

Psychotherapie bei Krebserkrankungen

Krebspatienten erleben verschiedene Phasen im Laufe ihrer Erkrankung: Diagnostik und Aufklärung, Krebstherapie, Nachsorge und manchmal auch das Auftreten von Rezidiven und Metastasen. Die Angst, nicht gesund zu werden oder gar sterben zu müssen, durchzieht diese Phasen wie ein roter Faden.

Diagnostik und Aufklärung

Wesentlich für das Erleben der Krebspatienten ist die Art und Weise, wie die Diagnose zustande kam: zwischen den Polen „Zufallsdiagnose“ und „verschleppte Diagnose“ gibt es vielfältige Facetten, die direkten Einfluss auf das Krankheitserleben haben:

Ein 60-Jähriger Stahlarbeiter wurde ins Krankenhaus eingewiesen, um seinen Leistenbruch operieren zu lassen. Bei der notwendigen präoperativen Diagnostik wurde ein Bronchialkarzinom festgestellt. Während sein Hausarzt die frühe Diagnose als „Glücksfall“ benannte, war der Patient zutiefst geschockt, hatte er sich als Nicht-Raucher doch „in Sicherheit gewöhnt“. Die Aussage seines Arztes empfand er als „zynisch“: „Wie kann eine Krebsdiagnose Glück sein!“ Er lief in seinem Zuhause wie „ein Löwe von Wand zu Wand“. Er hatte sich auf sein baldiges Rentnerdasein gefreut und fühlte sich nun in jeder Hinsicht „bestohlen“.

Eine 21-Jährige Servicekraft litt unter Kopfschmerzen, Sehstörungen, Übelkeit und Hörproblemen. Sie war vor ihrer Krebsdiagnose sechs Monate wegen Migräne behandelt worden. Ihre Mutter hatte schließlich vom behandelnden Arzt ein CT „verlangt“, nachdem die Patientin ihre Arbeit als Kellnerin aufgeben musste. Da der Tumor nicht völlig entfernt werden konnte, musste die Patientin davon ausgehen, dass der Tumor weiter wachsen würde und sie fragte sich natürlich, ob ihre Prognose besser gewesen wäre, wenn der Tumor früher entdeckt worden wäre. Traurig und vorwurfsvoll sagte sie: „Vielleicht hätte ich sonst eine Chance gehabt!“

Bilder, die Krebspatienten nach ihrer Krebsdiagnose beschrieben, sind häufig sehr beeindruckend: „Ich knallte aus vollem Lauf vor eine Wand“; „Die Welt blieb einfach stehen für mich“ oder „Ich fühlte mich wie in einem Löwenkäfig“.

Das emotionale Gefühlschaos, das dann - verständlicherweise - eintritt, kann große Angst auslösen. Manchmal wirken die Patienten äußerlich sehr gefasst - auch während der Aufklärung - (Schlömer-Doll und Doll 2000), innerlich sind sie allerdings in einem gefühlsmäßigen Ausnahmezustand.

Aufklärung ist kein einmaliger Akt, sondern ein Prozess. Verdrängung ist eine psychische Fähigkeit, kein Manko. Der Krebsbetroffene nähert sich der schmerzlichen Erkenntnis in eigenem Tempo. Manchmal ist das allerdings für Klinikpersonal und Angehörige verwirrend. Sie bekommen den Eindruck, die Patienten seien nicht oder nicht in vollem Umfang aufgeklärt worden. Hin und wieder starten Patienten auch „Testballons“: Dann sagen sie unvermittelt trotz fortgeschrittener Krebserkrankung: „Ich werde wieder gesund!“ und versuchen, in den Augen, der Mimik des Gegenüber zu lesen, wie dieser die Situation einschätzt.

Viele Menschen am Krankenbett bedeuten nicht zwangsläufig viele Zuhörer oder Gesprächspartner für angstbesetzte Themen. Patienten neigen dazu, Menschen, die ihnen sehr nahe stehen, zu schonen und hilflose Angehörige wehren angstbesetzte Themen bisweilen ab. Sie entgegnen dann: „Sag` doch nicht so etwas!“ oder neigen zu gut gemeinten Durchhalteparolen, im Sinne: „Du musst jetzt Deine Kräfte bündeln, voraus blicken etc.!“

Ein 55-Jähriger Lehrer sagte nach der Entfernung eines Lungenflügels nach Bronchialkarzinom: „Meine Kurzatmigkeit und die Luftnot bei körperlicher Belastung stören mich kaum, damit kann ich umgehen, aber dass da etwas lauern könnte, das bringt mich fast um“. Der Patient war nicht in der Lage, mit seiner Frau über seine Ängste zu sprechen, weil er sie nicht belasten wollte. Er sagte: „Dann muss ich sie hinterher noch aufrichten“.

