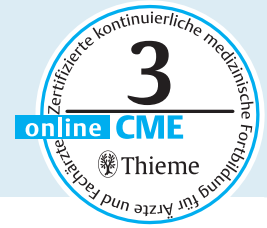


Psychotherapie in der palliativen Versorgung

Psychotherapy in Palliative Care



Anja Mehnert

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig

Lernziele

- ▼
- Nach dieser Lektüre werden Sie
 - ▶ die häufigsten psychosozialen Belastungen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen lebensbedrohlichen Erkrankung kennen
 - ▶ einen Einblick in Besonderheiten der Diagnostik psychosozialer Belastungen und psychischer Störungen bei schwer kranken Patienten erhalten
 - ▶ einen Überblick über zentrale Konzepte und Zielsetzungen psychotherapeutischer Interventionen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen lebensbedrohlichen Erkrankung erhalten
 - ▶ besondere psychotherapeutische Anforderungen in der palliativen Versorgung kennen.

Fallbeispiel

▼

Herr B. (46 Jahre) stellt sich in der psychoonkologischen Ambulanz einer Universitätsklinik vor mit dem Hinweis, man habe ihm gesagt, er hätte noch etwa 6–8 Wochen zu leben. Die Ärzte hätten ihm die psychoonkologische Begleitung empfohlen und er wolle dies nun ausprobieren; viel zu verlieren hätte er ja nicht. Herr B. leidet an einem fortgeschritten metastasierten Pankreaskarzinom, das spät, eher durch Zufall, durch die routinemäßige betriebsärztliche Untersuchung entdeckt worden war. Er ist geschieden und Vater eines 12-jährigen Sohnes, zu dem er guten Kontakt habe. Herr B. lebt alleine, eine neue Partnerschaft gibt es nicht. Er arbeitet als Programmierer in einer Computerfirma. Sein Chef weiß inzwischen über seine Erkrankung Bescheid, seine Kollegen nicht. Er macht körperlich zunächst einen überraschend guten Eindruck, ein großer, kräftig gebauter Mann, dem man die Erkrankung, die chirurgischen Eingriffe und Therapien kaum ansieht. Aber sein gesundheitlicher Zustand verschlechtert sich jeden Tag, er hätte zunehmend Schmerzen und leide unter starker Erschöpfung. Er habe nach der Scheidung lange Zeit viel ge-

trunken, dann aber „die Kurve gekriegt“, eine Entwöhnungsbehandlung gemacht und sei seitdem trocken. Die Diagnose komme für ihn überraschend, aber so unerwartet wiederum auch nicht; in seinem Leben sei so viel schief gelaufen. Er ist zurückhaltend und freundlich im Kontakt; wirkt jedoch deutlich niedergeschlagen. Sein Wunsch sei es, die Dinge zu klären, wie es jetzt weitergehen könne in der wenigen Zeit, die ihm bleibe, vor allem in Bezug auf den Umgang mit den zunehmend starken Schmerzen, die er überwiegend nachts habe, und die starke Übelkeit beim Essen bzw. bei der Essenszubereitung. Er möchte wissen, ob eine Patientenverfügung sinnvoll sei bzw. welche Behandlungen er noch machen solle; die palliative Chemotherapie schlage nicht an und er wisse nicht, wie es bei der zu erwartenden Verschlechterung seines Zustands weitergehen könne (ambulante, stationäre Versorgung, Hospiz). Vor allem aber wolle er noch eine Woche Ferien mit seinem Sohn an der Ostsee verbringen, um sich zu verabschieden. Das sei sein wichtigstes Anliegen, bei dem er psychologische Hilfe brauche.

Hintergrund

▼

Palliative Versorgung ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und den damit einhergehenden Problemen verbunden sind. Der Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität ist das wichtigste Ziel palliativer Versorgung und geschieht durch die Vorbeugung und Linderung von Leiden durch die frühzeitige Identifikation, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen körperlichen, psychosozialen und spirituellen Problemen [1, 2].

Neuere Versorgungsmodelle sehen den Stellenwert der supportiven und palliativen Begleitung bereits in einem frühen Behandlungsstadium nach der primären Diagnosestellung („early palliative care“) [3]. So empfiehlt die American Society for Clinical Oncology (ASCO), dass Ärzte be-

VNR

2760512015147122515

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1552758>
 Psychother Psych Med 2015; 65: 387–397
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Anja Mehnert
 Abteilung für Medizinische
 Psychologie und Medizinische
 Soziologie, Universitätsklinikum
 Leipzig
 Philipp-Rosenthal-Straße 55
 04103 Leipzig
anja.mehnert@medizin.uni-leipzig.de

ner Familie Rechnung trägt, ein zentrales Anliegen. Diese beinhaltet u. a. die Berücksichtigung des bevorzugten Sterbeorts, soweit dies möglich ist, die Vorbereitung und Handhabung physiologischer Veränderungen in den letzten Stunden des Lebens (Informationsvermittlung und Aufklärung des Patienten und seiner Familie), die Versorgung der Familie (z. B. Privatsphäre, Einbeziehen in die Versorgung), Rituale des Abschiednehmens, Umgang mit Verlust und Trauer (u. a. akut, chronisch, antizipatorisch) sowie Vorbereitung auf den Tod und auf den Trauerfall. Nach dem Tod des Patienten gehören die Mitteilung des Todes, Abschied und Fragen des Umgangs mit dem Leichnam (u. a. Aufbahrung, Bestattung, Gedenken) sowie die weiterführende Unterstützung der Familie im Umgang mit dem Verlust zu wichtigen Aufgaben der palliativen Versorgung.

Ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium ist oft verbunden mit Funktionseinschränkungen bzw. Funktionsverlust (z. B. Inkontinenz), zunehmender Abhängigkeit von anderen und Veränderungen im Aussehen (z. B. starker Gewichtsverlust, Kachexie), die eine Bedrohung für das Gefühl der Kontrolle, für die Identität und das Gefühl der Würde eines Patienten darstellen können [7, 8]. Patienten und Angehörige sind mit Unsicherheit sowie Veränderungen in Beziehungen und in sozialen Rollen sowie mit Veränderungen bezüglich der Lebensperspektive und individuellen Lebenszielen konfrontiert [9, 10]. Gleichzeitig sind sie vor hohe Anforderungen bezüglich der Organisation des Alltags, der Pflege und der Versorgung des Patienten gestellt, und müssen sich unter Umständen mit schwierigen Behandlungsentscheidungen auseinandersetzen. Individuelle Merkmale wie Alter oder Bildung, die aktuelle Lebensphase, Persönlichkeitsmuster, Bewältigungsstrategien, das Funktionsniveau der Familie und die innerfamiliäre Kommunikation, die zur Verfügung stehende und wahrgenommene soziale Unterstützung, prämorbid Erfahrungen im Umgang mit Krankheit und Lebenskrisen sowie spirituelle Ressourcen können die Wahrnehmung von Stressoren und das Auftreten von psychosozialen Belastungen sowohl beeinflussen als auch moderieren [5, 11].

Die körperliche Symptombelastung, die Auswirkungen der Behandlungen und die psychosozialen Belastungsreaktionen sind bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung eng miteinander verbunden. Das Kontinuum der Belastungsreaktionen umfasst eine Vielzahl an emotionalen Zuständen. Dazu gehören Sorgen, Ängste vor dem Tod und vor dem Sterben, Gefühle der Hilflosigkeit und der Reue, Scham, Schuldgefühle, Wut, (antizipatorische) Trauer, Demoralisierung sowie Verlust an Hoffnung und Lebenssinn. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass die psychische Belastung von normalen, adaptiven Emotionen bis hin zu subsyndromalen Syndromen und psychischen Störungen reicht [12]. Einige Patienten

erleben vor allem in der letzten Phase des Lebens einen Verlust des Gefühls an Würde und berichten über suizidale Gedanken oder den Wunsch zu sterben [13, 14].

Epidemiologie psychischer Störungen und psychischer Belastungen

Ein knappes Drittel (32%) aller Krebspatienten, die zur häufigsten Gruppe der Patienten innerhalb der palliativen Versorgung gehören, leidet zu irgendeinem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf unter mindestens einer psychischen Störung [15–17]. Die häufigsten psychischen Störungen sind Angststörungen (11,5%) und Anpassungsstörungen (11%) sowie Depressionen (6,5%) [16].

Anpassungsstörungen umfassen emotionale Symptome und/oder Verhaltensweisen als Reaktion auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Belastung [18]. Die Diagnose einer unheilbaren und lebensbedrohlichen Erkrankung oder invasive medizinische Eingriffe zählen typischerweise zu diesen Belastungsfaktoren. Die emotionalen Symptome wie starke Ängste, Depressivität oder eine gemischt ängstlich-depressive Stimmung und verhaltensbezogene Aspekte führen zu deutlichem Leiden und zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen oder schulisch-beruflichen Funktionsbereichen und gehen über das hinaus, was man bei der Konfrontation mit einem spezifischen Belastungsfaktor erwarten würde. Anpassungsstörungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen bei Krebspatienten [16, 17, 19, 20].

Angststörungen sind durch spezifische kognitive, affektive und verhaltensbezogene Symptome wie übermäßige Ängste und Sorgen sowie durch Schwierigkeiten gekennzeichnet, diese Ängste und Sorgen zu kontrollieren. Weitere Kernsymptome betreffen Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Kurzatmigkeit oder Brustschmerzen. Angststörungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen bei Krebspatienten [17, 19–21]. Subsyndromale Angststörungen und spezifische Ängste wie die Progredienzangst treten dagegen deutlich häufiger mit Prävalenzraten von bis zu 48% auf [22–26]. Mit fortschreitender Erkrankung, höherer Symptombelastung (z. B. Übelkeit, Schmerzen und Dyspnoe) und der zunehmenden Verschlechterung des körperlichen Zustands des Patienten nimmt die Prävalenz von Ängsten zu [25, 26]. Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung sind oft mit wiederkehrenden Gedanken und Ängsten konfrontiert, die die Toxizität der Behandlungen, Schmerzen, soziale Isolation sowie den Tod und den Sterbeprozess betreffen [22, 27, 28].

Depressive Störungen sind durch spezifische Kernsymptome wie eine anhaltende depressive Verstimmung und dem Verlust der Freude an fast allen Aktivitäten des täglichen Lebens gekennzeichnet. Andere Symptome beziehen sich auf



psychomotorische Veränderungen sowie auf kognitive und körperliche Beschwerden. Depression ist eine häufige psychische Störung bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung [19, 21, 25, 29–34]. Bei schwer und unheilbar kranken Patienten ist die Prävalenz depressiver Störungen deutlich erhöht, vor allem bei eingeschränkter Funktionalität, schwerer körperlicher Symptombelastung und Schmerzen [35–38]. Weitere Risikofaktoren für Depressivität sind ein jüngeres Alter, Depressionen in der individuellen und familiären Vorgeschichte, ein niedriges Niveau wahrgenommener sozialer Unterstützung, ein geringes Selbstwertgefühl, eine eingeschränkte soziale Funktionsfähigkeit sowie traumatische Lebensereignisse in der Vorgeschichte [39]. Depressive Verstimmungen und Traurigkeit sind häufige und angemessene menschliche Reaktionen angesichts der Konfrontation mit einer unheilbaren Krankheit und dem nahenden Ende des Lebens [30]. Dennoch geht eine klinische Depression mit zusätzlichen körperlichen und psychosozialen Belastungen für Patienten einher und erfordert psychotherapeutische Unterstützung [34].

Demoralisierung Eine besondere Form der psychischen Belastung stellt das Syndrom der Demoralisierung dar [40, 41]. Kissane und Kollegen [42] sowie Clarke und Kissane [43] definierten diagnostische Kriterien für Demoralisierung als klinisch relevantes Syndrom existenzieller Verzweiflung, das nach den Autoren eine besondere Relevanz bei Patienten mit einer schweren oder fortgeschrittenen körperlichen Erkrankung hat, da eine solche Lebenssituation eine spezifische Bedrohung für die körperliche und psychische Integrität darstellt. Diese Kriterien umfassen u. a. das Gefühl der Hilflosigkeit und des Gefangenseins in einer belastenden Lebenssituation („nicht wissen, was man noch oder anders tun soll“), das Gefühl der Inkompetenz und des persönlichen Versagens, Entfremdung, Isolation, Scham sowie Verlust von Lebenssinn und Lebensmut. Demoralisierung in klinisch relevanter Schwere tritt bei etwa 13–18% der Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung auf und steht in Zusammenhang mit unzureichend behandelten körperlichen und psychischen Symptomen wie Schmerzen, einer verringerten sozialen Funktionsfähigkeit und dem Fehlen einer Partnerschaft [44, 45].

Suizidgedanken und der Wunsch zu sterben gehen häufig mit unkontrollierbaren Schmerzen, Depressionen, Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Delirien, unbehandelten körperlichen Symptomen, geringer Unterstützung durch die Familie sowie Gedanken, eine Belastung für andere zu sein, einher [14, 37, 46, 47]. Gelegentliche Gedanken an den Tod oder an Suizid stellen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung manchmal aber auch den Versuch dar, ein Gefühl der Kontrolle in einer Situation wiederzugewinnen, die als unkontrollierbar erlebt wird. Das Verstehen der Gründe, warum einige Patienten mit

einer terminalen Erkrankung den Wunsch haben, zu sterben, ist ein wichtiges Element in der palliativen Versorgung. Studien zeigen, dass Suizidgedanken bei durchschnittlich etwa 15% der Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung auftreten [48–53], aber nur wenige Patienten anhaltende Suizidgedanken und den Wunsch zu sterben haben. Khan und Kollegen [54] weisen darauf hin, dass der Verlust des Lebenswillens bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung multifaktoriell bedingt ist. Zu den Risikofaktoren gehören u. a. eine niedergeschlagene Stimmung, Demoralisierung sowie Veränderungen in wichtigen Beziehungen zu nahen Bezugspersonen oder professionellen Behandlern [54]. Die Beurteilung der Suizidalität von Patienten und die frühe Einleitung geeigneter Behandlungsmaßnahmen einschließlich psychiatrischer Interventionen ist ein wichtiger Teil der Diagnostik schwer kranker Patienten.

Knapp ein Drittel aller Krebspatienten leidet zu irgendeinem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf unter mindestens einer psychischen Störung. Die häufigsten Störungen sind Angststörungen und Anpassungsstörungen.

Besonderheiten der Diagnostik psychischer Störungen und psychischer Belastungen

Die Diagnostik psychischer Störungen und psychischer Belastungen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von der Diagnostik bei körperlich Gesunden. Die Gründe dafür umfassen die hohe körperliche Symptombelastung, Funktionseinschränkungen und die Wechselwirkungen zwischen krankheits- und/oder behandlungsbedingten Symptomen und psychischen Störungen, die die Diagnostik erheblich erschweren können. So stellt eine Schwierigkeit in der Diagnostik die Handhabung und Einordnung der somatischen Symptome dar. Häufig ist unklar, inwieweit ein bestimmtes Symptom (z. B. Schlafstörungen) z. B. eine Behandlungsfolge oder ein Symptom einer psychischen Störung (z. B. Depression) darstellt. Auch leiden Patienten unter spezifischen Syndromen wie z. B. Demoralisierung oder Progredienzangst, d. h. die Angst vor dem Fortschreiten oder Wiederauftreten der Erkrankung, die nicht durch Diagnosesysteme wie das ICD oder DSM abgebildet werden.

Im klinischen Alltag ist es oft nicht möglich, die Ursache(n) der Symptome bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung und hoher Symptombelastung bezüglich ihrer Ätiologie genau zu differenzieren, was sowohl zu einer Unterschätzung als auch zu einer Überschätzung psychischer Störungen wie z. B. Depressionen führen kann [55]. Verschiedene diagnostische Ansätze empfehlen, alle Symptome unabhängig von ihrer Ätiologie einzuschließen, was wahrscheinlich zu einer



Überidentifikation von psychischen Störungen führt [56]. Endicott schlug einen Substitutionsansatz vor, der die somatischen Symptome bei der Beurteilung der Depression bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen ersetzt [57]. Damit einhergehend empfehlen verschiedene Autoren, sich bei der Depressionsdiagnostik z.B. vor allem auf die kognitiven und psychischen Symptome wie Hoffnungslosigkeit oder Schuld zu konzentrieren [55]. Aber auch die Interpretation psychischer Symptome kann schwierig sein, z.B. wenn katastrophisierende Gedanken oder Hoffnungslosigkeit bei Patienten mit einer infausten Prognose vorhanden sind.

Auch bei Angstsymptomen und Angststörungen sind die Ursachen bei fortgeschritten erkrankten Patienten häufig unklar. Es kann sich z.B. um Angstsymptome einer bereits bestehenden Angststörung handeln (z.B. generalisierte Angststörung oder Panikstörung), die sich in ihrer Ausprägung durch die körperliche Erkrankung verschlimmert, um (reaktive) Ängste z.B. vor der Verschlechterung des körperlichen Zustands oder um eine mehr oder weniger krankheitsunabhängige psychische Krise. In der palliativen Versorgung entstehen Angstsymptome auch durch organische Ursachen oder medizinische Komplikationen wie z.B. Delir, starke Schmerzen oder Sauerstoffunterversorgung oder durch spezifische Medikamente (u.a. Kortikosteroide).

In den letzten Jahren wurden verschiedene kurze und ultrakurze Screeninginstrumente für die Beurteilung der psychischen Belastung entwickelt und evaluiert, wie z.B. das Disstress-Thermometer, ein Screeninginstrument zur Erfassung psychischer Belastung auf der Basis einer visuellen Analogskala und einer Problemliste [58]. Kelly und Kollegen geben einen Überblick über Screeninginstrumente und die Diagnostik psychischer Belastungen in der palliativen Versorgung. Die Diagnostik psychischer Störungen und psychosozialer Belastungen sollte in interdisziplinärer Zusammenarbeit geschehen und in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein [59].

Psychotherapeutische Interventionen für Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung

Die psychotherapeutische Begleitung von Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung und deren Angehörigen ist supportiv ausgerichtet und beinhaltet verschiedene Interventionen und Techniken im Sinne eines interdisziplinären Versorgungsansatzes. Dazu zählen unter anderem (kognitive) Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie und kognitiv-analytische Therapie, supportiv-expressive Interventionen, narrative Interventionen, Entspannungs- und Imaginationstechniken, achtsamkeitsbasierte Interventionen, sinnbasierte Interventionen, Kunstthera-

pie sowie Interventionen, die auf den Erhalt des Gefühls von Würde bei schwer und todkranken Patienten fokussieren und auf die Trauerbegleitung der Angehörigen. Psychopharmakologische Therapien in Kombination mit Psychotherapie können bei Patienten bei schwereren Symptomen und Störungen indiziert sein und sollten mit dem medizinischen Behandlungsteam sorgfältig abgeklärt werden.

Die Mehrzahl von Studien zur Evaluation psychotherapeutischer Interventionen bei Patienten in der palliativen Versorgung wurde mit Krebspatienten durchgeführt. Metaanalysen zur Wirksamkeit von psychoonkologischen Interventionen zeigen kleine bis mittlere Effektstärken hinsichtlich der Reduktion von psychischen Belastungen sowie der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [60, 61]. Die Mehrzahl der Studien bezieht allerdings Patienten in kurativer Behandlungssituation ein. Erst in den letzten Jahren wurden vermehrt psychologische und psychosoziale Interventionen entwickelt, implementiert und evaluiert, die spezifisch auf die Belastungen und Bedürfnisse von Patienten mit fortgeschrittenen und lebensbedrohlichen Erkrankungen und deren Betreuungspersonen zugeschnitten sind [62, 63]. Die Mehrzahl evaluierter Interventionen für Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung ist darüber hinaus als Gruppentherapie konzipiert [64, 65]. Einzelpsychotherapie bietet bei der Behandlung schwer kranker Patienten allerdings klare Vorteile gegenüber einer Gruppenbehandlung und wird auch von den meisten Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung bevorzugt. Sie lässt sich vor dem Hintergrund des körperlichen Funktionsstatus und der Bedürfnisse eines Patienten individueller planen. Psychische Krisen und Belastungen von Patienten, die durch das Versterben von Gruppenmitgliedern entstehen können, werden darüber hinaus vermieden.

Psychoonkologische Interventionen sind wirksam hinsichtlich der Reduktion von psychischen Belastungen und der Verbesserung der Lebensqualität.

Psychotherapeutische Ziele und Ansätze

Psychotherapeutische Interventionen in der Palliativversorgung beinhalten multimodale Ansätze, die sich nach den individuellen Belastungen und flexibel nach den Unterstützungsbedürfnissen der Patienten sowie ihrer Angehörigen richten. Supportive Psychotherapie zielt darauf ab, Patienten und Angehörige im Umgang mit belastenden Gefühlen zu unterstützen, bestehende Ressourcen auszubauen, Stärken zu identifizieren und bei einem adaptiven Umgang mit der Krankheit zu helfen [66].

Psychotherapeutische Interventionen in der palliativen Versorgung umfassen ein breites Spek-



Tab. 2 Überblick über Zielsetzungen psychotherapeutischer Interventionen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung [84].

- Verringerung der psychischen Symptombelastung (z. B. Ängste, Depressivität)
- Unterstützung beim Umgang mit körperlichen Belastungen (z. B. Schmerzen)
- Mobilisierung individueller und familiärer Ressourcen
- Verbesserung eines förderlichen und adaptiven Umgangs mit der Krankheitssituation
- Klärung und/oder Stärkung zwischenmenschlicher Beziehungen
- Aufrechterhaltung von Hoffnung durch Erarbeitung von Alternativen zur Hoffnung auf Heilung (z. B. Hoffnung auf Lebensqualität)
- Stärkung des Selbstwertgefühls und Würdigung von Stärken und Errungenschaften im Leben des Patienten
- Klärung von Missverständnissen und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung
- Verringerung von Gefühlen der Isolation und Einsamkeit
- Unterstützung im Umgang mit Gefühlen von Trauer und Traurigkeit, insbesondere in Bezug auf Verluste und Abschied nehmen
- Unterstützung der Kommunikation über das Sterben und den Tod (z. B. innerhalb der Familie)
- Unterstützung des Patienten, Sinn und (neue) Lebensziele für die verbleibende Zeit zu finden
- Unterstützung bei der Integration der gegenwärtigen Situation der Erkrankung, der Trennung und des Abschiednehmens in ein Kontinuum an Lebenserfahrungen

trum an Zielsetzungen zur Verringerung psychosozialer Belastungen und zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patienten und ihren Angehörigen. Zu diesem Aufgabenspektrum gehören die Unterstützung des Patienten und der Familie im Umgang mit schwierigen Behandlungsentscheidungen, Ängsten vor der Verschlechterung des Gesundheitszustands und den damit verbundenen Funktionseinschränkungen, Schmerzen, Ängsten vor dem Tod sowie die Verringerung von Gefühlen der Isolation, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Depressivität. Behandlungsinhalte beziehen sich weiterhin auf Probleme mit Veränderungen in Beziehungen und sozialen Rollen, auf Probleme der zunehmenden Abhängigkeit von anderen, eingeschränkte Autonomie und Verlust an Würdegefühl sowie existenzielle Fragestellungen wie Suche nach Lebenssinn. Die psychologische Begleitung von Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung erfordert hohe therapeutische Anforderungen hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit und Entscheidungsfindung, Flexibilität und zeitliche Verfügbarkeit sowie eine Vielzahl an psychotherapeutischen Kompetenzen einschließlich nonverbaler Kommunikation und kultureller Kompetenzen. ● **Tab. 2** gibt einen Überblick über Zielsetzungen psychotherapeutischer Interventionen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung. Nachfolgend werden ausgewählte Therapieverfahren kurz dargestellt.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen (KVT) zählen im Rahmen des psychotherapeutischen Angebotsspektrums zu den am häufigsten genutzten Verfahren, die auch bei Patienten eine breite Akzeptanz gefunden haben. Dies hat vielfältige Gründe: dazu zählen vor allem die Unmittelbarkeit der positiven Wirkung auf die Reduktion von psychischen Belastungen [67] die relative Leichtigkeit ihrer Anwendung und das Gefühl der Kontrolle, das sie Patienten in einer Si-

tuation hoher Abhängigkeit vom medizinischen Behandlungssystem vermitteln [68].

In palliativen Versorgungssettings kam die KVT bisher weniger zur Anwendung als bei Patienten mit weniger fortgeschrittenen Erkrankungen. Allerdings können kognitive Techniken wie kognitive Umstrukturierung/Reframing und Verhaltenstechniken wie Aktivitätenplanung und Ablenkung die Symptombelastung durch Ängste, Depressivität, Fatigue und Schmerzen signifikant verringern [69]. Indikationen für die Anwendung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung sind u. a. [70]:

- ▶ Unterstützung und Förderung des psychischen Wohlbefindens und der Krankheitsverarbeitung während und nach der Behandlung,
- ▶ Vorbeugung von psychischer Belastung,
- ▶ Förderung des Gefühls individueller Kontrolle und Selbstwirksamkeit während und nach der Behandlung,
- ▶ Förderung von Bewältigungsfähigkeiten im Umgang mit belastenden diagnostischen und Therapiemaßnahmen (z. B. Chemotherapie, klaustrophobische Ängste bei Ganzkörper-scans)
- ▶ Förderung von Bewältigungsfähigkeiten im Umgang mit Behandlungsnebenwirkungen (u. a. nach Chemo- und Strahlentherapien) wie Übelkeit, Schmerzen, Atemnot und Fatigue.

In der Regel wird ein Psychotherapeut daran interessiert sein zu erfahren, wie (maladaptive) individuelle Copingstrategien, Umweltfaktoren sowie körperliche, soziale und kognitive Faktoren verändert werden können, die das Verhalten einer Person in einer bestimmten Situation beeinflussen. Bei schwer kranken Patienten können körperlich/medizinische Faktoren kaum verändert werden ohne den Therapieerfolg zu gefährden. Deshalb steht die Vermittlung von spezifischen behavioralen Bewältigungsstrategien im Vordergrund, die von Patienten nach kurzer Zeit relativ selbstständig durchgeführt werden können. Diese zielen auf die Vermittlung spezifischer Verhaltensweisen (u. a. Atemtechniken, Entspannung, Selbsthypnose), die helfen, Übelkeit, Ängste und Schmerzen bei aversiven medizinischen Eingriffen zu reduzieren [68]. Häufig eingesetzte Methoden der Verhaltenstherapie zur Reduktion von Übelkeit, Erbrechen oder Schmerzen sind z. B. Aufmerksamkeitsablenkung, Entspannungstrainings einschließlich progressive Muskelentspannung, imaginative Verfahren, Visualisierungstechniken sowie Achtsamkeitsmeditation.

Entspannungs- und Imaginationsverfahren beinhalten ein breites Spektrum an Techniken wie progressive Muskelentspannung (PMR), imaginative Verfahren wie geleitete Imagination oder Phantasie Reisen sowie Visualisierungen. Diese Techniken sind vergleichsweise leicht zu erlernen und helfen Patienten, ein Gefühl von Kontrolle wiederzuerlangen, Therapienebenwirkungen wie



Fatigue oder Übelkeit zu lindern und das psychische Wohlbefinden zu verbessern [70]. PMR dient vor allem der Reduktion von Anspannungszuständen, Unruhe, Nervosität und Ängsten (z. B. vor, während und nach diagnostischen und Therapiemaßnahmen), Schmerzen und Funktionsstörungen sowie der Verbesserung des Körpergefühls. Häufig werden Entspannungs- und Imaginationstechniken im Rahmen eines supportiven therapeutischen Ansatzes mit anderen Interventionsmethoden kombiniert. Bei Patienten mit schweren Gesundheitseinschränkungen ist jedoch zu beachten, dass eine Visualisierung des Körpers oder bestimmter Körperteile auch Ängste verstärken oder sogar Panik hervorrufen kann. Daher sollte der Nutzen und potenzielle Schaden für jeden Patienten individuell abgewogen werden [70].

CAVE! Insbesondere imaginative Verfahren und Visualisierungstechniken werden von Patienten zuweilen mit der Hoffnung verknüpft, über die Stärkung körperlicher Selbstheilungskräfte die Wirksamkeit der medizinischen Therapien zu unterstützen oder sogar zu ersetzen und damit eine völlige Genesung zu erreichen. Es existiert darüber hinaus eine Fülle an pseudowissenschaftlichen Heilsversprechungen, die die Ängste und die Verunsicherung der Patienten ausnutzen. So können imaginative Techniken (z. B. „positiv denken“) eine zusätzliche Belastung für Betroffene darstellen, da sie dem Patienten indirekt die alleinige Verantwortung für das Gelingen bzw. Scheitern der Therapie bzw. ihres Genesungsprozesses zuschreiben.

Achtsamkeitsbasierte Interventionen und Meditation wie z. B. die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) von Kabat-Zinn (1990) haben ihre Wurzeln überwiegend in buddhistischen Traditionen und in den letzten 30 Jahren auch in den westlichen Kulturen Beachtung gefunden. Achtsamkeitsbasierte Interventionen haben sich besonders bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung bewährt [71]. Diese Interventionen fokussieren in der Regel auf 2 Bereiche: a) die Selbstregulation der Aufmerksamkeit auf die unmittelbare Erfahrung und den gegenwärtigen Moment und b) die Aneignung von Offenheit und Akzeptanz gegenüber der erlebten Erfahrung in der Gegenwart [71]. Achtsamkeitsbasierte Interventionen haben sich als wirksam bei der Reduktion einer Vielzahl psychischer Belastungen wie Ängste und depressive Verstimmungen, Fatigue, Müdigkeit und Schlaflosigkeit erwiesen. Sie können weiterhin Hoffnung und Lebensqualität fördern.

Sinnbasierte Interventionen umfassen therapeutische Ansätze, die spezifisch auf die Förderung der Wahrnehmung von Lebenssinn und Kohärenzgefühl insbesondere bei Patienten mit einer lebensbedrohlichen Krankheit zielen [72–74]. Mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen

Krankheit und ihren Folgen kann das Gefühl autobiografischer Kohärenz unterbrochen werden, indem die individuell mit der Lebensgeschichte verbundenen Annahmen über die Welt, grundlegende Werte und das Selbstbild infrage gestellt werden. Die theoretische Fundierung sinnbasierter Interventionen geht teilweise auf die Arbeiten von Viktor Frankl (1905–1997) zurück, der grundlegende Aspekte der menschlichen Existenz wie Tod, Leiden, Freiheit und die Suche nach Lebenssinn in ihrer psychologischen Bedeutung aufgriff und in den Kontext therapeutischer Interventionen stellte. Das Fundament für Frankls Arbeiten ist ein philosophisch-anthropologisches System, welches in weiten Teilen auf die Existenzphilosophie Bezug nimmt. Gegenstand sinnbasierter Interventionen sind deshalb Themen wie Tod, Sinn, Trauer, Einsamkeit, Freiheit, Hoffnung, Lebensmut und Würde als zentrale existenzielle Herausforderungen bei schwer kranken Patienten.

Würdeorientierte Interventionen Würde und Respekt für den Patienten und seine Bedürfnisse stellen eine essenzielle Haltung in der medizinischen Behandlung insgesamt und insbesondere in der palliativen Versorgung dar. Für viele Patienten bedeutet Würde in diesem Kontext das Gefühl zu haben, trotz (gravierender) körperlicher und psychischer Einschränkungen, respektiert und als wertvoller Mensch behandelt zu werden. Das Würdegefühl hängt sowohl von intrinsischen als auch von extrinsischen Faktoren ab und wird insbesondere durch soziale Interaktionen beeinflusst [75, 76]. Würdeorientierte Interventionen sind besonders auf Patienten am Ende des Lebens ausgerichtet (mit einer Lebenserwartung von mindestens 2 Wochen). Diese Therapieform basiert auf dem empirischen Würdemodell von Chochinov und Kollegen [77] und zielt darauf ab, Leiden zu lindern sowie emotionales und spirituelles Wohlbefinden zu verbessern, indem Patienten angeleitet werden, denkwürdige Lebensereignisse zu reflektieren [76]. Die Intervention besteht aus einem Interview (u. a. Fragen wie „Was sind Ihre Hoffnungen und Träume für die Menschen, die ihnen nahestehen?“) und 1–2 Therapiesitzungen. Die Interviewsituation wird transkribiert, editiert und dem Patienten noch einmal vorgelesen. Der Patient kann dann den Text mit der Familie, Freunden und anderen teilen [76]. Würdeorientierte Interventionen verbessern das Würdegefühl, die Lebensqualität, das spirituelle Wohlbefinden und die Wertschätzung durch die Familie [75].

Die **familienzentrierte Trauertherapie** (Family Focused Grief Therapy, FFGT) [78, 79] ist eine psychosoziale Kurzzeitintervention für Krebspatienten mit fortgeschrittener Erkrankung und deren Angehörige (z. B. Partner, Kinder, Geschwister). Primäre Ziele der FFGT sind die Reduktion psychischer Belastungen bei den Patienten und deren Familienangehörigen sowie die Prävention kom-



plizierter Trauer bei den Hinterbliebenen durch die Verbesserung der Familienfunktion. Dies soll durch eine Exploration des familiären Zusammenhalts, der Kommunikation von Gedanken und Gefühlen und der Thematisierung familiärer Konflikte erreicht werden [79].

Supportive Psychotherapie zielt darauf ab, Patienten und Angehörige im Umgang mit belastenden Gefühlen zu unterstützen, bestehende Ressourcen auszubauen, Stärken zu identifizieren und bei einem adaptiven Umgang mit der Krankheit zu helfen.

Besondere psychotherapeutische Anforderungen in der palliativen Versorgung

Die psychotherapeutische Arbeit und ihre Zielsetzungen bei Patienten, bei denen die Erkrankung fortgeschritten ist, unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht von psychotherapeutischen Interventionen für Patienten in frühen Krankheitsstadien oder kurativer Behandlungsintention. Der Zeitrahmen für psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen ist häufig stark begrenzt. Üblicherweise können Patienten je nach körperlichem Zustand, Krankheitsverlauf und Behandlungssetting nur wenige Male gesehen werden, teilweise in Krisensituationen. Die eingeschränkte Behandlungszeit hat Konsequenzen für die Entwicklung einer vertrauensvollen und nachhaltigen therapeutischen Beziehung und für die psychotherapeutische Behandlungsplanung. Letztere hängt oft vom Krankheitsverlauf und den damit verbundenen, sich schnell verändernden Versorgungsbedürfnissen ab.

Psychologische Arbeit in der Palliativmedizin erfordert darüber hinaus medizinische Kenntnisse einschließlich Informationen über gängige Behandlungen und Behandlungsnebenwirkungen sowie einen engen Kontakt und die Zusammenarbeit mit dem medizinischen und pflegerischen Behandlungsteam. Schließlich werden professionelle Behandler in palliativen Settings selbst mit der Bedrohung durch den Tod und Sterben, ihrer eigenen Hilflosigkeit und existenziellen oder spirituellen Fragen über den Sinn von Leben und Tod konfrontiert. Der oftmals unvorhersehbare Krankheitsverlauf und Versorgungsbedarf erfordern ein besonders hohes Maß an Flexibilität, Empathie und Verständnis für die Situation der Patienten [62].

Die Kommunikation mit dem Patienten, den Angehörigen und dem Behandlungsteam kann nicht nur durch schwere Komplikationen wie z. B. organische psychische Syndrome, sondern auch durch unklare oder abweichende Vorstellungen über die Ziele der Behandlung und die Heilbarkeit der Krankheit behindert werden. Temel und Kollegen zeigten, dass etwa ein Drittel der Patienten mit metastasiertem Lungenkrebs im Endstadium angaben, ihre Krankheit sei heilbar, obwohl sie um-

fassend über die Erkrankung aufgeklärt worden waren [80, 81]. Rodin und Zimmermann benutzen den Begriff „double awareness“, um die Situation von Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung zu beschreiben, nämlich die Herausforderung, mit dem Wissen um den nahenden Tod umzugehen ohne die Wahrnehmung von Lebenssinn und den Willen zu leben, aufzugeben [82]. Somit wird der klinische Psychologe bzw. Psychotherapeut mit der schwierigen Aufgabe konfrontiert, Patienten zu ermutigen, aktiv mit der palliativen Behandlungssituation umzugehen, die Lebensqualität zu fördern und gleichzeitig die Akzeptanz „realistischer“ Therapieziele und Behandlungsentscheidungen zu ermöglichen, die wiederum Auswirkungen auf das psychosoziale Wohlbefinden des Patienten und seiner Angehörigen im weiteren Verlauf der Erkrankung haben können. Therapeutische Fertigkeiten oder Elemente, die im Umgang mit der für den Patienten oft schwierigen Annäherung an das Sterben und dem gleichzeitig vorhandenen Lebenswillen hilfreich sind, umfassen neben dem empathischen Verstehen und der Wertschätzung gegenüber den Erfahrungen des Patienten eine von Authentizität geprägte therapeutische Haltung, Affektmodulation, die Förderung der Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie die Auseinandersetzung mit Bindungen und Bindungssicherheit. Der Therapeut kann potenzielle Erklärungen für die Belastungs-, Gedanken- oder Verhaltensmuster des Patienten anbieten und ihn damit bei seinem Selbstreflexionsprozess unterstützen sowie ihm weiterhin helfen, die Erfahrungen in einen Lebenskontext einzuordnen und Lebenssinn zu fördern.

Fazit

Ein wichtiges und erreichbares Ziel palliativer Versorgung ist ein Tod, der durch eine Behandlung gewürdigt wird, die den Sterbenden wertschätzt, beschützt und vermittelt, dass Würde im Menschen begründet ist und nicht in körperlichen und/oder psychischen Merkmalen [83]. Trotz immenser Fortschritte in der Medizin in den letzten Jahren leiden zu viele Menschen am Ende ihres Lebens. Oft sind es dabei auch rechtliche, organisatorische oder ökonomische Hindernisse, die eine ganzheitliche und umfassende palliative Betreuung und Versorgung einschließlich der psychosozialen und psychotherapeutischen Begleitung hemmen.

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.



Literatur

- 1 World Health Organization (WHO). Cancer pain relief. Genf: World Health Organisation; 1990
- 2 Kaasa S, Loge JH. Quality of life in palliative care: principles and practice. In: Cherny NI, Fallon M, Kaasa S et al., eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: University Press; 2015: 1198–1209
- 3 Irwin S, von Gunten C. The role of palliative care in cancer care transitions. In: Holland J, Breitbart W, Jacobsen P et al., eds. Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press; 2010: 277–283
- 4 Smith TJ, Temin S, Alesi ER et al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. J Clin Oncol 2012; 30: 880–887
- 5 Li M, Hales S, Rodin G. Adjustment Disorders. In: Holland J, Breitbart W, Jacobsen P et al., Hrsg. Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press; 2010: 303–310
- 6 Girgis A, Waller A. Palliative care needs and assessment tools. In: Cherny NI, Fallon M, Kaasa S et al., eds. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: University Press; 2015: 363–375
- 7 Chochinov HM, Hassard T, McClement S et al. The landscape of distress in the terminally ill. J Pain Symptom Manage 2009; 38: 641–649
- 8 Vehling S, Mehnert A. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. Psychooncology 2014; 23: 283–290
- 9 Tan A, Zimmermann C, Rodin G. Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. Palliat Med 2005; 19: 143–150
- 10 Rodin G, Walsh A, Zimmermann C et al. The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. Psychooncology 2007; 16: 1080–1091
- 11 Vehling S, Oechsle K, Koch U et al. Receiving palliative treatment moderates the effect of age and gender on demoralization in patients with cancer. PloS one 2013; 8: e59417
- 12 Ziegler L, Hill K, Neilly L et al. Identifying psychological distress at key stages of the cancer illness trajectory: a systematic review of validated self-report measures. J Pain Symptom Manage 2011; 41: 619–636
- 13 Oechsle K, Wais MC, Vehling S et al. Relationship between symptom burden, distress, and sense of dignity in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2014; 48: 313–321
- 14 Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. Palliat Med 2006; 20: 693–701
- 15 Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. Ann Oncol 2010; 21: 925–930
- 16 Mehnert A, Brähler E, Faller H et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. J Clin Oncol 2014; 32: 3540–3546
- 17 Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol 2011; 12: 160–174
- 18 Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013
- 19 Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. Cancer 2007; 110: 1665–1676
- 20 Mehnert A, Vehling S, Scheffold K et al. Prävalenz von Anpassungsstörung, Akuter und Posttraumatischer Belastungsstörung sowie somatoformen Störungen bei Krebspatienten. Psychother Psychosom Med Psychol 2013; 63: 466–472
- 21 Vehling S, Koch U, Ladehoff N et al. Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer: systematic literature review and meta-analysis. Psychother Psychosom Med Psychol 2012; 62: 249–258
- 22 Roth AJ, Massie MJ. Anxiety and its management in advanced cancer. Curr Opin Support Palliat Care 2007; 1: 50–56
- 23 Teunissen SCCM, de Graeff A, Voest EE et al. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. Palliat Med 2007; 21: 341–346
- 24 Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30: 208–225
- 25 Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z et al. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. Support Care Cancer 2009; 17: 573–579
- 26 Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H et al. Anxiety in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2011; 42: 691–701
- 27 Passik S, Kirsh K, Lloyd-Williams M. Anxiety and adjustment disorders. In: Lloyd-Williams M, ed. Psychosocial issues in palliative care. New York: Oxford University Press; 2008: 115–127
- 28 Levin T, Alici Y. Anxiety Disorders. In: Holland J, Breitbart W, Jacobsen P et al., eds. Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press; 2010: 324–331
- 29 Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 2004: 57–71
- 30 Pessin H, Evcimen YAA, Breitbart W. Diagnosis, assessment, and treatment of depression in palliative care. In: Lloyd-Williams M, ed. Psychosocial issues in palliative care. New York: Oxford University Press; 2008
- 31 Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ et al. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. Palliat Med 2009; 23: 739–753
- 32 O'Connor M, White K, Kristjanson LJ et al. The prevalence of anxiety and depression in palliative care patients with cancer in Western Australia and New South Wales. Med J Aust 2010; 193 (Suppl. 05): S44–47
- 33 Lo C, Zimmermann C, Rydall A et al. Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. J Clin Oncol 2010; 28: 3084–3089
- 34 Mellor D, McCabe MP, Davison TE et al. Barriers to the Detection and Management of Depression by Palliative Care Professional Carers Among Their Patients: Perspectives From Professional Carers and Patients' Family Members. Am J Hosp Palliat Care 2012; 30: 11–20
- 35 Chochinov HM, Wilson KG, Enns M et al. Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgements. Am J Psychiatry 1994; 151: 537–540
- 36 Breitbart W, Bruera E, Chochinov H et al. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 1995; 10: 131–141
- 37 Rodin G, Lo C, Mikulincer M et al. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. Soc Sci Med 2009; 68: 562–569
- 38 Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. J Pain Symptom Manage 2006; 31: 58–69
- 39 Miller K, Massie MJ. Depressive Disorders. In: Holland J, Breitbart W, Jacobsen P et al., eds. Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press; 2010: 311–318
- 40 de Figueiredo JM, Frank JD. Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization. Compr Psychiatry 1982; 23: 353–363
- 41 de Figueiredo JM. Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives. Compr Psychiatry 1993; 34: 308–311



- 42 Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 2001; 17: 12–21
- 43 Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 733–742
- 44 Robinson S, Kissane DW, Brooker J et al. A Review of the Construct of Demoralization: History, Definitions, and Future Directions for Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Care* 2014; Doi: 10.1177/1049909114553461
- 45 Robinson S, Kissane DW, Brooker J et al. A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *J Pain Symptom Manage* 2015; 49: 595–610
- 46 Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C et al. Impact of treatment for depression on desire for hastened death in patients with advanced AIDS. *Psychosomatics* 2010; 51: 98–105
- 47 Rosenstein DL. Depression and end-of-life care for patients with cancer. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13: 101–108
- 48 Henderson JM, Ord RA. Suicide in head and neck cancer patients. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55: 1217–1221
- 49 Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1522–1526
- 50 Akechi T, Okamura H, Yamawaki S et al. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics* 2001; 42: 141–145
- 51 Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y et al. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002; 95: 1085–1093
- 52 Rasic DT, Belik S, Bolton JM et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology* 2008; 17: 660–667
- 53 Akechi T, Okamura H, Nakano T et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology* 2010; 19: 384–389
- 54 Khan L, Wong R, Li M et al. Maintaining the Will to Live of Patients With Advanced Cancer. *Cancer J* 2010; 16: 524–531
- 55 Pessin H, Olden M, Jacobson C et al. Clinical assessment of depression in terminally ill cancer patients: a practical guide. *Palliat Support Care* 2005; 3: 319–324
- 56 Cassem EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13: 597–612
- 57 Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984; 53 (Suppl. 10): 2243–2249
- 58 Mehnert A, Müller D, Lehmann C et al. Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2006; 54: 213–223
- 59 Kelly B, McClement S, Chochinov HM. Measurement of psychological distress in palliative care. *Palliat Med* 2006; 20: 779–789
- 60 Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36: 13–34
- 61 Faller H, Schuler M, Richard M et al. Effects of psychoneurologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013; 31: 782–793
- 62 Watson M, Kissane DW, eds. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2011
- 63 Schulz-Kindermann F. *Psychoonkologie: Grundlagen und psychotherapeutische Praxis*. Weinheim: Beltz; 2013
- 64 Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New Engl J Med* 2001; 345: 1719–1726
- 65 Kissane D. Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psychooncology* 2009; 18: 1–5
- 66 Lederberg M, Holland J. Supportive psychotherapy in cancer care: an essential ingredient of all therapy. In: Watson M, Kissane DW, eds. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2011: 3–14
- 67 Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995; 14: 101–108
- 68 Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *J Natl Cancer Inst* 2001; 93: 810–823
- 69 Home D, Watson M. Cognitive-Behavioral Therapies in Cancer Care. In: Watson M, Kissane DW eds. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2011: 15–26
- 70 Lewis EJ, Sharp DM. Relaxation and Image Based Therapy. In: Watson M, Kissane DW, eds. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2011: 49–58
- 71 Payne D. Mindfulness Interventions for Cancer Patients. In: Watson M, Kissane DW eds. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2011: 39–47
- 72 Nissim R, Freeman E, Lo C et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliat Med* 2012; 26: 713–721
- 73 Lo C, Hales S, Jung J et al. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2014; 28: 234–242
- 74 Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H et al. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2015; 33: 749–754
- 75 Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011; 12: 753–762
- 76 Chochinov HM, McKeen NA. Dignity therapy. In: Watson M, Kissane DW, eds. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2011: 79–88
- 77 Chochinov HM, Hack TF, McClement S et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *SocSci Med* 2002; 54: 433–443
- 78 Kissane DW, McKenzie M, Bloch S et al. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *JAMA Psychiatry* 2006; 163: 1208–1218
- 79 Weißflog G, Mehnert A. Die familienzentrierte Trauertherapie – ein geeignetes Modell für die Palliativversorgung von Krebspatienten und ihren Familien? *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015; ; Doi: 10.1055/s-0035-1548834
- 80 Temel JS, Greer JA, Admane S et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol* 2011; 29: 2319–2326
- 81 Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733–742
- 82 Rodin G, Zimmermann C. Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2008; 36: 181–196
- 83 Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* 2007; 335: 184–187
- 84 MacLeod R. Setting the context: What do we mean by psychosocial care in palliative care? In: Lloyd-Williams M, eds. *Psychosocial issues in palliative care*. New York: Oxford University Press; 2008: 1–20



