

Kusch, Michael / Vetter, Christiane und Bode, Udo

**Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen
Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 9, S. 316-326

urn:nbn:de:bsz-psydok-36797

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) . . . 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" - The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." - A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Einstellung, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern - eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children - a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology an Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) . . 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Spezialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind - ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child - A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry)	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy)	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers)	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach)	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies)	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation)	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving)	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume)	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES))	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma)	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study)	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence)	171
Psychotherapie		Werkstattberichte	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy)	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell	345
Übersichten		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families)	49	Tagungsberichte	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System)	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics)	373	Buchbesprechungen	
FEGET, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study)	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntaining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training)	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome)	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care)	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29	220

FABER, F.R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST)	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen	382	RUBIN, J.A.: Kunsttherapie als Kindertherapie	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen	221	SCHAFFER, M.R.: ... und was geschieht mit den Kindern?	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	353	SOLNIT, J.A./NEUBAUER, P.B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen	220
MORDIER, J.P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926	351	WITTE, E.H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung	309
MUSSEN, P.H./CONGER, I.J./KAGAN, I./HUSTON, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien	59	Editorial 232, 273	
OTTO, H.U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention	311	Mitteilungen der Herausgeber 350	
		Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		Diskussion/Leserbriefe 27	
		Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380	
		Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Aus dem Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn, Abteilung für pädiatrische Hämatologie/Onkologie
(Leitung: Prof. Dr. U. Bode)

Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung

Michael Kusch, Christiane Vetter und Udo Bode

Zusammenfassung

Die psycho-soziale Versorgung in der pädiatrischen Onkologie hat in den letzten Jahren vorwiegend Konzepte der Beratung und Nachsorge erarbeitet. Vergleichbare Ansätze einer stationären psychologischen Betreuung fehlen zumeist. Die vorliegende Arbeit stellt ein Konzept der behandlungsbegleitenden psychologischen Versorgung dar, das von dem phasen- und situationsspezifischen Prozeß der Bewältigung einer Krebstherapie ausgeht. Dieser Prozeß besteht aus der Informationssuche vor, der aktiven Mitarbeit während und der Neubewertung/Erholung nach einer Belastung. Verschiedene Ansätze der Gesundheitspsychologie und der Verhaltensmedizin können auf den Prozeß der Krankheitsbewältigung bezogen werden. Diese Ansätze unterscheiden sich von dem Compliance-Konzept, insofern sie an einer behandlungsbegleitenden Betreuung der Betroffenen interessiert sind. Die Aufgaben und Ziele der behandlungsbegleitenden psychologischen Betreuung beziehen sich auf die Erarbeitung und Anwendung diagnostischer Verfahren und psychologisch fundierter Vorgehensweisen, die den betroffenen Familien Hilfen zur Selbsthilfe geben. Dabei spielt die semantische und pragmatische Informationsvermittlung eine wesentliche Rolle, da mit diesen Arten der sozialen Kommunikation medizinisch- pflegerische Maßnahmen für die Betroffenen verständlich und persönlich bedeutsam gemacht werden können.

1 Einleitung

In der Gesundheitsversorgung von chronisch erkrankten Kindern und ihren Familien sind in den letzten Jahren die psychosozialen Faktoren positiven Gesundheitsverhaltens in den Vordergrund gerückt (DORATOR et al. 1989; PETERMANN et al. 1990 a, b). Derzeit differenzieren sich drei große Bereiche der psychosozialen Versorgung: Die stationäre Arbeit, die psychosoziale Beratung und die Nachsorge. Während die Nachsorge (SCHWARZ u. ZETTL 1991) und das psychosoziale Beratungsgespräch (PETERMANN et al. 1990 b) eine theoretische und praxisbezogene Konzeptualisierung erfahren haben, steht die tägliche stationäre Arbeit der psychologisch Tätigen noch nicht auf derarti-

gen Grundlagen. Erste Versuche in diesem Bereich gehen in die Richtung, den Betroffenen „Hilfen zur Selbsthilfe“ zu geben (KUSCH u. BODE 1992).

Mit dem Selbsthilfekonzent geht die Annahme einher, daß die stationäre psychologische Betreuung den Betroffenen immer dann beratend und unterstützend zur Seite stehen sollte, wenn diese es wünschen. Berücksichtigt man, daß die Familie eines an Krebs erkrankten Kindes primär an einer medizinischen Versorgung interessiert ist, und der psychosozialen Versorgung anfänglich nur eine neben- oder untergeordnete Bedeutung zukommt, so wird deutlich, daß die psychologisch Tätigen den Betroffenen nur Angebote unterbreiten können. Diese Angebote müssen ihren Nutzen derart transparent darstellen, daß die Aufgaben und Kompetenzen der psychologisch Tätigen deutlich werden und die Betroffenen von sich aus in bestimmten Situationen auf die Angebote zurückgreifen können.

Neben den sozialarbeiterischen und schulischen Angeboten, die aufgrund ihres Nutzens ohne weiteres angenommen werden, können sich psychologische Angebote auf Dauer nur durchsetzen, wenn sie eine vergleichbare Transparenz und Nützlichkeit aufweisen. Dies versuchen wir durch verschiedene Angebote der „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu realisieren; z. B. durch den Psycho-Sozialen Fragebogen für die Pädiatrische Onkologie (PSFPO, KUSCH u. BODE 1992), die Vorbereitung und Unterstützung bei schmerzhaften Prozeduren (KUSCH 1992) oder verschiedene Gesprächsangebote (VETTER et al. 1993). Ein drittes Angebot der „Hilfe zur Selbsthilfe“ möchten wir in dieser Arbeit darstellen: die behandlungsbegleitende, psychologische Betreuung im stationären Alltag.

Die behandlungsbegleitende psychologische Betreuung ist eine Aufgabe, der sich jede Person gegenübergestellt sieht, die auf einer onkologischen Station arbeitet. Sie ist daher eine Aufgabe sowohl der psycho-sozial, als auch der medizinisch- pflegerisch Tätigen. Ihre Ziele und Aufgaben lassen sich anhand der alltäglichen Erfahrungen in der stationären Arbeit verdeutlichen. So können wir immer wieder erleben, daß Eltern, deren Kinder bereits lange Zeit in Behandlung sind, sehr effektiv in der praktischen Bewältigung täglich auftretender Anforderungen und Belastungen sind, und aktiv an der Behandlung ihrer Kinder mitarbeiten. Ebenso machen die Kinder während

der Krebstherapie Erfahrungen, die sie reifer erscheinen lassen. Einen wichtigen Faktor für diese Kompetenzen sehen wir in den Kenntnissen der „erfahrenen“ Eltern in bezug auf den täglichen stationären Ablauf, die vielen therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen sowie die damit einhergehenden Anforderungen. Diese Kenntnisse müssen neu aufgenommene Familien erst erwerben, was in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren, wie z. B. dem Erleben während der Zeit bis zur Diagnosestellung, sehr unterschiedlich verläuft (KUSCH et al. 1993). Im Zusammenleben mit „erfahrenen“ Familien findet ein Austausch statt, in dem die „neuen“ Familien lernen:

- (a) Informationen gezielt zu suchen, z.B. bezüglich der Bedeutung und des Vorgehens während der Lumbalpunktion;
- (b) diese in ihre aktive Mitarbeit an der Behandlung umzusetzen, z.B. während der Punktion mit anwesend zu sein, und
- (c) die Belastungssituation möglichst zu begrenzen, z.B. sich nach der Punktion zu entspannen oder die Erfahrungen neu zu bewerten.

Unsere tägliche Arbeit im stationären Kontext besteht darin, die Betroffenen im Prozeß der Krankheitsbewältigung, d.h. der Informationssuche, der aktiven Mitarbeit und der Neubewertung/Erholung aktiv zu unterstützen (vgl. Tabelle 1).

