

Stirling Moorey Steven Greer

Kognitive Verhaltenstherapie bei Diagnose Krebs

2. Auflage

Deutsche Übersetzung Paul Crichton und Christl Kiener

KIENER

Vorwort zur zweiten Auflage

Als die erste Auflage dieses Buches 1989 erschienen ist, schrieb Professor Tim McElwain – einer der renommiertesten britischen Onkologen – im Vorwort:

Natürlich ist das, was wir hier haben, eine Arbeit, die sich noch weiterentwickeln muss, und es ist klar, dass noch viel getan werden muss, um die Behandlung, die hier empfohlen wird, zu verfeinern, zu erweitern und zu bestätigen. Ich bin mir aber sicher, dass dieses wichtige Buch für alle diejenigen einen aktuellen Wert haben wird, die mit Krebspatienten zu tun haben.

In den 20 Jahren, seit dies geschrieben wurde, hat sich die kognitive Therapie als psychologische Therapie mit der stärksten Evidenzbasis etabliert, und die Psychoonkologie hat sich als Zweig der Gesundheitspsychologie fest etabliert. Unsere eigene Arbeit hat sich vom Bereich des heilbaren Krebses im Frühstadium auf den Bereich der Palliativversorgung verlagert, und diese Änderung spiegelt sich in einer Erweiterung des Kapitels über fortgeschrittene Krankheiten und in einem neuen Kapitel über die Arbeit mit Trauer wider. Interventionen in der Psychoonkologie werden immer ausgefeilter, und wir widmen der Anpassung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) an bestimmte Krebsprobleme und -symptome jetzt mehr Aufmerksamkeit. Die KVT hat auch das Verständnis für psychologische Prozesse wie selektive Aufmerksamkeit, Sicherheitsverhalten und die Rolle von Sorgen und Grübeln bei der Aufrechterhaltung von Störungen verbessert, und wir haben einige dieser Erkenntnisse in unsere Behandlung einbezogen. Die Leser der vorherigen Auflagen haben die Klarheit des Textes geschätzt, und wir haben nicht versucht, ihn wesentlich zu ändern, sondern ihn angesichts der jüngsten Forschungsergebnisse und klinischen Entwicklungen zu aktualisieren.

Teil I beschreibt einige der wichtigsten klinischen, theoretischen und empirischen Aspekte der Krebspsychologie. Es beginnt mit einem Bericht über die Erfahrungen von Menschen mit Krebs und die häufigen emotionalen Reaktionen auf die Krankheit. In Kapitel 2 werden diese Reaktionen in einen kognitiven Verhaltenskontext mit einem aktualisierten kognitiven Modell zur Anpassung an Krebs gestellt.

Teil II ist eine Beschreibung unserer Version von KVT für Menschen mit Krebs als adjuvante psychologische Therapie. Es beginnt mit einem Überblick in Kapitel 3, gefolgt von einer Beschreibung der Struktur und Art der therapeutischen Beziehung in Kapitel 4. In den Kapiteln 5, 6 und 7 werden die grundlegenden emotionalen, Verhaltens- und kognitiven Techniken vorgestellt, die verwendet werden in der Therapie. Diese bleiben gegenüber der letzten Ausgabe unverändert, mit Ausnahme einiger Aktualisierungen von Kapitel 7 im Lichte neuerer Überlegungen zur Vermeidung von Erfahrungen. Wir haben Techniken zur Arbeit mit Angstzuständen und Depressionen (beschrieben in Kapitel 8) von Techniken für andere häufige Probleme (behandelt in Kapitel 9) getrennt. Dies hat eine Erweiterung des Abschnitts über den Umgang mit Angstzuständen ermöglicht, um mehr Material über Sorgen und Panik aufzunehmen. Kapitel 9 enthält nun detailliertere Informationen zum Umgang mit Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Schmerzen und Übelkeit sowie Wut. Kapitel 10 enthält weitere Anleitungen zum Erstellen eines Entwicklungskonzepts und zum Arbeiten mit zugrunde liegenden Überzeugungen. Kapitel 11 beschreibt, wie Partner in die Therapiesitzung einbezogen werden können. Kapitel 12 befasst sich mit der speziellen Anwendung von KVT bei Menschen mit fortgeschrittener Krankheit oder unheilbarer Krankheit. Dies ist ein herausfordernder und lohnender Arbeitsbereich, der traditionell eher humanistischen und unterstützenden Therapien vorbehalten ist. In Kapitel 13 beschreiben wir die Anwendung kognitiver Verhaltenstechniken auf Trauerreaktionen und schließen mit Kapitel 14 über die Arbeit mit Gruppen.

In **Teil III** (Kapitel 16 und 17) werden die Belege sowohl für die Wirksamkeit kognitiver Verhaltensinterventionen bei Krebspatienten als auch für die Auswirkungen der Therapie auf den Krankheitsprozess selbst überprüft.

In **Teil IV Anhang** (S. 275) finden sich Informationen, Fragebogen und Checklisten sowie Formulare für die Therapiesitzungen, die mittels QR-Code oder Kurz-URL heruntergeladen werden können.

Wir hoffen, dass dieses Buch weiterhin leicht lesbar (d. h. so wenig Fachjargon wie möglich), informativ und vor allem für Fachleute, die an der klinischen Versorgung von Krebspatienten beteiligt sind, von praktischem Nutzen ist. Es sollte für Krankenschwestern und Onkologen von Interesse sein, die lernen möchten, wie sie einen problemorientierten Ansatz auf die psychologischen Probleme ihrer Patienten anwenden können, und sollte auch eine nützliche Ressource für Psychologen, Psychiater und andere psychiatrische Fachkräfte sein, die in medizinischen Einrichtungen arbeiten.

Wir möchten Kathy Burn und Lyn Snowden für die klinischen Diskussionen danken, die die Grundlage für einige der neuen Materialien im Buch bildeten, sowie Magda Moorey für hilfreiche Kommentare zu einem früheren Entwurf und Carol Sells für ihre unermüdliche Unterstützung während der Vorbereitung dieses Buches. Wie immer haben uns unsere Patienten am meisten beigebracht, und wir sind ihnen weiterhin zutiefst verpflichtet.

Wir danken unserem Kollegen Dr. Paul Crichton und Christl Kiener für die Übersetzung unseres Buches ins Deutsche. Wir vertrauen darauf, dass das Buch für deutsche Angehörige der Gesundheitsberufe von Nutzen sein wird, die auf dem schwierigen, aber äußerst lohnenden Gebiet der Psychoonkologie arbeiten.

