



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Depression bei Krebskranken –  
Maßnahmen zur pflegerischen Prävention“

Verfasserin

**Emilia Franiak**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra (Mag.)**

Wien, im Oktober 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: MSc PhD, Maya Shaha

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Einführung	2
2. Literaturübersicht	6
2.1. Die Krebserkrankung	6
2.1.1. Von den ersten Krankheitsanzeichen zur Diagnose	8
2.1.2. Herausforderungen im Umgang mit der Erkrankung	10
2.1.3. Bewältigung der Krebserkrankung	15
2.2. Depression als Folge der Krebserkrankung	17
2.2.1. Die Depression bei Krebskranken abgrenzen	20
2.2.2. Die Depression bei Krebskranken erkennen	25
2.2.3. Die Depression bei Krebskranken behandeln	28
2.3. Die Rolle der Pflege bei der Betreuung Krebskranker	32
3. Theoretischer Rahmen	37
4. Methode und Vorgehensweise	41
5. Resultate	47
6. Diskussion	59
7. Schlussfolgerungen	68
Literaturverzeichnis	70
Anhang	76
I. Zusammenfassung	76
II. Abstract	78
III. Eidesstattliche Erklärung	79
IV. Lebenslauf	80
V. Tabellen	81

## 1. Einführung

Die demographische Entwicklung der europäischen Industriestaaten ist infolge von Wohlstand und Fortschritt in der medizinischen Versorgung durch allmählichen Anstieg der Lebenserwartung und durch Geburtenrückgang gekennzeichnet. Durch diese „Alterung“ der Bevölkerung gewinnt die Krebserkrankung an Bedeutung, da bösartige Neubildungen überwiegend im höheren Alter auftreten. Zudem stellt sie die zweithäufigste Todesursache nach den Erkrankungen des Herzkreislaufsystems dar. (vgl. Statistik Austria 2007, S. 144 ff) Die Bewältigung der Krebserkrankung und der damit verbundenen Einschränkungen und Verluste kann sehr individuell verlaufen. Während einige der Betroffenen sich auf positive Weise mit der Erkrankung auseinandersetzen, kommt es bei Anderen nicht selten zu depressiver Symptomatik. (vgl. Faller, H. 1998, S. 28f) Da in den vergangenen fünf Jahren bereits umfassende Übersichtsarbeiten zu Einschätzung und Behandlung der Depression bei Krebskranken publiziert wurden, welche jedoch kaum pflegerische Interventionsmöglichkeiten thematisieren, sollen in dieser Arbeit vorrangig Möglichkeiten zur Behandlung der Depression für die im Bereich der Pflege tätigen Berufsgruppen recherchiert und die Auswirkungen dieser Maßnahmen beschreiben werden. (vgl. Trask, P. C. 2004; vgl. Rodin, G.; Zimmermann, C.; Rydall, A.; Jones, J.; Shepherd, F. A.; Moore, M.; Fruh, M.; Donner, A.; Gagliese, L. 2007; vgl. Spoletini, I.; Gianni, W.; Repetto, L.; Bria, P.; Caltagirone, C.; Bossù, P.; Spalletta, G. 2008; vgl. Fisch, M. 2004) Medikamentöse und psychologische Therapien können in diesem Kontext zwar nicht vernachlässigt werden, sie stehen in dieser Arbeit jedoch im Hintergrund, da diese nicht ins Tätigkeitsfeld der Pflege fallen und deren Wirksamkeit bereits vielfach belegt wurde. Die Wirksamkeit komplementärmedizinischer Behandlungsmethoden konnte bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden, deshalb konnten diese Maßnahmen bisher nicht zur Umsetzung in die Pflegepraxis empfohlen werden. (vgl.

Spoletini, I. et al. 2008; Fulcher, C. D.; Badger, T.; Gunter, A. K.; Marrs, J. A.; Reese, J. M. 2008) In dieser Arbeit liegt der Fokus auf der Einschätzung der Evidenz von wissenschaftlichen Studien zu verschiedenen Interventionsmaßnahmen gegen die Depression bei Krebskranken, welche im Rahmen der Pflege umgesetzt wurden. Obwohl die Wirksamkeit alternativmedizinischer Maßnahmen gegen die Depression bei Krebskranken bis zuletzt nicht nachgewiesen werden konnte, sollen diese Maßnahmen in die Suche eingeschlossen werden. Meine Motivation diese Problematik aufzugreifen ist vielschichtig. Ich habe mich nicht ausschließlich aus persönlichem Interesse für dieses Thema entschieden, sondern auch deshalb, weil diese Problematik, wie eingangs bereits beschrieben, aus gesellschaftlicher Perspektive von zunehmender Bedeutung ist und weil die Beantwortung nachfolgender Forschungsfrage einen Beitrag zur Schaffung einer wissenschaftlich fundierten Handlungsgrundlage für die Pflegepraxis leisten kann. Die übergeordnete Forschungsfrage dieser Arbeit lautet:

*Welche Maßnahmen zur Prävention der Depression bei Krebskranken wurden im Rahmen der Pflege bisher umgesetzt und wie wirksam waren sie?*

Zur Beantwortung dieser Frage, wurde die Methode der systematischen Literaturanalyse gewählt, da in den letzten Jahren im englischsprachigen Raum einige Studien zu pflegerischen Interventionsmaßnahmen gegen die Depression bei Krebskranken publiziert wurden. (vgl. Schou, I.; Ekeberg, O.; Karesen, R.; Sorensen, E. 2008; vgl. Crogan, N. L.; Evans, B. C.; Bendel, R. 2008; vgl. Sharpe, M.; Strong, V.; Allen, K.; Rush, R.; Maguire, P.; House, A.; Ramirez, A.; Cull, A. 2004a) Studien zu diesem Thema sind zudem für die deutschsprachige Pflegepraxis aufgrund der sprachlichen Barrieren und aufgrund eingeschränkter Verfügbarkeit schwer zugänglich und anwendbar. In dieser Arbeit sollen daher die Forschungsergebnisse der

letzten fünf Jahre aufgearbeitet und gesichertes Wissen zu Interventionsmöglichkeiten für die Pflege zusammenfassend dargestellt werden, um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand auf diesem Gebiet zu geben. Diese Zusammenstellung aktueller, gesicherter Erkenntnisse kann der wissenschaftlichen Disziplin Pflegewissenschaft als Übersichtsarbeit dienen, welche die aktuellsten Quellen zu pflegespezifischen Präventionsmaßnahmen der Depression bei Krebskranken zugänglich macht und den Bedarf für weitere Forschung auf diesem Gebiet identifiziert. Besonders im deutschsprachigen Raum scheint es nach einer ersten Recherche kaum gesicherte Forschungsergebnisse zu diesem Thema zu geben. Diese Arbeit soll also einen ersten Schritt hin zu der praktischen Anwendung bestehender Forschungsergebnisse leisten, indem wissenschaftliche Literatur nach vorab definierten Kriterien auswählt und auf deren Aussagekraft bzw. Anwendbarkeit bewertet wird. Die Auseinandersetzung mit den aktuellen Forschungsergebnissen könnte zur Verbesserung der Pflegepraxis beitragen, indem Wissen über wirkungsvolle pflegespezifische Interventionsmaßnahmen bereitgestellt wird. Damit kann zur Verbreitung wissenschaftlich fundierten Wissens zu diesem Thema im deutschsprachigen Raum beigetragen werden. Wissenschaftliche Erkenntnisse können so für die Anwendung in der Praxis zugänglich gemacht werden und sowohl der Gestaltung der pflegerischen Arbeit nach dem Konzept des Evidence Based Nursing dienen, als auch den MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens dabei helfen, zufrieden stellende Arbeit zu leisten. Kenntnisse über wirkungsvolle Behandlungsmaßnahmen könnten zur Vermeidung depressiver Symptomatik bei Krebskranken beitragen und damit auch den objektiven Gesundheitszustand, aber auch dessen subjektive Wahrnehmung durch die PatientInnen verbessern, was auch zur Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen kann. Da, wie eingangs bereits erwähnt, ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung von der Krebserkrankung betroffen ist, ist die Verbesserung der

Gesundheitsversorgung dieser Zielgruppe aber nicht nur für den Einzelnen, sondern auch gesellschaftlich gesehen von großer Bedeutung. Die Identifikation von Interventionsmöglichkeiten für die Pflege kann dazu beitragen, die Qualität pflegerischer Leistungen und in weiterer Folge auch die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Die Ergebnisse dieser Arbeit machen deutlich, dass bereits verschiedene Maßnahmen zur Reduktion der Depression bei TumorpatientInnen im Rahmen der Pflege umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit überprüft wurden. Diese Maßnahmen liegen mehrheitlich im psychosozialen bzw. edukativen Bereich, sie sind entweder als Gruppen- oder als Einzelinterventionen organisiert und gelegentlich wurden auch die Betreuungspersonen der PatientInnen miteinbezogen. (vgl. Kurtz, M. E.; Kurtz, J. C.; Given, C. W.; Given, B. 2005; Badger, T.; Segrin, C.; Meek, P.; Lopez, A. M.; Bonham, E.; Sieger, A. 2005) Pflegeinterventionen bauen teilweise auch auf den therapeutischen Konzepten der kognitiv-behavioralen sowie der interpersonellen Therapie auf und können in persönlichen, ebenso wie telefonischen Gesprächen erfolgen. (vgl. Kurtz, M. E. et al. 2005; Badger, T. et al. 2005) Aber auch die antidepressive Wirkung von Massage-Interventionen, welche von geschulten Pflegekräften durchgeführt wurden, ist bereits untersucht worden. (vgl. Billhult, A.; Bergbom, I.; Stener-Victorin, E. 2007; vgl. Billhult, A.; Lindholm, C.; Gunnarsson, R.; Stener-Victorin, E. 2008) Studien zur Wirksamkeit dieser und weiterer Pflegeinterventionen gegen die Depression bei Krebskranken werden im Folgenden hinsichtlich ihrer Evidenzstärke eingeschätzt und diskutiert.

## **2. Literaturübersicht**

Die Literaturübersicht, welche in diesem Kapitel erfolgt, soll zunächst den Hintergrund zum Thema darstellen und in weiterer Folge zur gewählten Fragestellung und der Art ihrer Bearbeitung hinführen. Es erfolgt demnach eine Einführung in aktuelle Auffassungen zur Krebserkrankung, zum Umgang Krebskranker mit den ersten Krankheitsanzeichen, sowie zu den Belastungen und der Bewältigung die mit der Krebserkrankung einhergehen. Weiters soll geklärt werden, was unter dem Begriff der Depression verstanden wird, weshalb dieser Begriff im Kontext der Krebserkrankung von besonderer Bedeutung ist und wie die Depression bei Krebskranken abgegrenzt, erkannt und behandelt werden kann. Im Anschluss daran folgt eine kurze Einführung in die Erkenntnisse zur Rolle der Pflege bei der Betreuung von TumorpatientInnen.

### **2.1. Die Krebserkrankung**

Der Begriff Krebs bezeichnet nicht ein einziges Krankheitsbild, sondern ist ein Sammelbegriff für über 200 verschiedene Erkrankungen, welchen allen das unkontrollierte Wachstum von Körperzellen gemeinsam ist. Die malignen Neoplasien (bösartigen Neubildungen von Körpergewebe) unterliegen nicht wie gesunde Zellen, dem genetisch geregelten Gleichgewicht zwischen Zellwachstum, Zellteilung und Zelltod, welches für jede Zellart (Haut-, Blut-, Gehirnzellen usw.) spezifisch geregelt ist. Krebszellen teilen sich schneller, wachsen unkontrolliert und bleiben weitgehend undifferenziert. Sie können sich auf das umliegende Gewebe und über Lymph- bzw. Blutwege auch auf andere Körperregionen ausbreiten (Metastasierung) und auch dort Tumoren bilden, welche das gesunde Gewebe schädigen bzw. zerstören und so dessen ordnungsgemäße Funktion beeinträchtigen. Wenn diese

Ausbreitung der Krebszellen nicht verhindert wird, führt sie allmählich zum Tod des gesamten Organismus. (vgl. Nezu, A. M.; Nezu, C. M.; Friedman, S. H.; Faddis, S.; Houts, P. S. 1998, S. 4f)

Bekannte Risikofaktoren für die Entstehung der Krebserkrankung sind genetische Disposition, die Infektion mit Viren oder Lebensstilfaktoren wie Rauchen, Ernährung, Alkohol oder Sexualverhalten. Ein weiterer Risikofaktor ist die berufliche oder umweltbedingte Exposition gegenüber chemischen bzw. physikalischen Noxen, wie z.B. UV-Strahlung, Asbest, Zigarettenrauch etc. Aber auch medizinische Behandlungsmethoden mit bestimmten Medikamenten, wie z. B. mit antineoplastischen Mitteln, können das Krebsrisiko erhöhen. (vgl. Ebd. 1998, S. 7f)

Im Jahr 2007 stellte die Krebserkrankung mit 25,4% aller Sterbefälle die zweithäufigste Todesursache nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den ÖsterreicherInnen dar. (vgl. Statistik Austria 2007, S. 28) Die häufigste Krebserkrankung bei Männern ist der Prostatakrebs, während Frauen am häufigsten an Brustkrebs erkranken. Kolorektalkrebs ist bei den Frauen die zweithäufigste und bei Männer die dritthäufigste Lokalisation. Das Lungenkrebsrisiko ist bei Frauen im Gegensatz zu Männern steigend, dennoch ist es bei Männern immer noch 2,6-mal so hoch wie bei Frauen. Die Zahl der Neuerkrankungen an Magenkrebs ist bei beiden Geschlechtern rückläufig, so wie auch die Zahl der Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs. (vgl. Ebd., S. 37ff)

Die Methoden zur Krebsbehandlung können vier übergeordneten Kategorien zugeordnet werden, es besteht die Möglichkeit der operativen Entfernung des Tumors, der Strahlentherapien, der Chemotherapie und biologischer Therapien (wie z. B. Immuntherapien). Knochenmarkstransplantationen werden z. B. bei Leukämie, Lymphomen oder Brustkrebs angewendet. Die Strahlentherapie erfolgt mit Elementarteilchen oder mit hochfrequenter Wellenstrahlung. Bei der Chemotherapie werden Medikamente verabreicht, welche das Wachstum der Krebszellen hemmen sollen. Strahlentherapien und

Chemotherapien verursachen erhebliche Nebenwirkungen, wie z. B. Übelkeit, Erbrechen, Haarausfall, Mundtrockenheit, Infektionen, Anämie usw. Diese beiden Methoden greifen neben den Krebszellen auch gesundes Zellgewebe an. Immuntherapien zielen darauf ab, die Krebszellen mit Hilfe des körpereigenen Immunsystems zu bekämpfen, jedoch erkennt das Immunsystem die Krebszellen nicht immer als Fremdkörper. Zumeist werden mehrere Therapiemethoden zugleich angewendet, insbesondere wenn die Krebserkrankung schon weit fortgeschritten ist. Zielsetzungen der Krebsbehandlung sind entweder Heilung, welche bei manchen Tumorlokalisationen wie etwa Hautkrebs oder Gebärmutterhalskrebs erreichbar ist, oder die Kontrolle des Krebszellenwachstums, aber auch die palliative Behandlung zur Erhaltung der Lebensqualität bei unheilbaren Tumoren. (vgl. Nezu, A. M. et al. 1998, S. 9-14)

### **2.1.1. Von den ersten Krankheitsanzeichen zur Diagnose**

Die Konfrontation Betroffener mit der Krebserkrankung beginnt mit der Wahrnehmung der ersten Krankheitsanzeichen. Die subjektive Interpretation dieser Anzeichen ist von Mensch zu Mensch verschieden. Viele neigen dazu erste Symptome zu ignorieren, da kaum jemand vom Schlimmsten ausgeht und hinter jedem Symptom gleich eine lebensbedrohliche Erkrankung vermutet. Es ist also nicht ganz leicht zu entscheiden, wann die Situation wirklich ernst ist. Die Wahrnehmung der ersten Krankheitsanzeichen löst Verarbeitungsprozesse auf der *kognitiven* (gedanklichen), *emotionalen* (gefühlsmäßigen) und *aktionalen* (handlungsbezogenen) Ebene aus. Die kognitiven Überlegungen, welche die Wahrnehmung der ersten Krankheitsanzeichen verursacht, nennt man die subjektiven *Krankheitstheorien*. Vorstellungen über die Ursache der Symptome sind Bestandteil der subjektiven Krankheitstheorie. Diese gedanklichen

Überlegungen stehen in engem Zusammenhang mit dem emotionalen Befinden (*Krankheitserleben*), wie zum Beispiel der Angst vor einer schweren Erkrankung. Mit Verarbeitungsprozessen auf der aktionalen Ebene sind Handlungen gemeint, die Betroffene im Anschluss an die Wahrnehmung und subjektiven Interpretation der Symptome unternehmen, um die Erkrankung abzuklären oder die Beschwerden zu mildern. (*Krankheitsverhalten*) Dazu gehören die Selbstbehandlung mit Hausmitteln, das Einholen von Informationen bei Angehörigen oder Freunden usw. (vgl. Faller, H. 1998, S. 19f) Erst die vom Arzt mitgeteilte Diagnose führt dazu, dass sich der Kranke unausweichlich mit der Krebserkrankung konfrontiert sieht. Die Diagnosemitteilung ist meist ein Schock und von einem Gefühlsgemisch aus Schrecken, Angst, Verzweiflung, Fassungslosigkeit und Hoffnungslosigkeit begleitet. Oftmals will der Betroffene die Tatsache im ersten Moment gar nicht wahrhaben. Die Bandbreite der ersten Gedanken nach der Diagnosemitteilung reicht, gemäß den Äußerungen Betroffener, von „Das war ein Schock“, „Wie soll es jetzt weitergehen?“, „Kann man bei so einer Krankheit überhaupt überleben?“, „Warum muss das mich treffen?“, bis hin zu „Ich wollte es gar nicht wahrhaben“, „So, habe ich doch recht gehabt“, „Ich habe überhaupt nichts gedacht.“, „Ehrlich gesagt, es hat mich gar nicht groß berührt.“ Diese Äußerungen können in die Kategorien „Schock“, „Zukunftsangst“, „Tod“, „Nichts“, „Nicht sehr betroffen“, „Unglaube“, „Hader“ und „Sofort gewusst“ eingeteilt werden. Nicht in allen ersten Gedanken spiegelt sich das Traumatische der Diagnose wieder. Gar nichts zu denken, nicht sehr betroffen zu sein, Unglaube oder Zuversicht können als erste Ansätze der Verarbeitung gewertet werden, da sie von einer gewissen Distanz zur Situation zeugen, welche vor überwältigenden Gefühlen schützt. Hinsichtlich des Krankheitsverlaufs kommt der Diagnosemitteilung die Bedeutung des Endpunkts der vordiagnostischen Krankengeschichte zu. Das kann einerseits eine Erlösung von der Ungewissheit bedeuten, im Falle der Krebserkrankung tritt diese Bedeutung aber eher in den Hintergrund, da

aus der Perspektive der Betroffenen die schlimmste Befürchtung eingetreten ist. Ab diesem Zeitpunkt beginnt eine neue Phase der Krankheitsverarbeitung, die Betroffenen müssen sich nun mit der veränderten Situation und den damit verbundenen Belastungen auseinandersetzen und diese verarbeiten. (vgl. Ebd., S. 20-24) Die mit der Krebserkrankung verbundenen Belastungen wären im Sinne B. Neumans Systemmodells mit den Stressoren gleichzusetzen, welche im Falle der depressiven Reaktion des Klientensystems die normale Abwehrlinie durchbrochen haben und zur Wiederherstellung des normalen Wohlbefindens die Ressourcen des Systems beanspruchen. Diese Stressoren sollen im nachfolgenden Kapitel genauer beschrieben werden.

### **2.1.2. Herausforderungen im Umgang mit der Erkrankung**

Die wohl schwerwiegendste Belastung, die Krebskranke zu bewältigen haben, ist die *Todesbedrohung*. Obwohl Fortschritte in der medizinischen Versorgung die Heilungschancen vieler Tumorarten verbessert haben, wird die Diagnose Krebs immer noch sehr stark mit dem Tod assoziiert. Nach Sigmund Freud (vgl. Freud, S. 1998), sind wir alle im Unbewussten davon überzeugt ewig zu leben. Diese unbewusste Überzeugung ermöglicht uns den optimistischen Blick in die Zukunft und die Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Diese Selbstverständlichkeit des Daseins bzw. die Zuversicht, mit der wir davon ausgehen, dass unser Tod noch weit entfernt ist, wird Krebskranken mit der Diagnosemitteilung, vielleicht unwiederbringlich, genommen. Aus diesem Blickwinkel betrachtet, ist es nur allzu verständlich, dass die Diagnose der Krebserkrankung einen Menschen völlig aus seiner gewohnten Wirklichkeit reißt, und dass die Wiederaufnahme alltäglicher Aufgaben, einen schwierigen Weg zurück ins Leben darstellt. Die Diagnose der Krebserkrankung stellt für die

Betroffenen ein traumatisches Ereignis dar, welches auch bei Überlebenden noch körperliche und seelische Beschwerden, wie etwa belastende Wiederholungsträume, hervorruft. Die Bewältigung der Todesangst, als Grundangst jedes Lebewesens, ist eine für Außenstehende kaum vorstellbare Herausforderung, mit der Krebskranke konfrontiert sind. (vgl. Faller, H. 1998, S. 26f)

Hinzu kommt die Belastung, welche durch die *Verletzung der körperlichen Unversehrtheit* entsteht. Gesunde nehmen ihren Körper kaum wahr, seine Funktionalität ist für sie selbstverständlich. Körperliche Beschwerden, wie Schmerz, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust oder Müdigkeit, die durch die Krebserkrankung oder Behandlung (Operation, Chemotherapie, Bestrahlungstherapie) ausgelöst werden, machen den Betroffenen die Bedrohung ihrer körperlichen Integrität bewusst. (vgl. Ebd, S. 27)

Auch die Belastung durch *Autonomieverlust* ist eine Herausforderung für Krebskranke und vermutlich auch für deren Angehörige, sowie fürs Krankenhauspersonal. Besonders für Menschen die an Krebs erkrankt sind ist es sehr schwierig ihre Selbstbestimmung zu wahren, da sich im Zuge der Behandlung kaum Handlungsoptionen ergeben. Es besteht lediglich die Möglichkeit sich gegen die medizinische Behandlung zu entscheiden, was jedoch im Hinblick auf die Krankheitsentwicklung sehr riskant ist und somit sehr wahrscheinlich ebenfalls zu Autonomieverlust führt. (vgl. Kreibich-Fischer, R. 1994, S. 207) Besonders Männer haben erfahrungsgemäß Schwierigkeiten damit, von der Hilfe anderer abhängig zu sein und nicht mehr selbst über ihr Leben bestimmen zu können. Je nach individueller Ausprägung dieses Bedürfnisses nach Autonomie, variiert auch der Leidensdruck von Person zu Person. Starker Leidensdruck äußert sich häufig in widersprüchlichem Verhalten der Betroffenen gegenüber Hilfsangeboten - sie brauchen die Hilfe zwar, aber sie wollen sie nicht brauchen. Dieses Verhalten kann zu

Unverständnis und Problemen im Umgang zwischen Betreuungspersonen und Krebskranken führen, wenn es den Betreuungspersonen nicht gelingt das widersprüchliche Verhalten als Ausdruck der Enttäuschung über den erlittenen Autonomieverlust zu verstehen. (vgl. Faller, H. 1998, S. 27) Wie intensiv der Kontrollverlust empfunden wird, hängt auch sehr stark vom Verhalten der Helfenden ab. Die Übernahme der Patientenrolle bedeutet für Krebskranke meist eine gänzlich neue, negativ empfundene Erfahrung. In dieser Situation erwarten sie vom Krankenhauspersonal verstärkte Zuwendung und persönliche Ansprache, welche die Betreuungspersonen im Arbeitsalltag häufig nicht geben können und wollen. Dabei hätten kleine Spielräume in der Entscheidungsfindung und die Berücksichtigung von PatientInnenwünschen eine große Bedeutung für die Erhaltung der Selbstbestimmung. Die Krebserkrankung und die damit verbundenen Behandlungsmethoden beschränken die Eigenverantwortung der PatientInnen ohnehin schon auf ein Mindestmaß, deshalb ist es besonders bei der Behandlung Krebskranker wichtig darauf zu achten alle vermeidbaren Beschränkungen der Selbstbestimmung zu vermeiden. Die Eigeninitiative der PatientInnen sollte möglichst gefördert werden, um die positive Bewältigung der Krankheitssituation zu gewährleisten. Dazu müssen die PatientInnen von Anfang an verantwortlich in die Behandlung miteinbezogen werden, umfassende Information über ihre Situation und ihren Gesundheitszustand ist dabei unerlässlich. Auch negative Informationen dürfen hierbei nicht ausgespart werden, wobei die individuelle Krankheits- und Informationsverarbeitung berücksichtigt werden muss, um den Betroffenen nicht zu überfordern. Die Anwesenheit psychologisch ausgebildeter Mitarbeiter wäre hierzu notwendig. (vgl. Kreibich-Fischer, R. 1994, S. 208-210)

Eine weitere Belastung, welche die Krebserkrankung mit sich bringt, ist der *Verlust an Aktivitäten*. Damit sind berufliche oder freizeitliche

Aktivitäten gemeint, sowie der ganze Lebensentwurf, mit langfristigen und kurzfristigen Zielen, welche durch körperliche Beeinträchtigungen oder langwierige Therapiemaßnahmen eingeschränkt oder aufgegeben werden müssen. Diese Verluste führen nicht selten zu Trauer, Auflehnung, Hader oder Wut über das als ungerecht empfundene Schicksal. (vgl. Faller, H. 1998, S. 27)

Die häufig empfundene *Angst vor sozialer Isolierung und Stigmatisierung* bedeutet eine zusätzliche Belastung. Gesunde können die Situation eines Todkranken naturgemäß kaum nachempfinden und reagieren häufig mit Optimismus, der dem Kranken nicht angebracht erscheint oder es entstehen Unsicherheit im Kontakt, Tabus, Befangenheit bzw. feine Verzerrungen in der Kommunikation, die dem/r Krebskranken ein Gefühl der Isolierung vermitteln. Dieser Aspekt ist besonders relevant, wenn Merkmale der Krebserkrankung (Haarausfall durch Chemotherapie, Tumoren) äußerlich sichtbar sind. Es kommt vor, dass Krebskranke es vermeiden ihre Gefühle offen zu zeigen oder ihre Probleme zu thematisieren, weil sie fürchten von anderen daraufhin stigmatisiert oder gemieden zu werden. Die Angst vor unangenehmen Situationen im Umgang mit anderen, kann unter anderem auch dazu führen, dass Krebskranke sich aus ihrer Umgebung zurückziehen. (vgl. Ebd, S. 27f)

Auch die *soziale Identität und das Selbstwertgefühl* sind von der Krebserkrankung bedroht. Mit sozialer Identität, sind die sozialen Rollen einer Person in Beruf und Familie gemeint, über die sie sich identifiziert. Durch die Einschränkungen, welche die Krebserkrankung mit sich bringt, müssen Betroffene beispielsweise fürchten ihren Beruf nicht mehr ausüben zu können und in weiterer Folge nicht mehr für ihre Familie aufkommen zu können. Ängste sozialen Rollen nicht mehr gewachsen zu sein, können zu einer Verletzung des Selbstwertgefühls

führen, die der Krebskranke zusätzlich zu all den genannten Belastungen verarbeiten muss. (vgl. Faller, H. 1998, S. 28)

In F. Fellenbergs Verlaufsuntersuchung an dreizehn Einzelfällen wurde die Belastungswahrnehmung bei KrebspatientInnen erhoben. Es zeigte sich, dass die ProbandInnen kaum finanzielle Belastungen und kaum Belastungen im Umgang mit ÄrztInnen und dem Pflegepersonal wahrnahmen. Hinsichtlich des Körperbefindens und der Alltagstätigkeiten, war die wahrgenommene Belastung durchweg erhöht. Deutliche interindividuelle Unterschiede in der Belastungswahrnehmung fanden sich im Bereich der Beziehungen zu nahestehenden Personen. Als Belastungen im Bereich der Körperwahrnehmung wurden Schmerzen, Beschwerden, Erkrankungen, vegetative Beschwerden, allgemeines Unwohlsein, Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung, Prothesenprobleme sowie Sorgen um den Gesundheitszustand oder ein Rezidiv, aber auch Arztbesuche genannt. Belastungen im Bezug auf die Beziehungen zu nahestehenden Personen waren hauptsächlich Konflikte und Meinungsverschiedenheiten, aber auch Sorgen um andere Personen oder die Überlastung durch andere Personen aufgrund zu vieler Besuche, soziale Verlustereignisse, wie z. B. eine räumliche Trennung, und das Gefühl allein gelassen zu werden bzw. zu wenig Kontakt zu anderen zu haben. Belastungen im Hinblick auf Alltagstätigkeiten bezogen sich meist auf Haushalt und Beruf, aber auch auf Urlaubsreisen oder eine allgemein geringere Belastbarkeit der ProbandInnen. Wahrgenommene finanzielle Belastungen bezogen sich generell darauf, nicht genug Geld zur Verfügung zu haben sowie auf Auseinandersetzungen mit der Krankenkasse u. ä. Wahrgenommene Belastungen im Bezug auf ÄrztInnen und Pflegepersonal bezogen sich direkt auf den zwischenmenschlichen Umgang sowie auf die medizinische Behandlung. Überdies wurden belastende Gedanken, die physische und psychische Befindlichkeit und belastende Ereignisse und

Lebensumstände thematisiert. Die Ursachen für die vergleichsweise geringe Belastung durch finanzielle Angelegenheiten und die Interaktion mit ÄrztInnen und dem Pflegepersonal sieht die Autorin darin, dass diese Bereiche, im Vergleich zu den übrigen, enger gefasst sind und die ProbandInnen daher auch weniger vielfältige Ereignisse notierten, sowie im vergleichsweise hohen sozioökonomischen Status der Stichprobe. (vgl. Fellenberg, F. 2000, S. 113-120)

### **2.1.3. Bewältigung der Krebserkrankung**

Die vielfältigen Belastungen, die mit der Krebserkrankung einhergehen, wie sie im vorhergehenden Kapitel beschrieben wurden, zwingen KrebspatientInnen zu verschiedenen Bewältigungsprozessen. In der im vorhergehenden Kapitel bereits erwähnten Verlaufsuntersuchung wurden neben der Belastungswahrnehmung auch die Bewältigungsstrategien Krebskranker erhoben. Die Bewältigungsstrategie „Suche nach Information“ war durchweg am geringsten und „Bedrohungsabwehr“ hingegen bei den meisten ProbandInnen deutlich ausgeprägt. Die geringe Ausprägung der „Suche nach Information“ deutet darauf hin, dass diese Bewältigungsstrategie im Alltag eine untergeordnete Rolle spielt, im Vergleich zu Strategien der Bedrohungsabwehr oder Rumination etwa. Besonders große individuelle Unterschiede zeigten sich bei den Bewältigungsformen „Rumination“ (Nachdenken, Grübeln), „Suche nach sozialer Einbindung“ und „Suche nach Halt in der Religion“. Die ruminativen Gedanken bezogen sich zumeist auf das eigene Körperbefinden und die Krebserkrankung, aber auch auf andere Personen, spezifische Ereignisse, die gesamte Lebenssituation, Sinnfragen, aber auch auf ein Grübeln ohne Lösung. Die Strategie der Bedrohungsabwehr wurde als positives Denken und das Ausüben von verschiedenen Aktivitäten beschrieben. Positive Gedanken bezogen sich auf vergangene und

bevorstehende Ereignisse, auf verschiedene Freizeitaktivitäten, erfreuliche Erlebnisse, aber auch auf Gespräche und Unternehmungen mit nahestehenden Personen, sowie auf Selbstermunterungen und soziale Abwärtsvergleiche. Die Strategie der Suche nach sozialer Einbindung umfasst Gespräche, Telefonate, Briefkontakte, gemeinsame Unternehmungen mit anderen und Besuche, sowie die aktive Kontaktsuche. Manche ProbandInnen äußerten auch Freude über unerwartete Zuwendungen von anderen, Unzufriedenheit über zu wenig sozialen Kontakt, aber auch das Bedürfnis nach Alleinsein und Rückzug. Äußerungen zur Strategie der Suche nach Information bezogen sich manchmal lediglich auf den Inhalt der Informationen, aber auch auf die Informationsquelle, wie z. B. ÄrztInnen, KrankengymnastInnen, Broschüren, Bücher, Videofilme, sowie Gespräche mit Bekannten und FreundInnen usw. Anmerkungen zur Suche nach Halt in der Religion bezogen sich auf Gebete, Kirchenbesuche, Glaubensgespräche, religiöse Lektüre, Meditation, sowie auf die gedankliche Auseinandersetzung mit Sinnfragen und anderen religiösen und spirituellen Themen. Überdies wurden sonstige Bewältigungsstrategien genannt, wie etwa medizinische und andere therapeutische Maßnahmen, aktive Problemlösungsversuche, Freizeitaktivitäten, Entspannung und Ruhe, das Bemühen um eine positive Einstellung, Ablenken und Verdrängen sowie Nachdenken über und Verarbeitung von Belastungen. Das Bewältigungsrepertoire setzte sich hierbei individuell aus unterschiedlichen Anteilen der untersuchten Bewältigungsformen zusammen. (vgl. Fellenberg, F. 2000, S. 116-120) Viele TumorpatientInnen erwerben durch die Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung ein neues Bewusstsein für Lebenssinn und Lebensqualität. Sie erleben ihre Umgebung bewusster, beginnen bisherige Werte und Normen zu hinterfragen, kümmern sich um ihre Ernährung, fragen erstmals oder intensiver nach ihren Bedürfnissen bzw. Interessen und versuchen ihre Lebensperspektive aktiv zu gestalten, anstatt nur passiv mit sich machen zu lassen. Es wird nicht

die Rückkehr in die frühere Normalität angestrebt, sondern ein neuer, veränderter Einstieg in die Lebensumwelt. Betroffene berichten häufig vom positiven Einfluss der Krankheit auf ihr Leben. Diese positiven Erlebnisse beziehen sich meist auf eine Bewusstseinsveränderung, welche häufig eine Vertiefung zwischenmenschlicher Beziehungen, Naturverbundenheit bzw. die Hinwendung zu dauerhaften Werten mit sich bringt. Die Erkrankung kann somit neue Einsichten hinsichtlich Lebenssinn und Lebensqualität ermöglichen. Damit die Krise zur Chance für die Betroffenen werden kann und damit die Erkrankung in das Leben integriert werden kann ist jedoch meist psychosoziale Unterstützung, im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe, notwendig. Daher müssen im Krankenhaus institutionelle und personale Bedingungen geschaffen werden, welche die Beratung und psychosoziale Betreuung Krebskranker ermöglichen. (vgl. Kreibich-Fischer, R. 1994, S. 199f) Im Sinne B. Neumans Systemmodells müssen die Stressoren der Krebserkrankung von den Abwehr- und Widerstandslinien des Klientensystems abgewehrt werden, um die Stressorreaktion des Systems zu vermeiden und damit die Systemstabilität bewahrt, wiederhergestellt bzw. aufrechterhalten werden kann (Bewältigung). Wenn es nicht gelingt das, durch die Krebserkrankung gefährdete, Wohlbefinden mit primären Präventionsmaßnahmen seitens der Pflege zu bewahren, kann es zur depressiven Reaktion kommen. Zur Unterstützung der Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Systemstabilität, sind dann sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen erforderlich.

## **2.2. Depression als Folge der Krebserkrankung**

Laut H. Faller ist die Depression die psychische Störung, die bei Krebskranken am häufigsten diagnostiziert wird. Die Häufigkeitsangaben schwanken jedoch, weil in unterschiedlichen

Studien, unterschiedliche PatientInnengruppen untersucht wurden und die Erfassungsmethoden verschieden waren. Durchschnittlich sollen allerdings etwa 25% der Krebskranken von der Depression betroffen sein. (vgl. Faller, H. 1998, S. 28f) Die Prävalenz ernsthafter depressiver Störungen bei KrebspatientInnen ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 2-4fach erhöht. Das Krankheitsstadium, körperliche Einschränkungen und Schmerzerleben korrelieren mit einem erhöhten Ausmaß an Depressivität. (vgl. Kampfhammer, H. P. 1993, S. 39) Es stellt sich natürlich die Frage, ob es angemessen ist bei Krebskranken angesichts ihrer Situation von Depression zu sprechen und den PatientInnen damit eine psychische Störung zu etikettieren. Der Begriff Depression soll allerdings lediglich als Beschreibung eines psychischen Zustandsbilds verstanden werden, ohne die Ursachen dafür zu bezeichnen. (vgl. Faller, H. 1998, S. 28f) Das depressive Zustandsbild ist durch affektive, kognitive, somatische sowie durch verhaltensbezogene Symptome gekennzeichnet. Unter affektiven Symptomen versteht man gefühls- und stimmungsbezogene Symptome, wie deprimierte, niedergeschlagene bzw. bedrückte Stimmung, Reizbarkeit, Lustlosigkeit, Apathie oder den Verlust der Freude bzw. des Interesses an Dingen, die zuvor Befriedigung verschafft haben. Unter kognitiven Symptomen versteht man negatives Denken, welches sich auf die eigene Person, die Außenwelt sowie auf die Zukunft bezieht. Dieses Denken führt häufig zu Schuldgefühlen, niedrigem Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit und dem Gefühl, keinen Einfluss auf den Lauf der Dinge nehmen zu können. Zu den kognitiven Symptomen der Depression gehören aber auch Konzentrationsschwierigkeiten, Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung, sowie Einbußen in der Gedächtnisleistung. Das Verhalten depressiver Personen ist üblicherweise durch Antriebslosigkeit und Apathie gekennzeichnet, jegliche Aktivitäten sind stark eingeschränkt, was sich häufig auch im Verlust sozialer Kontakte äußert. Zusätzlich sind psychomotorische Veränderungen, wie

Verlangsamung der Bewegungen oder starke körperliche Unruhe (Agitiertheit), beobachtbar. Häufig gehören auch Wortkargheit, viele Sprechpausen, wenig Augenkontakt bzw. eine unbewegliche Mimik zu den beobachtbaren Verhaltensweisen depressiver Menschen. Unter körperlich beobachtbaren Symptomen sind Veränderungen des Appetits, des Schlafes und der Verlust physischer Kraft zusammengefasst. Das kann sich ebenso in Einschlaf- bzw. Durchschlafschwierigkeiten, wie auch gesteigertem Schlafbedürfnis äußern. Der Appetit ist häufig entweder gesteigert oder vermindert, was zu Gewichtszunahme, ebenso wie zu Gewichtsverlust führen kann. Die Ausprägung der Symptome hängt zum einen vom Schweregrad der Depression ab, und zum anderen liegt die Vermutung nahe, dass es verschiedene Formen der Depression gibt, die unterschiedliche Ursachen haben und unterschiedlich zu behandeln sind. (vgl. Hammen, C. 1999, S. 9-13) Ebenso wie die Forschungsergebnisse zur Häufigkeit der Depression bei Krebskranken, sind auch die Angaben über die Höhe des Suizidrisikos sehr unterschiedlich. Bei fortgeschrittener Erkrankung und schlechter Prognose, sowie bei unkontrollierbaren Schmerzen, Autonomieverlust, Hilflosigkeit und Abhängigkeit ist die Selbstmordgefahr erwiesenermaßen erhöht, jedoch nicht in einem Ausmaß, wie man es bei diesem Krankheitsbild erwarten könnte. Das verweist auf die enorme Bedeutung individueller Lern- und Lebensgeschichten, sowie auf die Wirksamkeit individueller Ressourcen und Bewältigungsstrategien. (vgl. Faller, H. 1998, S. 34f; Wolfersdorf, M. 1993, S. 63) Suizidgedanken bzw. Euthanasiewünsche sind jedenfalls als Signale großer Not zu verstehen. Eine tragfähige Beziehung, die es zulässt, dass der Kranke seine Todessehnsucht zum Ausdruck bringt, kann vor einer Suizidhandlung schützen. Auch bei Euthanasiewünschen ist es die Aufgabe der Betreuungspersonen zugrundeliegende Motive, wie Schmerz, Angst oder Isolierung, zu verstehen und aufzulösen, anstatt solche Äußerungen als das Ergebnis

einer freien Willensentscheidung zu verstehen. (vgl. Faller, H. 1998, S. 34f)

### **2.2.1. Die Depression bei Krebskranken abgrenzen**

Im Kontext der Krebserkrankung ist die Abgrenzung der Depression nicht ganz einfach. Ab welchem Schweregrad der Symptomatik ist es sinnvoll von Depression zu sprechen und inwieweit ist ein gewisses Ausmaß an Trauer und Niedergeschlagenheit angesichts der schwierigen Situation der Betroffenen nachvollziehbar bzw. tolerierbar? Welche Rolle spielt die Krebserkrankung bei der Entstehung der depressiven Symptomatik? Die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Symptome der Depression können oft nur schwer abgegrenzt werden. Diese könnten sowohl Anzeichen einer Depression oder Symptome der Krebserkrankung bzw. –behandlung sein, als auch durch die notwendige Auseinandersetzung der PatientInnen mit krankheitsbedingten Verlusten bzw. mit dem Tod bedingt sein.

Die Auseinandersetzung mit Verlusterlebnissen verursacht *Trauer*. Die bereits genannten Verluste von Aktivitäten, körperlicher Unversehrtheit, Zukunftsvorstellungen oder auch der sozialen Integration führen bei Krebskranken zur Trauer um das Verlorene. Diese Reaktion kann als ein Prozess betrachtet werden, der ohne vorgegebene Reihenfolge in verschiedenen Phasen verläuft. Diese Phasen werden als „Schock und Betäubung“, „Sehnsucht und Protest“, „Anerkennen des Verlusts“ und „Auflösung der Trauer“ bezeichnet. Im Verlauf dieses Prozesses müssen bestimmte Aufgaben bewältigt werden, um die Auflösung der Trauer zu erreichen. Die Aufgaben, die Bestandteil der Trauerarbeit sind, wurden wie folgt formuliert:

- den Verlust als Realität anerkennen
- Trauerschmerz erfahren
- Sich anpassen an eine Umwelt ohne des Verlorenen
- Die emotionale Besetzung ablösen und neu investieren

(vgl. Faller, H. 1998, S. 31, 32)

Wenn Verluste nicht als solche erlebt werden, also verdrängt oder verleugnet werden bzw. die Gefühle der Trauer verdrängt werden, kann das die Trauerreaktion verzögern oder verzerren. Gründe dafür sind das konventionelle Sichaufrechthalten und Fassunghewahren, da es den natürlichen Regungen des Trauerns widerspricht, besonders wenn es aus inneren Gründen mit Tendenz zur Verleugnung des Verlusts einhergeht. Eine stark ausgeprägte Bindung an das Verlorene, Ungewissheit im Bezug auf den Verlust, aber auch äußere Umstände können die Trauerreaktion verzögern. Wenn im Verlauf der Trauerreaktion krankhafte körperliche bzw. psychische Störungen auftreten, spricht man von einer „*krankhaften Trauerreaktion*“. Diese dauert länger, ist psychisch komplizierter und bringt häufig aggressive Gefühle sowie körperliche Störungen, wie Erschöpfung, Kreislaufablabilität, Magen-Darm-Beschwerden usw. mit sich. Die Entstehungsbedingungen und Varianten der krankhaften Trauerreaktion sind individuell verschieden. Neben der Verleugnung, können auch die anhaltende Idealisierung des Verlorenen bzw. unbewältigte Selbstvorwürfe Komplikationen darstellen, welche den natürlichen Ablauf des Trauerns verhindern. Krankhafte Trauerreaktionen können auch nach Jahren wieder aufbrechen und werden in diesem Fall als *rezidiv* bezeichnet. Verlusterlebnisse, wie sie beispielsweise durch die Krebserkrankung verursacht werden können, führen also zu einer Trauerreaktion, deren Verlauf verschiedene Phasen durchläuft und auf die Auflösung der Trauer ausgerichtet ist. Komplikationen, wie z. B. die Verleugnung des Verlusts, können zu verzerrten und verzögerten Trauerreaktionen und zur krankhaften Trauerreaktion führen. (vgl. Tölle,

R. 2000, S. 16-23) Der pathologische Trauerprozess kann in eine Depression übergehen. Das Erscheinungsbild der Trauer lässt sich von jenem der Depression dadurch abgrenzen, dass die Trauer ein bestimmtes, definierbares Gefühl darstellt, während die Depression ein komplexes Gemisch aus verschiedenen Gefühlszuständen bezeichnet. Im mimischen Ausdruck depressiver Menschen lässt sich neben der Trauer auch eine Mischung aus Wut, Angst bzw. Ekel erkennen. Zusätzlich ist die Depression oft durch innere Leere und gerade durch die Unfähigkeit traurig zu sein gekennzeichnet, während Trauer die Anerkennung des Verlusts beinhaltet. (vgl. Faller, H. 1998, S. 32f)

Die Grenzen zwischen gesund und krank sind jedoch fließend, die krankhafte Trauerreaktion steht dem Begriff der „reaktiven Depression“ nahe. Der Begriff „reaktive Depression“ bezeichnet wörtlich, die psychische Reaktion eines Menschen auf Verlusterlebnisse oder starke Belastungen in Form einer Depression. (vgl. Tölle, R. 2000, S. 16-24f) Bei Krebskranken können krankheitsbedingte Belastungen und Verluste, wie Amputationen, der Verlust sozialer Kontakte oder der Verlust von Aktivitäten usw. eine depressive Reaktion auslösen.

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) der WHO enthält ein Kapitel zu „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43). In diesem Kapitel ist zum einen die „akute Belastungsstörung“ (ICD-10 F 43.0) angeführt, welche eine akute abnorme Erlebnisreaktion von nur wenigen Tagen Dauer darstellt. Zum anderen wird die „Posttraumatische Belastungsstörung“, kurz PTSD, (ICD-10 F 43.1) angeführt. Diese Diagnose verlangt ein auslösendes Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung bzw. katastrophalem Ausmaß. Die drei Hauptsymptomgruppen sind Einbrüche der traumatischen Inhalte in den Alltag (Intrusionen), Vermeidungsverhalten (Avoidance) und Übererregung (Hyperarousal). Der Verlauf ist meist chronisch und kann zur Entwicklung von Phobien und Angsterkrankungen führen. Die dritte Störung des genannten übergeordneten Kapitels ist die *Anpassungsstörung* (ICD-10 F 43.2). In

diesem Fällen handelt es sich nicht, wie bei den beiden vorhergehenden Kategorien, um akute Bedrohungsereignisse, die eine akute Panik- und Schreckreaktion verursachen, sondern um emotional belastende Ereignisse, wie sie beispielsweise eine schwere körperliche Erkrankung darstellen kann. Diese Störung äußert sich in depressiver Verstimmung, Angst, einer Mischung aus beidem oder auch Ärger. Jedoch darf keines der genannten Symptome so schwerwiegend sein, dass es eine spezifischere Diagnose, wie z. B. die depressive Episode rechtfertigt. (vgl. Baumann, K.; Linden, M. 2008, S. 11, 12) Die Abgrenzung der genannten drei Belastungsreaktionen zur Depression erfolgt also aufgrund der Schwere und Art des auslösenden Ereignisses bzw. der Symptomatik.

Wenn körperlich kranke Menschen eine Depression entwickeln, ist diese als Reaktion auf die schwere körperliche Erkrankung zu verstehen. Diese Reaktion muss aber nicht immer nur psychoreaktiv, sondern kann auch organisch bedingt sein. Aber auch Medikamente, wie z. B. bestimmte Psychopharmaka oder Hochdruckmittel, können die Depression bei körperlich Kranken verursachen. Eine häufige Grunderkrankung stellen in diesem Zusammenhang unter anderem Karzinome dar. Bei Krebskranken können körperliche Vorgänge, welche auf die Grunderkrankung zurückzuführen sind, eine Depression verursachen. In solchen Fällen spricht man von „*organischer Depression*“. (vgl. Tölle, R. 2000, S. 51ff)

In dieser Arbeit soll die Depression sowohl von Trauer, vom pathologischen Trauerprozess, als auch von der Anpassungsstörung abgegrenzt werden, da diese Begriffe im Vergleich zur Depression eine abgemilderte Form der Reaktion darstellen. Die akute Belastungsreaktion, sowie die PTSD sollen in dieser Arbeit ebenfalls von der Depression bei Krebskranken abgegrenzt werden, da beiden Reaktionen vergangene Belastungsereignisse zugrunde liegen, während die Krebserkrankung als Auslöser meist weiterhin besteht und da sich deren Symptomatik von der der Depression grundlegend

unterscheidet. Es erscheint also zweckmäßig bei der Literaturrecherche den Suchbegriff Depression (engl. depression) zur Beschreibung der depressiven Reaktion infolge der Krebserkrankung zu verwenden. Entsprechend ICD-10 ist das depressive Zustandsbild anhand folgender Kriterien klassifiziert:

## **F32** Depressive Episode

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden, leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

**Inkl.:** Einzelne Episoden von:  
· depressiver Reaktion  
· psychogener Depression  
· reaktiver Depression (F32.0, F32.1, F32.2)

**Exkl.:** Anpassungsstörungen ( F43.2 )  
depressive Episode in Verbindung mit Störungen des Sozialverhaltens ( F91.- , F92.0 )  
rezidivierende depressive Störung ( F33.- )

### **F32.0** Leichte depressive Episode

Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

### **F32.1** Mittelgradige depressive Episode

Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

### **F32.2** Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls

und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.

Einzelne Episode einer agitierten Depression  
Einzelne Episode einer majoren Depression [major depression] ohne psychotische Symptome  
Einzelne Episode einer vitalen Depression ohne psychotische Symptome

### **F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen**

Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, synthym sein.

Einzelne Episoden:  
· majore Depression [major depression] mit psychotischen Symptomen  
· psychogene depressive Psychose  
· psychotische Depression  
· reaktive depressive Psychose

### **F32.8 Sonstige depressive Episoden**

Atypische Depression  
Einzelne Episoden der "larvierten" Depression o.n.A.

### **F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet**

Depression o.n.A.  
Depressive Störung o.n.A.

(vgl. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/2006/fr-icd.htm>)

## **2.2.2. Die Depression bei Krebskranken erkennen**

Besonders die physische Symptomatik der Depression ähnelt jedoch vielfach den Symptomen der Krebserkrankung bzw. den Nebenwirkungen der Krebstherapie, was die Differenzierung erschwert und die Angemessenheit herkömmlicher Diagnosekriterien (ICD-10, DSM-IV etc.) in Frage stellt. (vgl. Spoletini, I. et al. 2008, S. 151; vgl.

Rabkin, J. G.; McElhiney, M.; Moran, P.; Acree, M.; Folkman, S. 2009, S. 85) Beispielsweise ist es schwierig bei Prostatakrebspatienten die durch die Hormontherapie bedingte Fatigue von depressiver Symptomatik zu unterscheiden. (vgl. Pirl, W. F.; Greer, J. A.; Goode, M.; Smith, M. R. 2008, S. 152) Symptome wie Antriebslosigkeit, Müdigkeit, verringerte Leistungsfähigkeit und Appetitlosigkeit können sowohl Anzeichen der Depression sein, als auch Begleiterscheinungen der Krebserkrankung. Therapiemaßnahmen, wie eine cerebrale Bestrahlung, bestimmte Zytostatika und andere Medikamente können ebenfalls Symptome hervorrufen, die denen der Depression ähnlich sind. Besonders in der terminalen Phase der Krebserkrankung können zudem auch psychische Veränderungen auftreten, die durch körperliche Schädigungen des Gehirns (z. B. durch Hirnmetastasen usw.) verursacht sind. Im Allgemeinen ist die Wahrscheinlichkeit einer Depression höher, je fortgeschrittener das Krankheitsstadium und je stärker die körperliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist. (vgl. Faller, H. 1998, S. 34) Durch diese diagnostischen Schwierigkeiten, kann es dazu kommen, dass Fälle nicht erkannt werden. Im Alltag legen sowohl PatientInnen, als auch Onkologen hauptsächlich Augenmerk auf die Behandlung der Krebserkrankung und die Depression wird in der Beziehung zwischen Arzt und Patient in den seltensten Fällen thematisiert. Aber auch dann, wenn die Depression diagnostiziert wird, folgt in vielen Fällen keine Behandlung, weil die Fehlannahme vorherrscht, dass die Depression angesichts des Gesundheitszustandes nachvollziehbar ist. Mehrheitlich werden lediglich Antidepressiva verschrieben, deren Einnahme aufgrund mangelnder Therapietreue häufig von den PatientInnen abgebrochen wird. In den wenigsten Fällen wird eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Manchmal wird die Einschätzung aber auch dadurch erschwert, dass die PatientInnen selbst kein Interesse daran haben, dass ihre Depression erkannt und behandelt wird. (vgl. Sharpe, M.; Strong, V.; Allen, K.; Rush, R.; Postma, K.; Tulloh, A.; Maguire, P.;

House, A.; Ramirez, A.; Cull, A. 2004b, S. 319) Einer Studie von M. Schroevers et al. zufolge ist in der ersten Phase nach der Diagnose der Krebserkrankung die depressive Symptomatik am stärksten und lässt mit der Zeit nach. Anfängliche Schwierigkeiten bei der Anpassung an die Situation können im Laufe der Zeit zu weiteren Anpassungsschwierigkeiten führen, wenn sie nicht berücksichtigt werden. Die Autoren empfehlen deshalb Screening-Programme, welche aus Effizienzgründen neben anderen Krankheiten auch das Bestehen einer Depression erfassen sollen. (vgl. Schroevers, M.; Ranchor, A. V.; Sanderman, R. 2006, S. 608) Auch M. Sharpe et al. betonen die Notwendigkeit eines Screening-Programms, welches das Risiko einer Depression erfasst, da ein beträchtlicher Teil depressiver KrebspatientInnen weder erkannt noch behandelt wird. (vgl. Sharpe, M. et al. 2004b, S. 319) Um Fehldiagnosen und unerkannte Fälle zu vermeiden, müssen angemessene Assessmentinstrumente verwendet werden, welche auch bei Personen mit andauernder körperlicher Erkrankung zuverlässige Ergebnisse gewährleisten. Einschätzungsskalen, wie z. B. Becks-Depressions-Inventar oder Hamilton-Depressionsskala, welche die körperlichen Anzeichen der Depression miterfassen sind daher bei Krebskranken nicht unverändert anwendbar. Zuverlässig erscheint die Erfassung der Depression bei körperlich Kranken lediglich anhand psychischer Symptome, wie der Stimmungsveränderung, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühlen, Selbstwertverlust, Selbstmordgedanken usw. (vgl. Faller, H. 1998, S. 34) Es existieren sowohl strukturierte, als auch unstrukturierte klinische Interviews und schriftliche Selbst-Report Instrumente zur Einschätzung depressiver Symptome. Diese umfassen unter anderem die ‚Hospital Anxiety and Depression‘ Skala (HADS), die ‚Rotterdam Symptom‘ Checkliste (RSCL), das Beck Depression Inventar (BDI), die ‚Center of Epidemiological Studies Depression‘ Skala (CES-D) u. a. Die ‚Hospital Anxiety and Depression‘ Skala (HADS) stellt ein Instrument zum schriftlichen Selbst-Report dar, welches speziell zur Einschätzung der

Depression im ambulanten medizinischen Setting entwickelt wurde. Die Validierung der Instrumente zur Einschätzung der Depression für TumorpatientInnen stellt jedoch weiterhin eine Aufgabe für die Forschung dar. (vgl. Trask, P. C. 2004)

### **2.2.3. Die Depression bei Krebskranken behandeln**

Die Behandlung von Depression bei Krebskranken ist besonders wichtig, da Depression im Kontext der Krebserkrankung und häufig auch des fortgeschrittenen Alters der Betroffenen erwiesenermaßen zur Todessehnsucht bzw. zu vermindertem Lebenswillen beiträgt und in weiterer Folge auch den Suizid der Betroffenen verursachen kann. (vgl. Mystakidou, K.; Rosenfeld, B.; Parpa, E. ; Katsouda, E.; Tsilika, E.; Galanos, A.; Vlahos, L. 2005, S. 261; vgl. Chochinov, H. M.; Hack, T.; Hassard, T.; Kristjanson, L. J.; McClement, S.; Harlos, M. 2005, S. 8; vgl. Rodin, G. et al. 2007, S. 672) Aber auch die Genesung bzw. der physische Gesundheitszustand der Betroffenen kann unter dem Einfluss der Depression leiden. (vgl. Goodwin, J. S.; Zhang, D. D.; Ostir, G. V. 2004, S. 109-111) Allerdings ist das Auftreten von Depressionen bei Krebskranken nicht unvermeidlich. Statistische Zusammenhänge zwischen positiver Stimmung, Spiritualität, Vergnügen und Lebensqualität bei Krebskranken deuten daraufhin, dass PatientInnen auch im fortgeschrittenen Krebsstadium noch über Kapazitäten verfügen, die es ihnen ermöglichen verschiedene Aspekte ihres Lebens zu schätzen. (vgl. Rabkin, J. G. et al. 2009, S. 85) Deshalb ist es besonders wichtig Depressionen rechtzeitig zu behandeln um unnötiges Leiden zu vermeiden und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Hierzu stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, welche sich in die folgenden Gruppen einteilen lassen.

## **Biologische Behandlung**

Die Therapie der Depression bei körperlich Kranken unterscheidet sich nicht wesentlich von der Therapie körperlich gesunder Menschen, mit der Ausnahme, dass die körperliche Grunderkrankung nach Möglichkeit behandelt werden muss, um organische Entstehungsfaktoren zu reduzieren. Es werden ansonsten aber dieselben antidepressiven Medikamente verwendet, nach Möglichkeit antidepressiver Schlafentzug und Elektrokrampftherapie, wenn Medikamente und Schlafentzug keine Wirkung zeigen. Zusätzlich ist psychotherapeutische Betreuung notwendig. Die Behandlungsmaßnahmen müssen allerdings immer an den körperlichen Zustand angepasst sein, weshalb eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und anderen betreuenden Ärzten bei körperlich kranken, depressiven PatientInnen notwendig ist. (vgl. Tölle, R. 2000, S. 51ff) Überdies besteht die Möglichkeit der transkraniellen Magnetstimulation. Diese stellt ein Verfahren zur Behandlung von Depressionen dar, welches als Alternative zur Elektrokrampftherapie geprüft wird, hierbei sind keine Nebenwirkungen bekannt, jedoch ist die antidepressive Wirkung dieses Verfahrens schwächer. (vgl. Ebd., S. 82f)

## **Psychologische, -soziale bzw. -edukative Behandlung**

Es bestehen zwei psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung von Depressionen, die kognitiv-behaviorale Therapie und die interpersonale Psychotherapie. Erstere setzt vor allem an der Veränderung dysfunktionaler Kognitionen an, überdies kommen aber auch verhaltensbezogene Methoden zum Einsatz, mit dem Ziel Bewältigungs- und Problemlösungskompetenzen zu stärken. Interpersonelle Psychotherapie verwendet explorative und einsichtsfördernde Methoden, um die Bedeutung zwischenmenschlicher Probleme als Ursache für die Depression hervorzuheben. (vgl. Hammen, C. 1999, S. 196f) P. B. Jacobsen und H. S. Jim fassen folgende Möglichkeiten zur psychosozialen Intervention gegen die

Depression bei KrebspatientInnen zusammen: Training der Kommunikationsfähigkeiten zur Vermeidung zwischenmenschlicher Konflikte und zur Verbesserung des Informationsaustausches; Beratung durch qualifizierte Fachkräfte; Edukation bzw. Psychoedukation (auf schriftlichem, audiovisuellem oder zwischenmenschlichem Weg) zur Information über bestimmte Themengebiete und zur Verminderung von Unsicherheit; Problemlösungstherapie zur Generierung, Anwendung und Evaluierung von Lösungsmöglichkeiten für identifizierte Probleme; Selbsthilfegruppen; ‚Supportive-expressive‘ Gruppentherapie zur Reduktion negativer Emotionen und zur Verbesserung der psychologischen Anpassung durch das Ausdrücken von Gefühlen in einer unterstützenden Gemeinschaft; Stressbewältigungstraining (z. B. Entspannungs- und Atemübungen); Musiktherapie u. ä. (vgl. Jacobsen, P. B., Jim, H. S. 2008)

### **Alternative bzw. komplementärmedizinische Behandlung**

Bisher untersuchte alternative bzw. komplementärmedizinische Behandlungsmethoden der Depression (bei Krebskranken) umfassen z. B. Massage Therapie, Entspannungstechniken, Hypnosetherapie u. a. Maßnahmen, wie der Anwendung von Johanniskraut, anderen Kräutern, Nahrungsergänzungsmitteln, Yoga, Akupunktur, Aromatherapie, Healing-Touch-Methoden, Bewegungsübungen und Meditation. (vgl. Fulcher, C. D. et al. 2008) Physiotherapeutische Methoden, wie z. B. Schwimmen, Wandern, Mineralbäder, Gymnastik oder verschiedene Sportarten, können zur Behandlung von Depressionen angewendet werden. Diese Methoden zielen auf die körperliche Erholung, die vegetative Regulierung, sowie die Selbstbestätigung durch Erfolge und die Ermutigung zur Betätigung in der Gruppe ab. Die Methode der Lichttherapie wird lediglich bei saisonalen Depressionen angewandt. (vgl. Tölle, R. 2000, S. 82f)

## **Effektivität der Maßnahmen**

Die Wirksamkeit der genannten Behandlungsmöglichkeiten wurde zuletzt in einem aktuellen Literaturüberblick (Fulcher, C. D. et al. 2008) evaluiert. Zu diesem Zweck haben die Autoren die Evidenzstärke verschiedener Studien zu Interventionen gegen die Depression bei Krebskranken untersucht. Studien zu psychosozialen bzw. –edukativen Maßnahmen und pharmakologische Behandlungsmethoden wiesen die höchste Evidenzstärke auf und können demzufolge für die Umsetzung in die Pflegepraxis empfohlen werden. Unter psychoedukativen bzw. –sozialen Maßnahmen werden Interventionen verstanden wie kognitiv-behaviorale Therapie, PatientInnenedukation bzw. –information, Beratung, Psychotherapie sowie behaviorale Therapie und unterstützende Interventionen. Die Evidenzeinschätzung von pharmakologischen Maßnahmen umfasste trizyklische Antidepressiva, Serotoninwiederaufnahmehemmer, Mianserin (tetrazyklisches Antidepressivum) u. a. sowie Methylphenidate. Um Empfehlungen zu Häufigkeit und Dauer der psychoedukativen bzw. –sozialen Behandlung, auch in Kombination mit pharmakologischen Maßnahmen formulieren zu können, bedarf es allerdings weiterer spezifischer Forschung in verschiedenen KrebspatientInnengruppen. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen und ihrer Kombination ist jedoch nachgewiesen. Zusätzlich wurden Studien zu komplementärmedizinischen Interventionen, wie Massage Therapie, Entspannungstechniken, Hypnosetherapie u. a. Maßnahmen, wie der Anwendung von Johanniskraut, anderen Kräutern, Nahrungsergänzungsmitteln, Yoga, Akupunktur, Aromatherapie, Healing-Touch-Methoden, Bewegungsübungen und Meditation bei der Evidenzeinschätzung berücksichtigt. Wenige dieser Maßnahmen wurden auf ihre Wirksamkeit bei TumorpatientInnen erforscht. Die Effektivität komplementärmedizinischer Maßnahmen zur Verminderung depressiver Symptome konnte nicht mit ausreichend Evidenz belegt

werden, weshalb keine Empfehlungen für die Pflegepraxis formuliert werden konnten. (vgl. Fulcher, C. D. et al. 2008)

Da die Wirksamkeit der bekannten Maßnahmen zur Behandlung der Depression bei Krebskranken zuletzt evaluiert wurde und pharmakologische sowie psychologische, psychosoziale bzw. – edukative Maßnahmen zur Umsetzung empfohlen wurden, soll diese Arbeit nun erheben, welche Maßnahmen zur Prävention der Depression bei KrebspatientInnen bisher effektiv von Pflegenden umgesetzt werden konnten. Hierbei sollen grundsätzlich alle Maßnahmen zur Prävention der Depression bei Krebskranken einbezogen werden, die von Pflegenden umgesetzt wurden, egal welcher Art. Deshalb sollen bei der Literaturrecherche die Begriffe Behandlung (engl. treatment), Prävention (engl. prevention), Therapie (engl. therapy) und Intervention (engl. intervention) zur Suche verwendet werden. Lediglich biologische Behandlungsmaßnahmen können von der Suche ausgeschlossen werden, da diese der ärztlichen Verantwortung unterstehen und von Pflegenden deshalb nicht eigenständig anwendbar sind. Komplementärmedizinische Maßnahmen hingegen sollen miteinbezogen werden, wenn ihre Wirksamkeit bisher auch nicht nachgewiesen werden konnte, besteht die Möglichkeit, dass Pflegende komplementärmedizinische Behandlungsmaßnahmen bereits wirkungsvoll umsetzen konnten. Aus diesem Grund wird auch der Suchbegriff „alternative und komplementärmedizinische Maßnahmen“ (engl. complementary and alternative medicine, CAM) für die Suche verwendet.

### **2.3. Die Rolle der Pflege bei der Betreuung Krebskranker**

Es wurde bereits erwähnt, dass eine tragfähige Beziehung zwischen KrebspatientInnen und ihren Betreuungspersonen dazu dienen kann Suizidhandlungen bzw. Euthanasiewünsche zu vermeiden.(vgl. Faller,

H. 1998, S. 34f) Die Bedeutung einer kontinuierlichen, empathischen Beziehung zwischen den KrebspatientInnen und deren Betreuungspersonen wird auch von E. Aulbert hervorgehoben. *Empathie* im Gespräch, wie sie z. B. Kübler-Ross (vgl. Kübler-Ross, E. 1969) beschrieb, kann sowohl die Schmerzschwelle auf ein erträgliches Maß anheben, als auch eine Grundlage für das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit darstellen. Aber auch der *Kontinuität* der Beziehung kommt besondere Bedeutung zu. Solch eine Beziehung ist das wirksamste Mittel zur Vermeidung eines depressiven Rückzugs. Überdies hat es sich als kontraproduktiv erwiesen, die psychosozialen Belange der KrebspatientInnen an Sozialpädagogen oder Psychologen zu delegieren, weil dadurch eine Spaltung der Zuständigkeiten zwischen körperlichen und psychosozialen Belangen erfolgt, die eine offene Kommunikation zwischen KrebspatientInnen und Ärzten sowie dem Pflegepersonal stören kann. (Aulbert, E. 1993, S. 46f)

Nach A. Glaus und R. Meier-Hunzinger sind die Aufgaben der Pflege bei der Betreuung Krebskranker, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, die Information und Instruktion, sowie das Vermitteln von Hoffnung. Die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung kann nicht durch das Pflegepersonal oder durch Ärzte allein erfolgen. Hierzu ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psychologen bzw. Psychiatern erforderlich. Auch Betreuungsangebote, wie z. B. Kunsttherapie können für manche PatientInnen hilfreich bei der Krankheitsbewältigung sein.

Instruktion und Information bzgl. der Krankheit, Therapie und einer hilfreichen Lebensweise können dazu beitragen Unsicherheit abzubauen. Wissen bedeutet für die PatientInnen Macht und Möglichkeit zu verstehen, mitzureden und etwas zur Genesung beizutragen. Die Eigeninitiative kann auf diese Weise gefördert werden und Gefühle der Hilflosigkeit können abgebaut werden. Wenn PatientInnen mehr Information von ärztlicher Seite wünschen, können Pflegenden sie zu Gesprächen aufmuntern und diese vermitteln. Damit

Pflegende KrebspatientInnen informieren können, müssen sie an den Visitingesprächen teilnehmen, um besprochene Themen aufgreifen und in einer verständlichen Alltagssprache wiedergeben zu können. Bei der Informationsvermittlung sind Anteilnahme, Ehrlichkeit und die Fähigkeit zum Zuhören unabdingbar.

Hoffnung ist ein unentbehrliches Element im Leben krebserkrankter Menschen. Hoffnung muss sich nicht nur auf die Heilung beziehen, auch auf kurzfristige Ziele, wie z. B. auf eine weitere Woche ohne Beschwerden, kann gehofft werden. Quelle der Hoffnung kann der/die PatientIn selbst sein, seine Familie und Freunde, Pflegepersonen, Ärzte, Religion usw. Realistische Hoffnungen können durch Instruktion über Krankheit, Therapie und Verlauf gefördert werden, unrealistische Hoffnung kann sinnvoll sein um zu überleben, bis wieder mehr Reserven für eine angepasste Verarbeitung zur Verfügung stehen. Das Pflegepersonal kann dabei helfen realistische von unrealistischen Hoffnungen zu trennen und sorgfältig in die richtige Richtung zu lenken. Der Umgang mit depressiven Verstimmungen ist nicht immer ganz einfach, da diese oft langandauernd ist und von den Pflegenden viel Geduld erfordert. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, die Trauer hervorkommen zu lassen und deren Aussprache und Ausdruck zu fördern. Dabei müssen Pflegende darauf achten, selbst nicht bedrückt zu wirken, um die depressive Stimmung mit den eigenen Gefühlen nicht zu verstärken. Es ist sinnvoll den PatientInnen mit natürlicher Distanz aktivierend und aufmunternd entgegenzutreten.

Aber auch Familie bzw. Freunde sind von der Belastung der Krebserkrankung betroffen. Auf Wunsch des/r PatientIn sollten diese in Informationsgespräche miteinbezogen werden, um eine Atmosphäre der Offenheit zu schaffen, in der das Unausprechliche ansprechbar wird. Somit kann ein Grundstein zur gemeinsamen Verarbeitung gelegt werden. Das soziale Umfeld der KrebspatientInnen stellt eine wichtige Ressource zur Krankheitsbewältigung dar, deshalb sollte es nach

Möglichkeit in die Betreuung eingebunden werden. (vgl. Glaus, A.; Meier-Hunzinger, R. 1997, S. 221-226)

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Betreuung von KrebspatientInnen sind alternative und komplementäre Behandlungsmethoden. Es ist erwiesen, dass mehr als die Hälfte der KrebspatientInnen zusätzlich zur sog. schulmedizinischen Behandlung auch paramedizinische Behandlungsmaßnahmen, also Maßnahmen, deren Wirkung wissenschaftlich bisher nicht nachgewiesen werden konnte, in Anspruch nehmen. (vgl. Glaus, A.; Meier-Hunzinger, R. 1997, S. 235) Besonders Patienten, die an chronischen Erkrankungen, Angst oder Depression leiden oder mit der schulmedizinischen Behandlung bzw. dem behandelnden Arzt unzufrieden sind, neigen dazu alternative Behandlungsmethoden zum Zweck der Selbstmedikation in Anspruch zu nehmen. (vgl. Badger, F.; Nolan, P. 2007, S. 1344f) Besonders bei älteren Menschen, die unter unbehandelten bzw. unerkannten Ängsten bzw. Depressionen leiden ist das häufig der Fall. (vgl. Grzywacz, G. J.; Suerken, C. K.; Quandt, S. A.; Bell, R. A.; Lang, W.; Arcury, T. A. 2006, S. 472) Häufig wird die Inanspruchnahme komplementärer Behandlungsmethoden gegenüber Ärzten und dem Pflegepersonal verschwiegen, da die PatientInnen befürchten entweder belächelt zu werden oder die Betreuer unbeabsichtigt zu verletzen. Diese Tatsache schafft eine Kluft zwischen schulmedizinischer Behandlung und Naturheilkunde. (vgl. Glaus, A.; Meier-Hunzinger, R. 1997, S. 235) Komplementäre Behandlungsmethoden können bei Krebskranken unter Umständen jedoch unerwünschte Wechselwirkungen mit den verschriebenen Medikamenten auslösen, wie dies beispielsweise bei der Anwendung von Johanniskraut der Fall sein kann. (vgl. Fulcher, C. D. et al. 2008, S. 135) Um zu vermeiden, dass Krebskranke alternative Behandlungsmethoden zur Linderung ihrer Beschwerden nutzen könnten, ohne über mögliche Wechselwirkungen informiert zu sein, wäre es wichtig, dass das Pflegepersonal den PatientInnen als Ansprechpartner hinsichtlich alternativer bzw. komplementärer

Behandlungsmethoden zur Verfügung steht. Auch die Ursachen für die Inanspruchnahme alternativer Behandlung können besprochen werden. Möglicherweise gründet das Bedürfnis danach auf unausgesprochenen Ängsten, Verzweiflung oder Unzufriedenheit mit der Behandlung. (vgl. Glaus, A.; Meier-Hunzinger, R. 1997, S. 235f)

### 3. Theoretischer Rahmen

Der theoretische Rahmen dieser Arbeit gründet sich auf Betty Neumanns Systemmodell, in dessen Mittelpunkt das Wohlbefinden des Klienten bzw. des Klientensystems steht. Der *Klient* oder die Klientengruppe bildet ein offenes System, welches mit seiner Umwelt interagiert um das Gleichgewicht zwischen *interner* und *externer Umwelt* zu fördern. Das Klientensystem besteht nach B. Neuman aus physiologischen, psychischen, soziokulturellen, entwicklungsgeschichtlichen und spirituellen Variablen, welche sich gegenseitig beeinflussen. Die *physiologische Variable* umfasst alle körperlichen Strukturen und Funktionen, die *psychische Variable* alle mentalen Prozesse und Beziehungen und die *soziokulturelle Variable* umfasst alle sozialen und kulturellen Funktionen. Die *entwicklungsgeschichtliche Variable* bezeichnet vergangene und aktuelle Entwicklungsprozesse und die *spirituelle Variable* den Einfluss spiritueller Überzeugungen. Die Wechselbeziehungen zwischen diesen Variablen beeinflussen das Ausmaß, in dem sich das System gegen *Stressoren* schützen kann. Das Klientensystem befindet sich, als zentraler Kern, in Mitten konzentrischer Kreise, welche Mechanismen zum Schutz des Systems darstellen. Die fünf Variablen sind Bestandteile jedes durch einen Kreis dargestellten Abwehrmechanismus. Die *flexible Abwehrlinie* befindet sich ganz außen und verhindert im optimalen Fall das Eindringen von Stressoren und somit Stressorreaktionen (oder Krankheitssymptome) des Systems. Sie ist in der Lage sich sowohl auszudehnen, als auch zusammenzuziehen. Je weiter entfernt sie von der *normalen Abwehrlinie* ist, desto besser schützt sie diese und umgekehrt. Die normale Abwehrlinie befindet sich zwischen flexibler Abwehrlinie und den Widerstandslinien. Sie beschreibt den normalen Grad des Wohlbefindens und kann auch als Ergebnis der Anpassung des Klientensystems an umweltbedingte Stressoren betrachtet werden. Die Ausdehnung der normalen Abwehrlinie bezeichnet einen hohen Grad

des Wohlbefindens, während die Kontraktion einen niedrigen Grad darstellt. Wenn die flexible Abwehrlinie durch einen Stressor durchbrochen wird, kommt es zur Stressorreaktion des Systems, welche mit Krankheitssymptomen gleichzusetzen ist. Gesundheit und Krankheit bilden dabei ein Kontinuum, innerhalb welchen sich das Klientensystem befinden kann, je nachdem, wie viel Energie ihm zur Bewahrung, Wiederherstellung und Aufrechterhaltung seiner Stabilität zur Verfügung steht. Gesundheit wird auch als *Negentropie* (ausreichende Energie) und Krankheit als *Entropie* (erschöpfte Energie) bezeichnet. Gesundheit bedeutet jedenfalls das dynamische Gleichgewicht der normalen Abwehrlinie. Sobald ein Stressor die normale Abwehrlinie durchdringt, werden die inneren *Widerstandslinien* aktiviert, welche die Grundstruktur schützen, in dem sie die Rückkehr zum Normalzustand fördern. Sind die Abwehrmaßnahmen dieser Widerstandslinien effektiv, erlangt das System seine Stabilität wieder, sind sie nicht effektiv, führt das zur Erschöpfung der Energie des Systems und kann zum Tod führen. Stressoren sind grundsätzlich neutral und entfalten erst in der Interaktion mit dem System positive oder negative Wirkung. Reaktionen des Klientensystems auf Stressoren sind durch angeborene und erlernte Resistenzmuster (Abwehr- und Widerstandslinien) bestimmt. Der Grad der Resistenz ergibt sich aus dem Zusammenspiel der Variablen. Faktoren die bei der Reaktion auf Stressoren eine Rolle spielen, sind der Zeitpunkt der Konfrontation mit dem Stressor, dessen Charakteristika und Intensität sowie Charakteristika der Grundstruktur, wie z. B. vergangene oder aktuelle Erfahrungen, verfügbare Energieressourcen, das Ausmaß der zur Anpassung erforderlichen Energie oder die subjektive Wahrnehmung des Stressors. Nach B. Neuman besteht die Umwelt aus dem *inneren Milieu*, der *externen Umwelt* und der *geschaffenen Umwelt*. Das innere Milieu beschreibt Kräfte und interaktive Einflüsse innerhalb des Klientensystems, die externe Umwelt alle Kräfte und interaktiven Einflüsse außerhalb des Systems. Die Geschaffene Umwelt entspricht

einem subjektiven Sicherheitsmechanismus, welcher auch dann, in Kraft treten kann, wenn sich das System der Realität bewusst ist, indem es die Realität blockiert und durch die Illusion des Wohlbefindens ersetzt. Dementsprechend können auch Stressoren in intrapersonale, interpersonale und extrapersonale unterschieden werden, je nachdem, ob sie im inneren Milieu (z. B. konditionierte und autoimmune Reaktionen), in der näheren externen Umwelt (z. B. Rollenerwartungen, Kommunikationsmuster) oder in ferner externer Umwelt (z. B. finanzielle, sozialpolitische Angelegenheiten) auftreten. Das Klientensystem interagiert mit der Umwelt, in dem es sich entweder an diese anpasst oder sie verändert und damit zur Anpassung zwingt. Input, Output und Feedback sind zirkuläre Funktionen, dieser regulativen Wechselbeziehung.

Das Ziel der Pflege ist der Zustand des Wohlbefindens, welcher durch Bewahren, Wiederherstellen oder Aufrechterhalten der Stabilität des Klientensystems erreicht wird. Der *Pflegeprozess* umfasst die *Pflegediagnose*, *Pflegeziele* und *Pflegeergebnisse*, als wesentliche Schritte. Mit anderen Worten, die Bedürfnisse des Klienten müssen erfasst und nach Prioritäten geordnet werden, bevor unterstützende Interventionen festgelegt und evaluiert werden. Potentielle oder aktuelle Stressorreaktionen des Klientensystems können mit primären, sekundären und tertiären Präventionsmaßnahmen reduziert werden. *Primäre Prävention* umfasst alle Maßnahmen zum Bewahren der Systemstabilität, *sekundäre Prävention* umfasst alle Maßnahmen zur Wiederherstellung der Systemstabilität und *tertiäre Prävention* umfasst alle Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Systemstabilität. (vgl. Fawcett, J. 1998, S. 229-243)

Die Krebserkrankung stellt ein lebensbedrohliches Ereignis dar, welches die körperliche Unversehrtheit, das psychosoziale Wohlbefinden, die Leistungsfähigkeit, sowie Zukunftsvorstellungen der PatientInnen bedroht. Die Bewältigungsmechanismen des Individuums sind häufig überfordert. Die Depression ist demnach die Reaktion auf

den lebensbedrohlichen Stressfaktor Krebs. Neuman bietet ein konzeptuelles Pflegemodell, welches diese Stressorreaktion anhand verschiedener Widerstandslinien erklärt und Möglichkeiten zur Unterstützung des Klientensystems für die Pflege beschreibt. Die Depression als Reaktion des Klientensystems auf die Stressoren der Krebserkrankung stellt somit ein für die Pflege relevantes Phänomen dar, welches die Unterstützung des Klientensystems mit den Möglichkeiten der Pflege erfordert. Seitens der Pflege gilt es also der depressiven Reaktion des Klientensystems auf die Stressoren der Krebserkrankung mit primären, sekundären und tertiären Präventionsmaßnahmen entgegenzuwirken. Das führt zur Frage nach pflegerischen Interventionsmaßnahmen gegen die Depression bei Krebskranken, welche im Weiteren beantwortet werden soll.

#### **4. Methode und Vorgehensweise**

Die im Folgenden angeführte Forschungsfrage dieser Arbeit zielt auf die Identifikation und Evaluation von Interventionsmöglichkeiten ab, die es den im Bereich der Pflege tätigen Berufsgruppen ermöglichen der Depression bei Krebskranken entgegenzuwirken. Die Ergebnisse sollen demnach Hinweise darauf geben können, wie sich die Situation depressiver Krebskranker durch pflegerische Maßnahmen verbessern lässt.

*Welche Maßnahmen zur Prävention der Depression bei Krebskranken wurden im Rahmen der Pflege bisher umgesetzt und wie wirksam waren sie?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung gemäß wissenschaftlicher Kriterien wurde die Methode der systematischen Literaturanalyse gewählt, da im englischsprachigen Raum ausreichend Literatur zum Thema Depression im Kontext der Krebserkrankung verfügbar ist. Die englischsprachige Literatur ist für die deutschsprachige Pflegepraxis aufgrund sprachlicher Barrieren und eingeschränkter Verfügbarkeit jedoch schwer zugänglich und aufgrund mangelnder Bezugnahme auf die Möglichkeiten im Rahmen pflegerischer Arbeit auch schwer anwendbar. Zur Klärung der Fragestellung bedarf es in erster Linie einer systematischen Literaturrecherche, einer kritischen Einschätzung der empirischen Literatur und der Diskussion gewonnener Erkenntnisse, mit dem übergeordneten Ziel der Identifikation des Handlungsbedarfs im Bereich der Pflege und der Identifikation des Bedarfs für weitere Forschung. Die systematische Literaturrecherche wurde in folgenden Datenbanken durchgeführt:

- CINAHL Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
- MedLine inkl. Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA) und Social Services Abstracts

Die oben genannten Datenbanken wurden nach den folgenden Suchbegriffen in verschiedenen Kombinationen durchsucht: cancer, oncology, neoplasms, tumors, depression, treatment, therapy, intervention, complementary and alternative medicine (CAM), nursing, care, oncologic nursing, oncologic care.

Die Auswahl der relevanten Literatur erfolgte nach folgenden vorab definierten Ein- bzw. Ausschlusskriterien:

- Der Suchzeitraum beschränkt sich auf wissenschaftliche Literatur, welche innerhalb der letzten fünf Jahre, also seit Jänner 2004, publiziert wurde.
- Beschränkung auf wissenschaftliche Studien, welche die Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen gegen die Depression (bei Krebskranken) untersuchen und von Pflegepersonen durchgeführt wurden.
- Einbeziehung alternativer und komplementärmedizinischer Maßnahmen gegen die Depression bei Krebskranken.
- Beschränkung auf wissenschaftliche Literatur in englischer und deutscher Sprache.
- Beschränkung auf wissenschaftliche Literatur mit Peer Review.

Zusätzlich zu den, aus der systematischen Recherche hervorgegangenen Ergebnissen, wurden 5 wissenschaftliche Studien miteinbezogen, welche sich aus einer ersten Orientierungsrecherche in verschiedenen Datenbanken ergaben. (vgl. Classen, C. C.; Kraemer,

H. C.; Blasey, C.; Giese-Davis, J.; Koopman, C.; Gronskaya Palesh, O.; Atkinson, A.; DiMiceli, S.; Stonisch-Riggs, G.; Westendorp, J.; Morrow, G. R.; Spiegel, D. 2008; vgl. Given, C.; Given, B.; Rahbar, M.; Jeon, S.; McCorckle, R.; Cimprich, B.; Galecki, A.; Kozachik, S.; DeVoss, D.; Brady, A.; Fisher-Malloy, M. J.; Courtney, K.; Bowie, E. 2004; vgl. Sharpe, M. et al. 2004a; vgl. Strong, V.; Waters, R.; Hibberd, C.; Murray, G.; Wall, L.; Walker, J.; McHugh, G.; Walker, A.; Sharpe, M. 2008; vgl. Billhult, A. et al. 2007) Im Folgenden findet sich eine Tabelle zur Suchstrategie, welche die durchsuchte Datenbank (DB), das Datum der Recherche, Suchbegriffe, Anzahl der gefundenen Literatur (GL) und die Anzahl der relevanten Literatur (RL) für jeden Suchvorgang dokumentiert.

DB	Datum	Suchbegriffe	GL	RL
CINAHL >2004 Peer Review MW (Word in Subject Heading)	13.08.09	cancer	12671	-
		depress*	16484	-
		prevent*	89038	-
		treat*	48236	-
		therap*	196334	-
		intervent*	6392	-
		nurs*	116955	-
		car*	168140	-
		CAM	1165	-
		complementary medicine	29329	-
		alternative medicine	55	-
		cancer AND depress*	445	-
		prevent* OR treat* OR therap* OR intervent*	279300	-
		car* OR nurs*	255797	-
CAM OR complementary medicine OR alternative medicine	29655	-		
cancer AND depress* AND CAM OR complementary medicine OR alternative medicine	15	1		
cancer AND depress* AND prevent* OR treat* OR therap* OR intervent* AND nurs* OR car*	101	2		
cancer OR depress*	28710	-		
nurse AND delivered	883	-		
nursing interventions	1281	-		
cancer AND depress* AND nursing interventions	8	1		

		cancer OR depress* AND nursing interventions	106	0
		cancer OR depress* AND nurse AND delivered	11	0
		oncologic nursing	2773	-
		oncologic care	546	-
		depress* AND oncologic nursing	46	1
		depress* AND oncologic care	3	0
MEDLINE	16.09.2009	Cancer	8520	-
+ASSIA		Oncology	3575	-
+SSA		Neoplasms	326980	-
>2004		tumors	4081	-
English OR		depress*	39902	-
Deutsch		nursing	63449	-
Schlagwort		care	178831	-
		CAM	0	-
		complementary medicine	0	-
		alternative medicine	410	-
		cancer OR oncology OR neoplasms OR tumors	364390	-
		cancer OR oncology OR neoplasms OR tumors AND depress*	1609	-
		nursing OR care	249410	-
		cancer OR oncology OR neoplasms OR tumors AND depress* AND nursing OR care	352	-
		cancer OR oncology OR neoplasms OR tumors AND depress* AND alternative medicine	1	0
		treatment	207787	-

		therapy	565057	-
		intervention	5259	-
		treatment OR therapy OR intervention	739471	-
		cancer OR oncology OR neoplasms OR tumors AND depress* AND nursing OR care AND treatment OR therapy OR intervention	179	5

## 5. Resultate

Die recherchierten Maßnahmen zur pflegespezifischen Prävention der Depression bei Krebskranken lassen sich nach Art der durchgeführten Intervention in die folgenden übergeordneten Kategorien einteilen:

- Psychosoziale bzw. edukative Gruppeninterventionen (5 Studien)
- Psychosoziale bzw. edukative Einzelinterventionen (3 Studien)
- Therapeutische Interventionen (5 Studien)
- Massage-Interventionen (2 Studien)

Im Anhang findet sich eine Tabelle mit Angaben zu Autor, Publikationsjahr, Stichprobe, Studienort, Studiendesign, Studiendauer, Intervention, Ergebnissen und dem Evidenzlevel (E) der einzelnen Studien, sofern all diese Informationen angegeben waren. Die Einschätzung der Evidenzhöhe der Studien erfolgte mit Hilfe des ‚Johns Hopkins University School of Nursing‘ Bogens zur Einschätzung der Forschungsevidenz. (vgl. Newhouse, R. P.; Sigma Theta Tau International; Johns Hopkins Hospital; Johns Hopkins University, School of Nursing 2007)

Die Gemeinsamkeit der Studien in der Kategorie der **psychosozialen bzw. edukativen Gruppeninterventionen**, ist, wie der Name vorweg nimmt, die Organisation der Interventionen in meist multidisziplinären, Gruppen, während alle übrigen Studien Interventionen für Einzelpersonen untersuchen. Diese Kategorie umfasst eine Meta-Analyse, zwei randomisierte kontrollierte Studien (RCT), einen Quasi-experimentellen Versuchsaufbau und eine Studie mit Pretest/Post-Test Design. Vier der Studien wurden mit Brustkrebspatientinnen und eine mit PatientInnen verschiedener Krebsdiagnosen durchgeführt. Die TeilnehmerInnen aller Studien waren im Alter von zwischen 40 und 74 Jahren. Sofern Angaben vorhanden waren, wurden die

Gruppensitzungen wöchentlich, über einen Zeitraum von mindestens 3 bis maximal 15 Wochen durchgeführt und dauerten zwischen 90 und 180 Minuten, bei einer TeilnehmerInnenzahl von etwa 10 Personen. Vier der fünf Interventionen waren multidisziplinär organisiert, mit teilnehmenden Pflegenden, Psychologen, Sozialarbeitern, einem QuiGong Trainer, einem Chirurgen, Physiotherapeuten bzw. einem Mitglied der Breast Cancer Society. Eine der vier verschiedenen Interventionsgruppen basierte auf dem kognitiv-behavioralen Modell, eine andere auf Konzepten der traditionell chinesischen Medizin in Kombination mit westlichen Praktiken. In den Gruppen erfolgte Beratung, Information, Vermittlung von Bewältigungsstrategien, emotionaler Unterstützung, Entspannungsübungen, Problemlösungstraining, Stressmanagement, Kommunikationsstrategien, Maßnahmen zur Stärkung sozialer bzw. physischer Ressourcen, Thematisierung existentieller Sorgen, Selbstpflegeplanung, Information zu gesunder Ernährung, QuiGong Übungen, Akupressur, Vermittlung von Strategien zum Austausch über Gefühle und Lebenssinn, Vermittlung von Strategien zur Festigung eines positiven Selbstkonzepts sowie die Klärung von Fehlannahmen. In den Gruppen wurden Themen, wie ergänzende Behandlungsmethoden, Nebenwirkungen wie Haarausfall oder Übelkeit, Menopause, Lymphödeme, Körperbild, plastische Chirurgie, Angst vor Rückfall, Leben mit Ungewissheit und ähnliches diskutiert. (vgl. Zabalegui, A.; Sanchez, S.; Sanchez, P. D.; Juando, C. et al. 2005; vgl. Classen, C. C. 2008; vgl. Liu, C.; Hsiung, P.; Chang, K.; Liu, Y.; Wang, K.; Hsiao, F.; Ng, S.; Chan, C. 2008; vgl. Schou, I. et al. 2008) Die einzige Gruppenintervention, welche nicht interdisziplinär organisiert war, basierte auf dem Erzählen individueller Geschichten. Die TeilnehmerInnen wurden im Aufbau, der Erzählung und der Nacherzählung von Geschichten geschult. Durch das Teilen der Geschichten, durch Zuhören und durch gegenseitigen Respekt wurde eine mitfühlende Gemeinschaft geschaffen. Die persönlichen

Geschichten wurden nicht diskutiert oder analysiert, da sie lediglich dazu dienen sollten den Sinn einer Erfahrung heraus zu finden. Eine Pflegeperson, die als GruppenleiterIn fungierte sollte als gleichwertiges Mitglied der Gruppe wahrgenommen werden. Diese Intervention soll helfen den Sinn in der Krankheitserfahrung zu finden und Zukunftsperspektiven zu entwickeln. (vgl. Crogan, N. L. et al. 2008) In den Kontrollgruppen der Studien wurde konventionelle Betreuung angeboten. Als Einschätzungsskalen der Depression wurden in den fünf Studien dieser Kategorie die ‚Profile of Mood States‘ (POMS), die ‚Hospital Anxiety and Depression Scale‘ (HADS), die ‚Courtauld Emotional Control Scale‘ (CECS-D), das ‚Beck Depression Inventory‘ (BDI-II) und die ‚Brief Depression Rating Scale‘ verwendet. Diese Kategorie enthält drei Studien auf Evidenzlevel 1 entsprechend des ‚Johns Hopkins University School of Nursing‘ Einschätzungsbogens (vgl. Newhouse, R. P. 2007), die Meta-Analyse (vgl. Zabalegui, A. et al. 2005) und die beiden RCTs (vgl. Liu, C. J. et al. 2008, Classen, C. C. et al. 2008). A. Zabalegui et al. analysierten Studien zu Pflegeinterventionen in Support-Gruppen der letzten 20 Jahre. Diese Studien wiesen jedoch zahlreiche Unterschiede in den angewandten Techniken, der Dauer der Einheiten, den Charakteristika der Stichprobe sowie der Messinstrumente usw. auf. Trotz dieser Einschränkung, kommen die Autoren zum Ergebnis, dass die untersuchten Pflegeinterventionen in Support-Gruppen eine signifikante Verbesserung der gemessenen Depressionswerte zur Folge hatten. (vgl. Zabalegui, A. et al. 2005). Die Studie der Autoren C. J. Liu et al. war nur einfach verblindet und 35% Ausfallquote führten zu Einbußen in der Aussagekraft (0,85 basierend auf 28 Personen), möglicherweise konnte deshalb in dieser Studie keine signifikante Verbesserung der gemessenen Depressionswerte infolge der ‚body-mind-spirit‘-Gruppenintervention festgestellt werden. In der multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie von C. C. Classen et al. (2008) wurde die Qualität der Umsetzung der supportiv-expressiven

Gruppenintervention nicht, z. B. anhand von Videoaufnahmen, untersucht und sie war nicht hinsichtlich des Stresslevels der TeilnehmerInnen randomisiert. Aufgrund der geringen Stichprobengröße, konnte auch in dieser Studie kein Effekt der Intervention auf die Depression der PatientInnen nachgewiesen werden. (vgl. Classen, C. C. et al. 2008) Die übrigen zwei Studien befinden sich auf Evidenzlevel 2. Im Quasi-Experiment der Autoren I. Schou et al. (2008) konnte ebenfalls kein Effekt der psychosozialen Gruppenintervention auf die Depression der TeilnehmerInnen festgestellt werden, da die Selbstselektion der ProbandInnen dazu geführt hat, dass PatientInnen, die an der Studie teilnahmen signifikant optimistischer waren, als diejenigen, die nicht teilnahmen, was in einer geringen Zahl depressiver Fälle in der Stichprobe resultierte. (vgl. Schou, I. et al. 2008) Die Pilotstudie von N. L. Crogan et al. (2008), welche eine auf dem Erzählen von Geschichten basierende Intervention untersuchte, ist auf Grund ihrer geringen Stichprobe (3 Ausfälle bei ursprünglich 10 ProbandInnen) nicht verallgemeinerbar. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die beteiligten Pflegenden in der Lage waren sich die erforderlichen Strategien zur Durchführung der Intervention erfolgreich anzueignen. (vgl. Crogan, N. L. et al. 2008) Im Allgemeinen konnte also nur eine Studie in der Kategorie der Gruppeninterventionen einen statistisch signifikanten positiven Effekt auf hohem Evidenzniveau belegen und als Grundlage für Empfehlungen dienen. (vgl. Zabalegui, A. et al. 2005)

Die Kategorie der **psychosozialen bzw. edukativen Einzelinterventionen** umfasst psychosoziale bzw. edukative Pflegeinterventionen, welche nicht in (multidisziplinären) Gruppen organisiert sind und nicht auf therapeutischen Modellen der kognitiv-behavioralen oder der interpersonellen Therapie gründen, sondern lediglich unterstützende Maßnahmen für Einzelpersonen darstellen. Sie enthält drei Studien, eine nicht-randomisierte Vergleichsstudie der

Ergebnisse zweier fortlaufend rekrutierter Gruppen von KrebspatientInnen verschiedener Krebsdiagnosen, mit Erhebung der Outcomes nach 3 und nach 6 Monaten (vgl. Sharpe, M. et al. 2004a), eine randomisierte Studie, ebenfalls mit einer Stichprobe von KrebspatientInnen verschiedener Tumorlokalisationen und mit Erhebung der Outcomes zu Studienbeginn, nach 3 sowie nach 12 Monaten (vgl. Strong, V. et al. 2008) sowie eine randomisierte, kontrollierte, nicht-verblindete Pilotstudie mit willkürlicher Stichprobe von überwiegend männlichen KrebspatientInnen mit ebenfalls verschiedenen Tumorlokalisationen (vgl. Ream, E.; Richardson, A.; Alexander-Dann, C. 2006). Zur Erhebung der depressiven Symptome, wurde die ‚Hospital Anxiety and Depression‘ Skala (HADS), das ‚Structured Clinical Interview for DSM-IV‘ (SCID), die ‚Symptom-Checklist‘ (SCL-20) sowie das ‚Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders‘ (DSM-IV) verwendet. In zwei Studien wurde den behandelnden Ärzten der PatientInnen in der Kontrollgruppe die Diagnose der Depression mitgeteilt und diese wurden gebeten, die PatientInnen wie üblich zu behandeln. Die PatientInnen in der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich zur üblichen Betreuung eine Support-Intervention, bestehend aus den folgenden Komponenten: Schulung zum Thema Depression und ihrer Behandlung; bis zu zehn 30-minütige Problemlösungstherapie-Sitzungen mit dem Ziel der Vermittlung von Bewältigungsstrategien und einer systematischen und positiven Herangehensweise im Umgang mit Problemen; Ermutigung antidepressive Medikamente vom behandelnden Arzt verschreiben zu lassen und generell die Förderung der Kommunikation zwischen PatientInnen und Ärzten im Bezug auf die Behandlung der Depression; Koordination und Überwachung der Behandlung der Depression. Die wöchentlichen Sitzungen fanden im Krankenhaus, wenn nötig bei den PatientInnen zu Hause oder per Telefon statt. (vgl. Sharpe, M. et al. 2004a; vgl. Strong, V. et al. 2008) Der Fortschritt der PatientInnen wurde mit Hilfe von telefonischen Einschätzungsgesprächen durch die

Pflegenden überwacht und bei Bedarf wurden weitere Sitzungen angeboten. (vgl. Strong, V. et al. 2008) Onkologische Pflegekräfte erhielten ein Training in der Umsetzung der Intervention, die richtige Ausführung der Intervention wurde mit Hilfe von Videoaufnahmen und Supervision (durch einen Psychiater) sichergestellt. (vgl. Sharpe, M. et al. 2004a; Strong, V. et al. 2008) Die Pflegenden gingen entsprechend eines detaillierten Handbuchs vor, sie verfügten über keinerlei psychiatrische Erfahrung und wurden mit schriftlichen Materialien, Tutorials und Praxiserfahrung unter Supervision geschult. (vgl. Strong, V. et al. 2008)

Eine der Support-Interventionen folgte ähnlichen Richtlinien, richtete sich aber primär gegen die Fatigue der KrebspatientInnen. Innerhalb dieser Intervention erfolgten Schulungen zum Thema Fatigue, sowie die Einschätzung und Überwachung dieses Symptoms, Coaching in Selbstfürsorge und die Vermittlung sozialer Unterstützung. Die ProbandInnen erhielten schriftliche Informationen zu Bewegungsübungen, Prioritätensetzung und Delegation von Aktivitäten, Nahrungsergänzung, Entspannungs- und schlaffördernden Techniken u.ä. Zusätzlich führten die PatientInnen ein Fatigue-Tagebuch, welches mit den Pflegenden bei monatlichen Hausbesuchen besprochen wurde. Die Pflegenden schätzten die Beeinträchtigung durch die Fatigue und die Effizienz der Selbstfürsorge ein. Die in schriftlicher Form erhaltenen Informationen wurden bei diesen Anlässen besprochen und die Anwendung der Praktiken wurde mit den Pflegenden geübt. Die Ausführung dieser Intervention erfolgte durch erfahrenes onkologisches Pflegepersonal mit Qualifikation in der Beratung und Kenntnissen bzgl. Fatigue bei Krebs. (vgl. Ream, E. et al. 2006)

Alle drei Studien in dieser Kategorie konnten eine Verbesserung der depressiven Symptome infolge der durchgeführten Interventionen feststellen, zwei davon berichten sogar von einer signifikanten Verbesserung. (vgl. Ream, E. et al. 2006; Sharpe, M. et al. 2004a) Zudem zeigten zwei der Interventionen ebenfalls eine signifikante

Verbesserung der gemessenen Werte für Angst und Fatigue. (vgl. Strong, V. et al. 2008; Ream, E. et al. 2006) Pflegekräfte konnten erfolgreich in der Ausführung der Interventionen geschult werden (vgl. Sharpe, M. et al. 2004a; Strong, V. et al. 2008). Eine unabhängige Einschätzung der Videoaufnahmen von 14% der Sitzungen einer der Studien zeigte, dass 96% der Sitzungen mit der Beschreibung im Handbuch übereinstimmten. Zudem erwies sich eine der Interventionen als annehmbar für die PatientInnen und als kosteneffizient. (vgl. Strong, V. et al. 2008) Eine der Studien verweist darauf, dass der beobachtbare Effekt der Intervention möglicherweise, durch die Information der behandelnden Ärzte hinsichtlich der Diagnose der Depression der PatientInnen in der Kontrollgruppe, abgeschwächt worden sein könnte. (vgl. Strong, V. et al. 2008) Die Ergebnisse der Studien zu psychosozialen und edukativen Einzelinterventionen sind im Allgemeinen sehr vielversprechend, leider entspricht das Design der Studien Evidenzniveau 2, weshalb keine endgültigen Empfehlungen abgeleitet werden können.

Die Kategorie **therapeutischer Interventionen** umfasst Einzelinterventionen, die sich von den übrigen Einzelinterventionen darin unterscheiden, dass sie auf den therapeutischen Konzepten der kognitiv-behavioralen Therapie bzw. interpersonellen Therapie basieren, während die übrigen psychosozialen Einzelinterventionen eher auf die Unterstützung und Edukation der PatientInnen abzielen. Sie enthält fünf Studien zu Maßnahmen, welche auf therapeutischen Modellen wie dem kognitiv-behavioralen Modell (vgl. Given, C. et al. 2004; vgl. Moorey, S.; Cort, E.; Kapari, M.; Monroe, B.; Hansford, P.; Mannix, K.; Henderson, M.; Fisher, L.; Hotopf, M. 2008; vgl. Duffy, S. A.; Ronis, D. L.; Valenstein, M.; Lambert, M. T.; Fowler, K. E.; Gregory, L.; Bishop, C.; Myers, L. L.; Blow, F. C.; Terrell, J. E. 2006; vgl. Kurtz, M. E. 2005) bzw. dem Modell der interpersonellen Therapie (vgl. Badger, T. et al. 2005) basieren. Zur Durchführung dieser Studien wurden

Pflegekräfte in verschiedenen Fertigkeiten geschult, welche zur Umsetzung der Maßnahmen erforderlich waren, meist in Form von mehrtägigen Workshops mit theoretischen und praktischen Anteilen. Die Ausführung der Interventionen erfolgte meist unter Supervision. (vgl. Moorey, S. et al. 2008; Duffy, S. A. et al. 2006; Badger, T. et al. 2005) Die Stichprobe der Studien in dieser Kategorie ist sehr heterogen. Sie umfasst KrebspatientInnen mit verschiedenen Tumorlokalisationen, Brustkrebspatientinnen sowie Kopf- und HalskrebspatientInnen. Eine Studie bezog auch die Betreuungspersonen der KrebspatientInnen mit ein. (vgl. Kurtz, M. E. et al. 2005) Auch die Geschlechterverteilung der TeilnehmerInnen ist zwischen den verschiedenen Studien dieser Kategorie sehr unterschiedlich. Sofern angegeben, war das Durchschnittsalter der StudienteilnehmerInnen ca. zwischen 53 und 60 Jahren. Die verwendeten Messinstrumente zur Erfassung der depressiven Symptome umfassten die ‚Center for Epidemiological Studies‘ Skala (CES-D), die ‚Hospital Anxiety and Depression‘ Skala (HADS) und eine Kurzform der ‚Geriatric Depression‘ Skala. Kognitiv-behaviorale Maßnahmen umfassten die gemeinsame Erfassung von Problemen (wie z. B. Apoplexie, Angst, Depression, Diarrhö, Konstipation, Übelkeit, Fatigue, Fieber, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Atembeschwerden, Mucositis u. ä.) mit den PatientInnen bzw. auch mit deren Betreuungspersonen durch geschulte Pflegekräfte und die gemeinsame Auswahl und Evaluierung verschiedener Strategien aus einem Repertoire von Maßnahmen zur Information, Beratung und Unterstützung, Koordination der Pflege bzw. Verschreibung therapeutischer Aktivitäten. Beratung und Unterstützung erfolgte durch das Eingehen auf Äußerungen von Trauer, Sorge, Frustration, Vermittlung von Entspannungstechniken und anderen Bewältigungsstrategien. Verschrieben wurden Bewegungsübungen, Ernährungsmodifikation u. ä. Maßnahmen zur Koordination der Pflege umfassten den Beistand bei der Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten, das Arrangieren von Transporten, das

Besorgen von Perücken sowie das Einholen benötigter Informationen vom Onkologen. (vgl. Given, C. et al. 2004) Hauptbestandteile der kognitiv-behavioralen Interventionen waren also Problemdefinition, Zielsetzung und die Vermittlung kognitiv-behavioraler Strategien zur Zielerreichung durch geschulte Pflegekräfte. (vgl. Given, C. et al. 2004; Moorey, S. et al. 2008; Duffy, S. A. et al. 2006 ; Kurtz, M. E. 2005) Eine der kognitiv-behavioralen Interventionen erfolgte in Form telefonischer Beratungsgespräche (vgl. Duffy, S. A. et al. 2006), eine andere inkludierte telefonische Gespräche neben persönlichen Gesprächen (vgl. Kurtz, M. E. et al. 2005). Auch die auf interpersoneller Therapie basierende Intervention erfolgte telefonisch. Die Gespräche dauerten ca. 32,9 Min. Der Fokus der interpersonellen Intervention lag auf Schulung bzw. Information über die Krebserkrankung, interpersonellem Rollenwechsel, sozialer Unterstützung, dem Management depressiver Symptome u ä. Die telefonischen Gespräche wurden auch mit den Partnern der PatientInnen geführt. (vgl. Badger, T. et al. 2005) In den Kontrollgruppen der Studien wurde konventionelle Betreuung angeboten. Diese Kategorie enthält drei RCTs (vgl. Moorey, S. et al. 2008; Duffy, S. A. et al. 2006; Kurtz, M. E. et al. 2005) auf höchstem Evidenzniveau entsprechend Johns Hopkins University School of Nursing Einschätzungsbogen (vgl. Newhouse, R. P. 2007) sowie eine experimentelle Pilotstudie (vgl. Badger, T. et al. 2005) und eine klinische Längsschnittstudie (vgl. Given, C. et al. 2004) auf Evidenzniveau 2. In der randomisierten kontrollierten Studie von S. Moorey et al. (2008) wurden die Ergebnisse zu Beginn der Studie sowie nach 6, 10 und 16 Wochen erhoben. TeilnehmerInnen in der Interventionsgruppe verzeichneten signifikant niedrigere Werte für ‚Angst‘. Auch die Depressionswerte sanken im Verlauf der Untersuchung, allerdings konnte kein signifikanter Unterschied der Depressionswerte zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden. Das fortgeschrittene Krankheitsstadium der Stichprobe führte bei der Durchführung dieser Studie zu einigen Schwierigkeiten. Zum einen

führte es zu einer hohen Ausfallquote und zum anderen konnte kein standardisiertes randomisiertes Design verwendet werden, aber auch die Heterogenität in der Schwere der Symptome und der palliativen Behandlungsmaßnahmen erschwerten einen kontrollierten Vergleich. (vgl. Moorey, S. et al. 2008) Auch die kognitiv-behaviorale Intervention gegen Rauchen, Alkohol und Depression bei Kopf- und HalskrebspatientInnen von S. A. Duffy et al. (2006) zeigte keine Wirksamkeit hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptome. Es war zwar ein Rückgang zu verzeichnen, allerdings sowohl in der Interventionsgruppe, als auch in der Kontrollgruppe. Einen Grund dafür könnte das Beratungsgespräch zum Thema Depression und Alkohol darstellen, welches sowohl in der Interventions-, als auch in der Kontrollgruppe, vor der Umsetzung der Intervention, stattfand und den PatientInnen möglicherweise Handlungsbedarf in diesen Bereichen aufzeigte. Es konnte lediglich ein positiver Effekt auf das Rauchverhalten dieser PatientInnen ausgemacht werden. (vgl. Duffy, S. A. et al. 2006) Auch in der Studie von M. E. Kurtz et al. konnte kein signifikanter Effekt der kognitiv-behavioralen Intervention auf die depressive Symptomatik weder für PatientInnen, noch für deren Betreuungspersonen, festgestellt werden. Die Depressionswerte zu Studienbeginn waren möglicherweise zu niedrig oder die Beobachtung hätte über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgen müssen, um eine signifikante Verbesserung ausmachen zu können. (vgl. Kurtz, M. E. et al. 2005) Keine der drei Studien auf höchstem Evidenzniveau konnte demnach eine signifikante Verbesserung der Depression durch die jeweilige kognitiv-behaviorale Pflegeintervention belegen. Die Studie von C. Given et al. konnte bei Evidenzniveau 2 einen kurzzeitigen Effekt der kognitiv-behavioralen Intervention zeigen, jedoch keinen Langzeiteffekt. Sie war nach 10 Wochen effektiver in der Reduktion der Depression bei PatientInnen mit anfänglich starken körperlichen Symptomen. Im Gegensatz dazu, war die Intervention bei PatientInnen mit anfänglich hohen Depressionswerten weniger erfolgreich hinsichtlich

der Reduktion der depressiven Symptomatik. Diese PatientInnen könnten durch die Implementierung neuer Strategien zusätzlich belastet worden sein. Es wurden zudem keine Wechselwirkungen der Intervention mit Psychopharmaka festgestellt. (vgl. Given, C. et al. 2004) Die einzige Studie innerhalb der Kategorie der therapeutischen Pflegeinterventionen, welche die Umsetzung eines interpersonellen Ansatzes in Form einer Telefonischen Intervention für Brustkrebspatientinnen untersucht, konnte ebenfalls keinen signifikanten Effekt auf depressive Symptome nachweisen. In der Interventionsgruppe zeichnete sich jedoch ein klarer Trend der Abnahme depressiver Symptomatik, negativer Affekte und der Fatigue im zeitlichen Verlauf ab. Dieses Ergebnis ist jedoch, aufgrund der geringen Stichprobengröße dieser Pilotstudie, eher als Anstoß für größer angelegte Studien zu dieser Art von Intervention zu betrachten und kann daher nicht für Empfehlungen dienen. (vgl. Badger, T. et al. 2005) Die Studien dieser Kategorie können somit zusammenfassend betrachtet, nicht für Praxisempfehlungen herangezogen werden, da nur die beiden Studien auf niedrigerem Evidenzniveau Hinweise auf die Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen bzw. interpersonellen Pflegeinterventionen geben konnten.

Die vierte Kategorie umfasst zwei Studien zu **Massage-Interventionen**. Die Notwendigkeit einer eigenen Kategorie für diese Intervention gründet auf deren Körperbezogenheit. Die übrigen Kategorien umfassen alle samt psychosoziale bzw. –edukative Maßnahmen, welche nach Gruppen- vs. Einzelinterventionen und nach der Verwendung eines therapeutischen Ansatzes unterschieden wurden. Beide Studien dieser Kategorie sind prospektive, randomisierte, kontrollierte Studien zur Erhebung der Wirksamkeit einer von Pflegenden durchgeführten Effleurage-Massage für Brustkrebspatientinnen im durchschnittlichen Alter von 56,9 Jahren. In einer der Studien erfolgte die Intervention nach der operativen

Entfernung des Tumors, im Zeitraum der Bestrahlungstherapie, jeweils direkt im Anschluss an die Bestrahlung. (vgl. Billhult, A. et al. 2008) In der anderen Studie erfolgte die Massage während der Chemotherapie Infusion der PatientInnen. (vgl. Billhult, A. et al. 2007) In beiden Studien wurde die ‚Hospital Anxiety and Depression‘ Skala (HADS) zur Messung depressiver Symptome verwendet. In der Studie aus dem Jahr 2007 wurden fünf und in der Studie aus dem Jahr 2008 wurden zehn 20-minütige Massage-Sitzungen durchgeführt. Die PatientInnen konnten in beiden Studien zwischen einer Massage der Hände und Arme sowie der Füße und Unterschenkel wählen. Es wurde ein kalt-gepresstes Pflanzenöl verwendet. Die Kontrollgruppe erhielt 20-minütige Besuche von den Pflegenden bei denen über Themen gesprochen wurde, die nicht festgelegt waren. (vgl. Billhult, A. et al. 2007; Billhult, A. et al. 2008) Die Massage wurde von 6 Pflegenden und Pflegehelfern ausgeführt, die zuvor einen Tag lang in der Massagetechnik geschult und trainiert wurden. Alle ausführenden Pflegekräfte hatten Erfahrung in der Massage von KrebspatientInnen. (vgl. Billhult, A. et al. 2007) Aufgrund des randomisierten und kontrollierten Designs der Studien, können diese auf Evidenzniveau 1 eingestuft werden, obwohl die Aussagekraft der Ergebnisse, aufgrund mangelnder Verblindung und eingeschränkter Generalisierbarkeit bzgl. jüngerer Brustkrebspatientinnen bzw. anderer Krebsdiagnosen (vgl. Billhult, A. et al. 2008) sowie aufgrund geringer Stichprobengröße (vgl. Billhult, A. et al. 2007), eingeschränkt ist. In beiden Studien konnte kein Effekt der Massage-Interventionen auf die Depression der PatientInnen festgestellt werden. (vgl. Billhult, A. et al. 2007; Billhult, A. et al. 2008) In einer der beiden Studien konnte eine signifikante Verbesserung der Übelkeit beobachtet werden. (vgl. Billhult, A. et al. 2007) Somit bieten auch die Studien dieser Kategorie trotz hohen Evidenzniveaus keine Grundlage für Praxisempfehlungen.

## 6. Diskussion

Im Allgemeinen lässt sich erkennen, dass das Phänomen der Depression bei Krebskranken, in der wissenschaftlichen Literatur bereits einige Beachtung erfahren hat. Verschiedene Autoren beschreiben die Bewältigung der Krebserkrankung und die Belastungen, die diese mit sich bringt. (vgl. Faller, H. 1998; Kreibich-Fischer, R. 1994) Es wurde untersucht, welche Belastungen von den Betroffenen am stärksten wahrgenommen werden und auch welche Strategien zur Bewältigung eingesetzt werden. (vgl. Fellenberg, F. 2000) Zum Thema Depression ist eine Fülle an Literatur aus dem Fachbereich der Psychologie verfügbar (vgl. Hammen, C. 1999; Tölle, R. 2000), aber auch die Depression im Kontext der Krebserkrankung bzw. anderer schwerer, körperlicher Erkrankungen findet in den Forschungsarbeiten der letzten Jahre zunehmende Beachtung. Beispielsweise existieren Arbeiten zur Einschätzung der Depression mit Berücksichtigung des besonderen Kontexts der schweren körperlichen Erkrankung von TumorpatientInnen, sowie Arbeiten zu den verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung, inklusive der Evaluation ihrer Wirksamkeit. (vgl. Trask, P. C. 2004; Jacobsen, P. B., Jim, H. S. 2008; Fulcher, C. D. et al. 2008) Jedoch werden Rolle und Aufgaben der Pflege in Bezug auf die Prävention der Depression bei KrebspatientInnen in der Literatur nur selten erwähnt. (vgl. Glaus, A.; Meier-Hunzinger, R. 1997) Ziel dieser Arbeit war es, zu beantworten, welche Interventionsmaßnahmen im Rahmen der Pflege bereits wirkungsvoll zur Prävention der Depression bei Krebskranken eingesetzt wurden. Im Rahmen der Pflege durchgeführte Maßnahmen sind meist psychosozialer und edukativer Natur und stützen sich teilweise auf psychotherapeutische Konzepte. Aber auch Massagetechniken wurden von Pflegenden angewendet, um die depressive Symptomatik Krebskranker zu lindern. Pflegerische Maßnahmen zur Prävention der Depression bei TumorpatientInnen

lassen sich also in die übergeordneten Kategorien „psychosoziale bzw. edukative Gruppeninterventionen“, „psychosoziale bzw. edukative Einzelinterventionen“, „therapeutische Interventionen“ und „Massage-Interventionen“ einteilen. In den meisten Fällen handelt es sich um Maßnahmen zur sekundären Prävention, also um Maßnahmen zur Wiederherstellung der Systemstabilität. Wenige der Maßnahmen wurden zudem auch auf die Nachhaltigkeit ihrer antidepressiven Wirkung geprüft, also auf ihr Potential zur tertiären Prävention (Aufrechterhaltung der Systemstabilität). Einige Studien (vgl. Given, C. et al. 2004; Moorey, S. et al. 2008; Kurtz, M. E. et al. 2005; Badger, T. et al. 2005; Sharpe, M. et al. 2004a) erhoben die Ergebnisse über einen Zeitraum von bis zu 6 Monaten hinweg, in einer Studie (vgl. Strong, V. et al. 2008) wurden die Ergebnisse auch nach 12 Monaten erhoben. Jedoch konnte für keine der untersuchten Interventionen ein nachhaltiger positiver Effekt hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptome nachgewiesen werden. Die Identifikation von Präventionsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung der Systemstabilität stellt also weiterhin eine Aufgabe für die Pflegeforschung dar. Im Rahmen der Recherche fanden sich zudem keinerlei Resultate zur pflegespezifischen primären Prävention (Bewahrung der Systemstabilität) der Depression bei Krebskranken. Es besteht demnach ein Mangel an Erkenntnissen bezüglich pflegespezifischer Interventionen zur Vermeidung der Entwicklung einer Depression innerhalb verschiedener Risikogruppen unter den KrebspatientInnen. Nach H. Faller sind Risikogruppen zum Beispiel jene KrebspatientInnen, welche unter starken körperlichen Leistungseinbußen leiden oder sich im fortgeschrittenen Krankheitsstadium befinden. (vgl. Faller, H. 1998, S. 34) Die von Pflegenden bisher umgesetzten Maßnahmen gegen die Depression bei Krebskranken zielen überwiegend auf die Stärkung der psychischen und der soziokulturellen Variable des Klientensystems nach B. Neuman ab. Multidisziplinäre Gruppeninterventionen und Massage-Interventionen haben zudem das Potential die physiologische

Variable zu stärken. Nur eine der Interventionen arbeitet mit der entwicklungsgeschichtlichen Variable des Klientensystems. (vgl. Crogan, N. L. et al. 2008) Es wäre daher interessant, diesen, in der Kategorie der Gruppeninterventionen einzigartigen, pflegerischen Interventionsansatz des Erzählens persönlicher Geschichten, in einer größer angelegten Studie ein weiteres Mal zu prüfen. Es fanden sich keine Studien zu pflegerischen Präventionsmaßnahmen, deren Fokus auf der Stärkung der spirituellen Variable des Klientensystems liegt. Da die Suche nach Halt in der Religion in der Literatur als Bewältigungsstrategie angeführt wird, ist anzunehmen, dass die Bedeutung der spirituellen Variable des Klientensystems nicht zu vernachlässigen ist. (vgl. Fellenberg, F. 2000, S. 116-120) Auch hierzu wären also weitere pflegewissenschaftliche Forschungsarbeiten denkbar.

Alle drei Studien zu psychosozialen bzw. edukativen Einzelinterventionen konnten eine Verbesserung der depressiven Symptome infolge der durchgeführten Interventionen feststellen, zwei davon berichten sogar von einer signifikanten Verbesserung. (vgl. Ream, E. et al. 2006; Sharpe, M. et al. 2004a) Zudem zeigten zwei der Interventionen ebenfalls eine signifikante Verbesserung der gemessenen Werte für Angst und Fatigue. (vgl. Strong, V. et al. 2008; Ream, E. et al. 2006) Diese Ergebnisse können jedoch aufgrund des Evidenzniveaus auf Stufe 2 nicht für Praxisempfehlungen herangezogen werden. Psychosoziale bzw. –edukative Einzelinterventionen zeigen jedoch viel versprechende Tendenzen zur Reduktion depressiver Symptome sowie der Angst und Fatigue bei KrebspatientInnen. (vgl. Strong, V. et al. 2008; Ream, E. et al. 2006) Bevor diese Maßnahmen jedoch für die Umsetzung in die Praxis empfohlen werden können, müssen größer angelegte Studien auf höchstem Evidenzniveau durchgeführt werden, die die Wirksamkeit dieser Maßnahmen belegen. Auffallend ist, dass Behandlungsmaßnahmen gegen die Depression auch einen positiven

Effekt auf die Fatigue und die Angst der PatientInnen zu haben scheinen und umgekehrt. (vgl. Badger, T. et al. 2005; Strong, V. et al. 2008; Ream, E. et al. 2006) Es erscheint nahe liegend, dass ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Angst, Depression und Erschöpfungszuständen bei KrebspatientInnen bestehen könnte. Es wäre sinnvoll diesem Zusammenhang in weiteren Forschungsarbeiten Aufmerksamkeit zu schenken und wirksame Maßnahmen gegen die Angst bzw. Fatigue bei KrebspatientInnen auch auf ihre Wirksamkeit zur Verbesserung der depressiven Symptomatik der PatientInnen zu testen und umgekehrt, wirksame Maßnahmen gegen die Depression auch auf ihr Potential zur Verbesserung der Fatigue und der Angst zu prüfen.

Studien zur Umsetzung kognitiv-behavioraler bzw. interpersoneller therapeutischer Ansätze in Form von Pflegeinterventionen können zusammenfassend betrachtet, ebenfalls nicht für Praxisempfehlungen herangezogen werden, da nur die beiden Studien auf niedrigerem Evidenzniveau Hinweise auf die Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen bzw. interpersonellen Pflegeinterventionen geben konnten. (vgl. Given, C. et al. 2004; Badger, T. et al. 2005) Die kognitiv-behaviorale Einzelintervention gegen Rauchen, Alkohol und Depression bei Kopf- und HalskrebspatientInnen von S. A. Duffy et al. verdeutlicht wie individuell verschieden die Problematik verschiedener Gruppen von KrebspatientInnen sein kann und deutet darauf hin, dass auch die Interventionsmaßnahmen an den spezifischen Bedürfnissen verschiedener KrebspatientInnengruppen ausgerichtet sein müssen. Je nach Krebslokalisation, Krankheitsstadium, Geschlecht usw. können ganz unterschiedliche Interventionsmaßnahmen erforderlich sein, welche es noch zu erforschen gilt. (vgl. Duffy, S. A. et al. 2006) Die Tatsache, dass die Interventionsmaßnahmen einiger Studien teilweise bzw. ausschließlich telefonisch durchgeführt wurden, deutet auf die Bedeutung telefonischer Kontaktaufnahme als Interventionsmöglichkeit für Pflegende hin. (vgl. Duffy, S. A. et al. 2006; Kurtz, M. E. et al. 2005; Badger, T. et al. 2005; Sharpe, M. et al. 2004a; Strong, V. et al. 2008)

Diese Form der Kontaktaufnahme erscheint praktikabel und kostengünstig. Auch diesem Aspekt könnte in weiteren Forschungsarbeiten Aufmerksamkeit geschenkt werden. Ähnlich verhält es sich mit der Vermittlung schriftlicher Informationen. Diese Möglichkeit zur Intervention wurde in zwei Studien angewendet. (vgl. Duffy, S. A. et al. 2006; Ream, E. et al. 2006)

Auch die Studien zur Implementierung von Massage-Interventionen, zeigten keine Wirkung auf die depressive Symptomatik der Brustkrebspatientinnen. (vgl. Billhult, A. et al. 2007; Billhult, A. et al. 2008) Das entspricht auch dem Ergebnis der Autoren C. D. Fulcher et al., demzufolge Massage als Intervention gegen die Depression bei KrebspatientInnen, aufgrund mangelnder Evidenz, nicht für die Pflegepraxis empfohlen werden kann. (vgl. Fulcher, C. D. et al. 2008)

Gruppeninterventionen wurden überwiegend an Brustkrebspatientinnen im mittleren Alter untersucht, weshalb es nicht möglich ist die Ergebnisse der Studien auf männliche Patienten, PatientInnen mit anderen Krebsdiagnosen oder auf jüngere Frauen zu übertragen. Weitere Forschungsarbeiten könnten den Ansatz multidisziplinärer, psychosozialer bzw. edukativer Gruppeninterventionen aufgreifen und dessen antidepressive Wirkung auch für die genannten Gruppen erforschen. Trotz teilweise hoher Evidenzlevels der Studien in der Kategorie der psychosozialen bzw. –edukativen Gruppeninterventionen, kann lediglich die Meta-Analyse der RCTs zu multidisziplinären Support-Gruppeninterventionen der Autoren A. Zabalegui et al. für Empfehlungen herangezogen werden. Auf kognitiv-behavioralen Modellen basierende multidisziplinäre Gruppeninterventionen zur emotionalen Unterstützung, Beratung und Information hinsichtlich Bewältigungsstrategien, Problemlösungstraining, Stressmanagement, Entspannungsübungen bzw. Kommunikationsstrategien haben einen signifikanten positiven Effekt auf die depressive Symptomatik bei BrustkrebspatientInnen. (vgl. Zabalegui, A. et al. 2005). Dieses Ergebnis macht deutlich, dass sowohl die multidisziplinäre

Herangehensweise an die Prävention der Depression bei BrustkrebspatientInnen, als auch die Organisation der Hilfsangebote in Gruppen zu empfehlen ist. Die Beratung und Information durch Vertreter verschiedener Professionen, erscheint auch in Anbetracht der vielfältigen körperlichen, psychischen, sozialen sowie existentiellen Belastungen, mit welchen KrebspatientInnen konfrontiert sind, zweckmäßig. (siehe Kapitel 2.1.2.) Auch E. Aulbert sieht die Spaltung der Zuständigkeiten für körperliche und psychosoziale Belange von KrebspatientInnen, also die Delegation aller psychosozialen Belange an Psychologen, als kontraproduktiv an, da die offene Kommunikation zwischen KrebspatientInnen und Ärzten sowie dem Pflegepersonal beeinträchtigt werden kann. (vgl. Aulbert, E. 1993, S. 46f) Die offene Kommunikation zwischen den verschiedenen Disziplinen und den KrebspatientInnen ist aber auch deshalb unerlässlich, da Maßnahmen gegen die Depression bei körperlich kranken Menschen immer auf den physischen Gesundheitszustand abgestimmt werden müssen. (vgl. Tölle, R. 2000, S. 51ff) Die Organisation von Hilfsangeboten in multidisziplinären Gruppen könnte hierbei also eine ganzheitliche Herangehensweise darstellen und die offene Kommunikation zwischen allen Beteiligten fördern. Auch A. Glaus und R. Meier-Hunzinger betonen die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Unterstützung von TumorpatientInnen bei der Krankheitsbewältigung. (vgl. Glaus, A.; Meier-Hunzinger, R. 1997, 221-226) Multidisziplinäre Gruppeninterventionen könnten demnach auch eine Möglichkeit zur primären Prävention der Depression darstellen, indem KrebspatientInnen bei der Bewältigung der Krebserkrankung unterstützt werden. Der in der Literatur beschriebenen Belastung Krebskranker durch die Angst vor sozialer Isolierung (vgl. Faller, H. 1998, S. 27f) könnten Gruppeninterventionen ebenfalls entgegenwirken, indem der Austausch zwischen Betroffenen gefördert wird. Der edukative bzw. informative Charakter einiger Interventionen (vgl. Zabalegui, A. et al. 2005; Classen, C. C. et al. 2008; Schou, I. et al. 2008; Sharpe, M. et al.

2004a; Strong, V. et al. 2008) entspricht einerseits der Rolle als Informationsträger, die dem Pflegepersonal bei der Betreuung von KrebspatientInnen zukommt und birgt andererseits die Möglichkeit die Belastung der PatientInnen durch Autonomieverlust zu verringern, sowie die Suche nach Information zu erleichtern, welche in der Literatur als Bewältigungsstrategie beschrieben wird. (vgl. Glaus, A.; Meier-Hunzinger, R. 1997, S. 221-226; Fellenberg, F. 2000, S. 116-120; Kreibich-Fischer, R. 1994, S. 208-210) Erstaunlicherweise wurden in vergleichsweise wenigen Studien die Angehörigen bzw. die Betreuungspersonen der PatientInnen in die Unterstützungsangebote mit eingebunden (vgl. Badger, T. et al. 2005; Kurtz, M. E. et al. 2005), obwohl in der Literatur die Einbindung der Angehörigen als Grundstein zur gemeinsamen Verarbeitung der Krankheitssituation angesehen wird. (vgl. Glaus, A.; Meier-Hunzinger, R. 1997, S. 221-226)

Verantwortlichen im Bereich des Pflegemanagements kann also empfohlen werden, Unterstützungsangebote für BrustkrebspatientInnen, in Form von multidisziplinären Gruppen zur emotionalen Unterstützung, Beratung und Information hinsichtlich Bewältigungsstrategien, Problemlösungstraining, Stressmanagement, Entspannungsübungen bzw. Kommunikationsstrategien, zu organisieren. Weiters ist zu empfehlen, Pflegende bereits in der Ausbildung für die Situation von KrebspatientInnen zu sensibilisieren, damit sie verstärkt auf depressive Äußerungen dieser PatientInnen achten können und falls notwendig eine Einschätzung der Symptome und Belastungen vornehmen. Denn es ist notwendig, dass Pflegende auf die Belastungen und Bedürfnisse dieser PatientInnen eingehen, über verschiedene Möglichkeiten zur Behandlung informieren können und auf evidenz-basierte Strategien zurückgreifen können, um diese PatientInnen mit den Möglichkeiten der Pflege zu unterstützen. Zudem kamen einige Autoren der für diese Arbeit recherchierten Studien zum Schluss, dass es ohne weiteres praktikabel und kosteneffizient ist, Pflegekräfte in der Durchführung psychosozialer und edukativer Maßnahmen zur Prävention der

Depression bei KrebspatientInnen bzw. in der Anwendung der Technik des Geschichtenerzählens zu schulen. (vgl. Crogan, N. L. et al. 2008; Sharpe, M. et al. 2004a; Strong, V. et al. 2008) Keine der bearbeiteten Studien, berichtet von Schwierigkeiten bei der Schulung des Pflegepersonals oder von Einschränkungen infolge der Ausführung der Interventionen durch Pflegenden. Hierbei ist es jedoch wichtig zu beachten, dass teilweise grundlegende Unterschiede in den Ausbildungsmodalitäten der Studienländer im Vergleich zu den Ausbildungsmodalitäten hier zu Lande bestehen. Schulungen zur Umsetzung der jeweiligen Interventionen, müssten jedenfalls an die Begebenheiten hier zu Lande angepasst und geprüft werden.

Als Stütze dieser Arbeit sehe ich die Wahl B. Neumans Systemmodells als theoretischen Bezugsrahmen an, da dieses Modell eine hervorragende Basis für diese Arbeit bietet. Es erklärt alle relevanten Aspekte der Depression bei TumorpatientInnen auf einfache und nachvollziehbare Weise, hebt den Handlungsbedarf der Pflege auf diesem Gebiet hervor und beschreibt die Möglichkeiten zur pflegerischen Prävention. (siehe Kapitel 3) Eine Einschränkung dieser Arbeit besteht darin, dass sich wenige Forschungsarbeiten finden ließen, welche im Rahmen der Pflege durchgeführte Interventionsmaßnahmen zur Prävention der Depression bei KrebspatientInnen untersuchen. Kaum eine der Studien war zudem im Stande einen statistisch signifikanten Effekt der Interventionen auf hohem Evidenzniveau nachzuweisen. Daraus ergaben sich Schwierigkeiten bei der Formulierung von Empfehlungen für die Pflegepraxis. Lediglich die Umsetzung von multidisziplinären Gruppeninterventionen kann zur Umsetzung in die Praxis empfohlen werden. (vgl. Zabalegui, A. et al. 2005) Mögliche Schwächen dieser Arbeit ergeben sich auch aus dem eingeschränkten Zugang zu Volltexten der recherchierten Literatur. In vielen Fällen erfolgte die Entscheidung über die Relevanz eines Artikels allein aufgrund der

Abstracts, weshalb nicht auszuschließen ist, dass relevante Artikel nicht als solche erkannt wurden.

Dennoch konnten in dieser Arbeit erste Ansätze zu pflegerischen Präventionsmöglichkeiten der Depression bei KrebspatientInnen erschlossen werden, welche Hinweise auf die Wirksamkeit einiger Maßnahmen geben und als Grundlage für weitere Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet dienen können. (vgl. Given, C. et al. 2004; Badger, T. et al. 2005; Sharpe, M. et al. 2004a ; Strong, V. et al. 2008; Ream, E. et al. 2006) Wenn es in Zukunft gelingt die Wirksamkeit dieser Maßnahmen in größer angelegten Studien nachzuweisen, könnten daraus weitere evidenz-basierte Handlungsrichtlinien für die pflegerische Arbeit entwickelt werden.

## 7. Schlussfolgerungen

Zusammenfassend betrachtet gilt es seitens der Pflege noch einige Aufgaben zu bewältigen, um eine umfassende, klientenzentrierte und evidenz-basierte Betreuung der KrebspatientInnen zu gewährleisten. Maßnahmen zur pflegespezifischen primären und tertiären Prävention der Depression bei Krebskranken müssen noch erforscht werden, da der Fokus bisher untersuchter Maßnahmen auf der Behandlung einer bereits bestehenden Depression liegt. Diese Maßnahmen zielen überwiegend auf die Stärkung der psychischen und der soziokulturellen Variablen des Klientensystems ab. Multidisziplinäre Gruppeninterventionen und Massage-Interventionen haben zudem das Potential auch die physiologische Variable zu stärken. Der Ansatz des Erzählens persönlicher Geschichten, als Maßnahme zur Reduktion der depressiven Symptome bei TumorpatientInnen, adressiert die entwicklungsgeschichtliche Variable. Eine Aufgabe der Pflegeforschung wäre es, diesen Ansatz in weiteren Studien auf seine Wirksamkeit zu prüfen und Interventionen zur Stärkung der spirituellen Variable zu entwickeln und zu evaluieren. Überdies muss die Wirkung multidisziplinärer Gruppeninterventionen zur Verbesserung depressiver Symptome auch für KrebspatientInnen mit unterschiedlichen Tumorlokalisationen überprüft werden, da die Wirkung bisher nur für Brustkrebspatientinnen nachgewiesen ist. Auch psychosoziale und edukative Interventionen für einzelne PatientInnen sowie Maßnahmen, die auf kognitiv-behavioralen bzw. interpersonellen Theorien basieren, bedürfen weiterer Forschung auf hohem Evidenzniveau. Für die Organisation der Pflege in der Praxis sind multidisziplinäre Gruppeninterventionen zu empfehlen, die auf Beratung und Information bzgl. Bewältigungsstrategien, Problemlösung, Stressmanagement bzw. die Vermittlung von Kommunikationsstrategien u. ä., abzielen. Pflegende in der onkologischen Praxis sollten sensibel für die Situation und die vielfältigen Belastungen von KrebspatientInnen sein, sowie

offen und empathisch auf die Äußerungen und Bedürfnisse der PatientInnen eingehen, um Hinweise, die auf eine depressive Verstimmung hindeuten, zu registrieren und entsprechende Behandlungsmaßnahmen mit den PatientInnen festzulegen und in die Wege zu leiten. Die Sensibilisierung der Pflegenden für die Problematik der Depressivität Krebskranker sollte am besten bereits in der Ausbildung erfolgen.