Im folgenden möchten wir unsere praktischen Erfahrungen zusammenfassen und in einem Konzept der stationären psychologischen Betreuung umsetzen. Dabei werden wir die Prozesse der Krankheitsbewältigung anhand der phasen- und situationsspezifischen Belastungen während einer Krebstherapie diskutieren und aufzeigen, daß bereits einige Konzepte vorliegen, die ein umfassendes Konzept der behandlungsbegleitenden Versorgung im stationären Alltag begründen. Dieses Konzept der stationären psychologischen Betreuung zielt darauf ab, die Versorgung genau auf den Prozeß der Krankheitsbewältigung zu beziehen. Unser damit zusammenhängendes Vorgehen werden wir anhand der semantischen und pragmatischen Informationsvermittlung erläutern.

2 Phasen- und situationsspezifische Krankheitsbewältigung

Aus Sicht der behandlungsbegleitenden Versorgung müssen die Betroffenen während einer Krebstherapie unterschiedliche situations- und phasenspezifische Belastungen bewältigen (vgl. Tabelle 2).

Phasenspezifische Bewältigung: Phasenspezifisches Bewältigungsverhalten bezeichnet die kognitiv-emotionale und verhaltensbezogenen Bewältigungsbemühungen (BANDURA 1989; LAZARUS 1991; OATLEY u. JENKINS 1992) der Betroffenen über den gesamten Zeitraum der Krebstherapie hinweg. Die *erste Phase* – zu Behandlungsbeginn – ist charakterisiert durch die kognitive Auseinandersetzung mit den neuen Lebensanforderungen (Informationssuche), die emotionale Anpassung daran (Gewöhnung) sowie die ersten Bemühungen einer verhaltensmäßigen Annäherung an den stationären Alltag und Ablauf. Die *zweite Phase* – während der Behandlung – zeigt sich im positiven Fall in einer gelungenen, kognitiv-emotionalen und verhaltensbezogenen Orientierung und der aktiven Mitarbeit während der Behandlung, d.h. der Mitarbeit im stationären Alltag sowie bei den therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen. Gegen Ende der Behandlung – *Phase drei* – erfolgt eine erneute kognitiv-emotionale Auseinandersetzung mit der durchgeführten Behandlung und der folgenden Zeit „ohne Chemotherapie“. Hier zeigt sich ein verstärktes Bemühen der Betroffenen, die krankheitsbedingten Belastungen einzuordnen bzw. neu zu bewerten und sich zu erholen (vgl. DONGEN-MELMAN u. SANDERS-WOUDSTRA 1986; EISER 1990; SESTERHENN 1991).

Wesentliche Aufgabe der behandlungsbegleitenden, psychologischen Versorgung ist es, den Betroffenen in den verschiedenen Phasen ihrer Bewältigung einen Rahmen bereitzustellen, der ihren jeweiligen Anliegen entgegenkommt. Wir zählen hierzu die Unterstützung der Betroffenen in der Informations-/Gewöhnungsphase durch verschiedene medizinisch-pflegerische und psycho-soziale Angebote. Zu den stationären Angeboten zu *Behandlungsbeginn* zählen unter anderem

Tab. 1: Konzept situations- und phasenspezifischen Bewältigungsverhaltens (vgl. KUSCH u. BODE 1992)

Situationen	Bewältigungsverhalten		Phasen
	←	→	
Zu Beginn einer Punktion, Diagnosestellung	Versuch, die Bedeutung der Situation oder der Behandlung zu verstehen.		Zu Beginn der Behandlung (Information; Gewöhnung)
Während einer Punktion, Diagnosestellung	Versuch, die Gründe von Belastungen zu verändern oder zu beseitigen.		Während der Behandlung (aktive Mitarbeit)
Nach einer Punktion, Diagnosestellung	Versuch, die Gefühle zu beherrschen oder zu verstehen, die durch die Belastung hervorgerufen wurden, mit dem Ziel, das psychische Gleichgewicht zu erhalten oder wiederzugewinnen.		Am Ende der Behandlung (aktive Neubewertung/Erholung)

(Zwischen den phasen- und den situationsspezifischen Belastungen besteht ein kontinuierlicher Übergang; was durch den Pfeil verdeutlicht werden soll.)

- (a) ein ausführliches, medizinisches Diagnosegespräch, bei dem ein Psychologe mit anwesend ist,
- (b) die pflegerische Anleitung und Information zu Fragen der Behandlung und Chemotherapie,
- (c) eine strukturierte, psychologische Diagnostik und Information anhand des psycho-sozialen Fragebogens für die pädiatrische Onkologie,
- (d) psychologische Gespräche zu familiären und beruflichen Fragen und
- (e) eine psychologische Unterstützung in der emotionalen und verhaltensbezogenen Bewältigung der ersten Anforderungen im Stationsalltag (z. B. schmerzhafte Prozeduren, Tabletteneinnahme, stationärer Tagesablauf).

Die konkrete Unterstützung der Familien im Stationsalltag ist für uns das wesentliche Element der behandlungsbegleitenden Versorgung. Dies bedeutet, daß der psychologisch Tätige täglich über mehrere Stunden am Stationsleben teilnimmt und „Sprechstunden“ eher die Ausnahme darstellen.

Während der Behandlung soll vor allem ein förderliches stationäres Klima die kognitiv-emotionale und verhaltensbezogene Unterstützung vermitteln (BARBARIN u. CHESLER 1984; CULL 1991; YUEN 1986). Dieses stationäre Klima entsteht, wenn im Stationsalltag bestimmte Interaktionsstrukturen zwischen allen Personen auftreten, die durch zwei Faktoren charakterisiert sind: (a) eine permanente verbale und nonverbale Kommunikation zwischen allen Personen und (b) eine situationsangemessene emotionale Stimmung.

Die offene und direkte Kommunikation zwischen allen Personen auf einer onkologischen Station fördert vielfältige Prozesse, zu denen vor allem die soziale Unterstützung zählt, in der z. B. „erfahrene“ Eltern/Kinder den noch „unerfahrenen“ ihr Wissen vermitteln, die Eltern und Schwestern gemeinsam die Pflege und Betreuung des erkrankten Kindes übernehmen oder aber mögliche Belastungen und Konflikte schneller angesprochen werden (vgl. hierzu: BARAKAT u. LINNEY 1992; BLOUNT et al. 1991; RUEHLMANN u. WOLCHINK 1988).

Die situationsangemessene emotionale Stimmung, zu der wir durchaus auch den Humor zählen (vgl. WYER u. COLLINS 1992), ist eine Folge der räumlichen Nähe und der vielen Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten zwischen allen Personen. Fröhlichkeit und Trauer, Heilung und Sterben können so von allen Personen erlebt und (mit)geteilt werden; wodurch alle Betroffenen die vielfältigen Seiten einer onkologischen Station und der Krebstherapie erfahren und möglicherweise bereits frühzeitig auf das eigene Schicksal vorbereitet werden. Wir beschreiben dieses stationäre Klima mit dem Begriff „*Familie*“, womit wir die Nähe und Verbundenheit, aber auch die Eigenverantwortung und Selbständigkeit aller Personen meinen.

Am *Ende der Behandlung* oder in Krisensituationen treten wieder Beratungsgespräche im Arzt- oder Psychologen- und Patientenzimmer in den Vordergrund. Hier werden die Betroffenen in der Neubewertung der Behandlung unterstützt und Informationen für die „Zeit nach der

Chemotherapie“ gegeben. Dies findet auch im Rahmen von „Therapieabschlußgesprächen“, „Nachsorgegesprächen“ und anhand der erneut erhobenen Informationen des psycho-sozialen Fragebogens statt.

Zwischen den phasen- und situationspezifischen Belastungen und Bewältigungsbemühungen besteht eine wechselseitige Beziehung. So gelingt eine Gewöhnung an die erste Behandlungsphase erst, wenn die für diese Phase typischen, situationspezifischen Belastungen und Anforderungen bewältigt werden (Tabelle 2; vgl. auch KNAFL u. DEATRICH 1990; DEATRICH u. KNAFL 1990). Dies ist z. B. ein Grund für neu aufgenommene Familien, den ersten Aufenthalt auf der Station nicht unnötig zu verkürzen.

Situationspezifische Bewältigung: Die Bewältigung situationspezifischer Belastungen zeichnet sich ebenfalls durch die Informationssuche/Gewöhnung, die aktive Mitarbeit und die erneute Bewertung der Belastung bzw. die Entspannung aus. Sie bezieht sich jedoch nicht auf den gesamten Behandlungsverlauf, sondern auf spezifische Belastungssituationen, die während der einzelnen Behandlungsphasen auftreten. Wir möchten den Prozeß der Bewältigung spezifischer Belastungssituationen beispielhaft am medizinischen Diagnosegespräch verdeutlichen (vgl. RUCCIONE et al. 1991).

Zu *Beginn* wird dabei dem Bedürfnis der Familien nach Informationen entsprochen und die Hintergründe von Krebs im Kindesalter und seiner Bedeutung für die Behandlung vermittelt. Die Betroffenen befinden sich in dieser Phase in einem Zustand enormer Anspannung und Aufmerksamkeit, was zum einen beobachtet und zum anderen auch diagnostisch erhoben werden kann (KUSCH et al. 1993). Dieser Zustand dauert an, bis die Diagnose „Krebs“ verstanden wird. Erst dann tritt eine deutliche Verhaltensänderung der Betroffenen auf, die sich in Zigarettenrauchen, Weinen oder Körperkontakt zum Partner äußert. Diese häufig sehr kurze Phase der ersten emotionalen Reaktion ist von *Fragen zur aktiven Mitarbeit* gefolgt, z. B. „Was muß man jetzt tun?“ Hier geht es den Betroffenen darum, wesentliche Aspekte der Krebstherapie kennenzulernen und einzuordnen, d. h. die Konsequenzen für das eigene Verhalten einzuschätzen. Diesem Wunsch kommt die Darstellung der Behandlungsprotokolle und entsprechender Informationen entgegen. Nachdem die persönlichen Handlungskonsequenzen im Rahmen der Behandlungsdurchführung besprochen sind, bemühen sich die Betroffenen, die Krebsdiagnose und ihre Konsequenzen *neu zu bewerten*, um somit ein neues kognitiv-emotionales Gleichgewicht wiederzugewinnen. Diesen Bewältigungsaspekt unterstützen wir, indem wir den Betroffenen versichern, daß wir (a) ihr Kind so behandeln werden, wie wir unser Kind behandeln würden und (b) immer ehrlich zu ihnen sind, auch wenn dies zuweilen sehr unangenehm sein kann.

Innerhalb der situationspezifischen Belastungen unterscheiden wir Makro- und Mikrostressoren. Makrostressoren, wie das Diagnosegespräch, eine Lumbalpunktion oder eine diagnostische Untersuchung, aber auch die Entfernung der Klinik vom Wohnort (AITKEN u. HATAWAY 1993) sind mit enormer, mehr oder minder lang andauern-

Tab. 2: Mikro- und Makrostressoren während spezifischer Behandlungssituationen und -phasen

Behandlungsphasen	Behandlungssituationen	
	Makrostressoren	Mikrostressoren
Beginn der Behandlung	Diagnosegespräch, Punktionen (LP; KMP), Port-Operation, Chemotherapie, Haarverlust, Übelkeit, Angst/Zweifel/Schuldgefühle, Depression/Handlungsunfähigkeit	Neue Lebenssituation, Verwandte und Bekannte, Stationsalltag, Arbeitsplatz, Fahrten zur Klinik, Gewohnheiten, Schule/Freizeit, Fehlende Aktivität
Während der Behandlung	Operationen, Fieber (Nebenwirkungen), Komplikationen, Diagnostische Maßnahmen, Medikamenteneinnahme, Verschiebung einzelner Therapieblöcke, Zusehen müssen (bei Fieber, Schmerzen usw.)	Warten, Langeweile, Konflikte (familiär), Konflikte (stationär), „Launen“ des Kindes, Erziehung, Probleme mit den Geschwistern
Ende der Behandlung	Verzögerung der Behandlung, Bestrahlungen, Ungewißheit und Angst bei der Vorstellung, daß die Chemotherapie beendet wird. Angst vor einem Rezidiv	Organisation der Zeit nach der Intensivbehandlung, Umgewöhnung, Erneuter Schulbesuch, Reintegration

der Belastung verbunden. Hier bieten sich viele Ansatzpunkte einer psychologischen Unterstützung, da die Situation herausragend, ihre Relevanz deutlich und ihr zeitlicher Verlauf klar umschrieben sind.

Diese Aspekte erleichtern es den Betroffenen, die Belastungen einzuordnen und so auch zu kontrollieren. Schwieriger sind jedoch die sogenannten Mikrostressoren zu bewältigen, wie das tägliche Warten, die häufige, therapiebedingte Unklarheit über den Tages- oder Wochenablauf oder der Umgang mit den Schmerzen, dem Unwohlsein oder den „Launen“ des Kindes. Diese Stressoren sind schwer zu spezifizieren und treten nicht so deutlich hervor, ihre Relevanz ist für die Betroffenen oft uneindeutig und ihr Verlauf nicht umschrieben. Da die Auseinandersetzung mit diesen Stressoren oftmals nicht bewußt geführt wird, kommt es zu einer Streßanhäufung, die sich in unspezifischen Belastungssymptomen zeigt (Nervosität, Ungeduld, Reizbarkeit bis hin zu Hilflosigkeitsempfinden; vgl. auch JERUSALEM 1990; LA GRECA et al. 1992).

Makro- und Mikrostressoren werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsverlauf als relevant erlebt, d. h. erstmals als Belastung empfunden. Während die Makrostressoren an spezifische Maßnahmen der Behandlung gebunden und eine Vorbereitung der Betroffenen möglich ist, werden die Mikrostressoren erst im späteren Behandlungsverlauf als Belastung erlebt. Alle Mikrostressoren können jedoch jederzeit in den Vordergrund treten und sehr intensiv erlebt, d. h. zu Makrostressoren werden. Umgekehrt können auch die Makrostressoren im Behandlungsverlauf unspezifische Belastungen hervorrufen und

die Merkmale von Mikrostressoren übernehmen. Wesentlich dafür, ob ein Stressor als herausragend oder unspezifisch erlebt wird, ist die dem Stressor entgegengebrachte Aufmerksamkeit (CIOFFI 1991 a) und damit verbundene Bewältigungsstile (HARRIS-CANNING et al 1992).

Unsere Überlegungen zu den Faktoren, die auf seiten der Betroffenen den Prozeß der Krankheitsbewältigung beeinflussen, haben wir an anderer Stelle angesprochen. Diese Faktoren versuchen wir anhand des Psycho-Sozialen Fragebogens für die Pädiatrische Onkologie (PSFPO) zu erfassen und in „Hilfen zur Selbsthilfe“ umzusetzen (KUSCH u. BODE 1992).

3 Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung

In der stationären medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Versorgung werden neben dem Compliance-Konzept auch die Ansätze „Informed Consent“ (BIBACE 1991; RUCCIONE et al. 1991), „Adherence“ (MEICHENBAUM u. TURK 1987; RODIN u. SALOVEY 1989) und „Entspannung/Neubewertung“ (KUSCH u. BODE 1993) erforscht. Im Gegensatz zum Compliance-Konzept sind die anderen Ansätze daran interessiert, den oben beschriebenen psychischen Prozeß der Krankheitsbewältigung über die gesamte Behandlungszeit hinweg zu begleiten und zu optimieren (JOHNSON 1990; TUCKER u. ROBERTS 1990).

