

Psychoonkologische Ansätze – Bedeutung für die gynäkologische Onkologie?

Kristin Härtl, Kerstin Hermelink

In den letzten Jahrzehnten hat sich in der Onkologie im Allgemeinen und in der gynäkologischen Onkologie im Speziellen ein Paradigmenwechsel vollzogen: Neben der Lebensverlängerung und Symptomverbesserung gewannen gesundheitsbezogene Lebensqualität, Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung an Bedeutung. Die Psychoonkologie befasst sich mit den komplexen psychosozialen Aspekten bei der Entdeckung, der Behandlung und im Verlauf der Krebserkrankung [1]. Sie hat sich in den letzten Jahren als interdisziplinäres Fachgebiet etabliert und gilt als wichtiger Bestandteil der modernen Krebsmedizin in allen Bereichen der Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge.

Psychosoziale Belastungen und Lebensqualität von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren

Die Diagnose Krebs gehört zu den am meisten belastenden medizinischen Diagnosen und ist mit zahlreichen Ängsten verbunden: Angst vor der Wiederkehr und dem Fortschreiten der Krebserkrankung, vor Nebenwirkungen der medizinischen Therapie, vor Schmerzen, vor beruflichen Einschränkungen, finanziellen Problemen und vor dem Tod [2]. Bei Patientinnen mit Mamma- und gynäkologischen Tumoren kommen spezifische Ängste hinzu, die das eigene Körperbild, die Sexualität und den Kinderwunsch betreffen. So gilt die Brust als Symbol von Weiblichkeit, Mütterlichkeit und Sexualität; ebenso können Uterus und Ovarien emotional hoch besetzt sein [3]. Nicht selten führen radikale operative Maßnahmen bei den betroffenen Frauen zu einem subjektiv empfundenen Verlust von Feminität und Attraktivität, einem veränderten Körperbild und sexuellen Problemen [4–6]. Zur Lebensqualität von Mammakarzinom-Patientinnen, den Belastungen durch Diagnose, Operationen, Chemo-, Radio- und Hormontherapie liegen eine Vielzahl von Studien vor [7–9]. Studien zur Lebensqualität und zu psychosozialen Belastungen bei Patientinnen mit genitalen Tumoren sind vergleichsweise selten, weisen jedoch auf langfristige Beeinträchtigungen der Lebensqualität betroffener Frauen hin [10–12]. Häufig treten bei diesen Patientinnen sexuelle Probleme, Schmerzen, Verlust der Fertilität und Beschwerden durch eine vorzeitige Menopause, Er-

schöpfungssymptome und eine generelle Einschränkung körperlicher Funktionen auf [13].

Indikation für psychoonkologischen Behandlungsbedarf

Krebspatienten reagieren auf die gleiche Diagnose sehr unterschiedlich. Ob und in welchem Umfang psychoonkologische Unterstützung benötigt wird, ist deshalb interindividuell verschieden. Oft wird jedoch der psychoonkologische Behandlungsbedarf in der klinischen Routine nicht erkannt [14]. Das ist vermutlich einer der Gründe dafür, dass zwischen der Prävalenz von Belastungsreaktionen bei Krebspatienten und der Inanspruchnahme von psychoonkologischen Behandlungsangeboten eine deutliche Diskrepanz beobachtet wurde [15]. Deshalb sollte der Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung mittels eines Screenings geprüft werden. Eine Reihe von Verfahren steht zur Verfügung:

- ▶ Beim **Belastungsthermometer** ([15], deutsche Version: [16]) gibt der Patient den Grad seiner Belastung in der vergangenen Woche auf einer Skala von 0 (keine Belastung) bis 10 (extreme Belastung) an. Ein Score ≥ 5 sollte als Hinweis auf psychoonkologischen Behandlungsbedarf betrachtet werden. Anhand einer vorgegebenen Problemliste kann der Patient zusätzlich Probleme im körperlichen, familiären, praktischen, emotionalen und spirituellen Bereich angeben.
- ▶ Die **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)** (deutsche Version: [17])

ist ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Ein Cut-off-Score auf der Gesamtskala für Angst und Depression kombiniert von ≥ 13 wird empfohlen [18].

Diese und weitere Screeninginstrumente wie der **Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK)**, die **Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)** mit einer Version speziell für Mammakarzinom-Patientinnen (PO-Bado-BK) und das **Hornheider Screeninginstrument**, das als Interview und als Fragebogen vorliegt, werden bei Herschbach & Weiß ausführlich beschrieben [19].