Stirling Moorey

Steven Greer

Inhalt

Teil I

Psychoonkologie	1
1 Was Menschen mit Krebs empfinden	2
1.1 Die richtige Diagnose ist wichtig	2
1.2 Angst und Depression	4
1.3 Gestörte Beziehungen	7
1.4 Sexuelle Störungen	8
1.5 Akute Verwirrheitszustände	9
2 Ein kognitives Modell zur Anpassung an Krebs	12
2.1 Die Bedrohung des Lebens	13
Bedeutung der Krebsdiagnose für den Einzelnen	13
Formen der Anpassung	14
Anpassungsstil und psychisches Wohlbefinden	16
2.2 Die Bedrohung des Selbst	17
2.3 Emotionale Reaktionen auf die Krebsdiagnose	18
Angst	19
Wut	20
Schuldgefühle	21
Traurigkeit und Depression	22
2.4 Informationsverarbeitung bei Krebs	22
Alles-oder-Nichts-Denken	23
Selektive Abstraktion	23
Willkürliche Schlussfolgerung	24
Übergeneralisierung	24
Etikettierung	24
Über- und Untertreibung	24
2.5 Gedanken, Gefühle, Verhalten und Physiologie	25
2.6 Die Rolle von Familie und Freunden	26
2.7 Anfälligkeit für Anpassungsstörungen	30

Teil II

Kognitive Verhaltenstherapie für Menschen mit Krebs	33
3 Überblick über die Therapie	34
3.1 Der Stellenwert der psychologischen Behandlung in der Onkologie	34
3.2 Die theoretische Basis der KVT	38
3.3 Ziele der KVT bei Diagnose Krebs	42
3.4 Aufbau der Therapie	42
3.5 Komponenten der KVT	43
Emotionaler Ausdruck	43
Verhaltenspsychologische Techniken	44
Kognitive Techniken	44
Arbeit mit Paaren	45
3.6 Merkmale der kognitiven Verhaltenstherapie	45
3.7 Phasen der kognitiven Verhaltenstherapie	46
Beginn der Therapie	46
Mittlerer Abschnitt der Therapie	47
Beenden der Therapie	48
3.8 Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie dargestellt an einem Beispiel	48
Beginn der Therapie	49
Mittlerer Abschnitt der Therapie	50
Beenden der Therapie	50
4 Die Therapiesitzung	53
4.1 Die therapeutische Beziehung	53
Kollaborativer Empirismus	54
Gelenkte Aufdeckung (sokratischer Dialog)	55
4.2 Die Struktur der kognitiven Verhaltenstherapie	57
Die erste Sitzung	57
Eine Beziehung aufbauen	57
Probleme und Ziele definieren	58
Das kognitive Modell und die Grundprinzipien der Therapie erklären	61
Hausaufgaben stellen	62
Die Struktur der nachfolgenden Sitzungen	63

Aufstellen der Tagesordnung	64	Automatische Gedanken und Überzeugungen bewerten.	111
Zusammenfassung der Ergebnisse einer Sitzung	65	Einen Aktionsplan erarbeiten	113
Feedback des Patienten	66	7.2 Grundlegende Methoden zur Überprüfung von Gedanken und Annahmen	113
5 Emotionen in der kognitiven Verhaltenstherapie	68	Realitätsprüfung	114
5.1 Vermeidung negativer Emotionen	68	Suche nach Alternativen	117
5.2 Unterdrückung und Ausdruck von negativen Emotionen	71	Reattribution (Neubenennung)	119
5.3 Die Bedeutung des emotionalen Ausdrucks	72	Entkatastrophisierung	120
5.4 Verarbeitung oder Problemlösung?	73	Abwägen von Vorteilen und Nachteilen	121
5.5 Förderung des emotionalen Ausdrucks	74	7.3 Weitere kognitive Techniken	122
Emotionen akzeptieren	75	Ablenkung	122
Achtsamkeit.	76	Selbstinstruktion	123
Emotionale Stichworte identifizieren und damit arbeiten	78	Coping-unterstützende Selbstaussagen	124
5.6 Arbeiten mit Verleugnung	80	Kognitive Einübung	124
5.7 Den Ausdruck von Wut fördern und leiten	81	Imaginationstechniken.	125
Ausdruck	81	8 Kognitive Verhaltenstherapie bei Angst und Depression	129
Positive Aktion.	81	8.1 Kognitive Interventionen bei Patienten mit ängstlicher Beschäftigung	129
6 Verhaltenstherapeutische Techniken	83	8.2 Sorgen	136
6.1 Entspannungstraining.	84	Die Arbeit mit Überzeugungen im Zusammenhang mit Sorge	137
Progressive Muskelrelaxation	85	Von der Sorge zur Problemlösung.	138
Atemübungen	85	Unsicherheit tolerieren	138
6.2 Aktivitätsplanung	86	Kognitive Vermeidung überwinden	139
6.3 Zweck der Aktivitätsplanung	87	8.3 Panik.	140
Umsetzung der Aktivitätsplanung.	88	8.4 Kognitive Interventionen bei Hoffnungs-/Hilflosigkeit	142
6.4 Graduierte Aufgabenstellung	91	8.5 Kognitive Verhaltenstherapie in Aktion	144
6.5 Zukunftsplanung.	91	9 Kognitive Verhaltenstherapie bei häufigen Problemen von Patienten mit Krebs	147
6.6 Verhaltenstechniken.	92	9.1 Arbeiten mit Wut und Selbstbeschuldigung.	147
Verhaltenstechniken für Patienten mit negativen Einstellungen	92	Motivation zur Veränderung aufbauen	148
Verhaltenstechniken für ängstlich beschäftigte Patienten	95	Identifizierung von Hinweisen und automatischen Gedanken	149
Verhaltenstechniken für hilflose/hoffnungslose Patienten	98	Entwicklung einer kognitiven Verhaltensstrategie für Veränderungen	150
Medizinischen Rat befolgen	101	9.2 Schlafstörungen	153
Nach Information suchen	101	Selbstüberwachung und Schlafhygiene	153
Weitere Anwendungen von Verhaltenstechniken	102	Reizkontrolle	154
7 Grundlegende kognitive Techniken	107	Entspannung	154
7.1 Anwendung kognitiver Techniken.	107	Kognitive Techniken.	155
Automatische Gedanken und Überzeugungen erfragen	107	9.3 Müdigkeit	155
Automatische Gedanken kontrollieren	109	9.4 Schmerzen	156
		9.5 Übelkeit	158

Identifizieren von Reizen, die Übelkeit auslösen.	159	12 Kognitive Verhaltenstherapie bei fortgeschrittener und terminaler Erkrankung .	194
Reizexposition	159	12.1 Die psychischen Auswirkungen körperlicher Symptome	197
Kognitive Techniken.	161	12.2 Verbesserung der Lebensqualität . .	201
Umgehen mit Chemotherapie.	161	12.3 Arbeiten mit „realistischen“ negativen automatischen Gedanken	201
10 Krebs im Kontext: Umgang mit zugrundeliegenden Überzeugungen und Annahmen	163	Die persönliche Bedeutung verstehen	201
10.1 Persönliche Überzeugungen und Anpassung bei Krebs	163	Identifizieren und Testen von verzerrten Wahrnehmungen mithilfe von Realitäts-tests.	202
Positive und negative Kernüberzeugungen.	164	Entdecken alternativer Perspektiven. . .	202
Konditionelle Überzeugungen und Kompensationsstrategien	165	„Ablenkung“, Standortwechsel und Entschärfung	203
Grundüberzeugungen und Persönlichkeitsstörung	166	Kampfgeist und positive Vermeidung fördern	204
Überzeugungen zu Krankheit und Unglück	167	KVT als Teil der palliativen oder Hospiz-Versorgung	205
10.2 Erarbeitung eines entwicklungsbezogenen Therapiekonzepts.	168	12.4 Krankheit im Endstadium	207
Ein Entwicklungskonzept gemeinsam erarbeiten.	168	12.5 Im Angesicht des Todes.	208
Allgemeiner Bewältigungsstil	170	12.6 Kämpfen und Akzeptieren	213
10.3 Vier Arten, wie lebensbedrohliche Krankheiten mit Überzeugungen interagieren . .	173	12.7 Mit Paaren arbeiten	215
1. Positive Überzeugungen und Coping werden in Frage gestellt	173	12.8 Organische Ursachen für psychische Störungen	217
2. Starre Überzeugungen werden zerschlagen	173	13 Anhaltende Trauerstörung bei Hinterbliebenen	218
3. Die Fähigkeit zu Coping wird in Frage gestellt und die zugrundeliegenden negativen Überzeugungen werden bestätigt	173	13.1 Häufigkeit	219
4. Tiefgreifende negative Überzeugungen werden bestätigt	174	13.2 Risikofaktoren für eine anhaltende Trauerstörung	219
10.4 Arbeiten mit Annahmen und Kernüberzeugungen	176	13.3 Trauererlebnis in der Kindheit und Trennungsangst	221
10.5 Arbeiten mit Überzeugungen bezüglich Krankheit.	177	13.4 Behandlung von anhaltender Trauerstörung	223
11 Arbeit mit dem Patienten und seinem Partner	179	Nützliche Richtlinien	223
11.1 Offene Kommunikation erleichtern. .	180	Kognitive Techniken.	224
11.2 Ausdruck von Gedanken und Gefühlen zur Krebskrankheit fördern	181	Verhaltenstechniken	224
11.3 Zuhören und empathische Kommunikation	181	14 Gruppentherapie	228
11.4 Kognitive Techniken	183	14.1 Einzeltherapie versus Gruppentherapie	228
Beziehungsschemata	183	14.2 Modelle der Gruppentherapie	229
Fehldeutungen in Frage stellen.	184	14.3 Gemeinsamkeiten von Gruppentherapien	231
Behandlung von sexuellen Problemen .	188	14.4 Therapie für alle oder nur für ausgewählte Patienten?	232
		14.5 Praktische Überlegungen.	232
		14.6 Vergleich von Gruppentherapien . .	234
		15 Schlussbemerkungen zur Praxis der KVT	237