Das Konzept der behandlungsbegleitenden Versorgung geht davon aus, daß über den gesamten Zeitraum einer situations- und/oder phasenspezifischen Belastung und

Tab. 3: Zusammenhänge zwischen krankheitsbedingten Belastungen, Krankheitsbewältigung und den Ansätzen der behandlungsbegleitenden Versorgung

Situations- und phasenspezifische Belastungen	Prozeß der Krankheitsbewältigung	Ansätze einer behandlungsbegleitenden Versorgung
Beginn der Behandlung	Informationssuche	Informed Consent
Während der Behandlung	aktive Mitarbeit	Adherence
Nach der Behandlung	aktive Neubewertung	Entspannung/Neubewertung

die damit einhergehenden Prozesse der Krankheitsbewältigung auf seiten der Betroffenen gezielte psychologische Angebote durch die einzelnen Mitarbeiter des medizinisch-pflegerischen und psycho-sozialen Teams erfolgen. Dabei sind die Ansätze der behandlungsbegleitenden Versorgung so auszuwählen, daß ein „Passen“ zwischen dem Auftreten einer Belastung, dem Prozeß der Krankheitsbewältigung und der angebotenen Unterstützung hergestellt wird (s. u.).

Informed Consent: Dieser Ansatz bezeichnet einen Prozeß der Informationsvermittlung, in dem zumeist medizinisch-pflegerische Informationen vom professionellen Team zu den Betroffenen übertragen werden (RUCCIONE et al. 1991). Ziel ist es, die Zustimmung der Betroffenen zu medizinisch-pflegerischen Maßnahmen auf Grundlage „hinreichender“ Informationen zu erreichen (BIBACE 1991).

Informed Consent hat mindestens zwei Bedeutungen; eine juristische und eine praxisbezogene (COTSONAS 1991). Die juristische Bedeutung bezieht sich vorrangig auf die Verpflichtung des Arztes, die Betroffenen vor ihrer Zustimmung zu einer medizinischen Maßnahme hinreichend zu informieren (THEML 1991). Die praxisbezogene Bedeutung beschreibt die Bemühungen, den Betroffenen auch behandlungsbegleitend Informationen zu geben (AGRE et al. 1990).

Informationen werden zumeist in Form einer schriftlichen oder mündlichen Mitteilung mit dem Ziel einer einmaligen Einwilligung zur Krebstherapie gegeben. Mit diesem Verständnis der Informationsvermittlung ist der Kerngedanke des Compliance-Konzeptes verbunden (ULLRICH 1990; RODIN u. SALOVEY 1989). Alternativ dazu sieht der Informed-Consent-Ansatz die Informationsvermittlung als behandlungsbegleitenden, kommunikativen Prozeß, der nicht nach der Mitteilung endet sondern darüber hinaus daran interessiert ist, ob der Betroffene die Informationen *versteh*t und *in praktisches Handeln übersetzen* kann (BIBACE 1991; CIOFFI 1991b; COTSONAS 1991). Wir unterscheiden dabei zwischen:

- (a) einer ersten Phase der reinen Mitteilung einer Information; die *semantische Informationsvermittlung* und
- (b) der daran anschließenden Phase, in der Hilfen bei der kognitiv-emotionalen Bewertung und Einordnung der Informationen (verstehen) und bei ihrer verhaltensbezogenen Umsetzung (Handlungskonsequenzen) gegeben werden; *pragmatische Informationsvermittlung*.

Die Vorgehensweisen, die mit den Vermittlungsmodellen verbunden sind, werden wir näher darstellen (s. u.). Praktische Anwendung findet der Informed-Consent-Ansatz in den Bemühungen, die Familie auf ihre Aufgaben während der Behandlung vorzubereiten (CONATSER 1986), z. B. darauf, ihr Kind aufzuklären (CHESLER et al. 1986). Ebenso benötigen neben den Eltern auch die Kinder und Jugendlichen gezielte behandlungsbezogene Informationen (EISLER 1990; OHANIAN 1989).

Adherence: Adherence bezeichnet einen kognitiv-emotionalen Zustand auf seiten der Betroffenen, der dadurch geprägt ist, daß diese sich für die medizinisch-pflegeri-

schen Maßnahmen mitverantwortlich fühlen (vgl. MEICHENBAUM u. TURK 1987). Generell besteht das Ziel dieses Ansatzes darin, bei den Betroffenen über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg eine Art „innerer Verpflichtung“ zu erzeugen und aufrechtzuerhalten (TURK et al. 1986). Adherence setzt daher hinreichende Informationen, Wahlfreiheit sowie eine gemeinsam mit den Betroffenen durchgeführte Behandlungsplanung und -durchführung voraus (HOBBS u. PERRIN 1987; JANIS 1984; RODIN u. SALOVEY 1989). Adherence ist abhängig von verschiedenen Variablen wie den Überzeugungen der Betroffenen (BUKALEW u. SALLIS 1986; EISLER u. HAVERMANS 1992), den Anforderungen einer Therapie (GLASGOW et al. 1986; HAUSER et al. 1990) oder der Kommunikation zwischen Personal und Betroffenen (CULL 1990; JANIS 1984). Es ist vom passiven Befolgen medizinischer Regime, wie dies das Compliance-Konzept vorsieht, zu unterscheiden, da es auf einem Verständnis für die Notwendigkeit einer Maßnahme und auf einer inneren Verpflichtung und Mitverantwortung für diese Maßnahme beruht. Diese innere Einstellung der Betroffenen ist Voraussetzung für positives Gesundheitsverhalten, d. h. für die aktive Mitarbeit der Betroffenen bei sämtlichen Aspekten der Behandlung. Fehlende Mitarbeit kann daher als Folge unzureichender Information und Mitverantwortung aufgefaßt werden und weniger als Non-Compliance (vgl. auch JANIS 1984; ULLRICH 1990).

In der stationären Praxis wird der Adherence-Ansatz durch verschiedene Vorgehensweisen umgesetzt, wie z. B. der Unterstützung der Familien in ihren täglichen Bewältigungsbemühungen (DEATRICH u. KNAFL 1990), der Vorbereitung auf medizinische Untersuchungen (KUSCH u. BODE 1993; MELAMED 1985; SMITH et al. 1989) und der behandlungsbegleitenden sozialen Unterstützung der Eltern (PETERMANN et al. 1990b), der erkrankten Kinder (HOCKENBERRY-EATON u. COTANCH 1989; LAGRECA et al. 1992) und ihrer Geschwister (NOLL et al. 1990; PETERMANN et al. 1990b).

Entspannung/Neubewertung: Unter dem Begriff Entspannung ist die aktive Erholung der Betroffenen nach einer erfahrenen Belastung (KUSCH u. BODE 1993) oder der aktiven Mitarbeit im Stationsalltag zu verstehen. Die aktive Entspannung zeigt sich, wenn kurz nach einer Belastungssituation Angebote der sozialen Unterstützung gesucht/angenommen werden, in körperlicher Entspannung oder in einer gezielten Ablenkung. Neubewertung meint in diesem Zusammenhang die Unterstützung der Betroffenen in dem Prozeß der Bewertung einer bewältigten Belastung z. B. von schmerzhaften Prozeduren oder von Untersuchungsbefunden. Die Bedeutung der Neubewertung wird in den alltäglichen stationären Beratungsgesprächen ersichtlich (PETERMANN et al. 1990b). Der oft kaum beachtete Effekt der Entspannung zeigt sich z. B. in der Bedeutung der Elternhäuser für die Bewältigung chronischer Erkrankungen (BODE u. KUSCH 1993).

Unterschiede zwischen dem Compliance-Konzept und den beschriebenen Ansätzen: Eine Kritik an der Stellung des Compliance-Konzeptes im Rahmen der psycho-sozialen Versorgung ist von ULLRICH (1990; TROSTLE 1988) vorge-

legt worden. Wir möchten im folgenden kurz die Unterschiede in bezug zum Prozeß der Krankheitsbewältigung und der entsprechenden stationären Versorgung darstellen. Wie bereits in Tabelle 1 und 2 gezeigt, sind die Ansätze der behandlungsbegleitenden Versorgung an der Bewältigung situations- und phasenspezifischer Belastungen orientiert. Das Compliance-Konzept ist dagegen primär an der Mitteilung medizinischer Informationen und Anweisungen durch den Arzt und deren Befolgen durch die Betroffenen ausgerichtet (TROSTLE 1988).

Die Umsetzung der behandlungsbegleitenden psychologischen Versorgung besteht in der strukturierten Betreuung des Patienten und der Betroffenen über den gesamten Prozeß der Krankheitsbewältigung. Dabei werden den Betroffenen Informationen vermittelt, die sie verstehen und anwenden können. Darüber hinaus werden sie vom stationären Team auch während der aktiven Mitarbeit unterstützt und in der aktiven Erholung betreut. Der Compliance-Ansatz der ausschließlich organmedizinischen Versorgung endet bereits nach der Mitteilung der Information und berücksichtigt im weiteren nur noch Patienten, die non-compliant sind (vgl. ULLRICH 1990). Keine separate Unterstützung erfahren die Betroffenen im Verstehen der Informationen. Diese Leistung und eine mögliche aktive Mitarbeit müssen die Betroffenen selbst erbringen. Zumeist bleibt den Betroffenen jedoch nur die Möglichkeit, die Mitteilungen und Anweisungen passiv zu befolgen.

Die stationäre, psychologische Betreuung besteht aus folgenden Angeboten:

- (a) der kommunikativen Mitteilung von Informationen,
- (b) der fortlaufenden Beratung im Prozeß des Verstehens,
- (c) der anschließenden Hilfe in der aktiven Mitarbeit der Betroffenen und
- (d) der abschließenden Beratung im Prozeß der Erholung (Neubewertung).

Jedes der Angebote wird den Betroffenen sowohl von medizinisch-pflegerischen als auch den psycho-sozialen Mitarbeiter unterbreitet, so daß eine durchgängige Betreuung gewährleistet wird.

4 Das sensorische und pragmatische Informationsvermittlungsmodell

Die konkrete Umsetzung der einzelnen Vorgehensweisen erfolgt während der Behandlung vor Ort, d.h. während des Stationsalltags. Die Vorgehensweisen werden in unterschiedlicher Gewichtung sowohl von dem medizinisch-pflegerischen als auch dem psycho-sozialen Personal angewandt. Während sich die ersteren aber häufiger auf die Vermittlung von behandlungsbezogenen Informationen konzentrieren, kommt den psycho-sozial Tätigen häufiger die Aufgabe zu, den Betroffenen beim Verstehen dieser Informationen und bei der Umsetzung damit verbundener Konsequenzen zu helfen. Beide Arten des Umgangs mit den betroffenen Familien sind daher mit unter-

schiedlichen Arten der Kommunikation und Informationsvermittlung verbunden.

Die semantische und pragmatische Informationsvermittlung stellt zwei miteinander verbundene Arten der Kommunikation dar, die allen anderen Vorgehensweisen der Versorgung zugrundeliegen. Dabei werden zwei Ziele verfolgt: Zum einen das Ziel, beim erkrankten Kind und seiner Familie in möglichst kurzer Zeit ein möglichst optimales Verständnis für bestimmte Aspekte der Krebstherapie aufzubauen, und zum anderen das Ziel, den Betroffenen in der kognitiv-emotionalen Bewältigung spezifischer Belastungsempfindungen behilflich zu sein. In Tabelle 4 haben wir beide Arten der Informationsvermittlung anhand verschiedener Aspekte der sozialen Kommunikation dargestellt (vgl. SPERBER u. WILSON 1986).

Im Rahmen der sozialen Kommunikation hat die semantische Informationsvermittlung die Aufgabe, bei den Betroffenen kognitive Repräsentanzen eines Sachverhaltes aufzubauen, d.h. ihnen Wissen über verschiedene Aspekte der Krebstherapie zu vermitteln (vgl. auch BISHOP u. CONVERSE 1986; HAUCK 1992). Kognitive Repräsentanzen sind z.B. das Wissen um die Bedeutung von Thrombozyten oder medizinischen Befunden. Die Summe der einzelnen kognitiven Repräsentanzen bilden den Sachverhalt ab, z.B. die Krebstherapie in all ihren für die erfolgreiche Durchführung relevanten Teilen. Die Betroffenen sollen dadurch in die Lage versetzt werden, die wesentlichen Inhalte des Sachverhaltes in bestimmten Belastungssituationen selbständig zu reproduzieren, d.h. sich zu erinnern, was ihnen mitgeteilt wurde, die Inhalte anderen Personen (dem Kind) mitteilen zu können oder sich selbständig mit dem Sachverhalten auseinanderzusetzen (vgl. CIOFFI 1991 a, b; KUSCH u. BODE 1993).

Mit der semantischen Informationsvermittlung können die Betroffenen zwar in die Lage versetzt werden, relevante Aspekte eines Sachverhaltes zu repräsentieren, sie ist jedoch nicht geeignet, die Repräsentationen zu ordnen, zu strukturieren und zu bewerten. Diese erfolgt auf dem Hintergrund vergangener Erfahrungen, der emotionalen Befindlichkeit und der antizipierten Handlungskonsequenzen (BANDURA 1989; EWART 1991). Die semantische Informationsvermittlung kann daher nur die Voraussetzungen schaffen, auf deren Grundlage die Betroffenen persönlich vertretbare Handlungsentscheidungen treffen.

Die pragmatische Informationsvermittlung baut auf der semantischen auf und unterstützt die Betroffenen in der kognitiv-emotionalen Einordnung und Bewertung des Sachverhaltes. Dabei werden die kognitiven Repräsentanzen in einen sinnvollen, d.h. persönlich handlungsrelevanten Zusammenhang gebracht. Es werden gemeinsam mit den Betroffenen sogenannte Ereignisskripte erstellt (KUSCH u. BODE 1993), indem das Wissen auf dem Hintergrund von (a) vergangenen Erfahrungen und entsprechenden Empfindungen, (b) persönlichen Zukunftsvorstellungen und (c) antizipierter Bewältigungskompetenzen geordnet wird.

Die so entstehenden Ereignisskripte enthalten nicht nur eine kognitive Repräsentation einer Belastungssituation (Portpunktion, Röntgenuntersuchung, Befunde oder The-

Tab. 4: Unterscheidungsmerkmale der semantischen und pragmatischen Informationsvermittlung

Merkmale der Gesprächsführung	Semantische Informationsvermittlung	Pragmatische Informationsvermittlung
<i>Situativer Kontext</i>		
Zeitpunkt der Informationsvermittlung	zeitlich umschrieben, einmaliges Ereignis	zeitlich nicht begrenzt, fortlaufendes Ereignis
Ort der Informationsvermittlung	im Arztzimmer oder während der Visite	in allen stationären Situationen
Initiierung der Informationsvermittlung	vom professionellen Team (Arzt) ausgehend	von der betroffenen Familie oder dem Team ausgehend
<i>Gesprächsaspekte</i>		
Kommunikative Absicht des Sprechers	Informationen zum Sachverhalt mitteilen	Unterstützung in der Interpretation des Sachverhaltes, bezogen auf mögliche Handlungskonsequenzen
Gesprächsinhalte	Inhalt einer Äußerung hat nur Bezug zum gemeinten Sachverhalt (Bedeutungsaspekt)	Inhalt einer Äußerung hat Bezug zum Verständnisniveau der Betroffenen (Interpretationsaspekt)
Kommunikative Funktionen	Informieren, Kommentieren, Erläutern (Beschreibung)	Abwägen, Bewerten, Schlußfolgern (Problemlösung)
<i>Soziale Interaktion</i>		
Sender-Hörer-Beziehung	asymmetrisch; aktiver Sender und passiver Hörer; Informationsfluß vom Sender zum Hörer	symmetrisch; Sender und Hörer sind aktiv; Informationsfluß wechselt zwischen den Gesprächsteilnehmern
Anforderungen an den Hörer	kognitive Orientierung; Zuhören und Fragen stellen; Informationsaufnahme und -enkodierung	kognitiv-emotionale Orientierung; Zuhören, Sprechen und Fragen. Informationsverarbeitung und Entscheidungsfindung
Anforderungen an den Sprecher	sprachlich präzise Wiedergabe des Sachverhalts	Das Verständnis des Hörers, bezogen auf die mit dem Sachverhalt verbundenen Handlungskonsequenzen fördern

rapien), sondern bekommen auch einen persönlichen Bezug.

Praktisches Vorgehen bei der semantisch-pragmatischen Informationsvermittlung: Der Wechsel zwischen semantischer und pragmatischer Informationsvermittlung orientiert sich am Prozeß der individuellen Krankheitsbewältigung bzw. dem Verlauf der situations- oder phasenspezifischen Belastung (s. o., VETTER et al. 1993). Zu Beginn einer Belastung, d. h. wenn die betroffene Person neue Informationen aufnehmen muß, ist eine semantische Informationsvermittlung nützlich. Da die Person zu diesem Zeitpunkt auch emotional an Informationen interessiert ist, ist ein strukturiertes Informationsgespräch vorteilhaft. Dieses orientiert sich an den Fragen, die Betroffene gewöhnlich zu diesem Zeitpunkt haben. Folgende formale Struktur des Informationsgespräches scheint ökonomisch und nützlich (KUSCH u. BODE 1993):

Das Informationsgespräch enthält nicht nur rein medizinische Informationen, sondern bereitet die persönliche Auseinandersetzung mit den Informationsinhalten gewissermaßen vor, indem auch Aussagen zur Durchführung und zu möglichen Empfindungen/Reaktionen während der Maßnahme gemacht werden. Die dargestellte Struktur des Informationsgespräches gibt selbstverständlich nur ein Vorgehen wieder, das unter günstigen Bedingungen bezüglich der Ausbildung und der Gesprächssituation realisiert werden kann.

Mit der abschließenden Frage, „Was möchten Sie noch dazu wissen?“ wird die semantische Informationsvermittlung verlassen und die pragmatische eingeleitet. Die pragmatische Informationsvermittlung beginnt zumeist mit Verständnisfragen von seiten der Betroffenen, ist dann gefolgt von Erinnerungen an entsprechende vergangene Erfahrungen und Empfindungen sowie Bemerkungen zu Zukunftsvorstellungen oder zur eigenen Handlungskom-

Tab. 5: Formale Struktur des semantischen Informationsgespräches

- (1) Hintergrundinformationen
 - a) Warum ist eine Behandlung oder Maßnahme notwendig?
 - b) Wozu dient diese Behandlung/Maßnahme?
 - c) Was verspricht man sich davon?
 - Was ist der wünschenswerte Effekt?
 - Was wäre ein tolerierbarer Effekt?
 - Was wäre ein nicht wünschenswerter Effekt (Risiken)?
- (2) Prozedurale Informationen
 - a) Wie wird die Behandlung/Maßnahme durchgeführt?
 - b) Wann wird sie durchgeführt?
 - c) Wo wird sie durchgeführt?
 - d) Was ist zur Durchführung notwendig?
- (3) Sensorische Informationen
 - a) Welche Empfindungen haben Betroffene gewöhnlich bei der Durchführung der Behandlung/Maßnahme?
 - b) Welche Reaktionen zeigen die Betroffenen gewöhnlich?

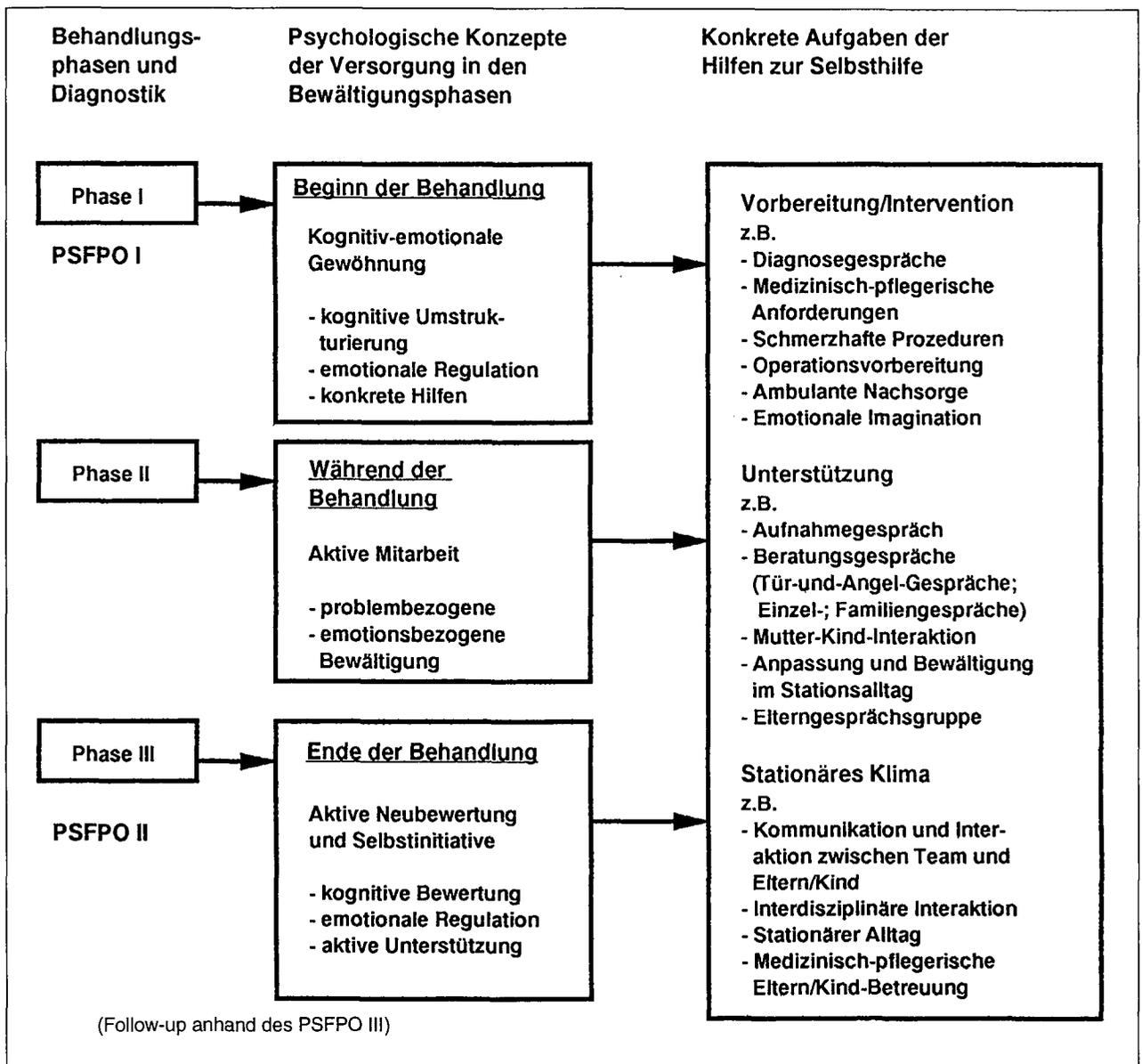


Abb. 1: Aufgaben und Ziele der stationären psychologischen Betreuung von Familien mit einem krebskranken Kind

petenz. Wir haben für die Vorbereitung von Kindern auf die Lumbalpunktion einen Behandlungsplan entworfen, in dem mögliche vergangene Erfahrungen und Bewältigungsstrategien von Kindern systematisch erhoben werden können (KUSCH 1992). Bezogen auf die Gewöhnung an die Anforderungen der Krebstherapie (erste Behandlungsphase) haben wir ein strukturiertes Vorgehen der Informationserhebung und Informationsvermittlung anhand des Psychosozialen Fragebogens entwickelt (KUSCH u. BODE 1992).