Psychoonkologische Interventionen

Psychoonkologische Ansätze in der gynäkologischen Onkologie umfassen psychoedukative und supportive Therapiemaßnahmen und psychotherapeutische Interventionen im engeren Sinne.

Psychoonkologische Interventionen sind in der Praxis oft methodenübergreifend, d.h. Elemente aus verschiedenen Therapieverfahren werden je nach Bedarf kombiniert, und sie sind generell eher ressourcen- als defizitorientiert. Es geht darum, die individuellen Ressourcen einer Patientin zu entdecken und zu stärken, damit sie sie bei der Bewältigung der Erkrankung nutzen kann. Ressourcen sind vielfältig und individuell sehr unterschiedlich. Persönliche Stärken und Begabungen und soziale Ressourcen wie liebevolle familiäre

Beziehungen und ein gutes soziales Netz können ebenso dazugehören wie Spiritualität und Religiosität, Erinnerungen an gemeisterte Krisensituationen in der Lebensgeschichte, die Freude an Hobbys und vieles andere.

Allen Interventionen ist gemeinsam, dass die Patientin in ihrem individuellen Krankheitserleben ernst genommen wird und Gelegenheit bekommt, die mit der Krebserkrankung verbundenen Gefühle wie Angst, Unsicherheit, Wut und Trauer auszudrücken. Dazu eignen sich besonders auch kreative Verfahren wie Kunst-, Tanz-, Musik- und Schreibtherapie.

Psychoedukative und supportive Ansätze

Psychoedukative und supportive Interventionen werden in der Akutklinik meist ausschließlich in Form von Einzelgesprächen, in der ambulanten Nachsorge oder in der stationären Rehabilitation auch als strukturierte Gruppeninterventionen angeboten [1, 20]. Inhalte sind v. a.:

- ▶ Information über Erkrankung und Therapie
- ▶ Vermittlung von Stressmanagement-techniken und adaptiven Bewältigungsstrategien
- ▶ Förderung einer hilfreichen Arzt-Patient-Kommunikation

Neben den psychoedukativen Gruppenprogrammen mit Schwerpunkt auf dem informativen Aspekt existieren auch Gruppenangebote mit stärker psychotherapeutischem Schwerpunkt [21, 22]. Diese therapeutisch geleiteten Gesprächsgruppen für Krebspatientinnen werden insbesondere in der Nachsorge angeboten. Die Teilnehmerinnen können sich als Gleichbetroffene in ihrer Krankheitsbewältigung gegenseitig unterstützen. Günstigenfalls werden neue und kreative Bewältigungsprozesse angestoßen, wenn die Patientinnen andere Einstellungen und Herangehensweisen erleben. Durch das Gruppensetting wird darüber hinaus die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit gestärkt. Grundsätzlich kann man supportiv-expressive Gruppentherapien und kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenverfahren unterscheiden [22].

Entspannungsverfahren und Visualisierungstechniken werden bei Krebspatienten zur Stärkung des körpereigenen Abwehrsystems und zur Reduktion von Schmerzen, Schlafstörungen, Fatigue und anderen psychosomatischen Symptomen

angewandt [23, 24]. Progressive Muskelrelaxation und autogenes Training zählen zu den häufigsten Entspannungsverfahren in der psychoonkologischen Behandlung [25]. Bei der progressiven Muskelrelaxation lernt die Patientin, verschiedene Muskelgruppen nach kurzer Anspannungsphase zu entspannen. Dabei wird die Aufmerksamkeit auf den Wechsel von An- und Entspannung gelenkt. Das autogene Training umfasst Selbstsuggestionen und spezielle Körperwahrnehmungen, insbesondere die Schwere- und Wärme-wahrnehmung. Bei der Visualisierung leitet der Therapeut gezielt innere Bilder auf allen Sinneskanälen der Patientin ein. Die Patientinnen trainieren durch ihre Vorstellungskraft, sich mental und emotional mit ihrer Krebserkrankung auseinanderzusetzen.

