Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Angewandte
Psychologie

www.psychologie.zhaw.ch

Bachelorarbeit

Psychoonkologische Psychotherapie

Welche Schwerpunkte bezüglich Wirkfaktoren zeigen sich im Verlauf der psychoonkologischen Psychotherapie?

Claudia Gysling-Tappeiner

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referent: Dr. phil. Alfred Künzler

Rifferswil, Mai 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

INHALTSVERZEICHNIS

I EINLEITUNG **3**

1.1 Zielsetzung 3
1.2 Ausgangslage 4
1.3 Aufbau der Arbeit 4
1.4 Abgrenzung 5

II THEORETISCHER TEIL **6**

2 Krebsdiagnose und Behandlungsmethoden **6**

3 Klassifikation **7**

3.1 Klassifikation nach Lokalisation 7
3.2 Klassifikation nach Krankheitsstadium 7
3.2.1 Das TNM-System 7
3.2.2 Stadieneinteilung *(Staging)* 8
3.2.3 Differenzierungsgrad des Gewebes *(Grading)* 8

4 Behandlung der Krebserkrankung **9**
4.1 Therapieansätze 9
4.2 Medizinische Behandlung 9
4.3 Interdisziplinäre Unterstützung 10

5 Psychoonkologische Psychotherapie **11**
5.1 Definition Psychoonkologie 11
5.2 Psychotherapie mit Krebspatienten und ihren Angehörigen 11
5.2.1 Definition Psychotherapie allgemein 11
5.2.2 Psychoonkologischer Behandlungsbedarf 12
5.2.3 Ziele und Inhalte der psychoonkologischen Psychotherapie 12
5.3 Verschiedene Ansätze der Psychotherapie bei Krebspatienten 13

6 Psychotherapieforschung **14**
6.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapie 14
6.1.1 Die Therapiebeziehung 15
6.1.2 Die vier Wirkfaktoren nach Grawe: *Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung* und *Motivationale Klärung* 16
6.1.3 „Das zur Sprache kommen“ 17
6.2 Psychotherapie-Prozessforschung 18

III EMPIRISCHER TEIL **20**

7 Forschungsgegenstand und Methodik **20**
7.1 Fragestellung und Hypothesen 20
7.2 Angaben zur Studie und Datenerhebung 21
7.3 Psychoonkologie im Kantonsspital Aarau 21
7.4 Messinstrument: Therapeuten-Stundenbogen 22

8 Datenauswertung **24**
8.1 Faktoren- und Reliabilitätsanalyse der Stundenbogen-Items 24
8.2 Statistische Verfahren und Datenanalyse 25

9 Darstellung der Ergebnisse **26**
9.1 Beschreibung der Stichprobe 26
9.1.1 Inanspruchnahme von psychoonkologischer Psychotherapie 26
9.2 Soziodemographische Merkmale 27
9.2.1 Alter und Geschlecht 27
9.2.2 Lebens- und Wohnsituation 28
9.3 Medizinische Merkmale 29
9.3.1 Lokalisation des Tumors 29
9.3.2 Krankheitsstadium und Therapieansatz 29
9.3.3 Medizinische Behandlung 30
9.4 Angaben zur psychoonkologischen Psychotherapie 31
9.4.1 Setting und Gesamtanzahl der Sitzungen 31
9.4.2 Therapiebeginn in Wochen nach der Diagnosestellung 32
9.4.3 Art der Therapiesitzungen 33
9.4.3 Anzahl Sitzungen pro Therapeutin und Therapeut 34
9.5 Zusammenhang zwischen den einzelnen Wirkfaktoren 35
9.6 HYPOTHESEN A+B: Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der ersten psychoonkologischen Therapiesitzung nach der Diagnose bzw. der Gesamtzahl der psychoonkologischen Sitzungen und den Wirkfaktoren 37
9.7 HYPOTHESE C: Zusammenhang zwischen dem Krankheitsstadium bei der Diagnosestellung und den Wirkfaktoren 39
9.8 HYPOTHESE D: Zusammenhang zwischen dem Therapieansatz und den Wirkfaktoren 40
9.9 HYPOTHESE E: Unterschied der Wirkfaktoren der Psychotherapie mit Krebskranken im Vergleich zu Psychotherapie mit einer anderen Populationen 42

IV DISKUSSION **45**
10. Zusammenfassung 45
11. Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung 46
12. Methodenkritik 51
13. Fazit und Ausblick 52

V ABSTRACT **54**

VI LITERATURVERZEICHNIS **55**

VII ABBILDUNGSVERZEICHNIS **59**

VIII TABELLENVERZEICHNIS **60**

IX ANHANG **61**

I EINLEITUNG

In der Schweiz erkranken gemäss den Schätzungen der Krebsliga Schweiz jährlich ca. 35'000 Personen neu an Krebs, davon etwa 19'000 Männer und 16'000 Frauen (KLS, 2009).
Eine Krebsdiagnose zu erhalten, bedeutet für die betroffenen Menschen eine ausserordentliche Belastung. Krebs weckt wie kaum eine andere Krankheit negative Assoziationen (Tschuschke, 2006, S.3) und ist meist begleitet von Ängsten vor Schmerzen, körperlichen Leistungseinschränkungen, funktionellen Störungen, emotionalen Belastungen, Problemen in Partnerschaft und Familie oder im beruflich-sozialen Bereich und nicht zuletzt von Angst vor dem Tod. (Weis & Sellschopp, 2007, S. 613).
Unterstützung leisten primär die Familienangehörigen und das soziale Netz der Patienten (Faller, 2006, S. 224).
Die Krebserkrankung wird auch als „Familienkrankheit“ oder „soziale Krankheit“ bezeichnet, da die Angehörigen der Patienten durch die Krebserkrankung selbst sehr hoch belastet sind. Vor allem die Partnerinnen stellen eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer behandlungsbedürftigen psychopathologischen Symptomatik dar (Künzler, Zindel, Znoj & Bargetzi, im Druck).
Diese Erkenntnisse stützen die Forderung des Nationalen Krebsprogramms für die Schweiz 2005-2010 nach einer psychosozialen Betreuung der direkt und indirekt Betroffenen als fester Bestandteil der Krebsversorgung (Schopper & Obrist, 2005).
Auch Faller (2006, S. 225) stellt fest, dass im günstigen Fall bereits in der Klinik ein psychoonkologisches Angebot zur Verfügung stehen sollte. Doch für Hefner (2008, S. 72) besteht ein grosses Missverhältnis zwischen dem Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung und der aktuellen Forschungs- und Versorgungssituation.
Zwar rückt Psychoonkologie zunehmend ins Forschungsinteresse, doch bedarf es gemäss Multhaupt (2008, S. 3) weiterer empirischer Informationen über die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen.

1.1 Zielsetzung

Diese Arbeit untersucht Wirkfaktoren in der Psychotherapie mit Krebspatienten und ihren Angehörigen. Sie strebt einen Erkenntnisgewinn darüber an, ob sich Schwerpunkte bezüglich Wirkfaktoren in der psychoonkologischen Psychotherapie zeigen. Zudem hat sie das Ziel, eine Übersicht über die Daten zur Perspektive der Therapeuten auf den Therapieprozess in der psychoonkologischen Psychotherapie zu gewinnen und will deren Einschätzung von Wirkfaktoren mit denjenigen einer anderen Studie in der stationären Drogentherapie vergleichen.

1.2 Ausgangslage

Die Studie *COPING – Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern* des Instituts für Psychologie der Universität Bern in Zusammenarbeit der Krebsliga Schweiz [KLS], der Krebsliga Aargau [KLA], und dem Kantonsspital Aarau [KSA], untersucht die Bedingungen, welche bei Betroffenen und Partnern die Entwicklung von positiven und negativen Veränderungen aufgrund der Krebsdiagnose bewirken und wie sich diese Veränderungen im Zeitlauf zeigen (Universität Bern, 2005).
Von rund 500 psychoonkologischen Psychotherapie-Sitzungen, welche im Untersuchungszeitraum am Kantonsspital Aarau stattfanden, liegen Daten von Stundenbögen vor, welche die Perspektive der Therapeuten zu Wirkfaktoren der Psychotherapie erfassen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit beschreibt zuerst die Bedeutung einer Krebsdiagnose für die Betroffenen, die Klassifikation einer Krebserkrankung und verschiedene Behandlungsmethoden.
Danach zeigt sie auf, wie psychotherapeutische Unterstützung im Gebiet der Psychoonkologie eingebettet ist und erklärt den Begriff der Psychoonkologie, spezifische Therapieinhalte und –ziele sowie verschiedene Ansätze der Psychotherapie bei Krebspatienten.
Der zweite theoretische Schwerpunkt bildet Psychotherapieforschung und Psychotherapie-Prozessforschung. Den anerkannten allgemeinen Wirkfaktoren, die „Therapiebeziehung“ sowie den vier Wirkfaktoren nach Grawe ist ein Kapitel gewidmet, welches durch das „zur Sprache kommen“ als weiterer Wirkfaktor ergänzt wird.
Der empirische Teil beinhaltet den Forschungsgegenstand mit Angaben zur Studie und zur Datenerhebung sowie eine Erläuterung zu den verwendeten Stundenbögen. Es folgt die Untersuchung der aus den Stundenbögen vorliegenden Daten mit statistischen Analysen zur Beantwortung der Fragestellung.
Die Ergebnisse werden nach einer Zusammenfassung im Diskussionsteil interpretiert. Im Zentrum steht die Beantwortung der Fragestellung und der zugrunde liegenden Hypothesen. Abschliessend folgen eine kritische Reflexion über die Arbeit und die Methoden, ein Fazit und ein Ausblick mit weiterführenden Fragen.

In dieser Arbeit sind immer beide Geschlechter angesprochen. Um den Sprachfluss nicht zu behindern werden die Bezeichnungen „Patienten“, „Therapeuten“ und „Partner“ verwendet, wobei immer Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Partnerinnen und Partner gemeint sind, sofern nichts anderes vermerkt ist.

1.4 Abgrenzung

Diese Arbeit geht nicht auf Erklärungsmodelle zur Entstehung von Krebserkrankungen ein. Für die Untersuchung der Fragestellung werden weitere Variablen wie Krankheitsverlauf, Schmerzen, Müdigkeit, psychopathologische Auffälligkeiten oder Persönlichkeitsmerkmale, von denen Einfluss auf den Verlauf der psychoonkologischen Psychotherapie vermutet werden kann, nicht miteinbezogen, da sonst der Rahmen der Arbeit gesprengt würde.

II THEORETISCHER TEIL

2. Krebsdiagnose und Behandlungsmethoden

„Jetzt war die Bombe geplatzt.
Mein erstes Gefühl war: Unsere Zukunft ist zerstört.“
Allerdings klammerten wir uns beide auch sofort an den folgenden Satz des Chirurgen:
„Man kann da aber etwas machen! Dieser Krebs lässt sich ganz gut behandeln!“
Hans Jellouschek

Wie für den deutschen Psychologien Hans Jellouschek, der den Moment der Diagnosemitteilung seiner an Krebs erkrankten Frau im Buch „Bis zuletzt die Liebe“ eindrücklich beschreibt, bedeutet die Diagnose „Krebs“ für die meisten Menschen eine starke Erschütterung. Oft wird vom „Diagnoseschock“ gesprochen (Herschbach & Heussner, 2008; Jellouschek, 2002). Mit der Diagnose geht in der Regel das Erleben einer erheblichen psychischen Belastung einher (Hefner, 2008; Heinrichs & Zimmermann, 2008; Tschuschke, 2006).
Mit der Diagnose, der Präzisierung und der folgenden Primärtherapie beginnt für die Betroffenen die eigentliche Krankheit (Schwarz & Singer, 2008, S. 67).
Laut Faller (2006, S. 223) möchten die meisten Krebskranken möglichst vollständig über ihre Erkrankung informiert werden. An zweiter Stelle steht das Bedürfnis, bei Entscheidungen zur Behandlung, Diagnostik und Nachsorge miteinbezogen zu werden. Um Gefühle der Bedrohung, Unvorhersehbarkeit und Unkontrollierbarkeit nach einer Krebsdiagnose bewältigen zu können, ist es für Faller prioritär, dass Betroffene umfassend informiert werden darüber, was sie unternehmen können, um den weiteren Verlauf günstig zu beeinflussen.
Zur Information gehört zunächst die Unterscheidung von Tumorerkrankungen, welche gutartig (benigne) oder bösartig (maligne) sein können. Mit der Diagnose „Krebs“ wird ein Tumor bezeichnet, der als bösartig identifiziert wurde. Hauptmerkmale von Krebserkrankungen sind das unkontrollierte Zellwachstum, das Eindringen von Krebszellen in gesundes Gewebe (Invasivität) sowie die Metastasierung, welche vor allem über das Lymph- oder das Blutsystem geschieht. Krebs kann in mehr als hundert unterschiedlichen Formen erscheinen.

Um weitere Therapieschritte zu planen, werden Tumore hinsichtlich ihres Entwicklungsstadiums klassifiziert (Heinrichs & Zimmermann, 2008, S. 14-16).

3 Klassifikation

Tumorerkrankungen werden nach dem Ort des Auftretens (Lokalisation), der Ausbreitung (Staging), der Differenzierung (Grading) und der Art des Ursprungsgewebes eingeteilt (KID; Schwarz & Singer, 2008; Sobin & Wittekind, 1997). Auf die Klassifizierung nach Art des Ursprungsgewebes geht diese Arbeit nicht näher ein.

3.1 Klassifikation nach Lokalisation

Weltweit einheitlich wird die Lokalisation eines Tumors anhand des ICD, International Classification of Diseases, charakterisiert. Bösartige Krebserkrankungen sind in der aktuellen Version des ICD-10 im Kapitel II, C00-C97 (malignant neoplasms), beschrieben (WHO, 2010).

3.2 Klassifikation nach Krankheitsstadium

Für die Einstufung des Krankheitsstadiums und der Ausbreitung der Krankheit ist weltweit die Anwendung des TNM-Systems der UICC, Union Internationale Contre le Cancer, verbreitet (UICC, 2010):

3.2.1 Das TNM-System

TNM steht für engl. „tumor“, „node“, „metastasis“ (Sobin & Wittekind, 1997, S. 76):

„T“ bezeichnet die Grösse, Tiefe und Ausdehnung des Primär-Tumors

TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Keine Anzeichen eines Primär-Tumors
Tis	Carcinoma in situ. Diese Karzinome sind klar auf ihren Ursprungsort begrenzt, gelten als nicht invasiv und metastasieren i.d.R. nicht.
T1	Grösste Tumorausdehnung höchstens 2 cm
T2	Grösste Tumorausdehnung 2 bis 5 cm
T3	Grösste Tumorausdehnung mehr als 5 cm
T4	Massiver Tumor mit direkter Ausdehnung auf Nerven, Blutgefässe, Haut, Knochen oder andere Organe

„N“ zeigt den Befall von Lymphknoten an

NX	Ein Befall von Lymphknoten kann nicht beurteilt werden
N0	Keine Anzeichen für Lymphknotenbefall
N1	Einige Lymphknoten sind befallen
N2	Mehrere Lymphknoten sind befallen
N3	Viele Lymphknoten sind befallen
N4	Sehr viele Lymphknoten sind befallen

„M“ gibt an, ob Fernmetastasen gefunden wurden

MX	Das Vorliegen von Fernmetastasen kann nicht beurteilt werden
M0	Keine Anzeichen für Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen vorhanden

Nachdem die TNM-Klassifikation vorgenommen wurde, wird der Befund kombiniert, um das Krankheitsstadium zu bestimmen.

3.2.2 Stadieneinteilung (Staging)

In der Regel bedeutet ein höheres Krankheitsstadium eine geringere Heilungschance. Nachfolgend ein Beispiel, wie das TNM-System zur Bestimmung des Krankheitsstadiums angewendet wird (Sobin & Wittekind, 1997, S. 77):

Stage	**I**	T1	N0	M0
Stage	**II**	T2	N1	M0
Stage	**III**	T3	N0	M0
		T1-T3	N1	M0
Stage	**IV**	T4	N0-N1	M0
		T0-T4	N2-N3	M0
		T0-T4	N0-N4	M1

3.2.3 Differenzierungsgrad des Gewebes (grading)

Zusätzlich zum TNM-System liefert der Grad der Differenzierung des Tumorgewebes vom Normalgewebe einen wichtigen Hinweis für die Prognose einer Krebserkrankung: Je differenzierter der Tumor, desto langsamer das Wachstum, desto unwahrscheinlicher eine Metastasierung und desto besser ist die Prognose (KID, 2010).

GX	Der Malignitätsgrad kann nicht beurteilt werden
G1	Gut differenziert
G2	Mässig differenziert
G3	Schlecht differenziert
G4	undifferenziert

4. Behandlung der Krebserkrankung

Ist eine Krebserkrankung einmal diagnostiziert, soll laut Dietzfelbinger (2009, S. 128) direkt die Aufklärung über die angezeigten Behandlungsschritte erfolgen.

4.1 Therapieansätze

Je nach Art und Stadium der Krebserkrankung werden vier Therapieansätze unterschieden (Dietzfelbinger, 2009, S. 128-129):

- **Kurativer Ansatz**: Das Ziel dieser Behandlung ist die Heilung. Die Tumorzellen werden operativ entfernt oder durch Chemotherapie oder Bestrahlung zerstört. Dabei müssen neben den realistischen Erfolgsaussichten auch Nebenwirkungen der Therapie berücksichtig werden.
- **Adjuvanter Ansatz**: Nach erfolgreicher erster Behandlung soll durch weitere ergänzende Behandlungen, wie Chemo-, Hormon- und/oder Strahlentherapie, das Risiko eines Rezidivs oder einer Metastasierung verringert werden. Eine neoadjuvante Therapie geschieht präoperativ mit dem Ziel einen Tumor zu verkleinern oder eine operable Situation herzustellen.
- **Palliativer Ansatz**: Bei Fortschreiten des Tumors oder im unheilbaren Stadium wird grösserer Wert auf nebenwirkungsarme Behandlung gelegt mit dem Ziel, die Symptome zu kontrollieren und die Lebensqualität zu verbessern.
- **„Wait and see“**: Die Krankheitssituation kann im Sinne einer „Watchful-waiting“-Strategie überwacht werden, falls es unklar oder unwahrscheinlich erscheint, dass in nächster Zeit nachteilige Auswirkungen entstehen. Für die Patienten kann dieses Vorgehen psychisch als sehr belastend erlebt werden (vgl. auch KLS, 2010).

4.2 Medizinische Behandlung

In der Literatur wird häufig darauf hingewiesen, dass die verschiedenen Behandlungsmethoden sehr unterschiedlich auf den Tumor einwirken. Nachfolgend werden die meist angewandten Therapieformen kurz beschrieben (Herschbach & Heussner, 2008, S. 43):

- Die **Chirurgie** entfernt das Tumorgewebe durch eine Operation und wirkt ausschliesslich lokal. Dieser Eingriff kann Funktionseinbussen, Organverluste oder Amputationen verursachen. Dabei ist eine Abwägung gegenüber den Heilungsaussichten oder dem Gewinn an Lebenszeit vorzunehmen.

- Die **Strahlentherapie** hat das Ziel, die Tumorzellen zu zerstören, wobei die gesunden Gewebe und Organe weitgehend geschont werden sollen. Die Behandlung wirkt im sogenannten Tumorbett und wird auf die dazugehörigen Lymphabflussgebiete ausgedehnt. Dabei müssen für unterschiedliche zu bestrahlende Körpergewebe die Dosierungen der Grenzstrahlen beachtet werden, da die Bestrahlung akute und späte Nebenwirkungen verursachen kann.
- Mit **Chemotherapie** wird meist die medikamentöse Tumortherapie gleichgesetzt . Über das Blutgefässsystem erreicht das Medikament die Krebszellen überall im Körper. Neben Substanzen, die das Zellwachstum hemmen und Zellen zum Absterben bringen (Zytostatika) werden auch Antikörper und Hormone eingesetzt. Nebenwirkungen entstehen auch an gesunden Zellen und Geweben, insbesondere bei sich schnell teilenden Zellverbänden, wie Haare, Blutzellen, Haut und Schleimhäute.
- **Supportive Therapiemassnahmen**, welche keine tumorspezifische Wirkung haben, werden als wichtige Ergänzung zur Linderung oder Prävention von Nebenwirkungen und tumorbedingten Symptomen eingesetzt. Neben Medikamenten gegen Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, kommen auch Entspannungsverfahren zum Einsatz, um den Umgang mit Nebenwirkungen zu verbessern.

