Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften
Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Pflege Dual

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science B.Sc.

Pflegerische Interventionsmöglichkeiten bei PatientInnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung im onkologischen Setting

Tobias Jeger

Gutachter: Prof. Dr. phil. Heinz-Peter Olm

Abgabetermin: 02.02.2022

Zusammenfassung: Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung näher zu beleuchten und, darauf aufbauend, geeignete Pflegemaßnahmen für ein onkologisches Behandlungssetting abzuleiten. Ausgehend von Ätiologie und Pathogenese werden die besonderen Umstände einer Traumatisierung in Folge einer Krebsdiagnose sowie mögliche Einflussfaktoren auf den Krankheitsverlauf diskutiert. Es wird dabei versucht, gängige Rahmenkonzepte, wie die Salutogenese von Aaron Antonowsky, in die Überlegungen miteinzubeziehen. Vorrangig sind sozio-kulturelle Aspekte sowie das individuelle Coping in Stresssituationen zu nennen, bei denen eine signifikante Wechselwirkung zu Schwere und Ausprägung der Symptomatik vermutet wird. Insgesamt sind die persönliche Wahrnehmung und die Einstellung der Krankheit gegenüber ausschlaggebend für den weiteren Verlauf. Da sich diese Arbeit vornehmlich an Pflegekräfte richtet, werden Ansatzpunkte gesucht, die Ergebnisse aus den Studien auf das pflegerische Handeln zu übertragen, um die Möglichkeit einer aktiven Einbindung der Pflege in den Behandlungsprozess aufzuzeigen. Es werden Überlegungen angestellt, wie bereits bestehende Strukturen im onkologischen Setting für die Arbeit mit traumatisierten PatientInnen ausgebaut werden können. Ebenso wird versucht, Aspekte aus psychiatrischen Pflegeansätzen, wie die traumasensible Pflege, auf das Arbeitsfeld Onkologie zu übertragen.

Abstract: The objective of this bachelor thesis is to examine the posttraumatic stress disorder with a cancer related background and to find appropriate nursing interventions for clinical cancer treatment based on these findings.This paper considers the specific circumstances of a traumatisation as a result of a cancer diagnosis as well as possible influencing factors on the course of the disease proceeding from general aspects such as the aetiopathology of the posttraumatic stress disorder. Well established conceptual frameworks like Aaron Antonowskys‘ Salutogenesis are taken into account. Especially socio-cultural determinants and individual coping strategies regarding stressful situations seem to have a significant correlation towards severity and manifestation of symptoms. Another crucial coefficiant for the clinical course is the perception of the disease itself. Due to the papers‘ emphasis on a nursing point of view, the study results are interpreted according to the potential action range of a nurse to ensure an active involvement during the treatment. This paper can be seen as a guideline to create a beneficial environment for traumatised patients by expanding already existing structures of in-patient oncological treatment as well as adapting psychiatric nursing interventions for the oncological setting.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis 4
Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 4
1. Einleitung 5
2. Grundlegende Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung 7
2.1. Traumakriterium und mögliche Ausdifferenzierung des Traumabegriffs 7
2.2. Klinisches Bild der Posttraumatischen Belastungsstörung 8
2.3. Komorbide Störungsbilder und Differenzialdiagnostik bei PTBS 11
2.4. Erklärungsmodelle zu Pathogenese und Ätiologie 13
2.5. Einflussfaktoren auf die Manifestation des Krankheitsbildes 15
3. Einführung in die relevante Nomenklatur aus dem Forschungsfeld Resilienz 16
3.1. Adaptationsprozesse aus der Perspektive der Resilienzforschung 16
3.2. Kohärenzgefühl und Salutogenese 18
4. Die Posttraumatische Belastungsstörung als Folge einer onkologischen Erkrankung 20
4.1. Bewältigungsaufgaben und mögliche Traumaursachen bei einer Krebsdiagnose 20
4.2. Die Manifestation einer PTBS als Folge einer Krebsdiagnose 24
1.1 Symptomausprägung anhand objektivierbarer Kriterien 25
4.4. Die Rolle der subjektiven Wahrnehmung bei der Krankheitsverarbeitung 27
4.5. Besonderheiten im Zusammenhang mit der CR-PTSD 29
5. Pflegerische Interventionsmöglichkeiten im onkologischen Setting 31
5.1. Arbeitsdefinitionen zu onkologischem Setting und Interventionsmaßnahmen 31
5.2. Die Informationssammlung und mögliche Strategien der Informationsweitergabe 33
5.3. Der Beziehungsaufbau als Grundvoraussetzung vor Einzelinterventionen 35
5.4. Mögliche Ansatzpunkte im pflegerischen Handeln 37
5.5. Interventionsmöglichkeiten im Zuge der PatientInnenedukation 40
6. Fazit 42
7. Quellenverzeichnis 44

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sozial-interpersonelles Modell der PTBS (Maercker, 2013, S.48) 14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dimensionen von Copingreaktionen (Leipold, 2015, S. 104) 17

Tabelle 2:Das SARI-Modell als Behandlungsgrundlage (Reichel, 2019, S.25) 35

Tabelle 3: Klinische Anzeichen einer PTBS bei Krebspatienten (Korman et al. 2019, S. 148) 37

Tabelle 4: Mögliche NANDA-Pflegediagnosen (vgl. Herdmann/Kamitsuru, 2019, S.370ff) . 39

Abkürzungsverzeichnis

ABS	akute Belastungsreaktion
ATS	anhaltende Trauerstörung
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
CR-PTSD	cancer-related posttraumatic stress disorder
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
kPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

1. Einleitung

Die Nachricht, von einer Krebserkrankung betroffen zu sein, bringt eine Reihe von Veränderungen mit sich, die das bisher geführte Leben in seinen Grundfesten erschüttern kann. Plötzlich ist eine Rückkehr zum gewohnten Alltag nicht mehr denkbar und muss einem langwierigen und auslaugendem therapeutischen Prozess weichen. Aber die Konfrontation mit dieser Krankheit beschränkt sich nicht nur auf das Wegbrechen vertrauter und haltgebender Strukturen. Vielmehr löst sie ein starkes Gefühlserleben aus, da die Perspektive einer unsicheren Zukunft zahlreiche Ängste, Unsicherheiten und Zweifel mit sich bringt. Unvermittelt wird man ab dem Zeitpunkt der Diagnosemitteilung diesen emotionalen Reaktionen und neuen Empfindungen ausgesetzt, weshalb dieser Anfangspunkt als markante Zäsur in der individuellen Biografie heraussticht. Oftmals wird als Umschreibung für diesen tiefsitzenden Schock der Begriff einer Traumatisierung in den Raum geworfen. Es stellt sich hierbei die Frage, ob sich in diesem Zusammenhang die Verwendung dieser streng determinierten Begrifflichkeit nur aufgrund einer umgangssprachlichen Unschärfe ergibt. Eine medizinisch fundierte Diagnosestellung schließt das Auftreten psychischer Folgestörungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung ein, wobei letztgenanntes Beispiel im Allgemeinbewusstsein eher mit Krieg, Flucht und Gewalt assoziiert wird.

Diese Arbeit möchte das Phänomen der Posttraumatischen Belastungsstörung als Folge einer onkologischen Erkrankung näher beleuchten. Es gilt dabei festzustellen, wie es zu diesem Krankheitsbild kommt und welche Faktoren Einfluss auf die Ausprägung haben. Da die pflegerische Perspektive hierbei im Vordergrund steht, sollen im Folgenden adäquate Verhaltens- und Reaktionsweisen aufgezeigt werden, die im Umgang mit traumatisierten KlientInnen hilfreich sein können. Viele der Betroffenen werden im Zuge der onkologischen Diagnostik und Therapie stationär aufgenommen, weshalb es gilt, den pflegerischen Fokus auf dieses PatientInnenklientel zu schärfen. Um dem grundsätzlichen Anspruch einer möglichst umfassenden und ganzheitlichen Betreuung gerecht werden zu können, ergibt sich die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit Symptomatik und Ausprägungsmerkmalen der Posttraumatischen Belastungsstörung. Es soll allerdings nicht nur bei dieser Sensibilisierung für die Thematik bleiben, da es darüber hinaus gilt, die Rolle der Pflege im Behandlungsprozess festzulegen. Dementsprechend sollen vor allem pflegerische Handlungsmöglichkeiten thematisiert werden, um traumatisierten PatientInnen eine wissenschaftlich fundierte Hilfestellung geben zu können.

Um der zu bearbeitenden Themenstellung gerecht werden zu können, folgt diese Arbeit einem Evidence-based Nursing Ansatz, bei dem ausgehend von einem generellen Phänomen, also der Posttraumatischen Belastungsstörung bei einer Krebserkrankung, auf Grundlage einer Informationssammlung ein mögliches Maßnahmenpaket für die pflegerische Praxis abgeleitet wird. Somit ergibt sich für die Arbeit folgende Struktur. Zunächst sollen mittels einer gezielten Literaturrecherche grundsätzliche Aspekte zur Posttraumatischen Belastungsstörung im Allgemeinen und im Kontext einer onkologischen Erkrankung eruiert werden. Ausgehend davon werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede deutlich benannt. Insgesamt soll auf Basis dieser Ähnlichkeiten ein differenziertes Bild ausschlaggebender Verhaltensweisen und möglicher Einflussfaktoren entstehen. Diese Analyse wiederum wird als Anhaltspunkt für mögliche pflegerische Interventionen verwendet. Deutlicher gesprochen soll die Studienlage aufzeigen, welche Kriterien die klinischen Merkmale dieses Krankheitsbildes prägen, während die vorgeschlagenen Maßnahmen genau bei diesen ansetzen. Es soll hierbei nach Möglichkeit auf bereits bestehende und bewährte pflegerische Strukturen Rücksicht genommen werden, um die angestrebte Umsetzung in die Pflegepraxis nicht unnötig zu verkomplizieren.

Somit stellt sich an die folgenden Ausführungen der Anspruch, ein Bewusstsein für das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung als Folge einer Krebserkrankung zu schaffen, und die Möglichkeiten einer traumasensiblen Pflege im onkologischen Setting aufzuzeigen.

2. Grundlegende Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung

2.1. Traumakriterium und mögliche Ausdifferenzierung des Traumabegriffs

Um sich der Thematik der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Zusammenhang mit Krebserkrankungen annähern zu können, müssen zunächst, da es sich um voneinander unabhängig bestehende Krankheitsbilder handelt, jeweils grundlegende Aspekte bezüglich Ätiologie und Pathogenese benannt werden. Mittels dieser Definitionen und charakteristischen Erscheinungsformen der einzelnen Grunderkrankungen soll letztlich eine differenzierte Betrachtung ermöglicht werden. Gleichzeitig wird eine möglichst strikte Abgrenzung zu anderen als pathogen anzusehenden Folge- beziehungsweise Angststörungen aufgezeigt, indem zwar auf ähnliche Symptomatik hingewiesen wird, diese aber durch eine klare Kontextualisierung vor allem bezüglich ihrer jeweiligen Unterschiede thematisiert werden.

Diesem Ansatz folgend wird im nächsten Abschnitt auf die spezifischen Ausprägungsmerkmale der PTBS eingegangen. Bei diesem Krankheitsbild ist zunächst relevant, dass die sich manifestierende Symptomatik immer auf eine vorausgegangene Traumatisierung aufgrund einer äußert kritischen Lebenserfahrung rückführbar ist. (Wagner, 2015, S.182) Wie genau eine solche Erfahrung beschaffen sein muss, ist aufgrund der Vielzahl möglicher bedrohlicher Situationen und Ereignisse oftmals bewusst vage definiert. Die Klassifikation dieser Traumakriterien erfolgt meist an Anlehnung an die gültigen Richtlinien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) beziehungsweise des International Classification of Diseases (ICD-10), welche für die Benennung der vorbeschriebenen Diagnose herangezogen werden.

Generell kann zwischen objektiven und subjektiven Bedingungen bei einer Traumatisierung unterschieden werden, die sich gegenseitig bedingen, da zum objektiv wahrnehmbaren lebensgefährlichen Vorfall auch noch das subjektive Angstempfinden beziehungsweise das Gefühl einer Machtlosigkeit hinzukommen müssen, um ein Trauma hervorzurufen zu können. (Sack, 2013, S.12) Eine Betonung muss hierbei auf den Aspekt der Lebensbedrohlichkeit in dem als Gefährdung wahrgenommenen Ereignis gelegt werden, da dadurch eine strikte Trennung zu etwaigen anderen als Belastung empfundenen Ereignissen wie Enttäuschungen und persönliche Rückschläge und deren jeweilige Folgen auf die Psyche ermöglicht wird. (Maercker, 2013, S.14-S.15) Des Weiteren ist anzumerken, dass der Zusammenhang zwischen der Symptomausprägung der PTBS durch ein Reminiszieren an das traumatisierende Ereignis

beziehungsweise dessen unwillkürliches Wiedererleben hierbei deutlich zu Tage tritt. (Freyberger/ Stieglitz, 2015, S.162)

Eine weitere Möglichkeit zur Ausdifferenzierung der Traumaarten ist das von Maercker vorgeschlagene Klassifikationssystem, bei dem zunächst zwischen akzidentellen, also durch Zufall geschehende, und sogenannten interpersonellen, durch menschliche Einflussnahme verursachte Traumata, unterschieden wird. (Maercker, 2013, S.15) Außerdem wird hinsichtlich der zeitlichen Dauer zwischen den akut und einmalig ablaufenden Typ-I-Traumata, wo beispielsweise schwere Verkehrsunfälle oder sexuelle Übergriffe subsumiert werden, sowie den Typ-II-Traumata differenziert, die mehrfach stattfinden oder sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. (Ebd. S.16) Eine gesonderte Rolle spielen medizinisch bedingte Traumata, bei denen das Mitteilen schwerwiegender Diagnosestellungen ebenfalls eine Traumatisierung hervorrufen könnte. Indem man das Auftreten eines Krankheitsbildes mit oftmals kritischem Verlauf als jenes gravierende Lebensereignis begreift, welches ausschlaggebend für die Entstehung einer PTBS ist, lässt sich die Eingliederung körperlicher Erkrankungen als Traumaursache leicht argumentativ belegen. (Feldmann, 2015, S.764) Die Notwendigkeit einer Rechtfertigung ergibt sich aus den sich unterscheidenden Traumamerkmalen der bereits erwähnten Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-5. Da nur im DSM der explizite Verweis auf lebensbedrohliche Krankheiten als traumatisierendes Lebensereignis aufgelistet ist, wird hierbei oftmals die Diagnosestellung einer Traumafolgestörung unter Bezugnahme auf die ICD-10 Kriterien abgestritten. (Köllner, 2013, S.442) An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass sich die verwendeten Quellen auf unterschiedliche Fassungen des ICD sowie des DSM beziehen. Dies hängt mit der zum Publikationszeitpunkt gültigen Fassung des jeweiligen Klassifikationssystems zusammen.

2.2. Klinisches Bild der Posttraumatischen Belastungsstörung

Obwohl die PTBS aufgrund teilweise sehr unterschiedlicher Ereignisse entstehen kann, zeigt sich der weitere Verlauf im Regelfall anhand dreier Leitsymptome, nämlich intrusives Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und psychovegetative Übererregung, die prägend für das klinische Bild sind. (Wagner, 2015, S.182) Betroffene PatientInnen kehren oft unwillkürlich zum traumatischen Ereignis in Gedanken und Träumen zurück, wobei dies meist mit hoher Anspannung und Überforderung einhergeht. (Maercker, 2013, S.17) Diese Intrusionen gehen über das bloße Rückerinnern deutlich hinaus, da sie vielmehr eine erneute Konfrontation, ein Neudurchleben müssen der belastenden Situation darstellt, der die

Betroffenen im Fühlen, Denken sowie dem Körpererleben meist schutzlos ausgeliefert sind. (Wagner, 2015, S.184) Natürlich kann die Intensität des Wiedererlebens von Episode zu Episode variieren, meist ist aber ein subjektiv empfundener Kontrollverlust vorhanden, der sich bis hin zu dissoziativen Zuständen, sogenannten Flashbacks, steigern kann. (ebd. S.185) Der Dissoziationsbegriff ist in diesem Kontext als ein pathologisches Auftrennen der Beziehungen des Betroffenen zu sich selbst (Depersonalisation) beziehungsweise zu dessen Umfeld (Derealisation) aufzufassen, die unvermittelt auftreten und mit einem zumindest teilweisen Gedächtnisverlust, also einer Amnesie, einhergehen können. (Sierk et al. 2017, S.391) Außerdem äußert sich die Bandbreite dissoziativer Symptome auch mittels psychosomatischer Beschwerden, wie beispielsweise Muskelschwäche und Lähmungen, bis hin zu einem über einen längeren Zeitraum anhaltenden Stupor, während dem man dem Wiedererleben der traumatisierenden Situation ohne willentliche Bewegungsfähigkeit ausgesetzt ist. (Sack, 2013, S.52) Ein weiterer Aspekt der Intrusion ist die wiederkehrende Konfrontation mit Inhalten des traumatischen Erlebnisses in den Träumen der Betroffenen, die sich teilweise in Form von grotesk übersteigerten Alpträumen äußern. (Wagner, 2015, S.185) Es wird davon ausgegangen, dass in der therapeutischen Praxis neben dieser sehr deutlich zu Tage tretenden intrusiven Symptomatik oftmals die Minusvariante, deren Erscheinungsbild sich vor allem durch konstriktive Symptome wie Müdigkeits- und Erschöpfungszustände bis hin zum gerade erwähnten Stupor definieren lässt, nicht als Merkmal posttraumatischer Folgestörungen erkannt wird. (Sack, 2013, S.44-S.45)

Als nächstes Merkmal der Symptomtrias wird in der Fachliteratur meist ein Vermeidungsverhalten seitens der Betroffenen thematisiert, welches sich abhängig von dem jeweiligen traumatischen Erlebnis auf unterschiedliche Alltagsaspekte beziehen kann und meist auf ein Schutzbedürfnis vor negativen Assoziationen zurückzuführen ist. (Wagner, 2015, S.185) Dies kann sich beispielsweise durch Ängste vor gewissen Geräuschen oder Orten äußern, die auch nur entfernt mit dem vergangenen Trauma zu tun haben, wobei diese Ängste als ursächlich für das aufgetretene Vermeidungsverhalten gelten dürften. (Sack, 2013, S.37) Da eine intrusive Wahrnehmung oftmals unvermittelt als Trigger beziehungsweise auf das Trauma rückführbare Stimuli Einzug in den Alltag der Betroffenen hält, ist es nachvollziehbar, sich vor jedweden Berührungspunkten zur traumatischen Vergangenheit durch einen bestmöglichen Ausschluss dieser auslösenden Reize abschirmen zu wollen. (Wagner, 2015, S.184-S.185) Aus dieser Verhaltensstrategie heraus resultiert oftmals das Phänomen des Numbing, also ein Taubheitsgefühl der emotionalen Reaktionsfähigkeit, welches sich negativ auf die Affektregulation auswirkt, indem allgemein die Intensität des Erlebens heruntergefahren wird.

(Maercker, 2013, S.17) Dieses Folgesymptom wird zwar immer in Zusammenhang zum Vermeidungsverhalten gesetzt, sollte aber gesondert betrachtet werden, da es sich hierbei um unterbewusst ablaufende Mechanismen handelt, die letztlich die aufkommenden Ängste und das negative Wiedererleben für die Betroffenen handhabbar machen, während die Vermeidungstendenz auf einer bewusst getroffenen Entscheidung basiert, die eher mit einer Phobie gleichzusetzen ist. (Wagner, 2015, S.186)

Das letzte für eine Diagnosestellung ausschlaggebende Merkmal ist die psychovegetative Übererregbarkeit, welche zunächst als sich körperlich manifestierende Folge des traumatischen Erlebnisses gedeutet werden kann, zu der es durch ein Absenken der Erregungsschwelle im autonomen Nervensystem kommt. (Maercker/ Augsburger, 2019, S.20) Dabei lässt sich bei Betroffenen ein sogenanntes Hyperarousal feststellen, also ein Zustand übermäßiger körperlicher und geistiger Anspannung, der sich vor allem auf die Wahrnehmung von Gefahr auswirkt, wo alltäglich scheinende Situationen bereits als lebensbedrohlich eingestuft werden. (Wagner, 2015, S.189) Dies kann sich durch eine erhöhte Wachsamkeit beziehungsweise eine übersteigerte Schreckhaftigkeit äußern, welche sich im Verhalten durch schnelles Aufbrausen im Kontakt zu anderen bis hin zu selbstschädigender Lebensführung niederschlagen kann. (Maercker/ Augsburger, 2019, S.20) Diese Symptomtrias sollte, nach Ablauf einer gewissen Latenzphase, in einem Zeitraum von mindestens sechs Monaten in deutlicher Ausprägung vorhanden sein, um grundsätzlich die Diagnosestellung PTBS in Betracht ziehen zu können. (Wagner, 2015, S.190)

Weitere diagnostische Kriterien können stark variieren, je nachdem welches der beiden gängigen Klassifikationssysteme man dazu heranzieht. Die bei Freyberger und Stieglitz durchgeführte Analyse zu den Unterschieden zwischen den ICD- und DSM- Kriterien zeigt oftmals andere Perspektiven bei der Symptomeinteilung sowie eine unterschiedliche Gewichtung einzelner Punkte, wobei auch eine zeitliche Entwicklung der Diagnosemerkmale durch einen Vergleich zwischen unterschiedlichen Fassungen zu beobachten ist, beispielsweise dem DSM-IV und dem DSM-5. (Vgl. Freyberger/ Stieglitz, 2015, S.160-S.167) Letzteres soll veranschaulichen, dass nicht nur neue Begriffsbestimmungen hinzugefügt oder umgeändert werden, sondern auch andere Symptome herausgenommen werden können. Ein Beispiel hierfür wäre der oben erläuterte Begriff des Numbing, welcher noch 2015 in engem Zusammenhang mit dem PTBS typischen Vermeidungsverhalten stand, in neuerer Literatur jedoch nicht mehr in diesem Kontext gelistet ist. (Maercker/ Augsburger, 2019, S.19) Davon abgesehen bleibt es bei den drei ausgeführten Kernsymptomen sowie der Rückführbarkeit dieser auf das traumatisierende Ereignis. (Ebd. S.18)

2.3. Komorbide Störungsbilder und Differenzialdiagnostik bei PTBS

Weitere Schwierigkeiten bei der diagnostischen Festlegung der PTBS sind die zahlreichen Untergruppen und Spezialformen, die differentialdiagnostisch auszuschließenden Erkrankungen, sowie das Auftreten komorbider Krankheitsbilder im Zuge von Traumafolgestörungen. Diese gilt es dementsprechend auch bei der Charakterisierung der PTBS im Kontext dieser Arbeit aufgrund der daraus resultierenden Mehrdeutigkeiten und Überschneidungen zu beachten.

Unter der Vielzahl spezieller Verlaufsformen einer PTBS müssen vor allem die partielle sowie die komplexe PTBS Erwähnung finden, da es sich bei beiden um Pole einer Intensitätsskala handelt, die das Spektrum der weiteren Ausdifferenzierungsmöglichkeiten des Krankheitsbildes erahnen lassen. Kann beispielsweise die erforderliche Symptomausprägung nicht in allen Punkten nachgewiesen werden, bleibt es aufgrund der fehlenden Diagnosekriterien lediglich bei einer partiellen PTBS, welche wiederum nicht als vollwertiges Krankheitsbild anerkannt werden kann, da es ansonsten nach Studieneinschätzungen zu einer bis zu dreimal so hohen PTBS-Rate kommen könnte. (Wagner, 2015, S.191) Bei der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, kurz KPTBS, besteht eine Symptomausprägung über die Kernkriterien hinaus und entsteht meist durch länger anhaltende oder öfter stattfindende traumatisierende Ereignisse. (Maercker, 2019, S.48) Vorrangig zeigt sich diese über sogenannte Störungen der Selbstorganisation, zu denen beispielsweise eine selbstherabsetzende Grundhaltung sowie ein erschwertes Aufrechterhalten von Beziehungen und Bindungen gezählt wird. (Ebd. S.49)

Die Problematik des diagnostischen Prozesses bei PTBS ergibt sich aus der Tatsache, dass meist eine klare Differenzierung aufgrund sich überschneidender Symptomatik und dem gehäuften Auftreten komorbider Krankheitsbilder erschwert wird. (Morina/ Müller, 2015, S.179) Die meisten Übereinstimmungen ergeben sich zwischen PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), die sich sowohl aufgrund ähnlich strukturierter neurobiologischer Prozesse als auch wegen sich überschneidender psychologischer Konzeptualisierung ergibt, und zwischen denen oftmals eine wechselseitige Einflussnahme vermutet wird. (Riffer/ Sprung, 2019, S.54) Außerdem tritt eine PTBS neben BPS häufig in Zusammenhang mit weiteren Persönlichkeitsstörungen, depressiven Störungen sowie Suchtmittelabhängigkeit auf. (Morina/ Müller, 2015, S.179) Die tatsächliche Häufigkeit einer Komorbidität wird laut Riffer und Sprung aufgrund der aktuellen Studienlage auf ungefähr 80

Prozent geschätzt, wobei davon wiederum ein Großteil der Betroffenen einen Substanzabusus (ca. 73 %) entwickelt. (Riffer/ Sprung, 2019, S.69)

Ebenso muss es bei einem pathologischen Verlauf nach Traumatisierung nicht zwangsweise zu einer PTBS kommen, da hierbei eine Reihe von Traumafolgestörungen auftreten können, die unter dem Begriff der stressbezogenen Erkrankungen sowohl im ICD-11 als auch im DSM-5 Einzug gefunden haben. (Schellong et al., 2019, S.143) Hierunter fallen neben der akuten Belastungsreaktion (ABS), welche sich von der PTBS-Symptomatik lediglich durch ihr innerhalb kürzester Zeit sich ausprägendes klinisches Bild sowie durch die Möglichkeit einer schnellen Reversibilität unterscheidet, auch Krankheitsbilder wie die anhaltende Trauerstörung (ATS), die nicht auf traumatische Ereignisse nach den bereits erläuterten Definitionskriterien rückführbar sind. (Ebd. S.143f.)

Insgesamt möchte dieses Kapitel im Hinblick auf das diagnostische Procedere darauf aufmerksam machen, dass zwar klare Kriterien diesbezüglich vorhanden sind, diese aber durch eine Reihe von Einschränkungen und bewusst in Kauf genommener Ambiguitäten eine tatsächliche Diagnosestellung deutlich verkompliziert. Sowohl bezüglich des Traumaereignisses wie auch bei der Symptomtrias liegen klar nachvollziehbare und streng regulierte Voraussetzungen vor. Schwieriger wird es bei der genaueren Umschreibung, was diese genannten Kriterien genau ausmacht beziehungsweise durch welche konkreten Merkmale sich diese äußern. Hierbei wird ein Sammelsurium an Begrifflichkeiten etabliert, deren Bedeutung sich in unterschiedlichen Kontexten deutlich unterscheidet. So wird in der Fachliteratur oft der Dissoziationsbegriff zur Umschreibung des Kernsymptoms Intrusion verwendet, obwohl dieser im eigentlichen Sinne einer Gruppe von Krankheitsbildern im DSM-5 vorsteht. (Gast/ Wabnitz, 2017, S.34f) Die gerade beschriebene Unschärfe der Definitionen ergibt sich in diesem Fall daraus, dass ein Teilaspekt eines Symptoms anhand eines eigentlich übergeordneten Sammelbegriffs erklärt wird. Außerdem fällt auf, dass oftmals keine klare Trennlinie zur Symptomatik wie zum Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung gezogen werden kann, was eine eindeutige Zuschreibung des Verhaltens zu nur einem konkreten Krankheitsbild erschwert oder gar unmöglich macht. Diese Tatsache mag auch dem Umstand geschuldet sein, dass eine PTBS in den meisten Fällen im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen anzutreffen ist.

Außerdem zeigt sich im Vergleich der unterschiedlichen Versionen des DSM- beziehungsweise des ICD-Klassifikationssystems eine kontinuierliche Verschiebung in der Akzentuierung der ausschlaggebenden Kriterien. Obwohl die grundlegenden Aspekte beibehalten werden, so werden doch in den unterschiedlichen Versionen charakteristische Formulierungen bezüglich

der Merkmale der PTBS oftmals so abgeändert, dass dadurch neue Bestandteile der Krankheitsauffassung betont werden, während andere durch Weglassen oder Abänderung an Gültigkeit verlieren. Für den Kontext dieser Arbeit ist insbesondere das Ereigniskriterium von Belang, da die PTBS nicht in erster Linie mit onkologischen Krankheitsbildern in Verbindung gebracht wird, und es dementsprechend relevant ist, inwiefern eine mögliche Traumatisierung mit dem Auftreten ernstzunehmender körperlicher Erkrankungen Einzug gefunden hat. Diesbezüglich muss festgehalten werden, dass, obwohl die Möglichkeit einer PTBS in Folge eines medizinisch bedingten Traumas in der Fachliteratur in der Regel erläutert wird, auf eine explizite Benennung somatogener Krankheitsbilder als Traumaursache sowohl im ICD-11 als auch im DSM-5 verzichtet wird. (Köllner, 2019, S.444)

2.4. Erklärungsmodelle zu Pathogenese und Ätiologie

Beschäftigt man sich mit Entstehungsursachen einer PTBS und den damit verbundenen konzeptuellen Auffassungen, so fällt bei den zahlreichen Erklärungsmodellen ein Zusammentreffen unterschiedlichster Faktoren auf, bei denen der Fokus vor allem auf individuelle Wahrnehmungsprozesse gerichtet ist. So wird beispielsweise bei der Dual Representation Theory bezüglich der Abrufbarkeit von Erinnerungen zwischen deutlich kommunizierbaren („verbally accessible“) sowie den nur auf einer unterbewussten Ebene vorhandenen („situational accessible“) kognitiven Stimuli unterschieden. (Horn/ Maercker, 2015, S.44) Auch hinsichtlich neurobiologischer Abläufe sind maßgebliche Strukturen erforscht, die an der Pathogenese der PTBS beziehungsweise an deren Symptomausprägung beteiligt sind. Hierbei werden vor allem endokrinologische Stressreaktionen, wie die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, und im Falle von Veränderungen oder Abweichungen, deren Zusammenhang mit psychischen Krankheitsbildern wie Depression oder PTBS genannt. (Schmahl, 2019, S.98f)

Diese Konzepte beleuchten Ätiologie und Pathogenese aus Sicht unterschiedlicher Fachdisziplinen, wobei eine bloße Analyse individueller Prädispositionsfaktoren bei der Entstehung der PTBS oftmals zu kurz greift, da auch der Einfluss sozialer sowie kultureller Konstrukte auf die Dynamik eines pathogenen Verlaufs miteinzubeziehen ist. (Horn/ Maercker, 2015, S.46)