Teil III

Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie bei Patienten mit Krebs 239

16 Kann kognitive Verhaltenstherapie die Lebensqualität verbessern? 240

16.1 Einzeltherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie 241

16.2 Randomisierte Kontrollstudien zur kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) 244

16.3 Psychoedukative Gruppen 250

16.4 KVT-Gruppen 254

16.5 Telefontherapie 258

16.6 Fortgeschrittene Krankheit 259

16.7 Metaanalysen 260

16.8 KVT bei anderen allgemeinen Problemen 262

 Schlaflosigkeit und Müdigkeit 263

 Schmerzen 264

17 Kann Psychotherapie die Überlebenszeit beeinflussen? 266

17.1 Reproduktion der Studien von Spiegel und Fawzy 270

17.2 Ist Randomisierung zweckmäßig? 272

Teil IV

Anhang 275

A1 Bewältigung von Krebs 276

A2 Denkfehler 280

A3 Tätigkeitsplan für eine Woche 282

A4 Gedankenprotokoll 283

A5 MAC-Skala (Mental Adjustment to Cancer Scale) 284

A6 Fragebogen zur Krebsbewältigung (21-Punkte-Version) 286

A7 Checkliste Krebsangst 288

Bibliografie 289

Index 302

9 Kognitive Verhaltenstherapie bei häufigen Problemen von Patienten mit Krebs

Kognitive Techniken und Verhaltenstechniken bei Angst und Depression bleiben der Kern der KVT für Menschen mit Krebs, aber es sind keineswegs die einzigen Probleme, die während der Therapie angegangen werden müssen. In diesem Kapitel werden wir einige Probleme betrachten, die mit Krebs in Zusammenhang stehen, und die Interventionen diskutieren, die dagegen ergriffen werden können.

Wir werden Folgendes betrachten:

- Arbeiten mit Wut und Selbstbeschuldigung
- Schlaflosigkeit und Müdigkeit
- Schmerzen
- Übelkeit

9.1 Arbeiten mit Wut und Selbstbeschuldigung

Einige Methoden, die bei Wut als Ventil und Ableitung fungieren, wurden in Kapitel 5 beschrieben. Hier werden einige kognitive und verhaltensbezogene Methoden zum Umgang mit Wut vorgestellt. Weitere Informationen zu kognitiven Verhaltensmethoden im Umgang mit Wut finden sich bei Burns (1980), Novaco (1976, 1995), Novaco und Chemtob (1998) und Deffenbacher (1999). Die Literatur über Wutmanagement bei Krebspatienten ist noch immer spärlich, aber in Metaanalysen wurden moderate Wirkungen von KVT-basierten Interventionen zum Wutmanagement beobachtet (Beck und Fernandez, 1998; DiGiuseppe und Tafrate, 2003). Abbildung 9.1 zeigt ein einfaches Modell der Prozesse, die bei Menschen mit Wutproblemen auftreten. Ein Patient mit Krebs wird in Situationen geraten, denen Schemata zugrunde liegen, die ihn anfällig dafür machen können, die Situation als Angriff oder Verletzung anzusehen. Die Situation kann direkt mit der Krebserkrankung zusammenhängen, und die Ungerechtigkeit, die der Person widerfährt, wird hervorgehoben („Das sollte mir nicht passieren“). In anderen Fällen kann der Auslöser unabhängig von der Krebserkrankung sein, aber da das Gefühl von Ungerechtigkeit in den Gedanken der Person vorherrscht, ist sie darauf vorbereitet, Ungerechtigkeit in der Art und Weise zu finden, wie sie behandelt wird.

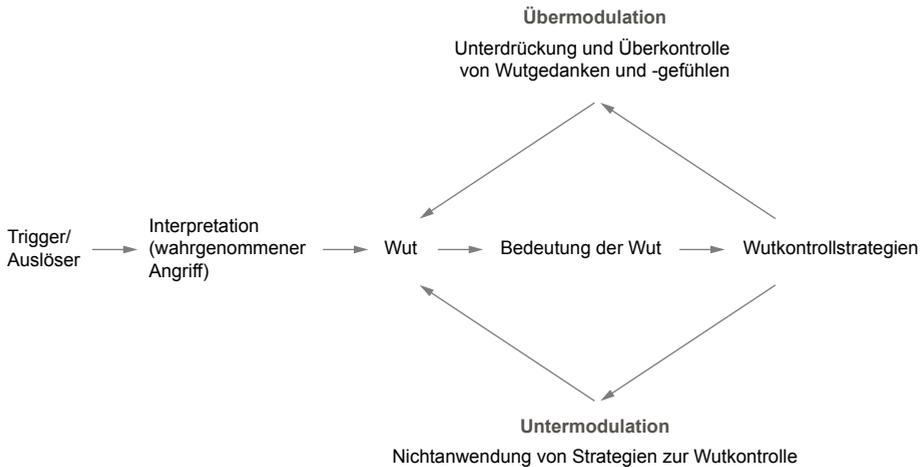


Abb. 9.1 Darstellung des Ablaufs bei Wutproblematik

Der der Krankheit zugrundeliegende Groll führt somit zu einer Fehlinterpretation von Ereignissen als unfair. Manchmal gibt es hierzu Grundüberzeugungen, wie sich Menschen gegenüber einer kranken Person verhalten sollten („Sie sollten mich respektvoller behandeln“), was Wut auslöst. Sobald die Situation als ungerechter Angriff oder Verstoß gegen eine Regel interpretiert wurde, kommt es zur Erfahrung der Emotion Wut. Die Art und Weise, wie die Person diese wütenden Gefühle sieht, bestimmt dann die Konsequenzen. Wenn er Wut als etwas Unerwünschtes, Gefährliches und als etwas zu Vermeidendes betrachtet, wird der Betroffene versuchen, sie zu unterdrücken oder zu überregulieren. Dies kann zu Durchbruchwut und anderen Problemen im Zusammenhang mit emotionaler Unterdrückung führen, die in Kapitel 5 beschrieben wurden, und erfordert Interventionen, um den Zugang zu Gefühlen und ihrem konstruktiven Ausdruck zu erleichtern. Wenn die Wut als gerechtfertigt empfunden wird, kann dies bedeuten, dass der Betroffene nicht versucht, sie zu regulieren. Dieses Versagen von Kontrollstrategien führt zu weiterer Wut.