4.3 Interdisziplinäre Unterstützung

Um Wirkprinzipien in der Krebsbehandlung optimal kombinieren zu können, erweist sich gemäss Beyer (2010, S. 31) seit einigen Jahren eine „multimodale Therapie“ als erfolgreich. Ein solches Behandlungskonzept wird idealerweise unter Einbezug aller beteiligter Fachdisziplinen festgelegt.
Zur interdisziplinären Unterstützung von Krebspatienten gehört die Psychoonkologie oder synonym auch psychosoziale Onkologie genannt (Dietzfelbinger, 2009, S. 11).
Die Psychoonkologie hat sich als interdisziplinäres Fachgebiet innerhalb der Medizin etabliert und gilt heute als fester Bestandteil einer modernen Krebsbehandlung (Koch & Weis, 2009, S. 9).

5. Psychoonkologische Psychotherapie

Im folgenden Kapitel wird näher auf die Psychoonkologie und die psychoonkologische Psychotherapie eingegangen**.**

5.1 Definition Psychoonkologie

Die Schweizerische Gesellschaft für Psycho-Onkologie [SGPO] unterscheidet Psychoonkologie als Wissenschaft und als Tätigkeitsfeld:

Die SGPO (2010) verwendet für **Psychoonkologie als Wissenschaft** die Definition nach Mehnert, Petersen und Koch (2003, S. 5):

> „Psychosoziale Onkologie und Psychoonkologie bezieht sich „auf alle klinischen und wissenschaftlichen Bestrebungen zur Klärung der Bedeutsamkeit psychologischer und sozialer Faktoren in der Entwicklung und dem Verlauf von Krebserkrankungen und den individuellen, familiären und sozialen Prozessen der Krankheitsverarbeitung sowie der systematischen Nutzung dieses Wissens in der Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten."

Weiter beschreibt die SGPO (2010) **Psychoonkologie als Tätigkeitsfeld** in Anlehnung an Schwarz (2003):

> „Das vorrangige Ziel der Psychoonkologen ist, Krebskranke und deren Angehörige bei der Verarbeitung ihrer Krankheit zu unterstützen. Dazu nutzen die Psychoonkologen empirisches Wissen aus den Bereichen Onkologie Sozialwissenschaften, Psychologie, Sozialmedizin, Psychosomatik und Psychiatrie."

5.2 Psychotherapie mit Krebspatienten und ihren Angehörigen

5.2.1 Definition Psychotherapie allgemein

Psychotherapie ist die gezielte, professionelle Behandlung psychischer und/oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln. Dazu gehören immer Gespräche, oft kommen aber auch spezifische Techniken hinzu. Psychotherapie wird ambulant, stationär und teilstationär, einzeln, in Gruppen, Paar- und Familientherapie angewendet (Häcker & Stapf, 2004).
Für Rudolf und Henningsen (2008, S. 320) setzt die Durchführung einer Psychotherapie auf Seiten der Patienten Behandlungsbedürftigkeit voraus. Diese ist gegeben, wenn Leidenszustände oder krankhafte Störungen im Bereich der Körperfunktionen, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung oder der sozialen Beziehungen vorliegen und diese Störungen von den Patienten nicht wissentlich beeinflusst werden können.

5.2.2 Psychoonkologischer Behandlungsbedarf

Die Art und Schwere der Erkrankung sowie die medizinische Behandlung beeinflussen die Ausprägung von psychosozialen Folgeproblemen. Doch nicht alle Krebspatienten benötigen psychoonkologische Unterstützung. Nach Schätzungen bewältigen ungefähr die Hälfte der Betroffenen die Belastungen mit eigenen personalen oder sozialen Ressourcen. Zum Teil beanspruchen Betroffene keine Unterstützung oder äussern keinen Bedarf, weil sie die zu starke Konfrontation mit den Krankheitsproblemen und eine damit verbundene Destabilisierung befürchten (Weis und Sellschopp, 2007, S. 615).
In einer australischen Studie über die Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung durch Krebspatienten zeigte sich, dass eher weibliche und eher jüngere Patienten, welche grossen Belastungen aufgrund der Krebserkrankung ausgesetzt sind, psychoonkologische Unterstützungsangebote nutzen (Steginga et al., 2008).
Ein psychologischer Betreuungsbedarf ergibt sich nach Weis und Sellschopp (2008, S. 615) vor allem in den folgenden Phasen:

- Mitteilung und Verarbeitung der Diagnose
- Behandlung und damit verbundene Nebenwirkungen
- Rehabilitation und Nachsorge
- Rezidiv bzw. Auftreten von Metastasen
- Palliative bzw. terminale Phase

5.2.3 Ziele und Inhalte der psychoonkologischen Psychotherapie

Psychoonkologische Psychotherapie hat das primäre Ziel, die psychische Befindlichkeit und Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung sowie die Lebensqualität der Patienten zu verbessern (Weis & Sellschopp, 2007, S. 616).
Als weitere spezifische Behandlungsziele werden folgende genannt:

- Reduktion von Angst, Depression, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit
- Ermutigung zu offenem Ausdruck von Gefühlen, insbesondere Angst, Wut und belastenden Gefühlen
- Verbesserung des Selbstwertgefühls und der mentalen Einstellung zur Krebserkrankung
- Förderung der verbleibenden Gesundheit und personalen Ressourcen
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Patienten und Angehörigen
- Entwicklung individueller Lebensziele und Stärkung des Selbsthilfepotentials
- Unterstützung bei Fragen der beruflichen und privaten Alltagsbewältigung
- Auseinandersetzung mit Sterben und Tod sowie Spiritualität

5.3 Verschiedene Ansätze der Psychotherapie bei Krebspatienten

Laut Faller (2006, S. 225) werden drei Arten von psychoonkologischen Interventionen unterschieden:

- **Supportiv-expressive (psychodynamische) Therapie** will den Patienten helfen, sich mit ihrer Krankheit auseinander zu setzen, die damit verbundenen Gefühle auszudrücken, Bewältigung zu fördern und einen Sinn zu finden.
- **Kognitiv-behaviorale Therapie** wendet verhaltenstherapeutische Techniken an, wie kognitive Umstrukturierung, Gedankenstopp bei belastenden Gedanken und imaginative Techniken sowie Entspannungsverfahren zur Schmerzbewältigung, mit dem Ziel, die Ressourcen der Patienten zu stärken und Bewältigungsmöglichkeiten zu fördern.
- **Psychoedukative Interventionen** basieren auf einem strukturierten Manual und werden meist in der Gruppe durchgeführt. Zusätzlich zur psychischen Unterstützung erhalten die Patienten Informationen über die Krankheit und die Behandlung und sie lernen Bewältigungsstrategien und Entspannungsverfahren.

Bei körperorientierten Interventionen sollte ein „minimalinvasives“ Vorgehen beachtet werden, um bei den Patienten Gefühle des „aufgewühlt Seins“ oder in „sich eingedrungen Seins“ möglichst zu vermeiden (Verres et al., 2002, zit. nach Künzler & Lenz, 2010, S. 269).
Gemäss Faller (2006, S. 225) belegen zahlreiche Studien, dass psychoonkologische Interventionen im Hinblick auf die Verbesserung der Lebensqualität und des emotionalen Befindens der Teilnehmer wirksam sind. Zur Verminderung von Therapienebenwirkungen wie Übelkeit bei Chemotherapie haben sich Entspannungsverfahren, z.B. Imaginationstechniken als sehr wirksam erwiesen. Psychoedukative Interventionen scheinen eine günstige Auswirkung zu haben, währenddessen unstrukturierte Gruppentherapien, die lediglich dem Austausch von Gefühlen dienen, sich sogar schädlich auswirken können.
Das Vermitteln von Erfolgserlebnissen, durch aktives Ausprobieren von Interventionen oder Bewältigungstechniken wird als besonders wichtig erachtet, da dadurch das Selbstwirksamkeitserleben der Patienten gestärkt werden kann. Psychoonkologische Interventionen verlängern die Überlebenszeit jedoch nicht.

6. Psychotherapieforschung

Dieses Kapitel ist dem zweiten theoretischen Schwerpunkt Psychotherapieforschung, gewidmet.
Psychotherapieforschung hat das Ziel, die Wirksamkeit und die Wirkweise von Psychotherapie zu untersuchen. Nach anfänglicher Forschung nach einer generellen Wirksamkeit der Psychotherapie gegenüber einer Spontanremission rückten später die Wirksamkeit einzelner Therapieformen und die Bestimmung bestimmter wirksamer Faktoren ins Zentrum (Häcker & Stapf, 2004).
Zusätzlich zur Wirksamkeits- bzw. Ergebnisforschung („outcome research") entwickelte sich die Psychotherapie-Prozessforschung („process research"), welche die während der Behandlung ablaufenden Prozesse untersucht (Margraf, 2009, S. 36).
Nachfolgend wird näher auf allgemein anerkannte Wirkfaktoren in der Psychotherapie sowie den moderneren Zweig der Psychotherapieforschung, die Prozessforschung, eingegangen. Zudem werden die wichtigsten anerkannten Wirkfaktoren in einer Psychotherapie werden erläutert: die Therapiebeziehung und die vier Wirkfaktoren nach Grawe. Weiter soll auch auf das „zur Sprache kommen" eingegangen werden, was Lang (2003) aus psychodynamischer Sicht als einen weiteren zentralen Wirkfaktor bezeichnet.

6.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Die Wirksamkeit von Psychotherapie im Allgemeinen gilt nach mehreren Jahrzehnten intensiver Forschung heute als belegt (Margraf, 2009, S. 58).
Verschiedene Forschungen gingen über die Frage hinaus, ob eine Therapie wirkt, und untersuchten, welche Faktoren eine positive Wirkung der Psychotherapie beeinflussen. Dabei liessen sich über die verschiedenen Therapieschulen hinausgehende sogenannte „unspezifische Wirkfaktoren" herauskristallisieren (vgl. Grawe, 1995, 1998, 2005a, 2005b; Grawe et al. 1994, 1990a, 1990b; Hain, 2001; Miller, Duncan & Hubble, 2000; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).
Neben den Faktoren, welche innerhalb der Therapie zusammenwirken, sollen gemäss Miller, Duncan und Hubble (2000, S. 40-47) sogenannte „aussertherapeutische" Faktoren den stärksten Einfluss auf das Ergebnis der Psychotherapie ausüben. Dies entspricht auch der Ansicht Lamberts (1992), der deren Anteil auf vierzig Prozent schätzt. Aussertherapeutische Faktoren umschreiben klientenspezifische Variablen, wie Persönlichkeit, Motivation, Bereitschaft und Fähigkeit der Patienten, sich in eine therapeutische Beziehung einzulassen sowie ihre Reflexionsfähigkeit und nicht zuletzt auch förderliche Aspekte des Umfeldes. (Hain, 2001; Lambert, 1992; Lang, 2003; Miller et al., 2004).

6.1.1 Die Therapiebeziehung

Als eines der am besten gesicherten Ergebnisse vieler „process-outcome“-Forschungen anerkannt, ist der Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und dem Therapieprozess bzw. Therapieerfolg. (Lang, 2003, Orlinsky et al., 1994). Grundlage für einen grossen der Teil Psychotherapieforschung war Carl Rogers Auffassung der therapeutischen Beziehung (1957). Er formulierte anfänglich sechs „notwendige und hinreichende“ Bedingungen, die ein Therapeut erfüllen sollte, um die Basis für eine konstruktive Psychotherapie zu schaffen.
Diese wurden später auf drei Grundsätze reduziert (Kriz, 2007, S. 172):

- Unbedingte positive Zuwendung oder auch als positive Wertschätzung und emotionale Wärme, Akzeptanz, Achtung und Respekt beschrieben.
- Echtheit oder auch Kongruenz, Selbstaufrichtigkeit, „Ohne Fassade-Sein“ oder Selbstintegration benannt.
- Einfühlendes Verstehen oder auch Empathie, Verständnis, nicht wertendes Eingehen

Das Konzept des „therapeutischen Bündnisses“ erweiterte Rogers Gedanken, indem es die Partnerschaft oder Zusammenarbeit beim Erreichen der Therapieziele betont und so die Grundhaltungen des Therapeuten mit dem verbindet, was der Klient zum therapeutischen Milieu beiträgt (Marmar et al., 1986).
Als grundlegende Voraussetzung für den Therapieerfolg hat sich erwiesen, dass der Klient die Grundhaltungen des Therapeuten wirklich erfahren und spüren kann (Bachelor, 1988, zit. nach Miller et al., 2000, S. 43), sowie dass er tatsächlich motiviert und engagiert ist, mit dem Therapeuten zusammen zu arbeiten (Orlinsky et al., 1994).
Orlinsky et al. (1994) formulierten konkrete Leitlinien zur Steigerung des Beitrags von Beziehungsfaktoren zum Therapieergebnis:

- Die Behandlung sollte sich am Motivationsniveau des Klienten oder an seiner momentanen Änderungsbereitschaft ausrichten.
- Die Behandlung sollte sich an den Therapiezielen des Klienten ausrichten.
- Die Behandlung sollte sich daran ausrichten, wie der Klient die therapeutische Beziehung sieht.

Lang (2003) folgert, dass die therapeutische Beziehung der zentrale Wirkfaktor ist, auf dessen Basis therapeutische Interventionen überhaupt erfolgreich wirken können.
Horvath und Luborsky (1993) konnten aber keine Anhaltspunkte dafür finden, dass die Therapiebeziehung umso tragfähiger wäre je länger die Therapie dauert.

6.1.2 Die vier Wirkfaktoren nach Grawe

Grawe und seine Mitarbeiter legten zwei umfangreiche Metaanalysen empirischer Studien über die Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Ansätze vor, die viel Beachtung erfuhren aber auch kontrovers diskutiert wurden. Daraus kristallisierte Grawe vier wichtige, Therapieschulen übergreifende „therapeutische Wirkfaktoren“ heraus, die nachfolgend zusammengefasst beschrieben werden (Grawe et al., 1994; Grawe, 1995, 2005a, 2005b):

- **Ressourcenaktivierung**
  Dieser Wirkfaktor umfasst , was in der Psychotherapieforschung als „unspezifische“ Wirkfaktoren bezeichnet werden: die Erwartung der Patienten auf Verbesserung, die Motivation des Patienten und eine gute Therapiebeziehung, welche u.a. durch die Entsprechung der individuellen Ziele, Eigenarten und Gewohnheiten des Klienten mit dem therapeutischen Vorgehen charakterisiert ist. Besonders wichtig ist, ob der Patient den Therapeuten als unterstützend, aufbauend und in seinem Selbstwert positiv bestätigend erlebt und sich selbst fähig für eine gute Beziehung erleben kann. So kann sein Wohlbefinden gestärkt und seine Aufnahmebereitschaft für veränderungsorientierte therapeutische Interventionen erhöht werden.
  Dem Patienten kann besonders gut geholfen werden, wenn an seine positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen angeknüpft wird und sich der Patient in der Therapie in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann. Ziel ist es, die Stärken, Einstellungen, Ziele sowie Eigenarten des Patienten hervorzubringen und für den Veränderungsprozess zu nutzen.

- **Problemaktualisierung**
  Der Wirkfaktor Problemaktualisierung umschreibt, dass die Probleme des Patienten im Setting der Therapie zum Erleben gebracht und durch das reale Erleben erst behandelt und somit in ihrer Bedeutung verändert werden können. Die meisten therapeutischen Konzepte erachten diesen Aspekt als das zentrale Element einer Therapie. Unterschiede bestehen nur hinsichtlich der Art und Weise, wie diese Prozesserfahrung herbeigeführt werden kann.

- **Problembewältigung**
  Der Therapeut unterstützt den Patienten aktiv mit geeigneten Massnahmen, um bestimmte Probleme, Schwierigkeiten oder Zustände besser bewältigen zu können. Dabei muss der Therapeut über ein reichhaltiges Erfahrungswissen verfügen und je nach Problem und Situation unterschiedliche Techniken anbieten können, z.B. Selbstsicherheitstraining, Reizkonfrontation, Entspannungsverfahren,

Stressbewältigungstraining, Kommunikations- und Problemlösungstraining, familientherapeutische Interventionen etc..
Für die therapeutische Wirkung entscheidend ist, dass sich der Patient im Erleben seines Problems ernst genommen fühlt und die reale Erfahrung macht, besser im Sinne seiner Ziele mit dem Problem zurechtzukommen.

- **Motivationale Klärung**
  Es gibt therapeutische Methoden, die das Prinzip der Problembewältigung nicht gezielt anwenden oder es vermeiden, dem Patienten aktiv mit spezifischen Massnahmen zu helfen und trotzdem bedeutsame Veränderungen von Symptomen, der Persönlichkeit und im zwischenmenschlichen Bereich sowie Verbesserungen der Befindlichkeit bewirken, z.B. die nicht-direktive Gesprächspsychotherapie nach Rogers oder die Psychoanalyse.
  Beim Wirkprinzip der „Motivationalen Klärung" hilft der Therapeut dem Patienten, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden. Es stellt ein therapeutisches Ziel dar, dass der Patient sich über sich selbst klarer wird und sich besser annehmen kann.

6.1.3 „Das zur Sprache kommen"

Aus psychodynamischer Sicht nennt Lang (2003) „das zur Sprache kommen" als einen weiteren Wirkfaktor, der in bisherigen Untersuchungen zu kurz kam.
Lang (2003, S.36-48) beschreibt in Metaphern, wie Patienten in einer Belastungssituation aus Angst „sprachlos" wurden, aus „Scham und Schuld" verstummten, die „Wut" so bedrohlich erlebt wurde, dass sie vom Wort abgeschnitten und aus dem Erleben ausgeschaltet wurde (...). Durch das therapeutische Gespräch kann dem Patienten eine Sprache angeboten werden, in der Zustände der Sprachlosigkeit, welche überwältigend und pathogen sein können, ausgedrückt und durch die Versprachlichung bearbeitet werden können. Die Auseinandersetzung mit bisher verborgenen Bedeutungen kann auch eine Sinnfindung ermöglichen.

6.2 Psychotherapie-Prozessforschung

Die Forschung zur Wirkung von Psychotherapie liefert im Allgemeinen wenig Erkenntnisse darüber, wie Therapien wirken. Die Psychotherapie-Prozessforschung, ein neuerer und ergänzender Forschungsteil der allgemeinen Psychotherapieforschung, hat das Ziel, genauer nachvollziehen zu können, was innerhalb der Therapie geschieht (Häcker & Stapf, 2004). Durch die Auswertung von Prozessvariablen und das Herauskristallisieren von Wirkfaktoren sollen sich Hinweise für die weitere Prozesssteuerung ergeben (Grawe & Baltensberger, 1998, zit. nach Künzler, 2003, S. 370).
Tress und Hartkamp (2000, S. 168) bezeichnen die Forschung nach Prozessen als komplex, da eine grosse Anzahl von intervenierenden Variablen und eine Vielfalt von personellen und institutionellen Beziehungen das Therapiegeschehen beeinflussen. Margraf (2009, S. 56) gibt zu bedenken, dass Therapiestudien immer nur einen Teil der Realität abbilden.
In der Prozessforschung können quantitative und qualitative Methoden zur Anwendung kommen sowie unterschiedliche Perspektiven auf den Therapieprozess vom Patienten, Therapeuten oder einer unabhängigen Beobachtungsperson berücksichtigt werden.
Ein häufig verwendetes Instrument zur Evaluation des Therapieprozesses in der Psychotherapieforschung ist ein Therapiesitzungsbogen, der als Abbild über den Therapieverlauf dienen kann, wenn er idealerweise nach der Sitzung ausgefüllt wird (Tschacher & Endtner, 2007, S. 2-3).
Oft wird in der Erforschung der stationären Psychotherapie nur eine Perspektive auf den Prozess untersucht, obwohl nachweislich markante Inkongruenzen zwischen den Perspektiven der Patienten und der Therapeuten bestehen (Tress & Hartkamp, 2000). Dabei sollte ein wichtiges Ergebnis der Psychotherapieforschung berücksichtigt werden: Einschätzungen der Klienten haben sich in Bezug auf einen Therapieerfolg als bedeutsamer erwiesen (Ambühl, 1993, zit. nach Wittorf, 1999, S. 74). So betonen Tress und Hartkamp (2000, S. 177) die Notwendigkeit, in Untersuchungen einen multiperspektivischen Ansatz anzustreben.

