



**Fakultät für Ingenieurwissenschaften, Informatik und Psychologie**

Institut für Psychologie und Pädagogik

Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie

# **Über die Wichtigkeit der Psychotherapie in der Onkologie**

Seminararbeit zur Psychoonkologie

**Vorgelegt von:**

Luca David Cermak, [luca.cermak@uni-ulm.de](mailto:luca.cermak@uni-ulm.de)

Matrikelnummer 981404

Studiengang Psychologie, B.Sc.

**Wörter im Text:**

2.225 Wörter

## **Inhaltsverzeichnis**

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Fallbeispiel</b>                       | <b>1</b>  |
| 1.1      | Fall                                      | 1         |
| 1.2      | Vulnerabilitäts-Stress-Modell             | 2         |
| <b>2</b> | <b>Aktueller Forschungsstand</b>          | <b>3</b>  |
| <b>3</b> | <b>Kritische Reflexion und Diskussion</b> | <b>6</b>  |
|          | <b>Literaturverzeichnis</b>               | <b>9</b>  |
|          | <b>Eidesstattliche Erklärung</b>          | <b>11</b> |

# **1 Fallbeispiel**

## **1.1 Fall**

Frau B. ist 52 Jahre alt und stellte sich vor einigen Monaten bei ihrem Hausarzt vor, um eine Verhärtung der linken Brust abklären zu lassen. Außerdem berichtete sie von vermehrter Müdigkeit, einer Leistungsminderung und einem Gewichtsverlust von drei Kilogramm in den letzten Monaten. Zudem litt sie unter vermehrtem Nachtschweiß. Bei der körperlichen Untersuchung war ein etwa eineinhalb Zentimeter großer verbackener, kaum verschieblicher und nichtschmerzhafter Tumor tastbar. Daraufhin erfolgte eine Mammografie sowie eine Biopsie. Im Rahmen der Untersuchungen wurde die Diagnose Mammakarzinom gestellt. Aufgrund des auffälligen Befundes wurde die Patientin zeitnah mittels Chemotherapie nach den gängigen Leitlinien behandelt und operiert, wobei die Brust entfernt werden musste. Die Biopsie ergab, dass die umgebenden Lymphknoten noch nicht betroffen waren. Bei der Untersuchung auf Metastasen ergab sich ebenfalls kein auffälliger Befund, eine Bestrahlung war nicht notwendig.

Die Patientin sprach gut auf die Therapie an, sodass sie vollständig remittierte. In der regelmäßigen Nachsorge gab es bis jetzt keinen Anhalt für ein erneutes Auftreten.

Frau B. ist verheiratet und hat drei erwachsene Kinder und drei Enkelkinder im Kleinkind- und Kindergartenalter. Sie ist Friseurin und in Teilzeit beschäftigt. Ihr Ehemann arbeitet als Bauarbeiter, kommt abends müde nach Hause und redet sehr wenig mit der Patientin über die Problematik ihrer Erkrankung. Das belastete sie sehr. Oft fühle sie sich alleine und missverstanden. Sie hat das Gefühl, weniger wert zu sein als vor der Erkrankung und als Frau für ihren Mann nicht mehr attraktiv zu sein, da ein „Stück von ihr“ fehle. Sie hat Angst davor, aufgrund ihrer Erkrankung stark leiden zu müssen und an der Erkrankung zu sterben.

Frau B. klagt vor allem über Müdigkeit, Abgeschlagenheit und über eine hohe Stressbelastung. Oft denke sie daran, dass ein Rezidiv auftreten könne, zudem hat sie die Freude am Leben verloren. Außerdem hadere sie mit ihrem Schicksal und fragt sich, warum das Leben so ungerecht ist, welchen Sinn das Leben habe, wenn sie bald sterben müsse. Diese Gedanken verfolgen sie, sodass sie die Zeit mit ihrer Familie nicht mehr genießen könne. Nach einem ausführlichen Gespräch mit ihrem Hausarzt riet ihr dieser zu einer Psychotherapie, damit sie ihre Ängste und ihre Traurigkeit verarbeiten kann. Außerdem verordnete er ihr Bewegung an

der frischen Luft, da diese sich auf die Fitness der Patientin auswirke und das Ausführen alltäglicher Aktivitäten erleichtert und informierte sie über psychosoziale Hilfen. Frau B. vereinbarte vierteljährliche Nachsorgetermine in der Gynäkologie und stimmte der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu.