Psychotherapeuten können in ihrer Rolle als Beistand in Krisen und als Vermittler zwischen den unterschiedlichen Parteien, die in Betreuung und Krebstherapie involviert sind, entlastende und deeskalierende Funktionen einnehmen.

Therapiebewältigung

In der psychotherapeutischen Begleitung von Krebspatienten spielt das „Erklären“ eine wichtige Rolle: zum Beispiel, dass Angst ein „völlig normales Phänomen“ ist, häufig ein Gemisch aus Verunsicherung und Sorge um die Zukunft. Angst dient auch dazu, die Aufmerksamkeit zu erhöhen.

Wenn ein Patient allerdings sehr angstvoll oder gar panisch wirkt, ist die Frage nach seinen Vorerfahrungen indiziert. Die Presse ist voll von auflagenfördernden Horrorgeschichten und auch persönliche - manchmal Jahrzehnte zurück liegende - Erfahrungen werden aktualisiert. Zudem ist die Sprache, die sich um die Krebserkrankungen rankt, sehr kriegerisch: Killerkrebs (Pankreaskarzinom), Strahlenbunker, Kobaltbombe.

Während der Begleitung bei der Krebstherapie geht es auch um Hilfe bei der Bewältigung von belastenden Nebenwirkungen (Alltagsplanung, psychische Abstandsgewinnung und Entspannungsübungen) in Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal und Ernährungsberatung.

Ambulante Krebstherapie

Die ambulante Krebstherapie wird in ihren Belastungen häufig unterschätzt: Wer im Krankenhaus liegt ist krank! Ambulante Patienten haben häufig die Tendenz, sich zu überfordern. Sie unterschätzen die kräfteaubenden Belastungen der Krebstherapien und laufen Gefahr, physisch oder psychisch zu dekompensieren, v.a. wenn Kinder zu versorgen sind oder Selbständigkeit besteht.

In solchen Situationen sollte der Psychotherapeut auch konfrontierend arbeiten, im Sinne der Fürsorge: „Das werden sie so nicht durch stehen!“ und Hilfe geben bei der Alltagsplanung bzw. durch das Erlaubnis-Geben, sich mehr um sich selbst zu kümmern bzw. Aufgaben zu delegieren.

Aber auch Angehörige unterschätzen die Belastungen, die auf einen Menschen einwirken, der täglich einmal die Strahlentherapie aufsuchen muss. Das gemeinsame Warten mit anderen Betroffenen und die Frage: „Werde ich auch so enden?“ (bettlägerig, kraftlos etc.) wird von vielen Patienten als große psychische Belastung erlebt.

Krankheitsbewältigung während der Krebstherapie

Angst und Depression im Sinne einer Anpassungsstörung bedarf psychoonkologischer Unterstützung bzw. Aufarbeitung; ebenso die Bewältigung von Amputationen, die Anlage eines Anus praeters, sexuelle Störungen nach Operation oder hormoneller Behandlung, Speichel- und Geschmacksverlust nach Strahlentherapie.

Wie groß die Einbuße von körperlicher und funktioneller Intaktheit erlebt wird, ist abhängig von dem Status, den diese im Leben vor der Krebserkrankung hatte.

So ist ein Anus praeter für eine begeisterte Schwimmerin und FKK-Anhängerin eine ausgemachte Katastrophe. Auch Impotenz oder Lustlosigkeit (bei Hormontherapie) ist ein höchst individuelles Problem. Sexuelle Probleme aufgrund einer Krebserkrankung und -therapie finden in ärztlichen Gesprächen immer noch viel zu wenig Raum (Zettl und Hartlapp 1997). Dennoch ist eine befriedigende Sexualität für viele Patienten ein wichtiger Mosaikstein ihrer Lebensqualität.

Grundsätzlich kommt es während der Krankheitsbewältigung zu einer Auseinandersetzung mit den eigenen Normen und Werten: Wenn das Leben bedroht ist, werden Geld und Karriere sekundär, Entscheidungen werden auf dem neuen Hintergrund überdacht und vielleicht bedauert. Ideen und Pläne werden für die Zukunft entworfen: „Wenn ich das hier überlebe, dann ...“.

Die Begleitung im psychotherapeutischen Gespräch sollte sich nach dem „Prinzip der kleinen Schritte“ ausrichten, damit die Patienten sich selbst und auch ihr Umfeld nicht überfordern bzw. keine voreiligen Entscheidungen treffen, die sie hinterher bereuen könnten.

Die Patienten leiden häufig unter dem „zu viel oder zu wenig“ an Zuwendung durch ihre Mitmenschen. Einige verunsicherte Angehörige verhalten sich überfürsorglich „mit Samthandschuhen“ oder mit „nervender Bewunderung“, im Sinne: „Wie Du das schaffst! (Ich könnte das nicht aushalten)“. Die meisten Patienten wünschen sich mitfühlende Mitmenschen, keine mit leidenden. Sie müssen lernen, ihre Bedürfnisse zu artikulieren und können dies zusammen mit dem Psychotherapeuten üben bzw. durchspielen.

Krankheitsbewältigung nach der Therapie

Wünschenswert wäre eine stationäre oder ambulante Krebsnachsorge für möglichst alle Krebspatienten. Ein Teil der Patienten möchte aber nach der langen Zeit im Krankenhaus oder nach monatelanger ambulanter Behandlung „endlich zum Alltag zurück kehren“. Häufig besteht auch ein Schuldgefühl gegenüber den Belastungen der Angehörigen und zunehmend auch Sorge um die berufliche Situation.

Die nahtlose Rückkehr in den Alltag ist allerdings weder psychisch noch physisch möglich. Die Konfrontation mit der Unsicherheit in der sozialen Umgebung ist häufig schmerzlich und körperliche Schwäche, Konzentrationsstörungen, Schlafprobleme sowie die therapiebedingten Begleiterscheinungen (u.a. Speichel- und Geschmacksverlust, Taubheitsgefühle in den Extremitäten, Impotenz und Lustlosigkeit) tun ein übriges, um die Lebensqualität der Krebsbetroffenen weiter einzuschränken.

Ein 58-Jähriger Bauunternehmer (Darm-Karzinom) sagte: „Ich kann das Wort Krebs nicht mehr hören und würde es gern aus meinem Leben löschen“. Er wollte am liebsten alles vergessen, aber sobald er den Fernseher anstellte oder die Zeitung aufschlug, hatte er Angst, dass er wieder etwas über Krebs lesen oder hören müsse: „Ich habe das Gefühl, dass es mehr und mehr wird!“

Einige Patienten haben einen regelrechten Suchscheinwerfer angeschaltet, mit dem sie die Umgebung scannen. Relativierung und Veränderung der Aufmerksamkeitslenkung durch den Psychotherapeuten ist hier vonnöten. Es geht darum, dass die Patienten sich nicht von ihrer Krebserkrankung dominieren lassen bzw. dass die Krebserkrankung nicht zum Mittelpunkt ihres Lebens wird.

Ein normales - sehr belastendes - Phänomen ist die Tatsache, dass sich die Wahrnehmung des Körpers nach der Krebsdiagnose verändert hat. Das Vertrauen in den Körper ist verloren gegangen.

Der Mensch entwickelt darauf hin sensiblere Antennen für körperliche Symptome, die dann ein Eigenleben als psychosomatische Symptome beginnen. So können belastende Teufelskreise entstehen, die die Patienten von Arzt zu Arzt wandern lassen ohne dass die körperlichen Beschwerden abnehmen oder kuriert werden können.

Angst vor Wiedererkrankung kann sich auch körperlich nieder schlagen. Manchmal erscheint es, als würde das Ausmaß der Verdrängungsleistung parallel gehen mit der Entwicklung von körperlichen und psychischen Problemen, wie Atemnot, Beklemmungsgefühlen und Unruhezuständen. Angst, Anspannung und Schmerz gehen häufig Hand in Hand.

Das Leben mit der Unsicherheit muss erlernt und ausgehalten werden, weil der - mehr Sicherheit bringende - Zeitfaktor (von einer Nachsorgeuntersuchung zur nächsten) nicht beschleunigt werden kann.