Diesen multiperspektivischen Ansatz hat Künzler (2003) umgesetzt, indem er die Einschätzung von Therapeuten und Klienten zum Therapieprozess in der stationären Drogentherapie untersuchte und verglich. 18 Klienten und ihre Therapeuten füllten nach jeder Einzelsitzung einen Fragebogen zu mehreren Aspekten des therapeutischen Prozesses aus. Insgesamt wurden Daten von 82 Therapiesitzungen ausgewertet.
Die Ergebnisse zeigten eine Übereinstimmung der Einschätzung der Klienten und der Therapeuten zur therapeutischen Beziehung und zum Therapiefortschritt. Bei der Bewertung der Wirkfaktoren „Motivationale Klärung“, „Problembewältigung“,

„Ressourcenaktivierung“ und „Problemaktualisierung“ gab es signifikante Unterschiede: die Klienten gaben im Durchschnitt höhere Werte an als die Therapeuten. Künzler folgert, dass die grösste Inkongruenz beim Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ darauf hinweisen könnte, dass bei den Klienten mehr Wirkung erzielt werden konnte als die Therapeuten meinten. Die Schlussfolgerung für die Praxis lautet, dass sofern beide Perspektiven erfasst und Differenzen zur Einschätzung der Therapie beachtet werden, die begleitende Prozessforschung die Behandlungsqualität verbessern kann.

Die vorliegende Arbeit verwendet die Werte zu den Therapeuteneinschätzungen der Wirkfaktoren aus der oben beschriebenen Studie der stationären Drogentherapie für einen Vergleich mit den Werten der psychoonkologischen Psychotherapie aus der *COPING*-Studie (vgl. Kap. 9.9).

III EMPIRISCHER TEIL

7. Forschungsgegenstand und Methodik

7.1 Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Wirkfaktoren in der psychoonkologischen Psychotherapie und untersucht, ob sich aus Therapeutenperspektive Schwerpunkte bezüglich Wirkfaktoren zeigen. Dabei ist von Interesse, ob sich Erkenntnisse aus der allgemeinen Psychotherapie-Prozessforschung auch auf das spezifische Gebiet der psychoonkologischen Psychotherapie übertragen lassen. Daraus leitet sich die folgende Fragestellung ab:

Zeigt sich im Verlauf der psychoonkologischen Psychotherapie ein bestimmter Schwerpunkt bezüglich Wirkfaktoren, verändert sich dieser je nach Zeitpunkt des Beginns der Therapie oder Anzahl der Therapiesitzungen und inwiefern bestimmt das Krankheitsstadium bei der Diagnosestellung oder der Therapieansatz die Ausprägungen der Wirkfaktoren? Weiter ist von Interesse, ob zwischen den untersuchten Wirkfaktoren ein Zusammenhang festzustellen ist und ob die aus Therapeutenperspektive ermittelten Wirkfaktoren der Psychotherapie mit Krebspatienten und ihren Angehörigen sich von denjenigen der Psychotherapie mit einer anderen Population unterscheiden.

Die folgenden Hypothesen, die den explorativen Charakter dieser Untersuchung unterstreichen, werden geprüft:

A Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der ersten psychoonkologischen Therapiesitzung nach der Diagnose und den Wirkfaktoren.

B Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der psychoonkologischen Therapiesitzungen und den Wirkfaktoren.

C Zwischen dem Krankheitsstadium bei der Diagnosestellung und den Wirkfaktoren gibt es einen Zusammenhang.

D Zwischen dem onkologischen Therapieansatz und einzelnen Wirkfaktoren gibt es einen Zusammenhang.

E In der Therapeuteneinschätzung der Wirkfaktoren in der psychoonkologischen Psychotherapie zeigt sich ein Unterschied im Vergleich zu Psychotherapie mit anderen Populationen (stationäre Drogentherapie).

7.2 Angaben zur Studie und Datenerhebung

Die im Rahmen der Langzeitstudie *COPING – Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern* der Universität Bern in Zusammenarbeit mit der Krebsliga Schweiz, der Krebsliga Aargau und dem Kantonsspital Aarau erhobenen Daten bilden die Grundlage für die in dieser Arbeit untersuchte Fragestellung (Universität Bern, 2005). Im Zeitraum von 2004 bis 2007 wurden am Kantonsspital Aarau neu diagnostizierte Tumorpatienten, welche mindestens 18 Jahre alt waren, angefragt, ob sie an der Studie teilnehmen würden. Sofern sie länger als 6 Monate mit ihrem Partner in einer gemeinsamen Wohnung lebten, wurden auch ihre Partner zur Teilnahme eingeladen. Die Befragung erfolgte drei Mal: 4-6 Wochen nach der Diagnosestellung (t1) sowie 6 Monate (t2) und 12 Monate (t3) danach. Zum Einsatz kamen hauptsächlich international verwendete Fragebögen, welche durch Fragen aus der praktischen psychotherapeutischen Arbeit ergänzt wurden. Zusätzlich wurden ärztliche Angaben zur Krankheit und Therapie eingeholt (Künzler & Zindel, 2004). Ausschlusskriterien für Patienten und Partner waren kognitive Beeinträchtigungen sowie mangelnde Deutschkenntnisse. Die Daten von fast 250 Patienten und 154 Partnern konnten in die Studie aufgenommen werden. Der Fragebogenrücklauf lag bei den Patienten bei 77% (Künzler et al., im Druck).

7.3 Psychoonkologie im Kantonsspital Aarau

Zwei Psychotherapeutinnen und zwei Psychotherapeuten, die als Psychoonkologen im Haus 40 der Abteilung Onkologie/Hämatologie des Kantonsspitals Aarau arbeiten, nahmen an der Datenerhebung teil. Ihr therapeutischer Ansatz kann als integrativ bezeichnet werden, wobei auch körperorientierte Interventionen angeboten werden (A. Künzler, persönliche Mitteilung vom 17.11.2009).
Die Dienstleistung der Psychoonkologie umfasst ambulante oder stationäre Therapiesitzungen mit einer Dauer von ca. 60 Min, mit je nach Indikation unterschiedlicher Sitzungsfrequenz, Gesamtdauer der Behandlung oder Setting (Einzel-, Paar- oder Familientherapie). Hospitalisierte Patienten werden auf der Station besucht; die Kontakte sind oft kürzer, dafür häufiger.
Das Angebot der psychoonkologischen Psychotherapie beinhaltet die Abklärung der nötigten Unterstützung, Beurteilung des psychischen Zustandes, Krisenintervention, supportive Psychotherapie, Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, präventive Interventionen, Störungsbehandlung, Unterstützung bei Entscheidungsprozessen und Unterstützung für Angehörige, inkl. Paar- und Familientherapie. Zu den weiteren Aufgaben der Psychoonkologen gehören Supervision und Schulung von onkologischen Fachpersonen sowie Öffentlichkeitsarbeit (KLA, 2010; KSA, 2006).

7.4 Messinstrument: Therapeuten-Stundenbogen

In der Psychotherapie-Prozessforschung hatten Stunden- oder Sitzungsbogen laut Krampen (2002, S. 24) ihren Ursprung im klientenzentrierten Ansatz und waren eher schulenspezifisch aufgebaut.
Der „Therapie-Stundenbogen“ nach Grawe und seinem Forschungsteam integrierte den Aspekt der allgemeinen Wirkfaktoren. Das Erleben des Klienten der Therapiesitzung wurde über 29 Items auf siebenstufigen bipolaren Antwortskalen erfasst. Innerhalb eines umfassenden Psychotherapie-Forschungsprogrammes konnten aufgrund der Ergebnisse Musteranalysen therapeutischer Verläufe dargestellt und mit Therapieergebnissen in Beziehung gesetzt werden. (Grawe, 1998; Grawe et al., 1990a, 1990b).

Der Therapeuten-Stundenbogen, der in der hier untersuchten Studie verwendet wurde, basiert auf Grawes Theorien und Konzepten zu den Wirkfaktoren (Grawe, 1998) und lehnt sich an dessen Therapie-Stundenbogen für Patienten und Therapeuten an, welche in zahlreichen Studien der Arbeitsgruppe um Grawe und in unterschiedlichen Versionen zum Einsatz kamen. Eine ursprüngliche Vorversion des Stundenbogens umfasste 25 Items. Diese wurde dann auf 15 Items reduziert und ergänzt mit der Aussage 16, ob „über die Krebserkrankung gesprochen“ wurde.
Von einem Patienten-Stundenbogen wurde abgesehen, da eine Befragung der Patienten jeweils unmittelbar nach der Therapiesitzung aus medizinischer Sicht als eine nicht zumutbare zusätzliche Belastung erachtet wurde (A. Künzler, pers. Mitteilung vom 30. März 2010).
Der Therapeuten-Stundenbogen[1] ist so aufgebaut, dass zuerst Angaben zum Therapeuten, zum Patienten, zu Sitzungsnummer und -datum sowie zum Setting (Einzel-, Paar- oder Angehörigen-Therapie) erhoben werden. Danach folgen die 16 Aussagen zur vergangenen Sitzung, welche vom Therapeuten als zutreffend für sein Erleben der Sitzung beurteilt werden sollen.

[1] Anhang S. 62

Die Aussagen 1-3 operationalisieren das Konstrukt der Therapiebeziehung und ermitteln den Grad der Zustimmung auf einer siebenstufigen Skala nach Likert (Wertebereich 0-6). [Hervorhebung der Leit-Begriffe d. Verf.]:

Skala 1: Therapiebeziehung

Aussage 1	Heute habe ich mich in der Beziehung zum/zur Klient/in **wohl gefühlt**.
Aussage 2	Der/die Klient/in und ich **verstehen einander**.
Aussage 3	Der/die Klient/in und ich arbeiten an **gemeinsamen Zielen**.

Die Items 4-15 enthalten in zufälliger Reihenfolge jeweils drei Aussagen zu jedem der vier Wirkfaktoren nach Grawe, gefolgt von Aussage 16, „ob direkt über die Krebserkrankung gesprochen wurde“, auf einer fünfstufigen Likert-Skala (Wertebereich 0-4).

Skala 2: Motivationale Klärung

Aussage 4	Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem/der Klient/in **wichtige Zusammenhänge seines/ihres Erlebens und Verhaltens klarer** werden.
Aussage 14	Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der/die Klient/in sich über seine/ihre **Ziele und Motive** klarer wird.
Aussage 15	Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der/die Klientin seine/ihre **Probleme in neuen Zusammenhängen** sehen kann.

Skala 3: Ressourcenaktivierung

Aussage 5	Ich habe heute versucht, **Ressourcen** des/der Klient/in **gezielt zu nutzen**.
Aussage 10	Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der/die Klientin auch seine/ihre **positiven Seiten** erleben kann.
Aussage 12	Ich habe aktiv versucht, den/die Klient/in in seinem/ihrem **positiven Selbst aufzuwerten**.

Skala 4: Problembewältigung

Aussage 6	Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der/die Klient/in für ihn/sie schwierige **Situationen besser bewältigen** kann.
Aussage 8	Heute habe ich gezielt versucht, die **Handlungskompetenzen** des/der Klientin zu verbessern.
Aussage 11	Ich habe heute darauf hingearbeitet, dass der/die Klient/in sich einem bestimmten **Problem besser gewachsen** fühlen kann als bisher.

Skala 5: Problemaktualisierung

Aussage 7	Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, den/die Klient/in **gefühlsmässig zu involvieren**.
Aussage 9	Heute habe ich an **wunde Punkte** des/der Klient/in gerührt.
Aussage 13	Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der/die Klient/in **Gefühle erlebt**, die er/sie **sonst vermeidet**.

Skala 6: Thema Krebs

Aussage 16	Heute haben wir direkt **über die Krebserkrankung resp. –therapie gesprochen**.

8. Datenauswertung

Die Auswertung der für die Untersuchung der Fragestellung relevanten Daten erfolgt mit PASW 17 (ehemals SPSS) für Macintosh.

8.1 Faktoren- und Reliabilitätsanalyse der Therapeuten-Stundenbogen-Items[2]

Die Faktorenanalyse wurde mittels Hauptkomponentenanalyse der 16 Items im Hinblick auf eine Extraktion von vier bzw. sechs Faktoren durchgeführt, welche nach der Oblimin-Methode rotiert wurden. Bei sechs Faktoren zeigten sich zufriedenstellende Faktorenladungen. Bis auf ein Item konnten alle Items eindeutig einem der sechs Faktoren zugeordnet werden (Faktorladung > 0.7). Die Ausnahme bildet Item Nr. 9, welches zum Faktor Ressourcenaktivierung einen negativen Korrelationskoeffizienten aufweist (-0.694) bzw. auf zwei Faktoren positiv lädt: zu Faktor 5 (0.276) und zu Faktor 2 (0.235).
In einem weiteren Schritt wurde durch eine Itemanalyse geprüft, ob die einzelnen Fragen die Konstrukte der Wirkfaktoren konsistent messen. Für die Schätzung der Reliabilität wurde die Prüfung der inneren Konsistenz nach Cronbach angewandt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse mit den Reliabilitätskoeffizienten α angegeben:

Skala		**Cronbach's α**	**Reliabilität**
1	Therapiebeziehung	**.89**	zufriedenstellend bis hoch
2	Motivationale Klärung	**.71**	zufriedenstellend
3	Ressourcenaktivierung	**.82**	zufriedenstellend
4	Problembewältigung	**.79**	zufriedenstellend
5	Problemaktualisierung	.36	nicht ausreichend

Aufgrund der mangelnden inneren Konsistenz der Skala 5 wurde das Item Nr. 9 ausgeschlossen und die Skala mit nur zwei Items Nr. 7 und 13 neu berechnet. Skala 5 weist danach mit einem Cronbach's α von .78 eine zufriedenstellende Reliabilität aus.

5	Problemaktualisierung	**.78**	zufriedenstellend

Tabelle 1: Reliabilätsanalyse

[2] Anhang S. 63

8.2 Statistische Verfahren und Datenanalyse

Die Stichprobe sowie deren demographische Angaben werden anhand der statistischen Kennwerte beschrieben oder graphisch Dargestellt.
Bei den folgenden statistischen Analyseverfahren, welche für die Auswertung der Daten angewendet werden, ist das Signifikanzniveau auf $p \leq 0.05$ festgelegt.
Die Berechnung der Effektstärken erfolgt nach den Konventionen von Cohen (1988).

Testung auf Normalverteilung[3]: Zahlreiche statistische Analyseverfahren setzen die Normalverteilung von intervallskalierten Daten voraus (Bühl, 2010, S. 262). Die Normalverteilung wird mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft.

Korrelation: Mit der Korrelationsberechnung nach Pearson wird ermittelt, ob zwischen den einzelnen Wirkfaktoren ein linearer Zusammenhang besteht.

Multiple Regression: Mit der multiplen Regressionsanalyse wird untersucht, ob sich aufgrund des Zeitpunkts der ersten psychoonkologischen Sitzung nach der Diagnosestellung bzw. aufgrund der Gesamtzahl der psychoonkologischen Sitzungen Ausprägungen der Wirkfaktoren voraussagen lassen.

Einfaktorielle Varianzanalyse: Mittels der einfaktoriellen Varianzanalyse soll ermittelt werden, ob zwischen dem Krankheitsstadium bzw. dem onkologischen Therapieansatz und den einzelnen Wirkfaktoren ein linearer Zusammenhang besteht.

Einstichproben-T-Test: Mit einem Einstichproben-T-Test wird überprüft, ob zwischen den Mittelwerten der Wirkfaktoren in der psychoonkologischen Psychotherapie und denjenigen in der stationären Drogentherapie ein Unterschied besteht.

Umberechnung der Wirkfaktoren[4]: Um mit dem T-Test einen Mittelwert-Vergleich der Wirkfaktoren vornehmen zu können, werden deren Werte, welche auf unterschiedlichen Skalen-Werten basieren, umgerechnet und an eine siebenstufige Likert-Skala (Wertebereich 0-6) angeglichen.

---

[3] Anhang S. 70

[4] Anhang S. 76

9. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung werden in diesem Kapitel dargestellt. Zuerst erfolgt eine Beschreibung der Stichprobe und danach werden die Auswertungen in Bezug auf die Fragestellung aufgeführt. Die Stichprobe wird anhand statistischer Kennwerte oder graphischer Darstellungen beschrieben. Aus Platzgründen werden nur die wichtigsten Auswertungen dargestellt. Die ausführlichen Analysen sind dem Anhang beigefügt.
Die Stichprobengrössen in den nachfolgenden Analysen variieren aufgrund von unvollständigen oder fehlenden Angaben zu einzelnen Variablen.

9.1 Beschreibung der Stichprobe

9.1.1 Inanspruchnahme von psychoonkologischer Psychotherapie

Von insgesamt 248 Teilnehmern der *COPING*-Studie nahm etwas mehr als die Hälfte, nämlich 127 Personen (51.2%) psychoonkologische Psychotherapie in Anspruch (Abbildung 1).

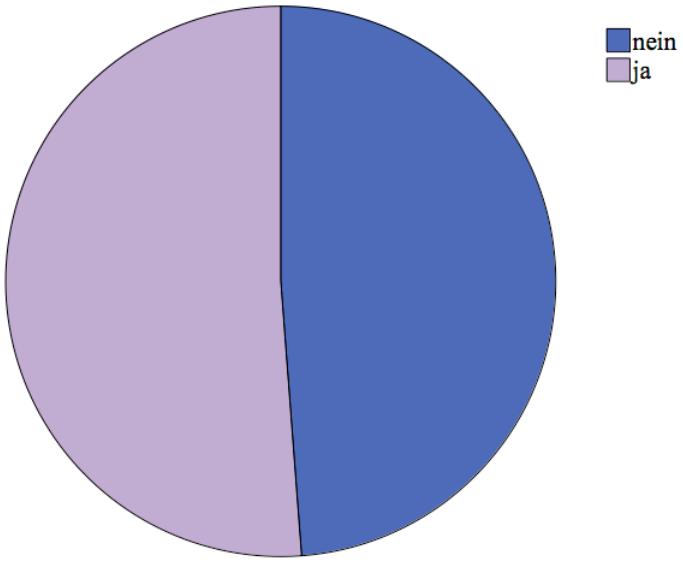

Abbildung 1: Inanspruchnahme psychoonkologischer Psychotherapie

In den nachfolgenden Analysen werden nur Daten der Personen untersucht, welche psychoonkologische Psychotherapie in Anspruch nahmen.

9.2 Soziodemographische Merkmale

9.2.1 Alter und Geschlecht

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
weiblich	55	48.2
männlich	59	51.8
Gesamt (N=114)	114	100.0

Tabelle 2: Stichprobe: Verteilung nach Geschlecht

Gemäss Tabelle 2 sind die Geschlechter nahezu gleich verteilt. Der Anteil der Männer ist mit 51.8% leicht höher.