Im Folgenden werden drei grundlegende Schritte in einem Wutmanagementprogramm betrachtet:

- Motivation zur Veränderung aufbauen
- Hinweise und automatische Gedanken identifizieren
- eine kognitive Verhaltensstrategie für Veränderungen entwickeln.

Motivation zur Veränderung aufbauen

Es ist gesellschaftlich akzeptabel zu glauben, dass es für Menschen ungerecht und unfair ist, Krebs zu haben. Man kann sich darüber geradezu zu echter Empörung auf-

schwingen, und dies ist stärker als das Gefühl, ein hilfloses Opfer zu sein. Wenn diese Wut den Patienten zu einer effektiven Problemlösung, zu konstruktiven Maßnahmen zur Leistungsverbesserung oder zur Unterstützung anderer Patienten usw. führt, ist sie gesund und nützlich. Manchmal führt Wut jedoch nicht zu einer Verhaltensaktivierung, sondern kann den Patienten geradezu ohnmächtig lähmen. An diesem Punkt ist es hilfreich, die Vorteile und die Folgen zu untersuchen, wenn die Wut anhält. Am nutzbringendsten ist es, wenn der Fokus nicht auf der Wut liegt, die die Person über die Krankheit empfindet, sondern auf jener Wut, die an anderer Stelle projiziert oder erzeugt wird. Dies ist keine primäre Emotion im Sinne einer gesunden und angemessenen Reaktion auf die Krankheit, sondern eine unangemessene Übergeneralisierung. Indem zwischen beiden Reaktionen unterschieden wird, kann eine therapeutische Allianz zwischen dem Patienten und dem Therapeuten entwickelt werden, mit der Vereinbarung, an der Kontrolle der fehlangepassten Wut zu arbeiten. Geführte Entdeckung wird eingesetzt, um dem Patienten zu zeigen, wie sich die verständliche Wut über Krebs auf andere Lebensbereiche auswirkt und unerwünschte Auswirkungen hat. Der Therapeut sollte die Vorteile eines Wutgefühls anerkennen (z. B. sich nicht hilflos fühlen, sich angeregt fühlen, sich gut fühlen), bevor er dieses Gefühl herausfordert, da dies die Motivation des Patienten zur Veränderung erhöht und die Möglichkeit eines Zusammenbruchs der Allianz verringert.

Identifizierung von Hinweisen und automatischen Gedanken

Sind die unerwünschten Auswirkungen von Wut festgestellt (z. B. Streit mit Familienmitgliedern, Anspannung, Verschwendung wertvoller Energie), können Informationen über die Wutauslöser zusammengestellt werden. Wie bei jedem anderen Problem wird der Patient gebeten, Wutsituationen aufzuzeichnen und Hinweise in Zusammenhang mit Wut zu identifizieren. Wie oben beschrieben, werden dabei automatische Gedanken ausgelöst. Oft ist es eine Abfolge von Ereignissen, die zu wütenden Ausbrüchen führt (s. Abb. 9.1), und es lohnt sich, die Sequenz detailliert durchzugehen, um herauszufinden, welche Handlungen und Gedanken für das Endergebnis wichtig waren.

In der ersten Phase der Beurteilung ist eine kognitive Verzerrung sehr häufig. Konjunktivaussagen mit „sollte“ wiederholen sich immer wieder in den Gedankenaufzeichnungen der Betroffenen:

„Das sollte mir doch nicht passieren!“

„Es ist nicht fair, ich war immer ein guter Mensch, ich sollte nicht so behandelt werden.“

„Er sollte viel rücksichtsvoller sein!“

„Er sollte mehr Zeit mit mir verbringen!“

Auch wenn sich die Wut gegen Gott oder das Schicksal richten kann, spielt sich exzessive Wut meist auf zwischenmenschlicher Ebene ab. Es ist nicht das Hadern mit dem Schicksal, das Probleme verursacht, sondern das Anschauzen der Kinder. In diesen Situationen besteht normalerweise der Eindruck, dass gegen eine Regel verstoßen wird („Sie hätten wissen müssen, dass ich müde bin“ oder „Sie sollten nicht so viel Lärm machen“). Es ist wichtig, Informationen darüber einzuholen, bevor das verzerrte Denken in Frage gestellt wird.

In einem nächsten Stadium können Betroffene ihre Wut „übermodulieren“ und emotionsbasierte Interventionen erforderlich machen, andere wiederum könnten ihre Wut „untermodulieren“. Sie haben möglicherweise keine Strategie, um eine Eskalation ihrer Wut zu verhindern, wie z. B. sich von ihren wütenden Gefühlen zu distanzieren oder sich abzulenken, indem sie bis 10 zählen, tief durchatmen oder mit sich selbst sprechen („Übertreib jetzt nicht – es ist nicht so wichtig“) und einfach weggehen. Menschen, die unter Stress wütend werden, haben diese Strategien möglicherweise nicht gelernt oder sind möglicherweise so gestresst, dass sie sie nicht anwenden. Diese Phase der Analyse von Hinweisen auf Wut und der Reaktion des Patienten ermöglicht es dem Therapeuten festzustellen, inwieweit der Patient adaptive oder maladaptive Bewältigungsstrategien anwendet.

Entwicklung einer kognitiven Verhaltensstrategie für Veränderungen

Sobald die Abfolge von Handlungen und Gedanken festgelegt ist, kann der Therapeut mit dem Patienten zusammenarbeiten, um die Schwachstelle in der Kette zu finden. Die kognitive Verhaltensanalyse kann ein Muster wie in Abbildung 9.2 ergeben. Die Analyse der Hinweise auf Wut kann häufig zu Interventionen führen, die die Wahrscheinlichkeit verringern, dass Wut provoziert wird. Beispielsweise können schwierige Situationen vermieden oder die Umgebung verändert werden, um die Häufigkeit ihres Auftretens zu verringern. In dem in Abbildung 9.2 gezeigten Fall kann die Festlegung einer Regel, dass die Kinder ihre Schuhe wechseln müssen, bevor sie das Haus betreten, helfen, die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass bei der Patientin Wut ausgelöst wird.

Das Erkennen und Herausfordern von verzerrtem Denken spielt offensichtlich bei den Wutkontrolltechniken der KVT eine wichtige Rolle. Wenn der Ärger zwischenmenschlich begründet ist, können Techniken zur Förderung von Empathie besonders wichtig sein. Der Patient kann gebeten werden, die Situation aus der Sicht der anderen Person zu betrachten. Wenn dies nicht gelingt, kann durch aktivere Methoden, wie z. B. in der Interaktion die Rolle der anderen Person spielen, ein Umschwenken erreicht werden. Empathie-Techniken können helfen, dem Patienten zu zeigen, dass die Per-

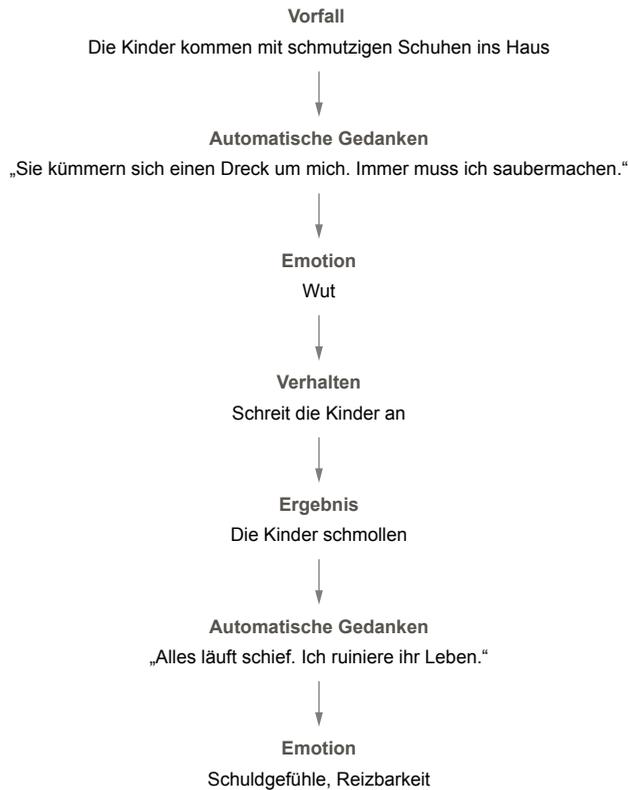


Abb. 9.2 Eine auf KVT basierende Analyse der Wut eines Patienten.