## Literaturverzeichnis

- Aulbert, E.: Tumorschmerz – Psychische Ursachen und Auswirkungen.  
In: Depression bei Tumorpatienten. Ludwig Staab [Hrsg.], Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1993, S. 42-48.
- Badger, F.; Nolan, P.: Use of self-chosen therapies by depressed people in primary care. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2007, S. 1343-1352.
- Badger, T.; Segrin, C.; Meek, P.; Lopez, A. M.; Bonham, E.; Sieger, A.: Telephone interpersonal counseling with women with breast cancer: Symptom management and quality of life. *Oncology Nursing Forum* 32(2), 2005, S. 273-279.
- Baumann, K.; Linden, M.: Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie. Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2008.
- Billhult, A.; Bergbom, I.; Stener-Victorin, E.: Massage relieves nausea in women with breast cancer who are undergoing chemotherapy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 13(1), 2007, S. 53-57.
- Billhult, A.; Lindholm, C.; Gunnarsson, R.; Stener-Victorin, E.: The effect of massage on cellular immunity, endocrine and psychological factors in women with breast cancer – A randomized controlled clinical trial. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical* 140, 2008, S. 88-95.
- Chochinov, H. M.; Hack, T.; Hassard, T.; Kristjanson, L. J.; McClement, S.; Harlos, M.: Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychosomatics* 46, 2005, S. 7-10.
- Classen, C. C.; Kraemer, H. C.; Blasey, C.; Giese-Davis, J.; Koopman, C.; Gronskaya Palesh, O.; Atkinson, A.; DiMiceli, S.; Stonisch-Riggs, G.; Westendorp, J.; Morrow, G. R.; Spiegel, D.: Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psycho-Oncology* 17, 2008, S. 438-447.

- Crogan, N. L.; Evans, B. C.; Bendel, R.: Storytelling intervention for patients with cancer: Part 2 – pilot testing. *Oncology Nursing Forum* 35(2), 2008, S. 265-272.
- Duffy, S. A.; Ronis, D. L.; Valenstein, M.; Lambert, M. T.; Fowler, K. E.; Gregory, L.; Bishop, C.; Myers, L. L.; Blow, F. C.; Terrell, J. E.: A tailored smoking, alcohol, and depression intervention for head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 15(11), 2006, S. 2203-2208.
- Faller, H.: Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Reihe Psychosoziale Medizin, Band 5. E. Brähler, E. Fikentscher, B. Strauß [Hrsg.], Hogrefe Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, 1998.
- Fawcett, J.: Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. 2. überarbeitete Auflage, Hans Huber, Bern, 1998.
- Fellenberg, F.: Bewältigungsprozesse bei Krebs. Eine Verlaufsuntersuchung an 13 Einzelfällen. Peter Lang Verlag, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 2000.
- Fisch, M.: Treatment of depression in cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 32, 2004, S. 105-111.
- Freud, S.: Zeitgemäßes über Krieg und Tod. *GW*, Bd 10. Studienausgabe, Bd 9, 1915. Gefunden bei: Faller, H.: Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Reihe Psychosoziale Medizin, Band 5. E. Brähler, E. Fikentscher, B. Strauß [Hrsg.], Hogrefe Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, 1998, S. 26
- Fulcher, C. D.; Badger, T.; Gunter, A. K.; Marrs, J. A.; Reese, J. M.: Putting evidence into practice. *Interventions for Depression. Clinical Journal of Oncology Nursing* 12(1), 2008, S. 131-140.
- Given, C.; Given, B.; Rahbar, M.; Jeon, S.; McCorkle, R.; Cimprich, B.; Galecki, A.; Kozachik, S.; Devoss, D.; Brady, A.; Fisher-Malloy, M. J.; Courtney, K.; Bowie, E.: Does a symptom management intervention affect depression among cancer patients: results from a clinical trial. *Psycho-Oncology* 13, 2004, S. 818-830.

- Glaus, A.; Meier-Hunzinger, R.: Rolle des Pflegepersonals in der Pflege Tumorkranker. In: Agnes Glaus, Walter Felix Jüngi, Hans-Jörg Senn [Hrsg.]: Onkologie für Pflegeberufe. 5. überarbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1997, S. 218-237.
- Goodwin, J. S.; Zhang, D. D.; Ostir, G. V.: Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breastcancer. *Journal of American Geriatric Society* 52, 2004, S. 106-111.
- Grzywacz, G. J.; Suerken, C. K.; Quandt, S. A.; Bell, R. A.; Lang, W.; Arcury, T. A.: Older adult's use of complementary and alternative medicine for their mental health: Findings from the 2002 national health interview survey. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 12(5), 2006, S. 467-473.
- Hammen, C.: Depression. Erscheinungsformen und Behandlung. 1. Auflage. Hans Huber Verlag, Bern, 1999.
- Jacobsen, P. B.; Jim, H.S.: Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges. *Cancer Journal for Clinicians* 58, 2008, S. 214-230.
- Kampfhammer, H. P.: Epidemiologie der Depression im Rahmen von Tumorerkrankungen. In: Depression bei Tumorpatienten. Ludwig Staab [Hrsg.], Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1993, S. 29-41.
- Kreibich-Fischer, R.: Krebsbewältigung und Lebenssinn. Gespräche mit Patienten und Ärzten. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 1994.
- Kurtz, M. E.; Kurtz, J. C.; Given, C. W.; Given, B.: A randomized, controlled trial of a patient/caregiver symptom control intervention: Effects on depressive Symptomatology of caregivers of cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 30(2), 2005, S. 112-122.
- Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. Kreuz-Verlag, Stuttgart, 1969. Gefunden bei: Aulbert, E.: Tumorschmerz – Psychische Ursachen und Auswirkungen. In: Depression bei Tumorpatienten. Ludwig Staab [Hrsg.], Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1993, S. 42-48, S. 46.

- Liu, C.; Hsiung, P.; Chang, K.; Liu, Y.; Wang, K.; Hsiao, F.; Ng, S.; Chan, C.: A study on the efficiency of body-mind-spirit group therapy for patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2008, S. 2539-2549.
- Moorey, S.; Cort, E.; Kapari, M.; Monroe, B.; Hansford, P.; Mannix, K.; Henderson, M.; Fisher, L.; Hotopf, M.: A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological Medicine*, page 1 of 11, Cambridge University Press, 2008, printed in the United Kingdom. Doi: 10.1017/S0033291708004169.
- Mystakidou, K.; Rosenfeld, B.; Parpa, E. ; Katsouda, E.; Tsilika, E.; Galanos, A.; Vlahos, L.: Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain. *General Hospital Psychiatry* 27, 2005, S. 258-262.
- Newhouse, R. P.; Sigma Theta Tau International; Johns Hopkins Hospital; Johns Hopkins University, School of Nursing: Johns Hopkins nursing evidence-based practice model and guidelines. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 2007.
- Nezu, A. M.; Nezu, C. M.; Friedman, S. H.; Faddis, S.; Houts, P. S.: Helping cancer patients cope. A problem-solving approach. American Psychological Association, Washington, DC, 1998.
- Pirl, W. F.; Greer, J. A.; Goode, M.; Smith, M. R.: Prospective study of depression and fatigue in men with advanced prostate cancer receiving hormone therapy. *Psycho-Oncology* 17, 2008, S. 148-153.
- Rabkin, J. G.; McElhiney, M.; Moran, P.; Acree, M.; Folkman, S.: Depression, distress and positive mood in late-stage cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology* 18, 2009, S. 79-86.
- Ream, E.; Richardson, A.; Alexander-Dann, C.: Supportive intervention for fatigue in patients undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management* 31(2), 2006, S. 148-161.

- Rodin, G.; Zimmermann, C.; Rydall, A.; Jones, J.; Shepherd, F. A.; Moore, M.; Fruh, M.; Donner, A.; Gagliese, L.: The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 33:6, 2007, S. 661-675.
- Schou, I.; Ekeberg, O.; Karesen, R.; Sorensen, E.: Psychosocial intervention as a component of routine breast cancer care – who participates and does it help? *Psycho-Oncology* 17, 2008, S. 716-720.
- Schroevers, M.; Ranchor, A. V.; Sanderman, R.: Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social Science & Medicine* 63, 2006, S. 598-610.
- Sharpe, M.; Strong, V.; Allen, K.; Rush, R.; Maguire, P.; House, A.; Ramirez, A.; Cull, A.: Management of major depression in outpatients attending a cancer centre: a preeliminary evaluation of a multicomponent cancer nurse-delivered intervention. *British journal of cancer* 90, 2004a, S. 310-313.
- Sharpe, M.; Strong, V.; Allen, K.; Rush, R.; Postma, K.; Tulloh, A.; Maguire, P.; House, A.; Ramirez, A.; Cull, A.: Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *British Journal of Cancer* 90, 2004b, S. 314-320.
- Spoletini, I.; Gianni, W.; Repetto, L.; Bria, P.; Caltagirone, C.; Bossù, P.; Spalletta, G.: Depression and cancer: An unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 65, 2008, S. 143-155.
- Statistik Austria Wien: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007. Statistik Austria [Hrsg.]. Wien, 2007.
- Strong, V.; Waters, R.; Hibberd, C.; Murray, G.; Wall, L.; Walker, J.; McHugh, G.; Walker, A.; Sharpe, M.: Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet* 372, 2008, S. 40-48.

- Tölle, R.: Depressionen. Erkennen und behandeln. Verlag C. H. Beck oHG, München, 2000.
- Trask, P. C.: Assessment of depression in cancer patients. Journal of the National Cancer Institute Monographs 32, 2004, S. 80-92.
- Wolfersdorf, M.: Suizidalität bei Tumor- und anderen Erkrankungen. In: Depression bei Tumorkranken. Ludwig Staab [Hrsg.], Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1993, S. 49-67.
- Zabalegui, A.; Sanchez, S.; Sanchez, P. D.; Juando, C.: Nursing and cancer support groups. Journal of Advanced Nursing 51(4), 2005, S. 369-381.
- <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>. Eingesehen am: 03.08.09.

## Anhang

### I. Zusammenfassung

Vielfältige psychosoziale Belastungen, aber auch organische Veränderungen, die aus der Krebserkrankung resultieren, können zur Entstehung einer Depression bei Krebskranken beitragen. Eine Depression kann sowohl die Lebensqualität, als auch den Gesundheitszustand bzw. dessen subjektive Wahrnehmung durch die Betroffenen negativ beeinflussen. Nach B. Neuman werden präventive Handlungen seitens der Pflege notwendig, wenn krebserkrankungsbedingte Stressoren die Bewahrung, Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung des Wohlbefindens gefährden. Das führt zur Frage nach pflegerischen Interventionsmöglichkeiten gegen die Depression bei KrebspatientInnen. Biologische, psychologische, psychosoziale bzw. – edukative, aber auch alternative und komplementärmedizinische Interventionsmaßnahmen wurden in bisherigen Forschungsarbeiten bereits auf ihre Wirksamkeit überprüft und konnten mit Ausnahme der alternativen und komplementärmedizinischen Methoden zur Anwendung in der Praxis empfohlen werden. Um zu erfahren, welche Maßnahmen im Rahmen der Pflege bisher wirkungsvoll umgesetzt wurden, sind in der vorliegenden Literaturanalyse 15 Studien, welche sich aus einer systematischen Recherche in den Datenbanken Cinahl und Medline ergaben, untersucht worden. Die Ergebnisse machen deutlich, dass bereits verschiedene Maßnahmen zur Vermeidung der Depression bei TumorpatientInnen im Rahmen der Pflege umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit überprüft wurden. Diese Maßnahmen liegen mehrheitlich im psychosozialen bzw. edukativen Bereich, sie sind entweder als (multidisziplinäre) Gruppen- oder als Einzelinterventionen organisiert und gelegentlich wurden auch die Betreuungspersonen der PatientInnen miteinbezogen. Pflegeinterventionen bauen teilweise auch

auf den therapeutischen Konzepten der kognitiv-behavioralen sowie der interpersonellen Therapie auf und können in persönlichen, ebenso wie telefonischen Gesprächen erfolgen. Aber auch die antidepressive Wirkung von Massage-Interventionen, welche von geschulten Pflegekräften durchgeführt wurden, ist bereits untersucht worden. Aufgrund mangelnder Evidenzstärke der Studien können jedoch lediglich psychosoziale bzw. edukative Interventionen in Form von multidisziplinären Gruppen zur Anwendung in der Praxis empfohlen werden. Es besteht demnach reichlich Bedarf für weitere Forschung zur Identifikation wirksamer Pflegeinterventionen zur Vermeidung der Depression bei Krebskranken.

## **II. Abstract**

Various psychosocial burden as well as physical changes, that result from cancer, may contribute to the development of a depression in cancer patients. Depression may have a negative effect on the quality of life as well as on the physical condition resp. its subjective perception by the person concerned. According to B. Neuman, preventive nursing-interventions are required, if cancer related stressors threaten the preservation, recovery or maintenance of the clientsystem's wellbeing. So what is known about the possibilities for nursing practitioners to prevent depression in cancer patients? Previous studies explored the effectiveness of biological, psychological, psychosocial resp. psychoeducative, as well as alternative and complementary treatment options. Except of alternative and complementary treatment, all of them were recommended for practice. To explore, which interventions have been effectively implemented by nursing practitioners yet, this review analyses fifteen studies, which emerged from a systematic research within the databases Cinahl and Medline. Results indicate that various interventions against depression in cancer patients have already been implemented by nursing practitioners and evaluated regarding their effectiveness. Most of them are psychosocial resp. edukative, some are organized in (multidisciplinary) groups and in some cases also caregivers were included. Some interventions were based on therapeutic concepts, such as cognitive-behavioral and interpersonal therapy. The interventions were provided either as one-on-one appointment or by telephone. But also the antidepressive effect of massage interventions provided by trained nursing practitioners has been evaluated yet. Due to poor evidence, only psychosocial resp. educative nursing-interventions, organized in multidisciplinary groups, can be recommended for practice. According to this, further research is needed to identify other interventions, that can be used by nursing practitioners to effectively prevent depression in cancer patients.

### **III. Eidesstattliche Erklärung**

„Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.“

Wien, im Oktober 2009

Emilia Franiak

## **IV. Curriculum Vitae**

### **Angaben zur Person**

Name: Emilia Patricia Franiak

Geburtsdatum: 15. 12. 1986

Geburtsort: Linz, OÖ

Eltern: Stanislaw Franiak, Elektrotechniker

Malgorzata Franiak, Vermessungstechnikerin

Staatsbürgerschaft: Österreich

Kontakt: emilia.franiak@gmx.at

### **Bildungsweg**

1993-1997: Volksschule in Linz bzw. Kirchberg – Thening

1997-2005: Bundesrealgymnasium Landwiedstraße in Linz

2005-2009: IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien

### **Bisherige Beschäftigung**

Juli 2002: Ferialarbeit im KH der Barmherzigen Brüder in Linz

Juli 2003: Ferialarbeit im Wagner-Jauregg KH in Linz

Juli 2004: Ferialarbeit im Wagner-Jauregg KH in Linz

Juli 2004 – Sept. 2005: geringfügige Beschäftigung bei IMAS  
International Marktforschungsinstitut in Linz

August 2006: Ferialarbeit bei Wozabal Textilservice Ges.m.b.H. &  
CO.KG. in Linz

August 2007: Ferialarbeit im Wagner-Jauregg KH in Linz

Seit Dez. 2007: Teilzeit-Beschäftigung bei Trafik Thomas in Wien

Wien, am 01.10.2009

## V. Tabellen

Autor/ Jahr	Stichprobe/ Studienort	Studiendauer/ Studiendesign	Intervention	Messinstrument	Ergebnisse	E
A. Zabalegui, S. Sanchez, P. D. Sanchez, C. Juando / 2005	Bei 70% der Studien bestand die Stichprobe nur aus Frauen, eine Studie untersuchte die Wirksamkeit der Intervention an Männern mit Prostatakrebs (5%). 65% der Studien bezogen sich auf Frauen mit Brustkrebs, die restlichen 35% entfallen auf verschiedene Tumorarten	Meta-Analyse von 20 RCTs zu Pflegeinterventionen in Support-Gruppen aus den Jahren 1985-2005, Peer Reviewed Journals aus 14 verschiedenen Datenbanken wurden durchsucht	<b>Multidisziplinäre Support-Gruppe</b> für KrebspatientInnen. 96% der Support-Gruppen umfasste wöchentl. Durchschnittl. 96 Min. dauernde Treffen über einen Zeitraum von durchschnittlich 14 Wochen. In 92% der Studien bildete das kognitiv-behaviorale Modell die theoretische Grundlage. Interventionen umfassten Beratung, Information, Coping-skills Training, Emotionale Unterstützung, Entspannungsübungen, Problemlösungs-Training, Stressmanagement, Kommunikationsstrategien u. ä.	Profile of Mood States, subscale ‚depression-dejection‘ (POMS) Hospital Anxiety and Depression scale, subscale ‚depressive symptoms‘ (HADS) Courtauld Emotional Control Scale, subscale ‚depression‘ (CECS-D)	Die Kombination der RCTs ergab eine signifikante Verbesserung der Depressionswerte.	1
C. C. Classen, H. C. Kraemer, C. Blasey, J. Giese-Davis, C. Koopman, O. Gronskaya Palesh, A. Atkinson, S. DiMiceli, G. Stonisch-Riggs, J. Westendorp,	177 Brustkrebspatientinnen, in verschiedenen Stadien, in der Interventionsgruppe und 176 in der Kontrollgruppe, im Alter von durchschnittl. 49 Jahren, aus	Randomisierte multizentrische Studie, über den Zeitraum von 2 Jahren	<b>Multidisziplinäre Supportive-expressive Gruppentherapie</b> zur Unterstützung bei der Stärkung sozialer Ressourcen, Thematisierung existentieller Sorgen und Emotionen. 10 Pflegepersonal, 11 Sozialarbeiter, und 3 Psychologen wurden hinsichtlich der Ausführung der Intervention geschult. Beide Gruppen erhielten vorab Informationsmaterial. 90 Min. lange, wöchentl. Treffen über 12 Wochen hinweg, bei 10 Teilnehmern und 2 TherapeutInnen.	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Es konnte kein Effekt der Intervention auf die Depressionswerte nachgewiesen werden.	1

G. R. Morrow, D. Spiegel / 2008	9 onkologischen Praxen, der Stanford University und der University of Rochester, U.S. A.					
C. Liu, P. Hsiung, K. Chang, Y. Liu, K. Wang, F. Hsiao, S. Ng, C. Chan / 2008	16 Brustkrebspatientinnen, in verschiedenen Stadien, in der Kontrollgruppe, 12 in der Interventionsgruppe, zwischen 40 und 60 Jahren. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte über ambulante Einrichtungen.	Randomisierte, kontrollierte Studie inkl. Fokusgruppen-Interviews	10 wöchentl. Sitzungen <b>multidisziplinärer ,body-mind-spirit' Gruppentherapie</b> von 180 Min. Dauer, basierend auf Konzepten traditionell chinesischer Medizin sowie westlicher Medizin. Maßnahmen wie Selbstpflegeplanung, gesunde Ernährung, QiGong Übungen, Akupressur, Austausch bzgl. Strategien zum Ausdruck von Emotionen und Lebenssinn u.ä. zur Stärkung physischer Ressourcen, emotionale Entlastung, Festigung eines positiven Selbstkonzepts, Aufbau eines sozialen Netzwerks und zur Entwicklung einer positiven Lebenseinstellung wurden von einem QiGong Trainer und zwei psychiatrischen Pflegenden umgesetzt.	Beck Depression Inventory, second edition (BDI-II)	Die BDI-II Werte für die Depression sanken infolge der Intervention in beiden Gruppen. Es konnte jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nachgewiesen werden.	1
I. Schou, O. Ekeberg, R. Karesen, E. Sorensen / 2008	94 Brustkrebspatientinnen, im frühen Stadium, des Ullevål Universitætsspitals (Norw.) waren in der Interventionsgruppe und 71 in der Kontrollgruppe. Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen betrug 56 Jahre.	Quasi-experimentelles Design, Studiendauer unbekannt	2-stündige <b>psychosoziale, multidisziplinäre Support-Gruppentreffen</b> über 3 Wochen hinweg (5-10 Teilnehmerinnen, 1-4 Wochen nach der Operation) zur Unterstützung und Information, zur Klärung von Fehlannahmen und zur Reduktion von emotionalem Stress, Gefühlen der Entfremdung und Isolation. Zwei Pflegenden unterstützen die Support-Gruppe, am ersten Termin erfolgte eine allgemeine	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Der Rückgang der Depressionswerte in der Interventionsgruppe konnte, aufgrund der geringen Zahl depressiver Teilnehmerinnen, nicht eindeutig auf die Intervention zurückgeführt werden.	2

			Einführung, Information und der Austausch von Erfahrungen und Gefühlen, an den weiteren Terminen beteiligten sich auch ein Chirurg, Physiotherapeut und ein Breast Cancer Society Mitglied. Diskutierte Themen umfassten ergänzende Behandlungsmethoden, Nebenwirkungen wie Haarausfall, Übelkeit, Menopause, Lymphödeme, Körperbild, plastische Chirurgie, Angst vor Rückfall, Leben mit Ungewissheit.			
N. L. Crogan, B. C. Evans, R. Bendel / 2008	7 KrebspatientInnen mit verschiedenen Krebsdiagnosen, 6 weibliche und ein männlicher. Das Alter der TeilnehmerInnen lag zwischen 48 und 74 Jahren. Lokales regionales medizinisches Zentrum im NW der U.S.A.	Pretest/Post-Test Kontrollgruppen-Design (willkürliche Stichprobe, Pilotstudie)	<b>Storytelling-Gruppenintervention</b> über 12 Wochen hinweg Das Ziel war es die Bewältigungsstrategien der TeilnehmerInnen zu verbessern, soziale Unterstützung zu vermitteln und über die Krebsbehandlung zu informieren. Die TeilnehmerInnen wurden im Aufbau, der Erzählung und der Nacherzählung von Geschichten geschult, eine mitfühlende Gemeinschaft wurde durch das teilen persönlicher Geschichten, durch das Zuhören und durch gegenseitigen Respekt aufgebaut, die Geschichten wurden nicht diskutiert oder analysiert, da sie eine Möglichkeit darstellen den Sinn einer Erfahrung herauszufinden, der Gruppenleiter wurde durch gemeinsame Aktivitäten zu einem gleichwertigen Gruppenmitglied. Kontrolle über die Krankheit, der Wunsch nach positiven Ergebnissen und die Beziehung zu anderen	Brief Depression Rating Scale	Die Ergebnisse der Studie sind aufgrund der geringen Stichprobe (3 Abgänge) nicht verallgemeinerbar. Die Pflegenden waren in der Lage sich die erforderlichen Strategien anzueignen.	2

			helfen den Sinn In der Krankheitserfahrung zu finden und Zukunftsperspektiven zu entwickeln. In der Kontrollgruppe wurden standardmäßige Gruppenprozess Techniken angewandt.			
M. Sharpe, V. Strong, K. Allen, R. Rush, P. Maguire, A. House, A. Ramirez, A. Cull / 2004a	30 TeilnehmerInnen in der Interventionsgruppe und 30 in der Kontrollgruppe. KrebspatientInnen mit Majorer Depression wurden fortlaufend aus den Besuchern verschiedener Krebsbehandlungspraxen (Gynäkologische Praxen, Brustkrebs-, Prostatakrebs-, Hodenkrebs-, Kolorektalkrebs- und Blasenkrebspraxen) des Edinburgh Cancer Center, Schottland, UK., rekrutiert.	Nicht-randomisierte Vergleichsstudie. Erhebung der Outcomes nach 3 und 6 Monaten. Die Studie wurde im Zeitraum von 1999-2000 durchgeführt. (n=56; p=0,8; 0,05)	Den behandelnden Ärzten der PatientInnen in der Kontrollgruppe wurde die Diagnose der Depression mitgeteilt und diese wurden gebeten, die PatientInnen wie üblich zu behandeln. Die PatientInnen in der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich zur üblichen Pflege eine <b>Support-Intervention</b> , bestehend aus den folgenden Komponenten: Schulung zum Thema Depression; bis zu zehn 30-minütige Problemlösungstherapie-Sitzungen mit dem Ziel der Vermittlung einer systematischen und positiven Herangehensweise im Umgang mit Problemen; Ermutigung antidepressive Medikamente vom behandelnden Arzt verschreiben zu lassen; Koordination und Überwachung der Behandlung hinsichtlich der Depression. Die Pflegenden erhielten ein 6-monatiges Training in der Umsetzung der Intervention, die Kompetenz der Pflegenden wurde anhand von Videoaufnahmen der Behandlung eingeschätzt. Wöchentliche Supervision erfolgte durch einen Psychiater während der gesamten Studiendauer. Die wöchentlichen Sitzungen fanden im Krankenhaus, wenn nötig bei den	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es praktikabel ist Pflegekräfte hinsichtlich der Ausführung der beschriebenen Intervention zu schulen und mit den Ärzten zu kooperieren. Eine erhebliche, statistisch signifikante Verbesserung der Depression in der Interventionsgruppe war zu beiden Zeitpunkten festzustellen.	2

			PatientInnen zu Hause oder per Telefon statt.			
V. Strong, R. Waters, C. Hibberd, G. Murray, L. Wall, J. Walker, G. McHugh, A. Walker, M. Sharpe / 2008	101 KrebspatientInnen mit unterschiedlicher Tumorklassifikation in der Interventionsgruppe und 99 in der Kontrollgruppe. Rekrutierung in einem regionalen Krebszentrum in Schottland, UK.	Randomisierte kontrollierte Studie 2003-2005 Depression-Screening zu Studienbeginn, weitere Erhebung der Outcomes nach 3 und nach 12 Monaten. (n=200; p=0,8; 0,05)	Den behandelnden Ärzten der PatientInnen in der Kontrollgruppe wurde die Diagnose der Depression mitgeteilt und diese wurden gebeten, die PatientInnen wie üblich zu behandeln. PatientInnen in der Interventionsgruppe erhielten bis zu 10 Einzelsitzungen über 3 Monate hinweg. Diese fanden im Krankenhaus, wenn nötig bei den PatientInnen zu Hause oder per Telefon statt. Die <b>Support-Intervention</b> umfasste die Schulung bezgl. Depression und deren Behandlung, Problemlösungsverfahren zur Vermittlung von Bewältigungsstrategien, zur Überwindung von Gefühlen der Hilflosigkeit und Kommunikation über die Behandlung der Depression mit den behandelnden Ärzten. Nach den Behandlungssitzungen wurde der Fortschritt über 3 Monate durch monatliche Telefongespräche überwacht. Die ‚Patient Health Questionnaire‘ (PHQ-9) wurde beim Telefongespräch zur Einschätzung der Depression verwendet, bei ansteigenden Werten wurden weitere Sitzungen angeboten. Die 45-minütigen Sitzungen wurden von onkologischen Pflegekräften anhand eines detaillierten Handbuchs ausgeführt und auf Video aufgezeichnet. Die ausführenden Pflegekräfte verfügten über keinerlei	Screening: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) Primäres Meßinstrument: Symptom Checklist 20 (SCL-20)	Eine unabhängige Einschätzung der Videoaufnahmen von 14% der Sitzungen zeigte, dass 96% der Sitzungen mit der Beschreibung im Handbuch übereinstimmten. Es zeigte sich eine stärkere Verbesserung der depressiven Symptomatik in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe. Es ist anzunehmen, dass ein größerer Unterschied zw. Den Gruppen zu verzeichnen gewesen wäre, wenn die Ärzte der PatientInnen in der Kontrollgruppe nicht über die Diagnose der Depression informiert worden wären. Die Intervention verursachte zusätzlich eine Verbesserung von Angst und Fatigue. Die Intervention erwies sich weiters als von	2

			psychiatrische Erfahrung und wurden lediglich mit schriftlichen Materialien, Tutorials und 3-monatiger Praxis (unter Supervision)geschult die Intervention auszuführen.		Pflegekräften durchführbar, annehmbar für die PatientInnen und kosteneffizient.	
E. Ream, A. Richardson, C. Alexander-Dann / 2006	48 Personen in der Interventionsgruppe und 55 in der Kontrollgruppe (Standardpflege). Das Durchschnittsalter der StudienteilnehmerInnen betrug 56,5 Jahre. 57% der TeilnehmerInnen waren männlich. In der Stichprobe waren Brustkrebs-, Lungenkrebs-, Bauchspeicheldrüse nkrebs-, Magenkrebs-, DarmkrebspatientInnen u. a. in verschiedenen Krankheitsstadien vertreten. Implementierung in zwei regionalen Krebszentren, UK.	Randomisierte kontrollierte Studie (nicht verblindet, willkürliche Stichprobe, Pilotstudie) (n=90; p=0,8; 0,05)	Die <b>Support-Intervention</b> gegen Fatigue bei KrebspatientInnen unter Chemotherapie bestand aus der Einschätzung und Überwachung der Fatigue, Schulung zum Thema Fatigue, Coaching in Selbstfürsorge und Vermittlung von emotionaler Unterstützung. Die Intervention wurde zu Beginn der Krebsbehandlung umgesetzt, um die PatientInnen auf den Umgang mit den Symptomen der Krebsbehandlung vorzubereiten und sie im Verlauf der Behandlung zu betreuen. Die Probanden der Interventionsgruppe erhielten schriftliche Informationen zu Bewegungsübungen, Prioritätensetzung und Delegation von Aktivitäten, Nahrungsergänzung, Entspannungs- und schlaffördernden Techniken u.ä. Zusätzlich führten die PatientInnen ein Fatigue-Tagebuch, welches mit den Pflegenden bei monatlichen Hausbesuchen besprochen wurde. Die Pflegenden schätzten die Beeinträchtigung durch die Fatigue und die Effizienz der Selbstfürsorge ein. Die in schriftlicher Form erhaltenen Informationen wurden bei diesen Anlässen besprochen und die Anwendung der Praktiken wurde	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	In beiden Gruppen wiesen einige PatientInnen hohe Depressions- und Angstwerte auf. Nach der Implementierung der Intervention verbesserten sich in der Interventionsgruppe die Werte für Fatigue, Angst und Depression signifikant. Die TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe berichteten gegen Ende der Studie von verbesserten psychischem Wohlbefinden.	2

			mit den Pflegenden geübt. Die Ausführung erfolgte durch erfahrenes onkologisches Pflegepersonal mit Qualifikation in der Beratung und Kenntnissen bzgl. Fatigue bei Krebs.			
C. Given, B. Given, M. Rahbar, S. Jeon, R. McCorkle, B. Cimprich, A. Galecki, S. Kozachik, D. DeVoss, A. Brady, M. J. Fisher-Malloy, K. Courtney, E. Bowie / 2004	118 TeilnehmerInnen in der Interventionsgruppe, 119 in der Kontrollgruppe (konventionelle Pflege) Nach 10 Wochen: 97 TeilnehmerInnen in der Interventionsgruppe und 94 in der Kontrollgruppe. Nach 20 Wochen: 80 TeilnehmerInnen in der Interventionsgruppe und 87 in der Kontrollgruppe. 40% BrustkrebspatientInnen (fortgeschrittenes Stadium), 80% weibliche TeilnehmerInnen. 75% der TeilnehmerInnen wurden über	Randomisierte, kontrollierte Längsschnittstudie. Erhebung der Outcomes nach 10 und nach 20 Wochen.	<b>Kognitiv-behaviorale Intervention.</b> Probleme in den Bereichen Apoplexie, Angst, Depression, Konstipation, Diarrhö, Übelkeit, Fatigue, Fieber, Atembeschwerden, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Mucositis u. ä. wurden von Pflegenden erhoben. Gemeinsam mit den PatientInnen wurden für jedes Problem Interventionen aus den Bereichen Information, Beratung und Unterstützung, Koordination der Pflege bzw. Verschreibung therapeutischer Aktivitäten, geplant und evaluiert. Beratung und Unterstützung umfasste das Eingehen auf Äußerungen von Trauer, Sorge, Frustration, Vermittlung von Entspannungstechniken und anderen Bewältigungsstrategien. Verschrieben wurden Bewegungsübungen, Ernährungsmodifikation u. ä. Die Maßnahmen zur Koordination der Pflege umfassten den Beistand bei der Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten, das Arrangieren von Transporten, das Besorgen von Perücken sowie das Einholen benötigter Informationen vom Onkologen.	Center for Epidemiological Studies (CES-D)	Die Intervention zeigte einen kurzzeitigen Effekt, jedoch keinen Langzeiteffekt. Sie war nach 10 Wochen effektiver in der Reduktion der Depression bei PatientInnen mit anfänglich starken körperlichen Symptomen. Im Gegensatz dazu, war die Intervention bei PatientInnen mit anfänglich hohen Depressionswerten weniger erfolgreich hinsichtlich der Reduktion der depressiven Symptomatik. Diese PatientInnen könnten durch die Implementierung neuer Strategien zusätzlich belastet worden sein. Es wurden keine Wechselwirkungen der Intervention mit	2

	„Comprehensive Cancer Centers“ kontaktiert.				Psychopharmaka festgestellt.	
S. Moorey, E. Cort, M. Kapari, B. Monroe, P. Hansford, K. Mannix, M. Henderson, L. Fisher, M. Hotopf / 2008	45 KrebspatientInnen mit verschiedenen Krebsdiagnosen und in überwiegend fortgeschrittenem Krankheitsstadium waren in der Interventionsgruppe und 35 in der Kontrollgruppe (konventionelle häusliche palliativ Pflege) Rekrutierung über das St. Christophers Hospiz, GB.	(Cluster)Randomisierte kontrollierte Studie. Die Ergebnisse wurden zu Beginn der Studie sowie nach 6, 10 und 16 Wochen erhoben.	Die <b>kognitiv-behaviorale Intervention</b> wurde von 14 weiblichen ‚spezialisierten klinischen Pflegekräften‘ mit langjähriger Berufserfahrung (in der palliativ Pflege) umgesetzt. Sieben Pflegekräfte wurden in einem 2-tägigen und 7 eintägigen Einführungs- sowie in einem zusätzlichen Auffrischungsworkshop in einer an Krebskranke angepassten kognitiv-behavioralen Therapie geschult, sieben Pflegekräfte setzten ihre Arbeit wie gewohnt fort. Die Pflegekräfte wurden im Vorfeld über ein Jahr hinweg in einer wöchentlichen Supervisionsgruppe und bei der Ausführung der Intervention beaufsichtigt. Das Training umfasste Problemdefinition, Zielformulierung, Strukturierungssitzungen, kollaborative Empirie und angeleitetes Entdecken sowie Heimarbeit im palliativen Pflege Setting.	Hospital Anxiety and depression Scale (HADS)	Teilnehmerinnen in der Interventionsgruppe verzeichneten signifikant niedrigere Werte für ‚Angst‘. Auch die Depressionswerte sanken im Verlauf der Untersuchung, allerdings konnte kein signifikanter Unterschied der Depressionswerte zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden.	1
S. A. Duffy, D. L. Ronis, M. Valenstein, M. T. Lambert, K. E. Fowler, L. Gregory, C. Bishop, L. L. Myers, F. C.	91 Hals- und KopfkrebspatientInnen in der Kontrollgruppe und 93 in der Interventionsgruppe (übliche Pflege bei Depression, Nikotin-	Prospektive randomisierte kontrollierte Studie über den Zeitraum von 2000-2003.	Angepasste ‚smoking, alcohol and depression‘ Intervention basierend auf <b>kognitiv-behavioraler Therapie</b> . Die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe erhielten eine CBT Arbeitsbuch, 9 bis 11 telefonische kognitiv-behaviorale Beratungsgespräche und pharmakologische Behandlung nach	Geriatric Depression Scale Short-Form	Die Intervention zeigte keine Wirksamkeit hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptome. Es war zwar ein Rückgang zu verzeichnen, allerdings sowohl in der	1

Blow, J. E. Terrell / 2006	und Alkoholkonsum). 84% der TeilnehmerInnen waren männlich. Das durchschnittliche Alter der TeilnehmerInnen betrug 57 Jahre und sie befanden sich überwiegend (61%) im fortgeschrittenen Krankheitsstadium. Rekrutierung über vier Krankenhäuser, die University of Michigan und drei Veterans Affairs medical centers, U.S.A.		Bedarf. Kognitiv-behaviorale Maßnahmen umfassen Zielsetzung, Selbstbeobachtung, Analyse früherer behavioraler Vorgänge, Bewältigungsstrategien und Training sozialer Fähigkeiten. Die ausführenden Pflegekräfte erhielten eine umfangreiche Schulung in kognitiv-behavioraler Therapie, Rauchverhalten, Alkoholkonsum und Depression in Form von Konferenzen und der Beobachtung kognitiv-behavioraler Behandlung. Alle Pflegekräfte erhielten Supervision von einem Psychiater.		Interventionsgruppe, als auch in der Kontrollgruppe. Einen Grund dafür könnte das Beratungsgespräch zum Thema Depression und Alkohol darstellen, welches in beiden Gruppen vor der Umsetzung der Intervention stattfand und den PatientInnen möglicherweise Handlungsbedarf in diesen Bereichen aufzeigte.	
M. E. Kurtz, J. C. Kurtz, C. W. Given, B. Given / 2005	118 KrebspatientInnen (verschiedene Lokalisationen und Stadien) und Betreuungspersonen in der Interventionsgruppe. 119 Zweiergruppen in der Kontrollgruppe (konventionelle Pflege) 53,4% der Betreuer	Randomisierte kontrollierte Studie. Die Outcomes wurden zu Studienbeginn, nach 10 Wochen und nach 20 Wochen erhoben.	Die <b>kognitiv-behaviorale Intervention</b> umfasste 10 Kontakte (5 persönlich, 5 telefonisch) zwischen der Pflegeperson, dem/r Krebspatienten/In und dessen/deren Betreuungsperson. Bei einer ersten Sitzung wurden die von dem/r Patienten/In wahrgenommenen Symptome und die Beteiligung der Betreuungsperson erfasst. Aus einem Set von Maßnahmen, wurden anschließend passende ausgewählt. Per Telefon wurde evaluiert ob die Maßnahme umgesetzt wurde, welche Barrieren bei der Umsetzung auftauchten. Maßnahmen die	Die depressive Symptomatik der PatientInnen und die, der Betreuungspersonen wurde mit der ‚Center for Epidemiological Studies Depression Scale‘ (CES-D) erhoben.	Es konnte kein signifikanter Effekt der Intervention auf die depressive Symptomatik weder für PatientInnen, noch für deren Betreuungspersonen, festgestellt werden. Die Depressionswerte zu Studienbeginn waren möglicherweise zu niedrig, um eine signifikante Verbesserung	1

	waren weiblich, deren Durchschnittsalter betrug 55,2 Jahre. 73,2% der PatientInnen waren weiblich, deren Durchschnittsalter betrug 59,6 Jahre.		sich nicht als praktikabel erwiesen, wurden diese entweder abgeändert oder durch eine andere ersetzt. Strategien umfassten die emotionale Unterstützung des/r Patienten/In, Vermittlung von Bewältigungsstrategien, Information, Förderung der Kommunikation zwischen PatientInnen, Betreuungspersonen und Krankenhauspersonal hinsichtlich der Belastungen. Ziel war die Verbesserung der durch die Betreuungspersonen vermittelten Hilfestellung für die PatientInnen sowie die Senkung der Belastung der Betreuungspersonen.		ausmachen zu können.	
T. Badger, C. Segrin, P. Meek, A. M. Lopez, E. Bonham, A. Sieger / 2005	24 Brustkrebspatientinnen (verschiedene Stadien) in der Interventionsgruppe und 24 in der Kontrollgruppe. Das Durchschnittsalter der Probandinnen betrug 53,9 Jahre. Rekrutierung über ein lokales Krebszentrum, onkologische Praxen, Support-Gruppen und Broschüren.	Experimentelle Pilotstudie Die Datenerhebung erfolgte zu Studienbeginn, nach der 6-wöchigen Intervention und ein Monat danach.	Die Intervention basiert auf Theorien zur <b>Interpersonellen Therapie</b> und Krebsedukation. 6 wöchentliche Telefongespräche zwischen der Pflegeperson und den Patientinnen fanden im Zeitraum der Krebsbehandlung statt. Die Pflegenden waren klinische Pflegespezialisten in der psychiatrischen Krankenpflege mit zusätzlichem onkologischem Training. Das onkologische Training und das Training in interpersoneller Therapie umfassten 32 Stunden, zzgl. Praxiserfahrung unter Supervision. Der Fokus der Beratungsgespräche lag auf Krebsedukation, interpersonellem Rollenwechsel, sozialer Unterstützung, Management der depressiven Symptome	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	Kein signifikantes Ergebnis für Depression. In der Interventionsgruppe zeichnete sich jedoch ein klarer Trend der Abnahme depressiver Symptomatik, negativer Affekte und der Fatigue im zeitlichen Verlauf ab.	2

			u.ä. Auch mit den Partnern der Patientinnen wurden drei solcher Gespräche geführt. Die Gespräche dauerten ca. 32,9 Min. Auch die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe erhielten Telefonanrufe, allerdings waren diese kürzer und enthielten lediglich generelle Fragen nach dem Wohlbefinden.			
A. Billhult, I. Bergbom, E. Stener-Victorin / 2007	19 Brustkrebspatientinnen unter Chemotherapie in der Interventionsgruppe (Massage) und 20 in der Kontrollgruppe (erhielten Besuche durch die Pflegenden). Das Durchschnittsalter betrug 51,8 Jahre. Rekrutierung in einer onkologischen Klinik im SW Schwedens.	Prospektive randomisierte kontrollierte Studie	Die <b>Effleurage-Massage</b> wurde von 6 Pflegenden und Pflegehelfern ausgeführt, die zuvor einen Tag lang in der Massagetechnik geschult und trainiert wurden. Alle ausführenden Pflegekräfte hatten Erfahrung in der Massage von KrebspatientInnen. Die Massage erfolgte während der Chemotherapie Infusion. 5 20-minütige Massage-Sitzungen wurden durchgeführt. Die PatientInnen konnten zwischen einer Massage der Hände und Arme sowie der Füße und Unterschenkel wählen. Es wurde ein kalt-gepresstes Pflanzenöl verwendet. Die Kontrollgruppe erhielt 20-minütige Besuche von den Pflegenden bei denen über verschiedene Themen gesprochen wurde.	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Die Intervention zeigte eine signifikante Verbesserung der Übelkeit, jedoch keinen Effekt hinsichtlich Depression und Angst.	1
A. Billhult, C. Lindholm, R. Gunnarsson, E. Stener-Victorin / 2008	11 Brustkrebspatientinnen (nach der operativen Entfernung des Tumors, unter	Prospektive randomisierte kontrollierte Studie (nicht verblindet) (n=22; p=0,8;	10 20-minütige <b>Effleurage-Massage</b> Einheiten erfolgten im Rahmen der 3- bis 4-wöchigen Intervention, direkt nach der Bestrahlung. Die PatientInnen konnten zwischen einer Massage der Hände und Arme sowie der Füße und Unterschenkel	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	In dieser Studie konnte kein positiver Effekt der Massage-Intervention auf die Depression festgestellt werden und auch auf sonst keinen der	1

	<p>Bestrahlungstherapie) in der Interventionsgruppe und 11 in der Kontrollgruppe. Patientinnen unter Chemotherapie, Hormontherapie oder Medikation wurden ausgeschlossen. Das Durchschnittsalter betrug 62 Jahre. Die Rekrutierung erfolgte über die Bestrahlungsabteilung eines Krankenhauses in SW Schweden.</p>	<p>0,05)</p>	<p>wählen. Es wurde ein kalt-gepresstes Pflanzenöl verwendet. Die Massage wurde von einer in der Massagetechnik geschulten Pflegekraft ausgeführt. Die Kontrollgruppe erhielt zehn 20-minütige Besuche von den Pflegenden bei denen über verschiedene Themen gesprochen wurde.</p>		<p>gemessenen Werte. Da nur Brustkrebspatientinnen über 50 Jahren rekrutiert wurden, sind die Ergebnisse nicht auf jüngere BrustkrebspatientInnen übertragbar.</p>	
--	--	--------------	--	--	--	--