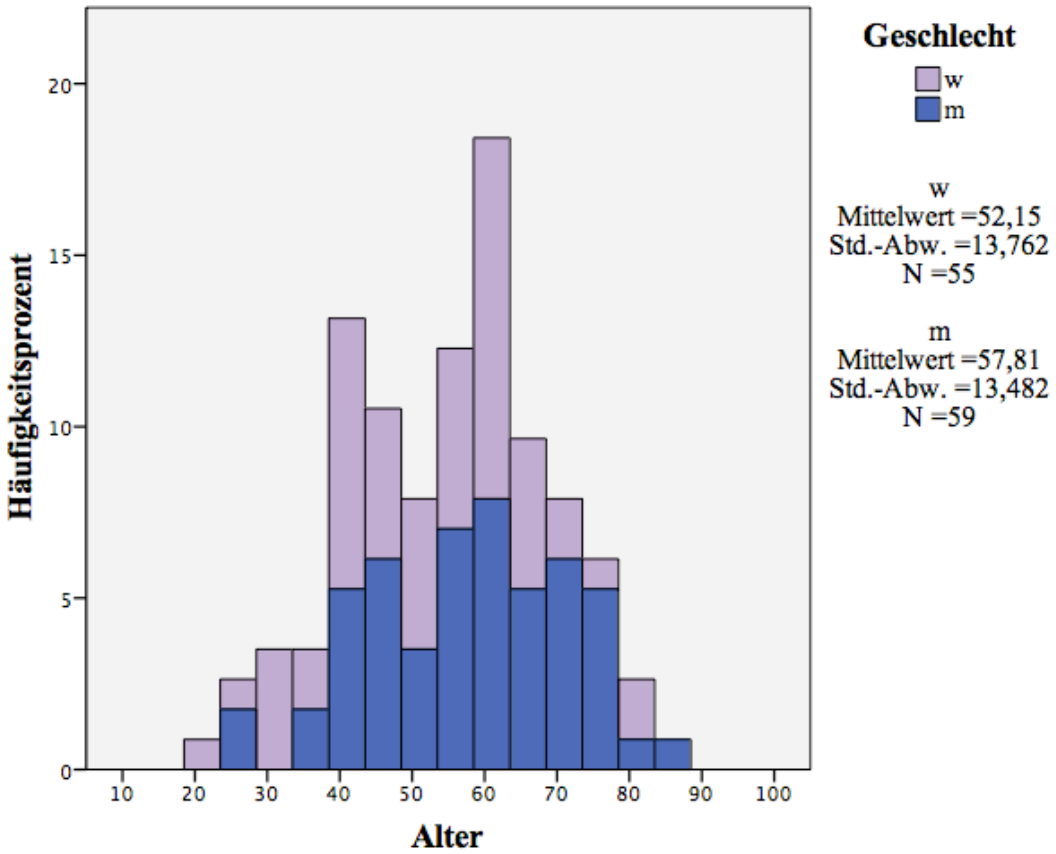

Abbildung 2: Stichprobe: Verteilung nach Alter und Geschlecht

Das Durchschnittsalter beträgt 55.08 Jahre, wobei das häufigste Alter mit 57.5 Jahren etwas höher ist. Die Altersspanne der Patienten umfasst 64 Jahre: die jüngste Person ist 21 Jahre alt und die älteste 85 Jahre alt (M = 55.08, Mod. = 57.5, Min. = 21, Max. = 85). Fast drei Viertel aller Personen sind zwischen 40 und 60 Jahre alt (Abbildung 2). Die Frauen sind im Mittel jünger (52 Jahre) als die Männer (58 Jahre).

9.2.2 Lebens- und Wohnsituation

Lebenssituation	**Häufigkeit**	**Prozent**
Keine feste Partnerschaft	20	17.5
In gemeinsamer Wohnung lebend	90	79.0
In getrennter Wohnung lebend	4	3.5
Gesamt (N=114)	114	100.0

Tabelle 3: Lebenssituation

Tabelle 3 zeigt, dass 17.5% aller Personen nicht in einer festen Partnerschaft leben. Die Mehrheit aller Paare (79%) lebt in gemeinsamen Wohnungen; eine Minderheit der Paare (3.5%) lebt in getrennten Wohnungen.

In gemeinsamer Wohnung lebend seit	**Häufigkeit**	**Prozent**
1 Jahr	4	4.5
2 bis 5 Jahren	8	9.1
6 bis 10 Jahren	8	9.1
11 bis 20 Jahren	11	12.5
21 bis 30 Jahren	11	12.5
31 bis 40 Jahren	27	30.7
41 bis 50 Jahren	14	15.9
mehr als 50 Jahren	5	5.7
Gesamt (N=114)	88	100.0

Tabelle 4: Wohnsituation

Tabelle 4 zeigt die Angaben von 88 Personen, wie lange sie mit ihren Partnern in einer gemeinsamen Wohnung leben. Die durchschnittliche Dauer beträgt 23.7 Jahre, die meist genannte Dauer war 31 Jahre. Die Spannweite beträgt 50 Jahre mit einer Mindestdauer des Zusammenlebens von einem Jahr und einer maximalen Dauer von 51 Jahren.
(M = 23.7, SD = 15.87, Mod. = 31, Min. = 1, Max. = 51)

9.3 Medizinische Merkmale

9.3.1 Lokalisation des Tumors

Lokalisation des Tumors	Häufigkeit	Prozent
Blut- oder Lymphsystem	27	23.7
Lunge/Bronchien	22	19.3
Mamma (Brustkrebs)	20	17.5
Darm	16	14.0
HNO	8	7.0
Magen	7	6.1
Gynäkologischer Bereich	4	3.5
Zentralnervensystem	4	3.5
Männliche Genitalien	2	1.8
Haut	1	.9
Urologischer Bereich	1	.9
Andere	2	1.8
Gesamt (N=114)	114	100.0

Tabelle 5: Lokalisation des Tumors

Nach Tabelle 5 sind fast ein Viertel der Personen (23.7%) an Leukämien im Blutsystem bzw. an Lymphomen im Lymphsystem erkrankt. An zweiter Stelle stehen Tumore im Bereich der Lungen oder Bronchien (19.4%), gefolgt von Brustkrebs (17.5%). Weiter wurden 14% der Tumore im Darmbereich diagnostiziert. Jeweils 3.5% waren Tumore im gynäkologischen Bereich und im Zentralnervensystem. Weitere Lokalisationen liegen gemäss Tabelle 5 im Bereich von 1.8% bis 0.9%.

9.3.2 Krankheitsstadium und Therapieansatz

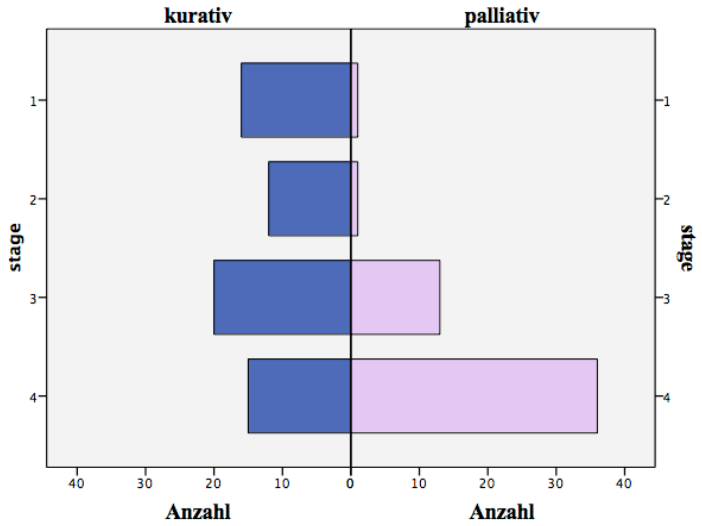

Abbildung 3: Therapieansatz in % innerhalb des Krankheitsstadiums

Krankheitsstadium			Therapieansatz		Gesamt
			kurativ	palliativ	
stage	**1**	Anzahl	16	1	17
		% innerhalb von stage	**94.1%**	**5.9%**	100.0%
		% innerhalb von Therapieansatz	25.4%	2.0%	**14.9%**
	2	Anzahl	12	1	13
		% innerhalb von stage	**92.3%**	**7.7%**	100.0%
		% innerhalb von Therapieansatz	19.0%	2.0%	**11.4%**
	3	Anzahl	20	13	33
		% innerhalb von stage	**60.6%**	39.4%	100.0%
		% innerhalb von Therapieansatz	31.7%	25.5%	**28.9%**
	4	Anzahl	15	36	51
		% innerhalb von stage	29.4%	**70.6%**	100.0%
		% innerhalb von Therapieansatz	23.8%	70.6%	**44.7%**
Gesamt		Anzahl	63	51	114
		% innerhalb von stage	**55.3%**	**44.7%**	100.0%
		% innerhalb von Therapieansatz	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelle 6: Krankheitsstadium und Therapieansatz

Wie Abbildung 3 und Tabelle 6 zeigen, ist der grösste Teil der Patienten mit einer Krebsdiagnose im Krankheitsstadium IV (44.7%) konfrontiert. Gefolgt von Stadium III (28.9%), Stadium I (14.9%) und Stadium II (11.4%).
Bei mehr als der Hälfte aller Patienten (55.3%) wird ein kurativer Therapieansatz verfolgt, bei 44.7% ein palliativer Therapieansatz. Im Krankheitsstadium IV ist der Therapieansatz mehrheitlich palliativ (70.6%). Innerhalb des Krankheitsstadiums III ändert sich die Verteilung Richtung kurativer Ansatz (60.6%) gegenüber dem palliativen Ansatz (39.4%). Dieser Schwerpunkt auf den kurativen Ansatz ist noch stärker ausgeprägt im Stadium I (94.1%) sowie im Stadium II (92.3%).
Der palliative Ansatz wird aber auch in den Stadien I (5.9%) und II (7.7%) verfolgt.

9.3.3 Medizinische Behandlung (Zeitpunkt: t1)

	Häufigkeit	Prozent
Chemotherapie	67	62.6
Keine Chemotherapie	40	37.4
Gesamt (N=107)	107	100.0
Operation	14	13.3
Keine Operation	91	86.7
Gesamt (N=105)	105	100.0
Strahlentherapie	14	13.1
Keine Strahlentherapie	93	86.9
Gesamt (N = 107)	107	100.0
Hormontherapie	4	3.8
Keine Hormontherapie	102	96.2
Gesamt (N = 106)	106	100.0

Tabelle 7: Medizinische Behandlung (t1)

Gemäss Tabelle 7 wurden die meisten Patienten (62.6%) mit einer Chemotherapie behandelt. Weitere Behandlungen verteilen sich zu gleichen Teilen auf Operationen (13.3%) und Strahlentherapie (13.1%). Wenige Patienten erhielten eine Hormontherapie (3.8%). Es gab auch Patienten, bei welchen eine kombinierte Behandlungsform durchgeführt wurde.

9.4 Angaben zur psychoonkologischen Psychotherapie

9.4.1 Setting und Gesamtanzahl der Sitzungen

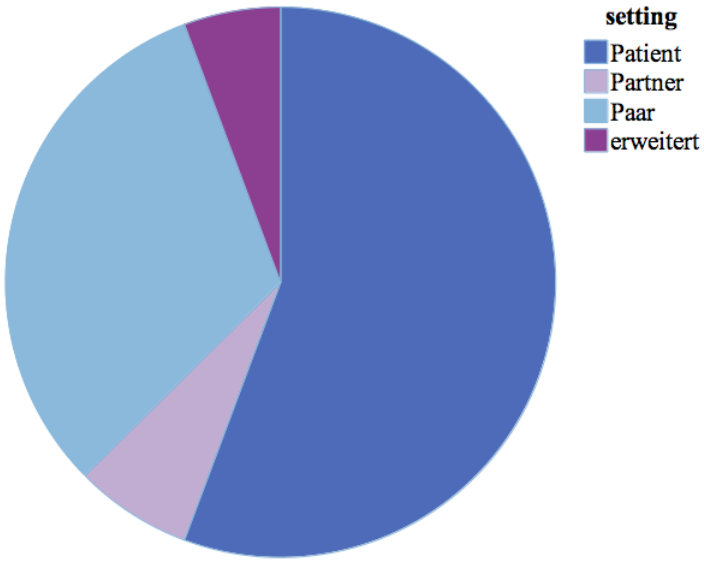

Abbildung 4: Therapie-Setting

	Gesamt		Nur Patient		Nur Partner		Paar		Familie	
Summe aller Sitzungen	518		243		30		139		28	
Mittelwert	4.86		3.47		0.43		1.97		0.35	
Spannweite	53		34		14		17		5	
Min. – Max.	1 –54		0 - 34		0 -14		0 - 17		0 - 5	
	Anz.	**%**	**Anz.**	**%**	**Anz.**	**%**	**Anz.**	**%**	**Anz.**	**%**
PO Sitzungen	127	100.0	55	72.2	11	13.9	36	44.3	17	21.5
Keine Sitzung			22	27.8	68	86.1	44	55.7	62	78.5
N	127	100.0	79	100.0	79	100.0	79	100.0	79	100.0
Insgesamt pro Patient	**Anz.**	**%**	**Anz.**	**%**	**Anz.**	**%**	**Anz.**	**%**	**Anz.**	**%**
1 Sitzung	42	33.1	17	21.5	6	7.6	11	13.9	10	12.7
2 Sitzungen	33	26.0	11	13.9	2	2.5	7	8.9	5	6.3
3 Sitzungen	5	3.9	3	3.8	1	1.3	4	5.1	1	1.3
4 Sitzungen	10	7.9	5	6.3			2	2.5		
5 Sitzungen	7	5.5	6	7.6			2	2.5	1	1.3
6 bis 10 Sitzungen	16	12.6	10	12.7	1	1.3	3	3.8		
11 bis 20 Sitzungen	9	7.1	3	3.8	1	1.3	6	7.6		
21 bis 30 Sitzungen	4	3.1	1	1.3						
30 bis 40 Sitzungen			1	1.3						
Mehr als 40 Sitzungen	1	.8								
N	127	100.0	79	100.0	79	100.0	79	100.0		

Tabelle 8: Anzahl und Setting der psychoonkologischen Psychotherapiesitzungen

Wie Abbildung 4 zeigt, fanden die meisten Sitzungen (72.2%) mit Patienten statt, gefolgt von Paarsitzungen (44.3%). Ein Fünftel (21.5%) waren Familiensitzungen und in 13.9% der Sitzungen war nur die Partnerin oder der Partner anwesend.

Gemäss Tabelle 8 fanden insgesamt 518 Therapiesitzungen statt (N = 127). Dabei wurden durchschnittlich fast fünf psychooonkologische Psychotherapiesitzungen pro Patienten bzw. Partner oder Familie in Anspruch genommen. Die Spannweite reicht von einer bis zu 54 Sitzungen (M = 4.86. SD = 7.1, Mod. = 1, Min. = 1, Max. = 54).
Ein Drittel (33.1%) nahm nur eine Sitzung, ein Viertel (26%) zwei Sitzungen in Anspruch. Zwischen drei und fünf Sitzungen fanden mit 17.3%, zwischen sechs und zehn Sitzungen mit 12.6% aller Personen statt. Vereinzelt gab es bis 28 Sitzungen und eine Person nahm 54 Sitzungen in Anspruch.
Bei allen Settings überwiegen eine oder zwei Sitzungen insgesamt. Bei den Patienten-Sitzungen wurden auch häufig bis zu 10 Sitzungen in Anspruch genommen, vereinzelt auch mehr. Bei 7.6% der Paarsitzungen fanden zwischen 11 bis 20 Sitzungen statt.

9.4.2 Therapiebeginn in Wochen nach der Diagnosestellung

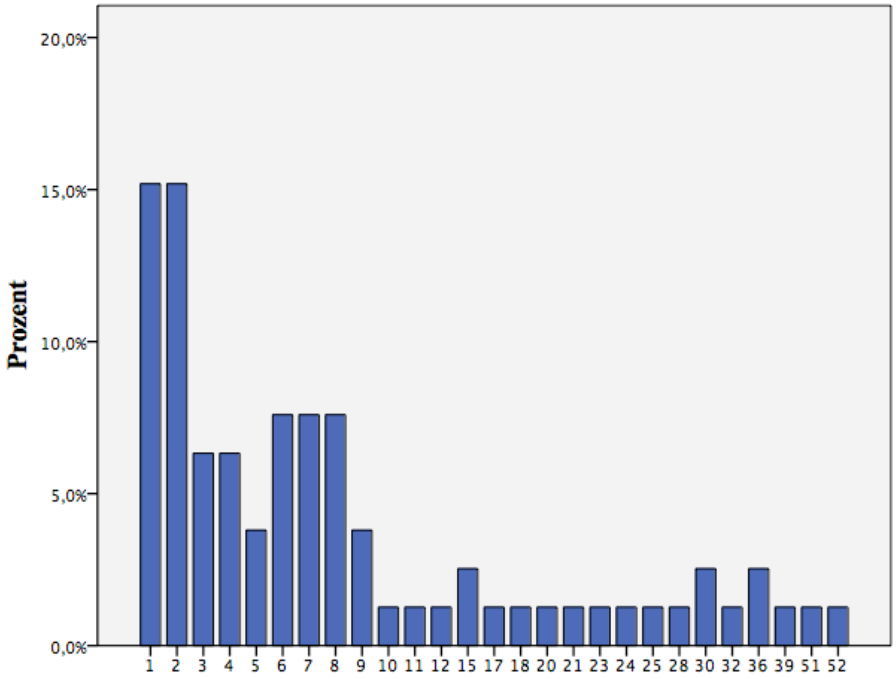

Abbildung 5: Therapiebeginn in Wochen nach der Diagnosestellung

Wie Abbildung 5 zeigt, begann im Durchschnitt die psychoonkologische Psychotherapie fast 10 Wochen nach der Diagnosestellung (N = 79). Die meisten Therapien starteten in der ersten oder zweiten Woche nach der Diagnosemitteilung. Die Spannweite umfasst 51 Wochen, wobei frühestens in der ersten Woche nach der Diagnose begonnen wurde und spätestens nach 52 Wochen (M = 9.92, SD = 11.68, Mod. = 1, Min. =1, Max. = 52).

9.4.3 Art der Therapiesitzungen

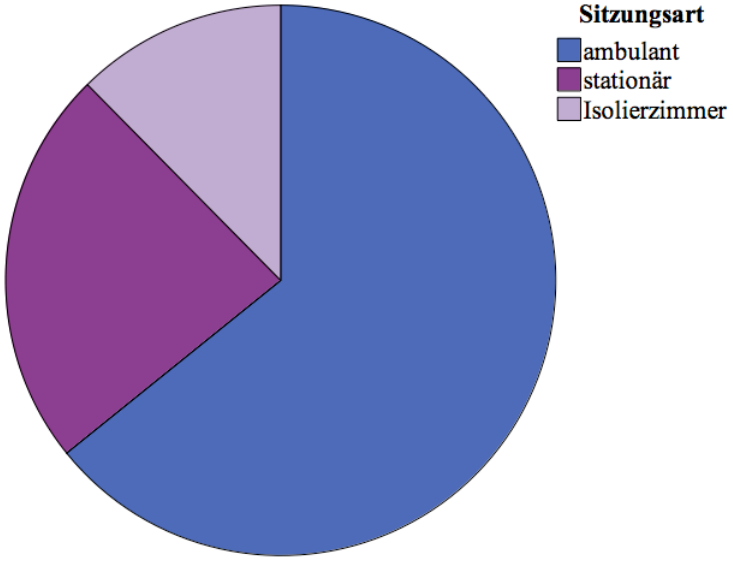

Abbildung 5: Art der psychoonkologischen Therapiesitzungen

Wie Abbildung 5 zeigt, waren der grösste Teil (64.2%) ambulante Sitzungen, ein Viertel (23.4%) stationäre und 12.4% der Sitzungen fanden während einer Stammzelltransplantation im Isolierzimmer statt.

9.4.4 Anzahl Sitzungen pro Therapeuten

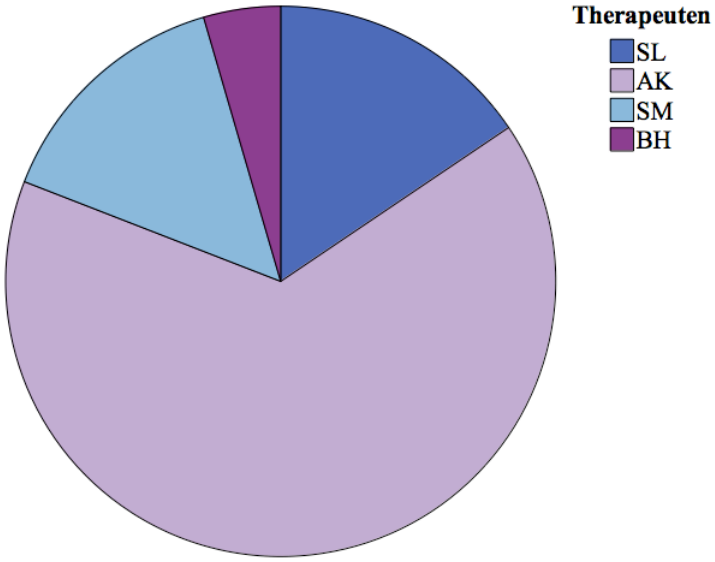

Abbildung 7: Anzahl Sitzungen pro Therapeuten

Wie Abbildung 7 zeigt führte ein Therapeut zwei Drittel aller psychoonkologischen Therapiesitzungen durch, zwei weitere Personen übernahmen jeweils rund 15% der Sitzungen und eine vierte Person 4.5% der Sitzungen.

9.5 Zusammenhang zwischen den einzelnen Wirkfaktoren

Zwischen den Wirkfaktoren „Therapiebeziehung“, „Motivationale Klärung“, „Problembewältigung“, „Ressourcenaktivierung“, „Problemaktualisierung“ und „Thema Krebs“ wurde eine Korrelationsrechnung durchführt (N = 78) .