son, auf die er wütend ist, ihn normalerweise nicht absichtlich angreift oder verletzt. In den in Abbildung 9.2 angeführten Beispielen könnte die Patientin möglicherweise auf ihre automatischen Gedanken folgendermaßen reagieren:

- „Meine Kinder lieben mich, aber wenn sie aufgeregt sind, können sie nicht vorausdenken. Warum sollten sie nicht helfen können und den Boden wischen.“
- „Es gibt nur das eine Problem – der Boden ist schmutzig. Wenn ich meine Reizbarkeit in den Griff kriege, werden meine Kinder nicht leiden.“

Sobald der rote Faden der „sollte“-Aussagen in wütenden Situationen identifiziert ist, kann der Patient diese Aussagen prüfen und durch adaptivere Interpretationen ersetzen. Darauf aufbauend kann der Therapeut dann die Vor- und Nachteile einer Therapiearbeit ausgehend von einem auf dem Wörtchen „sollte“ basierenden Glaubenssystem untersuchen und prüfen, ob die Welt wirklich nach den Regeln funktioniert, die der Patient anwendet.

Sobald das Wutverhalten aktiviert wird, hat der Patient die Wahl zwischen verschiedenen Bewältigungsstrategien, um dessen Auswirkungen zu verringern (z. B.

beruhigende Selbstanweisungen wie „Es ist in Ordnung, ich kann damit umgehen, ohne in die Luft zu gehen“, oder Ablenkung bzw. Entspannung). Der Therapeut und der Patient könnten daran arbeiten, wie der Patient selbstbewusst reagieren kann, ohne wütend zu werden. Dafür kann ein Rollenspiel in der Sitzung notwendig sein. Der Patient probt dann im Rollenspiel, wie er auf angemessene Art seine Wut zeigt und sein Ziel erreicht. Menschen, die sich nicht durchsetzen können, wechseln mitunter ab zwischen passivem Fußballstreifer-Dasein und Wutausbrüchen. Patienten, die ihre Wut unterdrücken, befürchten oft, dass sie plötzlich zu „bösen“ Menschen werden oder die Kontrolle verlieren, wenn sie sich ändern. Mit Hilfe kognitiver Techniken können diese Überzeugungen geprüft werden, und Verhaltensexperimente können helfen herauszufinden, ob ein „Nein“ oder das Einstehen für sich selbst tatsächlich zu den schlimmen Konsequenzen führt, die die durchsetzungsarme Person vorhergesagt hat. Der Therapeut hilft dem Patienten, zwischen angemessenen und nützlichen Emotionen und Verhaltensweisen (gesunde, konstruktive Wut und Selbstbehauptung) sowie schlecht angepassten (ohnmächtige Wut und Aggressivität) zu unterscheiden (siehe Box 9.1).

Methoden zum Umgang mit Wut über Krebs

In folgendem Beispiel hatte ein Patient seine Wut wie folgt zum Ausdruck gebracht:

„Ich war immer gut in meinem Leben. Warum sollte gerade ich das bekommen, wenn böse Menschen ungeschoren davonkommen?“

1. Ermutigen Sie die direkte Äußerung dieser Wut in der Sitzung und anderen wichtigen Personen gegenüber.
2. Finden Sie geeignete Ventile für diese Wutgefühle.
3. Prüfen Sie den Wahrheitsgehalt der Annahme, dass das Leben fair sein sollte.
 - (a) Überprüfen Sie ob das Leben wirklich fair ist.
 - (b) Denken Sie an Personen, die dem Patienten bekannt sind, die Krebs hatten. Wie viele von ihnen waren gut und wie viele waren schlecht?
4. Suchen Sie nach alternativen Sichtweisen auf die Situation. So fühlte sich eine Patientin besser, als sie aufhörte zu fragen „Warum ich?“ und sich stattdessen fragte: „Warum nicht ich?“
5. Identifizieren Sie die kognitive Verzerrung (die Tyrannei des „sollte“).
6. Suchen Sie herauszufinden, wo diese Annahme herkommt (z. B. aus einer Kindheitserfahrung oder aus der Religion), damit sie als erlernte Regel und nicht als universelle Tatsache umformuliert werden kann.

Box 9.1

9.2 Schlafstörungen

(s.a. Kap. 16)

Schlaflosigkeit ist ein häufiges Problem bei Menschen, die an Krebs erkrankt sind; bis zu 40 % der Patienten berichten von Schlafstörungen (Savard und Morin, 2001; Savard et al., 2001; Davidson et al., 2002). Dies steht im Zusammenhang mit Müdigkeit (Zee und Ancoli-Israel, 2009) und auch mit Sorge. Schlechter Schlaf kann durchaus ein Problem sein, das Menschen, die eine KVT durchlaufen, angehen möchten, und Schlafstörungen können recht einfach in die Gesamtkonzeption einbezogen werden.

Wie immer ist das Erarbeiten einer Formulierung der Faktoren, die das Problem aufrechterhalten, der Schlüssel zum Verständnis und zur Behandlung der Erkrankung. Die Identifizierung der physischen Faktoren, die den Schlaf beeinflussen, sollte natürlich Priorität haben. Schmerzen und Atemnot sind wahrscheinlich die häufigsten und treten bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung auf. Der Therapeut sollte sich mit dem Hausarzt oder dem Palliativteam in Verbindung setzen, um sicherzustellen, dass diese Symptome vollständig untersucht werden, dass eine angemessene Schmerzkontrolle hergestellt wird und dass das Management von Atembeschwerden optimiert wird. Sobald dies geschehen ist, werden in der KVT bei Schlaflosigkeit eine Reihe von Techniken angewendet, die sowohl Verhaltensfaktoren (Umweltkontext, Schlafgewohnheiten und Missbrauch von Alkohol und Beruhigungsmitteln) als auch kognitive Faktoren (dysfunktionale Einstellung zu Schlaf und Sorge) berücksichtigen. In der Regel erfolgt eine Beratung zur Schlafhygiene, um schlafbezogene Gewohnheiten zu ändern und nicht hilfreiche Gedanken zu bewerten (Smith und Neubauer, 2003). Eine Verbesserung des Schlafes nach einer KVT scheint in Zusammenhang mit Veränderungen der fehlerhaften Einstellung zu Schlaf und einer Reduktion von Schlafphasen untertags zu stehen (Tremblay et al., 2009).

Selbstüberwachung und Schlafhygiene

Der erste Schritt besteht darin, den Patienten zu bitten, ein Schlaftagebuch zu führen. Damit kann man verschiedene Variablen kontrollieren. Für gewöhnlich umfasst es die Zeit, wenn der Patient schlafen geht, wie lange er zum Einschlafen braucht, wie oft er nachts aufwacht, wann er aufsteht sowie seine automatischen Gedanken. Anweisungen zur Schlafhygiene bestehen normalerweise aus Ratschlägen, wie man sich am Abend verhalten sollte, um die Schlaflosigkeit zu reduzieren, sowie aus Unterweisungen zum Schlaf und zur Schlafumgebung.

Abendroutine

- Vermeiden von Koffein, Alkohol und Rauchen am Abend
- Vermeiden von zu viel Flüssigkeit vor dem Schlafengehen
- Regelmäßige Mahlzeiten; nicht hungrig ins Bett gehen
- Körperliche Betätigung regelmäßig während des Tages, jedoch nicht mehr während der letzten 3 Stunden vor dem Schlafengehen
- Entwicklung einer Routine vor dem Einschlafen, um herunter zu kommen, z. B. durch die Zubereitung eines heißen Getränks, lesen usw.

Schlafverhalten

- Täglich zur gleichen Zeit aufstehen
- Nur so viel schlafen wie nötig, um sich tagsüber erfrischt zu fühlen
- Nicht länger im Bett bleiben, um Schlaf nachzuholen
- Schlafpausen untertags vermeiden
- Nicht krampfhaft versuchen einzuschlafen

Schlafzimmer

- Störendes Licht oder Geräusche beseitigen
- Keine anderen Aktivitäten im Schlafzimmer als Schlafen und Sex; kein Fernseher oder andere Medien

Reizkontrolle

Dies ist eine etablierte Technik, die auf dem Prinzip basiert, dass bei Schlaflosigkeit das Bett des Individuums mit Wachsein und Sinnieren in Verbindung gebracht wird. Ziel ist es nun, diese Konditionierung zu durchbrechen und Bett nur mit Schlaf in Verbindung zu bringen. Der Patient soll nun jeden Tag zur gleichen Zeit aufstehen, das Schlafen auf das Schlafzimmer beschränken und das Schlafzimmer nur zu Schlaf und Sex benutzen. Um den Kreislauf zu unterbrechen, wach im Bett zu liegen und sich Sorgen über Krebs oder Schlaflosigkeit zu machen, soll der Patient – wenn er schon länger als 15 bis 20 Minuten wach ist – aufstehen und erst dann wieder ins Bett zurückkehren, wenn er sich schläfrig fühlt.

Entspannung

Entspannungstechniken, die in Kapitel 6 beschrieben sind, können ebenfalls sehr hilfreich sein.

Kognitive Techniken

Schlaflosigkeit bei Krebspatienten ist häufig gekennzeichnet von der Sorge über ein Wiederauftreten oder Fortschreiten der Krankheit. Dies kann zu Einschlafproblemen und zu Schwierigkeiten beim erneuten Einschlafen nach nächtlichem Aufwachen führen. Die Maßnahmen zur Schlafhygiene und Stimuluskontrolle können helfen zu vermeiden, dass das Bett des Betroffenen weiterhin mit Sorge in Verbindung gebracht wird.

Der Betroffene könnte sich z. B. auch einen Notizblock am Bett zurechtlegen. Wenn ein Gedanke auftaucht, kann er ihn gleich aufschreiben. Dieser Akt der Externalisierung von Sorge ermöglicht es dem Patienten manchmal, loszulassen. Die in Kapitel 8 beschriebenen Techniken können gleichermaßen effektiv bei Sorge am Tag und in der Nacht angewendet werden.

Zusätzlich zur Hauptsorge um Krebs können sich Patienten auch Sorge um die Schlaflosigkeit selbst machen. Sie können die Auswirkung einer schlaflosen Nacht auf ihre Leistung am nächsten Tag als katastrophal hinstellen oder darüber besorgt sein, dass der Schlafmangel ihren Krebs verschlimmern könnte. Mit Realitätstests kann die Wahrscheinlichkeit dieser befürchteten Folgen beurteilt werden, und mit Verhaltensexperimenten kann man die Überzeugungen testen. So kann die Angst eines Patienten, sich am nächsten Tag schrecklich zu fühlen oder sich nicht konzentrieren zu können, infrage gestellt werden, indem man ihn ein Tagebuch über seinen Schlaf und sein Leistungsverhalten führen lässt.

9.3 Müdigkeit

Müdigkeit ist das am häufigsten berichtete Symptom im Zusammenhang mit Krebs und seiner Behandlung (Hofmana et al., 2007). Es überrascht nicht, dass bei Krebspatienten ein starker Zusammenhang zwischen Schlaflosigkeit und Müdigkeit besteht (Zee et al., 2009), und kognitive Verhaltensinterventionen bei Müdigkeit müssen sich häufig auch mit Schlaflosigkeit befassen (Armes et al., 2007). Für eine nachhaltige Behandlung braucht man ein gutes Konzept. Der Aktivitätsplan kann ergänzt werden um die Aufzeichnung von Aktivität und Müdigkeit, und dann können die Gedanken zur Müdigkeit kontrolliert werden. Daraus können Informationen über die Teufelskreise des negativen Denkens, der Vermeidung und der Müdigkeit gewonnen werden, die bei Menschen mit Krebs auftreten können.

Frank war ein 79-jähriger Mann mit metastasiertem Prostatakrebs. Er war immer müde und jede Anstrengung fiel ihm schwer. Der Aktivitätsplan enthüllte, dass er viel Zeit auf dem Sofa verbrachte und fernsah. In diesen Zeiträumen bewertete er seinen Grad der Müdigkeit als hoch. Er war dann überrascht zu entdecken, dass er etwas weniger müde war, wenn er aufstand und sich mit etwas beschäftigte. Die Aufzeichnungen seiner Gedanken enthielten viele automatische Gedanken über seine Krankheit, seine Müdigkeit und seinen Schmerz, und der Therapeut konnte ihm folgenden Satz entlocken: „Wenn ich es übertreibe, mache ich womöglich alles noch schlimmer.“ Einige Diskussionen und eine Realitätsprüfung führten zu dem Ergebnis, dass Aktivität seinen Krebs nicht verschlimmern würde, und Frank konnte erkennen, dass gerade seine Inaktivität zu mehr Sorgen führte und ihn möglicherweise noch müder machte. Er beschloss, weniger Zeit auf dem Sofa zu verbringen, und stellte sicher, dass er jeden Tag zum Laden ging, um eine Zeitung zu kaufen. Er entdeckte, dass seine Schmerzen nicht schlimmer wurden, wenn er aktiver war, und dass seine Müdigkeit tatsächlich abnahm.

Interventionen gegen Müdigkeit beinhalten das Erkennen von negativen Einstellungen zu Bewegung und deren anschließende Prüfung durch geführte Entdeckung und Verhaltensexperimente. Solche Experimente umfassen normalerweise die Verwendung eines Aktivitätsplans zur Überwachung der Symptome und eine abgestufte Aufgabenzuweisung, um das Übungsniveau des Patienten schrittweise zu erhöhen.