## **1.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell**

Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Wittchen & Hoyer, 2011), welches den Komorbiditäten der Depression und den Angststörungen zugrunde liegt, lassen sich intraindividuelle und soziale Vulnerabilitäten feststellen. Im Falle der Frau B. sind die intraindividuellen Faktoren weiblich und 55 Jahre alt. Das soziale Umfeld von Frau B. umfasst einen sicheren sozioökonomischen Status, ein großes familiäres Netzwerk sowie ein gesichertes Familieneinkommen durch ihren Mann und ihre Berufstätigkeit in Teilzeitarbeit, wobei sie sich einen stärkeren Halt ihres Mannes wünscht. Zu den modifizierenden Variablen gehören psychologische Faktoren sowie entwicklungsbezogene. Psychologische Faktoren Frau B. betreffend sind vor allem die starke Angst vor der Erkrankung und vor dem Tod sowie mangelndes Selbstwertgefühl und Distress. Die entwicklungsbiologischen Faktoren umfassen Müdigkeit, Leistungsminderung sowie Schwäche aufgrund der Therapie.

Die Vulnerabilitäten und modifizierenden Variablen könnten sich bei Nichthandeln insbesondere akut in beruflichen Problemen wie Arbeitsunfähigkeit, eventuell resultierende Arbeitslosigkeit bei langer Krankheitsdauer, Hilflosigkeit und Existenzängsten sowie langfristig in sozialem Rückzug, Hoffnungslosigkeit, Verlust der Lebensfreude und Zunahme der Vulnerabilität niederschlagen.

## 2 Aktueller Forschungsstand

Die Diagnose einer Krebserkrankung wie die von Frau B. bedeutet einen tiefen Einschnitt in das Leben eines Menschen. In Abhängigkeit vom Lebensalter verändert sie den bisherigen Lebensweg radikal. Es stellen sich grundlegende existenzielle Fragen und diese konfrontieren die Patientinnen und Patienten mit der Endlichkeit des Lebens. Durch die Fortschritte in der Medizin überleben deutlich mehr Menschen als früher eine Krebserkrankung, jedoch ist dies häufig mit vermehrten psychischen Folgesymptomen einer chronischen Erkrankung vergesellschaftet (Kapfhammer, 2015). Im weiteren Krankheitsverlauf treten Symptome wie erhöhtes subjektives Leiden, eine stärker beeinträchtigte Lebensqualität, höhere psychosoziale Behinderungsgrade, geringere Adhärenz bei medizinischen Behandlungen und Rehabilitationen sowie eine intensivere, das heißt kostenintensivere Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Institutionen auf. Auch auf körperlicher Ebene zeigen sich erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsraten (Kapfhammer, 2015). Ängste und Depressionen werden von Mediziner\*innen häufig nicht erkannt, es fehlt oft ein differenziertes Wissen über psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Therapien (Levin & Alici, 2010; Miller & Massie, 2010). Depressive und Angststörungen bei Krebserkrankungen deuten auf modellhafte Beziehungen zwischen somatischem Krankheitsprozess einerseits und psychopathologischer Manifestation hin.

Nachdem die Patientinnen und Patienten die Diagnose Krebs mitgeteilt bekommen haben, findet eine akute Auseinandersetzung mit der Erkrankung statt, diese sollte anschließend verarbeitet werden. Die Patientin oder der Patient durchläuft einen Trauerprozess mit Schock, Desorganisation, Verleugnung, Protest und Akzeptanz beziehungsweise Resignation, diesem gilt es, eine eigenständige psychodynamische Beachtung zu widmen. Ein Übergang zu depressiven und Angststörungen ist fließend (Kapfhammer, 2015). Depressive Störungen müssen differentialdiagnostisch abgeklärt werden und nach ICD-10 und DSM-V klassifiziert werden. Bei der Major Depression stellt sich die Frage, ob somatische Symptome wie zum Beispiel Schlafstörung, Müdigkeit, Energieverlust, Antriebsschwäche, Schmerz oder die Abnahme des Körpergewichts integraler Bestandteil einer depressiven Verstimmung oder aber Ausdruck der Tumorerkrankung bzw. aktuellen onkologischen Therapie sind. Dabei sollten kognitive und emotionale Aspekte exploriert werden, wie beispielsweise Schuldgefühle und Versagensgefühle, Interessensverlust, Anhedonie, Bestrafungsüberzeugung, Entscheidungs-