	Mittelwert	Modus	Standard-Abwei-chung	Spannweite	Minimum	Maximum
Therapiebeziehung	4.2582	4.00	.72799	3.52	2.00	5.52
Motivationale Klärung	1.6349	1.67	.73683	3.48	.00	3.48
Problembewältigung	2.5055	3.00	.60710	2.67	1.00	3.67
Ressourcenaktivierung	2.1010	2.00	.61558	3.17	.50	3.67
Problemaktualisierung	1.2745	1.00	.71176	3.14	.00	3.14
Thema Krebs	2.3945	2.00	.93627	3.86	.14	4.00

Tabelle 9: Statistische Kennwerte der Wirkfaktoren

Der Wirkfaktor „Therapiebeziehung“ (7-stufige Likert-Skala im Wertebereich 0 bis 6, Skalen-Mittelwert = 3) wurde aus Therapeutenperspektive durchschnittlich eher positiv eingeschätzt. Die Spannweite reicht von 2 bis fast 6.
Von den anderen Wirkfaktoren (5-stufige Likert-Skala im Wertebereich von 0 bis 4, Mittelwert = 2) wurden im Durchschnitt „Problembewältigung“ und das „Thema Krebs“ höher eingeschätzt, während „Motivationale Klärung“ und „Problemaktualisierung“ eher tiefer bewertet wurden. „Ressourcenaktivierung“ liegt nahe am Skalen-Mittelwert. Nach einzelnen Sitzungen bewerteten die Therapeuten „Motivationale Klärung“ und „Problemaktualisierung“ als gar nicht vorkommend.
Die Spannweite ist bei allen Wirkfaktoren breit.

Wie die folgende Korrelationstabelle 9 zeigt, gibt es mehrheitlich signifikante Zusammenhänge zwischen den einzelnen Wirkfaktoren.
Der Faktor „Motivationale Klärung“ weist einen sehr starken positiven Zusammenhang mit „Problemaktualisierung“ ($r = 0.58$. $p < 0.001$) sowie einen starken Zusammenhang mit „Ressourcenaktivierung“ ($r = 0.48$. $p < 0.001$) auf. „Ressourcenaktivierung“ wiederum korreliert mit einer mittleren bis grossen Effektstärke mit „Therapiebeziehung“ ($r = 0.41$. $p < 0.001$).
Zwischen „Thema Krebs“ besteht ein mittel bis starker negativer Zusammenhang zu „Motivationale Klärung“ ($r = -0.4$. $p < 0.001$), „Problemaktualisierung“ ($r = -0.37$. $p = 0.001$) und „Therapiebeziehung“ ($r = -0.36$. $p = 0.001$).
Der Faktor „Problembewältigung“ korreliert in mittlerer Stärke mit „Therapiebeziehung“ ($r = 0.32$. $p = 0.004$) und „Motivationale Klärung“ ($r = 0.29$. $p = 0.009$).

Ein schwacher Zusammenhang besteht zwischen „Problemaktualisierung“ und „Ressourcenaktivierung“ (r = 0.29. p = 0.011) sowie zwischen „Therapiebeziehung“ und „Motivationale Klärung“ (r = 0.23. p = 0.039).
Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen „Problembewältigung“ und „Ressourcenaktivierung“ sowie zwischen „Problemaktualisierung“ und „Thema Krebs“. Zwischen „Thema Krebs“ und „Ressourcenaktivierung“ besteht auch keine Korrelation.

Korrelationen		Therapie-beziehung	Motivatio-nale Klärung	Problem-bewältigung	Ressourcena ktivierung	Problemaktu alisierung	Thema Krebs
Therapie-beziehung	Korrelation n. Pearson	1	.234*	.323**	.407**	-.060	-.362**
	Signifikanz (2-seitig)		**.039**	**.004**	**.000**	.603	**.001**
Motivationale Klärung	Korrelation n. Pearson	.234*	1	.293**	.479**	.578**	-.400**
	Signifikanz (2-seitig)	.039		**.009**	**.000**	**.000**	**.000**
Problem-bewältigung	Korrelation n. Pearson	.323**	.293**	1	.182	.091	.104
	Signifikanz (2-seitig)	.004	.009		.111	.427	.365
Ressourcen-aktivierung	Korrelation n. Pearson	.407**	.479**	.182	1	.288*	-.182
	Signifikanz (2-seitig)	.000	.000	.111		**.011**	.111
Problem-aktualisierung	Korrelation n. Pearson	-.060	.578**	.091	.288*	1	-.368**
	Signifikanz (2-seitig)	.603	.000	.427	.011		**.001**
Thema Krebs	Korrelation n. Pearson	-.362**	-.400**	.104	-.182	-.368**	1
	Signifikanz (2-seitig)	.001	.000	.365	.111	.001	
	N	78	78	78	78	78	78
*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.							
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.							

Tabelle 10: Korrelationstabelle:Wirkfaktoren

9.6 HYPOTHESEN A+B: Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der ersten psychoonkologischen Therapiesitzung nach der Diagnose bzw. der Gesamtzahl der psychoonkologischen Sitzungen und den Wirkfaktoren

Mit den unabhängigen Variablen „Therapiebeginn“ sowie „Sitzungen gesamt“ und den Wirkfaktoren „Therapiebeziehung“, „Motivationale Klärung“, „Problembewältigung“, „Ressourcenaktivierung“, „Problemaktualisierung“ und „Thema Krebs“ wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt (N = 78).
Da die beiden Prädiktoren „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ nicht ausreichend normal verteilt sind, wurde eine Rangtransformation mit Bindung zum Mittelwert vorgenommen. Danach zeigt der Kolmogorov-Smirnov-Test bei „Therapiebeginn“ eine ausreichende, bei „Sitzungen gesamt“ keine ausreichende Normalverteilung.
Nach den Empfehlungen von Tabachnick und Fidell (2001) ist die Voraussetzung der erforderlichen Stichprobengrösse bei einer multiplen Regression erfüllt ($n \geq 50 + 8*q$).
Auch das Problem der Multikollinearität ($r > 0.8$) ist bei den beiden Prädiktoren ($r = -.073$) nicht gegeben, d.h. es muss kein Prädiktor ausgeschlossen werden.

Modell		Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Einflussvariablen: (Konstante) „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ Abhängige Variable: „Therapiebeziehung“	Regression	7.071	2	3.536	7.860	**.001a**
	Nicht standard. Residuen	33.736	75	.450		
	Gesamt	40.807	77			
Einflussvariablen: (Konstante) „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ Abhängige Variable: „Motivationale Klärung“	Regression	2.437	2	1.219	2.322	.105a
	Nicht standard. Residuen	39.367	75	.525		
	Gesamt	41.805	77			
Einflussvariablen: (Konstante) „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ Abhängige Variable: „Problembewältigung“	Regression	.740	2	.370	1.004	.371a
	Nicht standard. Residuen	27.640	75	.369		
	Gesamt	28.380	77			
Einflussvariablen: (Konstante) „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ Abhängige Variable: „Ressourcenaktivierung“	Regression	.007	2	.003	.009	.991a
	Nicht standard. Residuen	29.171	75	.389		
	Gesamt	29.178	77			
Einflussvariablen: (Konstante) „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ Abhängige Variable: „Problemaktualisierung“	Regression	2.449	2	1.225	2.512	.088a
	Nicht standard. Residuen	35.560	75	.487		
	Gesamt	39.009	77			
Einflussvariablen: (Konstante) „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ Abhängige Variable: „Thema Krebs“	Regression	7.521	2	3.760	4.702	**.012a**
	Nicht standard. Residuen	59.978	75	.800		
	Gesamt	67.498	77			

Tabelle 11: Regression ANOVA: Modellaufklärung

Das Modell mit den beiden Prädiktoren ist gemäss Tabelle 11 nur für die beiden Kriterien „Therapiebeziehung“ [F(2,75) = 7.86, p = .001] und „Thema Krebs“ [F(2,75) = 4.70, p = .012] signifikant.

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
Einflussvariablen: (Konstante) „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ Abhängige Variable: „Therapiebeziehung“	.416a	.173	.151	.67068
Einflussvariablen: (Konstante) „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ Abhängige Variable: „Thema Krebs“	.334a	.111	.088	.89426

Tabelle 12: Regression: Modellzusammenfassung

Die Kombination der Prädiktoren kann 15% der Varianz der abhängigen Variable „Therapiebeziehung“ und 9% der Varianz der abhängigen Variable „Thema Krebs erklären. Die Effektstärken nach den Konventionen von Cohen (1988) können für „Therapiebeziehung“ als mittel (R-Quadrat = 0.15) und für „Thema Krebs“ als klein bis mittel (R-Quadrat = 0.09) eingestuft werden.

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		
		Regressions-Koeffizient B	Standard-fehler	Beta	T	Sig.
a. Abhängige Variable: „Therapiebeziehung“	(Konstante)	3.489	.229		15.207	.000
	„Therapiebeginn“	.004	.003	.112	1.066	.290
	„Sitzungen gesamt“	.008	.002	.409	3.886	**.000**
a. Abhängige Variable: „Thema Krebs“	(Konstante)	3.246	.306		10.608	.000
	„Therapiebeginn“	-.006	.004	-.147	-1.345	.183
	„Sitzungen gesamt“	-.008	.003	-.311	-2.847	**.006**

Tabelle 13: Regression: Koeffizienten

Der Prädiktor „Sitzungen gesamt“ leistet den grössten Beitrag zur Schätzung der beiden Wirkfaktoren „Therapiebeziehung“ [Beta = 0.409, t(75) = 3.9, p < 0.001] und „Thema Krebs“ [Beta = -0.311, t(75) = -2.8, p = 0.006].

Zwischen dem Prädiktor „Therapiebeginn“ und den beiden Kriterien „Therapiebeziehung“ und „Thema Krebs“ gibt es keinen signifikanten Zusammenhang.

9.7 HYPOTHESE C: Zusammenhang zwischen dem Krankheitsstadium bei der Diagnosestellung und den Wirkfaktoren

Mit dem Faktor „Krankheitsstadium“ und den Wirkfaktoren „Therapiebeziehung“, „Motivationale Klärung“, „Problembewältigung“, „Ressourcenaktivierung“ und „Thema Krebs“ wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt (N = 78).

Test der Homogenität der Varianzen	Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
Therapiebeziehung	.838	3	61	.478
Motivationale Klärung	.093	3	61	.964
Problembewältigung	.715	3	61	.547
Ressourcenaktivierung	1.335	3	61	.271
Problemaktualisierung	.596	3	61	.620
Thema Krebs	.167	3	61	.918

Tabelle 14: Levene-Test: Zusammenhang zwischen Krankheitsstadium und Wirkfaktoren

Der Levene-Test (Tabelle 14) zeigt, dass alle Variablen die Bedingung der Varianzhomogenität ($p \geq 0.20$) erfüllen, d.h. die Varianzen der verschiedenen Gruppen (Krankheitsstadien) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

ONEWAY ANOVA		Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Therapiebeziehung	Zwischen den Gruppen	.749	3	.250	.538	.658
	Innerhalb der Gruppen	28.301	61	.464		
	Gesamt	29.050	64			
Motivationale Klärung	Zwischen den Gruppen	3.450	3	1.150	2.042	.117
	Innerhalb der Gruppen	34.343	61	.563		
	Gesamt	37.793	64			
Problembewältigung	Zwischen den Gruppen	.456	3	.152	.410	.747
	Innerhalb der Gruppen	22.626	61	.371		
	Gesamt	23.082	64			
Ressourcenaktivierung	Zwischen den Gruppen	1.338	3	.446	1.133	.343
	Innerhalb der Gruppen	24.010	61	.394		
	Gesamt	25.348	64			
Problemaktualisierung	Zwischen den Gruppen	1.855	3	.618	1.325	.274
	Innerhalb der Gruppen	28.470	61	.467		
	Gesamt	30.325	64			
Thema Krebs	Zwischen den Gruppen	3.383	3	1.128	1.401	.251
	Innerhalb der Gruppen	49.099	61	.805		
	Gesamt	52.483	64			

Tabelle 15: ONEWAY ANOVA: Zusammenhang zwischen Krankheitsstadium und Wirkfaktoren

Gemäss Tabelle 15 sind alle p-Werte grösser als 0.05 und erreichen somit das Signifikanzniveau nicht. **Zwischen dem Krankheitsstadium und den einzelnen Wirkfaktoren kann kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden.**

9.8 HYPOTHESE D: Zusammenhang zwischen dem Therapieansatz und den Wirkfaktoren

Mit dem Faktor „Therapieansatz“ (kurativ oder palliativ) und den Wirkfaktoren „Therapiebeziehung“, „Motivationale Klärung“, „Problembewältigung“, „Ressourcenaktivierung“ und „Thema Krebs“ wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt (N = 78).

Test der Homogenität der Varianzen	Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
Therapiebeziehung	.001	1	63	.981
Motivationale Klärung	1.795	1	63	.185
Problembewältigung	.045	1	63	.833
Ressourcenaktivierung	.055	1	63	.816
Problemaktualisierung	4.072	1	63	.048
Thema Krebs	.423	1	63	.518

Tabelle 16: Levene-Test: Zusammenhang zwischen Therapieansatz und Wirkfaktoren

Der Levene-Test (Tabelle 16) zeigt, dass die Variablen „Therapiebeziehung“, „Problembewältigung“, „Ressourcenaktivierung“ und die „Thematisierung von Krebs“ die Bedingungen der Varianzhomogenität ($p \geq 0.20$) erfüllen, d.h. die Varianzen der verschiedenen Gruppen (Therapieansatz) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.
Ausnahmen bilden die Variablen „Motivationale Klärung“ und „Problemaktualisierung“. Sie verletzen die Varianzhomogenität und deshalb wird die Gleichheit der Mittelwerte mit einem Welch-Test überprüft.

Robuste Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte		Statistika	df1	df2	Sig.
Motivationale Klärung	Welch-Test	.176	1	62.487	.676
Problemaktualisierung	Welch-Test	.005	1	60.049	.946
a. Asymptotisch F-verteilt					

Tabelle 17: Welch-Test: Zusammenhang zwischen Therapieansatz und Wirkfaktoren

Der Welch-Test (Tabelle 17) ergibt weder für die Variable „Motivationale Klärung“ [$F(1,62) = 0.18$, $p = 0.676$] noch für „Problemaktualisierung“ [$F(1,66) = 0.005$, $p = 0.946$] eine signifikante Unterscheidung der Gruppenmittelwerte. Die Analyse für die Variablen „Motivationale Klärung“ und „Problemaktualisierung“ wird abgeschlossen. Es besteht kein Zusammenhang mit dem Therapieansatz und der Einschätzung der Variablen „Motivationale Klärung“ und „Problemaktualisierung“.

ONEWAY ANOVA		Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Therapiebeziehung	Zwischen den Gruppen	.160	1	.160	.348	.557
	Innerhalb der Gruppen	28.890	63	.459		
	Gesamt	29.050	64			
Problembewältigung	Zwischen den Gruppen	.080	1	.080	.219	.641
	Innerhalb der Gruppen	23.002	63	.365		
	Gesamt	23.082	64			
Ressourcenaktivierung	Zwischen den Gruppen	.313	1	.313	.786	.379
	Innerhalb der Gruppen	25.036	63	.397		
	Gesamt	25.348	64			
Thema Krebs	Zwischen den Gruppen	.999	1	.999	1.222	.273
	Innerhalb der Gruppen	51.484	63	.817		
	Gesamt	52.483	64			

Tabelle 18: ONEWAY ANOVA: Zusammenhang zwischen Therapieansatz und Wirkfaktoren

Auch gemäss Tabelle 18 lässt sich bei den verbleibenden Variablen „Therapiebeziehung“, „Problembewältigung“, „Ressourcenaktivierung“ und „Thema Krebs“ kein signifikanter Zusammenhang zum Therapieansatz feststellen.

Das Ergebnis der Varianzanalyse zeigt, dass zwischen dem Therapieansatz und den einzelnen Wirkfaktoren kein signifikanter Zusammenhang besteht.

9.9 HYPOTHESE E: Unterschied der Wirkfaktoren der Psychotherapie mit Krebskranken im Vergleich zu Psychotherapie mit einer anderen Populationen

Mit einem Einstichproben-T-Test wird überprüft, ob sich die einzelnen Mittelwerte der Wirkfaktoren der psychoonkologischen Psychotherapie (N = 78) von denjenigen der Stationären Drogentherapie unterscheiden.
Zuerst erfolgt die Umrechnung und Angleichung der Werte der Wirkfaktoren[5] von beiden Studien, welche auf unterschiedlichen Skalen-Werten basieren, an eine siebenstufige Likert-Skala im Wertebereich 0 bis 6 mit Skalen-Mittelwert von 3.
Nachfolgend sind die Ergebnisse des Einstichproben-T-Tests für jeden Wirkfaktor dargestellt.

„Therapiebeziehung“

	N	**Mittelwert**	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Psychoonkologische Psychotherapie	79	**4.2634**	.72477	.08154
Stationäre Drogentherapie		**4.5100**		

	Testwert = 4.51					
					95% Konfidenzintervall der Differenz	
	T	df	**Sig. (2-seitig)**	Mittlere Differenz	Untere	Obere
Therapiebeziehung	-3.024	78	**.003**	-.24661	-.4090	-.0843

Tabelle 19: T-Test bei einer Stichprobe: Vergleich der Mittelwerte von Therapiebeziehung

Der Wirkfaktor „Therapiebeziehung“ wurde aus Therapeutenperspektive bei beiden Populationen positiv eingeschätzt, bei der psychoonkologischen Psychotherapie etwas tiefer als bei der stationären Drogentherapie.

Das Resultat des T-Tests ist signifikant:
Die Mittelwerte des Wirkfaktors „Therapiebeziehung“ unterscheiden sich signifikant voneinander [t(78) = -3.024, p = .003].

[5] Anhang S. 76

„Motivationale Klärung“

	N	**Mittelwert**	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Psychoonkologische Psychotherapie	79	**2.4403**	1.10335	.12414
Stationäre Drogentherapie		**2.8800**		

	Testwert = 2.88					
					95% Konfidenzintervall der Differenz	
	T	df	**Sig. (2-seitig)**	Mittlere Differenz	Untere	Obere
Motivationale Klärung	-3.542	78	**.001**	-.43974	-.6869	-.1926

Tabelle 20: T-Test bei einer Stichprobe: Vergleich der Mittelwerte von Motivationale Klärung

Der Wirkfaktor „Motivationale Klärung“ wurde aus Therapeutenperspektive bei beiden Populationen eher negativ beurteilt. Bei der psychoonkologischen Psychotherapie wird „Motivationale Klärung“ noch etwas tiefer eingeschätzt als bei der stationären Drogentherapie, deren Wert liegt näher am Skalen-Mittelwert.

Das Resultat des T-Tests ist signifikant:
Die Mittelwerte des Wirkfaktors „Motivationale Klärung“ unterscheiden sich signifikant voneinander [$t(78) = -3.542$, $p = .001$].

„Problembewältigung“

	N	**Mittelwert**	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Psychoonkologische Psychotherapie	79	**3.7487**	.90880	.10225
Stationäre Drogentherapie		**2.6900**		

	Testwert = 2.69					
					95% Konfidenzintervall der Differenz	
	T	df	**Sig. (2-seitig)**	Mittlere Differenz	Untere	Obere
Problembewältigung	-10.354	78	**.000**	1.05867	.8551	1.2622

Tabelle 21: T-Test bei einer Stichprobe: Vergleich der Mittelwerte von Problembewältigung

Der Wirkfaktor „Problembewältigung“ wurde aus Therapeutenperspektive bei der psychoonkologischen Psychotherapie positiver eingeschätzt, bei der stationären Drogentherapie eher negativer.

Das Resultat des T-Tests ist höchst signifikant:
Die Mittelwerte des Wirkfaktors „Problembewältigung“ unterscheiden sich signifikant voneinander [$t(78) = -10.354$, $p \leq .001$].

„Ressourcenaktivierung“

	N	**Mittelwert**	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Psychoonkologische Psychotherapie	79	**3.1622**	.92238	.10378
Stationäre Drogentherapie		**4.0100**		

	Testwert = 4.01					
	T	df	**Sig. (2-seitig)**	Mittlere Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
					Untere	Obere
Ressourcenaktivierung	-8.169	78	**.000**	-.84779	-1.0544	-.6412

Tabelle 22: T-Test bei einer Stichprobe: Vergleich der Mittelwerte von Ressourcenaktivierung

Der Wirkfaktor „Ressourcenaktivierung“ wurde aus Therapeutenperspektive bei beiden Populationen eher positiv eingeschätzt, bei der psychoonkologischen Psychotherapie ist der Mittelwert tiefer und nahe am Skalenmittelwert, bei der stationären Drogentherapie wird er höher eingeschätzt.

Das Resultat des T-Tests ist höchst signifikant:
Die Mittelwerte des Wirkfaktors „Ressourcenaktivierung“ unterscheiden sich signifikant voneinander [t(78) = -8.169, p≤.001].

„Problemaktualisierung“

	N	**Mittelwert**	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Psychoonkologische Psychotherapie	79	**1.9161**	1.06146	.11942
Stationäre Drogentherapie	76/77/78	**3.4200**		

	Testwert = 3.42					
	T	df	**Sig. (2-seitig)**	Mittlere Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
					Untere	Obere
Problemaktualisierung	-12.593	78	**.000**	-1.50393	-1.7417	-1.2662

Tabelle 23: T-Test bei einer Stichprobe: Vergleich der Mittelwerte von Ressourcenaktivierung

Der Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ wurde aus Therapeutenperspektive bei der psychoonkologischen Psychotherapie eher negativer beurteilt, bei der stationären Drogentherapie eher mit einer Tendenz zum Positiven.

Das Resultat des T-Tests ist höchst signifikant:
Die Mittelwerte des Wirkfaktors „Problemaktualisierung“ unterscheiden sich signifikant voneinander [t(78) = -12.593, p≤.001].

IV DISKUSSION

10. Zusammenfassung

Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht Wirkfaktoren in der psychoonkologischen Psychotherapie, ein noch wenig untersuchter Fokus innerhalb der Psychoonkologie-Forschung. In der Literatur finden sich in der Wirksamkeitsforschung zu psychoonkologischen Interventionen vorwiegend Studien zur Verbesserung der Lebensqualität.
Zur Beantwortung der Fragestellung, ob sich im Laufe der psychoonkologischen Psychotherapie aus der Therapeutenperspektive Schwerpunkte zu Wirkfaktoren zeigen, wurden Daten von 500 Therapeuten-Stundenbogen untersucht, welche im Rahmen der Langzeitstudie *COPING – Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern* erhoben wurden.
Entsprechend den Erkenntnissen aus der allgemeinen Psychotherapieforschung zeigt sich auch in der psychoonkologischen Psychotherapie der Wirkfaktor „Therapiebeziehung“ als bedeutsam. In der vorliegenden Untersuchung schätzten die Therapeuten die „Therapiebeziehung“ vorwiegend als positiv ein.
Die Wirkfaktoren „Problembewältigung“ und das Gespräch über das „Thema Krebs“ wurden positiv bewertet; dagegen die Wirkfaktoren „Motivationale Klärung“ und „Problemaktualisierung“ eher negativ.
Bei zunehmender Gesamtzahl der Sitzungen lässt sich sagen, dass die Wirkfaktoren „Therapiebeziehung“ und Gespräch über das „Thema Krebs“ stärker bewertet werden. Dagegen lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem Krankheitsstadium oder dem Therapieansatz (kurativ oder palliativ) und den Ausprägungen der einzelnen Wirkfaktoren feststellen.
Im Vergleich mit der Therapeuten-Einschätzung einer anderen Studie im Bereich der stationären Drogentherapie kristallisieren sich bei allen Wirkfaktoren deutliche Unterschiede heraus.
Besonders stark zeigen sich diese bei den Faktoren „Ressourcenaktivierung“ und „Problemaktualisierung“, die bei der psychoonkologischen Psychotherapie schwächer bewertet wurden. Dagegen wurde der Faktor „Problembewältigung“ in der Therapie mit Krebskranken positiver eingeschätzt als bei der stationären Drogentherapie.
Etwas weniger deutliche Unterschiede gibt es bei den Faktoren „Therapiebeziehung“ und „Motivationale Klärung“, welche beide in der psychoonkologischen Psychotherapie leicht tiefer bewertet wurden.

11. Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung

Von 248 Teilnehmern der *COPING*-Studie nahm etwas mehr als die Hälfte psychoonkologische Psychotherapie in Anspruch (vgl. Kap. 9.1). Dieses Ergebnis entspricht den Schätzungen von Weis & Sellschopp (vgl. Kap. 5.2.2).
Dass der Anteil der Männer bei der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung leicht höher ist als bei den Frauen (vgl. Kap. 9.2.1) ist erstaunlich und steht im Widerspruch zu den Ergebnissen von Steginga et al. (vgl. Kap. 5.2.2). Der Umstand, dass im Kantonsspital Aarau das psychoonkologische Unterstützungsangebot gut integriert ist und in unmittelbarer Nähe des medizinischen Behandlungsrotes liegt, stellt gemäss Faller (vgl. Einleitung) einen Idealfall dar und dürfte ein Grund dafür sein, dass die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung gerade für die Männer tiefer liegt als in anderen Untersuchungen.
Die meisten Patienten leben in einer Partnerschaft (vgl. Kap. 9.2.2). Die Studie bezieht die Partner mit ein und trägt dadurch dem Umstand Rechnung, dass eine Krebserkrankung auch für die Partner eine grosse Belastung darstellt. Vor allem die Partnerinnen stellen eine Hochrisikogruppe für eine behandlungsbedürftige Symptomatik dar (vgl. Einleitung). Es könnte vermutet werden, dass vor allem die Partnerinnen die männlichen Patienten zur Inanspruchnahme der psychoonkologischen Hilfestellung ermuntern und dadurch direkt und indirekt für sich selbst eine Entlastung erfahren konnten.
Bei fast der Hälfte aller Patienten (44,7%), die psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nahmen, wurde das Krankheitsstadium IV diagnostiziert (vgl. Kap. 9.3.2). Dies bedeutet meist eine geringere Heilungschance (vgl. Kap. 3.2.2) und daraus folgernd eine grössere Belastung, was ein Grund für die Bereitschaft sein dürfte, psychoonkologische Hilfe anzunehmen.
Patienten, bei denen der palliative Therapieansatz verfolgt wird, müssten aufgrund einer schlechteren Krankheitsprognose eigentlich eher psychoonkologischer Unterstützung beanspruchen. Doch die Häufigkeitsrechnung (vgl. Kap. 9.3.2) zeigt, dass beim grösseren Teil der Patienten, die psychoonkologische Unterstützung suchten (55.3%), der kurative Therapieansatz angewendet wurde. Es scheint für Patienten, die palliativ behandelt wurden, vielleicht eine zu grosse Belastung gewesen zu sein, noch zusätzlich psychoonkologische Therapiesitzungen zu beanspruchen.
Insgesamt nahm ein Drittel aller Patienten eine psychoonkologische Sitzung, ein Viertel nahm zwei Sitzungen in Anspruch (vgl. Kap. 9.4.1). Dies könnte ein Hinweis sein, dass für viele Patienten vor allem in der Zeit kurz nach der Diagnosestellung ein psychoonkologischer Betreuungsbedarf besteht (vgl. Kap. 5.2.2). Dieser Annahme entspricht auch der durchschnittliche Therapiebeginn in Wochen nach der Diagnose

(vgl. Kap. 9.4.2). Die meisten Therapien starteten in der ersten oder zweiten Woche nach der Diagnose.
Ein Drittel aller psychoonkologischen Therapiesitzungen konnte stationär oder gar im Isolierzimmer stattfinden (vgl. Kap. 9.4.3). Dies spricht wiederum für den Idealfall im Kantonsspital Aarau, wo das psychoonkologische Angebot innerhalb der Klinik zur Verfügung steht (vgl. Einleitung).
Die Auswertung der Stundenbogen zeigt, dass die einzelnen Wirkfaktoren mehrheitlich signifikante Zusammenhänge aufweisen (vgl. Kap. 9.5). Je stärker der Faktor „Motivationale Klärung" für die Sitzung eingeschätzt wurde, desto eher trafen die Faktoren „Problemaktualisierung" und „Ressourcenaktivierung" für die Sitzung zu. „Ressourcenaktivierung" war stärker desto besser die „Therapiebeziehung" eingeschätzt wurde.
Dagegen wurde umso weniger das „Thema Krebs" angesprochen, wenn die Einschätzung von „Motivationale Klärung", „Problemaktualisierung" und „Therapiebeziehung" höher ausfiel. Hier erstaunt die negative Korrelation zwischen „Thema Krebs" und „Motivationale Klärung" bzw. „Problemaktualisierung", könnte man hier doch einen engen Zusammenhang vermuten. Der Wirkfaktor „Thema Krebs" umschreibt das Gespräch über die Krebserkrankung im konkreten Sinn. Möglicherweise stand, wenn über das „Thema Krebs" gesprochen wurde, nicht gleichzeitig das gefühlsmässige Erleben der Patienten im Mittelpunkt bzw. eine Klärung über neue Zusammenhänge könnte von Seiten der Patienten verunmöglicht oder vermieden worden sein.
Zusammengefasst weist der Wirkfaktor „Motivationale Klärung" die meisten Korrelationen mit anderen Wirkfaktoren auf, gefolgt vom Wirkfaktor „Therapiebeziehung". Aufgrund dieses Ergebnisses kann eine Brücke zu den von Orlinsky et al. (1994) empfohlenen Leitlinien für eine erfolgreiche Therapie geschlagen werden (vgl. Kap. 6.1): Am Motivationsniveau, der Änderungsbereitschaft, den Therapiezielen des Patienten und daran, wie er die Therapiebeziehung sieht, soll sich die Behandlung ausrichten.

Nachfolgend wird die Fragestellung anhand der Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung beantwortet.

A Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der ersten psychoonkologischen Therapiesitzung nach der Diagnose und den Wirkfaktoren.

B Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der psychoonkologischen Therapiesitzungen und den Wirkfaktoren.

Die Hypothesen A und B wurden mit einer multiplen Regressionsanalyse überprüft (vgl. Kap. 9.6).
Die Hypothese A muss verworfen werden, da kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der ersten psychoonkologischen Therapiesitzung nach der Diagnose zu den Wirkfaktoren besteht.
Die Hypothese B kann nur für die beiden Wirkfaktoren „Therapiebeziehung“ und „Thema Krebs“ bestätigt werden. Es muss darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der unzureichenden Normalverteilung der Variable „Sitzungen gesamt“ das Ergebnis mit einer gewissen Einschränkung zu betrachten ist.
Aufgrund der zunehmenden Anzahl von Therapiesitzungen lässt sich eine positivere Einschätzung der „Therapiebeziehung“ voraussagen. Es scheint nahe liegend, dass sich bei einer grösseren Anzahl Sitzungen die „Therapiebeziehung“ verstärkt, obwohl Horvath und Luborsky in ihren Forschungen keinen Anhaltspunkt dafür gefunden haben (vgl. Kap. 6.1.1).
Zwischen der Gesamtzahl der Therapiesitzungen und dem Wirkfaktor „Thema Krebs“ besteht ein negativer Zusammenhang, d.h. je mehr Therapiesitzungen stattfanden, desto weniger wurde über das „Thema Krebs“ gesprochen. Dieses Ergebnis mag zunächst erstaunen. Zur Frage steht, ob innerhalb einer länger andauernden Psychotherapie noch andere Themen, die über die Krebserkrankung hinausgehen, zur Sprache kommen. Da meistens nur wenige Sitzungen pro Patienten stattfanden, lässt sich diese Annahme bei der Stichprobe nicht überprüfen.

C Zwischen dem Krankheitsstadium bei der Diagnosestellung und den Wirkfaktoren gibt es einen Zusammenhang.

D Zwischen dem onkologischen Therapieansatz und einzelnen Wirkfaktoren gibt es einen Zusammenhang.

Die Beantwortung der Hypothesen C und D ergibt sich aus den Ergebnissen der einfaktoriellen Varianzanalyse (vgl. Kap. 9.7 und 9.8).
Da weder zwischen dem Krankheitsstadium noch dem Therapieansatz (kurativ oder palliativ) und den Wirkfaktoren ein signifikanter Zusammenhang besteht, müssen die Hypothesen C und D abgelehnt werden.

Dieses Ergebnis legt den Schluss nahe, dass Wirkfaktoren in der Psychotherapie unabhängig von dem gesundheitlichen Zustand der Patienten oder deren Zukunftsprognosen beeinflusst werden. Als mögliche Erklärung dient die Ansicht Lamberts (1992), der den Einfluss von „aussertherapeutischen" Faktoren, wie Persönlichkeit, Motivation, Reflexionsfähigkeit, Bereitschaft und Fähigkeit der Patienten, sich in die Therapiebeziehung einzulassen, als sehr hoch einschätzt (vgl. Kap. 6.1). Diese Variablen jedoch sowie auch die Ressourcen durch das soziale Umfeld wurden in dieser Untersuchung nicht miteinbezogen und haben vermutlich den grösseren Einfluss auf den Therapieprozess als der Gesundheitszustand.

E In der Therapeuteneinschätzung der Wirkfaktoren in der psychoonkologischen Psychotherapie zeigt sich ein Unterschied im Vergleich zu Psychotherapie mit anderen Populationen (stationäre Drogentherapie).

Die Hypothese E wurde mit einem Einstichproben-T-Test untersucht (vgl. Kap. 9.9). Bei jedem der fünf Wirkfaktoren „Therapiebeziehung" (vgl. Kap. 6.1.1), „Motivationale Klärung", „Problembewältigung", „Ressourcenaktivierung" und „Problemaktualisierung" (vgl. Kap. 6.1.2) wurde jeweils ein signifikanter Unterschied zwischen der Therapeuteneinschätzung der psychoonkologischen Psychotherapie und derjenigen der stationären Drogentherapie festgestellt. Somit kann die Hypothese E angenommen werden.

Im Hinblick auf den Therapieprozess deutet dieses Ergebnis auf einen beachtlichen Unterschied der grundsätzlichen Problemkonstellation bei Krebskranken im Gegensatz zu Suchtkranken hin.

Der Wirkfaktor „Therapiebeziehung" wurde bei beiden Populationen positiv eingeschätzt, bei der psychoonkologischen Psychotherapie etwas tiefer als bei der stationären Drogentherapie. Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung verweisen auf die therapeutische Beziehung als wichtigsten Erfolgsfaktor der Psychotherapie (vgl. Kap. 6.1.1). Diese Einschätzung bestätigt die Aussicht auf einen Therapieerfolg insbesondere unter Beachtung der Tatsache, dass die Patienten in der Studie der stationären Drogentherapie die Therapiebeziehung noch positiver bewerteten als die Therapeuten, und dies gemäss Ambühl (vgl. Kap. 6.2) bedeutsamer als die Therapeutenperspektive ist.

Die Einschätzung des Faktors „Motivationale Klärung" ist sowohl bei der psychoonkologischen Psychotherapie wie auch bei der stationären Drogentherapie eher negativ ausgefallen. Als therapeutisches Ziel gilt, dass Patienten sich über sich selbst klarer werden und sich besser annehmen können (vgl. Kap. 6.1.2). Vielleicht ist dieser Faktor in der psychoonkologischen Psychotherapie etwas zu kurz gekommen, weil kurz nach der Diagnosemitteilung die konkrete Bewältigung der Diagnose im Vordergrund

stand. Möglicherweise könnte dieses Ergebnis anders ausfallen, wenn durchschnittlich insgesamt mehr als nur bis zu drei psychoonkologische Sitzungen (vgl. Kap. 9.4.1) stattgefunden hätten.

„Problembewältigung“ wird bei der psychoonkologischen Psychotherapie eher positiv, bei der stationären Drogentherapie eher negativer eingeschätzt. Hier könnten psychoedukative Interventionen für Krebspatienten (vgl. Kap. 5.3), welche mit konkreten Bewältigungsstrategien und Entspannungsverfahren lernen, besser mit den Krankheitsfolgen umgehen zu können, massgeblich zur positiven Einschätzung dieses Faktors beigetragen haben. Vielleicht haben die Patienten schon während der Sitzung durch konkrete Techniken ein Erfolgserlebnis im Umgang mit ihrem Problem erfahren (vgl. Kap. 6.1.2). Dagegen ist zu vermuten, dass der Umgang mit einer Suchtproblematik sowohl für die Betroffenen als auch die Therapeuten eine grosse Herausforderung darstellt, vor allem wenn wie bei der stationären Drogentherapie vorhandenen beträchtlichen Komorbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen (Künzler, 2003) eine eingeschränkte Problemeinsichtsfähigkeit von Seiten der Patienten vorliegen könnte.

„Ressourcenaktivierung“ wurde bei beiden Populationen eher positiv eingeschätzt, bei der psychoonkologischen Psychotherapie etwas tiefer als bei der stationären Drogentherapie. Dies könnte darauf hinweisen, dass Suchtkranke sich leichter in ihrem Selbstwert positiv bestätigen und sich dadurch auf die Erwartung auf Symptomverbesserung ansprechen lassen. Für Krebspatienten, welche unter Umständen mit einem Krankheitsstadium mit nur wenig Heilungschancen konfrontiert und dadurch sehr verzweifelt sind, steht der Fokus auf die eigenen Ressourcen wahrscheinlich weniger im Vordergrund und müsste im Laufe einer Therapie kontinuierlich gestärkt werden.

„Problemaktualisierung“ wurde durch die Therapeuten in der psychoonkologischen Psychotherapie eher negativer bewertet, bei der stationären Drogentherapie eher positiver. Bei Krebspatienten steht als erste wichtige konkrete Bewältigungsaufgabe der Umgang mit der vor kurzem gestellten Diagnose im Vordergrund. Das ist oft begleitet mit einer psychischen Abwehr und einer Vermeidung, aus Angst von Gefühlen überschwemmt zu werden. Dies ist aber auch als Schutzmechanismus zu betrachten. Es ist durchaus möglich, dass bei einer längeren Therapiedauer, dieser Wirkfaktor stärker bewertet würde.

In der Studie zur stationären Drogentherapie bewerten die Patienten „Problemaktualisierung“ deutlich höher als die Therapeuten (vgl. Kap. 6.2). Künzler (2003) vermutet, dass die Therapeuten mehr Wirkung erzielten als sie meinten. Diese Aussage könnte auch auf die psychoonkologische Psychotherapie zutreffen.

12. Methodenkritik

In der prospektiven Längsschnittstudie *Coping – Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern* konnten Daten von einer klinisch repräsentativen Stichprobe von Krebspatienten erhoben werden. Da Krebs auch als eine „Familienkrankheit“ oder eine „soziale Krankheit“ bezeichnet wird, ist hervorzuheben, dass der Miteinbezug der Partner in die Studie und der Fokus auf die gemeinsame Bewältigung der Erkrankung diesem Umstand Rechnung trägt.
Die durch Therapeuten-Stundenbogen erfassten Angaben zu Wirkfaktoren in der Psychotherapie versprechen eine interessante Erweiterung der Erkenntnisse aus der allgemeinen Psychotherapie-Prozessforschung. Der Umfang der Stundenbogen von rund 500 Therapiesitzungen bietet wiederum eine repräsentative Datenbasis. Angesichts der Tatsache, dass zwei Drittel aller Therapiesitzungen durch einen Therapeuten und ein Drittel durch die drei anderen Therapeuten durchgeführt wurden (vgl. Kap. 9.4.4) , wäre aber eine gleichmässigere Verteilung der Therapiesitzungen auf die einzelnen Therapeuten im Sinne einer Optimierung der Objektivität sicherlich wünschenswert.
Aufgrund der Erkenntnisse der Psychotherapie-Prozessforschung (vgl. Kap. 6.2) ist es erstrebenswert, jeweils verschiedene Perspektiven zum Therapieprozess zu erfassen. Zwischen den Perspektiven der Therapeuten und der Patienten bestehen nachweislich Inkongruenzen. Die Einschätzungen der Patienten haben sich als treffender für die Prognose eines Therapieerfolges erwiesen. Leider war der Miteinbezug der Patientensicht in dieser Studie nicht möglich, da aus medizinischer Sicht das Ausfüllen eines Patienten-Stundenbogens als eine zusätzliche, nicht zumutbare Belastung für die Betroffenen erachtet wurde (vgl. Kap. 7.4).
In dieser Arbeit wurden meist Studien zur Prozessforschung im stationären Bereich berücksichtigt. Da zwei Drittel aller psychoonkologischen Sitzungen ambulant stattfanden, müsste diesem Umstand Rechnung getragen und weitere Studien zur Prozessforschung in der ambulanten Psychotherapie mit einbezogen werden.
Der Vergleich der Ausprägungen der Wirkfaktoren aus Therapeutenperspektive in der psychoonkologischen Psychotherapie mit bereits publizierten Werten aus der stationären Drogentherapie ist interessant. Doch gilt es zu berücksichtigen, dass eine erhebliche Anzahl von intervenierenden Variablen die Ergebnisse beeinflussen und einen Vergleich erschweren.
Zu erwähnen ist, dass bei der Mehrheit der Drogenpatienten zusätzlich zur Sucht die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vorliegt, während bei den Krebspatienten keine Angaben zu Psychopathologien vorhanden sind. Auch wurden nur bei der psychoonkologischen Psychotherapie Partner und Angehörige miteinbezogen. Als weitere Einschränkung ist das Fehlen der genauen Angaben zu den Stundenbogen in der Studie der stationären Drogentherapie zu beachten.

13. Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass in der psychoonkologischen Psychotherapie aus der Therapeuten-Einschätzung die „Therapiebeziehung“ ein bedeutender Wirkfaktor ist. Doch leider fehlt die Perspektive der Patienten, was wie Erkenntnisse der allgemeinen Psychotherapieforschung zeigen, aussagekräftiger für einen Therapieerfolg ist.
Aufgrund vieler komplexer Einflussvariablen werden weitere Untersuchungen im Bereich der psychoonkologischen Psychotherapie notwendig sein, um konkrete Aussagen zum Therapieprozess zu erhalten.
Mit zunehmender Anzahl von Sitzungen verstärkte sich in der Therapeuten-Einschätzung der Wirkfaktor „Therapiebeziehung“, dagegen verringerten sich die Gespräche über das „Thema Krebs“. Krankheitsstadium oder Therapieansatz (kurativ oder palliativ) haben keinen Zusammenhang mit den Wirkfaktoren.
Im Vergleich der Einschätzung der Wirkfaktoren durch die Therapeuten zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen der Psychotherapie mit Krebspatienten und der stationären Drogentherapie. Daraus lässt sich die Hypothese ableiten, dass der Therapieprozess weniger durch die Krebserkrankung oder die Krankheitsprognose geprägt ist sondern durch die individuellen personalen Voraussetzungen der Patienten. Der Ausgang einer Therapie ist massgeblich durch die Einzigartigkeit des Patienten, seiner Persönlichkeit, der Art und Dauer seines Leidens sowie seiner Fähigkeit und Bereitschaft, sich in eine therapeutische Beziehung einzulassen, beeinflusst. Dass der Fokus auf der Individualität der Patienten und der Stärkung ihrer personalen und sozialen Ressourcen liegen soll, muss ein erklärtes Therapieziel darstellen.
In der Regel impliziert die Frage nach der Wirkung einer Psychotherapie eine Aussage über ihren Erfolg oder das Erreichen des Therapieziels. Gerade in der Psychotherapie mit Krebspatienten muss der Erfolg oder das Therapieziel anders gewichtet werden. Da eine Genesung nicht immer möglich ist, geht es vorwiegend darum, dass es den Patienten und Angehörigen besser gehen soll und sie einen besseren Umgang mit ihren Belastungen finden.
Die Art und Weise, wie Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess zusammenspielen, ist äusserst komplex und wohl nie abschliessend zu beantworten, da unzählige Variablen einen Beitrag leisten. Quantitative Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung bilden nur einen Teil des therapeutischen Geschehens ab und tragen dem Einfluss der Einzigartigkeit der Patienten zu wenig Rechnung.
Es wären weitere Studien notwendig, um die vorliegenden Ergebnisse zu vertiefen. Zum Beispiel könnten in einer weiterführenden Untersuchung Variablen wie Persönlichkeitsmerkmale oder psychopathologische Auffälligkeiten bei Patienten oder Angehörigen miteinbezogen werden. Diese Aspekte könnten wertvolle Hinweise auf die

Ausprägung der Wirkfaktoren in der psychoonkologischen Psychotherapie liefern. Weitere interessante Forschungsfragen betreffen den Einfluss des Krankheitsverlaufs und Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung, wie Müdigkeit oder Schmerzen auf das Therapiegeschehen. Wie weit medizinische Merkmale Prädiktoren für die Inanspruchnahme von psychoonkologischer Psychotherapie sind, wäre näher im Vergleich mit der Gruppe von Patienten ohne psychoonkologische Unterstützung zu untersuchen. Es wäre interessant zu erfahren, ob ein bis drei Sitzungen den psychoonkologischen Bedarf meistens decken können oder ob sich andere Aspekte zeigen, warum nicht mehr Sitzungen beansprucht wurden.
Wünschenswert sind Ergebnisse zur Perspektive der Patienten oder Angehörigen zum psychoonkologischen Therapieangebot. Eine qualitative Untersuchung könnte eine bereichernde Ergänzung der Ergebnisse zu Wirkfaktoren in der psychoonkologischen Psychotherapie liefern.

V ABSTRACT

Wie schätzen Therapeuten die Wirkfaktoren innerhalb der psychoonkologischen Psychotherapie ein? Untersucht wird, ob sich Schwerpunkte bezüglich der Wirkfaktoren zeigen, ob sich diese je nach Zeitpunkt des Therapiebeginns oder der Anzahl Therapiesitzungen verändern und inwiefern das Krankheitsstadium oder der Therapieansatz (kurativ oder palliativ) die Ausprägungen der Wirkfaktoren bestimmen. Zudem wird untersucht, ob sich die Therapeutenperspektive zu Wirkfaktoren in der psychoonkologischen Psychotherapie von derjenigen in der stationären Drogentherapie unterscheidet.

Grundlage bilden Daten von rund 500 Therapie-Stundenbogen, welche im Rahmen der Langzeitstudie *COPING – Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern* am Kantonsspital Aarau erhoben wurden.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Therapeuten den Wirkfaktor „Therapiebeziehung“ positiv bewerten. Zwischen Anzahl der Therapiesitzungen und den Ausprägungen der Wirkfaktoren „Therapiebeziehung“ und dem Gespräch über das „Thema Krebs“ besteht ein signifikanter Zusammenhang. Dagegen beeinflussen weder das Krankheitsstadium noch der Therapieansatz die Wirkfaktoren.

In der Beurteilung der Wirkfaktoren durch die Therapeuten zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen der Psychotherapie mit Krebspatienten und in der stationären Drogentherapie. Die Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass Ausprägungen der Wirkfaktoren weniger durch die Krebserkrankung oder die Krankheitsprognose beeinflusst werden sondern eher durch Persönlichkeitsmerkmale oder allfällige Komorbiditäten mit anderen psychopathologischen Störungen, wie sie häufig bei Suchtpatienten vorkommen.

Die Perspektive der Patienten müsste in weiteren Untersuchungen berücksichtigt werden, um eine verlässlichere Aussage zu Wirkfaktoren in der psychoonkologischen Psychotherapie zu erhalten.

VI LITERATURVERZEICHNIS

Ambühl, H. (1993). Was ist therapeutisch an Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 41*, 285-303.

Bachelor, A. (1988). How clients perceive therapist empathy. *Psychotherapy, 25*, 227-240.

Beyer, J. (2010). Trends und Perspektiven in der Onkologie. In Ch. Diegelmann & M. Isermann (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Psychoonkologie* (S. 27-34). Stuttgart: Kohlhammer.

Bühl, A. (2010). *PASW 18. Einführung in die moderne Datenanalyse* (12. akt. Auflage). München: Pearson.

Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Erlbaum.

Dietzfelbinger, H. (2009). Aufklärung über Behandlungsschritte, Kontrolluntersuchungen und Nachsorge. In M. Dorfmüller & H. Dietzfelbinger (Hrsg.), *Psychoonkologie* (S. 127-132). München: Elsevier.

Faller, H. (2006). Onkologie. In H. Faller & H. Lang (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Soziologie* (2. vollst. neu bearb. Aufl.), (S. 222-225). Heidelberg: Springer.

Grawe, K. & Baltensberger, C. (1998). Figurationsanalyse. Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In A.R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 179-207). Tübingen: DGVT.

Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40,* 130-145.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie.* Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2005a). Allgemeine Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (3. Aufl.), (S. 120-132). Stuttgart: Thieme.

Grawe, K. (2005b). Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie, 7/8.* 311.

Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990a). Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozessvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19*, 316-337.

Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990b). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19*, 338-361.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Häcker, H. & Stapf, K.-H. (Hrsg.), (2004). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl.). Bern: Huber.

Hain, P. (2001). *Das Geheimnis therapeutischer Wirkung.* Heidelberg: Auer.

Hefner, J. (2008). *Psychotherapeutische Interventionen bei Krebskranken.* Frankfurt: Lang.

Heinrichs, N. & Zimmermann, T. (2008). *Bewältigung einer gynäkologischen Krebserkrankung in der Partnerschaft.* Göttingen: Hogrefe.

Herschbach, P. & Heussner, P. (2008). *Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993). The role of the alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 561-573.

Jellouschek H. (2002). *Bis zuletzt die Liebe. Als Paar im Schatten einer tödlichen Krankheit.* Freiburg: Herder.

KID, Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums. (2010). *Fragen von A-Z. Untersuchung.* Verfügbar: http://www.krebsinformationsdienst.de/

KLA. Krebsliga Aargau. *Psychoonkologie.* Verfügbar : http://www.krebsliga-aargau.ch/de/dienstleistungen/psychoonkologie

KLS. Krebsliga Schweiz. (2009). *Zahlen zu Krebs.* Verfügbar: http://www.krebsliga.ch/de/uber_krebs/zahlen_zu_krebs2/

KLS. Krebsliga Schweiz. (2010). Leukämie bei Erwachsenen. Verfügbar: http://assets.krebsliga.ch/downloads/1025.pdf

Koch, U. & Weis, J. (Hrsg.), (2009). *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung.* Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (2002). *STEP – Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (6. vollst. überarb. Auflage). Weinheim: Beltz.

KSA. Kantonsspital Aarau (2006). Handbuch Psychoonkologie.

Künzler, A. & Lenz, S. (2010). Psychoonkologie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog*. Heidelberg: Springer.

Künzler, A. & Zindel, A. (2004). *Patients and Partners Coping with Cancer.* Poster presented at the 7th World Congress of Psycho-Oncology, August 2004, Copenhagen, Denmark.

Künzler, A. (2003). Stationäre Drogentherapie: Unterschiedliche Einschätzung des Therapieprozesses von Therapeut und Klient. *Sucht, 49 (6),* 370-375.

Künzler, A., Zindel, A., Znoj, H.J. & Bargetzi, M. (im Druck). Psychische Belastung bei Krebspatienten und ihren Partnern im ersten Jahr nach Diagnosestellung. Angenommen zur Publikation in *Praxis: Schweizerische Rundschau für Medizin.*

Lambert, M.J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J.C. Norcross, & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration.* New York: Basic.

Lang, H. (Hrsg.) (2003). *Wirkfaktoren der Psychotherapie.* Würzburg: Königshausen & Neumann.

Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie.* Heidelberg: Springer.

Marmar, C., Horowitz, M.J., Weiss, D. & Marzialie, E.A. (1986). The development of the therapeutic allianc rating system. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *Psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 367-390). New York: Guilford.

Mehnert, A., Petersen, C. & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus, *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 12,* 1-8.

Miller, S.D., Duncan B.L. & Hubble, M.A. (2000). *Jenseits von Babel. Weg zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Multhaupt, A. (2008). *Zur Effektivität der psychoonkologischen Akutintervention in einem Brustzentrum.* Unveröff. Dissertation, Universität Köln.

Orlinski, D.E., Grawe, K. & Parks B.K. (1994) Process and outcome in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, *21*, 95-103.

Rudolf, G. & Henningsen P. (Hrsg.), (2008). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik* (6. neu bearbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme.

Schopper, D. & Obrist, R. (2005). Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2005-2010. Bern: Oncosuisse. Verfügbar:
http://www.oncosuisse.ch/frontpage/downloads/krebsprogramm_d.pdf

Schwarz, R. & Singer, S. (2008). *Einführung Psychosoziale Onkologie*. München: Reinhardt.

Schwarz, R. (2003). Krebs – Hilfe für leidende Seelen. *Krebsmedizin II, Spezial Spektrum der Wissenschaft 2003.*

SGPO Schweizerische Gesellschaft für Psycho-Onkologie. (2010). Reglement zur Titelvergabe.
Verfügbar: http://www.psycho-onkologie.ch/userfiles/file/sgpo_reglement_titel.pdf

Sobin, L.H. & Wittekind, C. (Eds.), (1997). *TNM classification of malignant tumours*. New York: Wiley.

Steginga, S.K., Campbell, A., Ferguson, M., Beeden, A., Walls, M., Cairns, W. & Dunn, J. (2008). Socio-demographic, psychosocial and attitudinal predictors of help seeking after cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*. [On-line]. Available:
www.interscience.wiley.com. DOI: 10.1002/pon. 1317.

Tabachnick, B. & Fidell, L. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson.

Tress, W. & Hartkamp, N. (2000). Differente Perspektiven auf den Prozess in stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 46,* 166-179.

Tschacher, W. & Endtner, K. (2007). Therapiesitzungsbogen für Patienten und Therapeuten. *Forschungsberichte der Abteilung für Psychotherapie der Universität Bern, Nr. 07-1*.

Tschuschke, V. (2006). *Psychoonkologie.* Stuttgart: Schattauer.

UICC, Union Internationale Contre le Cancer. Verfügbar: http://www.uicc.org/index.php

Universität Bern. Institut für Psychologie. (2005). *COPING- Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern.* Projekt-Kurzbeschreibung.

Verres, R., Schweitzer, J., Seemann, H., Stammer, H. & Wischmann, T. (2002). Minimal-invasives Vorgehen bei der Psychotherapie körperlicher Störungen. In B. Strauss (Hrsg.), *Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen* (S. 64-78). Göttingen: Hogrefe.

Weis, J. & Sellschopp, A. (2007). Psychotherapie mit Krebspatienten. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S.613-622). (4. akt. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

WHO World Health Organization. (2010). *International Classification of Diseases* Verfügbar: http://www.who.int/classifications/icd/en/

Wittorf, S. (1999). *Die Abschlussphase von Psychotherapien.* Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie und Gesundheitswissenschaften. Verfügbar: http://www.dapo-ev.de/diswittorf.pdf

VII ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Inanspruchnahme psychoonkologischer Psychotherapie..... 26

Abbildung 2 Stichprobe: Verteilung nach Alter und Geschlecht..... 27

Abbildung 3 Therapieansatz in % innerhalb des Krankheitsstadiums..... 29

Abbildung 4 Therapie-Setting..... 31

Abbildung 5 Therapiebeginn in Wochen nach der Diagnosestellung..... 32

Abbildung 6 Art der psychoonkologischen Therapiesitzungen..... 33

Abbildung 7 Anzahl Sitzungen pro Therapeuten..... 34

VIII TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle	1	Reliabilitätsanalyse	24
Tabelle	2	Stichprobe: Verteilung nach Geschlecht	27
Tabelle	3	Lebenssituation	28
Tabelle	4	Wohnsituation	28
Tabelle	5	Lokalisation des Tumors	29
Tabelle	6	Krankheitsstadium und Therapieansatz	30
Tabelle	7	Medizinische Behandlung (t1)	30
Tabelle	8	Anzahl und Setting der psychoonkologischen Psychotherapie	31
Tabelle	9	Statistische Kennwerte der Wirkfaktoren	34
Tabelle	10	Korrelationstabelle: Wirkfaktoren	35
Tabelle	11	HYPOTHESEN A+B: Regression ANOVA: Modellaufklärung	37
Tabelle	12	HYPOTHESEN A+B: Regression: Modellzusammenfassung	38
Tabelle	13	HYPOTHESEN A+B: Regression: Koeffizienten	38
Tabelle	14	HYPOTHESE C: Levene-Test	39
Tabelle	15	HYPOTHESE C: ONEWAY ANOVA	39
Tabelle	16	HYPOTHESE D: Levene-Test	40
Tabelle	17	HYPOTHESE D: Welch-Test	40
Tabelle	18	HYPOTHESE D: ONEWAY ANOVA	41
Tabelle	19	HYPOTHESE E: Mittelwert-Vergleich von Therapiebeziehung	42
Tabelle	20	HYPOTHESE E: Mittelwert-Vergleich von Motivationale Klärung	43
Tabelle	21	HYPOTHESE E: Mittelwert-Vergleich von Problembewältigung	43
Tabelle	22	HYPOTHESE E: Mittelwert-Vergleich von Ressourcenaktivierung	44
Tabelle	23	HYPOTHESE E: Mittelwert-Vergleich von Problemaktualisierung	44

IX ANHANG

1 Therapeuten-Stundenbogen **62**

2 Faktoren- und Reliabilitätsanalyse **63**

2.1 Faktorenanalyse 63
2.2 Reliabilitätsanalyse 65

3 Ergänzende Auswertungen zur Deskriptiven Statistik **68**

3.1 Inanspruchnahme von psychoonkologischer Psychotherapie 68
3.2 Geschlecht 68
3.3 Alter 68
3.4 Verteilung nach Alter und Geschlecht 68
3.5 In gemeinsamer Wohnung lebend 68
3.6 Therapiebeginn in Wochen nach der Diagnosestellung 69
3.7 Durchführungsart der Therapiesitzungen 69
3.8 Anzahl Sitzungen pro Therapeuten 69

4 Überprüfung der Normalverteilung **70**

5 HYPOTHESEN A+B: Regressionsanalyse **71**

6 Umrechnung der Wirkfaktoren **76**

krebsliga aargau	Qualitätssicherung Psychoonkologie	Kantonsspital Aarau

Stundenbogen TherapeutIn: ❍$_1$SL ❍$_2$AK ❍$_3$SM

Onkolog. Pat: _____ geb.: _____ Sitzung Nr.: __ Datum: ___.___.___ CopingPb-Nr. __

Diese Sitzung war: ❍$_1$ambu. ❍$_2$stat. ❍$_3$iso mit: ❍$_1$onkol. Pat ❍$_1$PartnerIn ❍$_1$andere Angehörige

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt?

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen für Sie zutreffen:

		überhaupt nicht$_0$	nein$_1$	eher nicht$_2$	weder noch$_3$	eher ja$_4$	ja$_5$	ganz genau$_6$
1.	Heute habe ich mich in der Beziehung zum/zur Klient/in wohl gefühlt.	überhaupt nicht$_0$	nein$_1$	eher nicht$_2$	weder noch$_3$	eher ja$_4$	ja$_5$	ganz genau$_6$
2.	Der/die Klient/in und ich verstehen einander.	überhaupt nicht$_0$	nein$_1$	eher nicht$_2$	weder noch$_3$	eher ja$_4$	ja$_5$	ganz genau$_6$
3.	Der/die Klient/in und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen	überhaupt nicht$_0$	nein$_1$	eher nicht$_2$	weder noch$_3$	eher ja$_4$	ja$_5$	ganz genau$_6$

4.	Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem/ der Klient/in wichtige Zusammenhänge seines/ ihres Erlebens und Verhaltens klarer werden.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
5.	Ich habe heute versucht, Ressourcen des/der Klient/in gezielt zu nutzen.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
6.	Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der/die Klient/in für ihn/sie schwierige Situationen besser bewältigen kann.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
7.	Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, den/die Klient/in gefühlsmässig zu involvieren.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
8.	Heute habe ich gezielt versucht, die Handlungskompetenzen des/der Klient/in zu verbessern.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
9.	Heute habe ich an wunde Punkte des/der Klient/in gerührt.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
10.	Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der/die Klient/in auch seine/ihre positiven Seiten erleben kann.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
11.	Ich habe heute darauf hingearbeitet, dass der/die Klient/in sich einem bestimmten Problem besser gewachsen fühlen kann als bisher.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
12.	Ich habe aktiv versucht, den/die Klient/in in seinem/ihrem positiven Selbst aufzuwerten.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
13.	Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der/die Klient/in Gefühle erlebt, die er/sie sonst vermeidet.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
14.	Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der/ die Klient/in sich über seine/ihre Ziele und Motive klarer wird.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
15.	Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der/die Klient/in seine/ihre Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$
16.	Heute haben wir direkt über die Krebserkrankung resp. -therapie gesprochen.	überhaupt nicht$_0$	eher nicht$_1$	zur Hälfte$_2$	weit-gehend$_3$	voll-kommen$_4$

Herzlichen Dank!