9.4 Schmerzen

Ein Drittel aller Krebspatienten leidet unter Schmerzen. Diese Zahl steigt bei Patienten mit Krebs in fortgeschrittenem Stadium auf 75%. Fast 50% der Krebspatienten haben nicht das Gefühl, eine angemessene Schmerzkontrolle zu haben (Larue et al., 1995; Zech et al., 1995). Es gibt eindeutige Beweise für die Wirksamkeit der KVT bei der Behandlung von Krebschmerzen (s. Kap. 16). Wie bei Müdigkeit und Schlaflosigkeit werden die Überzeugungen der Patienten über ihre Schmerzen ihr Bewältigungsverhalten beeinflussen. Katastrophale Ängste in Hinblick auf die Bedeutung von Schmerz und Überzeugungen, die die Kontrolle von Schmerz betreffen, sind wahrscheinlich die beiden Hauptthemen bei Menschen, die trotz geeigneter Analgesie an starken Schmerzen leiden. Katastrophale Interpretationen von Schmerz lassen sich ebenfalls in zwei Kategorien einteilen: Befürchtungen, dass der Schmerz ein Hinweis auf die Ausbreitung der Krankheit ist und dass der Schmerz ein Zeichen dafür ist, dass das Verhalten des Patienten die Situation in irgendeiner Weise ver-

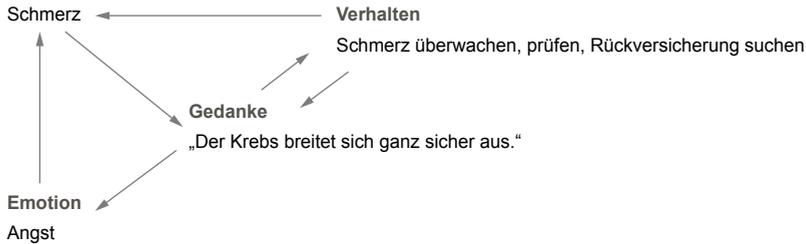


Abb. 9.3 Wechselbeziehungen zwischen Schmerz, Gedanken, Emotionen und Verhalten

schlimmert. Automatische Gedanken wie „Ich bin sicher, dass es nicht so weh tun sollte – etwas kann da nicht stimmen“ tragen zu ängstlicher Beschäftigung bei, mit anschließender Sorge, Suche nach Rückversicherung und Überprüfung, die bei diesem Anpassungsstil beobachtet werden können. Automatische Gedanken wie „Ich sollte mich besser nicht anstrengen, damit es nicht noch schlimmer wird“ führen zu Überwachungsverhalten und Vermeidung von Aktivitäten. Diese beiden katastrophalen Denkstile sind mit der Überwachung von Körperempfindungen und erhöhter Aufmerksamkeit für schmerzhaft Reize assoziiert. Abbildung 9.3 zeigt die Wechselbeziehungen zwischen Gedanken, Angst und Schmerzverhalten.

Die Arbeit mit diesen Wahrnehmungen umfasst die Psychoedukation über die Art des Schmerzes, eine Realitätsprüfung und die Erstellung von Experimenten, um zu testen, was passiert, wenn der Patient den Fokus seiner Aufmerksamkeit ändert, weniger häufig überprüft und weniger nach Rückversicherung sucht.

Das Ausmaß, in dem eine Person das Gefühl hat, Kontrolle über ihren Schmerz zu haben, beeinflusst auch die Erfahrung von Schmerz, und Menschen, die das Gefühl haben, ihren Schmerz nicht kontrollieren zu können, fühlen sich hilflos und hoffnungslos. Es hat sich gezeigt, dass verschiedene Techniken bei der Schmerzbehandlung wirksam sind, und diese sind insbesondere für Patienten mit solchen Überzeugungen hilfreich. In einem Schmerztagebuch können die Situationen oder Aktivitäten beschrieben werden, die die Symptome lindern oder verschlimmern. Sich geeignete Ziele setzen und einen abgestuften Ansatz zu verfolgen kann ein Gefühl der Selbstwirksamkeit schaffen. Patienten, die sich der Faktoren nicht bewusst sind, die ihren Schmerz möglicherweise beeinflussen, können in einen Teufelskreis von Unteraktivität geraten, wenn der Schmerz schlimmer ist, und von Überaktivität, wenn der Schmerz nachlässt. Aktivitäten schrittweise anzupassen erweist sich hier als hilfreich. Spezifische Schmerzbehandlungsstrategien wie Ablenkungs- und Entspannungstechniken können ebenfalls hilfreich sein.

9.5 Übelkeit

Übelkeit ist eine kräftezehrende Nebenwirkung der Chemotherapie, obwohl ihre Prävalenz aufgrund der reduzierten Toxizität von Chemotherapeutika und der Verbesserung von Antiemetika abgenommen hat. Antizipatorische Übelkeit ist ein besonders unangenehmes Symptom, bei dem der Patient im Vorgriff auf die Chemotherapie an Übelkeit leidet. In der Vergangenheit entwickelte sich diese Nebenwirkung bei 25 % der Patienten im vierten Behandlungszyklus, aber bei modernen Behandlungen zeigen weniger als 10 % der Patienten Symptome einer vorweggenommenen Übelkeit pro Behandlungszyklus, und 2 % oder weniger haben Symptome von vorzeitigem Erbrechen (Aapro et al., 2005).

Antizipatorische Übelkeit ist mit der Anzahl der Behandlungszyklen und einer schlechteren Kontrolle der Übelkeit während der Behandlung assoziiert, was ein deutlicher Hinweis auf das Vorliegen eines zugrundeliegenden, klassischen Konditionierungseffekts ist. Angstzustände, erwartete Übelkeit (Montgomery und Bovbjerg, 2001) und familiäre Unterstützung (Kim und Morrow, 2007) sind weitere Faktoren, die mit ihrer Entstehung zusammenhängen.

Faktoren, die antizipatorische Übelkeit vorhersagen (Morrow, 1984; Morrow et al., 1991) sind:

- Alter <50 Jahre
- Übelkeit und Erbrechen nach der letzten Chemotherapie
- Übelkeit nach der letzten Behandlung wird als „mittelschwer, schwer oder unerträglich“ beschrieben
- Beschreibung der Nebenwirkung nach der letzten Behandlung als „warm oder am ganzen Körper heiß“
- Anfälligkeit für Reisekrankheit
- „Schwitzen“ nach der letzten Behandlung
- „Allgemeine Schwäche“ nach der letzten Behandlung

Zwar lindern 5-Hydroxytryptamin-Typ-3-Rezeptorantagonisten die durch Chemotherapie verursachte Übelkeit und Erbrechen; antizipatorische Übelkeit und das Erbrechen scheinen sie jedoch nicht zu beeinflussen (Figuroa-Moseley et al., 2007). Das Antiemetic Subcommittee der Multinational Association of Supportive Care bei Krebs (MASCC) erklärte 1998, dass „die beste Behandlung für antizipatorisches Erbrechen die bestmögliche Kontrolle von akutem und verzögertem Erbrechen ist“, und fügte anschließend hinzu, dass Benzodiazepine und Verhaltensinterventionen den besten Beweis für die Behandlung dieser Erkrankung darstellen (Aapro et al., 2005).

Die Verhaltensinterventionen zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen basie-

ren auf Expositionsprinzipien. Der Patient wird Reizen ausgesetzt, die Übelkeit entweder in seiner Vorstellung oder in vivo auslösen, und zwar so lange, bis die Übelkeit abnimmt. Bei wiederholter Exposition verlieren die Symptome zusehends an Gewicht.

Identifizieren von Reizen, die Übelkeit auslösen

Die häufigsten Reize sind olfaktorisch (z. B. Geruch des Krankenhauses, Geruch des Krankenhaus-Cafés) und kognitiv (z. B. Nachdenken über den Krankenhausaufenthalt), aber auch andere Reize (z. B. Fahrt mit dem Bus zum Termin) und Gemütslage können Übelkeit auslösen (Fernandez-Marcos et al., 1996). Es wird eine Rangfolge erstellt, in der die Reize, die am wenigsten Übelkeit und Angst hervorrufen, oben stehen (ein Beispiel ist in Tab. 9.1 dargestellt). Es ist wichtig sicherzustellen, dass die Abstände zwischen den einzelnen Punkten in der Rangfolge ziemlich gleich sind, da es die Aufgabe zu schwierig machen kann, wenn der Patient plötzlich von einem niedrigen auf ein hohes Niveau wechseln muss.