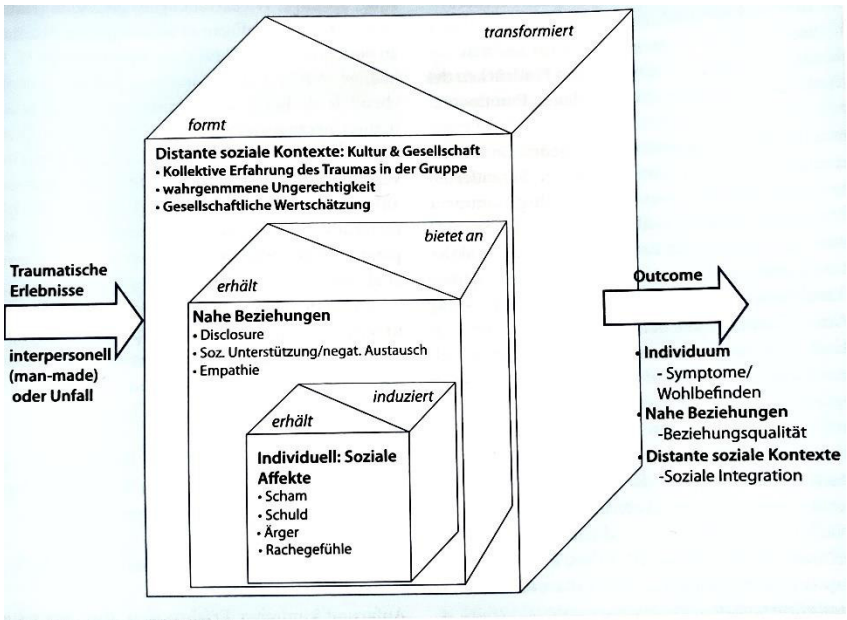

Abbildung 1: Sozial-interpersonelles Modell der PTBS (Maercker, 2013, S.48)

Maercker und Horn greifen deshalb in ihrem sozial-interpersonellen Modell diese Grundidee auf und möchten die individuellen Strukturen und Reaktionsmöglichkeiten des Einzelnen innerhalb eines gesellschaftlichen Rahmens verstanden wissen, der Interaktionen mit Mitmenschen sowie das Einwirken sozialer Werthaltungen und Normen beinhaltet. (Maercker/ Augsburger, 2019, S.38) Durch das Zusammenspiel dieser drei ineinander liegenden Schichtungen werden mehrere mögliche Perspektiven nach traumatisierenden Ereignissen etabliert. So kann die Ausprägung möglicher sozialer Affekte eines Traumaopfers, wie Schuld- beziehungsweise Schamgefühle, vom jeweiligen sozialen Umfeld durch eine wertschätzende und verständnisvolle Haltung zumindest zum Teil abgeschwächt oder gemildert werden. (Ebd.) Außerdem kann der gesamtgesellschaftliche Kontext miteinbezogen werden, indem man gängigen gesellschaftlichen Moralvorstellungen eine indirekte Einflussnahme auf das Individuum einräumt, da sich diese in den Haltungen und Aussagen des näheren Umfelds spiegeln. (Ebd., S.39) Insgesamt lassen sich somit eine Reihe von Umweltfaktoren auffinden, welche eine teilweise starke Einwirkung auf die Symptomausprägung haben können und bei den meisten anderen Erklärungsmodellen auf die innerpsychischen Komponenten beschränkt bleibt. (Horn/ Maercker, 2015, S.48)

2.5. Einflussfaktoren auf die Manifestation des Krankheitsbildes

In diesen Ansätzen, die Pathogenese und Symptome aus unterschiedlichen Blickwinkeln heraus erklären möchten, bleibt die prinzipielle Frage wie es überhaupt zum Auftreten einer PTBS kommen kann, meist unbeantwortet stehen. Da es nach dem Durchleben einer potenziell traumatisierenden Situation bei einem Großteil der betroffenen Personen nicht zur Ausprägung einer klinisch signifikanten PTBS kommt, liegt die Vermutung nahe, dass die Entstehung dieses Krankheitsbildes von einer Reihe unterschiedlicher Ereignisfaktoren abhängig ist, die ein Auftreten jeweils begünstigen oder erschweren können. (Pielmaier/ Maercker, 2015, S.74) Auf Basis dieser Feststellung wurden eine Reihe Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren bestimmt, die direkt mit einer Traumatisierung assoziiert oder zumindest mit dieser in Relation gesetzt werden können. (Maercker/ Augsburger, 2019, S.27) Basierend auf den Auswertungen von Metaanalysen, welche ein Studiencluster mit als signifikant einzustufenden Entstehungsbedingungen erstellten, wurde eine Reihe gültiger Prä- Peri- und Posttraumatischer Faktoren generiert. (Pielmaier/ Maercker, 2015, S.76f) Unter den Einflussgrößen der prätraumatischen Schutz- und Risikofaktoren sind nicht unbedingt objektivierbare Merkmale wie weibliches Geschlecht oder eine geringe Intelligenz gelistet, die zwar für spezifische Traumatisierungsumstände zutreffend sein mögen, deren generelle Gültigkeit aber auch zu hinterfragen ist. (Ebd. S.78) Als wichtiger anzusehen sind hierbei Schutzfaktoren wie ein positives Selbstkonzept und die Belastbarkeit des Einzelnen in Stresssituationen, welche sich aus Sozialisation oder Biografie des Individuums ergeben. (Ebd. S.79) Der peritraumatische Ereignishergang ist neben objektiv beurteilbaren Kriterien wie Traumadauer oder -art, vor allem bezüglich der initial gezeigten Reaktion der betroffenen Person zu beurteilen, da beispielsweise ein subjektiv empfundener Kontrollverlust oder gar dissoziative Symptomatik während dem traumatisierenden Geschehen oftmals erste Indikatoren für eine spätere Manifestation einer PTBS darstellen können. (Maercker/ Augsburger, 2019, S.28f) Im direkten Anschluss an eine traumatische Erfahrung wurden eine Reihe posttraumatischer Faktoren eruiert, die eine Aufarbeitung fördern oder erschweren können. (Pielmaier/ Maercker, 2015, S.80) Bei diesen sogenannten Aufrechterhaltungsfaktoren handelt es sich teilweise um konkrete Traumafolgen, wie zum Beispiel eine durch das Traumageschehen induzierte körperliche Behinderung, oder um breit greifende Lebensaspekte wie das subjektiv empfundene fehlende soziale Netz. (Ebd. S.81)

3. Einführung in die relevante Nomenklatur aus dem Forschungsfeld Resilienz

3.1. Adaptationsprozesse aus der Perspektive der Resilienzforschung

Die Beschäftigung mit Vulnerabilität, also mit den Indikatoren der Verletzlichkeit des/der Einzelnen, steht in engem Zusammenhang mit Konzepten der Resilienz, welche das Hauptaugenmerk auf die Analyse möglicher Schutzmechanismen legt. (Fooken, 2016, S.15) Der aus diesem Umdenken resultierende Paradigmenwechsel lässt sich am prägnantesten anhand der Feststellung von Stöhr et al. veranschaulichen, denen „ein Perspektivwechsel fort von Risiokofaktoren hin zu Protektivfaktoren und Ressourcen“ (Stöhr et al., 2019, S.122) im Bezug auf die der Resilienz zu Grunde liegenden Denkstrukturen aufgefallen ist. Dieses Zitat umreißt mit der Betonung positiver Bewältigungsstrukturen im Wesentlichen den Begriff Resilienz, welcher in einem engeren Definitionssinn Verhaltensstrategien und Aufarbeitungsprozesse angesichts einer Gefahrensituation zum Thema hat. (Rönnau-Böse/ Fröhlich-Gildhoff, 2015, S.15) Diese Bewältigung sollte wiederum im Sinne einer positiven Adaptation erfolgen, also einer Anpassung an die Lebenssituation nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis ohne beziehungsweise nur mit geringer pathogener Symptomausprägung. (Lindert et al. 2018, S.759) Keinesfalls sollte Resilienz als statisch unveränderbare Größe verstanden werden, da durch das kontinuierliche Einwirken unterschiedlicher Einflussfaktoren die persönliche Resilienz im Laufe des Lebens einer stetigen Wandlung unterworfen ist. (Rönnau-Böse/ Fröhlich-Gildhoff, 2021, S.2f) Es gilt hierbei die Reaktion des Individuums auf Krisen, die meist in Zusammenhang mit Stress stehen oder mit einem als unzureichend empfundenen Lebensstil zu tun haben, anhand einer feststellbaren Adaptation zu beurteilen, was sich wiederum durch eine merkliche Verhaltensregulierung oder -anpassung äußert. (Leipold, 2015, S.32) Eng verbunden mit diesem dynamischen Prozess sind Copingkonzepte, welche konkrete Maßnahmen und Verhaltensmuster als Möglichkeit der Stressbewältigung katalogisieren, und generell in ausweichende/defensive oder in aktive/problemkonfrontierende Ansätze unterteilt werden. (Rönnau-Böse/ Fröhlich-Gildhoff, 2015, S.20) Mit anderen Worten, gelingt es, das aufgetretene Problem direkt anzugehen und eine Lösungsstrategie dafür zu finden, oder wird die Situation emotional so umgedeutet, dass man die neu aufgetretene Stresssituation unter den gegebenen Umständen in seine Lebensweise integrieren kann. Nach dieser allgemeinen Unterscheidung lassen sich eine Vielzahl unterschiedlicher Copingstile bestimmen, welche beispielsweise eine positive Umdeutung der

Stresssituation, die Suche nach emotionaler Unterstützung, Leugnung von Sachverhalten bis hin zu Selbstvorwürfen umfasst. (Leipold, 2015, S.104f)

Tabelle 1: Dimensionen von Copingreaktionen (Leipold, 2015, S. 104)

Dimension	**Beispielitem**
1. Aktives Coping	Ich habe etwas unternommen, um die Situation zu verbessern
2. Planen	Ich habe mir eine Strategie dafür ausgedacht, was zu tun ist.
3. Positive Umdeutung	Ich habe das Positive in dem, was passiert ist, gesucht.
4. Akzeptanz	Ich habe gelernt, mit der Situation zu leben.
5. Humor	Ich mache Witze über die Situation.
6. Religion	Ich habe gebetet oder meditiert.
7. Emotionale Unterstützung	Ich habe nach emotionaler Unterstützung Durch andere gesucht.
8. Instrumentelle Unterstützung	Ich habe versucht, von anderen Rat und Hilfe Zu bekommen.
9. Ablenkung	Ich habe mich mit anderen Dingen beschäftigt, um mich zu zerstreuen.
10. Leugnung	Ich habe mir eingeredet, dass dies alles Nicht wahr ist.
11. Venting (Entlüftung)	Ich habe meinen negativen Gefühlen freien Lauf gelassen.
12. Gebrauch von Substanzen	Ich habe Alkohol oder Medikamente zu mir Genommen, um mich besser zu fühlen.
13. Lösung/Aufgabe von Copingbemühungen	Ich habe aufgehört, mich mit dem Problem zu beschäftigen.
14. Selbstbeschuldigung	Ich habe mir Vorwürfe gemacht.

Obwohl der Fokus von Resilienzkonzepten meist im Zusammenhang mit einer positiven Persönlichkeitsentwicklung gesehen wird, kann auch von einem maladaptiven Copingbegriff gesprochen werden, welcher abwehrende oder nicht funktionale Verhaltensmuster

zusammenfasst und meist ein Nichtgelingen des Bewältigungsprozesses anzeigt. (Ebd. S.107) Als entscheidender Faktor hinsichtlich der Handlungsmöglichkeiten oder der Handlungskompetenz des/der Einzelnen, welche sich letztlich anhand des individuellen Copingstils äußert, können die ihm/ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen gelten, die sich wie folgt strukturieren lassen. (Faltermaier, 2014, S.83)

Zunächst können die eigenen Fähigkeiten im Umgang mit stressauslösenden Faktoren unter dem Begriff personal-psychische Ressourcen subsumiert werden, während im Weiteren zwischen sozial-interpersonalen Ressourcen, die die soziale Anbindung und sich dadurch ergebende Unterstützungsmöglichkeiten fokussieren, und materiellen beziehungsweise kulturellen Ressourcen, welche sich auf die zur Verfügung stehenden finanziellen Möglichkeiten oder ganz allgemein auf die Weltanschauung unterschieden wird. (Ebd.) Unter dem Begriff Ressource kann aber, ganz allgemein gesprochen, jegliche Möglichkeit verstanden werden, die in Bezug auf den Bewältigungsprozess einen positiven Effekt hervorbringt. (Leipold, 2015, S.61) Schließlich ergeben sich aus diesen wiederkehrenden Verhaltensweisen sogenannte Dispositionen oder Traits, worunter Handlungsreaktionen eines Individuums verstanden werden, deren Ausprägung als typisch für eine bestimmte Person wahrgenommen wird. (Ebd. S.97)

3.2. Kohärenzgefühl und Salutogenese

Ein oft in den Gesundheitswissenschaften verwendetes Modell im Kontext der Resilienz ist die von Aaron Antonowsky entwickelte Salutogenese. (Rönnau-Böse/ Fröhlich-Gildhoff, 2015, S.26) Dieses Konzept versteht sich als ein Gegenmodell zur Pathogenese und verzichtet auf die meist zu kurz greifende Einteilung in "gesund" und "krank" zugunsten eines sogenannten Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, auf dem jeder Mensch individuell unter Berücksichtigung der jeweiligen Biografie und aus einer ganzheitlichen Perspektive heraus zu verorten ist. (Stöhr et al. 2019, S.114) Der Fokus liegt hierbei klar auf der Suche nach gesunderhaltenden Faktoren und Eigenschaften, während nach dem im Regelfall anzutreffenden biomedizinischen Ansatz lediglich Krankheitsursachen und die den Krankheitsverlauf verschlechternde Vulnerabilität des/der Einzelnen von Bedeutung sind. (Leipold, 2015, S.30) Mit dieser Betonung auf den gesundheitserhaltenden Aspekten kann die Salutogenese klar von anderen Resilienz Konzepten abgegrenzt werden, da bei Letzteren meist Anpassungs- und Bewältigungsprozesse thematisiert werden. (Rönnau-Böse/ Fröhlich-Gildhoff, 2015, S.22)

Als ideologischer Überbau der Salutogenese kann das Kohärenzgefühl oder Sense of Coherence aufgefasst werden, welches sich aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammensetzt. (Leipold, 2015, S.31) Der Sense of Comprehensibility (Verstehbarkeit) bezieht sich darauf, inwiefern Einflüsse, Reize und Informationen aus der Umwelt sinnvoll kognitiv verarbeitet und beständige Verhaltensmuster ausgeprägt werden können. (Stöhr et al. 2019, S.118) Die Handhabbarkeit beziehungsweise Bewältigbarkeit (Sense of Manageability) drückt aus, welche Möglichkeiten und Ressourcen vorhanden sind, um mit eventuell auftretenden Stresssituationen umgehen zu können. (Leipold, 2015, S.31) Schließlich kann mittels des Sense of Meaningfulness (Sinnhaftigkeit) angezeigt werden, inwiefern "das Leben [als] emotional sinnvoll" (Rönnau-Böse/ Fröhlich-Gildhoff, 2015, S.26) wahrgenommen wird, was wiederum als Indikator angesehen werden kann, ob es sich lohnt eventuelle Herausforderungen und Probleme aktiv zu bewältigen. (Stöhr et al. 2019, S.119) Aus dieser Einteilung des Kohärenzgefühls ergibt sich die Möglichkeit der Analyse relevanter Denk- und Handlungsstrukturen, welche durch die Unterkategorisierung in objektivierbare Variablen auch eine gewisse Einflussnahme oder Steuerung bezüglich der Resilienz möglich macht. (Leipold, 2015, S.31)

Die meisten Resilienz Konzepte und -auffassungen differenzieren nicht genau bezüglich der stressauslösenden Situationen oder der begleitenden Umstände, da diese unabhängig von spezifischen Kontexten eine Allgemeingültigkeit für sich beanspruchen. (Stöhr et al. 2019, S.114) Nichtsdestotrotz nehmen Resilienz Ansätze und das damit verbundene theoretische Fundament einer bezüglich Schutzfaktoren veränderbaren Kognition des Individuums sowie weiteren gezielten Möglichkeiten zur Resilienzförderung für die Aufarbeitung traumatisierender Ereignisse einen hohen Stellenwert ein. (Sprung et al. 2018, S.209)

4. Die Posttraumatische Belastungsstörung als Folge einer onkologischen Erkrankung

4.1. Bewältigungsaufgaben und mögliche Traumaursachen bei einer Krebsdiagnose

Wie bereits erwähnt, können lebensbedrohliche Erkrankungen und deren Diagnose maßgeblich zur Manifestation einer PTBS beitragen. Onkologische Krankheitsbilder sind in diesem Kontext besonders präsent, da der Umgang und die Verarbeitung einer Krebsdiagnose oftmals als eine Zäsur im Leben des/der Betroffenen begriffen wird und der Krankheitsverlauf, angefangen bereits bei den Unsicherheiten bei der ersten Wahrnehmung von Symptomen, vielfache Belastungssituationen aufweist. (Mamie/ Dietrich, 2017, S.616) Es gilt nun im Folgenden zu zeigen, wie und unter welchen Umständen eine Traumatisierung bei Krebserkrankungen möglich ist und wie sich das Themenfeld von etwaigen anderen lebensbedrohlichen Situationen abgrenzen lässt. Hierbei soll vor allem die subjektive Wahrnehmung der Erkrankten eine tragende Rolle einnehmen, weshalb die primäre Zielsetzung der folgenden Ausführungen darin besteht, diese Perspektive zu erläutern, und die angestrebte Einführung in onkologische Therapieverfahren und deren Kontextualisierung teilweise abzukürzen.

Zunächst muss man sich über das Ausmaß plötzlich eintretender Veränderungen im Zuge einer Diagnosestellung klarwerden, da die eigene Lebensstruktur zu Gunsten einer möglichst rasch erfolgenden Diagnostik und therapeutischen Interventionen zwangsweise umgestaltet werden muss, was wiederum mit einem erheblichen Kontrollverlust verbunden ist. (Schulz-Kindermann, 2021, S.253)

Die Komplexität der diagnostischen Verfahren bewirkt, dass Laien, um welche es sich bei den von der Krebserkrankung Betroffenen meistens handelt, schnell den Überblick verlieren und dementsprechend auch die Verstehbarkeit, im Sinne des Sense of Comprehensibility, der momentanen Lebenssituation, welcher vor allem in der Notwendigkeit eines zügigen Therapiebeginns besteht, nicht mehr gewährleistet ist. Wenn man sich mit den Entstehungsursachen und Klassifikationsmerkmalen maligner Tumorerkrankungen beschäftigt, stößt man zunächst auf ein undurchdringliches Geflecht an Fachtermini, welche es erlauben, den Tumor nach Gewebeart, nach Ausmaß der Entartung der Zellen sowie des Tumorwachstums und -ausbreitung im Körper zu differenzieren, wobei sich, abhängig von diesen qualitativen Merkmalen des Tumors, eine Reihe unterschiedlicher Einteilungssysteme etabliert haben. (Buser, 2017, S.30ff) Aus den daraus resultierenden Daten ergibt sich eine

Vielzahl an möglichen Behandlungsansätzen, die vom chirurgischen Eingriff zur Bestrahlung bis hin zur medikamentösen Therapie reicht, wobei letztere wiederum in Chemo- oder Hormontherapie oder in die Gabe von immunmodulierenden Wirkstoffen unterteilt werden kann. (Kroner/ Strebel, 2017, S.94) Möchte man als Betroffene/r genauere Informationen zu den Hintergründen des für sie/ihn ausgewählten Therapieansatzes, so braucht man ein Grundwissen in Genetik, um die fehlerhaften Transkribtions- und Translationsprozesse während der DNA-Replikation beziehungsweise bei der Proteinsynthese zu verstehen, welche als ursächlich für eine maligne Entartung gelten dürfen. (Jäger, 2017, S.9ff) Diese genetische Instabilität ist für mehrfache Mutationen einzelner Zellverbände verantwortlich, was auch die Auswahl einer passenden Therapieform verkompliziert. (Ebd. S.17ff)

Es wird im Kontext dieser Arbeit auf genauere Erläuterungen zu den gerade genannten Sachverhalten verzichtet, da dieser schnell aufeinanderfolgende Informationsfluss mit einer hohen Dichte an Fach- bzw. Fremdwörtern aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen sehr gut die Überforderung der Betroffenen illustrieren, welche bei Diagnosestellung leicht in diesem allegorischen Fluss untergehen würden. Genauere Erläuterungen wären dementsprechend wenig zielführend, da es hierbei vielmehr darum geht, die Position der/des Krebserkrankten aufzuzeigen, die vor allem am Anfang des diagnostischen Prozesses beziehungsweise bei Therapiebeginn am besten durch Hilflosigkeit und einem Gefühl des Verlorenseins charakterisiert werden kann. (Schulz-Kindermann, 2021, S.253) Um also die Notwendigkeit dieses von professioneller Unterstützung abhängigen Zwangsverhältnisses darzustellen, wurden in der obigen Argumentationskette bewusst Leerstellen in den Ausführungen belassen, deren genauere Kenntnis aus Sicht der/des Betroffenen zu den Privilegien der ExpertInnen zählt. Genau dadurch zeigt sich das Machtgefälle zwischen MedizinerIn und Betroffener/m, in welchem letztere oft einen Autonomieverlust hinnehmen müssen, der wiederum mangels der bereits angesprochenen Verstehbarkeit in einem paternalistischen Abhängigkeitsverhältnis resultiert. Noch drastischer formuliert wird daraus die Wahrnehmung, dem medizinischen Personal auf Gedeih und Verderb ausgeliefert zu sein, sich willenlos zahlreichen Untersuchungen unterziehen zu müssen, deren Resultate nur schwer verständlich und durch den darin enthaltenen Fachjargon kaum für den Laien zugänglich sind. Dieses Gefühl der Unfreiheit kann sich dann in psychischen Belastungen und Existenzängsten manifestieren, welche gerade durch die Ergebnisse aus den diagnostischen Verfahren noch verstärkt werden können. (Gaisser, 2017, S.72)

Außerdem tragen die gesamtgesellschaftlich vorherrschenden Vorstellungen bezüglich onkologischer Erkrankungen, welche vor allem durch die akute Lebensbedrohung und der hohen Letalität charakterisiert wird, zu einer weiteren Steigerung der empfundenen Belastung bei. (Mamie/ Dietrich, 2017, S.616) Bereits vor der Diagnosestellung hat die/der Betroffene gewisse Vorstellungen durch eine kollektivistische beziehungsweise gesellschaftliche Prägung über die Krankheit entwickelt, die oftmals mit individuellen Leidensgeschehen und drastischen Gedankenassoziationen zu Sterben und körperlichen Verfall zu tun haben. (Verres, 2013, S.50f) Umso schwerwiegender ist es dann, für die Erkrankten bei Besprechungen der weiteren therapeutischen Möglichkeiten mit genau diesen Vorstellungen konfrontiert zu werden, da beispielsweise bekannte Nebenwirkungen bei Zytostatikagabe wie Haarausfall, Übelkeit und Erbrechen, obwohl diese meist gut kontrollierbar sind, genau die bereits im Bewusstsein vorhandenen Befürchtungen bestätigen. (Kroner/ Müller, 2017, S.135) Die Toxizität klassischer Chemotherapeutika bleibt vorrangig im Bewusstsein der PatientInnen und hat für diese im Verlauf der Behandlung auch weitreichende Folgen, da durch die unspezifische Wirkweise der Zellschädigung auch nicht betroffene Zellverbände in Mitleidenschaft gezogen werden, was eine Reihe von Nebenwirkungen wie die gerade Genannten mit sich bringt. (Ebd. S.141) Insgesamt muss der hohe Anteil an somatischen Beschwerden, die sich entweder durch die onkologische Erkrankung an sich oder durch das mit zahlreichen unerwünschten negativen Effekten verbundene Therapieregime ergeben, bei der Analyse der Lebenswelt der Betroffenen Erwähnung finden, da sich vor allem diese auf das Wohlbefinden auswirken und ebenso als kontinuierliche psychische Belastung beziehungsweise als permanent vorhandene Stressoren verstanden werden können. Häufig ist ein starker ungewollter Gewichtsverlust oder eine langanhaltende Inappetenz zu beobachten, die sich aufgrund einer Vielzahl von Faktoren ergibt, die mit dem Tumor in Zusammenhang stehen und eine durch Mangelernährung bedingte Kachexie und eine Abnahme der Leistungsfähigkeit zur Folge haben, an denen auch ca. 25% der onkologischen PatientInnen letztlich versterben. (Imoberdorf et al. 2017, S.348) Des Weiteren werden onkologische Krankheitsbilder besonders mit starken Schmerzen assoziiert, welche bei bis zu 80 Prozent der Erkrankten zu beobachten und zumindest indirekt auf den Tumor rückführbar sind. (Kroner/ Margulies, 2017, S.277) Die beiden gerade angeführten prozentualen Angaben verdeutlichen, wie weit solche somatischen Beschwerden verbreitet sind, und welche ernsthaften Konsequenzen diese auch haben können. Trotz des gehäuften Auftretens ist eine Symptomkontrolle oftmals erschwert, was bei den Betroffenen sowohl während der Entscheidung zur Therapie sowie in deren Verlauf zu hohen Belastungen führen kann. Hierbei kann noch angemerkt werden, dass das ständige Konfrontiertsein mit diesen

Nebenwirkungen sich nicht nur auf die Lebensqualität auswirkt, sondern durch die über den gesamten Behandlungszeitraum vorhandenen Beschwerden auch die Handhabbarkeit erschwert. In diesem Sinn lässt sich erneut ein Bezug zu Antonovskys Kohärenzgefühl herstellen, da beim Versuch, die Krankheit und die durch die Therapie auftretenden Nebenwirkungen unter Kontrolle zu bringen, oftmals Rückschläge und permanente somatische Beschwerden zu erwarten sind, was dem Teilaspekt der Handhabbarkeit, welcher sich auf die vom Individuum wahrgenommenen Ressourcen bezieht und die Reaktionsfähigkeit bezüglich Hindernissen widerspiegelt, abträglich ist. (Leipold, 2015, S.31)

Anhand dieser Beschreibungen lässt sich das Ausmaß an unterschiedlichen Belastungssituationen erahnen, welche bei einer Krebsdiagnose vom Einzelnen bewältigt werden müssen. Man ist plötzlich durch Diagnosestellung und Therapieentscheidung gezwungen, das bisherige Leben radikal zu ändern und neu zu bewerten, da die persönlichen Alltagsstrukturen oftmals nicht mehr greifen. Im Zuge dieser Veränderungen kommt es zu unterschiedlichen Reaktionsweisen, welche den psychischen Verarbeitungsprozess aufzeigen und sich vor allem in den ersten kritischen Phasen der Diagnosestellung durch ein ausgeprägtes Angsterleben beziehungsweise einem traumatischen Ereignis beim plötzlichen Wegbrechen haltgebender Strukturen äußern. (Schulz-Kindermann, 2021, S.253) Der traumatisierende Moment steht meist in Verbindung mit der Mitteilung der Diagnose, kann aber auch zu einem späteren Zeitpunkt während der Behandlung oder im Krankheitsverlauf stattfinden. (Tschuschke, 2011, S.146) Es ist allerdings sinnig, vom Augenblick der Mitteilung einer Krebsdiagnose als Traumatisierungsereignis auszugehen, da es sich hierbei um ein einmaliges, einschneidendes Erlebnis handelt, welches in aller Deutlichkeit als negativ lebensverändernd empfunden wird und, wie bereits besprochen, mit starken Angst- und Panikgefühlen in Verbindung steht. Es nimmt eine besondere Stellung im Krankheitserleben ein, da es durch eine Einzigartigkeit beziehungsweise Einmaligkeit charakterisiert werden kann, die sich stark von den weiteren körperlichen und psychischen Belastungen unterscheiden. Letztere zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie sich über einen längeren Zeitraum aufbauen und damit kontinuierlich auf das Krankheitsempfinden einwirken. Die Nachricht einer onkologischen Erkrankung sticht hierbei für die Betroffenen in der Wahrnehmung deutlich als Wendepunkt heraus, der durch sein plötzliches und unerwartetes Eintreten das Potenzial besitzt, ein Trauma auslösen zu können. Die lebensverändernden Implikationen, die mit einer Krebsdiagnose einhergehen, sind bereits in Grundzügen über die gesellschaftlich vorbestehenden Vorstellungen zur Krankheit im individuellen Bewusstsein vorhanden und tragen dementsprechend noch zur Schwere des Situationserlebens bei.

Nichtsdestotrotz ist das Eintreten einer traumatisierenden Situation auch zu einem späteren Zeitpunkt während des Krankheitsverlaufs denkbar, da beispielsweise im Zuge des bereits thematisierten diagnostischen Prozesses oftmals nähere Informationen zum Krankheitsstand und zum Fortschreiten der Krankheit auftauchen, welche als mindestens ebenso einschneidend empfunden werden können. So kann beispielsweise erst nach einem lange andauernden Stagingverfahren, bei welchem Tumorgröße und das Vorhandensein möglicher Metastasen bestimmt wird, eine tatsächliche Prognose und ein Therapieziel bestimmt werden. (Buser, 2017, S.32) Auch auf diese Weise können sich also traumatisierende Situationen ergeben, wobei der gemeinsame Faktor das Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt darstellt, in welchem im Regelfall diese schwerwiegenden Informationen vermittelt werden. (Schulz-Kindermann, 2021, S.117)

4.2. Die Manifestation einer PTBS als Folge einer Krebsdiagnose

Da somit das krisenhafte Erleben und die Möglichkeit einer Traumatisierung aufgezeigt wurde, gilt es nun in einem letzten Schritt, die daraus resultierende Entstehung einer PTBS zu beschreiben. Neben dem Traumakriterium muss zusätzlich noch eine Chronifizierung des Symptomclusters gegeben sein, um auch von einer klinisch relevanten Posttraumatischen Belastungsstörung sprechen zu können. (Tschuschke, 2011, S.146) Dieser Schritt ist notwendig, weil die PTBS ansonsten von anderen Traumafolgestörungen schlecht zu differenzieren wäre. Besonders die akute Belastungsreaktion, welche ebenso mit intrusiven Verhaltensweisen und dissoziativer Symptomatik einhergeht, lässt sich nur über den Zeitraum der symptomatischen Phase von der PTBS abgrenzen. (Schulz-Kindermann, 2021, S.117) Während bei der kognitiven Verarbeitung der Diagnose und dem Begreifen der Erkrankung das Auftreten psychiatrischer Symptome zur Krankheitsaufarbeitung erwartet wird, sogar noch vor einer Tendenz zur Pathologisierung gewarnt wird, bleibt die Frage, welche Umstände und Faktoren dazu beitragen aus diesem Prozess einen dauerhaften Zustand zu machen. (Mamie/ Dietrich, 2017, S.625)

Besonders dysfunktionale Copingstrategien und unzureichend vorhandene Ressourcen scheinen in diesem Zusammenhang einen negativen Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung zu haben, indem sie diese durch eine zeitliche Verzögerung noch zusätzlich erschweren. (Feldmann, 2015, S.767) Diese Verhaltensmuster lassen sich mit den zahlreichen Veränderungen in der Lebenswelt der Betroffenen, welche sich nach der Diagnosestellung entschieden in allen Lebensbereichen wandelt, in Zusammenhang bringen. Am anschaulichsten

lässt sich dies anhand von Antonovskys Kohärenzsinn erklären, da durch die entstandenen psychischen Erschütterungen sowohl die Verstehbarkeit wie auch die Bewältigbarkeit bei den Erkrankten oftmals nicht mehr im gewohnten Ausmaß gegeben sind. Als Folge kann auch das Konstrukt der Sinnhaftigkeit ins Wanken kommen, welches letztlich als Indikator für die eigene emotionale Stabilität angesehen werden kann, und dadurch der Wegweiser der eigenen Handlungsstrukturen und persönlichen Zielsetzungen ist. (Rönnau-Böse/ Fröhlich Gildhoff, 2015, S.26) Werden die eigenen Kenntnisse und das Wissen zur Erkrankung, die nun ein großer Teilaspekt des eigenen Alltags sind, als unzureichend empfunden, und können aufgrund der vielfachen psychischen und somatischen Belastungen keine geeigneten Reaktionsmuster gefunden werden, so wird die subjektive Bedeutsamkeit des eigenen Lebens in Frage gestellt. Damit kann festgehalten werden, dass das Kohärenzgefühl empfindlich gestört werden kann und sich das Individuum auf der Skalierung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums neu einordnen muss. Dementsprechend ist durch dieses Wegbrechen der Bewältigungsmechanismen und den möglichen Störungen in der Krankheitsverarbeitung auch eine Chronifizierung der Symptomlast gegeben. Schließlich kann im Zuge dieser Ausführungen die mögliche Ausprägung einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung eingeräumt werden.

4.3. Symptomausprägung anhand objektivierbarer Kriterien

Das Phänomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei onkologischen Krankheitsbildern ist immer wieder Untersuchungsgegenstand zahlreicher internationaler Studien, die genauere Informationen zur Thematik bieten, während im deutschen Sprachraum meist die Traumatisierung durch körperliche Krankheiten generell betrachtet wird mit dem Nebeneffekt, dass die spezifischen Hintergründe einer Krebserkrankung gegebenenfalls nur ungenügend Beachtung finden. (Köllner, 2013, S.441) In der englischsprachigen Literatur hat sich die Abkürzung CR-PTSD herausgebildet, welche die Posttraumatische Belastungsstörung („post-traumatic stress disorder“) in einem ausschließlich onkologischen Setting („cancer-related“, also rückführbar auf die Krebserkrankung) beschreibt. (Gareth et al. 2015, S.371)
Leider müssen die dort enthaltenen Angaben immer differenziert betrachtet werden, da teilweise sehr unterschiedliche Erhebungsinstrumente Verwendung finden. Bei den prozentualen Angaben zu Prävalenzraten unterscheiden sich die Aussagen der Quellen, was vor allem am zeitlichen Verlauf der Veröffentlichungen liegt. Während in älteren Publikationen die Anzahl der Betroffenen auf rund 40% aller KrebspatientInnen geschätzt wird (Tschuschke,

2011, S.146), modulieren neuere Studien diese Angaben, indem sie zwar 40% der Erkrankten signifikante psychische Belastungen attestieren, jedoch nur bei 21,7% eine tatsächliche PTBS feststellen konnten. (Farahimanesh et al. 2021, S.918) Andere Studien wiederum sind mit ihren Angaben der Betroffenen nochmal vorsichtiger und setzen die Zahlen bei 15,4 % der StudienteilnehmerInnen an. (Moschopoulou, 2018, S.3003) Insgesamt scheinen Angaben bei CR-PTSD um 20% nach der Metaanalyse von Gareth et al. als valide gelten zu dürfen. (Ebd. 2015, S.371)

Diese zeitliche Entwicklung dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass zwar aktuell CR-PTSD für viele unterschiedliche Tumorarten ausreichend erforscht wurde und dementsprechend auch verlässliche Daten vorliegen. (Ezratty et al. 2021, S.369) Die Angaben zu Prävalenz und Inzidenz sind in diesem Kontext deshalb so wichtig, da sie eine genauere Vorstellung über die Betroffenenzahlen vermitteln und darüber hinaus Aufschluss über die tatsächliche Relevanz der Problematik geben. Dies kann letztlich als der Grundstein angesehen werden, ein allgemeines Bewusstsein für dieses Phänomen im Zuge einer onkologischen Erkrankung zu entwickeln.

Ebenso wichtig ist es, die bereits bewiesene Möglichkeit der Traumatisierung mit den korrelierenden Faktoren abzugleichen, welche die Ausprägung einer Symptomatik begünstigen. Es liegt die Hypothese nahe, dass der Malignitätsgrad, die Art und Lage des Karzinoms sowie der Behandlungsansatz hierbei eine Rolle spielen. Alle diese Faktoren sind mit einer eventuell höheren psychischen Belastung verbunden, da sie wie im Falle der Tumorklassifikation einen direkten Bezug zu Mortalität und der Überlebensrate zulassen. (Buser, 2017 [2], S.38f) Eine bereits nachgewiesene Metastasierung oder ein ausgedehnter Primärtumor hat Einfluss auf die Auswahl einer passenden Therapie und, je nach der Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, auch auf die Prognose, was beim Zusammentreffen der beiden Merkmale eine eklatante negative Auswirkung auf die Überlebensrate hat.

Auch bei der Art und Lage des Primärtumors beziehungsweise der Metastasen können unterschiedliche Belastungen vermutet werden. So können zum Beispiel Behandlungsansätze bei Tumoren im Kopf-Hals-Bereich körperliche Entstellungen nach sich ziehen, was wiederum eine posttraumatische Stressreaktion zur Folge haben könnte. (Moschopoulou, 2018, S.3003f) Ein solcher Eingriff in die körperliche Unversehrtheit ist beispielsweise eine Tracheotomie der PatientIn bei einer operativ erfolgten Laryngektomie, welche mit dem dauerhaften Tragen eines Tracheostomas sowie einem Verlust der eigenen Stimme verbunden ist. (Hinck/ Fischer, 2017, S.529 bzw. S.534) Auch eine eventuell notwendige Mastektomie bei einem vorliegenden Mammakarzinom kann ebenso eine positive Wahrnehmung des eigenen Körpers gefährden. (Günthert et al. 2017, S.542) Es ist hierbei anzunehmen, dass die mit solchen körperlichen

Veränderungen verbundenen Schamgefühle als nochmaliger Katalysator traumatischen Erlebens gelten kann.

Als letztes wäre noch der Therapieansatz zu erläutern, der mit seiner unterschiedlichen Zielsetzung eine weitere Einflussmöglichkeit bei der Ausprägung von Stressoren darstellt. Besonders für den Fall, dass eine kurative Behandlung, also eine letztlich auf eine Heilung abzielende Therapie, aus unterschiedlichsten Gründen nicht mehr indiziert ist und lediglich versucht werden kann, die durch den Tumor hervorgerufene Symptomatik im Rahmen eines palliativen Therapieansatzes zu kontrollieren und gegebenenfalls zu verbessern. (Kroner/ Strebel, 2017, S.95ff)

4.4. Die Rolle der subjektiven Wahrnehmung bei der Krankheitsverarbeitung

Auffällig bei den erläuterten Einflussfaktoren ist, dass es sich um objektivierbare Größen handelt, welche den Ernst der Erkrankung in allgemein fassbare Begrifflichkeiten und Abstufungen übersetzt, was die Bedrohung durch die Erkrankung auch nichtbetroffenen Personen verdeutlicht. (Cordova et al. 2007, S.315) Was dieser Gedanke ausdrücken möchte, ist, dass es sich bei den genannten Kriterien um schwer verarbeitbare Schicksalsschläge handelt, die intersubjektiv als solche angesehen werden können. Die tatsächlich subjektive Perspektive der/des Betroffenen, also Wahrnehmung und Haltung diesem Schicksalsschlag gegenüber, werden in keinster Weise in diese Überlegungen miteinbezogen. Es macht einen immensen Unterschied, mit welchen Persönlichkeitstraits und mit welchem Bewältigungsverhalten auf die objektivierbaren Informationen über das Vorhandensein von Metastasen, die Möglichkeit eines bleibenden körperlichen Defizits im Verlauf der Behandlung oder die Nichtheilbarkeit der Erkrankung das Individuum reagieren kann.

Auch in den vorliegenden Studien wird eine Korrelation zwischen Krebsstadium und Posttraumatischen Stressereignissen eher kritisch gesehen. So konnten Richardson et al. diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede zwischen HNO-Tumor PatientInnen und PatientInnen mit fortgeschrittenem Hautkrebs feststellen. (Ebd. 2016, S.3388) Moschopoulou et al. bestätigen auch für ihr Studiensetting keine relevanten Zusammenhänge zwischen objektiv feststellbaren Größen wie Krebsstadium oder Therapieart und der subjektiv wahrgenommenen Stressbelastung. (Ebd. 2018, S.3004f) Cordova et al. kommen im Fall von BrustkrebspatientInnen zu den gleichen Ergebnissen (Ebd. 2007, S.309), während Laskowska diese nochmals untermauert, indem sie im Bezug auf ihre ProbandInnen, bestehend aus

Brustkrebs- sowie LungenkrebspatientInnen, die wahrgenommene individuelle Bedrohung durch die Erkrankung als vorrangig vor dem tatsächlichen Krebsstadium bei der Stresswahrnehmung ansieht. (Ebd. 2021, 945) Außerdem kann in diesem Kontext angenommen werden, dass die jeweilige Art des Karzinoms bei der Ausprägung einer PTBS auch eine eher untergeordnete Rolle spielt, da die gerade angeführten Beispiele aus Studien jeweils unterschiedliche onkologische Krankheitsbilder zum Thema haben, alle allerdings zu ähnlichen Ergebnissen kommen.

Diese Eindeutigkeit der Studienergebnisse bedeutet allerdings auch, dass die ursprünglich formulierte Hypothese verworfen werden muss und weiterhin die Leitfrage nach auslösenden und verstärkenden Faktoren einer CR-PTSD immer noch zu beantworten ist. Anstelle die Entstehungsgründe in empirisch fassbaren Daten zu vermuten, wird die Ursache eher im subjektiven Krankheitserleben, besonders mittels bedrohlicher Vorstellungen von der Krankheit und deren emotionalem Erleben, gesehen. (Ezratty et al. 2021, S.371) Um allerdings etwas Struktur in das weite Feld des subjektiven Erlebens und der individuellen Bedeutungszuschreibung zu bringen, werden im Folgenden mögliche Hilfskonzepte vorgestellt, die bei der Analyse relevanter Einflussfaktoren auf die Krankheitsgenese hilfreich sein können.

Als erstes wäre hierbei das individuelle Copingverhalten anzuführen, welches sich als zuverlässiger Prädiktor erwiesen hat. Zunächst kann eine generelle Unterteilung zwischen einem aktiven, auf das Problem fokussierten Coping und einem eher passiven, auf Vermeidungsverhalten basierenden Reaktionsweisen gemacht werden. (Richardson et al. 2016, S.3386) Diejenigen, die sich nach Diagnosestellung aktiv mit dem Krankheitsgeschehen auseinandergesetzt hatten und Belastungen für die Psyche reduzieren konnten, indem sie beispielsweise soziale Unterstützungsmöglichkeiten wahrgenommen oder etwaige Problemstellungen direkt aufgearbeitet haben, profitierten dadurch in einem nicht zu unterschätzenden Maße. (Ebd.) Während bei anderen, deren Umgang mit der Krankheit vor allem durch Vermeidungsverhalten beziehungsweise Leugnung geprägt war, ein direkter Bezug zu Angstzuständen und depressiver Symptomatik nachgewiesen werden konnte. (Ebd.) Bei der Aufarbeitung der Gefühle und Gedanken kommt es vor allem bei solchen maladaptiven Copingmechanismen zu Gedankenkreisen und Grübeln, was wiederum eine Intensivierung der PTBS-Symptomatik zur Folge haben kann und die Aufarbeitung der Traumatisierung verzögert. (Oginska-Bulik/ Michalska, 2020, S.12f) Somit können vermeidende Verhaltensweisen, besonders wenn sie zur Etablierung von dysfunktionalen Denkmustern führen, als Aufrechterhaltungsfaktor bezeichnet werden. (Ebd.) Problemorientiertes Coping

hingegen kann aufgrund des positiven Effekts auf das individuelle Gesundheitsbewusstsein als wirksame Widerstandsressource bezeichnet werden. (Laskowska, 2021, S.945)
Als besonders schwerwiegend sind Verhaltensstrategien und Denkarten eingestuft worden, die mit Schuldzuschreibungen beziehungsweise Selbstvorwürfen zu tun haben und um vergangenes Fehlverhalten wie ausgiebigen Nikotin- oder Alkoholkonsum kreisen. (Richardson et al. 2016, S.3386)
Eine weitere ausschlaggebende Komponente ist die Wahrnehmung des sozialen Netzes und der daraus hervorgehenden Unterstützungsmöglichkeiten. So konnte eine Verringerung von Flashbacks sowie Numbingsymptomatiken bei positiver Unterstützung durch das persönliche Umfeld der Betroffenen im Anschluss an die Behandlung nachgewiesen werden. (Costa-Requena et al. 2014, S.91) Gesellschaftliche Restriktionen hingegen, die vor allem durch eine Voreingenommenheit oder Tabuisierung der Krankheit gegenüber charakterisiert werden können, drängen die Betroffenen in eine passive Rolle, in der ein klarer Dialog nicht stattfinden kann und so zwangsweise mit Vermeidungsverhalten reagiert werden muss. (Cordova et al. 2007, S.315)

4.5. Besonderheiten im Zusammenhang mit der CR-PTSD

Betrachtet man generell die Symptomausprägung der PTBS im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung, so fällt auf, dass die bereits erläuterte Symptomtrias, also Intrusion, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal hier ebenso zentral für die Auffassung des Krankheitsbildes sind. (Cordova et al. 2000, S.302) Obwohl grundsätzlich die Manifestation der Erkrankung nach gleichen Erkennungszeichen wie der generellen PTBS erfolgt, so fallen doch einige Besonderheiten durch das Vorhandensein der onkologischen Grunderkrankung auf. Die dahinterstehenden psychischen Verarbeitungsprozesse und Abläufe, welche eine Symptomatik wie die permanente Übererregung erst hervorrufen, ist auf gleiche pathologische Grundstrukturen zurückzuführen. (Leano et al. 2019, S.142)
Da sich jedoch eine Traumatisierung durch eine Übermittlung der Diagnose oder ähnlicher schlechter Nachrichten wie das Vorhandensein von Metastasen im medizinischen Setting vollzieht, ist man als Betroffene/r, sollte man einer Behandlung zustimmen, gezwungen, in das unmittelbare traumatisierende Umfeld in regelmäßigen Abständen zurückzukehren oder wird im Zuge der nach erfolgter Behandlung stattfindenden Nachuntersuchungen an das Gefühlserleben während der Therapie erinnert.(Leano et al. 2019, S.142) Hierbei kann es aufgrund der Ähnlichkeiten des Umfelds und der Situation häufig zu Triggererlebnissen

kommen, die das intrusive Wiedererleben befeuern. Onkologische PatientInnen können sich diesen Reizen nur bedingt entziehen, da ein kurativer Behandlungsansatz, welcher letztlich die Möglichkeit zur Überwindung der Krankheit beinhaltet, mit Therapiecompliance verbunden ist. Häufig anzutreffende Reaktionsmuster wie Vermeidungsverhalten, insbesondere eine gewünschte Stressreduktion durch Meiden des das Trauma hervorrufenden Umfelds, haben mit Blick auf das Krebsleiden den negativen Effekt, dass dieses gegebenenfalls nicht richtig beziehungsweise gar nicht therapiert werden kann. Dieser Zwiespalt ist das besondere Merkmal der CR-PTSD, da der akute Handlungsbedarf, welcher sich aus der Diagnosestellung der Grunderkrankung ergibt, unbedingt schnell und umfassend mittels eines strengem Therapieregimes umgesetzt werden muss, ohne dem/der Betroffenen Zeit zu einer mentalen Verarbeitung geben zu können. Verzögerungen und Incompliance wirken sich auf das Gelingen der Therapie und dadurch auch auf die Prognose aus. Dementsprechend ist es von essenzieller Bedeutung, eine Umsetzung der therapeutischen Vorgaben zu forcieren. Es ist durchaus denkbar, dass der subjektiv wahrgenommene Druck, welcher nicht nur vom medizinischen Fachpersonal und aus dem sozialen Umfeld stammt, sondern auch von den Betroffenen selbst aufgebaut wird, als Katalysator für eine PTBS wirken kann. Dieses paradoxe Spannungsfeld zwischen unmittelbar und umfangreich handeln müssen und der dadurch hervorgerufenen vermehrten psychischen Belastung scheint für eine CR-PTSD charakteristisch zu sein.

Es ergeben sich hinsichtlich der Symptomausprägung oftmals Ähnlichkeiten zu anderen psychischen Störungsbildern, insbesondere Depression und Angststörungen, welche häufig mit einer Krebserkrankung einhergehen. (Ezratty et al. 2021, S.372) Diese Überschneidungen sind nicht nur einer Diagnosestellung einer CR-PTSD hinderlich, sondern können auch zu einem falschen Umgang mit den Erkrankten führen. Besonders für den Fall, dass eine vorangegangene Traumatisierung nicht erkannt oder thematisiert wurde, ist es schwierig, vermeidende und affektreduzierte Verhaltensmuster klar zuzuordnen, was einen adäquaten Umgang verkompliziert und für die Betroffenen zu langfristigen Lebenseinschränkungen führen kann. (Leano et al. 2019, S.145)

5. Pflegerische Interventionsmöglichkeiten im onkologischen Setting

5.1. Arbeitsdefinitionen zu onkologischem Setting und Interventionsmaßnahmen

Schließlich bleibt noch zu erörtern welche Interventionsmaßnahmen geeignet sind, um dem komplexen Krankheitsbild der CR-PTSD zu begegnen und vor allem welche Rolle dem Pflegepersonal hierbei zukommen könnte. Es gilt zunächst, einen möglichen professionellen Handlungsrahmen zu etablieren und den Begriff des onkologischen Settings genauer zu definieren. Außerdem soll auch vorab eruiert werden, welches Selbstverständnis der Pflege vorliegt, um daraus mögliche Kompetenzen ableiten zu können, auf deren Grundlage ein eigenverantwortliches Handeln erst möglich wird. Im gleichen Zug sollen auch die Grenzen dieser Eigenständigkeit besprochen und klar definiert werden.

Die jeweils vorgestellten Maßnahmen und Herangehensweisen sollen spezifisch bezüglich der praktischen Umsetzbarkeit im onkologischen Setting hinterfragt werden. Konkret soll also aufgezeigt werden, welche Umstrukturierungen notwendig sind, um die etwaigen Interventionen im pflegerischen Alltag umzusetzen, und welcher Nutzen theoretisch aus diesen Veränderungen zu erwarten ist.

Während in den bisherigen Ausführungen versucht wurde, das Krankheitsbild der CR-PTSD und deren Ausprägungsmerkmale aus der Perspektive der Betroffenen zu charakterisieren, sollen im Folgenden Überlegungen angestellt werden, unter welchen Gegebenheiten eine professionelle Unterstützung und Begleitung dieser PatientInnengruppe stattfinden kann. Da der Kontakt zwischen vorrangig medizinischem Fachpersonal und onkologischen PatientInnen in den unterschiedlichsten Arbeitsumfeldern erfolgen kann, ist es zunächst wichtig den Begriff des onkologischen Settings einzugrenzen. Im weitesten Sinn kann dazu jedes professionelle Handlungsfeld gezählt werden, welches mit von einer Krebserkrankung Betroffenen zusammenarbeitet und primär das Krankheitsgeschehen an sich oder dessen Therapie im Mittelpunkt der Behandlung hat. Also sind hiermit Einrichtungen und Institutionen gemeint, die sich vorrangig mit malignen Tumorerkrankungen beschäftigen. Dementsprechend sind etwaige andere Fachabteilungen davon auszuschließen.

Da das zu besprechende Maßnahmenpaket meist einen Beziehungsaufbau zu den Betroffenen voraussetzt, um adäquat greifen zu können, ist es sinnig, die obige Definition nochmals einzuschränken. Um diese professionelle Bindung zwischen Pflegekraft und PatientIn zu erreichen, ist es essenziell, möglichst viele Gelegenheiten zur Kontaktaufnahme wahrzunehmen beziehungsweise generell die Möglichkeit zu haben, viel Zeit mit den Betroffenen verbringen

zu können. Dieses Umfeld ist eher in einem stationären Kontext gegeben, wo dieser Zeitfaktor durch die dauerhafte Betreuung ermöglicht wird. Im ambulanten Setting, in dem die PatientInnen zwar oftmals über einen längeren Zeitraum an eine Einrichtung angebunden sind, jedoch meist nur für die Dauer einer therapeutischen Intervention tatsächlich vor Ort sind, ist das Aufbauen einer profunden Beziehung erschwert. Hierunter fallen beispielsweise Therapieangebote wie ambulante Bestrahlung oder die ambulante Gabe von Chemotherapeutika, bei denen PatientInnen Großteils nur für die Dauer der jeweiligen Anwendung professionell betreut werden. Möglichkeiten, eventuellen Gesprächsbedarf aufzuarbeiten, ergeben sich zumindest von pflegerischer Seite hierbei eher selten. Somit soll für die folgenden Darlegungen ein vollstationärer, onkologischer Arbeitskontext vorausgesetzt werden, da vor allem hier die für einen Beziehungsaufbau notwendigen strukturellen Gegebenheiten vorliegen.

Nun gilt es, das PatientInnenklientel noch näher zu beschreiben, welches in diesem Setting behandelt wird. Die dort zu behandelnden Personen unterscheiden sich stark bezüglich des Aufnahmegrundes, da sowohl zu diagnostischen Zwecken, zur Therapieanwendung sowie im Falle einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes aufgrund der Begleiterscheinungen der Tumorerkrankung eine stationäre Versorgung indiziert sein kann. Somit kann davon ausgegangen werden, dass mit PatientInnen zusammengearbeitet wird, die eine traumatisierende Situation dort erleben, im Zuge einer akuten Belastungsreaktion bereits Symptome aufweisen oder im Zuge des langen Krankheitszeitraums eine partielle PTBS beziehungsweise eine voll ausgeprägte CR-PTSD entwickelt haben. Um auch auf diese unterschiedlichen Ausprägungen in einem gebührenden Maß eingehen zu können, gilt es bezüglich des vorzustellenden Maßnahmenpakets auch präventive Interventionen und Möglichkeiten der Früherkennung zu thematisieren.

Außerdem muss noch der Begriff der pflegerischen Interventionsmaßnahme genauer definiert werden. Hierunter sollen sämtliche professionelle Reaktionsmöglichkeiten subsumiert werden, die auf Krankheitsempfinden und Symptomausprägung einer Posttraumatischen Belastungsstörung Einfluss nehmen können, weshalb der Terminus der Intervention gegebenenfalls über das übliche Bedeutungsspektrum hinaus Verwendung finden könnte.

Zusammenfassend muss gesagt werden, dass die Einschränkungen bezüglich des Settings vor allem auf den Anspruch einer möglichst umfassenden praktischen Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen zurückzuführen sind.

5.2. Die Informationssammlung und mögliche Strategien der Informationsweitergabe

Um mit einem traumatisierten PatientInnenklientel überhaupt adäquat arbeiten zu können, muss als Grundvoraussetzung vor den konkreten Interventionen ein Bewusstsein für das Krankheitsbild der CR-PTSD seitens der MitarbeiterInnen gegeben sein, um die Kennzeichen eines eventuellen Traumas überhaupt als solche erkennen beziehungsweise richtig zuordnen zu können. Deshalb sollte im Vorfeld bereits dieser Themenkreis innerhalb des professionellen Teams, welches im Optimalfall interdisziplinär strukturiert ist, erarbeitet werden. Dieser Prozess kann natürlich auf sehr unterschiedliche Weise gestaltet werden. Wichtig hierbei ist allerdings, dass alle Beteiligten die wichtigsten Informationen erhalten und diese auch für alle jederzeit zugänglich sind, um eine nochmalige Vertiefung der Inhalte gewährleisten zu können. Am einfachsten ließe sich dies mittels einer stationsinternen Fortbildung bewerkstelligen, bei der den Anwesenden in verkürzter Form die essenziellen Eckpunkte zum Phänomen der Posttraumatischen Belastungsstörung im onkologischen Kontext präsentiert wird. Durch die Angaben zu Symptomatik, Pathogenese und Inzidenzwerten soll letztlich der dringende Handlungsbedarf kenntlich gemacht und die Notwendigkeit einer eventuellen Umstrukturierung des stationären Alltags zur Etablierung des Interventionsrepertoires gerechtfertigt werden. Außerdem können die Teilnehmenden bereits auf das Vorliegen einer möglichen Traumatisierung sensibilisiert werden, was ebenfalls als Voraussetzung für eine angemessene Reaktionsweise darauf gelten darf. Da auch die Diagnosestellung das weitere Vorgehen bestimmt, sollte die Informationsweitergabe multidisziplinär erfolgen. Um das Auftreten einer PTBS aufgrund körperlicher Erkrankungen als mögliche Folgestörung einer Krebsdiagnose aufzuzeigen, müssen auch die aktuellen Auflagen und Kriterien nach ICD beziehungsweise DSM Erwähnung finden. Es gilt zu betonen, dass es sich somit um eine anerkannte und offiziell gelistete Erscheinung handelt, der eine gezielte und strukturierte Therapie folgen sollte.

Der Aspekt der Aufklärung und Argumentationsstrategien zur Rechtfertigung des Auftretens möglicher psychischer Störungsbilder ergibt sich aus den momentan gültigen Vorlagen zur Evaluierung des Stimmungsbildes der Betroffenen bei einer stationären Aufnahme. Neben einer kurzen Anamnese zur psychosozialen Belastung wird den PatientInnen seitens der Pflege auch der Wusch nach einer psychoonkologischen Anbindung eruiert, was dann gegebenenfalls über einen Konsildienst weiter abgehandelt wird. (Schulz-Kindermann, 2021, S.127) Dieses Procedere birgt vor allem den Nachteil, dass die für die PatientIn zuständige Pflegekraft mit

dieser Abgabe der Verantwortung eventuell ganz ausgeschlossen oder zumindest schlecht involviert werden kann. Außerdem erfassen die angewendeten Screeningverfahren, wie sie beispielsweise vom universitären Cancer Center Hamburg Anwendung finden, lediglich ein Distress-Thermometer sowie ein aus vier Items zusammengesetztes Kurzscreening zu Depressivität und Angst. (Ebd.) Hieraus ergibt sich die Gefahr, dass komplexere psychische Störungsbilder, wie eine akute Belastungsreaktion oder eine PTBS nur unzureichend erkannt werden, was eine verspätete therapeutische Reaktion zur Folge haben kann. Darüber hängt die psychoonkologische Betreuung vom explizit geäußerten Wunsch der PatientIn ab. Dabei kann angezweifelt werden, ob Bertoffene, deren Trauma in einem medizinischen Setting erfolgte und die, wie bereits erläutert wurde, diesem Umfeld mit einer kritischen Skepsis begegnen, dieses Unterstützungsangebot auch wahrnehmen. Auch das Erleben der Machtlosigkeit der Betroffenen macht es unwahrscheinlich, dass eventuelle Bedenken oder die Gefühlswelt mit medizinischem Fachpersonal geteilt werden. (Korman et al, 2019, S.147) Somit fällt das Erkennen eventueller Komplikationen bei der Krankheitsverarbeitung wieder eher dem Bereich der Pflege zu, welche durch den oben beschriebenen Prozess eher aus der Verantwortung entbunden wird. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es bisher an einem allgemeinen Bewusstsein für die Schwere und weitreichenden Folgen solcher psychischen Begleiterkrankungen mangelt, weshalb, sollte die Etablierung eines gezielten Interventionspakets hinsichtlich der CR-PTSD angestrebt werden, zunächst die ausführliche Informationsweitergabe angestoßen werden muss.

Da mögliche Inhalte möglichst prägnant und komprimiert präsentiert werden sollten, können mögliche Inhalte aus den vorangegangenen Teilen dieser Arbeit als Grundlage für die Erstellung von Informationsmaterial dienen und dementsprechend konzeptualisiert werden. Während den Ausführungen wurde darauf geachtet, relevante Sachverhalte auf Basis weniger Stichwörter zusammenzufassen. So können beispielsweise die Ausprägungsmerkmale mittels der Symptomtrias oder das subjektive Empfinden der Betroffenen über das Kohärenzgefühl erläutert werden.

5.3. Der Beziehungsaufbau als Grundvoraussetzung vor Einzelinterventionen

Der Pflege im Umgang mit eventuell traumatisierten PatientInnen eine aktivere Rolle zukommen zu lassen ergibt sich aufgrund der Möglichkeit eines intensiven Beziehungsaufbaus, der, sollte er gut verlaufen, die Pflegekraft zu einer Vertrauensperson der Erkrankten werden lässt. Die Etablierung dieses Verhältnisses ergibt sich nicht nur aus der einfachen Tatsache, dass die KlientInnen durch den häufigen Kontakt zum Pflegepersonal während ihrer Behandlungsdauer und dem ganzen klinischen Prozess Rückhalt bei diesen finden. (Korman et al. 2019, S.148) Der Gedanke einer umfassenden professionellen Beziehung ist auch tief im allgemeinen Pflegebewusstsein verankert. So stellt das Verhältnis zwischen Pflegekraft und PatientIn immer einen zentralen Bestandteil bei der Theoretisierung des Pflegeselbstverständnisses dar. Das prominenteste Beispiel wäre hierbei das Durchlaufen unterschiedlicher Pflegerollen, mit denen die KlientIn die zuständige Pflegekraft wahrnimmt von Hildegard Peplau. (Behrens, 2019, S. 133) Auch wenn die Theorie teilweise als veraltet eingeschätzt werden kann und deshalb kritisch zu hinterfragen ist, wird Peplaus Strukturierung des pflegerischen Handlungsverlaufs in Orientierungs- Identifikations- Nutzungs- sowie Ablösungsphase gerne als Blaupause für den Prozess des Beziehungsaufbaus in spezifischen Settings verwendet. (Ebd. S.135f)

Tabelle 2:Das SARI-Modell als Behandlungsgrundlage (Reichel, 2019, S.25)

Das SARI-Modell als Behandlungsgrundlage		
Phase I	S	Safety and Stabilisation (Sicherheit und Stabilisierung)
Phase II	A	Accessing (Schaffung eines sicheren Zugangs zum Trauma und den entsprechenden Ego-States)
Phase III	R	Resolving and Restabilisation (Auflösung der traumatischen Erfahrung und Restabilisierung)
Phase IV	I	Integration and Identity (Integration der Persönlichkeit, Neuorientierung und Schaffung einer neuen Identität)

So empfiehlt die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) das in vier Phasen ablaufende SARI-Modell, welches als konzeptioneller Rahmen im Umgang mit komplexen Traumafolgestörungen Verwendung findet. (Reichel, 2019, S.24f) Die Abkürzung SARI bildet ein Akronym, bei dem jeder Buchstabe als Initialwort für die in dieser Phase

angestrebte Zielsetzung steht. Als erstes steht die Sicherheit und Orientierungsgebung im Vordergrund, wo vor allem eine diagnostische Ausdifferenzierung stattfindet und im Bezug auf den pflegerischen Aufgabenbereich vorrangig das Festhalten charakteristischer Verhaltensweisen und Traits der Betroffenen ist, welche sich aufgrund der alltäglich stattfindenden Kontakte ergibt. (Ebd. S.26) Im Zuge dieser gehäuften Interaktion mit den PatientInnen sollte sich letztlich eine als tragfähig geltende professionelle Beziehung zur Pflegekraft formieren. (Ebd.) Die darauffolgende Stabilisierungsphase („Accessing") wird genutzt, um den Betroffenen die Kontrolle über Alltagsereignisse durch eine gezielte Arbeit mit den persönlichen Widerstandsressourcen zurückzugeben. (Ebd.) Im Mittelpunkt der Traumabearbeitungsphase stehen primär therapeutische Maßnahmen mit dem Ziel einer eventuellen Traumaaufarbeitung, an der die Pflege nur eine ergänzende Rolle einnimmt, da eine Traumaexposition unbedingt ein therapeutisches Setting verlangt. (Ebd. S.27) Es kann aber im beruflichen Alltag auch während dem PatientInnenkontakt zu einer Thematisierung des traumatischen Ereignisses kommen, weshalb ein adäquater Umgang in solchen Situationen seitens der zuständigen Pflegekraft beherrscht werden sollte. (Ebd.) Schließlich soll der KlientIn in der letzten Phase ermöglicht werden, das Trauma in die eigene Biographie einzuordnen und über eine ambulante Versorgungsstruktur eine Anbindung im sozialen Umfeld zu garantieren. (Ebd.)

Natürlich ist das SARI-Modell primär im psychiatrischen Stationskontext zu verorten, doch lassen sich die grundsätzlichen Zielsetzungen auch auf die onkologische Fachrichtung übertragen. Vor allem die Sicherheitsphase und das Accessing bilden den Schwerpunkt pflegerischer Interventionsmöglichkeiten und stellen ein Anforderungsprofil an die Pflege, welches meist über den zwischenmenschlichen Kontakt definiert werden kann. Die wichtigen Komponenten des Modells, also die Haltung der Pfllegekraft, der gezielte Beziehungsaufbau zur KlientIn sowie die dafür notwendigen Kommunikationsstrategien sind in Grundzügen bereits über das Selbstverständnis der Pflege vorhanden. Das Peplau Modell, das auch als eine zeitliche Abfolge von Annäherung und Ablösung verstanden wird, kann aufgrund seiner allgemeinen Bekanntheit einen gemeinsamen Referenzrahmen bei einer geplanten Umsetzung auf Station dienen und diese durch die vorhandenen Parallelen gegebenenfalls erleichtern. (Behrens, 2019, S.137) Letztlich steht auch hier die Kommunikation und das Aufbauen einer professionellen Beziehung der Pflegekraft der PatientIn gegenüber im Mittelpunkt. Dieses Konstruieren eines positiven Verhältnisses kann als „wichtigste pflegerische Handlung vor allen weiteren Einzelinterventionen" (Reichel, 2019, S.28) angesehen werden und ist somit in

den Blickpunkt zu rücken, egal welches von den genannten Modellen hierfür als Grundlage dient.

5.4. Mögliche Ansatzpunkte im pflegerischen Handeln

Der pflegerische Screeningprozess sollte, wie bereits erläutert, Beobachtungen aus alltäglichen Interaktionen beinhalten. Um diesen Ablauf aber möglichst strukturiert zu gestalten, werden im Folgenden Vorgehensweisen aufgezeigt, die eine gezielte pflegerische Intervention ermöglichen. Zunächst sollten Beobachtungen des Pflegepersonals auf das eventuelle Vorhandensein symptomatischer Verhaltensweisen sensibilisiert werden, weshalb diese im folgenden Schaubild dargestellt sind. Hierbei sind häufig zu beobachtende Haltungen und Reaktionen der KlientInnen in Tabellenform gelistet, denen es im beruflichen Alltag besondere Aufmerksamkeit zu schenken gilt, da sie auf eine mögliche PTBS hinweisen und dementsprechend auch weitere therapeutische Diagnostik erfolgen sollte. Die Inhalte wurden in dieser Form von Korman et al. auf Basis einer systematischen Literaturrecherche von Arnaboldi et al. erarbeitet. (Vgl. Arnaboldi et al. 2017, S.473ff) Die Übersetzung wurde vom Autor angefertigt.

Tabelle 3: Klinische Anzeichen einer PTBS bei Krebspatienten (Korman et al. 2019, S. 148)

Klinische Anzeichen einer PTBS bei Krebspatienten
• Unstrukturiertes Verhalten
• Erregtheit/Agitation
• Unfähigkeit der Informationsaufnahme (z.B. das oftmalige Wiederholen der gleichen Frage)
• Über das gewöhnliche Ausmaß hinausreichender Dystress (z.B. Besorgnis/ ängstliches Verhalten gegenüber jeglichen Nebenwirkungen)
• Äußerste Beunruhigung und Grübeln/Rumination in Bezug auf mit der Krankheit in Zusammenhang stehenden Entscheidungen
• Äußerste Angst vor jeglichen medizinischen Verfahren
• Der Versuch „zum Onkologen zu werden“, indem ausgiebig über den eigenen Zustand recherchiert wird
• Vermeidungsverhalten bei bildgebenden Verfahren, Abklärungen, Behandlungen
• Schlaflosigkeit
• Unbeteiligt sein oder empfindungslos scheinen (z.B. zu still sein)

Tabelle 3 Fortsetzung
• Verpassen von Terminen
• Oftmaliges Verspäten bei Terminen
• Erhöhte Werte von Cortisol/Katecholaminen im Urin

Um eine verlässliche Bestandsaufnahme zu gewährleisten, sollte die Beurteilung des psychischen Zustandes zu einem festen Bestandteil der Pflegedokumentation sowie bei Übergaben werden. Eine weitere Möglichkeit größere Klarheit zu schaffen, ist die Verwendung von Assessmentinstrumenten, die durch eine kurze Bestandsaufnahme die Aufmerksamkeit auf pflegerelevante Risikoprofile lenken und als weitere Handlungsgrundlage dienen können. (Reuschenbach, 2011, S.49) Die letztliche Diagnosestellung muss von medizinisch-psychologischer Seite erfolgen, die diese im Optimalfall mittels strukturierter Interviews beziehungsweise spezialisierten Fragebögen durchführt. (Reichel, 2019, S.26) Daher kommt einem pflegerischen Assessment eine eher ergänzende Rolle zu. Diesbezüglich kann das validierte Erhebungsverfahren des Posttraumatic Checklist- Civilian Version (PCL-C) genannt werden. (Korman et al. 2019, S.148) Dieses Messinstrument wird von der PatientIn selbst ausgefüllt und beinhaltet 17 auf Basis des DSM-IV entwickelten Items, welche mittels einer Likert-Skala abgefragt und nach einem Punktesystem ausgewertet werden. (Moschopoulou et al. 2018, S.3004) Insgesamt sollte nach dem abgeschlossenen Screening ein differenziertes Bild der KlientIn durch die Analyse psycho-sozialer Verhaltensmuster entstanden sein, auf deren Grundlage konkrete Problemstellungen benennbar sind. (Reichel, 2019, S.61f) Parallel dazu sollte sich das Vertrauensverhältnis herausbilden, um das Gelingen der weiteren Interventionsmaßnahmen zu gewährleisten.

Im onkologischen Handlungsrahmen bietet sich vor allem die Arbeit mit den Copingmechanismen der PatientIn an, wobei man generell zwischen der Verstärkung positiver Copingstrukturen und der Reduktion maladaptiver Verhaltensweisen unterscheiden kann. (Korman et al. 2019, S.148) Ersteres funktioniert über das bewusste Hervorheben von als förderlich geltenden Perspektiven zu Behandlungs- und Krankheitsverlauf im alltäglichen Kontakt, während als negativ konnotierte Denkmuster unter Bezugnahme auf vorhandene Widerstandsressourcen nach und nach ersetzt werden sollten. (Ebd.) Das übergeordnete Ziel hierbei ist, den PatientInnen einen möglichst förderlichen Umgang mit den zahlreichen Stressoren zu ermöglichen, die es im Rahmen der onkologischen Therapie und darüber hinaus

zu bewältigen gilt. Solche Stresssituationen können sich sehr individuell gestalten und hängen meist von der subjektiven Perspektive der Betroffenen ab, weshalb es schwierig ist, Kommunikationsvorgaben über eine Auflistung beispielhafter Situationen hinaus darzustellen. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit eines Kommunikationstrainings für Pflegekräfte, in denen bewusst solche Gesprächsverläufe thematisiert werden und mögliche Reaktionsmuster eingeübt werden können. (Korman et al. 2019, S.148)

Um diese Zielsetzung eines Perspektivenwechsels über die Modulation des individuellen Copings bewusst zu forcieren, kann im Rahmen der Pflegeplanung gemeinsam mit der KlientIn die Stressbelastung bei konkreten Situationen eruiert und im Dialog bereits mögliche Lösungsansätze besprochen werden. Ein standardisiertes und strukturiertes Unterstützungsangebot bieten hierbei die NANDA-Pflegediagnosen, welche unter der Domäne 9 mögliche Pflegediagnosen subsumieren, welche mit Coping beziehungsweise der Stresstoleranz zu tun haben. (vgl. Herdman/ Kamitsuru, 2018, S.367-S.418) Diese bilden das gesamte pflegerische Interventionsspektrum ab, da es neben dem Posttraumatischen Syndrom an sich (Ebd. S.370f.) auch unterschiedliche Copingvarianten enthält und Aspekte aus der Resilienzforschung miteingeflossen sind. Im Folgenden sind einige Diagnosen und deren Definitionen gelistet, die in Bezug auf eine gewünschte Intervention bei einer CR-PTSD Verwendung finden könnten.

Titel	**Diagnosencode**	**Definition**
Posttraumtisches Syndrom (Ebd. S.370)	00141	Anhaltende, fehlangepasste Reaktion auf ein traumatisches, überwältigendes Ereignis.
Bereitschaft für ein verbessertes Coping (Ebd. S.380)	00158	Ein Muster einer wirksamen Bewertung von Stressfaktoren mit kognitiven und verhaltensbezogenen Anstrengungen, um mit Anforderungen bezogen auf das Wohlbefinden zurechtzukommen, welches gestärkt werden kann.
Ineffektives Coping (Ebd. S.386)	00069	Ein Muster einer unwirksamen Bewertung von Stressfaktoren mit kognitiven und verhaltensbezogenen Anstrengungen, welches unzureichend ist, um mit Anforderungen bezogen auf das Wohlbefinden zurechtzukommen.
Machtlosigkeit (Ebd. S.394)	00125	Wahrnehmung eines Mangels an Kontrolle über eine Situation, einschließlich der bewussten Wahrnehmung, dass die eigenen Handlungen keine signifikante Wirkung auf das Ergebnis haben,

Beeinträchtigte Resilienz (Ebd. S.396)	00210	Reduzierte Fähigkeit, sich durch einen dynamischen Anpassungsprozess von nachteiligen oder verändernden Situationen zu erholen.

Tabelle 4: Mögliche NANDA-Pflegediagnosen (vgl. Herdmann/Kamitsuru, 2019, S.370ff)

5.5. Interventionsmöglichkeiten im Zuge der PatientInnenedukation

Eine Sonderrolle im Umgang mit PTBS-PatientInnen kommt der PatientInnenedukation zu, da durch diesen Prozess ein Verständnis für das Krankheitsbild etabliert werden kann und gegebenenfalls funktionierende Kontroll- und Steuerungsmechanismen vorgestellt werden können, die die KlientIn zur Handhabung der jeweiligen Symptomatik beziehungsweise der Aufarbeitung des Krankheitsgeschehens befähigt. (Korman et al. 2019, S.148) Unter diesem Begriff können die Weitergabe relevanter Informationen, das Einüben konkreter Verrichtungen, im Folgenden auch als Schulung bezeichnet, sowie ein tiefgreifender Beratungsprozess verstanden werden. (London, 2010, S.21) Vor allem die pflegerische Beratung, die in Grundzügen zum Ziel hat, gemeinsam mit der PatientIn einen Lösungsansatz für eine individuelle Problemlage zu finden, eignet sich, im Kontext einer PTBS für gezielte Interventionen. (Ebd.) Es muss an dieser Stelle klar auf die Grenzen dieses Ansatzes verwiesen werden, da es sich hierbei um kein therapeutisches Angebot handelt und dementsprechend eine angestrebte Verarbeitung traumatischen Erlebens den Kompetenzbereich der Pflege deutlich überschreitet. (Reichel, 2019, S.74) Vielmehr sollte die KlientIn befähigt werden, Einzelaspekte des Krankheitserlebens zu bewältigen, indem ein Empowerment, also eine Selbstermächtigung der Betroffenen, angestrebt wird. (Reibnitz et al. 2017, S.11) So könnte beispielsweise durch eine ausführliche Sozialanamnese das familiäre Umfeld erfasst und damit wichtige Widerstandsressourcen aktiviert werden, da ja ein eklatanter Zusammenhang zwischen sozio-interpersonellen Faktoren und der Symptomlast einer CR-PTSD vermutet werden kann.

Insgesamt werden im Rahmen dieser Edukation vor allem Wissensdefizite aufgearbeitet, was die Betroffenen entlastet und ihnen letztlich ein Gefühl von Sicherheit vermitteln kann. (Reichel, 2019, S.74) Da durch die Weitergabe von Informationen ein Aufklärungsprozess angestoßen wird, der der PatientIn eine aktive Rolle zuspricht, wird das Krankheitsgeschehen im Beratungsverlauf für diese verstehbar und handhabbar. Somit stimmt der Ansatz des Empowerments, welcher auf die KlientInnenautonomie bedacht ist, mit der Stärkung des Kohärenzsinns überein. (London, 2010, S.22) Die Inhalte der Beratungsgespräche müssen also

nicht zwingend Spezifika der CR-PTSD sein, weil auch die Aufarbeitung von onkologischen Problemstellungen zu einem selbstbestimmten Umgang mit dem Krankheitsbild Krebs und seinen Neben- und Folgeerscheinungen beitragen. So hilft es zum Beispiel, die prophylaktischen Maßnahmen und das Ausmaß einer chemoinduzierten Übelkeit bereits im Vorfeld zu besprechen, um den empfundenen Kontrollverlust des Betroffenen durch das Aufzeigen symptomlindernder Verhaltensweisen zu antizipieren. (Hlawatsch/ Oechsle, 2017, S.384f.)

Einschränkend muss angemerkt werden, dass dieser professionelle Beratungsansatz nur mit einer Zusatzqualifikation über eine Weiterbildung ausgeführt werden darf, die dazu notwendige Verhaltensweisen und Gesprächstechniken vertieft. (Reibnitz et al. 2017, S.10) Nichtsdestotrotz erscheint es denkbar, edukative Elemente punktuell in den pflegerischen PatientInnenkontakt zu etablieren, wie es beispielsweise von London gefordert wird. (Vgl. London,2010, S.34ff.) Die weiterhin bestehende Problematik eines unzureichenden Kenntnisstandes der Pflegekräfte im Bezug auf kommunikative Fertigkeiten kann mittels der bereits geforderten Schulung zur Gesprächsführung zumindest entschärft werden. Da bereits gezielte Beratungsprogramme im onkologischen Fachbereich existieren, könnte durch eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit auch hier der Fokus auf eine PTBS-Symptomatik verstärkt werden. (London, 2010, S.21)

6. Fazit

Bevor die Ergebnisse dieser Arbeit resümiert werden können, gilt es die dargebrachten Inhalte sowie das strukturelle Vorgehen nochmals kritisch zu hinterfragen. Zunächst muss im Bezug auf die verwendeten Studien angemerkt werden, dass diese zum Großteil das Phänomen der CR-PTSD im Zusammenhang mit einem jeweils spezifischen Tumorleiden untersuchen und die im Zuge dieser Arbeit erläuterten Gemeinsamkeiten und Parallelen, was das Erscheinungsbild der PTBS im onkologischen Kontext angeht, auf Basis dieser Einzelstudien selbst erarbeitet wurde. Deshalb ist ein Anspruch auf Allgemeingültigkeit nur bedingt gegeben, da neben verwendeten Publikationen noch weitere relevante Ergebnisse vorliegen könnten, die den Ausführungen dieser Arbeit gegebenenfalls widersprechen. In diesem Fall ist natürlich solchen wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen der Vorzug zu geben. Außerdem wurde für den Großteil der verwendeten Studien ein quantitativer Forschungsansatz als Auswertungsgrundlage benutzt, da in vielen Fällen die angewendeten Messinstrumente die PCL-C oder ähnlich strukturierte Assessments waren. Es ist hierbei fraglich, ob solche skalierte Erhebungsmethoden der subjektiv empfundenen Dimension der Symptomlast einer CR-PTSD gerecht werden können. Unter diesem Blickwinkel mag es ironisch wirken, dass in den Ausführungen der Vorrang einer subjektiven Betrachtungsweise vor objektivierbaren Kriterien postuliert wird, obwohl der zu Grunde liegende Datenpool mit Hilfe von ebenjenen quantitativen Charakteristika erstellt wurde.