ambivalenz, Selbstwertverlust, Hoffnungslosigkeit sowie Suizidgedanken (Kapfhammer, 2015). Zudem ist an die Möglichkeit eines hypoaktiven Delirs mit fluktuierenden Störungen des Bewusstseins, Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit, Konzentration, Kognition und Wahrnehmung zu denken. Die Therapie des Delirs ist klinisch bedeutsam.

Wichtig ist zudem, Schmerzzustände zu behandeln. Falls dies nicht gelingt, ist mit massiver Agitation, das bedeutet erregte Bewegung und Unruhe, depressiver Verzweiflung und Suizidalität zu rechnen. Dies erfordert ebenfalls eine differentielle schmerzmedizinische Intervention, bevor eine antidepressive Behandlung erwogen werden sollte. Durchgehende Müdigkeit ist ein bei Karzinomen häufig prävalentes Symptom, welches Auswirkungen auf Antriebsniveau Konzentration und Schlafverhalten hat. Sie kann sowohl mit einer depressiven Störung einhergehen oder aber auch eigenständig vorkommen. Dem psychoonkologischen Konzept der Demoralisierung wird vor allem in fortgeschrittenen Stadien einer Krebserkrankung eine eigenständige diagnostische Wertigkeit zugesprochen. Es umfasst existenzielle Verzweiflung, Hilf- und Hoffnungslosigkeit und Verlust von persönlichem Lebenssinn. Durch den häufig mit einhergehenden drängenden Wunsch nach rascher Beendigung des Leidens- und Sterbeprozesses besitzt es hohe klinische Relevanz (Tecuta, Tomba, Grandi & Fava, 2014; Robinson, Kissane, Brooker & Burney, 2015).

Auch komorbide Angststörungen orientieren sich an den diagnostischen Kategorien der etablierten Klassifikationssysteme (Traeger, Greer, Fernandez-Robles, Temel & Pirl, 2012). Die einzelnen Angstkategorien können im Kontext einer Krebserkrankung eine besondere Ausprägung annehmen und die Krankheitsverarbeitung und das Krankheitsverhalten negativ beeinflussen. Dabei können spezielle Phobien, die sich auf Krankenhäuser oder Arztpraxen beziehungsweise auf medizinische Prozeduren bezüglich Diagnostik oder Therapie ausweiten und Panikattacken auftreten, die ein Vermeidungsverhalten nach sich ziehen, auftreten. Die generalisierte Angststörung, charakterisiert durch ständige Besorgnis um die eigene Gesundheit, beinhaltet Ängste aufgrund eines Rezidivs oder der Progression der Krebserkrankung. Beschämung ist nach entstellenden Behandlungen ebenso anzutreffen. Die Erlebnisse während der Diagnostik, der Übermittlung der Diagnose und der Therapie können als bedrohlich oder sogar als traumatisch erlebt werden. Die akute Belastungsstörung oder die posttraumatische Belastungsstörung werden häufig im psychoonkologischen Kontext diagnostiziert (Kapfhammer, 2014).

Die intrusive Erinnerung, das bedeutet unter anderem das Wiedererinnern traumatischer Situationen, bei der akuten Belastungsstörung und der posttraumatischen Belastungsstörung

bildet zudem die bei Krebspatientinnen und Krebspatienten meist auf aktuelle oder künftige Ereignisse bezogenen sorgenvollen Intrusionen oft nicht immer korrekt ab. Eine Differenzierung nach spezifischen oder generalisierten Angst- bzw. depressiven Störungen ist hier notwendig. Die Implementierung diagnostischer Screeninginstrumente wie zum Beispiel der Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), des Distress-Thermometers oder des Profile of Mood States-Short Form (POMS-SF) kann die Erkennungsrate von depressiven und Angststörungen in onkologischen Behandlungskontexten erhöhen. Ohne eine klinisch-diagnostische Validierung sowie vor allem ohne koordinierte Konsiliar-Liaisondienste im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich profitieren Krebspatientinnen und Krebspatienten aber kaum (Andersen et al., 2014).

Eine persistierende Depression kann die Überlebenszeit verkürzen, wie mehrere metaanalytische Studien herausgefunden haben. Sie können zudem die krebsbezogene Mortalität erhöhen. Diese Ergebnisse wurden jedoch nicht durchgängig konsistent bewertet. Vorbestehende depressive Symptome scheinen die Krebsprogression statistisch nicht signifikant zu beschleunigen, aber einen empirisch gesicherten Anstieg der krebsassoziierten Mortalität zu bewirken (Satin, Linden & Phillips, 2009; Pinquart & Duberstein, 2010). Diagnostisch sollten andere Differentialdiagnosen abgegrenzt werden. Jeder zweite Krebspatient spürt Belastungen durch die diagnostizierte Krebserkrankung (Mehnert et al., 2018). Zur Behandlung der depressiven Symptomatik gibt es Psychopharmaka wie trizyklische Antidepressiva, selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer und andere Antidepressiva, deren Anwendung Ärzten vorbehalten sind. Medikamenteninteraktionen und Nebenwirkungen sind dabei zu beachten. (Kapfhammer, 2015).

### 3 Kritische Reflexion und Diskussion

Onkologische Patientinnen und Patienten sind vielfältig belastet. Komorbiditäten bestimmen ihren Krankheitsverlauf sowie ihr Krankheitserleben. Die Schwere ihrer Erkrankung, die sich über den Karnofsky-Index bestimmen lässt, chronische Schmerzsyndrome, tumorbedingte Anorexie, Übelkeit, Erbrechen und klinisch relevante Atembeschwerden tragen signifikant zu Angst, Depressivität, massiv reduzierter Lebensqualität und Demoralisierung bei. Daher stellt sich die Frage inwieweit eine begleitende Psychotherapie sinnvoll ist und in welchem Ausmaß sie stattfinden sollte, ob in Einzel- oder in Gruppentherapie.

Die Belastungen der Patientinnen und Patienten sollten erkannt und diagnostiziert werden. Dies ist vor allem in Einzelgesprächen möglich.

Eine intensive Diagnostik, die vor allem in Einzelgesprächen stattfindet, hat ebenfalls sowohl Stärken als auch Schwächen. Folgende Stärken sind dabei hervorzuheben. Nur eine gute Diagnostik ermöglicht eine adäquate Therapie. Dabei geht der Therapeut spezifisch auf die Bedürfnisse des Patienten oder der Patientin ein und versucht die entsprechenden Probleme gemeinsam zu lösen. Neben erlebnisreaktiven Prozessen müssen dabei auch zugrunde liegende neurobiologische Zusammenhänge von Schmerz und Angst sowie Depression (Laird, Boyd, Colvin & Fallon, 2009), von krebsbezogener Müdigkeit und Depression (Brown & Kroenke, 2009), von Schlafstörung und Depressivität (Irwin, 2013) beachtet und in den Kontext einer chronischen Inflammation gestellt werden (Roxburgh & McMillan, 2014).

Bei Krebserkrankungen existieren komorbide depressive und Angststörungen mit nachteiligen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf wie vermehrtes subjektives Leiden, reduzierte Lebensqualität, größere psychosoziale Behinderungsgrade, aber auch erhöhte somatische Morbidität einschließlich schnellerer Krankheitsprogression und höherer krebsbezogener Mortalität. Krebserkrankung und koexistente affektive Störungen sind vorteilhaft in einem komplexen biopsychosozialen Modell zu konzeptualisieren, wobei psychosomatische, somatopsychische und somatische Wirkungen zu berücksichtigen sind. Aus den oben beschriebenen Belastungen und Komorbiditäten lassen sich therapeutische Strategien ableiten.

Zur Therapie sind psychosoziale und psychotherapeutische Ansätze im Therapieplan vorgesehen. Wichtig sind soziale Unterstützung gegen soziale Isolation, der emotionale Ausdruck starker negativer Affekte, eine kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen in der Verarbeitung der Krebserkrankung und das Training von Copingstrategien.



Eine weitere Möglichkeit einer Therapie ist die Gruppentherapie für Krebspatientinnen und Krebspatienten. Nachteil dabei ist, dass sich diese häufig scheuen, ihre gesamte Problematik in der Gruppe preiszugeben. Andererseits gibt eine Gruppe Halt und Stabilität. Die Patientinnen und Patienten erkennen, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind, dass auch andere Erkrankte ähnliche Probleme haben und erhalten zudem soziale Unterstützung und haben die Möglichkeit, sich auszutauschen. Dies gilt es zu berücksichtigen bei der Empfehlung der Art der Therapie.

Insgesamt ist die Verlängerung der Überlebenszeit, die Reduktion des Schmerzerlebens sowie des krankheitsbezogenen emotionalen Distresses und die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wichtig (Faller, Schuler, Richard, Heckl, Weis & Küffner, 2013). Zum Distress gehören Symptome wie Fatigue, Schlafstörungen, Schmerzen, Ängste, Sorgen und Angespanntheit, welche die Lebensqualität deutlich mindern. Krebs und komorbide psychische Erkrankungen führen zu höherem subjektivem Leiden, reduziertem Coping, negativen Interferenzen mit somatischen Therapien und Rehabilitationen, höhere Grade an sozialer Behinderung, höherem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko im weiteren Verlauf.

Eine Schwäche ist hierbei jedoch, dass die Patientinnen und Patienten häufig durch die Erkrankung selbst mit Fatigue einerseits und den Komorbiditäten wie beispielsweise der Depression, aber auch hinsichtlich ihres teilweisen langen Leidensweges nicht unbedingt therapiewillig sind. Viele vorangegangene Arztkontakte waren belastend und die Patientinnen und Patienten wünschen sich oft nichts anderes, als dass Normalität in ihr Leben einzieht ohne ständig Arzt- und Therapeutenkontakte und dass sie sich nicht ihren Ängsten, negativen Affekten und Emotionen stellen müssen. Daher ist es mitunter auch schwierig, die Betroffenen zur Mitarbeit zu gewinnen und sie zu motivieren vorwärts zu gehen. Eine Möglichkeit wäre, ihnen mitzuteilen, dass sich die erlebte Schmerzintensität durch psychotherapeutischen Einsatz reduzieren lässt, ebenso die Symptome von Angst und Depression. Somit zeigt sich, dass eine Linderung des Leidens möglich ist. Es existieren weitere empirisch erprobte psychotherapeutische und pharmakologische Interventionen für die Behandlung von komorbiden depressiven und Angststörungen. Bei medikamentösen Ansätzen, die man unterstützend und therapiebegleitend anwenden kann, sind wichtige Aspekte von Nebenwirkungen und Medikamenteninteraktionen zu beachten. Diese Therapie erfolgt meist in der Klinik und wird von ärztlicher Seite betreut.

Sportprogramme oder allgemeinere Bewegungsprogramme haben ebenfalls einen Einfluss auf die Wiedererlangung der körperlichen Fitness und sowie eine Reihe positiver Konsequenzen für die Genesung und das psychische Wohlbefinden. Körperliches Training führt verbessert das subjektive Gesundheitsgefühl, die Health Related Quality of Life von Brustkrebspatientinnen und Brustkrebspatienten, wie Mehnert, Veers, Howaldt, Braumann, Koch und Schulz (2011) bei einer Studie mit zweimaligem 90-minütigem über zehn Wochen dauerndes Training von Brustkrebspatienten herausgefunden haben. Sport gilt einerseits als protektiver Faktor für die Krebsentstehung, hat zudem Einfluss auf die Entwicklung des Tumors und steigert die Lebensqualität, die physische Fitness und die Körperwahrnehmung. Angst und Depressionen gingen zurück. Gleichbleibend zeigten sich die Health Related Quality of Life und die soziale Körperwahrnehmung. Ein protektiver Faktor war die Gruppenunterstützung und die Stärkung sozialer Beziehungen. Achtsamkeit ist ebenfalls eine hilfreiche Strategie, die Ängsten und Depressionen bei Krebserkrankungen entgegenwirken kann (Kabat-Zinn, 2013). Entspannungs- und imaginative Verfahren, Psychoeduktion, Musiktherapie, Kunst- und Tanztherapie sind ebenfalls wichtige Strategien und Therapien zur Verbesserung der krebsbezogenen Belastungen. Ergänzend sind Ergotherapie, Physiotherapie und Bewegungstherapie, Yoga und Massagen. Es gibt keine Standardlösung oder Standardtherapie, der individuelle Bedarf der Patientin oder des Patienten muss berücksichtigt werden. Und wichtig ist es, die Patienten nicht mit einer Fülle an Angeboten zu überfordern. Auf den individuellen Bedarf, auf Wünsche und Vorlieben der Patientin oder des Patienten sollte geachtet werden, um die Adhärenz, die Therapietreue des Patienten zu fördern und um motivierend zu unterstützen.

## Literaturverzeichnis

- Andersen, B., DeRubeis, R., Berman B., Gruman, J., Champion, V., Massie, M., Holland, J., Partridge, A., Bak, K., Somerfield, M. & Rowland, J. (2014). Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 1605–1620. doi: 10.1200/JCO.2013.52.4611
- Brown, L. & Kroenke, K. (2009). Cancer-Related Fatigue and Its Associations with Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Psychosomatics*, 50, 440–447. doi:10.1176/appi.psy.50.5.440
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J. & Küffner, R. (2013). Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 782–793. doi: 10.1200/JCO.2011.40.8922
- Irwin, M. (2013). Depression and Insomnia in Cancer: Prevalence, Risk Factors, and Effects on Cancer Outcomes. *Current Psychiatry Reports*, 15, 404. doi:10.1007/s11920-013-0404-1
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Books.
- Kapfhammer, H. (2014). Trauma- und Stressorbezogene Störungen: Diagnostische Konzeptualisierung im DSM 5. *Der Nervenarzt*, 85, 553–563. doi: 10.1007/s00115-013-3988-0
- Kapfhammer, H. (2015). Depressive und Angststörungen bei Krebserkrankungen. *Der Nervenarzt*, 86, 291–301. doi: 10.1007/s00115-014-4156-x
- Laird, B., Boyd, A., Colvin, L. & Fallon, M. (2009). Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psychooncology*, 18, 459–464. doi: 10.1002/pon.1431.
- Levin, T. & Alici, Y. (2010). Anxiety disorders. In J. Holland, W. Breitbart, B. Paul & P. Jacobsen (Hrsg.), *Textbook of psycho-oncology* (S. 324–331). Oxford: Oxford University Press. 2. Aufl.

- Mehnert, A., Veers, S., Howaldt, D., Braumann, K.-M., Koch, U. & Schulz, K.-H. (2011). Effects of a Physical Exercise Rehabilitation Group Program on Anxiety, Depression, Body Image, and Health-Related Quality of Life among Breast Cancer Patients. *Onkologie*, 34, 248-253. doi: 10.1159/000327813
- Mehnert, A., Hartung, T.J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U. & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27, 75–82. doi: 10.1002/pon.4464
- Miller, K. & Massie, M. (2010). Depressive disorders. In J. Holland, W. Breitbart, B. Paul & P. Jacobsen (Hrsg.), *Textbook of psycho-oncology* (S. 311–318). Oxford: Oxford University Press. 2. Aufl.
- Pinquart, M. & Duberstein, P. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40, 1797–1810. doi: 10.1017/S0033291709992285
- Robinson, S., Kissane, D., Brooker, J. & Burney, S. (2015). A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49, 595-610. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008
- Roxburgh, C. & McMillan, D. (2014). Cancer and systemic inflammation: treat the tumour and treat the host. *British Journal of Cancer*, 110, 1409–1412. doi: 10.1038/bjc.2014.90
- Satin, J., Linden, W. & Phillips, M. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 115, 5349–5361. doi: 10.1002/cncr.24561
- Tecuta, L., Tomba, E., Grandi, S. & Fava, G. (2014). Demoralization: a systematic review on its clinical characterization. *Psychological Medicine*, 45, 673-691. doi: 10.1017/S0033291714001597
- Traeger, L., Greer, J., Fernandez-Robles, C., Temel, J. & Pirl, W. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1197–1205. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5632
- Wittchen H.U. & Hoyer J. (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Verlag.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift