



Diegelmann • Isermann • Zimmermann

THERAPIE-TOOLS



Psychoonkologie

2. Auflage

BELTZ

Diegelmann • Isermann • Zimmermann

Therapie-Tools

Psychoonkologie

Christa Diegelmann • Margarete Isermann
Tanja Zimmermann

Therapie-Tools Psychoonkologie

Mit Online-Material

2., neu ausgestattete Auflage

BELTZ

Dipl.-Psych. Christa Diegelmann
Dipl.-Psych. Margarete Isermann
ID Institut für Innovative Gesundheitskonzepte
Wilhelmshöher Allee 259
34131 Kassel / Bad Wilhelmshöhe
E-Mail: post@idinstitut.de

Univ.-Prof. Dr. rer. nat., Dipl.-Psych. Tanja Zimmermann
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover
OE 7160, Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail: zimmermann.tanja@mh-hannover.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29378-5 Print
ISBN 978-3-621-29379-2 E-Book (PDF)

2., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Einbandgestaltung/Umschlaggestaltung: Lina-Marie Oberdorfer
Herstellung: Lelia Rehm
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	10
1 Was ist Psychoonkologie?	12
2 Gesprächseinstieg, Beziehungsaufbau und Psychoedukation	18
3 Psychoonkologische Diagnostik	69
4 Interventionen bei psychosozialen Belastungen	106
5 Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung zur Krankheitsbewältigung	144
6 Interventionen nicht nur für das Lebensende	204
7 Interventionen mit Paaren	230
8 Minderjährige Kinder als Angehörige	257
9 Eltern krebskranker Kinder	264
10 Selbstreflexion der eigenen beruflichen Tätigkeit	267
Literatur	279

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

2 Gesprächseinstieg, Beziehungsaufbau und Psychoedukation

AB 1	Selbstfürsorge mit SPIKES-TS in der palliativen Situation	33
AB 2	SPIKES-TS in der palliativen Situation	34
AB 3	Leitfaden für ein psychoonkologisches Erstgespräch	35
INFO 1	Biografie-Diagramm	40
AB 4	Mein Biografie-Diagramm	41
INFO 2	Therapeutische Grundhaltung in der Psychoonkologie	42
INFO 3	Aktives Zuhören im onkologischen Setting	43
INFO 4	Interventionsstrategien in der psychoonkologischen Arbeit	44
INFO 5	Krankheitsmythen	45
AB 5	Leitfaden für ein Gespräch mit behandelnden Ärztinnen	47
AB 6	Posttraumatische Stress-Symptome	50
AB 7	Posttraumatische Stress-Symptome: Selbsteinschätzung	51
INFO 6	Implikationen der Posttraumatischen Stress-Symptome	52
AB 8	Wohlfühl-ABC	53
INFO 7	Bilaterale Stimulation (BLS) zur Ressourcenverankerung	54
AB 9	Bilaterale Stimulation mit »Schmetterlingsumarmung« zur Ressourcenverankerung	55
AB 10	Reorientierung in der Gegenwart	56
AB 11	Lieblingsübungen bei Angst und Stress	57
AB 12	Zitronenimagination	58
AB 13	Entspannungsübung: Einatmen, Ausatmen und Lächeln	59
AB 14	Imaginationsübung: Wohlfühlort zum Auftanken	60
AB 15	trustKarten: Den Blick wieder weiten	61
AB 16	trustKarten	62

3 Psychoonkologische Diagnostik

INFO 8	Fragebögen zur Erfassung der individuellen und dyadischen Beeinträchtigung	79
AB 17	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23)	83
AB 18	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten – Kurzversion (FBK-R10)	85
AB 19	Fragebogen zur Belastung von Partner*innen von Krebskranken (FBK-P)	86
AB 20	BC-PASS	88
AB 21	Progredienzangst-Fragebogen (PA-F)	91
AB 22	Progredienzangst-Fragebogen – Kurzform (PA-F-KF)	94
AB 23	Progredienzangst-Fragebogen für Partner (PA-F-P-KF)	95
AB 24	Progredienzangst-Fragebogen PA-F-KF	96
AB 25	Self-Image Scale – Deutsche Version (SIS-D)	98
AB 26	Quality of Marriage Index – Deutsche Version (QMI-D)	99
INFO 9	Resilienz	100
AB 27	TRUST-Resilienz-Fragebogen (RF-15)	102

4 Interventionen bei psychosozialen Belastungen

INFO 10	Umgang mit dysfunktionalen Gedanken: Überprüfung des Realitätsgehalts und Entwicklung hilfreicher Gedanken	116
AB 28	Progredienzangst erkennen	117
AB 29	Situationen, die Angst machen	118
AB 30	Bedeutung von Progredienzangst	119
INFO 11	Therapie der Progredienzangst	120
AB 31	Tagebuch meiner Angst	122
AB 32	»Werkzeugkasten« hilfreicher Strategien im Umgang mit Progredienzangst	123
AB 33	Ich stelle mich meiner Angst	124
AB 34	Selbstwirksamkeit	126
AB 35	Ohnmacht wandeln in Handeln	127
AB 36	Checkliste: Diagnostische Kriterien für tumorbedingte Fatigue	128
AB 37	Körperliche Aktivität, Sport und Bewegung: Protokoll	130
AB 38	Energie-Balance-Torte	131
AB 39	Fokus auf Energie-Balance	134
INFO 12	Mind-Body-Medizin (MBM) und Achtsamkeit	135
AB 40	Achtsamkeit: »Being-Modus« statt Autopilot-Modus	136
AB 41	Vier Säulen von Gesundheit und Zufriedenheit	137
INFO 13	Schmerzen: Interventionen bei Stress, Angst und Depression	141
INFO 14	Interventionen PEACE	142
AB 42	Kleine Lichtstromübung	143

5 Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung zur Krankheitsbewältigung

AB 43	Transaktionales Stressmodell	158
AB 44	Mein Ressourcen-Team zur Resilienzstärkung	160
AB 45	Resilienzstärkung mit dem TRUST-Protokoll	162
INFO 15	KRISEN-ABC	164
AB 46	Pendeln zwischen Wohlfühl-Ego-States und Belastung	165
AB 47	Ressourcenbaum-Imagination	166
AB 48	Fragebogen zu angenehmen Baumerfahrungen	168
AB 49	Mit inneren Helfern unterwegs sein	171
AB 50	Kombinierte Anwendung von trustBildern und trustKarten	172
AB 51	Bilder wecken Ressourcen	174
INFO 16	Das Salutogenese-Konzept	175
AB 52	Salutogenese: Ressourcen gegen die Angst	177
INFO 17	Das Resilienz-Konzept	179
AB 53	Grundbausteine von Resilienz	181
AB 54	Zehn Wege zum Aufbau von Resilienz	182
AB 55	Meine Resilienz-Schatzkiste	184
INFO 18	Vorbilder	185
AB 56	Vorbilder	186
INFO 19	Positive Psychologie	187
AB 57	Glück und allgemeines Wohlbefinden	188
AB 58	Worüber habe ich mich heute gefreut – Wofür bin ich heute dankbar?	190

INFO 20	Psychologische Grundbedürfnisse und Wirkfaktoren für gelingende Psychotherapie	191
AB 59	Vier Grundbedürfnisse	193
AB 60	Gelingende Psychotherapie	194
AB 61	Lebenslinie der Ego-States	196
AB 62	Sensibilisierung für Körperreaktionen als Weg zum Entdecken der Weisheit des Körpers	199
AB 63	Body-Scan und Visionen	200
AB 64	Foto-Momente	201
AB 65	Selbstbild und Familie in Tieren	202
AB 66	Humor als Ressource	203

6 Interventionen nicht nur für das Lebensende

INFO 21	Würdezentrierte Therapie (WT)	209
AB 67	Abschiedsdokument	211
AB 68	13 Fragen zur Selbstreflexion inspiriert von der Würdezentrierten Therapie	212
AB 69	Perspektiven für Angehörige für den Umgang mit dem Verlust	213
INFO 22	Zen-Kreis mit Visionen	214
AB 70	Zen-Kreis mit Visionen	215
AB 71	Checkliste Bestattung und Abschied	216
AB 72	Dankbarkeitsbrief und Happy End	219
AB 73	Ressourcenorientierte Sterbemeditation	220
AB 74	Humor und Psychoonkologie	221
INFO 23	Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)	222
AB 75	ACT-Impulse	224
AB 76	Es ist nie zu spät, um als glückliche Leiche begraben zu werden	225
AB 77	Verluste spüren	226
INFO 24	Sinnfindung und posttraumatisches Wachstum	227
AB 78	Reifungserfahrungen aufgrund der Erkrankung	229

7 Interventionen mit Paaren

INFO 25	Besonderheiten bei der Arbeit mit Paaren	242
AB 79	Erarbeiten der Sprecher- und Zuhörerfertigkeiten	244
AB 80	Sprecher- und Zuhörerregeln – Kurzform	245
AB 81	Sprecher- und Zuhörerregeln – Langform	246
AB 82	Wie spreche ich normalerweise? Wie höre ich normalerweise zu?	248
AB 83	Beispiele für Emotionen	249
AB 84	Unterstützungsverhalten	250
AB 85	Wunschliste für unterstützendes Verhalten	251
AB 86	3-Phasen-Methode zur Stresskommunikation	252
AB 87	Über Sexualität reden	254
AB 88	Übungskarten »Sexuelle Kommunikation«	255

8 Minderjährige Kinder als Angehörige

INFO 26	Sollten Kinder über die Erkrankung informiert werden?	261
INFO 27	Wie kann ich mit meinem Kind über die Krebserkrankung sprechen?	262
INFO 28	Wie sprechen Sie mit Kindern über den Tod eines Elternteils?	263