5 Aufgaben und Ziele der behandlungsbegleitenden psychologischen Versorgung

Die behandlungsbegleitende psychologische Versorgung ist dem Konzept der angewandten Praxiskontrolle (PETER-

MANN u. KUSCH 1992) verpflichtet, da sie diagnostische Verfahren und psychologisch fundierte Vorgehensweisen erarbeitet, die ein auf die einzelne Person abgestimmtes und transparentes psychologisches Handeln ermöglichen soll (vgl. KUSCH 1992; KUSCH u. BODE 1992, 1993). Die Aufgaben der stationären Betreuung lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. Abbildung 1):

- Dokumentation der im Zusammenhang mit der Krebserkrankung stehenden Belastungen und ihrer Bewältigung:* Zu diesem Zweck haben wir den „Psycho-Sozialen Fragebogen für die Pädiatrische Onkologie“ entwickelt, der über die Krebstherapie hinweg verschiedene Belastungsfaktoren erhebt.
- Strukturierte und Dritten gegenüber transparente behandlungsbegleitende psychologische Versorgung:* Diese Aufgabe wird zum einen anhand des psycho-sozialen Fragebogens erfüllt, in dem zu Behandlungsbeginn,

am Ende und 1 Jahr nach der Krebstherapie die erhobenen Informationen in gezielte Beratungsgespräche und in eine gemeinsame Planung der Bewältigung spezifischer Belastungen umgesetzt werden.

- (c) *Erarbeitung psychologischer Konzepte der stationären Betreuung:* Auf wissenschaftlicher und empirischer Grundlage basierende Konzepte der Gesundheitspsychologie werden gezielt auf die Bedürfnisse der Betroffenen während der einzelnen Behandlungsphasen bezogen, d.h. es werden konkrete Vorgehensweisen der stationären Betreuung erarbeitet.
- (d) *Anwendung der Konzepte im Rahmen der „Hilfe zur Selbsthilfe“:* Die Vorgehensweisen der stationären Betreuung werden im Stationsalltag durchgeführt. Das Passen zwischen dem Prozeß der Krankheitsbewältigung einer Person und dem psychologischen Angebot kann nur erreicht werden, wenn die Vorgehensweisen vor Ort – in der akuten Situation – durchgeführt werden können (vgl. hierzu: KUSCH u. BODE 1993).

Ziel der stationären psychologischen Betreuung ist es, den betroffenen Familien Kompetenzen zu vermitteln, sich selber zu helfen. *Kurzfristiges Ziel* ist es dabei, den Betroffenen möglichst schnell Kompetenzen im Umgang mit der neuen Lebenssituation, dem erkrankten Kind und dem professionellen Team zu vermitteln und die vielfältigen Anforderungen einer Chemotherapie zu erlernen. *Mittelfristig* sollen die Betroffenen in die Lage versetzt werden, an wichtigen Aufgaben der Behandlung mitzuarbeiten, d.h. auftretende Belastungen aktiv zu bewältigen. *Längerfristig* wäre es wünschenswert, könnten die Betroffenen die Behandlung psychisch gestärkt beenden. Mögliche psychische Veränderungen und Spätfolgen der Behandlung sollten anhand der psycho-sozialen Fragebögen (PSFPO I, II und III) identifiziert werden (vgl. MADAN-SWAIN u. BROWN 1991).

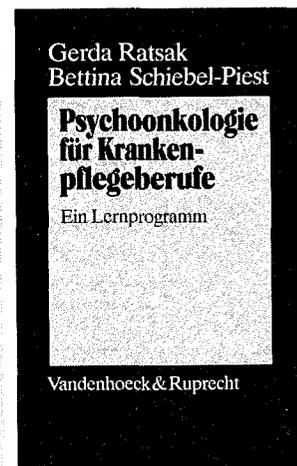
Summary

On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology. A Concept of Treatment-accompanied Psychological Care

Concepts for counseling and long term support have been the major interest in the psychosocial care of pediatric oncology patients and their families. Similar methods for psychosocial care on the ward are still rare. This paper presents the psychological care of the oncology patients during their stay on the ward, complimentary to the medical treatment. The concept is based on the process of coping with the phases and specific situations (L.P.; B.M.A.; diagnosis; medication ect.) of the cancer therapy. This process contains on the part of the patients and their parents the need for information, active involvement in treatment regimes and relaxation (before, during and after the stressful situation). The concepts of informed consent, adherence and recovery-counseling are related to the coping methods of the patients and their parents. The aims of our concept are to create and utilize diagnostic tests and psychological methods to enable the families to

help themselves. To reach this goal, the technique of semantic and pragmatic information is very important because this kind of social communication helps us to make the medical implications of the treatment understandable and suitable for the patients and families.

Gerda Ratsak / Bettina Schiebel-Piest Psychoonkologie für Krankenpflegeberufe



Ein Lernprogramm. 1992. 153 Seiten,
kartoniert DM 28,- / öS 219,- / Sfr 29,30
ISBN 3-525-45741-3

V&R Vandenhoeck & Ruprecht

Literatur

- AGRE, P./BOOKBINDER, M./CIRRINCIONE, C. et al. (1990): How much time do nurses spend teaching cancer patient. *Patient Education Counseling* 16: 29-38. - AITKEN, T.J./HATHAWAY, M. (1993): Long distance related stressors and coping behaviors in parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 10: 3-12. - BANDURA, A. (1989): Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist* 44: 1175-1184. - BARAKTA, L.P./LINNEY, J.A. (1992): Children with physical handicaps and their mothers: The interrelation of social support, maternal adjustment and child adjustment. *Journal of Pediatric Psychology* 17: 725-739. - BARBARIN, O.A./CHESLER, M.A. (1984): Relationship with the medical staff and aspects of satisfaction with care expressed by parents of children with cancer. *Journal of Community Health* 9: 302-313. - BIBACE, R. (1991): Individualistic and organizational Analyses of informed consent. *Family System Medicine* 9: 297-306. - BISHOP, G.B./CONVERSE, S.A. (1986): Illness representation: A prototype approach. *Health Psychology* 5: 96-114. - BLOUNT, R.L./DAVIS, N./POWERS, S.W./ROBERTS, M.C. (1991): The influence of environmental factors and coping style

- on children's distress. *Clinical Psychological Review* 11: 93-116.
- BODE, G./KUSCH, M. (1993): Zur Bedeutung und Nutzung von Elternhäusern in der Bewältigung chronischer Erkrankungen (in Vorbereitung).
- BUKALEW, L.W./SALLIS, R.E. (1986): Patient compliance and medication perception. *Journal of Clinical Psychology* 42: 49-53.
- CHESLER, M.A./PARIS, J./BARBARIN, O.A. (1986): „Telling“ the child with cancer. Parental choices to share information with ill children. *Journal of Pediatric Psychology* 11: 497-516.
- CIOFFI, D. (1991a): Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin* 109: 25-41.
- CIOFFI, D. (1991b): Asymmetry of doubt in mental self-diagnosis: The ambiguity of „uncertain wellness“. *Journal of Personality and Social Psychology* 61: 969-980.
- CONATSER, C. (1986): Preparing the family for their responsibilities during treatment. *Cancer* 58: 508-511.
- COTSONAS, C.E. (1991): The law and the limits of the law of informed consent. *Family Systems Medicine* 9: 307-312.
- CULL, A. (1991): Staff support in medical oncology: A problem-solving approach. *Psychology and Health* 5: 129-136.
- DEATRICH, J.A./KNAFL, K.A. (1990): Management behaviors: Day-to-day adjustment to childhood chronic conditions. *Journal of Pediatric Nursing* 5: 15-22.
- DORATOR, D./JOHNSON, S.B./IANNOTTI, R./KRASNOR, N./MATTHEWS, K.A./MELAMED, B.G./MILLSTEIN, S./PETERSON, R.A./POPIEL, D./ROUTH, D. K. (1989): Child health psychology. *Health Psychology* 8: 781-784.
- EWART, C.K. (1991): Social action theory for a public health psychology. *American Psychologist* 46: 931-946.
- EISER, C. (1990): *Chronic Childhood Disease: An Introduction to Psychological Theory and Research*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- EISER, C./HAVERMAS, T. (1992): Mothers' and fathers' coping with chronic childhood disease. *Psychology and Health* 6: 249-257.
- GLASGOW, R.E./MC CAUL, K.D./SCHAFER, L.C. (1986): Barriers to regime adherence among persons with insulin-dependent diabetes. *Journal of Behavioral Medicine* 9: 65-77.
- HARRIS-CANNING, E.H./CANNING, R.D./BOYCE, W.T. (1992): Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31: 1120-1124.
- HAUCK, M.R. (1992): Cognitive abilities of preschool children: Implications for nurses working with younger children. *Journal of Pediatric Nursing* 6: 230-235.
- HAUSER, S.T./JACOBSON, A.M./LAVORI, P./WOLFSDFORF, J.I. et al. (1990): Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu. *Journal of Pediatric Psychology* 15: 527-542.
- HERSH, S.P./WIENER, L.S. (1989): Psychosocial support for the family of the child with cancer. In: P.A. PIZZO/D.G. POPLACK (Eds.): *Pediatric Oncology* (pp. 897-913). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- HOBBS, N./PERRIN, J.M. (Eds.), (1987): *Issues in the care of children with chronic illness*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- HOCKENBERRY-EATON, M.J./COTANCH, P.H. (1989): Evaluation of a child's perceived self-competence during treatment for cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 6: 55-62.
- JANIS, I.J. (1984): Improving adherence to medical recommendations. In: A. BAUM/S.E. TAYLOR/S.E. SINGER (Eds.): *Handbook of Psychology and Health*, Vol. 4. New York: Erlbaum.
- JERUSALEM, M. (1990): *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.
- JOHNSON, B.H. (1990): The changing role of families in health care. *Child Health Care* 19: 234-421.
- KNAFL, K.A./DEATRICH, J.A. (1990): Family management style: Concept analysis and development. *Journal of Pediatric Nursing* 5: 4-14.
- KUSCH, M. (1992): Verhaltensmedizinische Schmerzbehandlung: Vorbereitung auf die Lumbalpunktion. *Kindheit und Entwicklung* 1: 53-57.
- KUSCH, M./BODE, U. (1992): Der Psycho-Soziale Fra-
gebogen für die Pädiatrische Onkologie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 41: 240-246.
- KUSCH, M./BODE, U. (1993): *Psychologische Vorbereitung auf schmerzhaftes Prozeduren: Theoretische Grundlagen*. In: F. PETERMANN (Hrsg.): *Schmerz in der Pädiatrie*. Göttingen: Hogrefe (in Vorbereitung).
- KUSCH, M./PETERMANN, F./BODE, U. (1992): Verhaltensmedizinische Schmerzbehandlung in der pädiatrischen Onkologie. In: R. SCHWARZ/S. ZETTL (Hrsg.): *Psychosoziale Onkologie*, Band 2. Heidelberg: Verlag für Medizin.
- KUSCH, M./LABOUIE, H./FRITZ, S./BODE, U. (1993): Psychisches Befinden von Eltern eines Krebs erkrankten Kindes zu Beginn der Behandlung und mögliche Folgen. Erste Ergebnisse anhand des PSFPO. (in Vorbereitung).
- LA GRECA, A.M./SIEGEL, L.J./WALLANDER, J.L. (Eds.), (1992): *Stress and Coping in Child Health*. New York: Guilford.
- LAZARUS, R.S. (1991): Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist* 46: 819-834.
- MADAN-SWAIN, A./BROWN, R.T. (1991): Cognitive and psychosocial sequelae for children with acute lymphocytic leukemia and their families. *Clinical Psychological Review* 11: 267-294.
- MEESKE, K./RUCCIONE, K.S. (1987): Cancer chemotherapy in children: Nursing issues and approaches. *Seminars in Oncology Nursing* 3: 118-127.
- MEICHENBAUM, D./TURK, D.C. (1987): *Facilitating Treatment Adherence*. New York: Plenum.
- MELAMED, G.B. (1985): Die psychologische Operationsvorbereitung. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 133: 371-374.
- NOLL, R.B./BUKOWSKI, W.M./ROGOSCH, F.A./LE ROY, S./KULKARIN, R. (1990): Social interactions between children with cancer and their peers: Teacher ratings. *Journal of Pediatric Psychology* 15: 43-56.
- OATLEY, K./JENKINS, J.M. (1992): Human emotions: Function and dysfunction. *Annual Review of Psychology* 43: 55-85.
- OHANIAN, N.A. (1989): Informational needs of children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 6: 94-97.
- PETERMANN, F./KUSCH, M. (1992): *Klinische Diagnostik*. In: R. JÄGER/F. PETERMANN (Hrsg.): *Psychologische Diagnostik: Ein Lehrbuch*. 2. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, H.G. (Hrsg.), (1990a): *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- PETERMANN, F./NOEKER, M. et al. (1990b): *Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse*. 2. Aufl. Frankfurt: Lang.
- RODIN, J./SALOVEY, P. (1989): *Health psychology*. *Annual Review of Psychology* 40: 533-579.
- RUEHLMAN, L.S./WOLCHNIK, S.A. (1988): Personal goals and interpersonal support and hindrance as factors in psychological distress and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 55: 293-301.
- RUCCIONE, K./KRAMER, R.F./MOORE, I.K./PERIN, G. (1991): Informed consent for treatment of childhood cancer: Factors affecting parent's decision making. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 8: 112-121.
- SCHWARZ, R./ZETTL, S. (1991): *Psychosoziale Krebsnachsorge in Deutschland: Eine Standortbestimmung*. *Psychosoziale Onkologie*, Band 1. Heidelberg: Verlag für Medizin.
- SESTERHENN, H. (1991): *Chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie*. Heidelberg: HVA/Edition Schindele.
- SMITH, K.E./ACKERSON, J.D./BLOTCKY, A.D. (1989): Reducing distress during invasive medical procedures: Relating behavioral interventions to preferred coping style in pediatric cancer patients. *Journal of Pediatric Psychology* 14: 405-419.
- SPERBER, D./WILSON, D. (1986): *Relevance: Communication and Cognition*. Oxford: Basil Blackwell.
- THEMEL, H. (1991): *Freiheit des Patienten - Verantwortung des Arztes: Ein Widerspruch?* In: R. SCHWARZ/S. ZETTL (Hrsg.): *Psychosoziale Krebsnachsorge in Deutschland: Eine Standortbestimmung*. *Psychosoziale Onkologie*, Band 1. Heidelberg: Verlag für Medizin.
- TROSTLE, J.A. (1988): Medical compliance as an ideology. *Social Science Medicine* 27: 1299-1308.
- TUCKER, H.S./ROBERTS, M.C.

(1990): Future issues in children's health care: Addressing psychosocial concerns. *Child Health Care* 19: 199-208. – TURK, D. C./SALOVEY, P./LITT, M. D. (1986): Adherence: A cognitive-behavioral perspective. In: K. E. GERBER/A. M. NEHEMKIS (Eds.): *Compliance: The Dilemma of the Chronically III* (pp. 44-72). New York: Springer. – ULLRICH, G. (1990): Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 39: 249-255. – VAN DONGEN-MELMAN, J. E. W. M./SANDERS-WOUDSTRA, J. A. R. (1986): Psychological aspects of childhood cancer: A review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 27: 145-180. – VET-

TER, C./KUSCH, M./BODE, U. (1993): Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Formen behandlungsbegleitender Gespräche (in Vorbereitung). – WYER, R. S./COLLINS, J. E. (1992): A theory of humor elicitation. *Psychological Bulletin* 99: 663-688. – YUEN, F. K. H. (1986): The nurse-client relationship: A mutual learning experience. *Journal of Advanced Nursing* 11: 529-533.

Anschrift d. Verf.: Dipl.-Psych. Dr. Michael Kusch, Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn, Abteilung für pädiatrische Onkologie/Hämatologie, Adenauerallee 119, 53113 Bonn.