Die Angst vor einem Rezidiv oder Metastasen kann mit den nächsten Angehörigen nur schwer kommuniziert werden und stößt nach einer Weile nicht selten auf Abwehr: „Nun denke doch nicht immer daran!“ oder „Nun gib doch endlich Ruhe!“

Entlastungsgespräche mit Psychotherapeuten können helfen; Bewältigungsstrategien müssen entwickelt werden.

Die Angst vor Wiedererkrankung ist auch bei Krebsbetroffenen mit guter Prognose vorhanden, weil Sicherheit nicht garantiert werden kann. Die Folge kann ein „Leben auf Raten“ sein, was die Lebensqualität der Krebsbetroffenen und Angehörigen schmälern und zu Beziehungsproblemen führen kann: der Urlaub, der nicht gebucht werden kann; der Wintermantel, der nicht gekauft wird, „weil man ja nicht weiß, ob der Krebs wieder kommt!“

Wirkt die Krebsdiagnose als Katalysator für schwelende Beziehungsprobleme, dann ist eine Auseinandersetzung vonnöten, die in vielen Fällen eines Psychotherapeuten bedarf, weil diese Probleme bereits in gesunden Zeiten nicht thematisiert und/oder gelöst werden konnten.

Eine 54-Jährige Patientin (Mamma-Ca und Knochenmetastasen): „Ich war immer das Zugpferd der Familie. Ich habe mehr funktioniert als gelebt. Ich habe viel zu lange geschwiegen und viel zu viel gehofft, dass die anderen sehen, dass ich nicht mehr kann und mir beispringen. Jetzt habe ich die Reißleine gezogen. Meiner Tochter habe ich erklärt, dass ich ihre Tochter nicht mehr täglich aus dem Kindergarten holen kann, meine Schwiegermutter werde ich nicht mehr bekochen, zumal sie sowie alles anmäkelt, und meinen Mann habe ich aufgefordert, mir zukünftig im Haushalt zu helfen. Seitdem ist die Stimmung in der Familie auf Grundeis. Ich wurde von meiner Tochter als Egoistin beschimpft und mein Mann fragte mich, ob ich diese Emanzen-Ideen aus der Selbsthilfegruppe hätte“.

Bei familiären Problemen oder Konflikten im beruflichen Umfeld kann der Psychotherapeut eine wichtige Funktion in der Analyse, Beratung und/oder in der Moderation von Gesprächen übernehmen.

Männer haben es deutlich schwerer als Frauen, psychotherapeutische Hilfe zu suchen bzw. anzunehmen. Es bedarf einer einfühlsamen und gleichzeitig direkten Strategie, Zugang zu den betroffenen Männern zu gewinnen und deren Gefühl entgegen zu wirken, dass die Suche oder Annahme von Hilfe ein Zugeständnis von Schwäche ist.

Häufig geht es in der Psychotherapie nach Krebs um die Überprüfung von typischen kräfteaubenden Verhaltensweisen bzw. um deren kritische Reflexion.

Eine 45-Jährige Sekretärin (Mamma-Ca) sagte: „Wenn ich meine soldatisch ausgerichteten Besteckkästen sehe, denke ich an meine Mutter und frage mich, wie ich diese Zwänge los werden kann“ oder „Immer und überall war ich der Motor. Alle verlassen sich immer auf mich. Es geht schon lange über meine Kraft. Ich brauche Hilfe, dies zu ändern!“

Das Auftreten von Rezidiven und/oder Metastasen

Das Auftreten von Rezidiven und/oder Metastasen wird von vielen Krebsbetroffenen einschneidender und belastender erlebt als die Ersterkrankung. Menschen, die mit einer Krebserkrankung konfrontiert sind, hören von ihren Ärzten häufig von der „5-Jahres-Überlebensrate“. Sie hoffen und bangen dann, diesen Zeitraum zu überleben. Wenn es nach diesem imaginären Zeitraum zu einer Wiedererkrankung oder einem Fortschreiten der Krebserkrankung kommt, wird dies von den Betroffenen häufig als „doppelter Schock“ erlebt.

Die Angst vor dem Sterben-Müssen wird an dieser Stelle häufig thematisiert. Vorwürfe, vor allem durch den Vertrauensverlust in die behandelnden Ärzte, aber auch Selbstvorwürfe stehen im Vordergrund: „Vielleicht wäre der Krebs nicht wieder gekommen, wenn es mir gelungen wäre, positiver zu denken und meine Selbstheilungskräfte zu mobilisieren!“

Immer wieder werden die psychosomatischen Krebstheorien auch von außen an die Krebsbetroffenen heran getragen.