9 Eltern krebskranker Kinder

AB 89	Gespräch über Rollenerwartungen in einer Beziehung / Familie	266
-------	--	-----

10 Selbstreflexion der eigenen beruflichen Tätigkeit

AB 90	Typische Symptome des Burn-out-Syndroms	269
AB 91	Fragen zum Nachdenken über Burn-out und Selbstfürsorge	272
AB 92	Big Seven zur Stärkung von Gesundheit und Resilienz	273
INFO 29	Sekundäre Traumatisierung und Compassion Fatigue	274
AB 93	Achtsamkeit und Selbstreflexion zur Burn-out-Prophylaxe	275
AB 94	Impulse zur Resilienzstärkung	277
AB 95	Resilienzstrategien für den Arbeitsalltag	278

Vorwort

Krebs gehört zu den häufigsten Erkrankungen bei Erwachsenen. Jedes Jahr erhalten ca. 500.000 Menschen in Deutschland die Diagnose Krebs. Auch wenn Krebs immer noch mit einer hohen Lebensbedrohung und invasiven medizinischen Behandlungen einhergeht, zeigt sich eine Verringerung der Sterberate und die Anzahl der Personen, die mit einer Krebserkrankung leben, wächst. Aktuell gibt es in Deutschland ca. 4 Millionen Krebsüberlebende, sog. »Cancer Survivors«. Allerdings kann die Erkrankung und medizinische Behandlung mit erheblichen körperlichen und psychosozialen Folgeproblemen einhergehen. Die psychosozialen Konsequenzen sind gut erforscht und zeigen im kurz-, aber auch im längerfristigen Verlauf ein erhebliches Belastungsausmaß der Betroffenen. Eine deutschlandweit durchgeführte repräsentative Untersuchung zeigte, dass 52 % aller Krebsbetroffenen subjektiv psychisch stark belastet sind und 32 % eine psychische Störung aufweisen (Mehnert et al., 2018). Laut Nationalem Krebsplan haben Krebserkrankte Anspruch auf eine umfassende und qualitätsgerechte psychosoziale Versorgung. Erfreulicherweise hat sich die Psychoonkologie international und auch in Deutschland zunehmend etabliert, welches auch zu einer veränderten Wahrnehmung von Krebserkrankungen in der Gesellschaft führt. Die Psychoonkologie bietet evidenzbasierte Interventionen für Erkrankte und ihre Angehörigen, die die psychische Belastung reduzieren und die Lebensqualität verbessern können. Um Krebsbetroffene und auch Angehörige optimal unterstützen und behandeln zu können, bietet dieses Buch ein breites Spektrum innovativer und evidenzbasierter Arbeitsmaterialien für die psychoonkologische Versorgung.

Aufbau des Buches

Das erste Kapitel bietet zunächst eine Einführung in die Psychoonkologie sowie einen kurzen medizinischen Hintergrund zu Krebserkrankungen. In Kapitel 2 stellen wir Informationen und hilfreiche Arbeitsblätter zum Gesprächseinstieg und therapeutischem Beziehungsaufbau mit onkologischen Patientinnen vor. Das diagnostische Vorgehen wird im dritten Kapitel thematisiert. Einen besonderen Fokus legen wir dabei zum einen auf die Belastungsdiagnostik, zum anderen aber auch auf die Ressourcendiagnostik. Kapitel 4 befasst sich mit Interventionsmöglichkeiten bei psychosozialen Belastungen. In Kapitel 5 werden Arbeitsblätter zur Ressourcenaktivierung und zur Krankheitsbewältigung vorgestellt. Kapitel 6 fokussiert auf hilfreiche Interventionsmöglichkeiten nicht nur für das Lebensende. Da eine Krebserkrankung in den meisten Fällen nicht nur die erkrankte Person betrifft, sondern auch ihr soziales Umfeld, stellen wir in Kapitel 7 Arbeitsblätter für die Arbeit mit Paaren vor. Kapitel 8 thematisiert den Umgang mit minderjährigen Kindern als Angehörige. In Kapitel 9 befassen wir uns mit Eltern als Angehörige krebskranker Kinder. Die Arbeit mit onkologischen Patienten kann auch für die Behandlerinnen belastend oder herausfordernd sein. Die Konfrontation mit der Endlichkeit des Lebens oder auch eigenen Ängsten sowie belastenden Behandlungsverläufen der Patientinnen können die eigenen Grenzen aufzeigen. In Kapitel 10 befassen wir uns daher mit hilfreichen Strategien zur Selbstreflexion.

Einführung in die Arbeitsblätter

Diese Materialsammlung enthält in jedem Kapitel verschiedene Arbeitsblätter mit einer Fülle von Anregungen, Impulsen oder Übungen. Zu den jeweiligen Arbeitsblättern werden in den Einleitungen der jeweiligen Kapitel Erklärungen u. a. auch zur Anwendung gegeben. Es gibt:

- ▶ Arbeitsblätter, die Interventionstechniken erklären und Handlungsanweisungen für den Therapeuten geben
- ▶ Arbeitsblätter, die Therapeutinnen mit Patienten gemeinsam bearbeiten können
- ▶ Arbeitsblätter zur Vermittlung bestimmter Themen (z. B. Psychoedukation)
- ▶ Arbeitsblätter zur Durchführung bestimmter Therapieinterventionen

In der Therapie können die Arbeitsblätter flexibel, kreativ und individuell verwendet werden.
Zur besseren Orientierung sind die Arbeitsblätter mit verschiedenen Icons gekennzeichnet:



»Therapeut / Therapeutin«: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die nur für den Therapeuten gedacht sind.



»Patient / Patientin«: Mit diesem Icon gekennzeichnete Arbeits- oder Informationsblätter werden Patientinnen zur Bearbeitung ausgehändigt.



»Angehörige«: Diese Arbeits- oder Informationsblätter können an Angehörige ausgehändigt werden.



»Achtung«: Dieses Icon weist auf Besonderheiten hin, die eine spezielle Beachtung erfordern.



»Ran an den Stift«: Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren.



»Hier passiert was«: An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeutinnen oder Patienten gegeben.



»Input für's Köpfchen«: Hier werden Anregungen zum Weiter- und Ums-Eck-Denken gegeben – auf diese Weise markierte Abschnitte beinhalten Varianten oder Fortführungen der jeweiligen Übung oder weisen auf Hintergrundinformationen hin.



»Tipp«: Dieses Icon steht für einen besonderen Tipp, den Ihr Patient und Ihre Patientin in Ergänzung an das zuvor bearbeitete Arbeitsblatt erhält.



»Geschenk«: Schenken Sie sich Wertschätzung.



»Wie sag ich's?«: Texte oder Übungen, die der Therapeut dem Patienten vorliest.

1 Was ist Psychoonkologie?

»You can't stop the waves, but you can learn to surf.«

Jon Kabat Zinn

Krebs gehört nach wie vor zu den häufigsten körperlichen Erkrankungen mit einer Inzidenzrate von 500.000 Erkrankten pro Jahr in Deutschland. Obwohl eine Krebserkrankung immer noch mit einer hohen Lebensbedrohung und invasiven medizinischen Behandlungen assoziiert ist, zeigt sich eine deutliche Abnahme der Mortalität in den letzten Jahren. Dies bedeutet, dass immer mehr Menschen eine Krebserkrankung überleben, allerdings auch, dass diese sog. »Cancer Survivor« mit den physischen und psychischen Folgen der Erkrankung und Behandlung im weiteren Verlauf ihres Lebens umgehen müssen. Viele medizinische Therapien, die das Leben verlängern, beeinträchtigen aber auch die Lebensqualität oder gehen mit körperlichen und/oder psychosozialen Folgeproblemen einher. Patientinnen berichten häufig von Schmerzen, Funktionseinschränkungen, Ängsten, Depressivität, Sorgen oder Fatigue. Auch Einbußen der Selbstständigkeit im Alltag oder Teilhabe an der Arbeit können beeinträchtigt sein. Eine Krebserkrankung stellt somit für die Betroffenen einen massiven Einschnitt in das bisherige Leben mit Einfluss auf alle Lebensbereiche dar. Darüber hinaus sind nicht nur die Erkrankten von diesen Belastungen oder Einschnitten betroffen, sondern auch das soziale Umfeld, wie die Familie – insbesondere die Partner oder Kinder, aber auch Freunde, Bekannte, Arbeitskolleginnen etc. Der Umgang mit diesen psychosozialen Belastungen stellt für viele eine Herausforderung dar. Circa 32 % aller Krebserkrankten weisen im Behandlungsverlauf eine psychische Störung auf und jeder Zweite zeigt eine klinisch signifikante Belastung – den sog. psychischen Distress (Mehnert et al., 2018; Mehnert & Lehmann-Laue, 2018).