Psychotherapeutische Interventionen

Patientinnen können durch die Diagnose und die Therapie einer Krebserkrankung so stark und andauernd belastet sein, dass eine Psychotherapie indiziert ist. Zu den häufigsten psychotherapeutischen Interventionen zählen verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologisch fundierte und familientherapeutische Ansätze:

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie mit ihrer in vielen methodisch überzeugenden Studien nachgewiesenen Wirksamkeit ist auch im Bereich der Psychoonkologie eine wichtige Möglichkeit psychotherapeutischer Hilfe. Sie verfügt über eine Vielzahl von Interventionsstrategien, die bei Patientinnen mit Mammakarzinom oder gynäkologischen Malignomen angewandt werden können [26]: Positive Verstärkung und Aktivitätsaufbau werden bei Patientinnen mit depressiver Rückzugssymptomatik angewandt. Mithilfe von Rollenspielen werden schwierige soziale Situationen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung geübt. Beispielsituationen sind: Eine Krebspatientin wird in die Rolle der „Bemitleidenswerten“ gedrängt oder ungefragt werden Fallgeschichten von anderen Patienten erzählt. Durch kognitive Techniken lernt die Patientin, ihre belastenden Denkmuster zu analysieren, zu hinterfragen und schrittweise zu verändern. Beispiele für dysfunktionale Denkmuster sind: „Ich habe immer Pech; jetzt habe ich auch noch Krebs bekommen und bei mir wird es sicher schlecht ausgehen.“ oder: „Unsere Freunde rufen nicht an. Niemand mag mich mehr, weil ich Krebs

habe.“ In der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie werden klassische verhaltenstherapeutische Techniken mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Strategien kombiniert, wobei die Klärung von Werten und Lebenszielen einen großen Raum einnimmt [27, 28].

Tiefenpsychologisch fundierte Therapie

Tiefenpsychologisch fundierte Therapie fokussiert auf die durch die Brust- oder Genitalkreberkrankung ausgelöste Identitätskrise. Diese wird beschrieben als narzisstische Kränkung, Erschütterung des „So-Seins“ der betroffenen Frau, ihres Vertrauens in den eigenen Körper und ihrer Geschlechtsidentität [29]. Eine auf Deutung, Einsicht und Persönlichkeitsentwicklung abzielende Psychotherapie soll die Patientin in ihrem Krankheitsverarbeitungsprozess unterstützen und zu einer Änderung ihres Selbstbilds führen [29]. So soll ihr ermöglicht werden, die Erkrankung in ihre Lebensgeschichte und ihr Selbstbild zu integrieren. Die subjektive Krankheitstheorie der Patientin und die Verbindungen, die sie zwischen der Erkrankung und ihrer Lebensgeschichte mit ihren prägenden Konflikten herstellt, sind ein wichtiges Thema [30].

Paar- und Familientherapie

Die Krebserkrankung belastet nicht nur die betroffene Person selbst, sondern im hohen Maße auch die wichtigen Bezugspersonen. Paar- und familientherapeutische Ziele sind deshalb [31]:

- ▶ psychotherapeutische Unterstützung aller Angehörigen einschließlich der Kinder bei der Verarbeitung der Krebsdiagnose
- ▶ Förderung eines offenen Umgangs mit belastenden Gefühlen, aber auch des Ausdrucks von positiven Gefühlen wie gegenseitiger Wertschätzung
- ▶ Bewältigung familiärer Konfliktsituationen
- ▶ Angebot praktischer Hilfen bei der häuslichen Versorgung und Pflege
- ▶ familientherapeutische Trauerbegleitung bei Tod der Patientin

Weitere psychotherapeutische Behandlungsansätze wie Traumatherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie, die bereits erwähnten kreativen Verfahren, Psychodrama u. v. a. können auch bei Krebspatienten eingesetzt werden [32, 33].

Effektivitätsstudien

Studien belegen die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei Brustkrebs-Patientinnen hinsichtlich psychischem Befinden, emotionaler Belastung, Lebensqualität und psychosomatischer Symptome [34, 35]. Ein Review zur Effektivität unterschiedlicher psychosozialer Interventionen bei gynäkologischen Krebspatientinnen ergab, dass ausschließlich informationsbasierte Ansätze wenig effektiv waren, während kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen positive Effekte hinsichtlich Belastung, Selbstwertgefühl und Körpererleben zeigten. Allerdings waren die Befunde aus kontrollierten Studien divergent [4]. Bei den gruppentherapeutischen Angeboten scheint eine stärker strukturierte Gruppentherapie effektiver zu sein als unstrukturierte Gruppeninterventionen [21]. Wenn auch die Effizienz von kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie hinsichtlich Depression, Angst und verschiedener affektiver Symptome nachgewiesen werden konnte, sind auch hier die Befunde teilweise inkonsistent [22, 36, 37].

Die Frage der Effekte psychoonkologischer Interventionen auf das Überleben von Krebspatientinnen wurde über viele Studien hinweg kontrovers diskutiert. Inzwischen sind neuere Replikationsstudien erschienen [38–40], die keinen Zusammenhang zwischen Psychotherapie und dem Überleben von Patientinnen mit einem metastasierten Mammakarzinom zeigen konnten – ein direkter Einfluss von Psychotherapie auf die Überlebenszeit erscheint nach dem aktuellem Stand der Forschung unwahrscheinlich [22]. Allerdings könnte eine Psychotherapie durch die Verbesserung der Compliance, die Veränderung der Ernährung und die Förderung physischer Aktivität indirekt den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen [22, 41].

S3-Leitlinie zur psychoonkologischen Diagnostik, Beratung und Behandlung von Krebspatienten

Seit 2010 wird ein Projekt zur Erstellung einer S3-Leitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) durchgeführt und von der Deutschen Krebshilfe (DKH) gefördert [42]. Nach einer systematischen Literaturrecherche

zu den Themen „Diagnostik“, „Komorbidität und psychosoziale Belastungen“ und „Psychoonkologische Interventionen“ und entsprechenden Evidenzanalysen wurden auf dieser Basis Qualitätsindikatoren erstellt und die Leitlinie sowie eine Patientenversion der Leitlinie erarbeitet [42]. Die Veröffentlichung ist noch im laufenden Jahr geplant.

Fazit für die klinische Praxis

▼ Psychoonkologische Unterstützung und Psychotherapie für Menschen mit Krebs wird in Deutschland in Akutkliniken, onkologischen Schwerpunktzentren, Rehabilitationskliniken, Beratungsstellen und psychotherapeutischen Praxen angeboten. Psychoonkologische Unterstützung kann in Form einer Einzel- oder einer Gruppenbehandlung stattfinden. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine ambulante Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei zugelassenen Psychotherapeuten in vollem Umfang. Adressen von Psychoonkologen und Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Psychoonkologie können bei der Deutschen Krebsgesellschaft (Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie, dem Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (www.krebsinformationsdienst.de), verschiedenen psychoonkologischen Netzwerken (z.B. Netzwerk PsychoSozialeOnkologie München) oder der Kassennärztlichen Vereinigung, Koordinationsstelle Psychotherapie erfragt werden.

Interessenkonflikt

▼ Für den Beitrag liegen keine Interessenkonflikte vor.

Literatur

- 1 *Herschbach P, Heußner P.* Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Stuttgart: Klett-Cotta; 2008
- 2 *Herschbach P.* Progredienzangst. In: Weis J, Brähler E, Hrsg. Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Stuttgart: Schattauer; 2013: 23–32
- 3 *Bodden-Heidrich R.* Psychosomatische Aspekte der operativen Gynäkologie. In: Stauber M, Kentenich H, Richter D, Hrsg. Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin: Springer; 1999: 532–548

- 4 *Hersch J, Juraskova I, Price M et al.* Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 795–810
- 5 *Burwell SR, Case LD, Kaelin C et al.* Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2815–2821
- 6 *Avis NE, Crawford S, Manuel J.* Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2004; 13: 295–308
- 7 *Geinitz H, Zimmermann FB, Thamm R et al.* Fatigue in patients with adjuvant radiation therapy for breast cancer: long-term follow-up. *J Cancer Res Clin Oncol* 2004; 130: 327–333
- 8 *Lee TS, Kilbreath SL, Refshauge KM et al.* Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer. *Support Care Cancer* 2008; 16: 399–405
- 9 *Härtl K, Schreiner M.* Verhaltenstherapie. In: Heußner P, Bessler M, Dietzfelbinger H et al., Hrsg. Manual Psychoonkologie: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 3. Aufl. München: Zuckschwerdt; 2009: 194–199
- 10 *Ferrell B, Smith SL, Cullinane CA et al.* Psychological well being and quality of life in ovarian cancer survivors. *Cancer* 2003; 98: 1061–1071
- 11 *Hodgkinson K, Butow P, Fuchs AK et al.* Long-term survival from gynecologic cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecol Oncol* 2007; 104: 381–389
- 12 *Simonelli LE, Fowler J, Maxwell GL et al.* Physical sequelae and depressive symptoms in gynecological cancer survivors: meaning in life as a mediator. *Ann Behav Med* 2008; 35: 275–284
- 13 *Goncalves V.* Long-term quality of life in gynecological cancer survivors. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010; 22: 30–35
- 14 *Carlson LE, Angen M, Cullum J et al.* High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 2004; 90: 2297–2304
- 15 *Holland JC, Reznik I.* Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer* 2005; 104 (11 Suppl): 2624–2637
- 16 *Mehnert A, Müller D, Lehmann C et al.* Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2006; 54: 213–223
- 17 *Herrmann C, Buss U, Snaith RP.* Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version HADS-D: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin – Testdokumentation und Handanweisung. Göttingen: Huber; 1995
- 18 *Singer S, Kuhnt S, Götz H et al.* Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *Br J Cancer* 2009; 100: 908–912
- 19 *Herschbach P, Weiß J.* Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Berlin: Deutsche Krebsgesellschaft; 2008

- 20 Weis J, Heckl U, Brocai D et al., Hrsg. Psychoedukation mit Krebspatienten: Therapie-manual für eine strukturierte Gruppenintervention. Stuttgart: Schattauer; 2006
- 21 Leszcz M. Gruppenpsychotherapie für Brustkrebspatientinnen. Psychotherapeut 2004; 49: 314–330
- 22 Faller H. Wirksamkeit von psychoonkologischen Gruppeninterventionen. In: Weis J, Brähler E, Hrsg. Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Stuttgart: Schattauer; 2013: 120–127
- 23 Nunes DF, Rodriguez AL, da Silva Hoffmann F et al. Relaxation and guided imagery program in patients with breast cancer undergoing radiotherapy is not associated with neuroimmunomodulatory effects. J Psychosom Res 2007; 63: 647–655
- 24 Leon-Pizarro C, Gich I, Barthe E et al. A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. Psycho-Oncology 2007; 16: 971–979
- 25 Kögler M, Fegg M. Entspannungsverfahren. In: Heußner P, Bessler M, Dietzfelbinger H et al., Hrsg. Manual Psychoonkologie: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 3. Aufl. München: Zuckschwerdt; 2009: 206–210
- 26 Härtl K, Schreiner M. Verhaltenstherapie. In: Heußner P, Bessler M, Dietzfelbinger H et al., Hrsg. Manual Psychoonkologie: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 3. Aufl. München: Zuckschwerdt; 2009: 194–199
- 27 Hayes SC, Strosahl KD, Hrsg. A practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer; 2004
- 28 Geuenich K. Akzeptanz in der Psychoonkologie: Therapeutische Ziele und Strategien. Stuttgart: Schattauer; 2012
- 29 Neises M, Schuth W. Psychoonkologie. In: Stauber M, Kantenich H, Richter D, Hrsg. Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin: Springer; 1999: 549–579
- 30 Pouget-Schors D, Riedner C, Mehl U et al. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse. In: Heußner P, Bessler M, Dietzfelbinger H et al., Hrsg. Manual Psychoonkologie: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 3. Aufl. München: Zuckschwerdt; 2009: 200–206
- 31 Rechenberg-Winter P, Hütther C. Systemische Familientherapie in der Psychoonkologie. In: Heußner P, Bessler M, Dietzfelbinger H et al., Hrsg. Manual Psychoonkologie: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 3. Aufl. München: Zuckschwerdt; 2009: 223–227
- 32 Ditz S, Diegelmann C, Isermann M, Hrsg. Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs: Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer; 2006
- 33 Heußner P, Bessler M, Dietzfelbinger H et al., Hrsg. Manual Psychoonkologie: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 3. Aufl. München: Zuckschwerdt; 2009
- 34 Savard J, Simard S, Ivers H et al. Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer. Part I: Sleep and psychological effects. J Clin Oncol 2005; 23: 6083–6096
- 35 Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. J Behav Med 2006; 29: 17–27
- 36 Grassi L, Sabato S, Rossi E et al. Effects of supportive-expressive group therapy in breast cancer patients with affective disorders: a pilot study. Psychother Psychosom 2010; 79: 39–47
- 37 Antoni MH, Wimberly SR, Lechner SC et al. Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. Am J Psychiatry 2006; 163: 1791–1797
- 38 Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. N Engl J Med 2001; 345: 1719–1726
- 39 Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. Psycho-Oncology 2007; 16: 277–286
- 40 Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J et al. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. Cancer 2007; 110: 1130–1138
- 41 Kissane D. Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. Psycho-Oncology 2009; 18: 1–5
- 42 Weis J, Brähler E, Hrsg. Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Stuttgart: Schattauer; 2013



Korrespondenz

PD Dr. phil. Kristin Härtl
Abteilung Psychosomatik
und Psychoonkologie,
Klinik und Poliklinik für Frauen-
heilkunde und Geburtshilfe
der Ludwig-Maximilians-
Universität, München
kristin.haertl@
med.uni-muenchen.de