Tabelle 9.1 Rangfolge von Reizen, die Übelkeit hervorrufen

Trigger/Auslöser	Stärke der Übelkeit (auf einer Skala von 0–100)
Essensgeruch	10
Im Auto gefahren werden	15
Am Krankenhaus vorbeifahren	25
Gedankliche Vorstellung der Chemotherapie	60
Krankenhausgeruch	80
Chemotherapie- Behandlungsraum	100

Reizexposition

Der Patient beginnt mit dem Auslöser (Beispiele in Tab. 9.1), der am wenigsten Übelkeit verursacht. Die Anweisung lautet, solange in der Situation zu verbleiben, bis die Übelkeit auf ein überschaubares Maß nachlässt. Es ist nicht unbedingt erforderlich weiterzumachen, bis die Übelkeit vollständig verschwunden ist. Der Vorgang wird wiederholt, bis die Situation keine signifikante Übelkeit mehr auslöst. Der Patient wechselt dann zum nächsten Punkt in der Rangfolge. Die Exposition ist noch effektiver, wenn sie real und nicht nur durch Vorstellungskraft durchgeführt wird, und wenn sie

noch verlängert und wiederholt wird. Es kann für den Therapeuten hilfreich sein, den Patienten bei einigen dieser Sitzungen zu unterstützen, dies ist jedoch nicht unbedingt erforderlich, und eine selbstgesteuerte Exposition ist kostengünstiger. Entspannung kann von Nutzen sein, damit der Patient der Übelkeit lange genug ausgesetzt werden kann, sollte jedoch mit Vorsicht eingesetzt werden, damit sie nicht zu einem Sicherheitsverhalten wird.

Mit der hier dargestellten Rangfolge (Tab. 9.1) könnte der Therapeut zunächst zeigen, dass der Patient imstande ist, Gerüche auszuhalten, indem er Lebensmittel zur Sitzung mitbringt und den Patienten auffordert, dabei im selben Raum zu sitzen. Der Patient wird gebeten, seinen gefühlten Stress oder das Ausmaß an Übelkeit in regelmäßigen Abständen anhand einer Skala von 0 bis 100 zu bewerten. Wenn das Ausmaß abnimmt, kann dies in einem Diagramm dargestellt werden. Der Patient könnte die Exposition auch zu Hause üben, beginnend mit Nahrungsmitteln, deren Gerüche er aushalten kann, bis hin zu Übelkeit auslösenden Gerüchen.

Den nächsten Schritt in der Rangfolge, im Auto gefahren zu werden, könnte der Patient sich mit einem Familienmitglied als Selbsthilfeaufgabe vornehmen. Auch hier gilt das Prinzip, mit einer leicht zu bewältigenden Aufgabe zu beginnen (z. B. in der Nähe seines Hauses zu fahren) und dann zu schwierigeren Aufgaben überzugehen (z. B. näher zum Krankenhaus heranzufahren, vorbei an bekannten Orientierungspunkten und Straßenschildern, die er von der Fahrt zur Behandlung her kennt), so dass jede Übung zu einem Erfolgserlebnis werden kann.

Der kognitive Reiz, sich die Chemotherapie gedanklich vorzustellen, kann auf zwei Arten angegangen werden:

- durch Exposition in der Vorstellung, indem sich der Patient bildlich den Behandlungsraum vorstellt oder die einzelnen Schritte der Behandlung durchspricht
- durch Ausgraben von Elementen aus seiner Bilderwelt und Durchführung einer In-vivo-Exposition (z. B. Betrachten von Bildern eines Krankenhauses, Halten einer Spritze und eines Infusionsgerätes).

Dies führt weiter zur ranghöchsten Trigger-Situation, der Anwesenheit im Chemotherapie-Raum des Krankenhauses. Bei dieser Sitzung sollte im besten Fall der Therapeut unterstützend mit anwesend sein, bei der sich der Patient schrittweise im Krankenhaus vorwärtsbewegt, immer wieder wartet, bis das Stressniveau wieder beherrschbar ist, und dann weitergeht, bis er in den Chemotherapie-Raum kommt. Für diese Übungen sollte das Krankenhauspersonal mit eingebunden werden, welches dann Geräte für die Expositionssitzungen und den Zugang zum Chemotherapie-Bereich organisieren könnte.

Kognitive Techniken

Bisher haben wir das Verfahren rein verhaltensbezogen beschrieben, aber die Exposition kann noch verstärkt werden, wenn sie in ein kognitives Verhaltenskonzept eingebettet ist. Patienten haben Erwartungen und Ansichten bezüglich einer Chemotherapie, die verzerrt oder nicht hilfreich sein können. Zum Beispiel:

- „Es wird nicht zu vermeiden sein, dass mir übel wird“
- „Ich werde es nicht aushalten können“
- „Ich kann es nicht aushalten“
- „Wenn ich mich übergeben muss, werden mich alle anstarren“
- „Ich werde die Peinlichkeit nicht ertragen können.“

Diese Gedanken können mit Hilfe der in den Kapiteln 7 und 8 beschriebenen Techniken bewertet werden. Eine mündliche Erörterung wird dazu beitragen, diese Überzeugungen in gewissem Maße zu relativieren, ihre Hauptaufgabe besteht jedoch darin, den Patienten zu motivieren, sich an Verhaltensexperimenten zu beteiligen. Die Expositionsaufgaben können darauf abzielen, bestimmte Überzeugungen zu testen, was den Prozess beschleunigen kann.

■ So wurde z. B. einer Patientin, die glaubte, dass sie die Übelkeit niemals in den Griff bekommen könne und die sich nicht vorstellen konnte, dass jemand Übelkeit ertragen kann, ein Video mit einer Person gezeigt, die ihre Erfahrung mit Chemotherapie beschrieb. Der Therapeut brachte die Patientin anschließend ins Krankenhaus und stand mit ihr im Foyer, während sie ihre Überzeugung überprüfte, dass sie nicht länger als zwei Minuten bleiben könne. Sie hielt es ganze fünf Minuten aus und verlängerte dann mit Unterstützung des Therapeuten auf 10 Minuten, womit sie ihre Vorhersage widerlegte. ■

Mit dem Modell der gezielten Exposition zur Testung bestimmter Überzeugungen kann die Behandlung möglicherweise in einer einzigen längeren Sitzung in einem Zeitraum von zwei bis drei Stunden durchgeführt werden. Die Exposition in nur einer Sitzung wurde bei Personen mit einfachen Phobien untersucht, nach unserem Kenntnisstand jedoch nicht bei der Behandlung von antizipatorischer Übelkeit und Erbrechen.

Umgehen mit Chemotherapie

Es stehen eine Reihe von Bewältigungsstrategien zur Verfügung, die Betroffenen helfen, mit der eigentlichen Behandlung fertig zu werden. Dazu gehören Entspannungs- und Ablenkungsmethoden, wie z. B. Musik hören oder Computerspiele.

ZUSAMMENFASSUNG

Die kognitive Verhaltenstherapie ist nicht auf die Behandlung von Angstzuständen und Depressionen beschränkt. Sie kann Patienten dabei helfen, mit anderen Emotionen, wie z. B. Wut, umzugehen, und spielt eine Rolle bei der Behandlung einiger der Symptome, die häufig bei Krebspatienten zu beobachten sind. In diesem Kapitel wurde beschrieben, wie die Therapie zur Behandlung von krebsbedingter Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Schmerzen und Übelkeit angepasst werden kann. In all diesen Bereichen können dieselben grundlegenden Techniken verwendet werden, aber das Modell wird auf jedes Problem verfeinert abgestimmt, damit kognitive Interventionen und Verhaltensinterventionen, insbesondere Verhaltensexperimente, effektiver eingesetzt werden können.