Die Psychoonkologie mit ihren internationalen Ursprüngen ab Mitte der 1970er-Jahre hat sich als noch junge, interdisziplinäre Fachrichtung gegründet, um Patienten und Angehörige im Umgang mit den psychosozialen Herausforderungen zu unterstützen. Erfreulicherweise hat sich die Psychoonkologie in den letzten Jahrzehnten sowohl international als auch in Deutschland zunehmend etabliert. Eine bedarfsgerechte und frühzeitige psychoonkologische Versorgung ist im Nationalen Krebsplan als integraler Bestandteil einer umfassenden Krebsbehandlung definiert (Herschbach & Mandel, 2011). Darüber hinaus haben die Zertifizierungsanforderungen an Organkrebszentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft, die Förderung Onkologischer Spitzenzentren durch die Deutsche Krebshilfe, die Implementierung von Disease-Management-Programmen, die Entwicklung der S3-Leitlinie »Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten« (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014) sowie die Nationale Dekade gegen Krebs die Sichtbarkeit und Versorgungsmöglichkeiten der Psychoonkologie gestärkt (Mehnert & Koranyi, 2018). Psychoonkologische Versorgung fokussiert dabei auf folgende Bereiche:

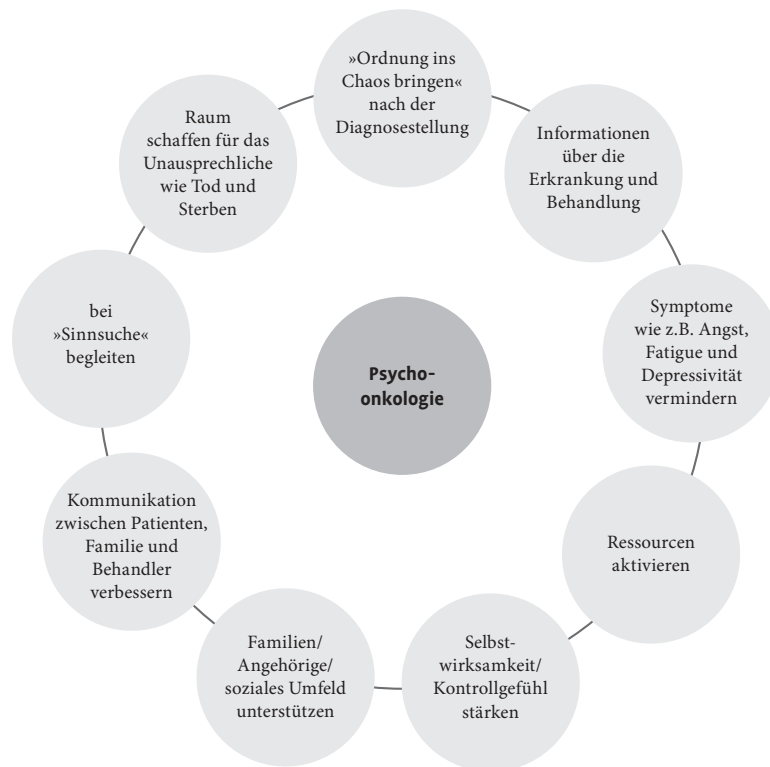


Abbildung 1.1 Bereiche der psychoonkologischen Versorgung

Psychoonkologische Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung findet sowohl im stationären als auch im ambulanten Kontext statt. Sie ist vielseitig, breit und umfasst die psychoonkologische Akutversorgung im Krankenhaus bis hin zu einer psychotherapeutischen ambulanten Versorgung (Zwahlen, 2019).



Abbildung 1.2 Mögliche psychoonkologische Versorgungsangebote für Krebserkrankte in Deutschland (stationär, teilstationär und ambulant)

Trotz der vielfältigen Versorgungsmöglichkeiten haben – insbesondere im ambulanten Bereich – viele Krebs-erkrankte Schwierigkeiten, eine psychoonkologische Unterstützung zu finden. Wie eine aktuelle bundesweite Bestandsaufnahme zur psychoonkologischen Versorgung in Deutschland zeigt, finden sich erhebliche regionale Unterschiede in der ambulanten psychoonkologischen Versorgungsdichte, mit mehr als der Hälfte der Regionen mit einer Versorgungsdichte von weniger als 50 % (Schulz et al., 2018). Wünschenswert wäre es, wenn insbesondere niedergelassene Psychotherapeutinnen mehr Krebs-erkrankte mit psychischen Belastungen / Störungen behandeln würden. Dennoch gibt es aufseiten der Psychotherapeuten eine Reihe von Barrieren, die die Behandlung onkologischer Patienten zu erschweren scheinen, wie bspw. Ängste, mit schweren körperlichen Erkrankungen, Entstellungen oder Tod konfrontiert zu werden, aber auch organisatorische Barrieren wie Terminabsagen oder mehr Kommunikation mit anderen Behandlern (z. B. Onkologinnen; Singer et al., 2017). Darüber hinaus können auch mangelnde Kompetenzen oder Wissen über onkologische Erkrankungen und deren psychoonkologische Behandlung Gründe für eine Ablehnung der Behandlung psychoonkologischer Patienten sein. Mit dieser Materialsammlung möchten wir insbesondere diesen letzten Punkt adressieren und Personen, die sowohl stationär, teilstationär als auch ambulant mit Krebs-erkrankten arbeiten, hilfreiche Arbeitsmaterialien an die Hand geben, in der Hoffnung, auch damit einen weiteren Schritt zur Verbesserung der Versorgung von Krebs-erkrankten zu gehen.

Medizinischer Hintergrund zum Thema Krebs

Der Fokus dieser Therapie-Tools liegt auf der Bereitstellung von hilfreichen Materialien, die uns für die *psychoonkologische Arbeit* wichtig erscheinen. Ein gewisses medizinisches Wissen über onkologische Erkrankungen ist in diesem Zusammenhang hilfreich, aber nicht zwingend erforderlich. Wir möchten daher im Folgenden nur einen kurzen Überblick über die medizinischen Aspekte geben, die aus unserer Sicht für die psychoonkologische Arbeit wichtig sind. Für weitergehende Informationen zu Krebs-erkrankungen verweisen wir auf medizinische Fachliteratur oder auf die »Blauen Ratgeber« der Deutschen Krebshilfe unter <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/> sowie die Webseite des Krebsinformationsdienstes (<https://www.krebsinformationsdienst.de>).

Definition von Krebs. Unter dem Begriff »Krebs« wird eine Vielzahl von Erkrankungen verstanden, die sehr unterschiedliche Symptome und Verläufe haben können. Im Allgemeinen ist Krebs eine Erkrankung körpereigener Zellen, die sich unkontrolliert vermehren und dabei gesundes Gewebe zerstören. Sie bilden eine Geschwulst im Gewebe, einen sog. Tumor. Tumore können gutartig (= benigne) oder bösartig (= maligne) sein. Unter Krebs werden die malignen Tumoren verstanden. Die Tumoren können auch Metastasen (= streuende Krebszellen) in anderen Körperregionen bilden. Neben den soliden Tumoren, wie z. B. Brustkrebs, gibt es auch Krebs-erkrankungen, wie z. B. die Leukämie, bei der sich Krebszellen im ganzen Körper verteilen.

Bösartige Tumore können eingeteilt werden nach dem Gewebe, aus dem sie entstehen:

- ▶ **Karzinome:** aus Gewebe, das innere oder äußere Oberflächen im Körper bedeckt, z. B. Bronchialkarzinom oder Mammakarzinom
- ▶ **Sarkome:** im Binde- oder Stützgewebe, betreffen Fettgewebe, Muskeln, Sehnen oder Knochen, z. B. Liposarkom
- ▶ **Blastome:** embryonale Tumore, die während der Gewebe- oder Organentwicklung entstehen, z. B. Glioblastom

Entstehung von Krebs. Auch wenn man inzwischen viel über Krebs und die Behandlung weiß, lässt sich oft bei Erkrankten nicht mehr feststellen, was die genaue Ursache für die Erkrankung war. Einige Risikofaktoren wie z. B. ungesunde Lebensweise, Rauchen, Übergewicht oder Bewegungsmangel können wie auch Umwelteinflüsse (z. B. UV-Strahlung, chemische Substanzen) oder Krankheitserreger die Entstehung von Krebs begünstigen. Trotzdem erkrankt nicht jeder, der diesen Faktoren ausgesetzt ist, automatisch an Krebs. Krebszellen entstehen durch Ver-

änderungen der Gene, die nicht mehr vom körpereigenen Reparaturmechanismus repariert werden können. Je älter der Mensch wird, desto höher ist das Risiko, an Krebs zu erkranken, da das Reparatursystem nicht mehr so zuverlässig arbeitet. Somit liegt das mittlere Erkrankungsalter aktuell bei 69 Jahren – allerdings gibt es auch Krebserkrankungen, die häufig schon in jüngeren Jahren auftreten können, wie z. B. Leukämie oder Hodenkrebs.

Häufigste Krebserkrankungen. Die häufigsten Krebsneuerkrankungen der Frau betreffen die Brustdrüse (29,5 %), Darm (11,1 %) und Lunge (9,2 %). Bei den Männern erkrankten 2016 22,7 % neu an Prostatakrebs, gefolgt von Lungen- (13,9 %) und Darmkrebs (12,5 %; RKI, 2019). Für weitere Informationen zu Häufigkeit von Krebserkrankung in Deutschland möchten wir auf die Webseite des Robert Koch-Instituts verweisen (https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Krebsregisterdaten/krebs_node.html).

Familiäres Krebsrisiko. Ca. 5 bis 10 % der Krebserkrankungen beruhen auf angeborenen genetischen Veranlagungen. In diesen Familien treten Krebserkrankungen gehäuft und schon in jungen Jahren auf. Aber nicht alle Personen, die diese genetische Veranlagung haben, erkranken auch an Krebs. Betroffene Personen haben die Möglichkeit einer optimalen Beratung und Behandlung und können in bestimmten Zentren eine genetische Beratung in Anspruch nehmen. Weitere Informationen finden Sie z. B. beim BRCA-Netzwerk e. V. (<https://www.brca-netzwerk.de>).

Krebsfrüherkennung. Das Ziel der Krebsfrüherkennung liegt in der Entdeckung von Tumoren in einem frühen Stadium. In frühen Stadien lassen sich Tumore erfolgreicher und schonender behandeln als in fortgeschrittenen Stadien, bei denen das Risiko für Metastasen erhöht ist. Von den Krankenkassen werden folgende Früherkennungsuntersuchungen übernommen:

- ▶ **Haut:** Hautkrebsscreening alle zwei Jahre ab 35 Jahren
- ▶ **Darm:** 50 bis 54 Jahre einmal jährlich Bluttest im Stuhl; Koloskopie bei Frauen ab 55 Jahre und Männer ab 50 Jahre; zweite Koloskopie zehn Jahre später
- ▶ **Gebärmutterhals:** Frauen ab 20 Jahre jährlich PAP-Test
- ▶ **Brust:** Frauen ab 30 Jahren Tastuntersuchung, von 50 bis 69 Jahren alle zwei Jahre Mammografie

Diagnosemethoden. Zur Diagnose von Krebs sind bildgebende Verfahren sowie Analysen von Zell- und Gewebeprobe wichtig. Dazu gehören Röntgenuntersuchungen (z. B. Mammografie oder Thoraxröntgen zur Suche von Metastasen), Magnetresonanztomografie (z. B. zur Bestimmung der Position oder Ausdehnung von Tumoren sowie Metastasen), Computertomografie, Positronen-Emissions-Tomografie (oft in Kombination mit einer Computertomografie), Szintigrafie (z. B. zur Untersuchung der Schilddrüse oder um Knochenmetastasen zu entdecken), Ultraschall (Sonografie), Endoskopie (Spiegelung, z. B. Darmspiegelung), Laboruntersuchungen (z. B. Tumormarker), Biopsie oder Punktion zur Entnahme und mikroskopischen Untersuchung von Gewebeprobe. Anhand der Gewebeprobe können u. a. Aussagen über die Gut- oder Bösartigkeit der Tumorzellen gemacht sowie das Grading (Differenzierung) des Tumors bestimmt werden.

Therapieformen. Die Behandlung der Krebserkrankung hängt von der Tumorart ab und kann ganz unterschiedlich verlaufen. Zu den Standardverfahren gehören die *Operation*, *Strahlentherapie* und *Chemotherapie*. Operation und Strahlentherapie wirken dabei lokal – also am Ort des Tumors, wohingegen bei der systemisch wirkenden Chemotherapie auch gestreute Krebszellen erfasst werden, allerdings auch gesundes Gewebe (insbesondere sich schnell teilende bzw. erneuernde Zellen, wie z. B. Haut-, Haar- oder Schleimhautzellen), was mit erheblichen Nebenwirkungen einhergehen kann. Bei Tumoren, deren Wachstum von körpereigenen Hormonen abhängig ist, kann auch eine *Anti-Hormontherapie* erfolgen, bei der die körpereigenen Hormone ausgeschaltet werden, um die Ausbreitung des Tumors zu hemmen. Neuere Ansätze in der Behandlung finden sich in der *Immuntherapie*, bei der Impfungen, Antikörper und sog. Checkpoint-Inhibitoren angewendet werden, um das körpereigene Immunsystem im Kampf gegen den Krebs zu nutzen. Bei *zielgerichteten Krebstherapien* (targeted therapy) erfolgt die Behandlung mit Medikamenten, die gezielt in Vorgänge eingreifen, die für das Wachstum des Tumors wichtig sind.

Aufgrund der Vielzahl der Tumorarten, aber auch der Nebenwirkungen der Krebstherapien ist eine individuelle Beratung durch behandelnde Ärztinnen erforderlich – auch die Möglichkeit einer Zweitmeinung sollten Betroffene in Anspruch nehmen.

Exkurs

Fertilitätserhalt

Möchte ich Kinder haben oder vielleicht auch noch weitere Kinder? Mit dieser Frage sollten sich alle Krebspatienten im zeugungsfähigen Alter unmittelbar nach der Diagnose auseinandersetzen. Denn die Krebsbehandlung beeinträchtigt in vielen Fällen die Fruchtbarkeit. Daher ist es wichtig, sich diese Fragen *vor Beginn* der Krebstherapie zu stellen und mit dem Arzt oder der Ärztin zu besprechen, wie sich die individuelle Krebsbehandlung auf die Fruchtbarkeit auswirkt und welche Möglichkeiten des Fertilitätserhalts gegeben sind.

Aber nicht alle Krebsbehandlungen wirken sich gleichermaßen auf die Fruchtbarkeit aus. Wenn Patientinnen einen Kinderwunsch haben, kann dies gegebenenfalls bei der Wahl der entsprechenden Therapie berücksichtigt werden. Daher ist es sehr wichtig, vor Beginn der Behandlung, dieses Thema anzugehen. Falls es keine Wahlmöglichkeiten bei den Behandlungsoptionen gibt, sind dennoch Maßnahmen möglich, die nach Abschluss der Krebsbehandlung einen Kinderwunsch ermöglichen.

Beispiele sind das Einfrieren von Ei- oder Samenzellen sowie Hoden- oder Eierstockgewebe. Auch operativ gibt es Möglichkeiten, z. B. können die Eierstöcke »verlegt« werden, wenn eine Bestrahlung im Beckenbereich vorgesehen ist. Leider werden Krebserkrankte nicht immer nach Diagnosestellung über diese Möglichkeiten aufgeklärt. Insbesondere auch bei Kindern oder Jugendlichen, die an Krebs erkranken, findet eher selten eine Beratung zum Thema Fruchtbarkeit statt.

Die Webseite <http://www.fertiprotekt.de> ist eine Plattform, bei der Onkologinnen und Reproduktionsmediziner eng zusammenarbeiten, Behandlungsdaten kontinuierlich sammeln und auswerten – was letztlich ermöglicht, gezielt zu fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen bei den einzelnen Krebsarten zu beraten und Behandlungen auf dem neuesten Stand durchzuführen. Im Mittelpunkt steht die Beratung über den Schutz der Fruchtbarkeit vor geplanten Krebsbehandlungen (wie Operation, Chemo- oder Strahlentherapie), die die Fruchtbarkeit einschränken könnten. Darüber hinaus finden sich Kliniken oder Einrichtungen, bei denen Patienten sich beraten lassen können. Auch zu den Kosten und deren Übernahmen durch die Krankenkassen finden sich hier aktuelle Informationen.

Nach einer abgeschlossenen Krebsbehandlung fragen sich Betroffene häufig, wann der richtige Zeitpunkt ist, um ein Kind zu bekommen. Wie lange braucht mein Körper, um sich zu erholen? Leider gibt es hierauf keine pauschale Antwort. Dies ist individuell sehr unterschiedlich und z. B. von Faktoren wie Alter, Art und Dosierung des Chemotherapeutikums, Ort und Dosis der Strahlentherapie abhängig. Auch hier sollten sich Patientinnen unbedingt beraten lassen. Vielleicht kommt Betroffenen auch die Frage in den Sinn, ob sie in dieser Situation überhaupt ein Kind bekommen sollten. Was passiert, wenn der Krebs zurückkommt? Wer sorgt dann für das Kind? Auch hier gibt es natürlich kein Richtig oder Falsch. Das Gespräch mit dem Partner oder der Partnerin ist sinnvoll – insbesondere in Bezug auf den Austausch über Sorgen, Ängste und Bedenken (s. Kap. 7).

Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung sowie Spät- oder Langzeitfolgen. Auch wenn sich die Überlebensraten in den vergangenen Jahren deutlich verbessert haben, stellen die Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung und auch mögliche Spät- oder Langzeitfolgen eine große Belastung für Betroffene dar. Einige Nebenwirkungen können durch supportive Therapien eingedämmt werden und gehen nach Abschluss der Therapie zügig zurück. Auch wenn das Nebenwirkungsprofil sehr individuell ist und sich auch durch die Verbesserungen der Behandlung verändern kann, finden sich doch eine Reihe von Nebenwirkungen, die bei vielen Betroffenen auftreten können. Dabei kann zwischen akuten Nebenwirkungen und Spät- oder Langzeitfolgen unterschieden

werden. Darüber hinaus kann die Kombination von verschiedenen Therapien zu einem erhöhten Nebenwirkungsprofil führen (Schilling & Arnold, 2016).

Vertiefung

Akute Nebenwirkungen

Chemotherapien und zielgerichtete Behandlungen

- ▶ Chemotherapien wirken eher ungezielt und betreffen somit alle sich schnell teilenden Zellen im Körper (wie z. B. Zellen der Haut und Schleimhäute, des Knochenmarks oder der Haare).
- ▶ Nebenwirkungen können sich in verschiedenen Bereichen zeigen:
 - Haut / Schleimhäute, z. B. Mukositis, Hand-Fuß-Syndrom, Haarausfall, Durchfall
 - Stoffwechsel, z. B. Hyperglykämie
 - vaskulär, z. B. Hypertonie
 - Blutbildveränderungen
 - kardiopulmonal, z. B. Herzrhythmusstörungen
 - neurologisch, z. B. Polyneuropathie
 - sonstige, z. B. Fatigue, kognitive Funktionsstörungen
- ▶ Zielgerichtete Therapien führen im Allgemeinen zu weniger Nebenwirkungen als die klassischen Zytostatika und können daher häufig über einen längeren Zeitraum verabreicht werden. Dennoch verursachen sie Nebenwirkungen, die alle Organsysteme betreffen und auch zu neuen Nebenwirkungen führen können.

Radiotherapie

- ▶ Übelkeit und Erbrechen, Hautveränderungen, Schleimhautentzündungen, Blutbildbeeinträchtigungen

Zu den **Spät- und Langzeitfolgen** gehören bspw.:

- ▶ **Radiotherapie:** Funktionseinschränkungen der bestrahlten Organe, Risiko für die Entwicklung eines Zweitumors (insbesondere in Kombination mit Chemotherapie)
- ▶ **Chemotherapie:** dauerhafte Beeinträchtigungen der Organfunktionen mit Einschränkungen der Lebensqualität (z. B. Kardiomyopathie mit den Symptomen einer fortschreitenden Herzinsuffizienz, Infertilität, vorzeitige Menopause, Nierenschädigungen, Polyneuropathie, neurokognitive Störungen etc.)
- ▶ **zielgerichtete Substanzen:** bisher noch keine ausreichende Datenlage



Patientinnen und Patienten sollten sich intensiv über zu erwartende Nebenwirkungen sowie Spät- oder Langzeitfolgen informieren – und auch nicht davor zurückscheuen, eine Zweitmeinung einzuholen. Die Entscheidung über die Durchführung einer Therapie sollte immer unter Abwägung des Nutzens (Symptomkontrolle, Verlängerung von progressionsfreiem und Gesamtüberleben) und den möglichen Nebenwirkungen mit Einbußen der Lebensqualität erfolgen.

2 Gesprächseinstieg, Beziehungsaufbau und Psychoedukation

Psychoonkologische Versorgung kann auf unterschiedlichen Ebenen, in unterschiedlichen Settings und zu unterschiedlichen Zeiten im Behandlungs- und Erkrankungsverlauf des Patienten erfolgen, was sich auch auf den Gesprächseinstieg und Beziehungsaufbau auswirken kann (s. Abb. 1.2). Im Folgenden reflektieren wir die Besonderheiten in der

- ▶ stationären Versorgung (Akutkrankenhaus, Rehabilitation) und
- ▶ ambulanten Versorgung (Rehabilitation, Beratung, ambulante Psychotherapie).

Besonderheiten der psychoonkologischen Versorgung im stationären Setting

Akutkrankenhaus

Etwa ein Drittel aller onkologischen Patientinnen im Akutkrankenhaus weisen eine psychische Störung auf. Darüber hinaus zeigt ca. die Hälfte der Betroffenen eine psychische Belastung und wünscht sich Unterstützung im Umgang mit den psychosozialen Belastungen. Analog zur S3-Leitlinie »Psychoonkologie« (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014) ist eine psychoonkologische Betreuung indiziert, wenn eine erhöhte psychosoziale Belastung im Screening oder psychische Komorbidität im diagnostischen Gespräch erfasst wurde sowie der Wunsch des Patienten auf psychosoziale Unterstützung vorliegt.

Im Akutkrankenhaus erfolgt die psychoonkologische Versorgung in der Regel über Konsiliar- oder Liaisondienste. Auch integrierte Versorgungsmodelle, bei denen Psychoonkologinnen Mitarbeiterinnen der somatischen Abteilung und somit präsent und schnell erreichbar sind, finden sich. In der Regel werden im Akutkrankenhaus Patienten direkt nach Diagnosestellung psychoonkologisch betreut – aber auch Betroffene mit Rezidiven oder in palliativen Stadien sowie deren Angehörige gehören zum Klientel der Psychoonkologie.

Übersicht

Ziele und Aufgaben der psychoonkologischen Betreuung im Akutkrankenhaus

- ▶ Bedarfsabklärung psychosozialer Belastung durch u.a. Diagnostik, Anamnese, Fremdanamnese, Psychometrische Testung
 - ▶ Prävention psychischer Störungen ausgelöst durch die Krebserkrankung
 - ▶ Reduktion psychischer Belastungen wie Ängste oder Depressivität
 - ▶ psychoonkologische Beratung (z.B. Psychoedukation, Krisenintervention, Entspannungsverfahren, Psychotherapie)
 - ▶ Umgang mit Krankheits- und/oder Behandlungsfolgen
 - ▶ Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung
 - ▶ Unterstützung bei der Kommunikation zwischen Patientin und Behandlungsteam oder Patientin und Angehörigen
 - ▶ Kommunikation mit dem medizinischen Behandlungsteam
 - ▶ Motivation, Information und ggf. Planung psychoonkologischer Weiterbehandlung
- (nach Mehnert-Theuerkauf et al., 2020)

Beziehungsaufbau. Die psychoonkologische Betreuung muss sich in der Akutversorgung der medizinischen Behandlung unterordnen. Daher ist ein hohes Ausmaß an Flexibilität erforderlich. Psychoonkologinnen suchen Patienten in der Regel auf der Station auf. Die Gespräche werden somit von den räumlichen und stationären Abläufen bestimmt. Nicht selten werden Gespräche durch medizinische Behandlungen unterbrochen oder finden in Mehrbettzimmern statt. Die Möglichkeit, ein Gespräch ungestört und vertraulich zu führen, ist somit nicht immer gegeben. Auch zum Beziehungsaufbau steht nur wenig Zeit zur Verfügung und die Anzahl der psychoonkologischen Kontakte wird durch die oft kurze Verweildauer der Patienten im Krankenhaus begrenzt.

Es kann auch vorkommen, dass Patientinnen psychoonkologischen Gesprächen ablehnend gegenüberstehen. Nur ca. 20–40 % der psychisch hoch belasteten Krebserkrankten nimmt die psychosozialen Angebote in Anspruch (Dilworth et al., 2014). Gründe dafür sind häufig, dass Patienten

- ▶ psychosoziale Probleme verleugnen,
- ▶ Angst vor Stigmatisierung haben,
- ▶ »Es alleine schaffen wollen« oder »Stark sein müssen«,
- ▶ »Anderen – auch dem Behandlungsteam – nicht zur Last fallen wollen«,
- ▶ möglicherweise mit dem Begriff »psychoonkologische Unterstützung« nichts anfangen können,
- ▶ keine Informationen über das vorhandene Angebot haben,
- ▶ unklare Vorstellungen über deren Nutzen haben.

Nicht immer führt somit eine hohe psychische Belastung auch zur Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten. Betroffene, die ein hohes Ausmaß an Belastung zeigen, können auch über ausreichend Ressourcen verfügen, um mit der Situation umzugehen, oder aber ein gutes Unterstützungssystem im sozialen Umfeld haben. Allerdings können auch Ängste oder Fehlinformationen über Psychoonkologie zur Ablehnung führen, z. B. die Sorgen, stigmatisiert zu werden (z. B. »Ich habe Krebs und bin doch nicht verrückt«) oder Ängste davor, sich mit eigenen Belastungen auseinandersetzen zu müssen. Bei Ablehnung psychoonkologischer Unterstützung trotz hoher psychischer Belastung sind diese Gründe durch das psychoonkologische Team zu klären.

Störfaktoren. Psychoonkologische Gespräche im Akutkrankenhaus können somit durch vielfältige Faktoren gestört oder erschwert werden, zum einen durch organisatorische Aspekte wie z. B. Störungen während des Gesprächs, oder aber auch durch motivationale Aspekte aufseiten der Patienten durch gegebenenfalls Vorurteile gegenüber psychoonkologischer oder psychischer Unterstützung. Der Psychoonkologe muss somit flexibel sein und sich spontan auf die vorhandenen Gegebenheiten einstellen können. Oftmals kann der Gesprächseinstieg über »Umwege« hilfreich sein, indem man mit Patientinnen über ein Bild oder Buch, das auf dem Nachttisch liegt, ins Gespräch kommt. Wenn es die Möglichkeit gibt, kann das erste Gespräch auch eher kurz gehalten werden und der Psychoonkologe oder die Psychoonkologin kann sich und die Möglichkeiten der psychoonkologischen Unterstützung kurz vorstellen, um dann ggf. am Folgetag erneut den Patienten aufzusuchen. Die psychische Belastung kann im Behandlungsverlauf deutlich schwanken, was dazu führen kann, dass ein Patient an einem Tag keinen Bedarf für psychoonkologische Unterstützung aufweist, am folgenden Tag oder einige Tage später diese Situation sich jedoch ändern kann. Häufig sind Veränderungen oder neue Informationen im Erkrankungs- oder Behandlungsverlauf ursächlich.

Fazit

Entscheidend ist, dass der Fokus der psychoonkologischen Unterstützung im Akutkrankenhaus auf Kriseninterventionen sowie ersten Anregungen zur Krankheitsbewältigung liegt.

Eine positive Erfahrung mit psychoonkologischer Unterstützung im Akutkrankenhaus kann dazu führen, dass die Patientinnen auch im weiteren Verlauf ihrer Erkrankung oder Behandlung diesen Angeboten aufgeschlossen gegenüberstehen und diese eher in Anspruch nehmen.

Rehabilitation

Onkologische Patienten haben die Möglichkeit, Rehabilitationsmaßnahmen wahrzunehmen, um Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen zu erhalten. Diese Rehabilitationsmaßnahmen können stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Die Ziele der Rehabilitation richten sich auf die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit, die Stabilisierung der psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit sowie auf die familiäre und berufliche Integration. Somit sind der Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität sowie die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung zentral. Dennoch liegt der Fokus der Rehabilitation vorwiegend auf den physischen Faktoren, so dass psychosoziale Aspekte eine eher untergeordnete Rolle einnehmen können.

Übersicht

Ziele und Aufgaben der psychoonkologischen Betreuung in der Rehabilitation

- ▶ Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung
 - ▶ Wiederherstellung der psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit
 - ▶ Stabilisierung der persönlichen, familiären und beruflichen Situation
 - ▶ Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung
 - ▶ Informationen über Risikofaktoren und Veränderungen gesundheitsgefährdenden Verhaltens
- (nach Mehnert, 2016)

Im Gegensatz zum Akutkrankenhaus besteht in der Rehabilitation die Möglichkeit für intensive Gespräche sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting. Das therapeutische Vorgehen kann somit dem Vorgehen in anderen stationären Einrichtungen wie zum Beispiel psychosomatischen Kliniken ähneln.

Besonderheiten der psychoonkologischen Versorgung im ambulanten Setting

Krebsberatungsstellen

Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen spielen in der Versorgung von Krebspatientinnen eine wichtige Rolle. Insbesondere durch die oft kurze stationäre Verweildauer und die Zunahme teilstationärer oder ambulant durchgeführter medizinischer Behandlungen verschiebt sich der psychoonkologische Betreuungsbedarf deutlich in den ambulanten Bereich. Auch die verbesserten Überlebenschancen der Patienten führen dazu, dass auch Jahre nach Abschluss der Primärbehandlung Betroffene mit einer Vielzahl von psychosozialen Folgeproblemen konfrontiert sind. Ambulante Krebsberatungsstellen unterstützen Betroffene und ihre Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung bei psychischen Belastungen sowie sozialen oder sozialrechtlichen Problemen.

Übersicht

Ziele und Aufgaben der psychoonkologischen Betreuung in der Krebsberatung

Das Leistungsspektrum ist sehr breit und umfasst u. a.:

- ▶ Informationen und Inanspruchnahme von Sozialleistungen
- ▶ psychosoziale Beratung
- ▶ Psychoedukation
- ▶ Kriseninterventionen
- ▶ psychologische und ggf. psychotherapeutische Interventionen

Die Angebote können sowohl im Einzelgespräch als auch als Paar- oder Familiengespräch oder im Gruppensetting stattfinden. Krebsberatungsstellen übernehmen auch eine Lotsenfunktion, indem sie regional an behandelnden Ärzte, niedergelassene Psychotherapeutinnen oder andere Fachinstitutionen vermitteln.

Vorteile. Die Vorteile liegen in einem multiprofessionellen Team sowie der Niedrigschwelligkeit des Leistungsangebots (zum Beispiel kurze Wartezeiten, kostenfreie Beratung).

Ambulante Psychotherapie

Nach der S3-Leitlinie »Psychoonkologie« (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014) sollen »Psychotherapeutische Einzelinterventionen Menschen mit Krebserkrankungen und einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung angeboten werden. Dabei sollen die im Rahmen der Diagnostik festgestellten somatischen und sozialen Faktoren und ihre Wechselwirkung berücksichtigt werden« (S. 62). Psychotherapeutische Einzelinterventionen zeigen mittelgroße, signifikante Effekte bei psychischer Belastung, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Angst, Depressivität und körperlichen Beschwerden. Somit ist laut Leitlinie eine nachhaltige Wirksamkeit mit Level of Evidence 1a belegt (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014). Grundsätzlich sollten Patienten mit diagnostizierten psychischen Störungen entsprechend den vorhandenen störungsspezifischen Leitlinien versorgt werden.

Fazit

Das therapeutische Vorgehen in der ambulanten Psychotherapie bei Krebspatienten unterscheidet sich also nicht wesentlich von dem bei Psychotherapiepatienten.

Besonderheiten der palliativen Versorgung

Laut der WHO-Definition ist die Palliativversorgung ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patientinnen und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht mittels Prävention, frühzeitiger Erkennung, Erfassung und Linderung von Leiden sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebenen.

Laut Statistischem Bundesamt (Destatis, 2020) verstarben in 2017 in Deutschland insgesamt 932.272 Menschen. Die häufigste Todesursache waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen (344.524 Menschen, 37 % aller Todesfälle). Zweithäufigste Todesursache waren Krebserkrankungen (235.700 Menschen); das bedeutet, dass etwa jeder vierte Todesfall aufgrund einer Krebserkrankung erfolgte.

Die Palliativversorgung bietet eine gezielte, ganzheitliche Behandlung für Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung an. Die Erkrankung kann nicht mehr geheilt werden. Ziele sind u. a., die Lebensqualität von Betroffenen und deren Angehörigen zu verbessern oder möglichst lange zu erhalten, die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Krankheitsbeschwerden. Psychische, soziale und spirituelle Anliegen treten dabei in den Vordergrund.

Die aktualisierte S3-Leitlinie »Palliativmedizin« (Leitlinienprogramm Onkologie, 2019) beschreibt konkrete Handlungsempfehlungen auf der Grundlage der aktuellen Evidenz von wissenschaftlichen Studien und klinischer Erfahrung. Weitere Impulse bietet die Webseite www.dgpalliativmedizin.de.

Eine Orientierung für die Besonderheiten der palliativen Situation geben die Hauptphasen der Erkrankung bis zum Tod. Jede Phase eröffnet unterschiedliche Herangehensweisen auf den körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebenen.

Phasen in der palliativen Situation**Rehabilitative palliative Situation**

- ▶ trotz fortgeschrittener Krankheit Eingliederung in normales Leben möglich
- ▶ Prognose: viele Monate bis Jahre

Das Ziel ist, die Selbstständigkeit der Patientinnen zu fördern.

Präterminale palliative Situation

- ▶ deutlich sichtbare Symptome
- ▶ Einschränkung des aktiven Lebens
- ▶ Prognose: mehrere Wochen bis Monate

Das Ziel ist, eine Versorgung optimal den Erfordernissen entsprechend zu ermöglichen.

Terminale palliative Situation

- ▶ Leben an der Grenze zum Tod
- ▶ Bettlägerigkeit
- ▶ Prognose: wenige Tage bzw. Wochen

Das Ziel ist, auf komfortable Rahmenbedingungen zu achten. Was hilft am besten?

Finale palliative Situation

- ▶ konkrete Sterbephase (3 bis 7 Tage)
- ▶ Tod in einigen Stunden zu erwarten

Das Ziel ist, den Sterbeprozess nicht aufzuhalten trotz der Ungewissheit, wann der Tod wirklich eintritt.

Als bewährtes Kommunikationsmodell für die Übermittlung von schwierigen Informationen im klinischen Alltag der Palliativversorgung hat sich das von Baile et al. (2000) vorgeschlagene SPIKES-Modell etabliert. Dabei sollen Gesprächsverläufe in sechs Schritte eingeteilt werden, die wesentliche Elemente eines patientenzentrierten Gesprächs berücksichtigen:

- (1) **Setting:** geeigneten Gesprächsrahmen schaffen
- (2) **Perception:** Kenntnisstand (Wahrnehmung) der Patientin ermitteln
- (3) **Invitation:** Informationsbedarf des Patienten kennenlernen
- (4) **Knowledge:** Wissensvermittlung
- (5) **Exploration of Emotions:** Emotionen wahrnehmen, ansprechen und mit Empathie reagieren
- (6) **Strategy and Summary:** planen und zusammenfassen. Die spirituelle Ebene entspricht dem Selbstverständnis der Palliativmedizin und soll von allen, die an der Behandlung beteiligt sind, miteinbezogen werden.

Zusammenfassung**Schwerpunkte/ Fokus von Psychoonkologinnen in der Palliativversorgung**

- ▶ Krankheitsbewältigung und Coping-Prozesse thematisieren und anregen
- ▶ Psychoedukation / Normalisierung und Differenzialdiagnostik von Ängsten
- ▶ Krisenintervention durch achtsame, gezielte Perspektivenerweiterung
- ▶ Stärkung der Würde durch modellhafte Kommunikation
- ▶ Raum anbieten für Fragen der Sinnfindung und Lebensbilanz
- ▶ Offenheit für individuelle Bedürfnisse
- ▶ Unterstützung bei Entscheidungsprozessen
- ▶ Selbstwirksamkeit fördern und stärken

- ▶ Wertschätzung von Fähigkeiten aussprechen
- ▶ Unterstützung beim Umgang mit Konflikten
- ▶ für eine gute Burn-out-Prophylaxe und Resilienzstärkung bei sich selbst sorgen

Erstgespräch und Anamnese

Bereits beim Erstkontakt ist eine Haltung sinnvoll, die den Ausnahmezustand »Krebs« würdigt und dafür gewisse stabilisierende Impulse von Beginn an vermittelt. Der Fokus liegt gezielt auf der Ressourcenaktivierung (vgl. Psychoedukation und Krebs als Trauma). Zusätzlich können biografische Informationen (z. B. belastende Lebensereignisse, Verlusterfahrungen) darüber Aufschluss geben, ob eine erhöhte Vulnerabilität aufgrund der bisherigen Lebensgeschichte vorliegt (AB 3 und 4).

Die Frage aus der Würdezentrierten Therapie (INFO 21) »Was, glauben Sie, sollte ich von Ihnen wissen, damit ich Sie zum jetzigen Zeitpunkt gut behandeln kann?« entspricht einer solchen wertschätzenden und ressourcenorientierten Haltung.

Aus dem Neurolinguistischen Programmieren (O'Connor & Seymour, 2015) kommen die Begriffe Pacing (= Mitgehen) und Leading (= Führen). Diese können als Kommunikationstechnik zur Anwendung kommen, um Vertrauen aufzubauen und beziehen dabei beispielsweise folgende Ebenen mit ein:

- ▶ Körpersprache (Angleichen der Körperhaltung, der Gestik an das Gegenüber)
- ▶ Mimik (Anpassen des Gesichtsausdrucks)
- ▶ Stimme (Anpassen der Stimmlage und der Sprechgeschwindigkeit)
- ▶ Sprache (Verwendung ähnlicher Begriffe, Aufgreifen von Worten, Redewendungen)

Im psychoonkologischen Setting empfiehlt sich eher die Reihenfolge Leading und Pacing, da die Betroffenen oft aus einer Problem-Trance heraus noch im Überforderungsmodus der Diagnoseverarbeitung sind.

Beispiel

Grundsätzlich sollten Therapeuten in der Psychoonkologie eine *aktivere Rolle* einnehmen, die Perspektiven eröffnet und bereits von Beginn an Interventionen zur Krankheitsbewältigung und Ressourcenaktivierung nutzt.

Beispiel 1: »Für mich ist der Umgang mit den üblichen Behandlungsschritten nach einer Krebsdiagnose eher vertraut, als er für Sie ist. Daher schlage ich vor, wir nutzen die Zeit heute dazu, erste Informationen für den möglichen psychoonkologischen Weg auszutauschen und dann möchte ich Ihnen auch eine kurze Intervention/ Übung anbieten, die Sie selbst auch unmittelbar nach unserem ersten Treffen anwenden können. Dies kann Sie darin unterstützen, den Umgang mit Ihrer Krebserkrankung angstfreier zu gestalten. Wie finden Sie das?«

Beispiel 2: »Bestimmt sind viele Einzelaspekte für Sie im Umgang mit der Diagnose Krebs wichtig – wir werden uns in den nächsten Sitzungen dafür Zeit nehmen, alles zu sortieren – heute soll es zunächst darum gehen, dass wir uns kennenlernen und Sie direkt etwas aus der Sitzung mitnehmen, was Sie zu Hause dann bereits anwenden können, um etwas tun zu können, was Ihnen guttut.«

Das psychoonkologische Erstgespräch

Grundsätzlich unterscheidet sich das psychoonkologische Erstgespräch im Wesentlichen nicht vom psychotherapeutischen Erstgespräch. Es kann allerdings möglich sein, dass Krebspatientinnen nicht mit einer explizit psychotherapeutischen Erwartungshaltung in die Behandlung kommen. Sie erleben sich überwiegend nicht als psychisch gestört, sondern häufig »überrollt« von der lebensbedrohlichen Erkrankung. Daher kann die initiale

Erwartung an die Therapie auch die Anerkennung des eigenen Leidens und zunächst nicht mit einem expliziten Behandlungswunsch oder -auftrag assoziiert sein (Schulz-Kindermann & Rosenberger, 2016).

AB 3 »Leitfaden für ein psychoonkologisches Erstgespräch« gibt einen Leitfaden über mögliche Themen für das psychoonkologische Erstgespräch. Neben der Erfassung des Anliegens des Patienten sowie der Basisvariablen ist insbesondere die Erfassung der medizinischen Daten von Bedeutung. Auch die Erfragung des Krankheitserlebens und -weges kann wichtige Hinweise auf die weitere Behandlung liefern. Beispielsweise können Vorerfahrungen mit Krebserkrankungen in der Familie die Erwartung an den Verlauf der eigenen Erkrankungen beeinflussen. Auch das Vorhandensein von subjektiven Krankheitstheorien und Mythen sollte unbedingt geprüft werden (s. INFO 5 »Krankheitsmythen«). Die Suche nach der Ursache für die Krebserkrankung kann schnell zu Schuldvorwürfen und zusätzlichen Belastungen führen. Daher ist es wichtig, auch diese Aspekte zu erfragen. Ebenso ist eine ausführliche Erhebung der medikamentösen Behandlung wichtig. Einige Medikamente, die zur Krebsbehandlung eingesetzt werden, können das psychische Erleben stark verändern. Somit können Krankheitssymptome oder Nebenwirkungen der pharmakologischen Behandlung wie z. B. Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsmangel oder Schmerzen, mit z. B. Depressionssymptomen verwechselt werden. Hier empfiehlt sich auch ein Gespräch mit dem behandelnden Onkologen.

Oftmals werden im psychoonkologischen Erstgespräch auch Unsicherheiten im Krankheitswissen bei den Patientinnen deutlich, sodass es sinnvoll sein kann, gemeinsam mit dem Patienten mögliche Frage für das nächste ärztliche Gespräch zu erarbeiten. Dies ist natürlich von der Krankheitsphase abhängig. Beispielsweise kann es sein, dass Unklarheit bzgl. der Diagnose und Behandlung eher zu Beginn der medizinischen Therapie aufkommen, wohingegen während der Behandlung eher die Fragen nach Nebenwirkungen oder Langzeitfolgen der Behandlungen eine Rolle spielen. Zum Ende der Behandlung beschäftigen sich Betroffene vermutlich eher mit der Frage nach der beruflichen Wiedereingliederung, der eigenen Leistungsfähigkeit oder den Auswirkungen auf die Familie und den bisherigen Lebensentwurf. Dennoch kann es hilfreich sein, gemeinsam mit den Patientinnen Fragen für das ärztliche Gespräch zu erarbeiten. In AB 6 finden Sie Beispielfragen, die Sie – je nach Situation, in der sich die Patienten befinden – erarbeiten können.

Therapeutische Grundhaltung in der Psychoonkologie

Die therapeutische Grundhaltung in der Psychoonkologie sollte geprägt sein von besonderem Respekt vor der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und der Behandlung, der Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichte, v. a. im Hinblick auf krankheitsassoziierte Ressourcen und Krisenerfahrungen, sowie einer wertschätzenden, authentischen, achtsamen und empathischen Einstellung. Auf dieser Basis können Erkrankte mit therapeutischen Eindrücken des eigenen emotionalen Erlebens konfrontiert und in einen Reflexionsprozess genommen werden, in dem Ressourcen aktiviert und inneres Erleben einbezogen werden kann (Schulz-Kindermann & Rosenberger, 2016). Hinweise zur therapeutischen Grundhaltung in der Psychoonkologie finden sich in INFO 2 sowie zum aktiven Zuhören in INFO 3 und zu den Interventionsstrategien in INFO 4.

Psychoedukation

Psychoedukative Elemente sind wichtige Interventionsstrategien in der psychoonkologischen Behandlung. Zu den einzelnen Themen finden Sie jeweils in den einzelnen Kapiteln Hinweise zur Psychoedukation.

Übersicht

Grundsätzliche Inhalte von Psychoedukation

- ▶ Informationen über die Krebserkrankung (Kap. 1)
- ▶ soziale Unterstützung (Kap. 7)
- ▶ emotionale Unterstützung (Ausdruck von Emotionen, emotionale Entlastung; Kap. 5)

- Stressmanagement (Kap. 2 und 5)
- Problemlösetechniken (Selbstwirksamkeit, Kap. 4)
- Neuorientierung und Entwicklung von Perspektiven (Kap. 6)
- Erlernen von Selbstkontrollstrategien (Entspannung, Imagination; Kap. 5)

Psychoedukation soll neben psychischer Unterstützung Wissen und Kompetenzen bzgl. Krankheit, Behandlung, Gesundheitsverhalten und Lebensstil vermitteln.

Das **Ziel** von Psychoedukation liegt in der Optimierung der psychischen Bewältigungsfertigkeiten.
(nach Weis et al., 2018)

In diesen Therapie-Tools finden Sie weitere, darüberhinausgehende Impulse und Ansätze zur Psychoedukation, z. B. auch die Bedeutung der Bilateralen Stimulation zur Ressourcenverankerung (s. INFO 7).

Krebs als Trauma

Die Diagnose einer Krebserkrankung kann sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen ein Trauma darstellen. Ein solches Trauma kann typische Symptome, sog. Posttraumatische Stress-Symptome hervorrufen. Das Besondere daran ist, dass diese Symptome nicht etwa nur bei psychisch besonders labilen Menschen auftreten, sondern jeder psychisch stabile Mensch, der mit einem traumatischen oder einem besonders belastenden Lebensereignis konfrontiert wird, derartige Stress-Reaktionen erleben kann.

Diese posttraumatischen Stress-Symptome sind natürliche Reaktionen, die in unserem biologischen System tief verankert sind und die nicht nur in Urzeiten unseren Vorfahren in Stress-Situationen das Leben retten konnten.

Den Charakter dieser Reaktionen kann man gut anhand der sehr vereinfachten Darstellung in Abbildung 2.1 veranschaulichen.

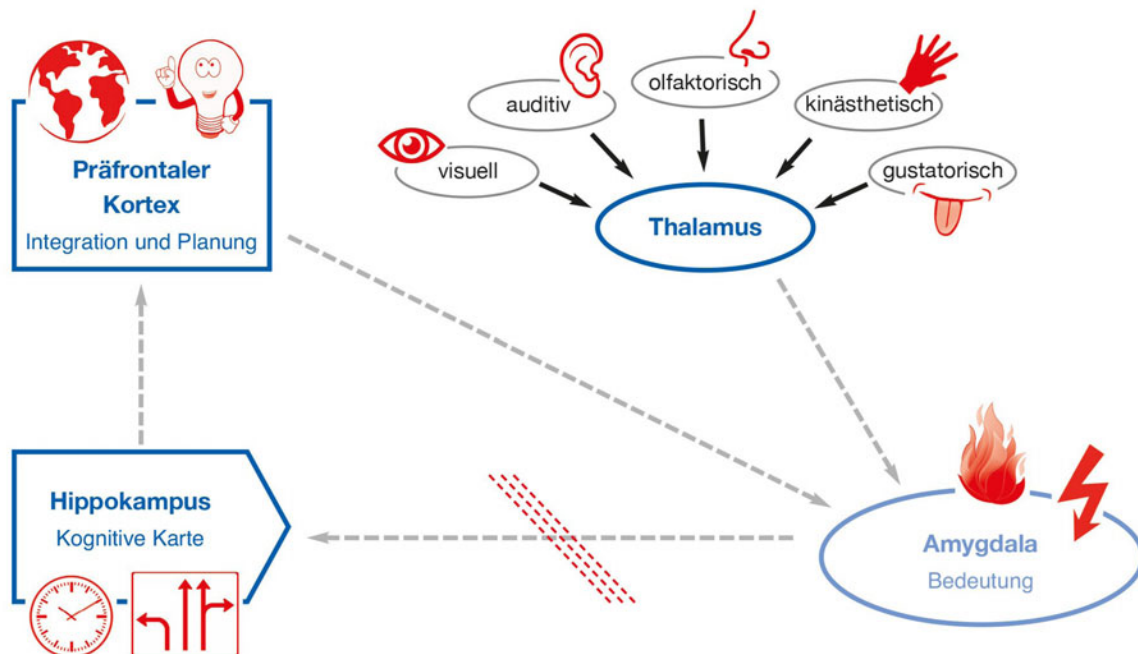


Abbildung 2.1 Stress- und angstbedingte Blockaden der Informationsverarbeitung (nach van der Kolk, 2014)

Was passiert im Gehirn? Das Folgende ist eine sehr vereinfachte, aber für die Erklärung traumatherapeutischer und psychoonkologischer Interventionen hilfreiche Erklärung:

Die in einer bestimmten Situation wahrgenommenen inneren und äußeren Reize, die Bilder, die Geräusche, die Gerüche, die Körperempfindungen werden zunächst auf der »primitiven« Ebene des Limbischen Systems im Gehirn, speziell der Amygdala gespeichert. Die Amygdala (Mandelkern) wird auch oft als das »Angstzentrum« oder der »Feuermelder« des Gehirns bezeichnet. Die Weiterverarbeitung der Informationen erfolgt normalerweise in den jeweils »höheren« Strukturen: dem Hippocampus (Seepferdchen), der eine Ordnungsfunktion hat, dem Geschehen also eine zeitlich-räumliche Zuordnung verleiht und schließlich auf der höchsten kognitiven Ebene, dem präfrontalen Kortex. Dieser beinhaltet auch unser gesamtes Welt- und Selbstwissen einschließlich früherer Erfahrungen und Lösungen etc.

Falls die Amygdala durch beängstigende Informationen stark erregt ist, kann der präfrontale Kortex rationale Bewältigungsstrategien und Lösungen entwickeln oder Zusammenhänge erkennen, durch die dann sozusagen die Amygdala wieder »heruntergefahren« oder »abgekühlt« wird und die vorher beängstigenden Informationen angemessen integriert werden können. Diese erfolgreiche Bewältigung stärkt dann wieder die Fähigkeit, späteren Herausforderungen zu begegnen.

Bei extremer Angst jedoch, z. B. in einer traumatischen Situation, kann dieser normale Informations- und Integrationsprozess *blockieren*: Durch die extreme Übererregung der Amygdala kann die Verbindung zum Hippocampus gestört oder unterbrochen werden. Dann werden die mit der traumatischen Situation verbundenen Reize, die Bilder, Geräusche, Gerüche oder Körpergefühle auf der primitiven Ebene der Amygdala gespeichert, sozusagen »eingefroren«.

Ähnliche, eigentlich nicht bedrohliche Alltagsreize können dann die Amygdala aktivieren und starke Angstreaktionen auslösen. Diese können nicht relativiert werden, z. B. durch die Einsicht, dass die Bedrohung »dort und damals« war, während im »Hier und Jetzt« keine akute Gefahr besteht. Die Betroffenen erleben oft unversehrt extreme Angst und Panik, die in der realen Situation nicht angemessen ist und meist auch von ihnen selbst und der Umgebung als befremdlich erlebt wird.

Durch diese quasi »natürlichen« Blockaden des Informationsverarbeitungssystems kann es zu *typischen post-traumatischen Stress-Symptomen* kommen. Viele Menschen, die schon einmal eine traumatische oder extrem beängstigende Situation erlebt haben, kennen einige dieser Reaktionen:

- ▶ **Alpträume, Flashbacks, Intrusionen:** Dabei handelt es sich um meist unvermittelt, überfallartig auftretende Wahrnehmungen, Ängste, Bilder, Körpergefühle etc., die durch irgendeinen inneren oder äußeren Reiz (Trigger) ausgelöst werden. Den Betroffenen ist dabei der Zusammenhang mit der ursprünglichen Situation oft nicht bewusst, da die Reaktionen auf einer »primitiven« Ebene ablaufen (Aktivierung der Amygdala, Ausschaltung des Hippocampus). Beispielsweise wird einer Patientin regelmäßig übel, wenn sie ein rotes Getränk zu sich nehmen will. Sie kann sich dies nicht erklären. Schließlich stellt sich heraus, dass die Infusion bei ihrer Chemotherapie eine rote Farbe hatte. Eine andere Patientin erlebt immer starke Angst- und Panikgefühle, wenn sie bei bestimmten Ampeln die Straße überqueren will. Es stellt sich heraus, dass die Ampel ein bestimmtes, knatterndes Geräusch machte, das sehbehinderten Menschen die »Grünphase« anzeigt. Dieses Geräusch ähnelte dem Geräusch eines Geräts während ihrer Behandlung, das sie als besonders belastend erlebt hatte. Auch bestimmte Gerüche oder Körperwahrnehmungen können solche Trigger sein.
- ▶ Anhaltend **gesteigerte physiologische Erregung (Hyperarousal)** mit der Folge von Schlafstörungen, erhöhter Schreckhaftigkeit oder Konzentrationsstörungen. Beispielsweise berichtet ein Patient, dass er sich kaum noch auf das Lesen der Tageszeitung konzentrieren kann oder wenn er ein Buch liest, plötzlich den Inhalt der letzten Seiten wieder vergessen hat. Eine andere Patientin berichtet, dass sie sich nicht daran erinnern kann, was der Arzt ihr bei der Diagnosemitteilung gesagt hat. Sie kann sich lediglich erinnern, dass er eine gelb-blaue Krawatte hatte und ein besorgtes Gesicht gemacht hat. Das zeigt, dass ihre Amygdala extrem übererregt und der Präfrontale Kortex »ausgeschaltet« war, besonders auch dessen linke, eher rationale Regionen einschließlich des Sprachzentrums.

- **Vermeidungsverhalten:** Dabei handelt es sich eher um einen Bewältigungsversuch, um nicht ständig von belastenden Emotionen »überfallen« zu werden. Eine Patientin betritt z. B. nicht mehr die Klinik, in der sie operiert wurde, selbst wenn sie lange nach ihrer Krebserkrankung dort nur eine Freundin besuchen will, die auf einer ganz anderen Station liegt.

In den meisten Fällen werden nicht alle dieser Symptome gleich stark erlebt, sondern viele Menschen leiden eher an einzelnen Symptomen aus den genannten drei Bereichen, deshalb kann die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung dann *nicht* vergeben werden.

Dies ist auch ein Grund dafür, dass in vielen Untersuchungen der Anteil von Krebspatientinnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung als relativ gering angegeben und stattdessen die Diagnose einer Anpassungsstörung vergeben wird.

Angst, Stress und Immunsystem

Selbstverständlich löst die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung Angst aus. Starke Angst wiederum ist mit einer körperlichen Stressreaktion verbunden. Nun haben viele Menschen mit einer Krebserkrankung die Befürchtung, dass Stress den Krankheitsverlauf negativ beeinflusst, möglicherweise auch, dass die Krebserkrankung durch vermehrten Alltagsstress ausgelöst worden sei. Folglich versuchen sie, jeglichen Stress zu vermeiden. Allein dieser Versuch kann wiederum zu vermehrtem Stress führen und einen Teufelskreis in Gang setzen. Angst und Stress sind jedoch zunächst nicht negativ, sondern eine natürliche Reaktion zum Schutze unseres Organismus vor potenziellen Bedrohungen.

Vertiefung

Bei der Wahrnehmung einer Gefahrensituation reagiert unser Angst-/Stress-System zunächst in Bruchteilen von Sekunden: Noradrenalin / Adrenalin wird ausgestoßen, das Herz schlägt schneller, der Blutdruck steigt. Dadurch strömt u. a. mehr Blut in die Muskeln und der Körper wird mit mehr Energie auf Kampf oder Flucht vorbereitet. Diese Reaktion erfolgt unwillkürlich und meist viel schneller, als wir die mögliche Gefahr bewusst wahrgenommen haben. Diese durch das sympathische Nervensystem ausgelöste Angst-/Stressreaktion steigert insgesamt die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und hat insofern eine wichtige, eventuell auch lebenswichtige Funktion. Dabei werden auch Reaktionen des Immunsystems angestoßen, die in einer Gefahrensituation hilfreich sein können. Gegenspieler des Sympathikus ist der Parasympathikus, der eine Beruhigung des Systems bewirkt.

Parallel zu dieser raschen Sympathikus-Aktivierung wird in potenziell bedrohlichen Situationen ein zweites System aktiviert, das aber langsamer reagiert, die sog. HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) mit dem Resultat der Ausschüttung des »Stresshormons« Cortisol durch die Nebennierenrinde.

Das »Stresshormon« Cortisol wirkt im weiteren Verlauf aber auch als »Stressbremse« durch eine negative Rückkopplung auf die HPA-Achse, damit es nicht zu einer dauerhaft überschießenden Stressreaktion kommt. Andere Neurotransmitter und Hormone wie Serotonin, der »Belohnungs-Transmitter« Dopamin oder das »Bindungshormon« Oxytocin sind ebenfalls mit einer Beruhigung des Stress-Systems assoziiert.

Stress ist also grundsätzlich nicht negativ. Die »Stress-Systeme« haben eine wichtige Funktion. Sie sind in der Regel fein abgestimmt und führen letztlich zu einem dynamischen Gleichgewicht. Durch bestimmte äußere und innere Einflüsse kann es jedoch langfristig zu einer Störung dieses Gleichgewichts kommen.