Die ausgewählten Inhalte mussten teilweise in sehr komprimierter Form wiedergegeben werden, um die nötige Übersichtlichkeit über die breitgefächerten Themenfelder Onkologie, Posttraumatische Belastungsstörung und Resilienzforschung gewährleisten zu können. Die daraus resultierenden Aussparungen wurden zu Gunsten einer stringenten Übertragung theoretischer Konzepte in praktisch umsetzbare Vorgaben bewusst in Kauf genommen. Insbesondere beim Kohärenzgefühl fanden sich themenübergreifende Anknüpfungspunkte, weshalb die Arbeit, figurativ gesprochen, in das enge ideologische Korsett der Salutogenese eingeschnürt wurde. Diese Methode birgt allerdings auch Schwachpunkte, da sie oftmals eine argumentativ-interpretative Vorgehensweise verlangt. Obwohl darauf geachtet wurde, die aus der Quellenlage resultierenden Prämissen konsequent in das jeweilige Anwendungsfeld zu übertragen, bleibt doch durch den subjektiv geprägten Charakter einer Interpretation die Gefahr eines logischen Fehlschlusses bestehen.

Wie bereits angedeutet stellt diese Arbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Diese Tatsache muss besonders im Zuge der thematisierten pflegerischen Interventionen betont werden, da es sich hierbei um eine mögliche Auswahl handelt, deren Umsetzung im onkologischen Setting denkbar ist. Natürlich ist es notwendig die einzelnen Interventionen im Falle einer geplanten Implementierung, wie ein didaktisches Konzept zur Vermittlung der erarbeiteten Inhalte, jeweils noch zu präzisieren und zu vertiefen. Die vorrangige Zielsetzung war, ein geeignetes pflegerisches Maßnahmenpaket für das onkologische Setting zu erstellen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich beim Krankheitsbild der PTBS im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung um ein relevantes Phänomen handelt, dem im aktuellen Klinikkontext noch zu wenig Beachtung zukommt. Hierfür sind vor allem Ambiguitäten im diagnostischen Prozess, eine Überschneidung der Symptomatik in Bezug auf Komorbiditäten sowie ein unzureichender Screeningprozess bei stationärer Aufnahme verantwortlich. Auf Basis der Studienlage konnten mehrere Einflussfaktoren benannt werden, die einen positiven Effekt auf Krankheitsempfinden und -verlauf haben können. Vorrangig sind hierbei das individuelle Copingverhalten und Faktoren aus dem sozialen Umfeld zu nennen. Die unterstützende Rolle der Pflege im Behandlungsverlauf kann unter Einbezug der vorgestellten Maßnahmen noch deutlich ausgebaut werden. Da mit dem Selbstanspruch eines möglichst umfassenden Beziehungsaufbaus zur KlientIn die Grundvoraussetzung für vertiefte Interventionen bereits erfüllt ist, kann darauf aufbauend an etwaigen Problemstellungen gearbeitet werden. Dafür notwendige Strukturen, wie Beratungsansätze und das Umsetzen einer Pflegeplanung, sind im onkologischen Setting bereits etabliert, müssen aber für das Gelingen einer traumasensiblen Pflege im Hinblick auf diese Problematik ausgebaut werden. Schließlich muss nochmals die Relevanz kommunikativer Fertigkeiten betont werden, weshalb diese Arbeit mit einem Plädoyer für die gezielte Schulung von Gesprächstechniken schließt.

7. Quellenverzeichnis

- Arnaboldi, Paola/ Riva, Silvia/ Crico, Chiara/ Pravettoni, Gabriella (2017) A systematic literature Review exploring the prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder and the Role played by Stress and Traumatic Stress in Breast Cancer Diagnosis and Trajectory. In: Breast Cancer (9), S.473-S.485.
- Behrens, Johann (2019) Theorie der Pflege und der Therapie. Grundlagen für Pflege- und Therapieberufe. Bern: Hogrefe Verlag.
- Buser, Katharina (2017) Einteilung und Klassifikation maligner Tumoren. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.) Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.29-S.36.
- Buser, Katharina (2017) [2] Epidemiologie: Risikofaktoren und die Entstehung maligner Tumoren. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.) Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.37-S.51.
- Cordova, Mathew J./ Giese-Davis, Janine/ Golant, Mitch/ Kronenwetter, Carol/ Chang, Vickie/ Spiegel, David (2007) Breast Cancer as Trauma. Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. In: Journal of Clinical Psychology in Medical Settings (14), S.308-S.319.
- Cordova, Mathew J./ Studts, Jamie L./ Hann, Danette M., Jacobsen, Paul B./ Andrykowski, Michael A. (2000) Symptom Structure of PTSD Following Breast Cancer. In: Journal of Traumatic Stress (13), S.301-S.319.
- Costa-Requena,G./ Ballester-Arnal, R./ Qureshi, A./ Gil, F. (2014) A One-Year Follow-Up of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms and Perceived Social Support in Cancer. Un Suivi d'un an des symptômes du Syndrome de Stress post-traumatique (SSPT) et de la Perception du soutien social chez les Patients atteints d'un Cancer. In: Psycho-Oncologie (8), S.89-S.93.
- Ezratty, Charlotte/ Kessel, Elisabeth/ Kang Kim, Michelle/ Lin, Jenny J. (2021) Cancer Beliefs associated with Posttraumatic Stress Disorder in Neuroendocrine Tumor Survivors. In: Journal of Gastrointestinal Cancer (52), S.369-S.373.
- Faltermaier, Toni (2014) Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: Hurrelmann, Klaus/ Klotz, Theodor/ Haisch, Jochen (Hrsg.) Lehrbuch Prävention

und Gesundheitsförderung. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber Verlag. S.79-S.88.

- Farahimanesh, Sharareh/ Moradi, Alireza/ Sadeghi, Meysam/ Jobson, Laura (2021) Comparing the Efficacy of Competitive Memory Training (COMET) and MEmory Specificity Training (MEST) on Posttraumatic Stress Disorder among newly diagnosed Cancer Patients. In: Cognitive Therapy and Research (45), S.918-928.
- Feldmann, Robert E. jr (2015) Akute Krisenintervention in der Psychoonkologie, Paraplegiolie und Verbrennungsmedizin. In: Seidler, Günter H./ Freyberger, Harald/ Maercker, Andreas (Hrsg.) Handbuch der Psychotraumatologie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta. S.764-S.780.
- Fooken, Insa (2016) Psychologische Perspektiven der Resilienzforschung. In: Wink, Rüdiger (Hrsg.) Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer. S.13-S.45.
- Freyberger, Harald/ Stieglitz, Rolf-Dieter (2015) Die Posttraumatische Belastungsstörung und die Anpassungsstörungen in der ICD-10 und im DSM-IV bzw. DSM-5. In: Seidler, Günter H./ Freyberger, Harald/ Maercker, Andreas (Hrsg.) Handbuch der Psychotraumatologie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta. S.160-S.168.
- Gaisser, Andrea (2017) Onkologische Diagnostik. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.) Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.71-S.91.
- Gareth, Abbey/ Thompson, Simon B.N./ Hickish, Tamas/ Heathcote, David (2015) A Meta-Analysis of Prevalence Rates and moderating Factors for cancer-related Post-Traumatic Stress Disorder. In: Psycho-Oncology (24), S.371-381.
- Gast, Ursula/ Wabnitz, Pascal (2017) Dissoziative Störungen erkennen und behandeln. 2. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Günthert, Andreas/ Eicher, Manuela/ Biedermann, Monika (2017) Operative Eingriffe an der Brust. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.) Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.541-S.553.
- Herdman, Heather T./ Kamitsuru, Shigemi (Hrsg.) (2019) NANDA International Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikationen. 2018-2020. Kassel: Recom.
- Hinck, Andreas/ Fischer, Claude (2017) Tumoren im Kopf-Hals-Bereich. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.)

Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.527-S.539.

- Hlawatsch, Cornelia/ Oechsle, Karin (2017) Übelkeit und Erbrechen. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.) Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.371-387.
- Horn, Andrea B./ Maercker, Andreas (2015) Psychologische Theorien zum Verständnis der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Seidler, Günter H./ Freyberger, Harald/ Maercker, Andreas (Hrsg.) Handbuch der Psychotraumatologie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta. S.38-S.49.
- Imoberdorf, Reinhard/ Ballmer, Peter E./ Rühlin, Maya (2017) Ernährung. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.) Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.343-S.370.
- Jäger, Dirk (2017) Entstehung und Biologie bösartiger Tumoren. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.) Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.3-S.28.
- Köllner, Volker (2019) Posttraumatische Belastungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen. In: Maercker, Andreas (Hrsg.) Traumafolgestörungen. 5. Auflage. Berlin: Springer. S.443-S.459.
- Köllner, Volker (2013) Posttraumatische Belastungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen. In: Maercker, Andreas (Hrsg.) Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer. S.441-S.453.
- Korman, Melissa B./ Hejri-Rad, Yasemine/ Goldberg, Lauren/ Leano, Alyssa/ Elis, Janet (2019) Oncology Nursing Role in cancer-related PTSD – Part II. In: Canadian Oncology Nursing Journal (29/Vol.2), S.147-S.150.
- Kroner, Thomas/ Margulies, Anita (2017) Schmerz. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.) Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.271-S.310.
- Kroner, Thomas/ Müller, Andreas (2017) Medikamentöse Tumortherapie. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.)

Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.133-S.177.

- Kroner, Thomas/ Strebel, Urs (2017) Prinzipien der Tumorbehandlung. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.) Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.93-S.102.
- Laskowska, Agnieszka (2021) Quality of Life in Cancer as a Function of Temperament, Coping and Posttraumatic Stress Disorder. In: Current Psychology (40), S.944-S.952.
- Leano, Alyssa/ Korman, Melissa B./ Goldberg, Lauren/ Ellis, Janet (2019) Are we missing PTSD in our Patients with Cancer? Part I (2019) In: Canadian Oncology Nursing Journal (29/Vol.2), S.141-S.146.
- Leipold, Bernhard (2015) Resilienz im Erwachsenenalter. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Lindert, J./ Schick, A./ Reif, A./ Kalisch, R./ Tüscher, O. (2018) Verläufe von Resilienz. Beispiele aus Längsschnittstudien. In: Der Nervenarzt (89), S.759-S.765.
- London, Fran (2010) Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. 2. durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern: Huber.
- Maercker, Andreas (2019) Die komplexe PTBS. In: Maercker, Andreas (Hrsg.) Traumafolgestörungen. 5. Auflage. Berlin: Springer. S.48-S.60.
- Maercker, Andreas/ Augsburger, Mareike (2019) Die posttraumatische Belastungsstörung. In: Maercker, Andreas (Hrsg.) Traumafolgestörungen. 5. Auflage. Berlin: Springer. S.13-S.45.
- Maercker, Andreas (2013) Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker, Andreas (Hrsg.) Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer. S.13.-S.34.
- Mamie, Stefan/ Dietrich, Liselotte (2017) Psychoonkologie. In: Margulies, Anita/ Kroner, Thomas/ Gaisser, Andrea/ Bachmann-Mettler, Irene (Hrsg.) Onkologische Krankenpflege. 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer. S.613-S.631.
- Morina, Naser/ Müller, Julia (2015) Diagnostik von Traumafolgestörungen und komorbiden Erkrankungen. In: Seidler, Günter H./ Freyberger, Harald/ Maercker, Andreas (Hrsg.) Handbuch der Psychotraumatologie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta. S.171-S.181.

- Moschopoulou, Elisavet/ Hutchison, Iain/ Bhui, Kamaldeep/ Korszun, Ania (2018) Post-traumatic Stress in Head and Neck Cancer Survivors and their Partners. In: Supportive Care in Cancer (26), S.3003-S.3011.
- Oginska-Bulik, Nina/ Michalska, Paulina (2020) The Relationship between emotional processing Deficits and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms among Breast Cancer Patients. The mediating Role of Rumination. In: Journal of Clinical Psychology in Medical Settings (27), S.11-S21.
- Pielmaier, Laura/ Maercker, Andreas (2015) Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Seidler, Günter H./ Freyberger, Harald/ Maercker, Andreas (Hrsg.) Handbuch der Psychotraumatologie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta. S.74-S.83.
- Reichel, Anja Maria (2019) Traumasensible psychiatrische Pflege. Band 8 (Better Care). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Reibnitz, Christine von/ Sonntag, Katja/ Strachbein, Dirk (2017) Grundlagen der Beratung. In: Reibnitz, Christine von/ Sonntag, Katja/ Strachbein, Dirk (Hrsg.) Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Leitfäden und Fallbeispiele. Berlin: Springer. S.10-S.18.
- Reuschenbach, Bernd (2011) Relevanz von Pflegeassessmentinstrumenten. In: Reuschenbach, Bernd/ Mahler, Cornelia (Hrsg.) Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Bern: Huber. S.47-S.56.
- Richardson, Amy E./ Morton, Randall P./ Broadbent, Elisabeth (2016) Coping Strategies predict post-traumatic Stress in Patients with Head and Neck Cancer. In: European Archives of Oto-Rhino-Laryngology (273), S.3385-S.3391.
- Riffer, Friedrich/ Sprung, Manuel (2019) Borderline-Persönlichkeitsstörung und Trauma. In: Riffer, Friedrich/ Kaiser, Elmar/ Sprung, Manuel/ Streibl, Lore (Hrsg.) Mensch-Beziehung-Störung. Aktuelle Konzepte zu Borderline und strukturell verwandten Störungen. Band 3 (Psychosomatik im Zentrum). Berlin: Springer. S.53-S.84.
- Rönnau-Böse, Maike/ Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2021) Einführung. Das Konzept der Resilienz in verschiedenen Lebensabschnitten. In: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/ Rönnau-Böse, Maike (Hrsg.) Menschen stärken. Resilienzförderung in verschiedenen Lebensbereichen. Studien zur Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer. S.1-S.22.

- Rönnau-Böse, Maike/ Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2015) Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sack, Martin (2013) Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. 2. Nachdruck. Stuttgart: Schattauer.
- Schellong, J. /Schützwohl, M./ Lorenz, P./ Trautmann, S. (2019) Diagnostik und Differenzialdiagnostik. In: Maercker, Andreas (Hrsg.) Traumafolgestörungen. 5. Auflage. Berlin: Springer. S.129-S.156.
- Schmahl, Christian (2019) Neurobiologie. In: Maercker, Andreas (Hrsg.) Traumafolgestörungen. 5. Auflage. Berlin: Springer. S.95-S.112.
- Schulz-Kindermann, Frank (2021) Psychoonkologie. Grundlagen und therapeutische Praxis. 2. überarbeitete Auflage. Basel: Beltz.
- Sierk, Anika/ Manthey, Antje/ Daniels, Judith K. (2017) Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung. In: Eckhard-Henn, Annegret/ Spitz, Carsten (Hrsg.) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Grundlagen, Klinik, Therapie. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S.385-S.400.
- Sprung, Manuel/ Kaiser, Elmar/ Streibl, Lore/ Riffer, Friedrich (2018) Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Riffer, Friedrich/ Kaiser, Elmar/ Sprung, Manuel/ Streibl, Lore (Hrsg.) Das Fremde: Flucht-Trauma-Resilienz. Aktuelle traumaspezifische Konzepte in der Psychosomatik. Berlin: Springer. S.205-S.213.
- Stöhr, Robert/ Lohwasser, Diana/ Noack Napoles, Juliane/ Burghardt, Daniel/ Dederich, Markus/ Dziabel, Nadine/ Krebs, Moritz/ Zirfas, Jörg (2019) Schlüsselwerke der Vulnerabilitätsforschung. Wiesbaden: Springer VS.
- Tschuschke, Volker (2011) Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Verres, Rolf (2013) Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und psychosoziale Folgen von Krebserkrankungen. Berlin: Springer.
- Wagner, Frank (2015) Die Posttraumatische Belastungsstörung. In: Seidler, Günter H./ Freyberger, Harald/ Maercker, Andreas (Hrsg.) Handbuch der Psychotraumatologie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 182-S.195.

Erklärung

1. Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt habe. Sie wurde an keiner anderen Stelle veröffentlicht.
2. Ich versichere außer den angeführten Hilfsmitteln keine weiteren verwendet zu haben.
3. Inhalte aus den Werken anderer AutorInnen sind sowohl im Wortlaut wie auch dem Sinn nach mit Angaben der Quelle kenntlich gemacht. Dies gilt auch für Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet. Dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien o.Ä.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, 2.2.2022

Tobias Jeger