

# Theoriebezug der psychologischen Versorgung von Krebspatienten

- 2.1 Theoriebezogenheit und Patientenzentrierung – 34
- 2.2 Theorie der Selbst-Determination – 35
- 2.3 Theorie der Selbst-Regulation – 37
- 2.4 Theorie der kognitiv-emotionalen Regulation – 39
- 2.5 Theorie des geplanten Verhaltens – 40
- 2.6 Das transaktionale Stressbewältigungsmodell – 42
- 2.7 Selbstwirksamkeitstheorie – 43
- 2.8 Transtheoretisches Modell der Veränderung – 45
- 2.9 Praxisbezug der Theorien – 46

## 2.1 Theoriebezogenheit und Patientenzentrierung

In der Psychotherapie und Gesundheitsförderung bei Patienten mit chronischen Erkrankungen stellen psychologische Theorien eine essentielle Komponente der Erforschung und praktischen Anwendung wirksamer Interventionsformen dar (Bartholomew u. Mullen 2011, Leventhal et al. 2008, Newman et al. 2009, Petrie u. Revenson 2005). Theoriebasierte Interventionen setzen ein Verständnis der psychologischen Theorie und ihrer Operationalisierung in der praktischen Umsetzung voraus. Sie erlauben es darüber, jedem Patienten eine auf ihn angepasste und dennoch wissenschaftlich fundierte Intervention anzubieten. Auch in der Psychoonkologie ist ein theoretischer Bezug erforderlich, möchte man verstehen, für welche Krebspatienten unter welchen Bedingungen welche Interventionsform und warum durchgeführt werden soll (Graves 2003, Harper et al. 2007, Manning u. Bettencourt 2011, Stanton 2006).

Der theoretische Bezug der Patientenversorgung steht im engen Zusammenhang zur Patientenzentrierung in der Gesundheitsversorgung (Whitlock et al. 2002) und Krebstherapie (Davies u. Batehup 2010, Epstein u. Street 2007, IOM 2008). Das Institute of Medicine hat die patientenzentrierte Versorgung als »*care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values*« (IOM 2001, S. 40) definiert, wobei »*patient-centered care, in its essence, is about partnerships*« (Bodenheimer u. Grumbach 2007, S. 50). Die patientenzentrierte Versorgung äußert sich in

- einer gesundheitsfördernden Beziehung zum Krebspatienten,
- dem kontinuierlichen Austausch von gesundheitsrelevanten Informationen aller Beteiligten,
- dem Beachten der Gefühle von Krebspatienten und dem sensiblen Umgang mit ihrer Verunsicherung,

- der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Behandlungsteam und Krebspatienten und
- ihrer kontinuierlichen Unterstützung im Selbst-Management.

Diese Forderungen sind für die ganzheitliche Versorgung von Krebspatienten handlungsleitend (IOM 2008), auch wenn ihre Umsetzung in der Versorgungswirklichkeit durchaus schwer zu realisieren ist (Holland et al. 2010b).

Die theoretischen Konzepte und Modelle, die der psychoonkologischen Versorgung zugrunde liegen, betrachten den Krebspatienten als zentralen Faktor einer wirksamen und wirtschaftlichen Intervention und seine Probleme, Bedürfnisse, Einstellungen und Wertvorstellungen als Ausgangspunkt jeder Intervention. Psychoonkologische Interventionen kommen in diesem patientenzentrierten Ansatz – wie jedes andere professionelle Versorgungsangebot auch – stets dann zum Einsatz, wenn sie sich aus dem jeweils ermittelten Versorgungsbedarf ergeben und von dem Krebspatienten gewünscht werden. Wie die Patienteninformation und -aufklärung in der Medizin und Pflege ist auch die psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten primär darauf ausgerichtet, das Vertrauen in die eigenen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen sowie die Wirksamkeit eigenen Handelns zu fördern (Epstein u. Street 2007, IOM 2008, McCorkle et al. 2011).

Der psychoonkologischen Versorgung von Krebspatienten liegen folgende Theorien und Konzepte zugrunde:

- Theorie der Selbst-Determination nach Deci und Ryan (► Abschn. 2.2)
- Theorie der Selbst-Regulation nach Scheier und Carver (► Abschn. 2.3)
- Kognitiv-Emotionale Regulation nach Cameron und Jago (► Abschn. 2.4)
- Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen (► Abschn. 2.5)
- Transaktionales Stressbewältigungsmodell nach Lazarus (► Abschn. 2.6)

- Selbstwirksamkeitstheorie nach Bandura (► Abschn. 2.7)
- Transtheoretisches Modell der Veränderung nach Prochaska und DiClemente (► Abschn. 2.8)

Die Kernannahmen der Theorien werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

## 2.2 Theorie der Selbst-Determination

Die Selbst-Determinationstheorie (Deci u. Ryan 2002) ist eine Theorie der zielgerichteten (intentionalen) Handlungsregulation insbesondere unter restriktiven inneren und/oder äußeren Bedingungen. Intentionale Handlungen werden entweder aus freien Stücken oder aufgrund von inneren oder äußeren Zwängen durchgeführt. Je nachdem, ob der Ort der Handlungsursache (*perceived locus of causality*) innerhalb oder außerhalb eines handelnden Krebspatienten liegt, wird die auszuführende Handlung entweder als selbst- oder fremdreguliert empfunden.

Die Selbst-Determinationstheorie geht von drei psychologischen Grundbedürfnissen aus, die für selbstbestimmtes Verhalten eine wichtige Rolle spielen:

- *Das Bedürfnis nach Autonomie* als die Neigung, das eigene Leben selbstorganisiert und selbstgesteuert zu gestalten.
- *Das Bedürfnis nach Kompetenz* als die Suche nach optimalen Herausforderungen und dem Erleben von individueller Wirksamkeit und persönlichem Wachstum.
- *Das Bedürfnis nach menschlicher Nähe* als die emotionale Präferenz von sozialer Nähe und sozialer Eingebundenheit.

Die Suche nach intrinsischen Zielen erfolgt unter Berücksichtigung der Bedürfnisse einer Person. Intrinsisch motiviertes Verhalten ist stets selbstkongruent, d. h. übereinstimmend mit den ei-

genen Bedürfnissen. Extrinsische Ziele stimmen nicht immer mit diesen grundlegenden inneren Bedürfnissen und eigenen Zielen überein, und tragen nur zu deren Befriedigung bei, wenn es gelingt, eine Übereinstimmung herzustellen. Sind äußere Einflüsse (z. B. die Notwendigkeit einer Brustamputation) oder der innere Druck (z. B. das Wissen, über diese Behandlungsoption entscheiden zu müssen) zu groß, so wird das eigene Handeln schnell extrinsisch motiviert, und es entsteht ein Erleben von Fremdbestimmtheit. Das Grundbedürfnis des eigenmotivierten und selbstbestimmten Handelns wird untergraben. Häufige Erfahrungen eingeschränkter Handlungskompetenz und emotionaler Abhängigkeit von Personen oder äußeren Umständen können Ursache zunehmender Hilf- und Hoffnungslosigkeit sein. Intrinsische Motive und Zielsetzungen dienen dagegen der Selbstverwirklichung. Sie fördern die weitere Motivation, Leistungsfähigkeit und Handlungskompetenz des Krebspatienten, sein subjektives Wohlbefinden sowie seine effektive Bewältigung zukünftig eintretender Herausforderungen und auch von Misserfolgs-Erlebnissen.

Während bei der Selbst-Determinationstheorie die Handlungsregulation im Mittelpunkt steht, geht das *Selbst-Konkordanz-Modell* (Sheldon u. Elliot 1999) einen Schritt weiter. Das Modell beschreibt Zusammenhänge zwischen der Auswahl, dem Verfolgen und dem Erreichen von Zielen. Selbst-Konkordanz wird definiert als das Ausmaß, in dem Ziele den authentischen Interessen und Wertvorstellungen einer Person entsprechen. Je mehr ein Ziel die persönlichen Interessen, Wünsche und Bedürfnisse widerspiegelt, desto selbstkonkordanter ist dieses Ziel und desto intensiver wird es verfolgt. So wird sich ein Krebspatient, der seine Behandlung verstehen möchte (Bedürfnis nach Selbst-Kompetenz), auch intensiver mit ihr auseinandersetzen als ein Patient, dessen Ziel es ist, Konfrontation zu vermeiden und sich nicht gegen den ärztlichen Rat zu stellen (Bedürfnis nach menschlicher Nähe).

Der Einfluss der empfundenen Selbst- oder Fremdregulation wirkt bereits auf der Ebene der Zielauswahl, ohne dass eine entsprechende (Ziel-)Handlung initiiert oder durchgeführt sein muss. Dies bedeutet, dass allein die Ankündigung eines Ereignisses (z. B. ein Diagnose- oder Befundgespräch) oder ein Gedanke (z. B. an das Risiko einer Rezidivkrankung) die Zielintentionen und die Handlungsmotivation beeinflussen, wenn sie mit der Vorstellung von massiven Einschränkungen des selbstbestimmten Handelns verbunden sind. Allein die Ankündigung eines Befundgesprächs kann so zu Vermeidungsverhalten führen, und bereits die Fahrt in ein Krankenhaus kann mit Gefühlen der Inkompetenz und Verletzlichkeit einhergehen.

Die Zielintentionen eines Krebspatienten können sich in relativ allgemein gehaltenen Absichtsbekundungen ausdrücken wie z. B.: »Wenn es mir dann wieder besser geht, kann ich das alles ertragen!« oder »Ich bin dann für immer entstellt, das halt ich nicht durch!«. Ebenso kann sich eine Ambivalenz zwischen gleichzeitig existierenden und gegenläufigen Wünschen und Bedürfnissen zeigen wie z. B. in dem Wunsch, die Krebserkrankung zu überstehen bei gleichzeitig vorliegender Befürchtung, die Folgen einer Mastektomie erleben zu müssen.

Als bedeutsam im Hinblick auf den Umgang mit der Erkrankung erweist sich der Aspekt der Selbst-Konkordanz auch durch die Beobachtung, dass Krebspatienten nicht selten Ziele wählen und verfolgen (müssen), die nicht unbedingt den eigenen Vorstellungen und Interessen entsprechen (z. B. »Ich lass die Ärzte ihre Chemotherapie mit mir machen, so lange, wie ich halt kann«). Dabei können übergeordnete, in der Zukunft liegende selbstkongruente Ziele (z. B. »Ich werde das schaffen und alles wird wieder gut!«) dazu beitragen, fremdbestimmte Zwischenziele (z. B. »Die Chirurgen werden sich erst während der Operation entscheiden, was das Beste ist!«) auszuhalten und die damit verbundenen Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens

zu bewältigen. Andererseits können bei nicht mehr zu erreichenden langfristigen Zielen (z. B. in der palliativen Phase der Erkrankung) die Zwischenziele bzw. kurzfristig erreichbaren Ziele (z. B. »nur noch tun, was mir gut tut« oder »den Moment genießen«) in den Vordergrund treten und somit die erlebte Selbstkonkordanz und das Wohlbefinden fördern.

In der Selbst-Determinationstheorie und der Selbst-Konkordanztheorie kommt der Motivationslage eines Krebspatienten die entscheidende Rolle für die Entstehung von Gefühlen der Selbstkonkordanz und für selbstbestimmtes Handeln zu. Unterschieden werden die

- *Intrinsische Motivation:* Sie liegt vor, wenn ein Patient ein Ziel um seiner selbst willen auswählt und verfolgt (»Ich bin überzeugt davon, dass ich das schaffen werde und hier wieder gesund rauskomme!«).
- *Identifizierte Motivation:* Sie liegt vor, wenn ein Patient ein Ziel aufgrund der Überzeugung verfolgt, dass es mit eigenen übergeordneten Wertevorstellungen übereinstimmt (»Ich möchte wieder gesund werden und mache alles mit, was dafür notwendig ist!«).
- *Introjierte Motivation:* Sie liegt vor, wenn die Zielauswahl und Zielverfolgung auf Wertvorstellungen basiert, die zwar als sinnvoll akzeptiert werden, die aber nicht den eigenen Werten entsprechen (»Ich muss es doch allein schon deshalb machen, weil ich meine Kinder/meinen Mann nicht allein lassen darf!«; »Wenn Sie sagen, dass es so sein muss, dann will ich das eben auch!«). Werden ärztliche Wertvorstellungen übernommen, so führt dies z. B. dazu, dass sich der Patient dem Arzt gegenüber zur Zielverfolgung verpflichtet fühlt. Wird das introjierte Ziel nicht erreicht, können Angst und Schuldgefühle, versagt zu haben, entstehen, aber die hintergründige Dissonanz mit den eigenen Wertvorstellungen auch zu Misstrauen oder sublimen Anklagen führen und die Arzt-Patient-Beziehung belasten.

- *Extrinsische Motivation*: Sie liegt vor, wenn ein Ziel lediglich aufgrund äußerer Anreize oder Zwänge angestrebt wird (»Wenn Sie sagen, dass es sein muss, dann muss ich mich halt fügen!«; »Ich mach' das alles nur mit, weil ich meinem Mann versprochen habe, dass ...!«). Bei externer Motivation kann es zur Konsum- oder Anspruchshaltung und zur externen Verantwortungszuschreibung kommen (»Ich bin nur bereit ..., wenn Sie mir garantieren, dass ...!«). Die Anstrengungs- und Lernbereitschaft ist gering, und es liegt eine hohe Erwartungshaltung vor.

Für die psychoonkologischen Interventionen sind die Entwicklungsphasen erlebter Selbst-Konkordanz und selbstbestimmten Handelns bedeutsam:

- *Erster Entwicklungsprozess (the inception-to-attainment-process)*: Er beschreibt sowohl die Entwicklung von (internen) Zielvorstellungen, die mit den Bedürfnissen des Krebspatienten in Einklang stehen, oder solchen (externen) Zielvorstellungen, die einem übergeordneten oder äußeren Ziel dienen, als auch den Einfluss der in dieser Phase entstehenden Selbstkonkordanz auf Motivation und Anstrengungsbereitschaft, das Ziel zu erreichen. Ziele mit hoher interner Selbstkonkordanz (primäre Selbstkonkordanz) gehen mit einer nachhaltigeren Anstrengungsbereitschaft bei der Zielverfolgung einher als Ziele mit geringer interner Selbstkonkordanz. Hohe Anstrengungsbereitschaft kann auch erreicht werden, wenn bei extern vorgegebenen Zielen (z. B. die medizinische Notwendigkeit einer Mastektomie oder einer sehr intensiven adjuvanten Chemotherapie) eine »Einsicht in die Notwendigkeit« erzielt wird (sekundäre Selbstkonkordanz). In beiden Fällen erhöht die erlebte Selbstkonkordanz die Wahrscheinlichkeit, dass der Krebspatient

engagiert das Ziel verfolgt und damit Selbstwirksamkeit erlebt. Im Falle der sekundären Selbstkonkordanz ist die Wirkung nur gegeben, wenn das übergeordnete Ziel (z. B. eine hohe Überlebenswahrscheinlichkeit durch die Chemotherapie) auch tatsächlich besteht und wenn nachhaltig an dieser Überzeugung festgehalten wird.

- *Zweiter Entwicklungsprozess (the attainment-to-well-being process)*: Er beschreibt die Verbindung zwischen dem Erreichen des Ziels und dem Wohlbefinden. Erst wenn ein konkordantes Ziel tatsächlich erreicht wird, entsteht über die positiven Erfahrungsschritte subjektives Wohlbefinden und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für zukünftiges Bemühen, ein Ziel zu erreichen. Dies gilt für die primäre als auch in stärkerem Maße für die sekundäre Selbstkonkordanz.

## 2.3 Theorie der Selbst-Regulation

Hoffnungen, Ziele und positive Zukunftserwartungen, Glaube und Optimismus sind für von Krebs betroffene Menschen wichtige Vorstellungen und Überzeugungen, die ihnen helfen, ihrem Leben trotz der Erkrankung einen Sinn zu geben. In der Theorie der Selbst-Regulation von Scheier und Carver (2001) kommt dem Optimismus, der Hoffnung, den positiven Erwartungen und deren Bedeutung daher eine Schlüsselposition bei der Anpassung an eine Krebserkrankung zu. Entsprechend der Theorie sind Optimisten »Menschen, die dazu neigen, positive Erwartungen an die Zukunft zu haben«, aber auch »Menschen, die gute Erfahrungen in der Zukunft erwarten«. Was diese *generalisierte positive Zukunftserwartung* bedeutet, verdeutlicht das allgemeine Modell der Selbstregulation.

Das Modell betrachtet zielgerichtetes Verhalten als Ergebnis eines hierarchisch organisierten, sich selbst regulierenden Systems. Das

Regulationssystem steuert das Verhalten nicht nur, um Ziele direkt zu erreichen, sondern auch, um über Rückmeldefunktionen das Verhalten dem Grad des erreichten Ziels anzupassen. Höher geordnete Ziele (etwa die Hoffnung auf Genesung) üben ihren Einfluss aus, indem sie untergeordnetes Verhalten (z. B. eine Selbstuntersuchung der Brust, das Wahrnehmen der Kontrolltermine) und damit die Subziele (Früherkennung einer Krebserkrankung oder Bestätigung der eigenen Gesundheit) kontrollieren und an dem übergeordneten Ziel ausrichten.

Emotionen haben im Selbst-Regulationsmodell die Funktion, die Qualität und Intensität zu überwachen, mit der die Prozesse der Verhaltensregulation zum angestrebten Ziel führen sollen. Laufen die Verhaltensprozesse gemäß den übergeordneten Zielen ab, so resultieren daraus positive Gefühle, und Anpassungsleistungen sind nicht erforderlich. Aus kritischen Abweichungen von den übergeordneten Zielen resultieren negative Gefühle, die eine Adaptation des Verhaltens erfordern. Während positive Gefühle die aktuellen Verhaltensprozesse verstärken und verfestigen (Rückkoppelungsschleife 1), bedingen negative Gefühle Verhaltensmodifikationen (Rückkoppelungsschleife 2) oder eine Veränderung der Zielvorstellungen (alternative Ziele). Je bedrohlicher eine Situation empfunden wird, desto ausgeprägter sind die negativen Gefühle. Bei bestehender Hoffnung bleibt die Motivation erhalten, und die Ziele werden weiter verfolgt. Wird die Hoffnung dagegen wiederholt enttäuscht, werden alternative Ziele gesucht. Sind auch diese nicht zu finden oder stellen sie sich immer wieder als nicht zielführend dar, so entsteht Hilflosigkeit und schließlich Hoffnungslosigkeit. Die Gefühle des Krebspatienten sind dabei nicht einfach nur Begleiterscheinungen des Verhaltens, sondern sie organisieren es und werden wiederum durch den Erfolg der Verhaltensorganisation verändert. Damit die Wechselwirkungen zwischen Denken, Fühlen und Handeln nicht orientierungs- und ziellos

ablaufen, muss dieser Prozess der Selbstregulation auf ein oder mehrere zukünftige Ziele, Erwartungen oder eine Hoffnung ausgerichtet sein, die dem Verhalten Struktur, Sinn und Bedeutung verleiht.

Innerhalb dieser von Gefühlen der Hoffnung und Zuversicht gesteuerten und sich fortlaufend modifizierenden Selbstregulation wirken sich auch vergangene Erfahrungen regulierend aus. Zurückliegende Erfolge und Misserfolge üben eine Kontrollfunktion auf die Emotionsregulation aus, indem sie Anlass geben zu prüfen, ob die bestehenden Gefühle der Hoffnung und Zuversicht berechtigt sind und bestehen bleiben können oder sich als unberechtigt erweisen und verändert werden müssen.

Der dispositionelle Optimismus im Sinne einer positiven und hoffnungsvollen Grundhaltung eines Menschen entsteht aus der in der Vergangenheit gesammelten und verallgemeinerten Erfahrung, dass bisherige Versuche, ein Ziel zu erreichen, erfolgreich waren. Hier gilt: Je mehr zurückliegende Erfolge vorhanden sind, desto optimistischer ist die Erwartung für die Zukunft und umgekehrt.

Die *Funktion* einer optimistischen und von Hoffnung geprägten Einstellung zum Leben ist in diesem Selbstregulationsmodell der Ausgangspunkt und auch der Kontrollwert für das Verhalten und die Verhaltensregulation während der Krebsbehandlung und Krebsnachsorge. Ein bestimmtes Verhalten wird umso wahrscheinlicher und überdauernder durchgeführt, je optimistischer die mit ihm verbundenen Zukunftserwartungen sind. So kann beispielsweise die in Gesprächen mit dem Arzt gewonnene Überzeugung, dass eine bestimmte Behandlung sinnvoll und notwendig ist, eine dauerhafte Quelle der Hoffnung darstellen und dazu beitragen, dass selbst eine langwierige, schwere und belastende Krebstherapie in psychischer Hinsicht positiv überstanden wird.

Innerhalb dieses Regulationssystems ist das gleichzeitige Vorliegen übergeordneter posi-

tiver wie negativer Zukunftserwartungen unmöglich. Das bedeutet, dass sich ein optimistischer Krebspatient ein Ziel setzt, das so weit in der Zukunft liegt, dass es eindeutig positiv sein kann und sich für ihn negative Ereignisse, aus der Perspektive der Zukunft betrachtet, nur als Übergänge denken lassen. Eine grundlegend optimistische und hoffnungsvolle Person kann zwar davon überzeugt sein, dass eine Behandlungsoption geeigneter ist als eine andere, jedoch nicht davon, dass es fraglich ist, ob sie überlebt oder nicht. Sie wird auch nicht denken, dass die Krebsbehandlung keinen Sinn macht oder das eigene Verhalten als Krebspatient bedeutungslos ist und nichts zum Behandlungserfolg beiträgt. Nach der Theorie von Scheier und Carver (2001) ist Hoffnung das Letzte, was einem Krebspatienten genommen werden kann. Kommt es zur Hoffnungslosigkeit, so hat dies im Modell der Selbstregulation die dramatischsten Konsequenzen und zeigt sich etwa in der Demoralisierung des Patienten (Clarke 2011).

## 2.4 Theorie der kognitiv-emotionalen Regulation

Im Modell von Scheier und Carver (2001) kommt den Gefühlen der Hoffnung und des Optimismus ein besonderer Stellenwert zu. Sie geben jedoch keine direkten Hinweise darauf, wie die Emotionen selbst reguliert werden, wie diese das beobachtbare Verhalten kontrollieren und sich im Verlaufe einer Krebserkrankung und -therapie modifizieren.

Die Selbst-Regulations-Theorie von Cameron und Jago (2008) berücksichtigt sowohl die Ergebnisse von Lazarus (2001) zur Stressbewältigung (► Abschn. 2.6) als auch psychophysiologische Erklärungsansätze, wodurch die Theorie ein Verständnis der kognitiven und emotionalen Regulationsprozesse von Krebspatienten ermöglicht (Cameron et al. 2007). Das Modell beschreibt, wie wahrgenommene Er-

eignisse (Hinweisreize) in der Lebenssituation des Krebspatienten während der Phasen seiner Krebserkrankung und Krebstherapie kognitiv repräsentiert und bewertet werden und wie die Prozesse der kognitiven Informationsverarbeitung zu geeigneten Bewältigungsstrategien und schließlich zum Bewältigungsverhalten führen. Das Modell bringt zudem das kognitive mit dem emotionalen System in Verbindung, welches aber auch unabhängig vom kognitiven System aktiviert werden kann.

Zu einer emotionalen Repräsentation kommt es, wenn das sog. *Behaviour Inhibition System* (BIS) oder das *Behaviour Activation System* (BAS, Gray 1990) aufgrund häufiger und wiederkehrender positiver bzw. negativer Ereignisse (Hinweisreize) im Krankheits- und Behandlungsverlauf aktiviert werden:

- *Das Verhaltensaktivierungssystem (BAS)* organisiert dabei die Reaktion auf Reize, die mit Belohnung oder mit Nicht-Bestrafung einhergehen und führt zu Annäherungsverhalten: »Wenn ich weiß, dass Schwester Jutta Dienst hat, dann fühle ich mich direkt so wohl, ... dann geh ich auch gern zu meiner Chemo. Die Jutta tut mir immer etwas Gutes ... macht einen leckeren Tee oder nette Musik«.
- *Das Verhaltenshemmungssystem (BIS)* organisiert die Reaktion auf Reize, die neu sind oder eine Bedrohung bzw. Bestrafung signalisieren. Dies führt neben einer Verhaltenshemmung zu einer erhöhten psychophysiologischen Erregung und Einschränkungen der Aufmerksamkeit. Dabei konzentriert sich die Aufmerksamkeit zunehmend auf die negativen Hinweisreize, es kommt zu Vermeidungstendenzen sowie Empfindungen von Angst, Furcht und Zweifel (»Jedes Mal, wenn ich zu der Chemo muss, spüre ich förmlich, dass mir wieder übel wird und ich wieder daniederliegen werde«). »Mich überkommt dann eine solche innere Abneigung, das Giftzeug

zu schlucken, und ich muss jedes Mal wieder dagegen ankämpfen«).

2

Die emotionale Repräsentation der positiven oder negativen Gefühle steht in Wechselwirkung mit den kognitiven Repräsentationen und beeinflusst so die rationale kognitive Bewertung der Ereignisse in der aktuellen Lebenssituation.

Liegen Gefühle der Angst, Furcht und des Zweifels vor, so werden die damit verbundenen Handlungstendenzen wie Passivität, Vermeidung, reaktives Verhalten aktiviert. Dominieren diese emotionalen Repräsentationen die kognitive Bewertung, so werden z. B. in einem Gespräch wichtige Fragen erst gar nicht gestellt oder Informationen nicht erfragt oder gesucht. Bei erheblicher Vermeidungstendenz wird einem Informationsgespräch nur flüchtig gefolgt, einer Klärung von Fragen ausgewichen oder der Gesprächstermin erst gar nicht wahrgenommen. Während des Gespräches fokussiert sich die Aufmerksamkeit auf die als aversiv erlebten Informationen (Hinweisreize) sowie darauf, angesprochene Behandlungsoptionen bereits als aversiv zu erleben, bevor sie verstanden sind. Über diese Mechanismen kann es dazu kommen, dass ein Krebspatient eine vom Arzt beschriebene Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahme nicht versteht, nicht erinnert oder als nicht berichtet darstellt.

Eine optimistische und hoffnungsvolle Grundorientierung oder die therapeutische Arbeit an Aspekten der Hoffnung und Zuversicht trotz Krebs können dagegen helfen, die negativen Auswirkungen der vielen aversiven Ereignisse im Krankenhaus zu modulieren und die emotionalen Repräsentationen von allgemeiner Angst, Furcht und Zweifeln der kognitiven Bewertung der zugrundeliegenden Ereignisse zugänglich zu machen. So kann sich ein Krebspatient trotz negativer Empfindungen und Gefühle auf die relevanten erkrankungs- und behandlungsbezogenen Informationen konzentrieren, diese speichern und im weiteren Verlauf

der Behandlung präsent haben. Zudem führen modulierte negative emotionale Repräsentationen zu *vorsichtigem* problemlöseorientierten Verhalten und motivieren zu gegebenenfalls erforderlichen Veränderungen im Gesundheitsverhalten. Damit dienen die durch kognitive Verarbeitungsprozesse modulierten Emotionen und insbesondere die so wieder situationsgebundene Angst des Krebspatienten dazu, ein zunehmend kompetentes und angemessenes krankheits- und behandlungsbezogenes Gesundheitsverhalten zu erwerben.

Das krankheits- und behandlungsbezogene Gesundheitsverhalten ist als ein auf die tatsächlich vorliegende Krankheits- und Behandlungssituation abgestimmtes Verhalten zu bezeichnen, das sich sowohl in der aktiven Mitarbeit an den Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen als auch in einer angemessenen körperlichen Aktivität, Ernährung und sonstigem Konsumverhalten zeigt.

Fehlt der modulierende Einfluss von Gefühlen der Sorge und des anfänglichen Zweifels, der Furcht oder auch der situationsgebundenen Angst, so kann der Krebspatient die subjektiv relevanten Informationen zur Krankheit und Behandlung nicht erkennen und bewerten und somit die für ihn wichtigen nicht von unwichtigen Informationen unterscheiden. Wird der Krebspatient jedoch von seinen Gefühlen phasenweise und wiederholt überwältigt, so kann er seine emotionalen nicht mit seinen kognitiven Repräsentationen in Verbindung bringen und gelangt nur schwer zu einer realistischen und persönlich bedeutsamen Bewertung seiner Erkrankung, Behandlung und allgemeinen Lebenssituation.

## 2.5 Theorie des geplanten Verhaltens

Die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (2002) befasst sich mit der Vorhersage von



Handlungen zu dem Zeitpunkt, an dem ein Krebspatient darüber nachdenkt, eine Handlung auszuführen oder zu unterlassen. Entsprechend der Theorie ist die Intention, d. h. die Absicht, ein Verhalten auszuführen bzw. nicht auszuführen, zunächst die einzige Determinante des Verhaltens. Die Verhaltensvorhersage beruht neben der initialen Absicht auf weiteren Prädiktoren für eine bestehende Verhaltensabsicht. Zu diesen zählen:

- *Einstellungen* als Summe aus Erwartungen, Erfahrungen, und Bewertungen gegenüber einem Verhalten. Einstellungen entwickeln sich auf der Grundlage zurückliegender Bewertungen und Erfahrungen (»Ich habe eine gute Freundin, die hat das alles hinter sich, daher weiß ich, dass eine Chemotherapie Schmerzen und Leiden bedeutet!«) bzw. aus neuen Erfahrungen, die auf affektivem, kognitivem und/oder behavioralem Wege gewonnen wurden (»Anfangs wusste ich nicht, was alles auf mich zukommen würde, ... vielleicht war das auch besser so!«). Einstellungen können sich als
  - affektive Gefühle wie Wut, Freude etc. gegenüber einem Einstellungsobjekt wie etwa der eigenen Gesundheit oder der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlungsform,
  - kognitive Überzeugungen, Meinungen, Vorstellungen bezüglich des Einstellungsobjekts, etwa im Hinblick auf den Nutzen oder Schaden einer Therapie-maßnahme und
  - verhaltensbezogene Reaktionen wie Annäherung oder Vermeidung zeigen.
- Die *erwartete Selbstwirksamkeit* und die wahrgenommenen externen hinderlichen oder förderlichen Faktoren. Selbstwirksamkeit bezeichnet die Erwartung und/oder Fähigkeit, die Anstrengung oder die Mühe-losigkeit bei der tatsächlichen Ausführung des beabsichtigten Verhaltens (»Jetzt Krank-

heit, Haushalt und Beruf unter einen Hut zu bekommen, wird anstrengend!«; »Ich hab da schon Erfahrungen, wie ich meine innere Unruhe in den Griff bekomme, das klappt meistens ganz gut!«).

- *Soziale Normen*, die subjektiv als bedeutsam bewertet werden und deren Ursachen in den Haltungen liegen, die nahestehende Menschen zur Aus- bzw. Nichtausführung eines bestimmten Verhaltens haben (»In unserer Familie sind die Frauen die Stärkeren!«; »In unserer Kultur spricht man nicht darüber!«; »Ich habe das von meinem Vater halt so übernommen!«). Soziale Normen entstehen aus dem Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe und aus sozialen Vergleichsprozessen. Wenn ein Krebspatient über keine nahe Bezugsperson verfügt, wird er seine Entscheidung verstärkt an seinen eigenen Einstellungen ausrichten. Wenn er sehr emotional in eine Beziehung oder in eine soziale Gruppe, eine kulturelle oder religiöse Gemeinschaft eingebunden ist, wird er sein Verhalten weniger an seinen eigenen Einstellungen als an den gegebenen sozialen Normen ausrichten.

Die eigenen Einstellungen, die Wirksamkeitserwartungen und die subjektiv bedeutsamen sozialen Normen beeinflussen die Intention bzw. die Absicht, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen oder nicht zu zeigen. Ein Krebspatient wird entsprechend der Theorie des geplanten Verhaltens ein bestimmtes Gesundheitsverhalten dann umso wahrscheinlicher ausführen, wenn er das Verhalten

- positiv bewertet,
- davon ausgeht, dass er das Verhalten erfolgreich wird ausführen (können), und wenn er
- glaubt, dass eine für ihn bedeutsame Person die Ausführung dieses Verhaltens ebenfalls positiv bewerten würde.

## 2.6 Das transaktionale Stressbewältigungsmodell

Das Transaktionale Stressbewältigungsmodell von Lazarus (1991) betrachtet Stress und Belastungen als Ergebnis der Lebenssituation des krebserkrankten Menschen, insbesondere seiner psychischen und verhaltensbezogenen Auseinandersetzung mit den Anforderungen seiner Krebserkrankung und Krebstherapie. Dabei ist nach Lazarus weniger die objektive Lebenssituation des Patienten Ursache seiner Stress- oder Belastungsreaktion als vielmehr seine kognitive und emotionale Verarbeitung eines aktuellen, vorausgegangenen und antizipierten Ereignisses. Der körperliche Stress und das Stresserleben entstehen weniger durch die Ereignisse selbst als vielmehr dadurch, wie ein Krebspatient sie bewertet. Dieser Umstand verdeutlicht, dass ein und derselbe Stressor höchst unterschiedlich empfunden, bewertet und beantwortet werden kann. Situationen, die für einen Krebspatienten in hohem Maße belastend sind, können von einem anderen als kaum belastend erlebt oder nicht einmal als Stress wahrgenommen werden.

Das Modell von Lazarus wird als transaktional bezeichnet, da zwischen den Stressor und die Stressreaktion ein Bewertungsprozess geschaltet ist. Lazarus unterscheidet drei Phasen der Bewertung, die mit unterschiedlichen Empfindungen von Bedrohung und Belastungsreaktionen einhergehen:

- **Primäre Bewertung (primary-appraisal):** Situationen und Ereignisse können als positiv, irrelevant oder potenziell gefährlich (stressend) bewertet werden. So kann die Diagnose einer Krebserkrankung als positiv bewertet werden, wenn ihr eine sehr lange Phase der diagnostischen Unsicherheit oder des nicht erfolgreichen Suchens nach dem Primärtumor voraus ging. Die erste Reaktion ist dann die der Erleichterung. Die Belastungen der Chemotherapie wie Übelkeit oder Müdigkeit können als irrelevant oder

als »notwendiges Übel« bewertet werden, wenn der Krebspatient diese als Zeichen der Wirksamkeit der Behandlung einschätzt. Die erste Reaktion kann dann ein »Darüber-hinweg-gehen« sein.

- Wenn eine Situation als Stress erlebt wird, kommt es zu drei weiteren Bewertungsprozessen:
  - **Herausforderung (challenge):** Hierbei wird die Situation z. B. als eine solche eingeschätzt, die durch eigene Anstrengung oder fremde Hilfe bewältigt werden kann.
  - **Bedrohung (threat):** Hierbei wird die Situation z. B. als eine solche eingeschätzt, die für das eigene Wohlergehen oder Leben bedrohlich ist.
  - **Schädigung/Verlust (harm/loss):** Hierbei wird die Situation z. B. als eine solche eingeschätzt, die die körperliche oder psychische Unversehrtheit schädigt oder den Verlust von Selbständigkeit, Eigenverantwortung und selbstbestimmten Verhalten bedeutet.

Dem primären Prozess folgt der sekundäre Verarbeitungs- und Bewertungsprozess:

- **Sekundäre Bewertung (secondary-appraisal):** Hierbei wird überprüft, ob die Situation mit den verfügbaren eigenen oder mit Hilfe fremder Ressourcen bewältigt werden kann. Erfolgt eine Bewertung in diesem Sinne, wird eine Stressreaktion nicht ausgelöst. Es wird eine Strategie der Krankheitsbewältigung entworfen, die abhängig von situativen Einflüssen, Persönlichkeitsaspekten und den kognitiven Kompetenzen des Patienten ist. Der Begriff *Coping* oder Krankheitsbewältigung bezieht sich auf das gezeigte Verhalten, das diesen Schritten der Krankheitsverarbeitung folgt. Mögliche Verhaltensweisen sind Annäherung an oder Flucht aus der Situation, Suche nach Verhaltensalternativen in Gesprächen, Änderung der situativen Be-

dingungen, Vermeidung oder Verleugnung der Situation oder der Bedrohung.

In Abhängigkeit davon, ob das Bewältigungsverhalten erfolgreich ist oder misslingt, werden situationsspezifische Bewältigungsstrategien entwickelt:

- *Neubewertung (re-appraisal)*: Der konkret gezeigten Krankheitsbewältigung folgt eine Neubewertung der Situation, da das gezeigte Verhalten die äußeren/situativen Bedingungen und den inneren/kognitiv-emotionalen Zustand des Krebspatienten verändert hat. Es kommt zu einem *Rückblick* und *Vergleich* der – nach dem Bewältigungsversuch – neu gegebenen mit der ursprünglichen Situation. Können das persönliche Befinden und die äußeren Umstände, die vor der erlebten Herausforderung/Bedrohung/Schädigung herrschten, nicht wieder erreicht werden, so erfolgt ein neuer Krankheitsverarbeitungs- und -bewältigungsprozess oder es kommt zu einer Veränderung des inneren Befindens (Werte, Ziele, Motive, Gefühle usw.).

Lazarus unterscheidet folgende Arten des *Coping* (Stress-, Krankheitsbewältigung):

- *Problemorientiertes Coping*: Darunter versteht man alle Bemühungen eines Krebspatienten, die Problemsituationen durch Informationssuche, direkte Handlungen oder auch ihr Unterlassen zu überwinden oder sich ihnen anzupassen. Das problemorientierte Coping ist ein nach außen gerichtetes, aktives Verhalten, das sich auf das Ereignis, die Situation oder einzelne situative Reize bezieht.
- *Emotionsorientiertes oder intrapsychisches Coping*: Darunter versteht man in erster Linie den Versuch, die durch die Situation entstandenen emotionalen Befindens- und Erregungszustände zu lindern oder abzubauen, ohne sich dabei mit deren äußerer Ursache auseinander zu setzen.

- *Bewertungsorientiertes Coping*: Darunter versteht man einen kognitiven Verarbeitungsprozess, mit dem die äußere Situation und die eigenen Gefühle nicht unmittelbar bewältigt werden, sondern die eigene Einstellung zu der Situation verändert wird.

Das Modell von Lazarus ist in der Psychoonkologie intensiv erforscht worden und hat eine weite Verbreitung gefunden (Holland u. Weiss 2010a).

## 2.7 Selbstwirksamkeitstheorie

Die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura sieht die wahrgenommene Selbstwirksamkeit als »*beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to manage prospective situations*« (Bandura 1997, S. 2). Selbstwirksamkeitserwartungen gehören zu den wichtigsten personalen Ressourcen eines Menschen. Sie beziehen sich auf die selbstreferentiellen Erwartungen an die eigene Handlungskompetenz. Diese ist nicht gleichzusetzen mit den Fähigkeiten, die ein Mensch tatsächlich hat, sondern bezieht sich auf die Einschätzung, etwas tun zu können, egal welche Fähigkeiten man besitzt.

Selbstwirksamkeitserwartungen werden hinsichtlich ihrer Komplexität (*level, magnitude*), Generalität (*generality*) und ihrer Stärke (*strength*) unterschieden:

- *Komplexität* bezieht sich auf die persönliche Einschätzung, nur einfache oder auch schwierige Anforderungen (Situationen, Aufgaben, Herausforderungen, Bedrohungen oder Verlusterfahrungen) bewältigen zu können.
- *Generalität* bezieht sich auf die persönliche Einschätzung, alle, spezifische oder gar keine Anforderungen bewältigen zu können, wobei es sich hierbei um einen dimensionalen Ansatz handelt.

- 2
- ─ *Stärke* bezieht sich auf die persönliche Einschätzung, trotz Misserfolgs-Erlebnissen selbstwirksam zu sein oder zu bleiben. Hierbei handelt es sich um die Stabilität der Selbstwirksamkeitserwartungen.

Selbstwirksamkeitserwartungen haben verschiedene Ursachen. Sie resultieren aus

- ─ *direkten Erfahrungen* des eigenen Handelns, wenn belastende Ereignisse bereits erfolgreich bewältigt wurden (z. B. »Die ersten drei Therapiezyklen habe ich gut überstanden, also wird es mit den anderen auch klappen!«),
- ─ *indirekten oder stellvertretenden Erfahrungen*, die aus der Beobachtung von Modellpersonen resultieren (z. B. »Wenn die anderen Krebspatienten ihre Krankheit erfolgreich überstanden haben, dann schaffe ich das auch!«),
- ─ *symbolischen Erfahrungen*, die aus Informationsmaterialien und Broschüren, aus verbalen Mitteilungen anderer Krebspatienten, von Ärzten oder Pflegekräften oder aus der Selbstinstruktion herrühren (z. B. »Ich habe Berichte darüber gelesen, wie andere Männer das geschafft haben, und ich mach das auch so!«; »Meine Nachbarin hat mir erzählt, ihre beste Freundin hat auch Krebs gehabt, die hat einfach alles über sich ergehen lassen und ist nun seit fünf Jahren gesund. Ich bin auch so ein Typ, bei mir wird das auch so funktionieren!«),
- ─ *der wahrgenommenen körperlichen Erregung* im Zusammenhang mit bedrohlichen Situationen (»Wenn ich schon das Kribbeln in meinen Beinen spüre, dann weiß ich, dass ich unruhig werde, und dann setze ich mich zuerst einmal hin und warte, bis es vorbei geht!«).

Persönliche Erfahrungen mit erfolgreicher Bewältigung sind sehr zeitstabil und resistent gegen Erfahrungen des Misserfolgs. Stellvertretende

Erfahrungen sind weniger stabil, sie erreichen ihre Stärke erst dann, wenn ihnen Erfolgserlebnisse folgen. Erwartungen, die allein aufgrund extern vermittelter Überzeugungen bestehen, sind besonders labil, da sie nicht auf eigenen Beobachtungen sondern stellvertretenden Erfahrungen beruhen und damit der Wahrheitsgehalt immer strittig bleibt.

Die Selbstwirksamkeitserwartung ist ein zentraler Motivationsfaktor für die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung und ihren vielfältigen Anforderungen. Sie geht in die primäre Bewertung einer Situation ein, beeinflusst das Annäherungs- oder Vermeidungsverhalten in bedrohlichen Situationen, die Anstrengungsbereitschaft und die Ausdauer, mit der sich ein Krebspatient in der Belastungsbewältigung engagiert. Krebspatienten mit hoher Selbstwirksamkeit

- ─ scheuen weniger schwierige Situationen – z. B. die Selbstpflege nach operativen Eingriffen oder unter Chemotherapie,
- ─ neigen dazu, auch schwierige Aufgaben selbst zu bewältigen – sie möchten sich z. B. aktiv an der Behandlungsplanung und -durchführung beteiligen,
- ─ sind ausdauernder in der Bewältigung von schwierigen Problemen – sie bemühen sich z. B. eher, neben ihrer Behandlung auch ihre familiären oder beruflichen Aufgaben nicht zu vernachlässigen,
- ─ überwinden Misserfolge und Rückschläge – sie finden z. B. auch nach wiederkehrender Krankheit schneller wieder zu einer optimistischen problemorientierten Haltung zurück und
- ─ suchen nach neuen Erfahrungen und stimulierenden Situationen – sie gehen z. B. eher auf andere Krebspatienten zu und tauschen sich mit ihnen aus.

Verschiedene Studien konnten positive Effekte von Selbstwirksamkeitserwartungen auf das emotionale Befinden und die allgemeine Funkti-

onsfähigkeit, die Anpassung an die Erkrankung und die aktive Mitarbeit an der Behandlung sowie die Lebensqualität von Krebspatienten finden (u. a. Davies u. Batehup 2010, Manne et al. 2006).

## 2.8 Transtheoretisches Modell der Veränderung

Das Transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente (1984) ist ein Ansatz zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung von intentionalen, d. h. beabsichtigten Verhaltensänderungen. Das Modell liegt vielen Ansätzen der psychoonkologischen Krebsprävention (WHO 2003) und der Selbst-Management-Intervention (Pearson et al. 2007) zugrunde. Im Kern geht das Modell von sechs Stadien der Verhaltensänderung (*stages of change*) aus, dem:

- *Stadium der Absichtslosigkeit (precontemplation)*, in dem ein Krebspatient weder die Absicht hat, sein Verhalten zu ändern, noch ihm die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung bewusst ist (wenn er z. B. die unter der Chemotherapie empfundene Müdigkeit nicht als veränderbar erlebt und daher eine entsprechende Hilfe und Unterstützung nicht erfragt).
- *Stadium der Absichtsbildung (contemplation)*, in dem ein Krebspatient erstmals die Absicht äußert, sein Verhalten irgendwann zu verändern, oder er erkennt, dass eine Verhaltensänderung erforderlich ist (wenn er z. B. in einem Nebensatz fragt, ob er etwas zu seiner Behandlung beitragen kann).
- *Stadium der Vorbereitung (preparation)*, in dem ein Krebspatient konkret plant, sein Verhalten in nächster Zeit zu ändern, und erste Schritte in diese Richtung unternimmt (wenn er sich z. B. bereits über Angebote von Selbsthilfegruppen informiert oder sich die Telefonnummer eines Sachbearbeiters

seiner Krankenkasse aufgeschrieben hat, um sich über Unterstützungsangebote zu informieren).

- *Stadium der Handlung (action)*, in dem ein Krebspatient sein Verhalten konkret verändert (wenn er z. B. berichtet, dass er selbst nun vieles und auch anders tut als vor seiner Erkrankung).
- *Stadium der Aufrechterhaltung (maintenance)*, in dem ein Krebspatient seit einem längeren Zeitraum sein früheres Verhalten aufgegeben und/oder ein neues Verhalten aufgenommen hat (wenn er z. B. angibt, seit seiner Erkrankung sein Leben verändert zu haben und dieses neue Verhalten wie etwa veränderte Essgewohnheiten, neue Freizeitaktivitäten oder sportliche Betätigung auch weiter fortführen möchte).
- *Stadium der Stabilisierung des neuen Verhaltens (termination)*, in dem das neu erworbene Verhalten zum stabilen Verhaltensrepertoire eines Krebspatienten geworden ist und sich fortan selbst verstärkt (wenn er z. B. davon spricht, durch seine Krebserkrankung ein »anderer Mensch« geworden zu sein).

Durchläuft ein Krebspatient die einzelnen Stadien des Veränderungsprozesses (*processes of change*), so zeigt sich dies in kognitiv-emotionalen und verhaltensbezogenen Reaktionen an den Übergängen zwischen den einzelnen Stadien. Zu den fünf kognitiv-affektiven Reaktionen zählen:

- Steigern des Problembewusstseins (*consciousness raising*) bei zunehmendem Wissen über die Erkrankung, ihre Behandlung, die Konsequenzen für die eigene Gesundheit usw.,
- Erleben einer dramatischen Erleichterung/Befreiung (*dramatic relief*) bei ersten Erfolgen einer gelungenen Verhaltensänderung,
- Neubewertung der persönlichen Umwelt (*environmental reevaluation*) und

- Selbst-Neubewertung (*self-reevaluation*) als Reaktion auf die Änderungen,
- Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen (*social liberation*) u. a. als Ergebnis einer veränderten Einstellung zur eigenen Erkrankung, Funktionsfähigkeit und Lebenssituation.

Zu den fünf verhaltensorientierten Reaktionen zählen:

- Gegenkonditionierung (*counter conditioning*) als aktive Abschwächung des als ungünstig bewerteten Gesundheitsverhaltens,
- Kontrolle der Umwelt (*stimulus control*) als Beeinflussung der äußeren Lebensumstände,
- Nutzen hilfreicher Beziehungen (*helping relationships*) als aktive Nutzung der vorhandenen Ressourcen von Personen, Institutionen usw.,
- (Selbst-)Verstärkung (*reinforcement management*) als Selbstbestätigung für den Erfolg der persönlichen Veränderung oder die Wirksamkeit neu erworbener Kompetenzen und die
- Selbstverpflichtung (*self-liberation*) als Ausdruck einer Neuausrichtung des eigenen Lebens.

Die Stadien und Prozesse der Verhaltensänderung werden von Entscheidungen (*decisional balance*) und Wirksamkeitserwartungen (*self-efficacy*) begleitet, indem permanent zwischen dem Nutzen und den Kosten, ein bestehendes Gesundheitsverhalten aufrecht zu erhalten oder zu verändern, abgewogen wird. Daraus resultiert die Zuversicht (*confidence*), neues Verhalten in schwierigen sozialen Situationen erfolgreich ausführen zu können, oder aber die Neigung (*temptation*), in schwierigen sozialen Situationen zum unerwünschten Verhalten zurück zu kehren.

Die sozialen Situationen, in denen ein Krebspatient das erwünschte, neu erworbene

Verhalten oder das altbewährte, aber nicht länger erwünschte Verhalten zeigt, sind affektbe-setzt, d. h. mit Gemütsbewegungen verbunden, die eine körperliche und eine motivationale Dimension haben. Sind soziale Situationen mit einem neutralen oder positiven Affekt verbunden, so steigt die Wahrscheinlichkeit, das neue und erwünschte Gesundheitsverhalten zu zeigen, sind sie mit negativen Affekten und Stress verbunden, wird eher das altbewährte Verhalten wirksam.

Aktuell findet das Transtheoretische Modell Eingang in die psychoonkologische Forschung und die Entwicklung von Selbst-Management-Programmen (Davis u. Batehup 2010, Park u. Gaffey 2007).

## 2.9 Praxisbezug der Theorien

Die Theorien zur psychoonkologischen Versorgung von Krebspatienten haben einen konkreten Praxisbezug. Darauf basierende psychoonkologische Interventionen beziehen sich nicht allein auf den aktuellen Leidenszustand eines Krebspatienten, den es zu lindern gilt, sondern sie implizieren auch, dass sich bei dem Patienten auch in naher oder ferner Zukunft Leidensempfinden aus den auftretenden Belastungen der Krebserkrankung und ihrer Behandlung entwickeln kann. Hierbei ist der mögliche Tod eines Krebspatienten nur eines, wenn auch das gravierendste aller möglichen Ereignisse in der Zukunft. Die psychoonkologischen Interventionen zielen darauf ab, einen Krebspatienten zu befähigen, mit seinen aktuellen als auch zukünftigen Problemen und Belastungen selbstständig und kompetent umgehen zu können.

Die notwendigen zugrundeliegenden Aussagen darüber, wie Krebspatienten kompetentes Gesundheitsverhalten erwerben und dieses längerfristig und auch bei kommenden Belastungsereignissen einsetzen können, lassen sich nur theoriebasiert treffen.

Selbstbestimmtes Entscheiden und Handeln erfährt eine besondere Bedeutung, da ein Krebspatient sein eigenes Verhalten vor dem Hintergrund der Folgen seiner Krebserkrankung und Krebstherapie betrachten und bewerten muss. Intrinsisch motivierte Entscheidungen und Handlungen und eine fundierte Einsicht in die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen, die nicht immer im Einklang mit den eigenen Wünschen und Wertvorstellungen stehen, sondern sich auch aus übergeordneten Zielvorstellungen ergeben (letztlich aus dem Wunsch zu überleben), sind somit notwendiger Ausgangspunkt aller an den Patienten herangehenden Interventionsangebote.

Folgt man der Theorie der Selbst-Determination (Deci u. Ryan 2002, ► Abschn. 2.2), werden psychoonkologische Interventionsangebote von Krebspatienten dann angenommen, wenn sie ihre Autonomie nicht beschädigen, ihre Kompetenzen fördern und wenn bei ihnen ein Bedürfnis nach menschlicher Nähe vorliegt, das sich auch an die Person des Therapeuten zu binden vermag. Schließlich müssen psychoonkologische Interventionsangebote auf die internen oder externen Zielvorstellungen der Patienten abgestimmt sein und einen Weg weisen, mit dem diese ihre eigenen Ziele verfolgen und erreichen können. In der Praxis der psychoonkologischen Versorgung ist weiterhin zu berücksichtigen, dass mit erfolglosen Krebsbehandlungen und fortschreitender Erkrankung häufig auch eine Veränderung der Zielvorstellungen der Krebspatienten einhergeht bzw. einhergehen muss.

Die Theorie der Selbst-Regulation nach Scheier und Carver (2001, ► Abschn. 2.3) geht auf diesen besonderen Stellenwert der Zielvorstellungen krebskranker Patienten ein. Die Grundorientierung vieler Menschen, »positive Erwartungen an die Zukunft zu haben« und »gute Erfahrungen in der Zukunft zu erwarten«, hilft nicht allein, gegenwärtige Belastungen und gegenwärtiges Leid zu ertragen, sondern dient

auch dazu, das eigene Verhalten im Hinblick auf das Erreichen des Ziels zu steuern. Steht die gewählte Krebstherapie im Einklang mit den Zielen des Krebspatienten, befindet sich die Behandlung auf gutem Wege und wird der Therapieverlauf als günstig empfunden, so wird Heilung erwartet und damit behandlungsbedingtes Leiden ertragen. Tritt eine subjektiv empfundene oder durch den Behandlungsverlauf begründete Bedrohung der Hoffnung auf, dass eine Heilung zu erreichen ist, entstehen negative Emotionen wie Angst, Trauer oder Verzweiflung. Diese Gefühle sind aber auch die innere Quelle, die bei Krebspatienten den Wunsch nach einer Veränderung bedingen oder psychosoziale Anpassungsleistungen motivieren.

Eine Krebstherapie, gleichgültig wie explizit begründet oder prognostisch gesichert sie ist, muss für einen Patienten mit Hoffnung auf Heilung verbunden sein oder, wenn Heilung nicht länger möglich ist, einen Sinn machen, indem sie etwa Leiden lindern hilft und ein dennoch weitgehend selbstbestimmtes Leben oder die Nähe zu geliebten Menschen ermöglicht.

Begründete Hoffnung und persönlicher Sinn stellen in der psychoonkologischen Versorgung die zwei zentralen Orientierungspunkte dar. Der Verlust dieser Zielvorstellungen ist es, der akute negative Emotionen, überdauernde emotionale Belastungen oder eine Hoffnungs- und Hilflosigkeit hervorruft, die einen Patienten in tiefe Depression fallen lassen kann.

Im Selbst-Regulationsmodell erfordert beispielsweise die Diagnose Brustkrebs von der betroffenen Frau nicht nur die Zustimmung zu einer Krebstherapie, sondern auch ihr Bemühen, die Ziele und Hoffnungen in ihrem Leben zu erhalten, neue Ziele und Hoffnungen zu suchen und schließlich auch, neue Hoffnung zu finden. So mögen akute Schmerzen oder eine Chemotherapie zwar von ihr als hohe Belastung erlebt werden, müssen jedoch ihr selbstbestimmtes Leben und ihre Hoffnung und Zuversicht nicht grundlegend in Frage stellen. Anders verhält

es sich mit chronischen Schmerzen (etwa bei Tumorprogression), operativen Eingriffen mit Dauerfolgen (etwa bei einer Amputation der Brust), langwierigen medikamentösen Therapien (etwa bei der Hormontherapie), körperlichen Spätfolgen (etwa der vorzeitig eingetretenen Menopause) oder mit dauerhafter körperlicher Funktionseinschränkung, Entstellung oder Behinderung. Hier können die Ziel- und Zukunftsvorstellungen sowie die Hoffnung und Zuversicht der Patientin massiv in Frage gestellt werden und starke emotionale Belastungen und negative Gefühle auftreten. Sie muss abwägen, inwiefern sie ihre Wünsche, Vorstellungen und Ziele aufrecht erhalten, ihre äußere Situation beeinflussen oder verändern kann oder ob sie nach alternativen Zielen in ihrem Leben suchen muss.

Das kognitiv-emotionale Selbst-Regulationsmodell nach Cameron und Jago (2008, ► Abschn. 2.4) befasst sich mit den zugrundeliegenden kognitiv-emotionalen Prozessen, die nach einem Ereignis, z. B. nach der Mitteilung der Diagnose Krebs, auftreten, und der Entscheidungsfindung sowie dem Gesundheitsverhalten, etwa der Zustimmung des Krebspatienten zur Durchführung einer Krebstherapie. Dabei findet nicht allein ein rein rationaler Informationsverarbeitungs- und Entscheidungsfindungsprozess statt, es werden auch emotionale Prozesse aktiviert, die mit Flucht- bzw. Vermeidungs- oder Angriffs- bzw. Annäherungstendenzen und mit entsprechenden Gefühlen der Furcht und situationsgebundenen Angst oder der Wut und Aggression einhergehen. Der kognitiv-emotionale Auseinandersetzungsprozess des Krebspatienten mündet in beobachtbarem Bewältigungsverhalten. Die eher rationalen Anteile der Auseinandersetzung zeigen sich z. B. in der Suche nach weiteren Informationen zur Erkrankung und Behandlung oder der schrittweisen Anpassung des Gesundheitsverhaltens an die Anforderungen und Belastungen der Krebstherapie. Die eher emotionalen Anteile zeigen sich im be-

obachtbaren Verhalten sowohl in Gefühlsäußerungen als auch in einer vermeidenden oder fokussierten Aufmerksamkeit oder dem Bemühen um Selbstkontrolle.

Das Modell der kognitiv-emotionalen Regulation ist in der Psychoonkologie von besonderer Relevanz. Es betont die Zusammenhänge zwischen den Ereignissen im Leben eines Krebspatienten, und hierbei insbesondere den oftmals als bedrohlich erlebten Ereignissen im Verlauf der Krebserkrankung und Krebstherapie, und den kognitiv-emotionalen Repräsentationen und Verarbeitungsprozessen, die einer Entscheidung oder der Ausführung eines bestimmten Verhaltens vorausgehen und dieses Verhalten begleiten. Der Patient ist bestrebt, seine Gedanken und Gefühle zu regulieren und trotz erlebter Bedrohung innerlich so stabil zu bleiben, dass er aufkommende negative Gefühle kontrollieren und sich mit dem Ereignis geistig auseinandersetzen kann. Gelingt ihm diese Selbstkontrolle nicht und kommt es zu einer emotionalen Dysregulation, so zeigt sich dies in einer

- erhöhten psycho-physiologischen Erregung wie etwa Zittern, Schwitzen oder motorische Unruhe,
- eingeschränkter Aufmerksamkeit, mit besonderer Konzentration auf die negativen Aspekte einer Situation oder die problematischen Inhalte und Konsequenzen der Entscheidung,
- Neigung zu Vermeidungsverhalten wie etwa dem Ausweichen bei Fragen, dem Nicht-Einhalten von Terminen oder Behandlungsregimen und in
- Empfindungen von Angst, Furcht und Zweifel.

Die geistige Repräsentation dieser negativen Befindenzustände erschwert es dem Krebspatienten im Sinne einer innerpsychischen Rückkopplungsschleife, offen gegenüber anderen, eher rationalen Aspekten seiner aktuellen Be-



handlungs- und Lebenssituation oder einer notwendigen Entscheidungsfindung zu sein. Insbesondere die überdauernden Befürchtungen, Zweifel und Ängste bewirken eine Tendenz hin zu einem zunehmend komplexer werden den Vermeidungsverhalten, das stärker an der Regulation der eigenen negativen Emotionen ausgerichtet ist als an der Bewertung und Bewältigung der konkreten Anforderungen und Belastungen, die mit der Erkrankung, Behandlung und deren Folgen einhergehen.

Das Selbst-Regulationsmodell verweist in besonderer Weise darauf, dass die psychoonkologische Versorgung die kognitiven und die emotionalen Anteile an der Auseinandersetzung mit den Ereignissen einer Krebserkrankung und Krebstherapie gleichwertig berücksichtigen sollte. Psychoonkologische Interventionsansätze sind daher sowohl problemfokussiert als auch auf die Regulation der emotionalen Zustände des Patienten ausgerichtet und berücksichtigen edukative und beratende Maßnahmen ebenso wie Entspannungstechniken oder Ansätze des Stressmanagements.

Die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (2002, ► Abschn. 2.5) befasst sich mit den Aspekten, die auf den Entscheidungsprozess eines Patienten einwirken und diesen lenken. Kann der Krebspatient die mit seiner Entscheidungsfindung einhergehenden Gefühle, Vorstellungen, Überzeugungen, Gedanken und die eigenen Handlungstendenzen reflektieren, so kann er diese mit seinen Erfahrungen und ebenso mit möglichen Handlungsalternativen vergleichen. In diesem rationalen Denkprozess können die eigenen Absichten mit den als bedeutsam bewerteten sozialen Normen wichtiger Bezugspersonen oder Gruppen verglichen werden, können die mit einer Entscheidung möglicherweise verbundenen Einschränkungen der Autonomie und Selbstbestimmung antizipiert und kann das Ausmaß der bestehenden und zukünftig vorhandenen Verhaltenskontrolle und Selbstwirksamkeit überdacht werden. Sind die

Gefühle, Vorstellungen, Überzeugungen und Gedanken der bewussten Reflexion nicht oder nur teilweise zugänglich, so ist eine rationale Abwägung erschwert.

Rationale Abwägungsprozesse und Entscheidungen sind für Patienten in der akuten Krebsbehandlung wie auch in der Krebsnachsorge häufig nur schwer auszuführen und zu treffen. Sie werden durch mehrere Faktoren beeinflusst, etwa

- die Notwendigkeit, sich in Situationen der Unsicherheit entscheiden zu müssen mit häufig begrenzten Entscheidungszeiträumen,
- die Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung und mancher durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen (z. B. Operationen, Zytostatikatherapie),
- die in der Regel begrenzte Entscheidungskompetenz der Krebspatienten in Bezug auf ihr medizinisches Wissen und ihre klinische Erfahrung sowie durch
- das Ausmaß der mit vielen Entscheidungssituationen einhergehenden emotionalen Belastung.

Für Krebspatienten ist eine rationale Entscheidungsfindung aufgrund der vorhandenen und oftmals sehr intensiv erlebten Lebensbedrohung kaum möglich. Die psychoonkologische Versorgung konzentriert sich daher vorrangig auf die mit einem Ereignis einhergehenden emotionalen Aspekte und sucht nach den vielfältigen Ursachen von Angst, Trauer und Hoffnungslosigkeit. Sie bereitet damit zugleich aber auch den Boden, auf dem eine rationale Krankheitsverarbeitung und eine problemorientierte Krankheitsbewältigung möglich werden können.

Das transaktionale Stressbewältigungsmodell von Lazarus (2001, ► Abschn. 2.6) verweist auf die unterschiedlichen Formen der Bewältigung verschiedener Ereignisse und Anforderungen im Krankheits- und Behandlungsverlauf. Dabei ist bei Krebspatienten, die sich als massiv besorgt oder ängstlich zeigen, bereits die pri-

2 märe kognitive Auseinandersetzung mit einem Ereignis besonders geprägt. Sie bewerten auftretende Ereignisse von vornherein als Bedrohung oder als gefährlich und reagieren entsprechend mit emotionalen Belastungen und Stress. Die folgenden Bewertungsprozesse sind somit gewissermaßen vorprogrammiert und erlauben es diesen Patienten nicht, den herausfordernden Charakter einer Situation zu betrachten, sondern sie heben die möglicherweise vorliegenden bedrohlichen und schädigenden Aspekte der Situation hervor.

In der Onkologie weisen sehr viele Ereignisse und Situationen negative oder bedrohliche Aspekte auf oder sind mit einer Schädigung verbunden. Diese Situationen und Ereignisse sind daher besonders leicht als gefährlich einzuschätzen und begünstigen damit ein subjektives Stresserleben. Die Tatsache, dass ein Krebspatient zudem kaum etwas an seiner Situation ändern kann (etwa an der Notwendigkeit von Operation, Chemotherapie, Bestrahlung oder an tumorbedingtem Schmerz, Übelkeit und Erbrechen), erschwert es ihm zusätzlich, die gefährliche Situation als Herausforderung zu erleben und sich der Veränderung seiner Lage aktiv, d. h. problembezogen zu widmen. Aufgrund der erlebten Intensität der Schädigung bzw. Bedrohung kann die Situation mit Begriffen wie »sehr bedrohlich«, »unerträglich« oder gar als »reiner Horror« beschrieben werden, was auf die unterschiedlichen psychophysiologischen Erregungsprozesse des Krebspatienten hinweist. Alle in der Folge auftretenden Gedanken, Gefühle und Bewertungsprozesse sind von dieser ersten, zumeist spontanen und der bewussten Steuerung nicht ohne Weiteres zugänglichen, kognitiven Bewertung beeinflusst. Oftmals resultieren dadurch länger bestehende Stress- und Belastungsphasen und Bewertungsprozesse, die alle neu auftretende Ereignisse und Situationen tendenziell als schädigend oder bedrohlich beurteilen und so den negativen Befindenzustand des Krebspatienten aufrecht erhalten oder gar verstärken.

Um akut auftretenden Stressreaktionen und dauerhaften Belastungszuständen entgegen wirken zu können, werden in der psychoonkologischen Versorgung Maßnahmen eingesetzt, die auf ein Ereignis vorbereiten (z. B. Operation, schmerzhaftes Prozeduren, Ereignisse in der Phase der Krebsnachsorge) oder begleitend zu einem Ereignis stattfinden (z. B. bei planbaren Diagnose- oder Befundgesprächen). Diese supportiven Maßnahmen sollten Bestandteil strukturierter psychoonkologischer Versorgungsprogramme und der medizinische und pflegerische Behandlungsplanung sein. Derart integrierte Interventionen sind erforderlich, weil nur mit Hilfe strukturierter Ansätze diejenigen Ereignisse und Situationen identifizierbar sind, in denen ein Krebspatient hohen Belastungen ausgesetzt sein wird und in deren primärer Bewertung er somit bereits Unterstützung und Anleitung erhalten bzw. auf die hin er geschult und vorbereitet werden kann. Interventionsansätze, die auf die Regulation der mit einer Belastung einhergehenden Emotionen (emotions-fokussierte Bewältigung) bzw. auf die Linderung oder Lösung der Folgen eines belastenden Ereignisses ausgerichtet sind, haben in der Psychoonkologie weite Verbreitung gefunden.

Die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (2001, ► Abschn. 2.7) setzt an dem Punkt der Bewertung vergangener und zukünftiger Ereignisse an und gibt Hinweise auf eine zentrale Ausrichtung der Krankheitsverarbeitung. Diese ist auf Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten ausgerichtet, diejenigen Handlungen zu planen und ausführen zu können, mit denen bevorstehende Ereignisse und Situationen gehandhabt werden können. Das Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz und -wirksamkeit ist damit der motivierende Faktor einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung, den Anforderungen ihrer Behandlung und der Nachsorge. Der zweite motivierende Faktor ist die bereits angesprochene Hoffnung und Zuversicht darin, dass das eigene

Verhalten auch dazu beiträgt, die längerfristigen Zielvorstellungen tatsächlich zu erreichen.

Beide Aspekte der Motivation sind in der psychoonkologischen Versorgung nicht einfach gegebene Faktoren, auf die der Therapeut in seiner Arbeit zurückgreifen kann, häufig sind Selbstvertrauen oder Vertrauen und Hoffnung in die Zukunft nicht gegeben und müssen sich erst entwickeln. Viele Krebspatienten wissen oder glauben zu Beginn ihrer Behandlung nicht, dass sie ihre Situation als *Krebskranker* gestalten oder an ihrer Krebsbehandlung mitwirken können. Manche verlieren mit der Diagnosestellung ihren Glauben in ihre eigenen Kompetenzen und daran, an ihrer grundsätzlichen Lebenssituation etwas ändern zu können. Sie befassen sich oft erst im Verlaufe ihrer Krebstherapie mit Fragen des Lebenssinns oder lernen ihre persönlichen Hoffnungen und Wünsche im Dialog mit anderen Patienten oder ihrem Behandlungsteam erstmals bewusst kennen bzw. diese auszusprechen. Selbstwirksamkeitserwartungen werden in der psychoonkologischen Versorgung aufgebaut, indem gemeinsam mit dem Patienten

- seine bisherigen eigenen Erfahrungen der positiven Problembewältigung beleuchtet werden, um damit sein Vertrauen zu fördern, auch in zukünftigen Situationen selbstwirksam sein zu können,
- seine körperlichen Empfindungen und sein subjektives Erleben in Situationen gelungener und misslungener Bewältigung bewusst gemacht werden, um darüber Vertrauen in seine Fähigkeit zur Selbstregulation in Belastungssituationen aufzubauen,
- seine Beobachtungen selbst-kompetenten Verhaltens anderer Krebspatienten genutzt werden, um bei ihm vergleichbare Kompetenzen zu identifizieren oder zu entwickeln, und gemeinsam
- nach Möglichkeiten gesucht wird, sich mit Gleichbetroffenen zu positiven Formen der Bewältigung auszutauschen.

Maßnahmen zur Identifikation, Entwicklung und Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen haben in psychosozialen und psychoonkologisch-psychotherapeutischen Interventionen sowie in Selbst-Management Programmen einen hohen Stellenwert.

Das Transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente (1984, ► Abschn.2.8) ermöglicht ein Verständnis der Stadien der Veränderung, in denen sich ein Krebspatient befindet bzw. die er erst durchlaufen muss, um eine Absicht herauszubilden und eine beabsichtigte Verhaltensänderung zu erreichen.

Viele psychoonkologische Interventionen erreichen ihre Wirksamkeit aus dem Grunde nicht, weil sie die individuelle Veränderungsbereitschaft des Krebspatienten nicht berücksichtigen. Supportive psychoonkologische Interventionen mit non-direktivem und motivierendem Charakter begleiten die Patienten von dem Stadium der Absichtslosigkeit über das Stadium der Absichtsbildung hin zur Vorbereitung und konkreten Planung einer Verhaltensänderung. Auch wenn dies in den Interventionsansätzen nicht explizit vorgesehen ist, so erreichen sie über ihre starke Ausrichtung am individuellen Prozess der Veränderungsbereitschaft des Patienten dennoch ihr Ziel einer vom Patienten selbst generierten, initiierten und realisierten psychologischen Veränderung, Adaptation oder Neuausrichtung. Die starke Patientenorientierung des Transtheoretischen Modelles erlaubt es, einem Patienten zu folgen und ihn gezielt durch die Phasen der Veränderung zu begleiten. So mag eine ältere Krebspatientin anfänglich von ihren Nachkriegserfahrungen berichten und davon, dass sie immer für ihren verwundeten Mann *da sein* musste. Sie entdeckt vielleicht daraufhin einen Zusammenhang zwischen ihrer Abhängigkeit von der Pflege ihres Mannes und ihrer eigenen Abhängigkeit von ihrer Erkrankung und Behandlung und erkennt vor diesem Hintergrund schließlich, dass sie sich stärker *um sich selber kümmern* müsse. Schließlich mag

2 sie den Entschluss fassen, trotz der Einschränkungen, die sie im Rahmen ihrer Krankheitssituation erlebt, »endlich mit meinem eigenen Leben« zu beginnen.

Ein adipöser Mann sieht vielleicht anfänglich keine Notwendigkeit darin, während seiner Krebsnachsorge auch an eine Gewichtsreduktion zu denken. Unter Umständen kann er jedoch zur Einsicht gelangen, dass eine sinnvolle sportliche Betätigung und eine Veränderung seiner Ernährungsgewohnheiten nicht nur einem nachhaltigen Erfolg seiner Krebsbehandlung, sondern gleichzeitig auch einer Gewichtsreduktion dienen könnten. In der Diskussion darüber, wie er dies erreichen könnte, kann er schließlich die konkrete Vorstellung entwickeln, »drei Fliegen mit einer Klappe zu schlagen: bewusster essen, sich mehr bewegen und abnehmen«.

Psychoonkologische Interventionen schaffen häufig erst die Einsichten in die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung. Sie müssen die häufig external motivierte Notwendigkeit einer Handlung oder Verhaltensänderung des Patienten, z. B. sich nach einer akuten Krebstherapie auch noch einer medikamentösen Langzeitbehandlung zu unterziehen, mit seinen intrinsischen Motiven, Absichten und Zielen in Verbindung bringen, z. B. »nach dem Behandlungsstress im Krankenhaus wieder ein normales Leben zu führen«. Vor dem Hintergrund des Transtheoretischen Modells der Veränderungen können psychoonkologische Interventionen dazu beitragen, dass sich eine neue Absicht oder Handlungsbereitschaft im Patienten entwickeln kann. Erst wenn der Patient von sich aus bereit zur Verhaltensänderung ist (*readiness to change*), kann davon ausgegangen werden, dass er seine innere Zustimmung zur Langzeit-Behandlung gibt, sich aktiv an dieser beteiligt, die Strapazen einer Langzeitmedikation zu bewältigen lernt, und die Handhabung der Therapie zu einem neuen, grundlegenden Verhaltensrepertoire macht. Eine medikamentöse Langzeit-Krebstherapie erfordert nicht nur eine Zustimmung

zur Einleitung einer Behandlung, sondern auch die längerfristige Therapietreue des Patienten, etwa die tägliche Einnahme von Medikamenten. Nach einer gemeinsam mit dem behandelnden Arzt getroffenen Entscheidung muss ein Patient die tägliche Medikation einhalten und die notwendigen ärztlichen Untersuchungstermine in seiner Lebensgestaltung berücksichtigen. Er muss auch die Nebenwirkungen der Medikation kennen, handhaben und ertragen lernen und wiederholt im Krankenhaus vorstellig werden. Ein Patient, der nach seiner Akutbehandlung eigentlich ein normales Leben führen wollte und nicht überzeugt davon ist, dass eine Dauertherapie erforderlich ist, wird es schwer haben, die Therapie in sein tägliches Leben zu integrieren, seine Therapietreue bei aufkommenden Nebenwirkungen zu erhalten oder wird unter Umständen seine Behandlung abbrechen und damit den Therapieerfolg gefährden.

Klinische Psychoonkologie

Kusch, M.; Labouvie, H.; Hein-Nau, B.

2013, XII, 269 S. 5 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-31747-7