Eine 50-Jährige Lehrerin (Mamma-Ca links und rechts) sagte: „Eine Kollegin von mir meinte, dass doch etwas mit meinem Leben nicht stimmen könne, wenn ich zwei Mal nacheinander an Krebs erkrankte“.

Eine kritische Auseinandersetzung mit psychosomatischen Krebstheorien sollte in der Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut einen angemessenen Platz finden.

Sterbebegleitung

Ein Psychotherapeut, der sich auf die - manchmal jahrelange - Begleitung von Krebsbetroffenen einlässt, sollte sich fragen, ob er auch den Weg des Sterbens mit gehen könnte. Wenn er dies bejahen kann, stellt sich die Frage: „Wann beginnt die Sterbebegleitung?“

Vielleicht da, wo der Krebsbetroffene sich diesem Thema öffnet. Patienten suchen sich ihre Gesprächspartner aus, überprüfen, ob er/sie stand hält oder zurück weicht. Die Thematisierung der Ängste vor dem Sterben und die Hoffnung auf ein Weiterleben gehen häufig parallel, im Sinne einer „doppelten Buchführung“ (Bräutigam und Meerwein 1998).

Häufig reden die Betroffenen nicht mit ihren Angehörigen, weil sie diese nicht ängstigen wollen oder glauben, diese könnten die Wahrheit nicht „ertragen“. Manchmal gilt es auch, als Psychotherapeut behutsam auf die Abwehr der Angehörigen einzugehen, die häufig mit Durchhalteparolen oder Appellen einher gehen, im Sinne: „Du darfst mich nicht verlassen!“

Ein 50-Jähriger Sohn brachte seiner Mutter täglich Essen ins Krankenhaus, weil sie doch „wieder auf die Beine“ kommen müsse. Sie aß und erbrach jedes Mal anschließend. Ich passte den Sohn am Krankenbett ab und sprach mit der Mutter über die liebevolle Geste des Sohnes und ergänzte: „Es geht jetzt aber nicht mehr um`s Essen! Es geht um Beistand

für die letzten Meter des Lebens“. Der Sohn fing an zu weinen, setzte sich zur Mutter, hielt ihre Hand. Zwei Tage später holte er sie nach Hause.

Sterbebegleitung heißt manchmal auch Sprechen über Beerdigungsrituale, Patientenwünsche werden häufig spiegelverkehrt erzählt: „Ich möchte nicht so eine Beerdigung wie ...“.

Therapieformen in der Psychoonkologie

Grundsätzlich kann man zwei Therapieformen unterscheiden:

- Die klar umrissene, strukturierende Krisenintervention und
- Die begleitende, reflektierende und an Ressourcen orientierte supportive Therapie

Krisenintervention

Die Krisenintervention hat einen klar formulierten Anfang und ein definiertes Ende.

Zum Beispiel bei der Begleitung einer Patientin mit einer Angststörung während der Bestrahlungsplanung (Simulation) und der ersten Strahlentherapiebehandlungen

Der Psychotherapeut zeigt offen und beruhigend seine Kompetenz: „Ich werde ihnen helfen, zurecht zu kommen, wenn Sie das möchten!“

Dann werden folgende Fragen beantwortet:

Worum geht es? Was ist der biographische Hintergrund?

Was wollen wir erreichen?

Worauf können wir zurück greifen? Ressourcen? Bewältigungsstrategien?

Die Vermittlung von Abstandsgewinnungsstrategien, Entspannungs- und Imaginationsübungen dienen dazu, dem Patienten selbst etwas „in die Hand zu geben“, seine Autonomie zu erhöhen.

Bei der Therapiebegleitung während der Strahlentherapie ist vor allem die Einbeziehung der Medizinisch-Technischen Assistenten wichtig, die den Patienten während der wochenlangen Strahlentherapie begleiten und täglich Vertrauen vermitteln müssen.

Dem erfolgreichen Durchstehen der Bestrahlung folgt der definierte Rückzug des Therapeuten: „Jetzt schaffen sie es allein!“. Zur Loslösung gehören auf jeden Fall eine Rückschau und eine kurze Bilanz des gemeinsamen Weges. Auf Wunsch kann es eine weitere Therapiebegleitung im Gespräch geben: „Soll ich übermorgen noch einmal nach Ihnen schauen?“; „Möchten Sie ein Gespräch nächste Woche?“ oder „Möchten Sie sich bei Bedarf wieder bei mir melden?“ Die Intervalle und die Intensität der Gespräche während der Strahlentherapie sollte der Patienten bestimmen.

Supportive Therapie: Therapeutische Interventionen

Bei der supportiven Therapie geht es darum:

Begleiter zu sein: als eine Art Bergführer, der nicht schiebt und nicht zieht, aber durchaus einfühlsam konfrontiert, immer an den Ressourcen des Patienten orientiert.

Hilfe bei Entscheidungsfindung zu geben: Erörterung von Für und Wider; die Entscheidung trifft der Patient.

Aktivismus zu bremsen: häufig angestachelt von Angehörigen, geboren aus Hilflosigkeit und Angst. Gerade hinsichtlich der sogenannten komplementären Behandlungsmethoden

agieren die Patienten häufig nach dem Prinzip: viel hilft viel, was allerdings auch schaden kann.

Durch Strukturieren zu beruhigen, zum Beispiel durch das Prinzip der kleinen Schritte: das große schwer oder gar unverdauliche Stück wird in Scheiben geschnitten.

Bei der Sinnsuche zu helfen; sie ist ein natürliches menschliches Phänomen: Psychosomatische Theorien sind sehr häufig (Überforderung/Immunsystem); bei destruktiven Theorien (Schuldgefühle und Schuldzuweisungen oder Krebspersönlichkeitstheorien) gilt es gegen zu steuern und auch persönlich Stellung zu beziehen.

Supportive Therapie bedeutet auch, bei der Akzeptanz der krankheits- und therapiebedingten Einschränkung und Behinderung im Alltag zu helfen: dazu gehört das Zulassen von Angst, Ärger, Zweifel und die Einbettung in gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge, beispielsweise: Warum fühlen sich Patienten nach Krebs mehr stigmatisiert als Patienten nach Herzinfarkt?

Weiterhin geht es darum, mit den vorhandenen Kräften nach der Therapie haushalten zu lernen, so dass sich der Gesamtzustand langsam wieder bessern kann: „Wer sich ständig wütend übernimmt, knallt vor die Wand!“ Das klingt logisch und einfach, ist aber sehr schwierig für die Betroffenen.

Einige Patienten benötigen Hilfe beim Sich-Loslösen von alten, häufig überfordernden und nicht mehr länger gewollten Rollen. Dabei kommt es unweigerlich zur Konfrontation mit dem sozialen Umfeld, da die Partner/Kinder sich ebenfalls von alten Gewohnheiten und oft auch Bequemlichkeiten trennen müssen. Der Psychotherapeut kann in solchen Fällen die Rolle eines Vermittlers oder Moderators in Paar- und Familiengesprächen einnehmen.

Supportive Therapie beinhaltet häufig auch die Begleitung bei der Lebensbilanzierung. Einige Patienten beginnen während oder nach ihrer Krebsbehandlung ganz unspektakulär mit ihrer Lebensbilanzierung: Rückblick - Bestandsaufnahme - Entwicklung von Zukunftsperspektiven.

Die Lebensbilanzierung - auch mit Hilfe eines gemalten Lebenspanoramas - kann für Patienten und Psychotherapeuten eine große Bereicherung sein. Dem Patienten gelingt es, im Rückblick auf das gelebte Leben besser, sein eigenes Leben als ein - in Entwicklung begriffenes - Ganzes zu begreifen, trotz aller Widrigkeiten und Schicksalsschläge. Der Psychotherapeut reflektiert parallel dazu sein eigenes Leben und wird sensibler für eigene Fehlentwicklungen, hat somit die Chance, diese in „gesunden Zeiten“ korrigieren zu können.

Literatur

Bräutigam W und Meerwein F (1998) Einführung in die Psycho-Onkologie, Huber, Bern - Stuttgart - Toronto

Schlömer-Doll U und Doll D (2000) Information und emotionale Unterstützung. Deutsches Ärzteblatt. 97 Jahrgang, Heft 46, Seiten B2597 - 2600, Deutscher Ärzte-Verlag

Zettl S und Hartlapp J (1997) Sexualstörungen durch Krankheit und Therapie. Ein Kompendium für die ärztliche Praxis, Springer-Verlag