CME-Fragen Psychotherapie in der palliativen Versorgung

- 1** Welche durchschnittliche Prävalenz (Punktprävalenz) zeigen Schätzungen für psychische Störungen (entsprechend ICD-10 oder DSM-IV) bei Krebspatienten?
- A ca. 5%
 - B ca. 15%
 - C ca. 25%
 - D ca. 30%
 - E ca. 45%
- 2** Welches sind die häufigsten beiden psychischen Störungen bei Krebspatienten (entsprechend ICD-10 oder DSM-IV)?
- A somatoforme Funktionsstörung und somatoforme Schmerzstörung
 - B akute und posttraumatische Belastungsstörung
 - C bipolare Störungen und Essstörungen
 - D Anpassungsstörungen und Angststörungen
 - E Nikotin- und Alkoholabusus
- 3** Gefühle der Hilflosigkeit und des Gefangenseins in einer belastenden Lebenssituation, das Gefühl der Inkompetenz und des persönlichen Versagens, Entfremdung, Isolation, Scham sowie Verlust von Lebenssinn und Lebensmut beschreiben eine Form der psychischen Belastung, die beschrieben ist als:
- A Progredienzangst
 - B Depression
 - C posttraumatische Belastung
 - D Demoralisierung
 - E Angststörung
- 4** Wie häufig treten bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung durchschnittlich Suizidgedanken auf?
- A bei ca. 2%
 - B bei ca. 15%
 - C bei ca. 30%
 - D bei ca. 50%
 - E bei ca. 65%
- 5** Warum ist die Diagnostik psychischer Störungen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen körperlichen Erkrankung erschwert?
- A Die Überlappung der krankheits- oder behandlungsbedingten körperlichen Symptome und der Symptome psychischer Störungen kann zu einer Über- oder Unterschätzung führen.
 - B Das Fehlen geeigneter diagnostischer Manuale und Fragebögen zur Diagnostik psychischer Störungen bei körperlich Kranken erschwert die Diagnosestellung.
 - C Die Diagnostik psychischer Störungen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen körperlichen Erkrankung ist aus ethischen Gründen nicht zulässig.
 - D Die Angehörigen müssen grundsätzlich in die Diagnostik psychischer Störungen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen körperlichen Erkrankung einbezogen werden.
 - E Eine medikamentöse Schmerzmedikation macht die Diagnostik psychischer Störungen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen körperlichen Erkrankung unmöglich.
- 6** Das Disstress-Thermometer ist ein
- A strukturiertes klinisches Interview.
 - B Screeninginstrument zur Erfassung der Lebensqualität.
 - C Screeninginstrument zur Erfassung psychischer Belastung.
 - D Fragebogen zur Erfassung von Sorgen und Ängsten.
 - E neuropsychologisches Testverfahren zur Erfassung eines Delirs.
- 7** Wie nennt man psychotherapeutische Interventionen, die darauf zielen, Patienten im Umgang mit der Erkrankung und belastenden Gefühlen zu unterstützen, bestehende Ressourcen auszubauen und Stärken zu identifizieren, die bei der Krankheitsbewältigung hilfreich sind?
- A Expositionstherapie
 - B systemische Therapie
 - C Konfliktbewältigung
 - D Stressbewältigungstraining
 - E supportive Psychotherapie
- 8** Welches psychotherapeutische Verfahren ist besonders wirksam hinsichtlich der Linderung von Behandlungsnebenwirkungen wie Übelkeit, Schmerzen, Atemnot und Fatigue?
- A kunsttherapeutische Interventionen
 - B supportiv-expressive Interventionen
 - C sinnbasierte Interventionen
 - D kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen
 - E narrative Interventionen
- 9** Welches psychotherapeutische Verfahren ist besonders wirksam hinsichtlich der Prävention komplizierter Trauer bei Angehörigen und Hinterbliebenen?
- A sinnbasierte Interventionen
 - B Entspannungstherapien
 - C narrative Interventionen
 - D würdeorientierte Interventionen
 - E familienzentrierte Trauertherapie
- 10** Welche Aussage bezüglich der Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen bei Krebspatienten ist richtig?
- A Psychoonkologische Interventionen sind wirksam hinsichtlich der Reduktion von psychischen Belastungen und der Verbesserung der Lebensqualität.
 - B Psychoonkologische Interventionen sind nicht wirksam.
 - C Psychoonkologische Interventionen sind nur wirksam hinsichtlich der Reduktion psychischer Belastungen.
 - D Psychoonkologische Interventionen sind nur wirksam hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität.
 - E Psychoonkologische Interventionen sind nur wirksam hinsichtlich der Verlängerung der Lebenszeit.