V1.1 2004 KLA / 2000 Psychotherapeutische Praxisstelle Uni Bern

In Zusammenarbeit mit:

Coping - Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern

Eine Studie des Psychologischen Instituts der Universität Bern

3. Faktoren- und Reliabilitätsanalyse

3.1 Faktorenanalyse

Pattern Matrix(a)

	Component			
	1	2	3	4
Frage1	-.059	.873	-.051	.189
Frage2	-.021	.908	-.058	.063
Frage3	.025	.872	.064	.043
Frage4	.667	.228	.157	-.232
Frage5	-.023	.240	.215	.734
Frage6	-.059	.023	.877	-.108
Frage7	.698	-.279	-.091	.240
Frage8	.290	-.085	.737	.121
Frage9	.074	.177	.209	-.677
Frage10	.073	.206	.021	.782
Frage11	-.100	.023	.866	-.075
Frage12	.210	.157	-.044	.749
Frage13	.764	-.097	-.082	-.002
Frage14	.641	-.082	.188	.156
Frage15	.722	.067	.099	.140
Frage16	-.479	-.200	.264	.165

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.
a Rotation converged in 11 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.771
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3363.673
	df	120
	Sig.	.000

Component Correlation Matrix

Component	1	2	3	4
1	1.000	.113	.039	.156
2	.113	1.000	.060	.066
3	.039	.060	1.000	.014
4	.156	.066	.014	1.000

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Pattern Matrix(a)

	Component					
	2 Klä	1 Bez	4 Bewält	3 Ress	5 ProbAkt	6 Krebs
Frage1	.017	.864	-.048	.175	-.107	-.072
Frage2	.039	.905	-.060	.044	-.081	-.069
Frage3	.023	.877	.061	.026	.008	-.035
Frage4	.731	.222	-.001	-.288	.137	.117

Frage5	.002	.219	.182	.732	.059	.152
Frage6	-.044	.019	.873	-.075	-.018	.084
Frage7	.101	-.232	-.055	.218	.768	-.052
Frage8	.192	-.112	.782	.156	.027	-.208
Frage9	-.083	.235	.173	-.694	.276	.187
Frage10	-.004	.189	.020	.777	.142	.052
Frage11	-.061	.014	.868	-.039	-.062	.065
Frage12	.057	.150	-.053	.735	.257	.056
Frage13	.056	-.030	-.020	-.027	.871	-.112
Frage14	.771	-.130	.079	.127	-.043	-.065
Frage15	.817	.029	-.027	.096	.035	-.034
Frage16	.009	-.199	-.010	.126	-.137	.930

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.
a Rotation converged in 14 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.771
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3363.673
	df	120
	Sig.	.000

Component Correlation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6
1	1.000	.107	.157	.187	.394	-.220
2	.107	1.000	.080	.110	.072	.047
3	.157	.080	1.000	-.022	.029	.154
4	.187	.110	-.022	1.000	.093	-.096
5	.394	.072	.029	.093	1.000	-.065
6	-.220	.047	.154	-.096	-.065	1.000

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

3.2 Reliabilitätsanalyse

1. Skala: Therapiebeziehung

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.886	.895	3

Inter-Item Correlation Matrix

	Frage1	Frage2	Frage3
Frage1	1.000	.774	.693
Frage2	.774	1.000	.751
Frage3	.693	.751	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Frage1	9.26	3.396	.779	.627	.848
Frage2	9.04	4.306	.829	.687	.817
Frage3	9.10	3.770	.762	.596	.853

2. Skala: Motivationale Klärung

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.708	.706	3

Inter-Item Correlation Matrix

	Frage4	Frage14	Frage15
Frage4	1.000	.325	.490
Frage14	.325	1.000	.520
Frage15	.490	.520	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Frage4	2.95	4.535	.471	.247	.683
Frage14	3.50	4.235	.495	.277	.655
Frage15	3.75	3.543	.621	.385	.491

3. Skala: Ressourcenaktivierung

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.820	.821	3

Inter-Item Correlation Matrix

	Frage5	Frage10	Frage12
Frage5	1.000	.586	.557
Frage10	.586	1.000	.672
Frage12	.557	.672	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Frage5	3.85	2.776	.624	.392	.801
Frage10	4.13	2.725	.714	.516	.715
Frage12	4.18	2.471	.689	.493	.738

4. Skala: Problembewältigung

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.794	.798	3

Inter-Item Correlation Matrix

	Frage6	Frage8	Frage11
Frage6	1.000	.509	.690
Frage8	.509	1.000	.507
Frage11	.690	.507	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Frage6	4.97	3.616	.687	.511	.672
Frage8	5.68	3.515	.553	.306	.816
Frage11	4.94	3.410	.681	.509	.671

5. Skala: Problemaktualisierung

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.357	.374	3

Inter-Item Correlation Matrix

	Frage7	Frage9	Frage13
Frage7	1.000	-.176	.640
Frage9	-.176	1.000	.035
Frage13	.640	.035	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Frage7	3.31	2.815	.305	.449	.067
Frage9	2.36	4.187	-.078	.068	.780
Frage13	3.36	2.244	.511	.432	-.426(a)

a The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

→Item 9 eliminiert >neue Var. mit nur 2 Items

3. Ergänzende Angaben zur Deskriptiven Statistik

3.1. Inanspruchnahme von psychoonkologischer Psychotherapie

Psychoonkologische Psychotherapie	Häufigkeit	Prozent
nein	121	48.8
ja	127	51.2
Gesamt (N=248)	248	100.0

3.2 Geschlecht

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
weiblich	55	48.2
männlich	59	51.8
Gesamt (N=114)	114	100.0

3.3 Alter

N		Mittelwert	Modus	Standardabweichung	Spannweite	Minimum	Maximum
Gültig	Fehlend						
114	13	55,08	43[a]	13,853	64	21	85
a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.							

3.4 Verteilung nach Alter und Geschlecht

	Häufigkeit			Prozent
	w	m	Gesamt	
21 bis 30 Jahre	3	2	5	4,4
31 bis 40 Jahre	8	3	11	9,6
41 bis 50 Jahre	13	13	26	22,8
51 bis 60 Jahre	15	14	29	25,4
61 bis 70 Jahre	12	15	27	23,7
71 bis 80 Jahre	2	11	13	11,4
über 80 Jahre	2	1	3	2,6
Gesamt	55	59	114	100,0

3.5 In gemeinsamer Wohnung lebend

Statistiken							
N		Mittelwert	Modus	Standardabweichung	Spannweite	Minimum	Maximum
Gültig	Fehlend						
88	39	27,70	32	15,870	57	1	58

3.6 Therapiebeginn in Wochen nach der Diagnosestellung

N		Mittelwert	Modus	Standardabweichung	Spannweite	Minimum	Maximum
Gültig	Fehlend						
79	48	9,92	1,00	11,680	51	1	52

3.7 Durchführungsart der Therapiesitzungen

	Häufigkeit	**Prozent**
ambulant	321	64.2
stationär	117	23.4
Im Isolierzimmer	62	12.4
Gesamt	500	100.0

3.8 Anzahl Sitzungen pro Therapeuten

Therapeuten	**Häufigkeit**	**Prozent**
AK	332	65.4
SL	79	15.6
SM	74	14.6
BH	23	4.5
Gesamt	508	100.0

3 Überprüfung der Normalverteilung

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest								
		Parameter der Normalverteilung[a,b]		Extremste Differenzen			Kolmogorov-Smirnov-Z	Asympt. Signifikanz (2-seitig)
	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Absolut	Positiv	Negativ		
Therapiebeginn	79	9,92	11,680	,266	,266	-,222	2,362	,000
Sitzungen gesamt	127	4,86	7,109	,294	,257	-,294	3,309	,000
Therapiebeziehung	78	4,2582	,72799	,092	,057	-,092	,816	,519
Motivationale Klärung	78	1,6349	,73683	,111	,111	-,060	,980	,292
Problembewältigung	78	2,5055	,60710	,079	,051	-,079	,698	,715
Ressourcenaktivierung	78	2,1010	,61558	,104	,104	-,061	,915	,372
Problemaktualisierung	78	1,2745	,71176	,124	,124	-,054	1,100	,178
Thema Krebs	78	2,3945	,93627	,112	,112	-,093	,989	,282
a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.								
b. Aus den Daten berechnet.								

Die Wirkfaktoren zeigen einen deutlich nicht signifikanten p-Wert, d.h. die Werte sind hinreichend normalverteilt.
Bei den Variablen „Therapiebeginn“ (z=2.36, p<0.001) und Sitzungen gesamt“ (z=3,31, p<0.001). besteht eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung. Es muss eine Rangtransformation vorgenommen werden.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest								
		Parameter der Normalverteilung[a,b]		Extremste Differenzen			Kolmogorov-Smirnov-Z	Asympt. Signifikanz (2-seitig)
	N	Mittelwert	Standard abweichung	Absolut	Positiv	Negativ		
Rank of “Therapiebeginn”	79	40,00000	22,847319	,130	,130	-,088	1,159	,136
Rank of “Sitzungen gesamt”	127	64,00000	35,788510	,213	,213	-,118	2,403	,000
a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.								
b. Aus den Daten berechnet.								

Nach der Rangtransformation mit Rangbindung zum Mittelwert, weist „Therapiebeginn“ eine ausreichende Normalverteilung auf (z=1,159, p=0,14).

4 Regressionsanalyse

4.1 Zusammenhang der Prädiktoren „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ mit „Therapiebeziehung“

Deskriptive Statistiken			
	Mittelwert	Standardabweichung	N
Therapiebeziehung	4.2582	.72799	78
Rank of „Therapiebeginn“	39.74359	22.880512	78
Rank of „Sitzungen gesamt“	75.68590	35.948656	78

Korrelationen				
		“Therapiebeziehung”	Rank of “Therapiebeginn”	Rank of “Sitzungen gesamt”
Korrelation nach Pearson	“Therapiebeziehung”	1.000	.082	.401
	Rank of “Therapiebeginn”	.082	1.000	-.073
	Rank of “Sitzungen gesamt”	.401	-.073	1.000
Sig. (Einseitig)	“Therapiebeziehung”	.	.237	.000
	Rank of “Therapiebeginn”	.237	.	.263
	Rank of “Sitzungen gesamt”	.000	.263	.
N	“Therapiebeziehung”	78	78	78
	Rank of “Therapiebeginn”	78	78	78
	Rank of “Sitzungen gesamt”	78	78	78

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,416[a]	,173	,151	,67068
a. Einflußvariablen : (Konstante), Rank of “Sitzungen gesamt”, Rank of “Therapiebeginn”				

ANOVA[b]						
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	7,071	2	3,536	7,860	,001[a]
	Nicht standardisierte Residuen	33,736	75	,450		
	Gesamt	40,807	77			
a. Einflußvariablen : (Konstante), Rank of “Sitzungen gesamt”, Rank of “Therapiebeginn”						
b. Abhängige Variable: “Therapiebeziehung”						

Koeffizienten[a]						
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	3,489	,229		15,207	,000
	Rank of “Therapiebeginn”	,004	,003	,112	1,066	,290
	Rank of “Sitzungen gesamt”	,008	,002	,409	3,886	,000
a. Abhängige Variable: “Therapiebeziehung”						

4.2 Zusammenhang der Prädiktoren „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ mit „Motivationale Klärung“

Deskriptive Statistiken			
	Mittelwert	Standardabweichung	N
“Motivationale Klärung”	1,6349	,73683	78
Rank of “Therapiebeginn”	39,74359	22,880512	78
Rank of “Sitzungen gesamt”	75,68590	35,948656	78

Korrelationen				
		“Motivationale Klärung”	Rank of “Therapiebeginn”	Rank of “Sitzungen gesamt”
Korrelation nach Pearson	“Motivationale Klärung”	1,000	,120	,200
	Rank of “Therapiebeginn”	,120	1,000	-,073
	Rank of “Sitzungen gesamt”	,200	-,073	1,000
Sig. (Einseitig)	“Motivationale Klärung”	.	,147	,039
	Rank of “Therapiebeginn”	,147	.	,263
	Rank of “Sitzungen gesamt”	,039	,263	.
N	“Motivationale Klärung”	78	78	78
	Rank of “Therapiebeginn”	78	78	78
	Rank of “Sitzungen gesamt”	78	78	78

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,241[a]	,058	,033	,72450
a. Einflußvariablen : (Konstante), Rank of “Sitzungen gesamt”, Rank of “Therapiebeginn”				

ANOVA[b]						
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	2,437	2	1,219	2,322	,105[a]
	Nicht standardisierte Residuen	39,367	75	,525		
	Gesamt	41,805	77			
a. Einflußvariablen : (Konstante), Rank of “Sitzungen gesamt”, Rank of “Therapiebeginn”						
b. Abhängige Variable: “Motivationale Klärung”						

Koeffizienten[a]						
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	1,136	,248		4,582	,000
	Rank of “Therapiebeginn”	,004	,004	,135	1,205	,232
	Rank of “Sitzungen gesamt”	,004	,002	,210	1,869	,065
a. Abhängige Variable: “Motivationale Klärung”						

4.3 Zusammenhang der Prädiktoren „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ mit „Ressourcenaktivierung“

Deskriptive Statistiken			
	Mittelwert	Standardabweichung	N
“Ressourcenaktivierung “	2,1010	,61558	78
Rank of “Therapiebeginn”	39,74359	22,880512	78
Rank of “Sitzungen gesamt”	75,68590	35,948656	78

Korrelationen				
		“Ressourcenaktivierung “	Rank of “Therapiebeginn”	Rank of “Sitzungen gesamt”
Korrelation nach Pearson	“Ressourcenaktivierung “	1,000	,010	-,012
	Rank of “Therapiebeginn”	,010	1,000	-,073
	Rank of “Sitzungen gesamt”	-,012	-,073	1,000
Sig. (Einseitig)	“Ressourcenaktivierung “	.	,465	,458
	Rank of “Therapiebeginn”	,465	.	,263
	Rank of “Sitzungen gesamt”	,458	,263	.
N	“Ressourcenaktivierung “	78	78	78
	Rank of “Therapiebeginn”	78	78	78
	Rank of “Sitzungen gesamt”	78	78	78

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,015[a]	,000	-,026	,62366
a. Einflußvariablen : (Konstante), Rank of “Sitzungen gesamt”, Rank of “Therapiebeginn”				

ANOVA[b]						
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	,007	2	,003	,009	,991[a]
	Nicht standardisierte Residuen	29,171	75	,389		
	Gesamt	29,178	77			
a. Einflußvariablen : (Konstante), Rank of “Sitzungen gesamt”, Rank of “Therapiebeginn”						
b. Abhängige Variable: “Ressourcenaktivierung “						

Koeffizienten[a]						
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	2,106	,213		9,868	,000
	Rank of “Therapiebeginn”	,000	,003	,009	,081	,935
	Rank of “Sitzungen gesamt”	,000	,002	-,011	-,098	,922
a. Abhängige Variable: “Ressourcenaktivierung “						

4.4 Zusammenhang der Prädiktoren „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ mit „Problemaktualisierung“

Deskriptive Statistiken			
	Mittelwert	Standardabweichung	N
“Problemaktualisierung”	1,2745	,71176	78
Rank of “Therapiebeginn”	39,74359	22,880512	78
Rank of “Sitzungen gesamt”	75,68590	35,948656	78

Korrelationen				
		“Problemaktualisierung”	Rank of “Therapiebeginn”	Rank of “Sitzungen gesamt”
Korrelation nach Pearson	“Problemaktualisierung”	1,000	,250	,004
	Rank of “Therapiebeginn”	,250	1,000	-,073
	Rank of “Sitzungen gesamt”	,004	-,073	1,000
Sig. (Einseitig)	“Problemaktualisierung”	.	,014	,486
	Rank of “Therapiebeginn”	,014	.	,263
	Rank of “Sitzungen gesamt”	,486	,263	.
N	“Problemaktualisierung”	78	78	78
	Rank of “Therapiebeginn”	78	78	78
	Rank of “Sitzungen gesamt”	78	78	78

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,251[a]	,063	,038	,69818
a. Einflußvariablen : (Konstante), Rank of “Sitzungen gesamt”, Rank of “Therapiebeginn”				

ANOVA[b]						
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	2,449	2	1,225	2,512	,088[a]
	Nicht standardisierte Residuen	36,560	75	,487		
	Gesamt	39,009	77			
a. Einflußvariablen : (Konstante), Rank of “Sitzungen gesamt”, Rank of “Therapiebeginn”						
b. Abhängige Variable: “Problemaktualisierung”						

Koeffizienten[a]						
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	,930	,239		3,895	,000
	Rank of “Therapiebeginn”	,008	,003	,251	2,241	,028
	Rank of “Sitzungen gesamt”	,000	,002	,022	,201	,842
a. Abhängige Variable: “Problemaktualisierung”						

4.5 Zusammenhang der Prädiktoren „Therapiebeginn“ und „Sitzungen gesamt“ mit „Thema Krebs“

Deskriptive Statistiken			
	Mittelwert	Standardabweichung	N
“Thema Krebs”	2,3945	,93627	78
Rank of “Therapiebeginn”	39,74359	22,880512	78
Rank of “Sitzungen gesamt”	75,68590	35,948656	78

Korrelationen				
		“Thema Krebs”	Rank of “Therapiebeginn”	Rank of “Sitzungen gesamt”
Korrelation nach Pearson	“Thema Krebs”	1,000	-,124	-,300
	Rank of “Therapiebeginn”	-,124	1,000	-,073
	Rank of “Sitzungen gesamt”	-,300	-,073	1,000
Sig. (Einseitig)	“Thema Krebs”	.	,139	,004
	Rank of “Therapiebeginn”	,139	.	,263
	Rank of “Sitzungen gesamt”	,004	,263	.
N	“Thema Krebs”	78	78	78
	Rank of “Therapiebeginn”	78	78	78
	Rank of “Sitzungen gesamt”	78	78	78

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,334[a]	,111	,088	,89426
a. Einflußvariablen : (Konstante), Rank of “Sitzungen gesamt”, Rank of “Therapiebeginn”				

ANOVA[b]						
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	7,521	2	3,760	4,702	,012[a]
	Nicht standardisierte Residuen	59,978	75	,800		
	Gesamt	67,498	77			
a. Einflußvariablen : (Konstante), Rank of “Sitzungen gesamt”, Rank of “Therapiebeginn”						
b. Abhängige Variable: “Thema Krebs”						

Koeffizienten[a]						
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	3,246	,306		10,608	,000
	Rank of “Therapiebeginn”	-,006	,004	-,147	-1,345	,183
	Rank of “Sitzungen gesamt”	-,008	,003	-,311	-2,847	,006
a. Abhängige Variable: “Thema Krebs”						

5 Umrechnung der Wirkfaktoren

Statistiken							
	N		Mittelwert	Standard-Ab-weichung	Spann-weite	Mini-mum	Maxi-mum
	Gültig	Fehlend					
Psychoonkologische Psychotherapie							
Therapiebeziehung	79	171	4,2634	,72477	3,52	2,00	5,52
Motivationale Klärung	79	171	1,6268	,73557	3,48	,00	3,48
Problembewältigung	79	171	2,4991	,60587	2,67	1,00	3,67
Ressourcenaktivierung	79	171	2,1081	,61492	3,17	,50	3,67
Problemaktualisierung	79	171	1,2774	,70764	3,14	,00	3,14
Stationäre Drogentherapie							
Therapiebeziehung	1	249	1,5100		,00	1,51	1,51
Motivationale Klärung	1	249	-,1200		,00	-,12	-,12
Problembewältigung	1	249	-,3100		,00	-,31	-,31
Ressourcenaktivierung	1	249	1,0100		,00	1,01	1,01
Problemaktualisierung	1	249	,4200		,00	,42	,42

Variablen	**Mittelwert vor Umrechnung**	**Umrechnung**	**Mittelwert nach Umrechnung**
Psychoonkologische Psychotherapie			
	7-stufige Likert-Skala 0 bis 6		7-stufige Likert-Skala 0 bis 6
Therapiebeziehung	4,2634		4,2634
	5-stufige Likert-Skala 0 bis 4		7-stufige Likert-Skala 0 bis 6
Motivationale Klärung	1,6268	* 1.5	2,4403
Problembewältigung	2,4991		3,7487
Ressourcenaktivierung	2,1081		3,1622
Problemaktualisierung	1,2774		1,9161
Stationäre Drogentherapie			
	7-stufige Likert-Skala –3 bis +3		7-stufige Likert-Skala 0 bis 6
Therapiebeziehung	1,5100	+ 3.0	4,5100
Motivationale Klärung	-,1200		2,8800
Problembewältigung	-,3100		2,6900
Ressourcenaktivierung	1,0100		4,0100
Problemaktualisierung	,4200		3,4200

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: