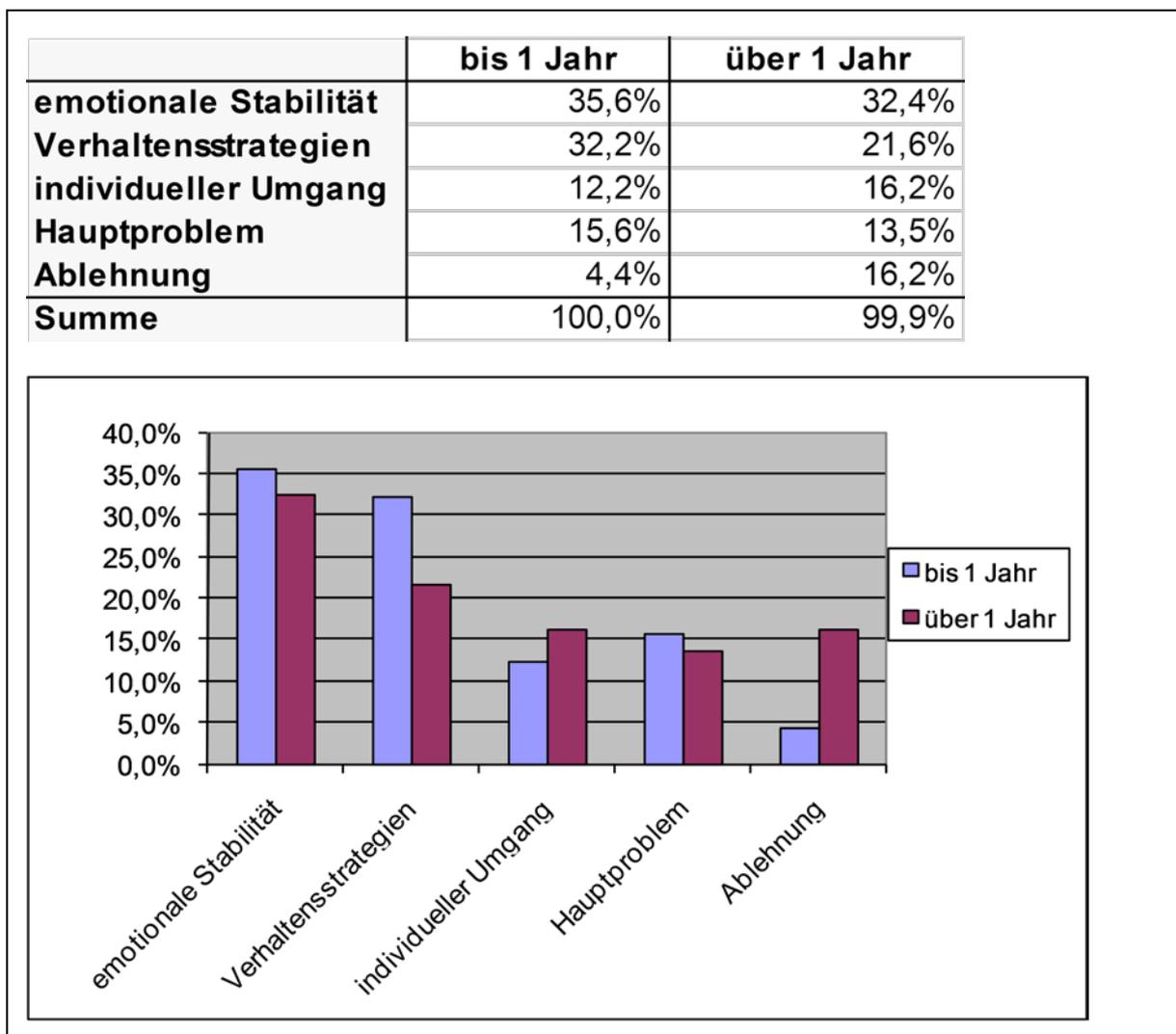


Abbildung 8: Krankheitsdauer und Booster-Kategorien bei Krebspatienten

Rheumapatienten

Mit 47,1 % zogen erst kurz erkrankte Rheumapatienten aus Verhaltensanweisungen den größten Profit. Da bei $P = 0,219$ im Chi²-Test die prozentuale Verteilung nicht signifikant ist, lässt sich das nicht statistisch bewerten. Alle anderen Kategorien werden erkrankungsdauerunabhängig zwischen ca. 11 % und 22 % gewählt.

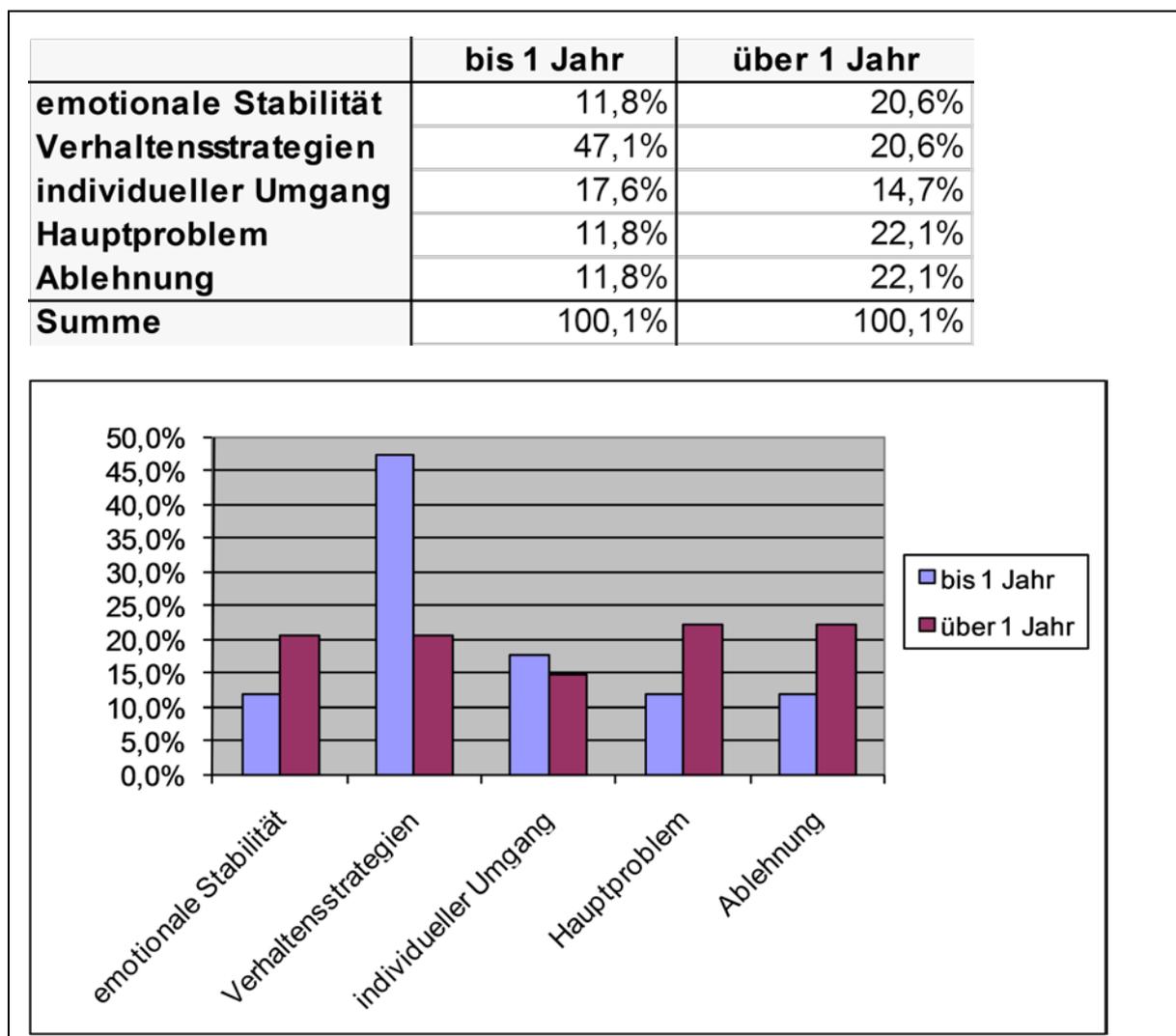


Abbildung 9: Krankheitsdauer und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten

Zusammenhänge von behandlungsbezogenen Merkmalen und den erinnerten Themen werden in der **3. Fragestellung** behandelt.

Signifikante Unterschiede zeigten sich in behandlungsbezogenen Variablen (vgl. Tab 4). Krebspatienten hatten signifikant häufiger kleinere Therapiegruppen (bis 8 Teilnehmer) und hatten häufiger das komplette Therapieprogramm (d.h. alle vier Gruppenstunden) absolviert (jeweils $p < .001$).

5.6 Diagnosegruppen und Booster-Kategorien

Im Vergleich der Diagnosegruppen zeigt sich im Chi²-Test eine signifikante prozentuale Verteilung (P = 0,001). Die Krebspatienten profitieren zu 35,2 % von der emotionalen Stabilität und zu 29,6 % von den Verhaltensstrategien, weniger relevant mit 13,4 % und 8,5 % von den anderen Kategorien während sich die Rheumapatienten außer in der Kategorie des individuellen Umgangs fast gleichmäßig auf die Kategorien verteilen, mit 23,6 % ist die Ablehnungsgruppe die zahlenmäßig größte Kategorie.

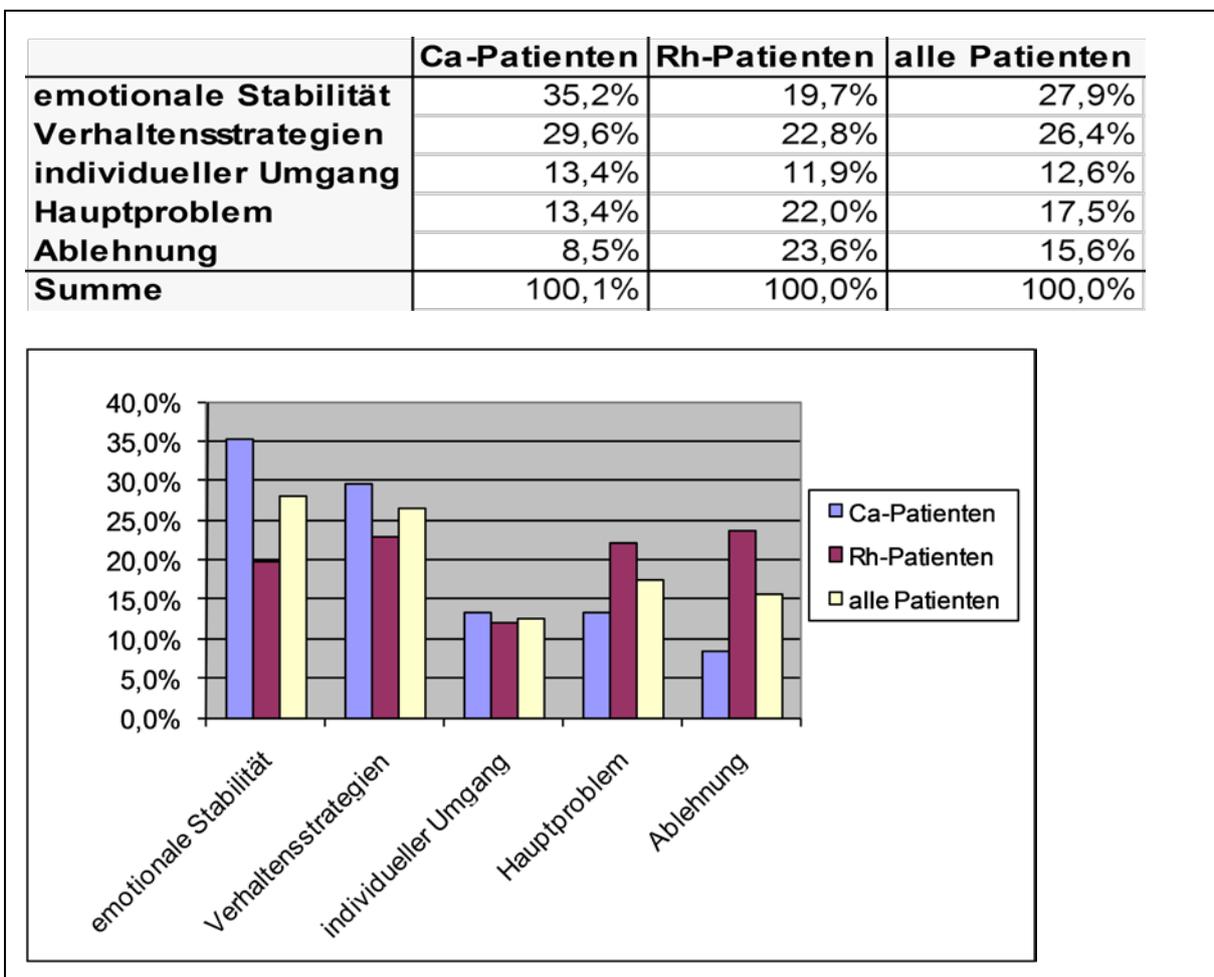


Abbildung 10: Übersicht der Diagnosegruppen und Booster-Kategorien

5.7 Therapiegruppen und Booster-Kategorien

Betrachtung aller Patienten

Werden die beiden unterschiedlichen Therapiegruppen mit einander verglichen, zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede. Für beide Gruppen gilt, dass die Kategorien „emotionale Stabilität“ und „Verhaltensstrategien“ – beide jeweils durchschnittlich mit ca. 25 % angegeben, die größte Bedeutung haben, während das Kriterium „individueller Umgang“ lediglich eine untergeordnete Rolle spielt (ca. 12,5 %). Aufgrund des Chi-Quadrat-Wertes ($P = 0,077$) ist diese prozentuale Verteilung nicht signifikant.

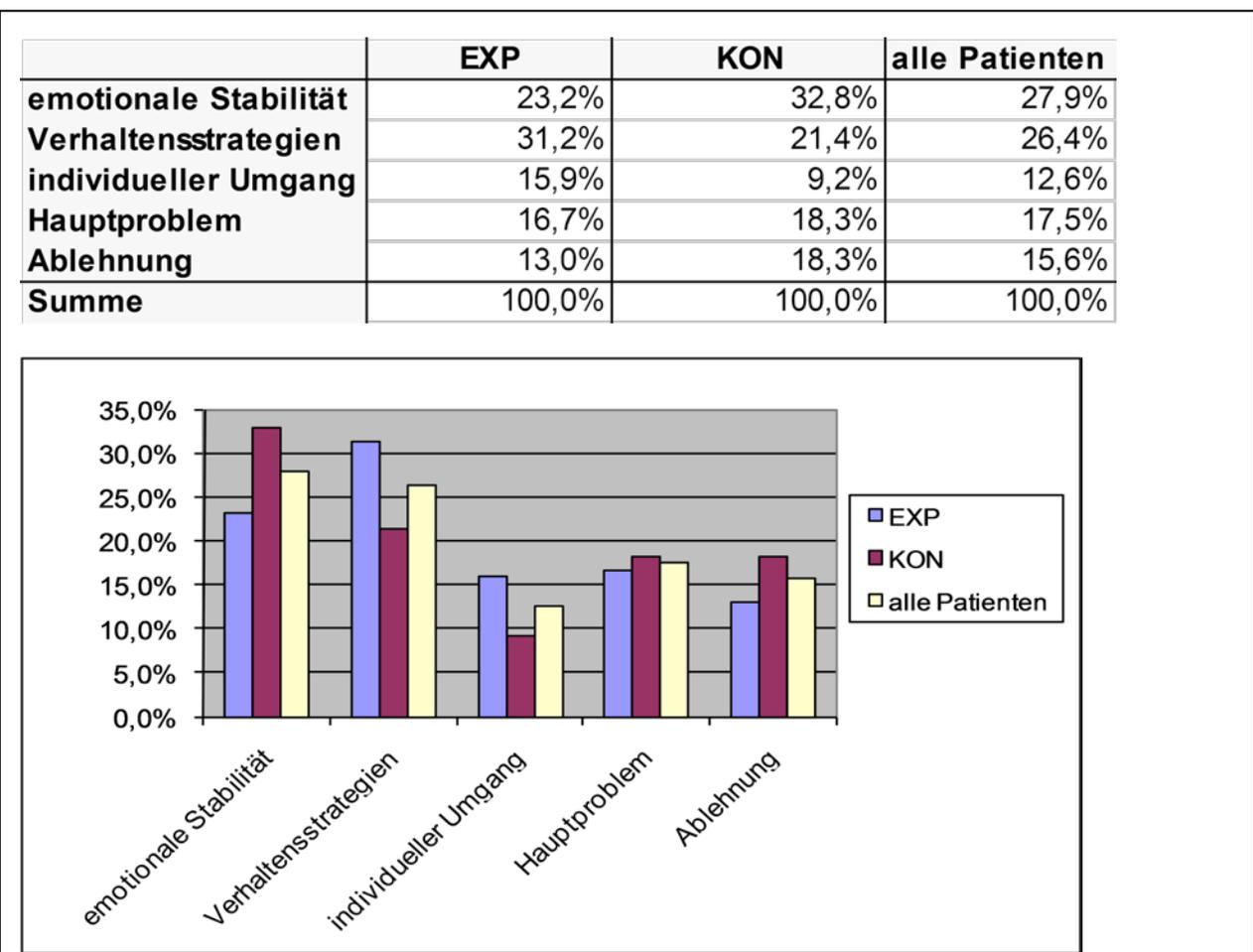


Abbildung 11: Übersicht der Therapiegruppen und Booster-Kategorien

EXP = spezifische Verhaltenstherapie

KON = allgemeine Themenzentrierte Gruppe

Krebspatienten

Die prozentuale Verteilung ist mit $P = 0,287$ deutlich nicht signifikant. Es zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede in der Kategorienaufteilung, je nachdem an welcher Therapieform ein Patient teilnahm. Lediglich bei den Krebspatienten fand die größte Gruppe von 43,1 %, dass sie im Besonderen die gefühlsmäßige Stabilisierung durch Therapeuten und Gruppenmitglieder benötigten, nur 4,6 % lehnten diese Therapieform ab.

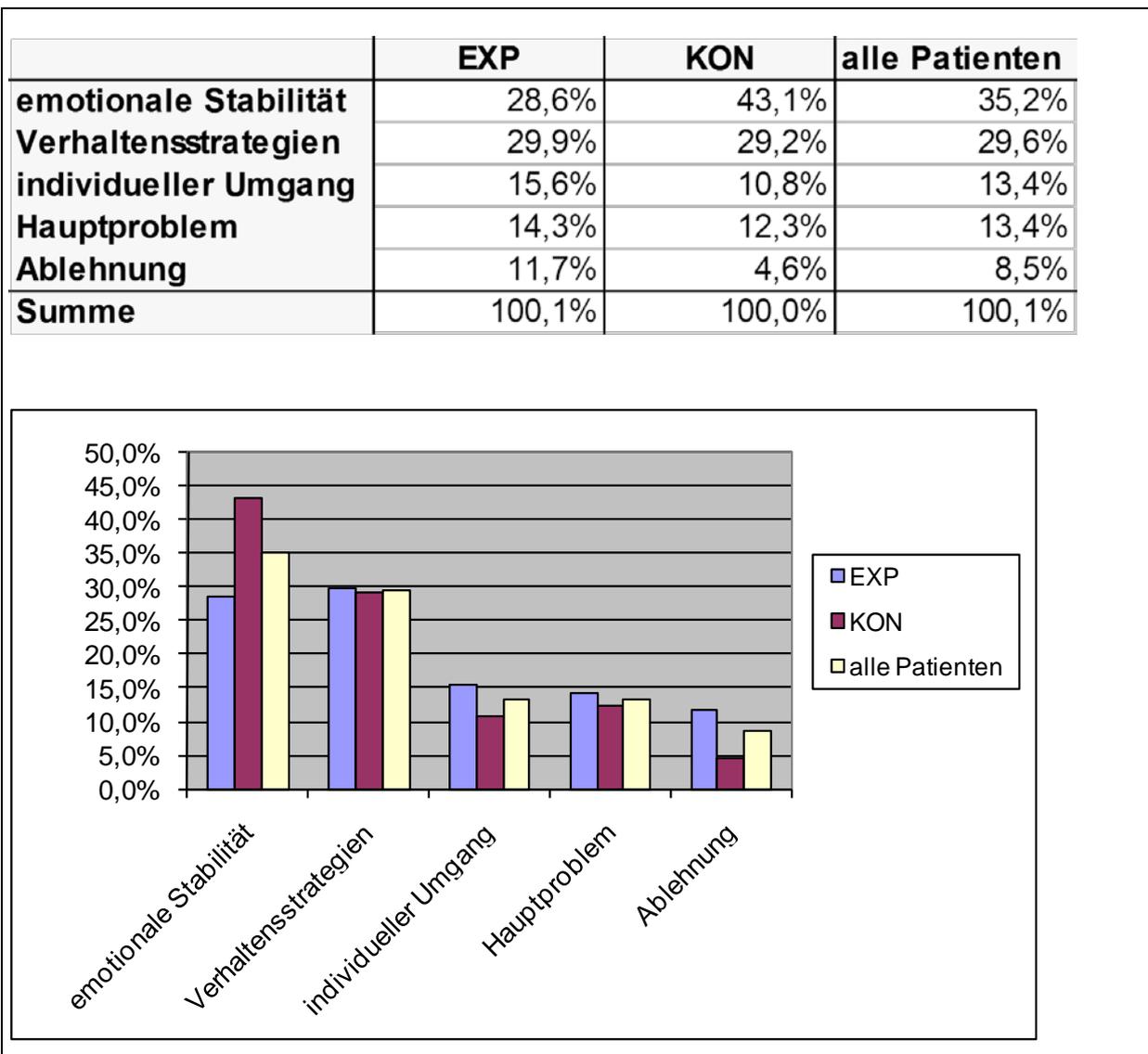


Abbildung 12: Krebspatienten und Booster-Kategorien

Rheumapatienten

Im Vergleich zu den Krebspatienten zeigten bei den Rheumapatienten 31,8 % eine ablehnende Haltung gegenüber dieser freien Gesprächstherapie, im Vergleich zu 14,8 % gegenüber der Verhaltenstherapie. 32,8 % profitierten von den Verhaltensanweisungen der VT; nur 13,6 % fanden diese auch in der Gesprächstherapie. Chi²-Wert: P = 0,017, signifikant; es zeigt sich die deutliche Akzeptanz der Verhaltenstherapie, während die themenzentrierte Gesprächstherapie von weniger Teilnehmern geschätzt wurde. Dennoch fanden sich noch 22,7 % in der Kategorie der emotionalen Stabilität.

	EXP	KON	alle Patienten
emotionale Stabilität	16,4%	22,7%	19,7%
Verhaltensstrategien	32,8%	13,6%	22,8%
individueller Umgang	16,4%	7,6%	11,9%
Hauptproblem	19,7%	24,2%	22,0%
Ablehnung	14,8%	31,8%	23,6%
Summe	100,1%	99,9%	100,0%

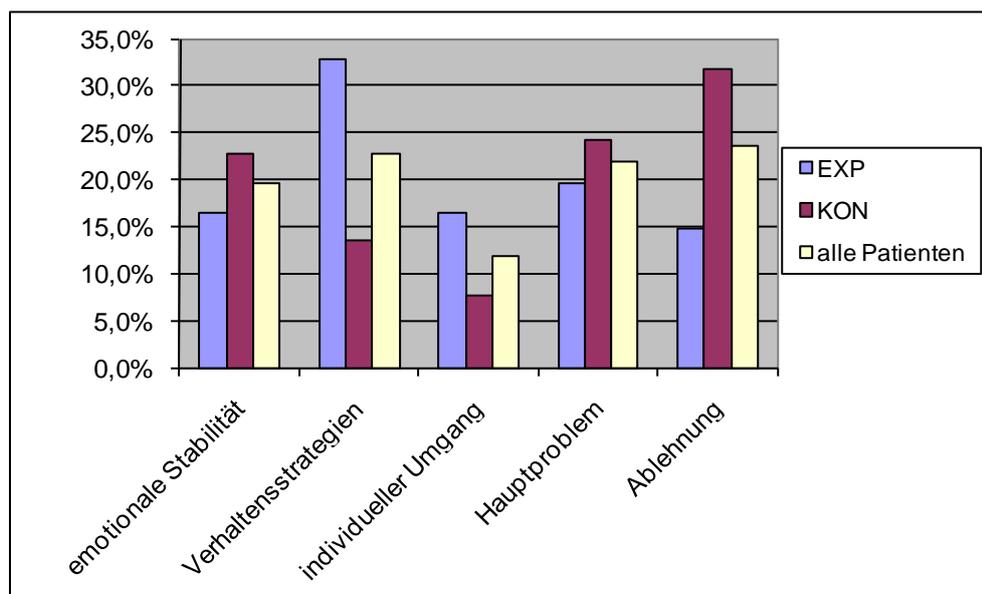


Abbildung 13: Rheumapatienten und Booster-Kategorien

5.8 Gruppengröße und Booster-Kategorien

Betrachtung aller Patienten

Betrachtet man die Gruppengröße, so zeigt sich in der Gesamtgruppe, dass eine kleinere Gruppengröße (3-8 Teilnehmer) mit einem eher positiven Urteil zusammenhängt. Demgegenüber gingen größere Gruppen mit einer stärkeren Ablehnung einher (Chi² = 22.110. df=4. p= 0.000).

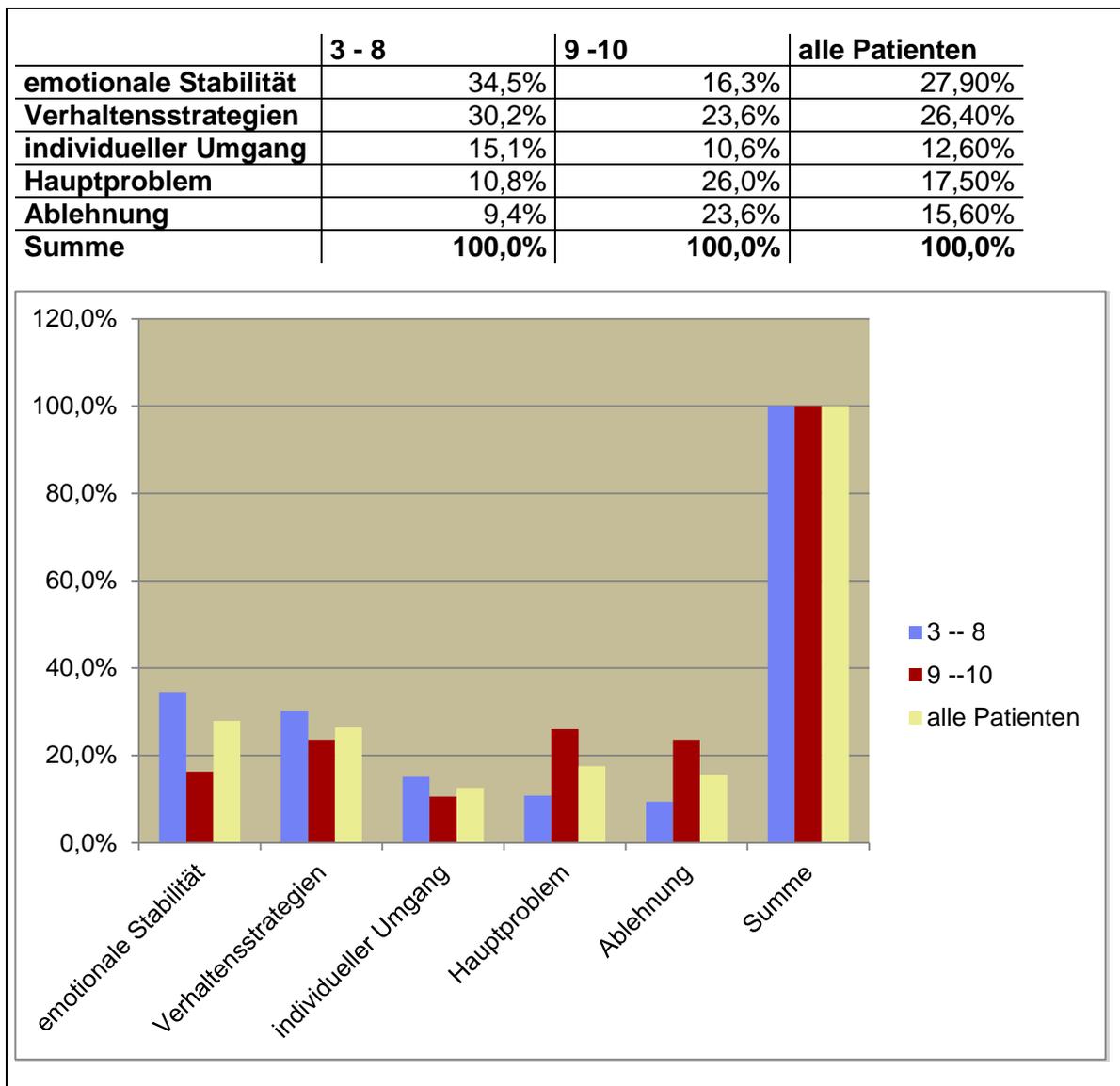


Abbildung 14: Gruppengröße bei allen Patienten

Krebspatienten

In der Gruppe der Krebspatienten zeigte sich ein ähnlicher Effekt wie in der Gesamtgruppe. Allerdings ist hier zu bedenken, dass nur sehr wenige Krebspatienten in Gruppen von 9-10 Teilnehmer waren. Statistisch zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gruppengröße und Boosterkategorien ($\chi^2=9,787$, $df=4$, $p=0.044$).

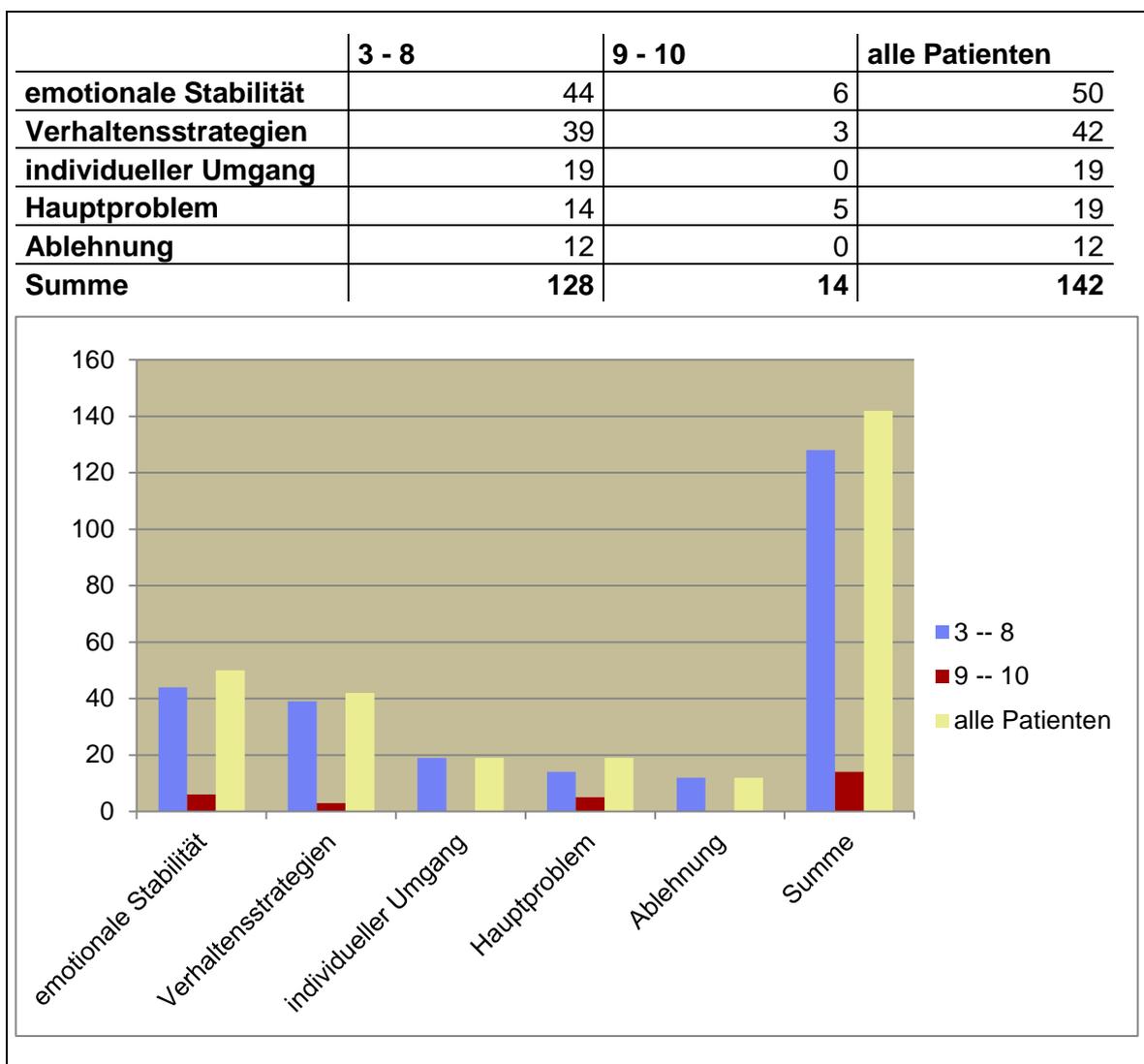


Abbildung 15: Gruppengröße bei Krebspatienten

Rheumapatienten

Bei den Rheumapatienten bestand kein statistisch signifikanter Unterschied in der Verteilung der Booster Kategorien in Abhängigkeit der Gruppengröße ($\chi^2=4,213$, $df = 4$, $P = 0,378$). Deskriptiv erscheint das Ergebnismuster vergleichbar dem bei Krebspatienten. Allerdings ist hier der im Vergleich zu den Krebspatienten umgekehrte Effekt zu bedenken, nämlich dass nur wenige Patienten in Gruppen von 3-8 Teilnehmern waren. Vermutlich verhinderte die geringe Anzahl an Patienten in kleinen Gruppen einen statistisch signifikanten Unterschied.

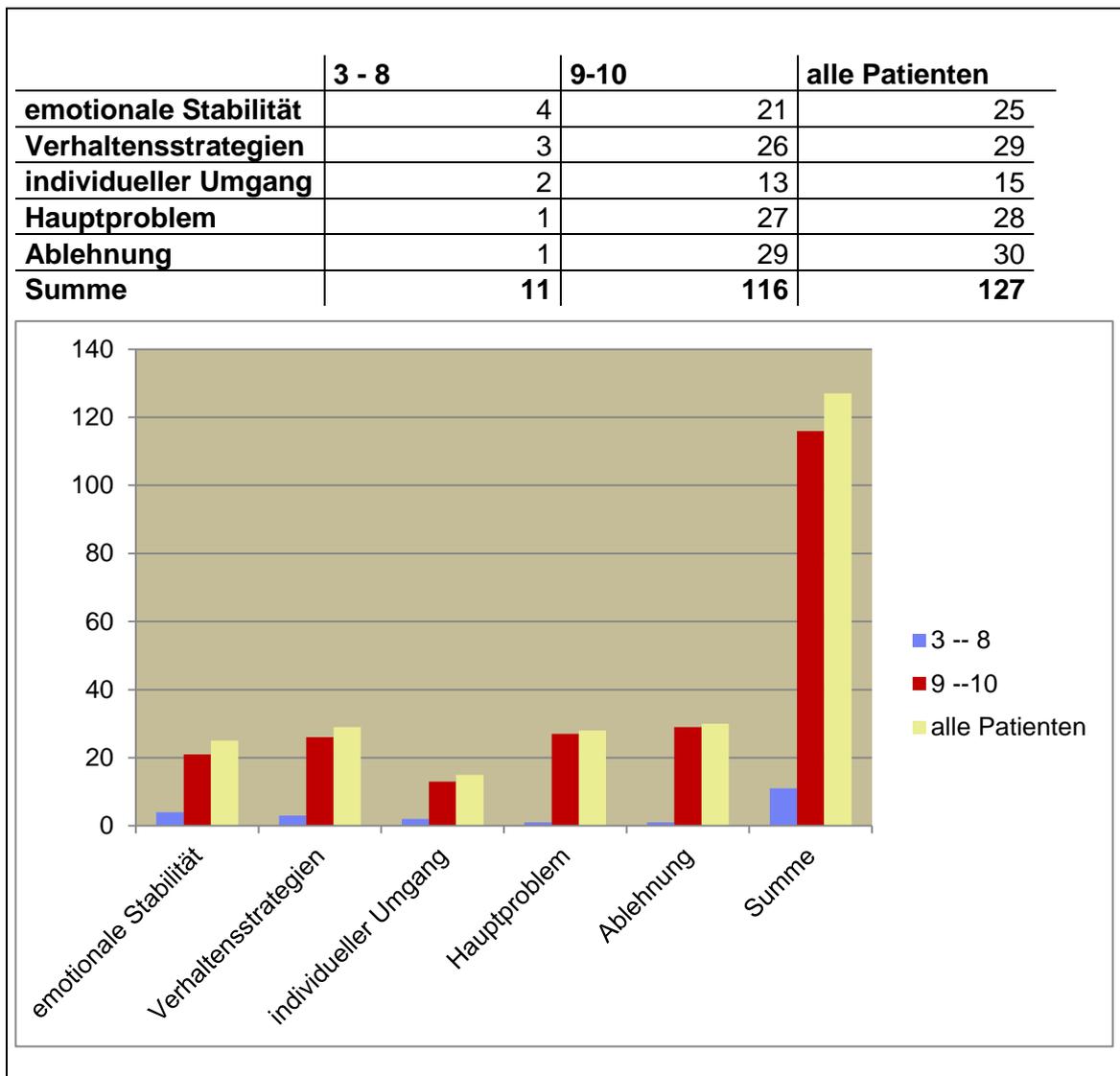


Abbildung 16: Gruppengröße bei Rheumapatienten

5.9 Anzahl besuchter Sitzungen und Booster-Kategorien

Betrachtung aller Patienten

Über alle Patienten hinweg zeigte sich, dass die Teilnahme an allen vier Therapiesitzungen mit einer hohen positiven Einschätzung der Therapieangebote zusammenhing. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den Booster Kategorien zwischen Patienten, die an allen Sitzungen teilgenommen hatten und denen, die bei weniger als vier Sitzungen anwesend waren ($\chi^2 = 28,615$, $df=4$, $P = 0,000$).

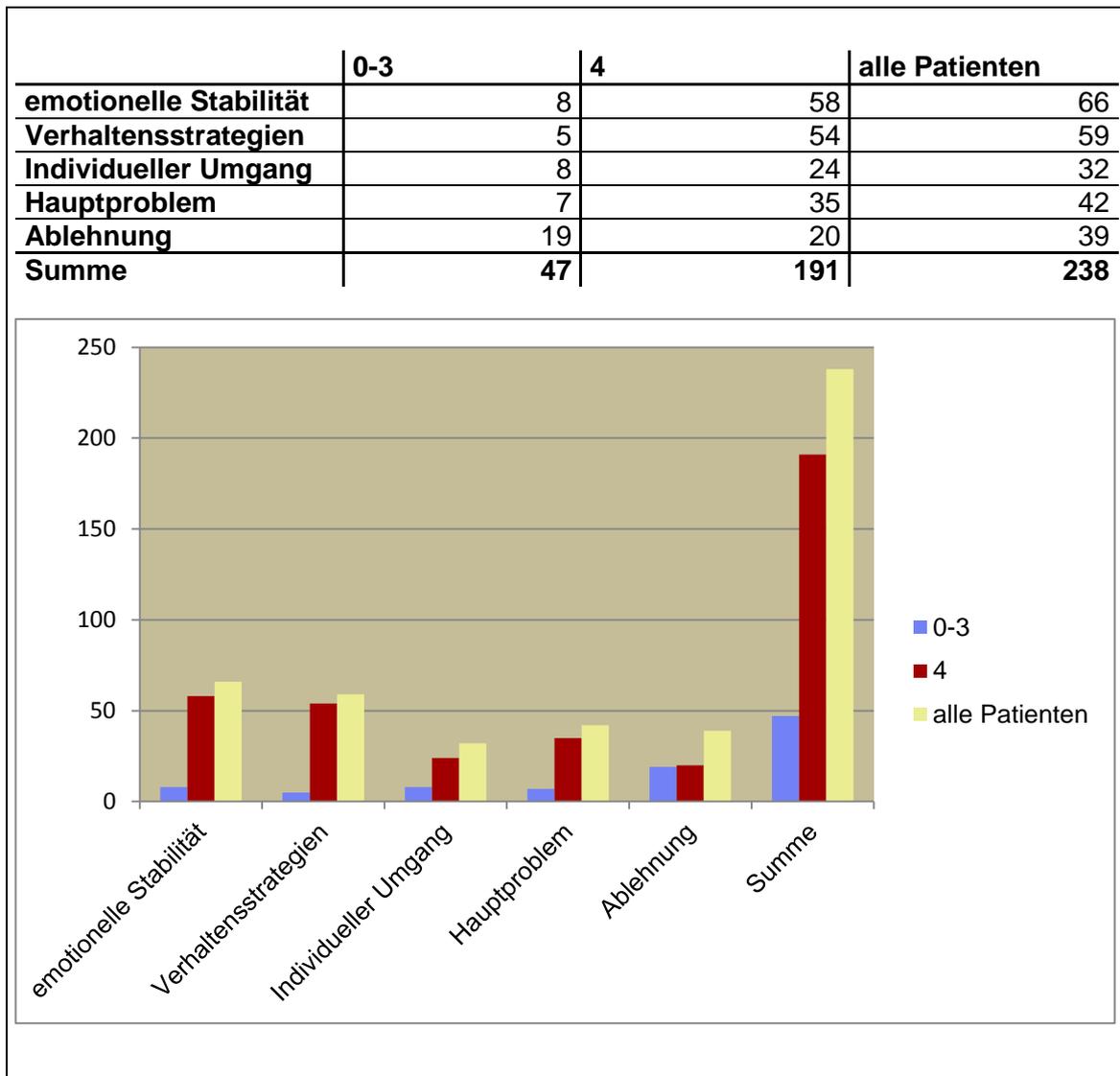


Abbildung 17: Anzahl besuchter Sitzungen und Booster-Kategorien

Krebspatienten

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Anzahl an teilgenommenen Sitzungen und Booster Kategorien nur bei Krebspatienten, so zeigt sich kein signifikanter Effekt ($\chi^2=5,205$, $df=4$, $P=0,267$).

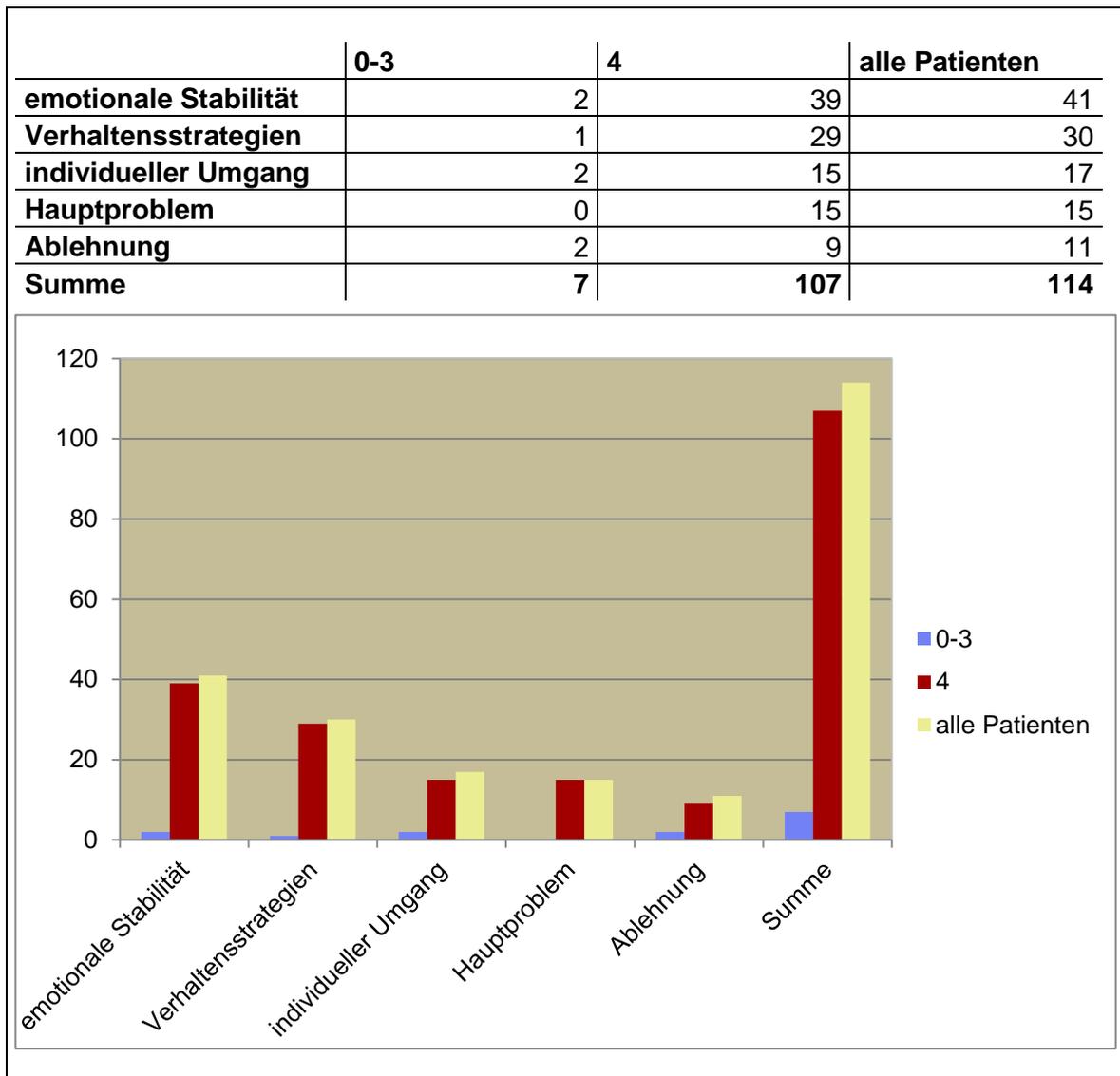


Abbildung 18: Anzahl besuchter Sitzungen und Booster-Kategorien bei Krebspatienten

Rheumapatienten

Hingegen war bei Rheumapatienten der Anteil, die eine emotionale Stabilität erlebten höher bei denen, die an allen vier Sitzungen teilgenommen hatten ($\chi^2=16,588$, $df=4$, $P=0,002$).

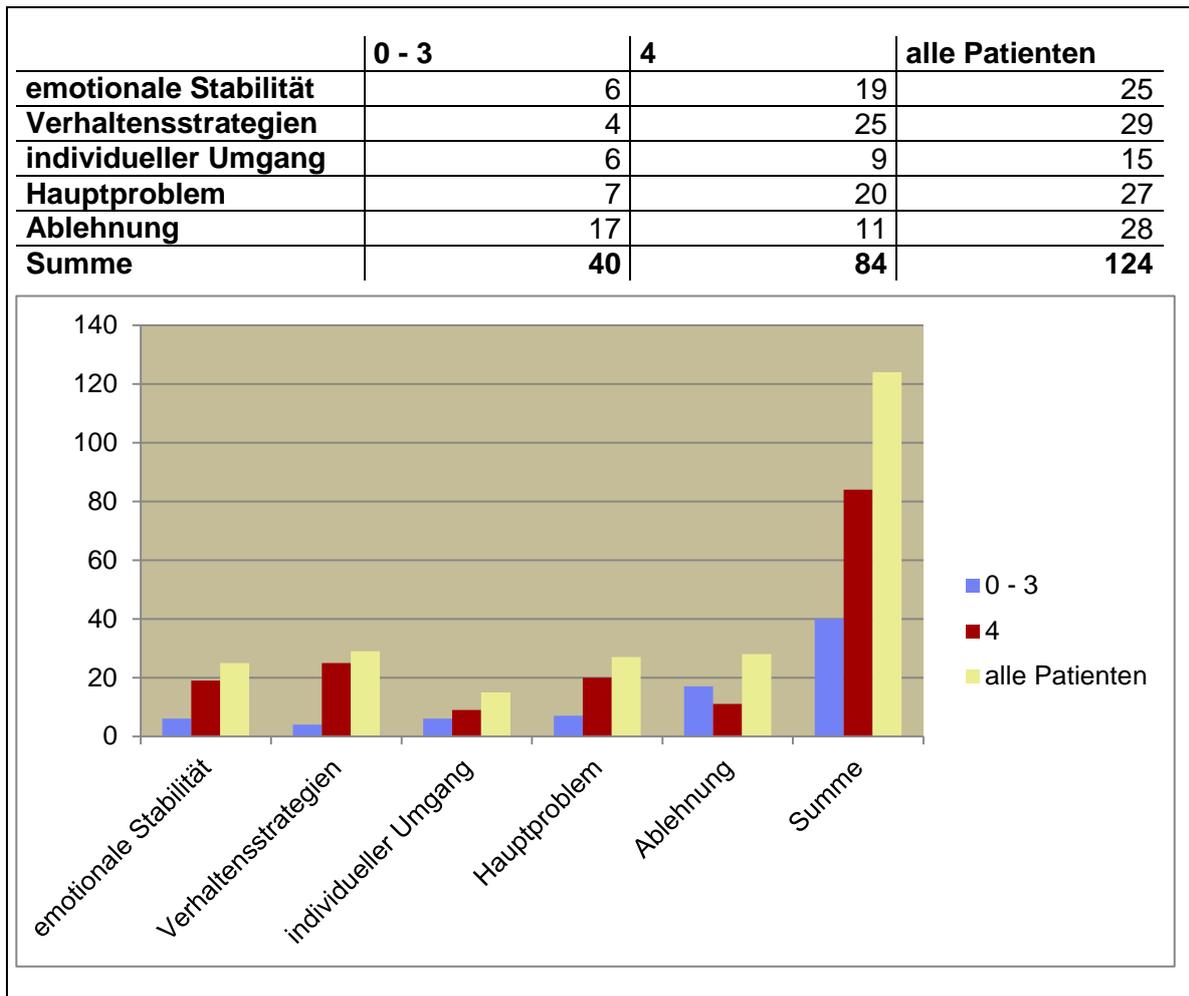


Abbildung 19: Anzahl besuchter Sitzungen und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten

5.10 Therapieerfolg und Booster-Kategorien

Krebspatienten

Die Krebspatienten zeigten zu jeweils 32,9 % vorteilhafte Unterstützung in den beiden ersten Kategorien. 42,0 % aus der ersten Kategorie wiesen jedoch keine Verbesserung auf. Der Chi²-Test ist mit P = 0,574 nicht signifikant.

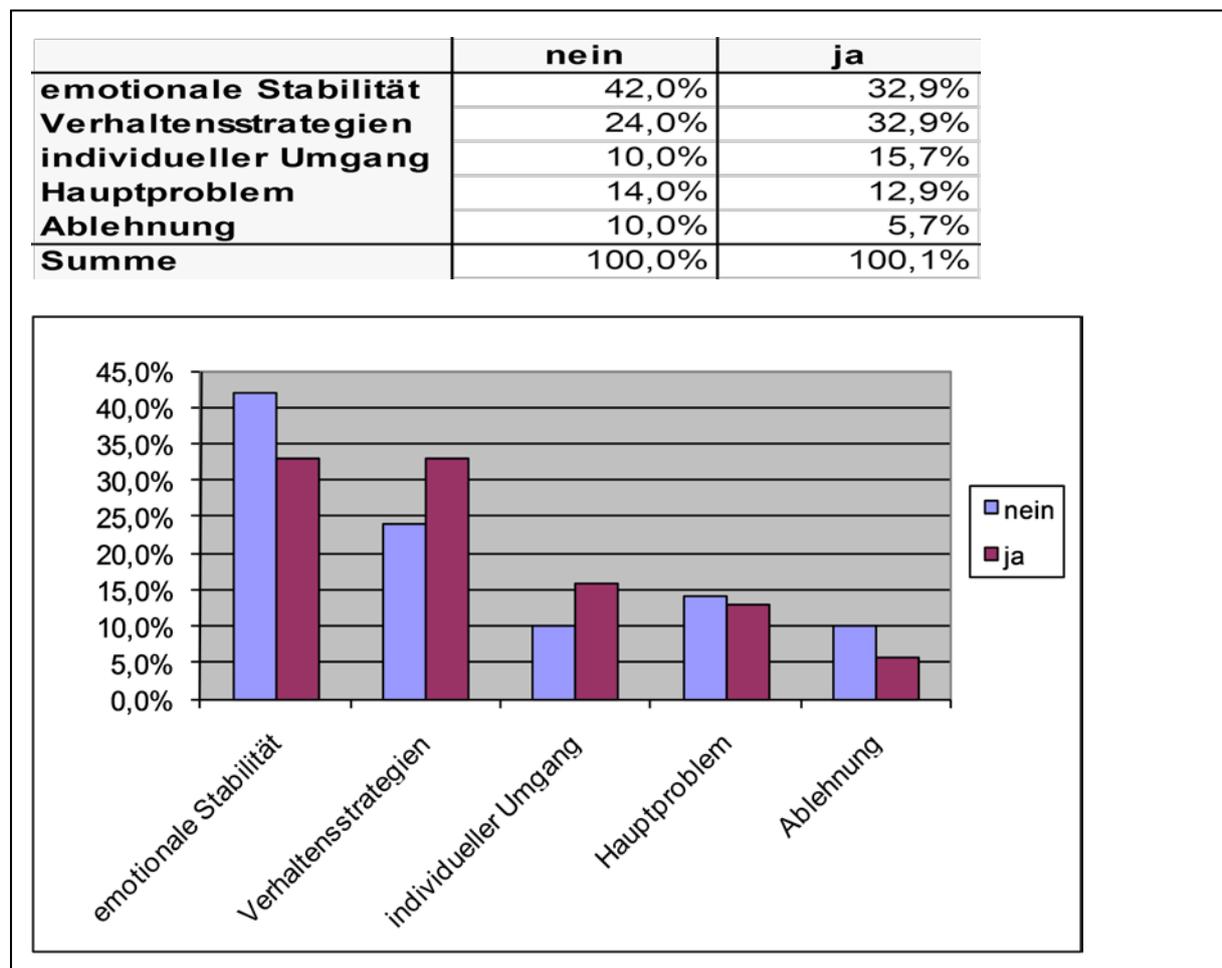


Abbildung 20: Therapieerfolg und Booster-Kategorien bei Krebspatienten

Rheumapatienten

Mit 40,0 % in der Kategorie der Verhaltensstrategien konnten Rheumapatienten den größten Erfolg erzielen. Die Kategorie des individuellen Umgangs zeigt bei den Rheumapatienten mit 2,9 % die geringste Gruppierung mit Therapieerfolg. 22,8 % der Verhaltensstrategiekategorie spürten keinen Therapieerfolg und ebenso viele lehnten die Behandlung ganz ab. Diese Werte sind jedoch aufgrund des Ergebnisses des Chi²-Tests (P = 0,157) nicht signifikant.

	nein	ja
emotionale Stabilität	19,3%	22,9%
Verhaltensstrategien	22,8%	40,0%
individueller Umgang	15,8%	2,9%
Hauptproblem	19,3%	20,0%
Ablehnung	22,8%	14,3%
Summe	100,0%	100,1%

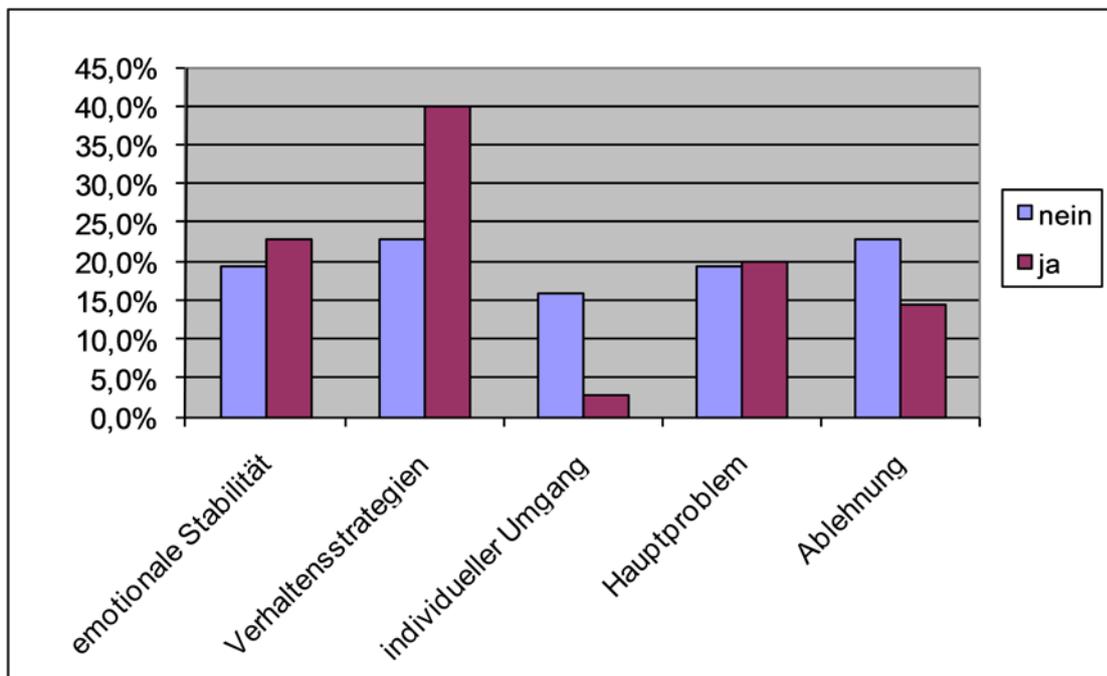


Abbildung 21: Therapieerfolg und Booster-Kategorien bei Rheumapatienten

6. Diskussion

Rehabilitanden mit einer chronischen somatischen Erkrankung weisen häufig komorbide psychische Störungen auf. Diese haben durch ihre Auswirkungen auf die Anzahl von Arztbesuchen, die Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten und die gesundheitsbezogene Lebensqualität gesundheitsökonomische Konsequenzen. Die Prävalenzrate psychischer Störungen bei chronisch erkrankten Patienten in medizinischer Rehabilitation beträgt 20,9% für zumindest eine und 7,6% für mehr als eine psychische Störung. (Härter, Baumeister, Bengel, 2007).

Im Rahmen einer Psychotherapie - Studie zur Behandlung von dysfunktionaler Progredienzangst, der intensiven Angst vor dem Fortschreiten der Krankheitssymptome bei verschiedenen chronischen Erkrankungen, wurden zwei Therapiemodule ausgearbeitet, bei behandlungsbedürftigen Patienten mehrerer Rehabilitationskliniken angewandt und auf ihre Wirksamkeit untersucht. Es wurden jeweils 174 Patienten mit chronischen Tumorerkrankungen und entzündlichen Erkrankungen des Bewegungssystems in zwei unterschiedlichen Gruppentherapien mit jeweils vier Doppelstunden behandelt, um Lebensqualität und Möglichkeiten der Alltagsbewältigung zu verbessern. Dabei ergab die Auswertung, dass beide Therapieangebote bei den Krebspatienten zu einer Senkung des Progredienzangstwertes führten, nicht aber bei den Rheumapatienten (Herschbach et al. 2010).

Sechs und neun Monate nach der stationären Rehabilitationsbehandlung erfolgte ein vorher angekündigtes telefonisches Interview durch eine den Patienten nicht bekannte Befragerin, welches durch eine Erinnerung an die Therapieinhalte die Wirkung des zuvor Gelernten „boostern“ sollte, um so noch bestehende Ängste zu senken.

Grundlage der vorliegenden Arbeit war die Analyse der von diesen Booster-Anrufern angefertigten Stichwortprotokolle mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Analyse führte zu der Bildung von fünf Hauptkategorien, basierend auf den unterschiedlichen Bewertungen der Patienten. Die Kriterien dafür waren die Tendenzen in den Äußerungen der Patienten, ob sie die Behandlungsform hilfreich, nicht hilfreich oder neutral empfanden; das heißt, ob eine positive oder negative Reaktion auf die Intervention erfolgte und ob eine Verbesserung noch in nachfolgenden telefonischen Gesprächen optimiert werden konnte.

Die zuvor aufgeführten Fragestellungen können aufgrund der Ergebnisse zusammenfassend wie folgt beantwortet werden:

6.1 Diskussion der Ergebnisse der Themenkategorien

Die notierten Antworten der befragten Patienten waren sehr unterschiedlich in der Ausführlichkeit und im Inhalt, es konnte aber extrahiert werden, ob sie die Gruppenarbeit als sinnvoll oder hilfreich erlebten, ob sie der Behandlung keinen besonderen Wert beimaßen oder ob sie sie sogar ablehnten und nicht mehr daran erinnert werden wollten. Dafür war es hilfreich, dass die Patienten explizit gefragt wurden, was sie von der Behandlung profitierten und was sie andererseits kritisierten. So konnten die Patienten sich einer fremden Person gegenüber frei äußern, welche angenehmen und unangenehmen Erinnerungen sich bei den Gedanken an die zurückliegende Behandlung einstellten. Es zeigte sich so eventuell eine objektivere Äußerungsform der Patienten, die nur mit Code-Nr. und Diagnose verschlüsselt aufgezeichnet und wieder von einer anderen Person ausgewertet wurde.

Über die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring konnten die Äußerungen der Patienten fünf inhaltlichen Kategorien zugeordnet werden. Neben einer Gruppe mit eher indifferenten Äußerungen ließen sich zwei inhaltliche Kategorien identifizieren, die eine positive retrospektive Beurteilung der Teilnahme an der Gruppentherapie zum Ausdruck brachten und zwei Kategorien, die eher negative Patientenmeinungen beinhaltete. Es existieren in der Literatur wenige Studien über negative Psychotherapiewirkungen; ein „Versuch, negative Aspekte von Psychotherapie gezielt abzubilden.....mit der `Vanderbilt Negative Indicators Scale` ...fand bis heute erstaunlich wenig Anwendung“ (Strauß et al. 1992).

In der ersten Kategorie der „emotionalen Stabilität“ wurden die Patienten zusammengefasst, deren wichtigste Angaben im Erleben von Verständnis und Unterstützung durch Therapeuten und Mitpatienten bestand. So schilderten 50 Krebs- und 25 Rheumapatienten, dass sie sich getragen und bestärkt fühlten durch die wohlwollende Anteilnahme der Gruppenmitglieder und das sei eine bedeutende Hilfe im Umgang mit den beängstigenden Symptomen der jeweiligen Krankheit.

Die wertvollen Tipps und Techniken, wie Entspannungstraining und veränderte Verhaltensmöglichkeiten zur Bewältigung der Krankheitssituation, standen für 42 Krebs- und 29 Rheumapatienten im Vordergrund bei der Erinnerung an die Therapie; sie bildeten die zweite Kategorie der „Verhaltensstrategien“.

In der dritten Kategorie des „individuellen Umgangs“ fanden sich die 19 Krebs- und 15 Rheumapatienten, die schon vor der Behandlung über die für sie bedeutendsten Werkzeuge für den Umgang mit der Angst verfügten.

Für 19 Krebs- und 28 Rheumapatienten wurden die für sie wichtigen angsterzeugenden Themen nicht oder zu wenig bearbeitet, sie fühlten sich alleine gelassen mit ihrem „Hauptproblem“.

Und bei 12 Krebs- und 30 Rheumapatienten stieß die Therapiedurchführung auf klare „Ablehnung“, was auch zum Teil mit einem Behandlungsabbruch verbunden war.

Dies bedeutet zusammenfassend, dass 21.8 % der Krebspatienten und 45.7 % der Rheumapatienten sich eher negativ über die Teilnahme an der Gruppentherapie äußerten.

Ein zentrales Ergebnis der Arbeit ist somit die Erkenntnis, dass ein relativ hoher Anteil an Patienten die Teilnahme an der Gruppentherapie subjektiv als nicht gewinnbringend bis hin zu dezidiert negativ erlebte. Alle Patienten waren zuvor über die Gruppentherapie und deren Ablauf informiert worden und hatten ihr Einverständnis schriftlich niedergelegt. Dies bewahrte jedoch einige Patienten nicht davor, über die Inhalte der Gruppentherapie und deren Ablauf enttäuscht zu sein. Dass es in Psychotherapien zu negativen Effekten kommen kann, ist bekannt. Allerdings liegen entsprechende Zahlen in erster Linie für "klassische Psychotherapiepatienten" vor, die eine Einzelpsychotherapie durchführen. Beispielsweise berichtete Mohr (1995) bei 5-10% der psychotherapeutisch behandelten Patienten eine Verschlechterung und bei weiteren 15-20% keine messbaren Veränderungen. In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass negative Effekte auch in Gruppenpsychotherapien bei körperlich Kranken auftreten.

6.2 Diskussion der Ergebnisse der soziodemographischen Daten

Obwohl die Gruppe der Krebspatienten im Vergleich zu den Rheumapatienten im Durchschnitt älter war und mehr Männer und Erwerbslose enthielt, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei der Aufteilung in die verschiedenen Boosterkategorien in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Dauer der Erkrankung.

Zwar zeigte sich bei über 50 jährigen Rheumapatienten eine größere Vorliebe für angebotene Verhaltensweisen, während die Jüngeren die Behandlung eher ablehnten und dabei besonders die Gruppe der weiblichen Patienten; dies konnte aber nicht statistisch signifikant dargestellt werden.

Nur bei den Krebspatienten bildete sich signifikant die zahlenmäßig größte Gruppe bei den Hauptschülern, die die emotionale Stabilisierung suchten, bei den Rheumapatienten dagegen lehnte gerade diese Bildungsgruppe die Behandlung eher ab.

Die kleinen, meist nicht signifikanten Unterschiede bei den soziodemographischen Daten Alter, Geschlecht und Schulbildung erweckten subjektiv in der Art der Patientenformulierungen folgenden Eindruck: Die über 50jährigen Krebspatienten lagen am häufigsten in der Kategorie derer, die von der gefühlsmäßigen Stabilisierung und Geborgenheit durch die Therapiegruppen profitierten, gefolgt von den unter 50jährigen, oft Abiturienten, die in Verhaltensstrategien einen Halt fanden. Eine mittlere Gruppe pflegte einen individuellen, privaten Umgang mit ihren Krankheitsproblemen und bei vielen Rheumapatienten wurde ihr Hauptproblem, häufig Schmerzen und Angst vor Frühberentung, in der Therapie nicht angesprochen. Das Angebot stieß bei einigen Patienten auf Ablehnung, wobei mehrheitlich geäußert wurde, dass die Schilderungen der anderen, zum Teil schwerer Erkrankten, die Befragten in ihrer Stimmung senkten. Am stabilsten erschienen die Patienten, die durch sichere Partnerschaften, Religiosität und nicht überfordernde Arbeit einen Halt in ihrer Lebenssituation fanden.

Die Analyse des Textmaterials eröffnet die Möglichkeit für solch subjektive Einschätzungen; die phänomenologische Einschätzung konnte über die quantifizierende Analyse des Textmaterials jedoch nicht bestätigt werden.

6.3 Diskussion der Ergebnisse der behandlungsbezogenen Daten

In der Untersuchung konnte keine eindeutige Präferenz einer der beiden Therapiemethoden: Verhaltenstherapie und Themenzentrierte Gruppengespräche festgestellt werden. Es zeigte sich aber ein deutlicher Unterschied beim Vergleich

der Diagnosegruppen. Somit ergab sich eine Parallele im Ergebnismuster der qualitativen Analyse zu der Hauptanalyse der Studie, der Wirksamkeitsanalyse: Bei den Krebspatienten führten beide Therapiemethoden zu einer Verbesserung der PAF-Werte, bei den Rheumapatienten nicht (Herschbach et al., 2010).

Es verteilten sich die Kategoriengruppen bei den Rheumapatienten auf die Therapiearten dergestalt, dass die Themenzentrierte Gruppe mehr emotionale Stabilität bot, die Verhaltenstherapie verständlicherweise mehr Verhaltensstrategien aufzeigte und statistisch signifikant die größte Akzeptanz besaß, beide aber nicht zu einer Senkung des Angstlevels führten. Die Rheumapatienten waren zu größeren Gruppen zusammengefasst und hatten eventuell dadurch eine größere Abbruchrate. Der Besuch aller vier „Seminare“ verbesserte aber statistisch signifikant die positive Bewertung der Therapieangebote.

Die Gruppe der Krebspatienten scheint am meisten davon profitiert zu haben, dass sie nach der medizinischen Behandlung (Operation und Chemotherapie) nicht mit ihrer Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung allein gelassen wurden, sondern sich in kleinen Gruppen unter fachkundiger Anleitung gegenseitig stützen und aufmuntern konnten. Manche Patienten gaben auch an, nach der Rehabilitationsbehandlung eine ambulante Psychotherapie begonnen zu haben.

In einer Untersuchung bei Frauen mit Brustkrebs zeigte sich, dass diese von einer achtwöchigen Nachbehandlung durch Krankenschwestern profitierten, die sich besonders um Informationsvermittlung und Gruppenunterstützung kümmerten. Diese soziale Stärkung wirkte sich auch positiv in den Paarbeziehungen aus (Samarel et al. 1998).

Die Gruppe der Rheumapatienten zeigte in größerem Maße das Bedürfnis nach praktischer Hilfe in ihrem täglichen Leben, vor allem was die Bewältigung ihrer schmerzbedingten Lebenseinschränkung anging. Selbsthilfegruppen und engagierte Ärzte wurden in den Boosterinterviews als hilfreiche Unterstützung bei ihrer chronischen Erkrankung genannt. Arbeitsplatzverlust und finanzielle Einbußen erschwerten die Lebensführung der Betroffenen und konnten häufig durch psychotherapeutische Maßnahmen nicht beeinflusst werden.

In der Gesamtstichprobe der Untersuchung von 174 Probanden zeigten die Rheuma-Patienten einen höheren Progredienzangstpegel als die Krebs-Patienten, konnten aber weniger vom Behandlungsangebot profitieren (Herschbach et al. 2010).

Insgesamt ist zu sehen, dass Patienten in kleineren Gruppen mehr von dem Therapieangebot profitierten und dass die Krebspatienten sich mehr von dem Therapieaufbau angesprochen fühlten als die Rheumapatienten und deshalb auch alle vier Sitzungen besuchten. Die Unterschiedlichkeit der die Gruppen durchführenden Therapeuten wurde nicht untersucht, klang aber manchmal in den Telefonäußerungen an und ist wohl auch eine schwer zu beeinflussende Persönlichkeitsvariable. Durch die Zuweisung der Patienten in den Rehabilitationskliniken zu einer bestimmten Therapeutengruppe war keine Wahlmöglichkeit gegeben. Dabei konnte es vorkommen, dass das „Zusammenspiel v.a. der „inkompatiblen“ Persönlichkeiten nicht zum gewünschten Erfolg führte. Es kommt nicht zur Entwicklung einer für jede Form von Psychotherapie erforderliche vertrauensvolle effektive Therapeut-Patient-Beziehung“ (Strauß et al. 2012).

Bei der hier untersuchten „Booster- Behandlung“ war die Therapeutenbeziehung in den Telefongesprächen ein wichtiges Thema, eine „Telefonstimme“, die den Befragten unbekannt war und nicht an den Gruppensitzungen teilgenommen hatte, konnte nur schwer an den erlebten Gefühlen und Inhalten anknüpfen und konkrete Antworten auf die vorgegebenen Fragen erhalten.

Einzelne Stichworte und Aufgabenstellungen konnten aber auch nach einem halben Jahr anhand der schriftlichen „Hand-outs“ wieder in Erinnerung gerufen werden und eine hilfreiche Wirkung entfalten.

6.4 Diskussion des Untersuchungsaufbaus

Zur Bewertung eines Erfolges der telefonischen Booster Behandlung fehlte eine nicht angerufene Kontrollgruppe, so konnten nur die angerufenen Patienten in ihren unterschiedlichen Reaktionen auf die Therapie untersucht werden. Dabei wurde deutlich, dass Patienten mit einer positiven Erinnerung an die Therapiesitzungen sich auch gerne wieder mit dem Inhalt beschäftigten und an die gelernten Methoden anknüpften. Patienten, die sich schon während der Therapien zu einer Teilnahme eher gedrängt fühlten und zum Teil nicht zu allen Sitzungen erschienen, hatten auch bei der Erinnerung an diese Zeit ein schlechtes Gefühl und brachten ihre Ablehnung zum Ausdruck.

Eine Telefonbefragung durch unbekannte Personen erhöht vielleicht die Ehrlichkeit der Patientenäußerungen, wenn es um eine Katamnese der vorangegangenen Psychotherapiewirkung geht. Sie erhöht aber nicht die positive Wirkung einer Therapie, die auf einer guten Therapeuten – Patienten – Beziehung beruht.

Vorschläge zur Weiterentwicklung

Für kommende Untersuchungsreihen ist eine gute therapieindizierte Auswahl der freiwillig teilnehmenden Patienten mit starker Angst vor dem Fortschreiten ihrer zum Teil lebensbedrohlichen Erkrankung zu empfehlen.

a.) Therapie:

Kleine Gruppen von 3 – 8 Teilnehmern scheinen das positive Therapieergebnis zu fördern. Dies ist bei den Krebspatienten zu sehen; die Rheumapatienten, die mehrheitlich in größeren Gruppen bis zu 10 Teilnehmer behandelt wurden, zeigten vermehrte Therapieabbrüche und schlechtere Progredienzangstwerte. Von den Teilnehmern, die von der Behandlung profitierten, wurde der Wunsch nach mehr Sitzungen ausgesprochen, damit die positiven zwischenmenschlichen Beziehungen

auch mehr zum Tragen kommen können. Eventuell könnte auch das Therapiemodul nicht ausreichend krankheitsspezifisch auf die Belange der Rheumapatienten erstellt worden sein und würde anzeigen, dass ein generisches verhaltenstherapeutisches Modul mit den Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung ergänzt werden sollte.

b.) Booster:

Eine „Booster Auffrischung“ eben dieser stützenden Beziehung könnte auch erfolgen, wenn Anrufe von den behandelnden Therapeuten getätigt werden könnten, da viele Patienten auf die Anrufe von unbekanntenen Personen eher misstrauisch und ablehnend reagierten und sich schwerer taten, positive Elemente der Therapie zu festigen. Außerdem wurde ein häufigerer Kontakt, alle 1 – 2 Monate, für sinnvoll gehalten, um die Erinnerung an hilfreiche Interventionen frisch zu halten und ein Kontinuum der entängstigenden Wirkung aufrecht zu halten.

Dies könnte heute nicht nur durch Telefonanrufe erfolgen, sondern auch auf schriftlichem Weg über Email-Kontakte oder SMS auf mobilen Telefonen. So hielten in einer Studie von Bauer et al. (2012) Patienten mit Essstörungen erfolgreichen wöchentlichen Kontakt über SMS mit Symptomschilderungen und Rückantworten mit ihren Therapeuten. Die Beziehung einer einmal geknüpften positiven Therapeut – Patientenbeziehung sollte nach Möglichkeit beibehalten werden, um die Wirksamkeit zu verbessern.

Nach dem Modell der „Ressourcenutilisierungsstrategien“ könnte ein erfahrener Therapeut bei den „Boosteranrufen“ gezielt den individuellen Ressourcenpool des jeweiligen Patienten ansprechen. Die in den Behandlungsstunden vorher herausgearbeiteten handlungswirksamen Ziele, die im Gedächtnis verankert wurden, könnten so vom Patienten reaktiviert und die eigenen Ressourcen mobilisiert werden (Sulz 2004).

Auf diese Art und Weise können auch kurze Telefonanrufe des Therapeuten zu erfolgreichen therapeutischen Interventionen werden.

Denn schon 1994 beschrieb Klaus Grawe die vier Wirkprinzipien:

- 1.) Ressourcenaktivierung
- 2.) Problemaktualisierung
- 3.) Aktive Hilfe zur Problembewältigung
- 4.) Therapeutische Klärung

Das heißt, wenn der Therapeut diese positive Bindungsperson darstellt, könnten auch kurze telefonische Kontakte zu einer kognitiven Umstrukturierung mit einer Überarbeitung aktueller Lebensprobleme führen.

Nach diesen Wirkprinzipien könnten die Therapiemodule aufgebaut werden; dabei scheint aber auch der Bezug auf die Diagnosen der Patienten wesentlich zu sein, da nicht alle Bewältigungsmechanismen für alle Erkrankungen passen.

So zeigte sich im Vergleich der Krebs- zu den Rheumapatienten, dass erstere von den vorgeschlagenen Modulen mit einer Verringerung der Progredienzangst profitieren konnten, während bei der Gruppe der Rheumapatienten ein anderer, eventuell mehr an den praktischen Bedürfnissen der Menschen orientierter Weg, gefunden werden sollte. Sicherlich wäre ein störungsspezifisches Progredienzangst-Therapiemodul, angewandt von einem Therapeuten der sich in den einzelnen Krankheitsbildern auskennt, eine optimale Therapievoraussetzung.

7. Zusammenfassung

In der dieser Analyse zugrunde liegenden Therapiestudie konnte gezeigt werden, dass sich die Progredienzangst der chronisch erkrankten Krebspatienten bei beiden Therapiemethoden durch die psychotherapeutische Behandlung in vier Gruppensitzungen besserte. Bei den Rheumapatienten besserte sich die Progredienzangst nicht. Nach Abschluss der Therapie erhielten die Patienten eine telefonische „Booster Auffrischung“ der Therapieinhalte. Diese bilden die Grundlage der vorliegenden Studie. Dabei wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring die Stichwortprotokolle der Telefonanrufe ausgewertet. Die Hauptaussagen der Patienten wurden unter den Rubriken: lobend, wertungsfrei und kritisch gesammelt. Inhaltlich fanden sich die Untergruppierungen:

1. emotionale Stabilität: „Die Therapie hat mir genutzt, weil mein inneres Gleichgewicht gestärkt wurde.“
2. Verhaltensstrategien: „Die Therapie hat mir genutzt, da ich wertvolle neue Verhaltensmuster lernte.“
3. individueller Umgang: „Die Therapie hat nichts verändert, da Problemlösungsmechanismen schon vorhanden waren.“
4. Hauptproblem: „Die Therapie hat nichts verändert, da die für die Angstentwicklung wesentlichen Punkte nicht angesprochen wurden.“
5. Ablehnung: „Die Therapie hat geschadet, da die Gruppengespräche zu einer Angstzunahme führten.“

Die Aufteilung in diese unterschiedlichen Kategorien der Patientenreaktionen zeigt wichtige Wirkungen der Therapie bei den Patienten an.

Die Studie konnte zwei wesentliche signifikante Ergebnisse aufzeigen:

Die meisten Therapiegruppen fanden mit einer Teilnehmeranzahl von 3 – 8 statt; eine Gruppengröße, die die Möglichkeit von mitfühlender Anteilnahme unter den Mitgliedern erhöht, was besonders bei den Krebskranken zum Tragen kam. Die in größeren Gruppen von 9 – 10 Patienten zusammengefassten Rheumapatienten zeigten schlechtere Ergebnisse mit mehr Therapieabbrüchen.

Bei der Aufschlüsselung nach dem Schulabschluss zeigen vor allem Hauptschüler einen größeren Nutzen durch das Erreichen emotionaler Stabilität, während Abiturienten mehr von den angebotenen Verhaltensstrategien zu profitieren scheinen.

Eine weitere Untersuchung von Psychotherapiemethoden der dysfunktionalen Progredienzangst bei Krebspatienten erscheint aufgrund der bisher gezeigten Erfolge sinnvoll. An der Form von telefonischen „Boostern“ muss allerdings hinsichtlich des Zeitraums nach der Gruppentherapie, der durchführenden Person und dem patientenspezifischen Ressourcenpool noch gearbeitet werden. Eine gute Patienten–Therapeuten–Beziehung ist die Grundlage einer erfolgreichen Psychotherapie und diese könnte auch nach einer stationären Therapie - wo sinnvoll mit technischen Hilfsmitteln - persönlich weitergeführt werden, um positive Behandlungsschwerpunkte zu festigen.

8. Dankvermerk

Mein Dank gilt zuerst meinen Eltern, die mir eine große Ausdauer bei der Durchführung von Aufgaben ins Leben mitgegeben haben.

Prof. Peter Herschbach und Dr. Andreas Dinkel, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München vielen Dank für die lange Betreuungszeit.

Besonderer Dank an meine Söhne für die geduldige Beratung bei all meinen technischen Problemen, vor allem bei der Gestaltung der Abbildungen.

9. Literaturverzeichnis

- Antony, MM., Ledley, DR., Heimberg, RG. Improving Outcomes and preventing relaps in Cognitive – Behavioral Therapy New York, Guilford Press 2005, S. 520
- Baird, J., Longabaugh, R., Lee CS., Nirenberg, TD., Woolard, R., Mello, MJ., Becker, B., Carty, K., Allison Minugh, P., Stein, L., Clifford, PR., Gogineni, A. Treatment completion in a brief motivational intervention in the emergency department: the effect of multiple interventions and therapists' behavior. Alcoholism, clinical and experimental research 31 (10 Suppl) (2007) 71s-75s
- Baldras, S. Die Übergangsphase und ihre Prädiktoren. Dissertation, Freiberg im Breisgau, 2006, S. 88
- Bauer, St., Okon, E., Meermann, R., Kordy,H., Technology-enhanced Maintenance of Treatment gains in eating disorders: efficacy of an intervention delivered via text messaging. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2012, Vol.80 No4 700-706
- Baumeister, H., Härter, M., Körperliche Beschwerden bei Patienten mit psychischen Störungen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55 (2007) S. 9 - 19
- Bräutigam, W., Christian, P. Psychosomatische Medizin. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1973, 269-278
- Bullinger, M., Kirchberger, I. Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 12. Göttingen: Hogrefe, 1998
- Canada, AL., Schover, LR., Li, Y. A pilot intervention to enhance psychosexual development in adolescent and young adults with cancer. Pediatr. Blood Cancer 49(6), (2007) 824-828
- Cohn, R. Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart: Klett-Cotta, 2000

- Craske, M.G., Roy-Byrne, P., Stein, M.B., Sullivan, G., Hazlett-Stevens, H., Bystritsky, A., Sherbourne, C. Behavior Therapie 37 (2006) 112-119
- Dankert, A., Duran, G., Engst – Hastreiter, U., Keller, M., Waadt, S., Henrich G., Herschbach, P., Progredienzangst bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus und entzündlich – rheumatischen Erkrankungen. Die Rehabilitation, 2003,42, 155 - 163
- De Shazer, S. Der Dreh - Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 1989
- Derogatis, LR., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., Henrichs, M., Carnicke, C. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 249 (1983) 751-757
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10). Göttingen: Huber, 2000, S. 101 - 219
- Engst-Hastreiter, U. Psychosomatik und Psychotherapie. In W. Miehle, K. Fehr, M. Schattenkirchner, K. Tillmann (Hrsg.), Rheumatologie in Praxis und Klinik (2. Aufl.), Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2000, S. 384-392
- Ermann, M. Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin W. Kohlhammer GmbH Stuttgart 1995 S. 19-24, 192-211
- Filipp, S.-H.& Aymanns,P. (2010):Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer.
- Freud, S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Studienausgabe Band 1, S. Fischer- Verlag, 1969, S. 384
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. Psychotherapie im Wandel von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe, 1994

- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jakobi, F., Höfler, M., Bengel, J., Wittchen, H.U. Increased 12-Month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases *Psychother. Psychosom.* 76 (2007) 354-360
- Härter, M. Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen (Etiology of mental Disorders in Chronic Somatic Illness). *Rehabilitation* 41 (2002) 255 – 263
- Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J., *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen.* Springer Medizin Verlag Heidelberg 2007
- Heim, E. Coping und Adaptivität. *Psychother. Psychosom med Psychol* 38 (1988) 8-18
- Helbig-Lang, S. Veränderungsrelevante Prozesse jenseits psychotherapeutischer Sitzungen – Konzeption, Beschreibung und Ansätze für ein optimiertes therapeutisches Vorgehen. Dissertation, Dresden, 2009
- Henningsen, P., Hartkamp, N., Loew, T., Sack, M., Scheidt, C., Rudolf, G., *Somatoforme Störungen; Hypochondrische Störung* Schattauer Verlag Stuttgart 2002 S.115 – 130)
- Henrich, G., Herschbach, P., Questions on life satisfaction (FLZ^M) – a short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment* 16 (1997) 150-159
- Herold, G., et al. *Innere Medizin*, Köln 2008
- Herrmann, C., Buss, U. Snaith, RP. HADS-D –Hospital anxiety and depression scale. Bern: Verlag Hans Huber, 1995
- Herschbach, P. Stationäre onkologische Rehabilitation – eine Bedarfsanalyse. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 1 (1987) 31-45
- Herschbach, P., Berg, P. Diagnose und Therapie von Progredienzangst. In: U. Koch und J. Weis (Hrsg.), *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung.* Göttingen: Hogrefe, 2009 S. 199-211

- Herschbach, P., Berg, P., Waad, S., Duran,G., Engst-Hastreiter, U., Henrich, G., Book, K., Dinkel, A. Group Psychotherapie of Dysfunctional Fear of Progression in Patients with Chronic Arthritis or Cancer. *Psychother Psychosom* 79 (2010) 31-38
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran-Atzinger, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., R. Ukat, Henrich, G. Fear of Progression in Diabetes Mellitus, Cancer and Chronic Arthritis – Psychometric Properties of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q). *Journal of Psychosomatic Research* 58 (2005) 505-511
- Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Henrich, G. Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Support Care Cancer* (2010) 18; 471 – 479
- Herschbach, P., Dankert, A., Duran-Atzinger, G., Waadt, S., Engst-Hastreiter, U., Keller, M., Henrich, G. Diagnostik von Progredienzangst. Wissenschaftliche Darstellung des Projekts im Rahmen des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern 2001
- Herschbach, P., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Berg, P. Gruppentherapeutische Behandlung von Progredienzangst bei Krebspatienten. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 27 (2006) 298-309
- Herschbach, P., Henrich, G. Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. *PPmP*, 37 (1987) 185-192
- Herschbach, P., Heußner, P. Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2008, S. 53-57, S. 123 - 130
- Herschbach, P., Rosbund, AM., Bregelmann, JC. Probleme von Krebspatientinnen und Formen ihrer Bewältigung. *Onkologie*, 8 (1985) 219-231
- Hoffmann,SO., Hochapfel,G. (1979) Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. UTB Schattauer 1979, S. 71

- Hoffmann, S. O., Hochapfel, G., Heuft, G., Eckhardt-Henn, A., Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Schattauer GmbH (2009)
- 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* 30A (1994) 37-40
- Kanfer, FH., Reinecker, H., Schmelzer D. Selbstmanagement Therapie. Springer, Berlin, 2000
- Kissane, DW., Block, S., Miach, JP., Smith, GC., Seddon, A., Keks, N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer – techniques and themes. *Psycho-Oncology*, 6 (1997) 25-33
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., Hatcher, M. B. Fear of cancer recurrence – a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6 (1997) 95-105
- Margraf, J. Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 & 2. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2000
- Mayring, P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim, Beltz Verlag. 8. Auflage 2003
- Mehnert, A., Herschbach, P., Berg, P., Henrich, G., Koch, U. Progredienzangst bei Brustkrebspatientinnen – Validierung des Progredienzangstfragebogens PA-F-KF. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 52 (2006) 274-288
- Mohr, DC. (1995) Negative outcome in psychotherapy. A critical review. *Clin Psychol Sci Pract* 2:1-27
- Moorey, S., Greer, St., Adjuvant psychological therapy (APT) for anxiety and depression in cancer patients. In: M. Watson (Hrsg.): *Cancer patient care: psychosocial treatment methods*. Cambridge, New York: BTS Books 1991, S. 94-110

- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Bliss, J.
The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158 (1991) 255-259
- Moorey, S., When bad things happen to rational people: cognitive therapy in adverse life circumstances. In: Salkovskis, P.M. (Hrsg.), *Frontiers of cognitive therapy*. Guilford Press: New York, 1996, S. 450-469
- Munsch, S., Schneider, S., Margraf, J., Angst- und Zwangsstörungen. In: Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, Sulz, SKD (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie 3 Verhaltenstherapie*. CIP-Medien-Verlag München 2. Auflage, 2004, S. 231 - 240
- Northouse, L.L., Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nursing* (June 1981), 213-220
- Noyes, JR., Holt, SC., Massie, MJ. Anxiety Disorders. In D. J. Holland (Hrsg.), *Psycho - oncology*. New York: Oxford University Press, 1998, S. 548-563
- O'Neil, MP. Psychological aspects of cancer recovery. *Cancer* (July Supplement 1975) 271-273
- Oßner, CM. Bewältigung chronischer Erkrankungen: Progredienzangst bei Patienten mit Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung und Peripherer Arterieller Verschlusskrankung. Dissertation, München, 2009
- Petersson, LM., Berglund, G., Brodin, O., Glimelius, B., Sjödén, PO. Group rehabilitation for cancer patients: satisfaction and perceived benefits. *Patient education and counseling* 40(3) (2000) 219-229
- Popkin, MK., Callies, AL., Lentz, RD., Colon, EA., Sutherland, DE. Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with longstanding type I diabetes mellitus. *Archives of General Psychiatry*, 45 (198) 64-70

- Raspe, HH. Chronische Polyarthrit. In: R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, T. von Uexküll, & W. Wesiack (Hrsg.), Psychosomatische Medizin (5. Aufl.), München: Urban und Schwarzenberg, 1996, S. 867-880
- Resnicow, K., Royce, J., Vaughan, R., Orlandi, M.A., Smith, M. Analysis of a multicomponent smoking cessation project: What worked and why. Preventive Medicine 26(3) (1997) 373-381
- Resnicow, K., Vaughan, R., Futterman, R., Weston, RE., Royce, J., Parns, C., Hearn, MD., Smith, M., Freeman, HP., Orlandi, MA. Health Educ. Behav., 24(2) (1997) 201-217
- Revensdorf, D. Verhaltenstherapie und andere Therapieformen. In Margraf, J. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2000, S. 205-222
- Riemann, F., Grundformen der Angst. Ernst Reinhard Verlag München Basel, 1978 , 13.Aufl., S. 7-15
- Samarel, N., Jaqueline, F., Krippendorf, K., Placentino, J.C., Eliasof, B., Hughes, P., Kowitski, C., Ziegler, E., Women`s perceptions of group support and adaption to breast cancer. 1998; Journal of Advanced Nursing, 28(6), 1259-1268
- Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R-D., Köhler, U., Krauß, O., Schwarz, R., Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132:2071 – 2076
- Singer, S., Das-Munshi, J., Brähler, E., Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. Annals of Oncology 2010 ; 21 : 925-930
- Sulz, SKD. Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In: Hiller, W., Leibing, E., Sulz, S., K., D. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie 3 Verhaltenstherapie. CIP-Medien-Verlag München 2. Auflage, 2004, S. 25-45

- Stalker, M.Z., Johnson, P.S., Cimma, C., Supportive activities requested by survivors of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7 (1989) 21-31
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M.L., Kaczmarek, S., Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2012. 57: 385-394
- Strauß, B., Strupp, H.H., Burgmeier-Lohse, M., (1992) Deutsche Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Prozeßskalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurztherapien. *Z Klin Psychol Psychopatol Psychother* 40:411-430
- Thoma, S.F., Glynne-Jones, R., Chait, I., Marks, D.F. Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. *Psycho-Onkology*, 6 (1997) 190-196
- Tutty, S., Ludman, E.J., Simon, G., Feasibility and acceptability of a telephone psychotherapy program for depressed adults treated in primary care. *General hospital psychiatry* 27(6) (2005) 400-410
- Van Spijker, T., Trijsburg, R.W., Duivenvoorden, H.J. Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59 (1997) 280-293
- Varni, J.W., Rapoff, M.A., Waldron, S.A., Gragg, R.A., Bernstein, B.H., Lindsley, C.B. Chronic pain and emotional distress in children and adolescents. *Development and Behavioral Pediatrics*, 17 (1996) 154-161
- Waadt, S., Duran, G., Herschbach, P., Strian, F. Hypoglykämieangst: Überlegungen zur Pathogenese und Therapie anhand einer Falldarstellung. *Praxis der Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 17 (1992) 47-55
- Walitzer, K.S., Connors, G.J., Thirty- Month Follow-Up of Drinking Moderation Training for Women: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol 75 (2007) 501-507
- Wiener, C.L. The burden of rheumatoid arthritis: Tolerating the uncertainty. *Social Science & Medicine*, 9 (1975) 97-104
- Wong, C.A., Bramwell, L. Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 15 (1992) 363-371