

Aus der Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie,

Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

(Leiter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller)

am Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie

der Universität Würzburg

(Vorstand: Prof. Dr. med. Peter U. Heuschmann)

**Cancer And Living Meaningfully:
eine qualitative Studie zur Treatment Integrity
der CALM-Therapie
im Vergleich zu einer Kontrollbedingung**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Manuel Alkhargi

aus Heppenheim

Würzburg, Februar 2019

Referent: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller

Korreferentin: Prof. Dr. med. B. van Oorschot

Dekan: Prof. Dr. med. M. Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 04.02.2020

Der Promovend ist Arzt

*Für Hannah Clara Späth:
die Frau, die in meinem Herzen wohnt.*

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Psychische Komorbiditäten und Belastungen bei Krebspatienten	3
2.1.1 Psychische Komorbiditäten bei Krebspatienten	3
2.1.2 Psychische Belastungen bei Krebspatienten	4
2.2 Faktoren psychischer Belastung bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen	4
2.3 Psychotherapeutische Interventionen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen	6
2.3.1 Gruppeninterventionen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen	6
2.3.2 Systemisch ausgerichtete Interventionen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen	7
2.3.3 Individualinterventionen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen	7
2.4 CALM - Managing Cancer And Living Meaningfully	8
2.4.1 Das Therapiekonzept der CALM-Therapie	8
2.4.2 Die CALM-Module	9
2.4.3 Aktueller Forschungsstand zur CALM-Therapie	11
2.5 Psychotherapieforschung: Treatment Integrity	12
2.5.1 Begriffserläuterung	12
2.5.2 Hintergrund	12
2.5.3 Förderung und Evaluation	13
3. Ziele, Fragestellungen und Hypothesen	13
4. Material und Methoden	15
4.1 Herkunft des untersuchten Materials	15
4.2 Beschreibung des untersuchten Materials	15
4.2.1 Transkripterstellung	16
4.2.2 CALM-Therapien	17
4.2.3 Kontroll-Therapien	18
4.3 Inhaltsanalytische Auswertung	19
4.3.1 Entwicklung des Untersuchungsinstruments	19
4.3.2 Beschreibung des Untersuchungsinstruments	20
4.3.2.1 Überblick des gesamten Kategoriensystems	21
4.3.2.2 Beschreibung der einzelnen Kategorien	22

4.3.2.3 Vorgehen und Regeln der Kategorisierung.....	44
4.4 Statistische Analyse.....	51
4.4.1 Berechnung des zeitlichen Anteils von Themenbereichen der CALM-Module.....	52
5. Ergebnisse	55
5.1 Beschreibung der Therapiesitzungen.....	55
5.1.1 CALM-Therapie 1.....	56
5.1.2 CALM-Therapie 2.....	57
5.1.3 Kontroll-Therapie 1.....	59
5.1.4 Kontroll-Therapie 2.....	60
5.2 Ergebnisse zum Anteil der Themenbereiche der CALM-Module.....	62
5.2.1 Ergebnisse zu den einzelnen untersuchten Therapien.....	62
5.2.2 Gesamtergebnisse zu den untersuchten CALM- und Kontroll-Therapien.....	67
5.3 Unsystematische Beobachtungen.....	68
5.3.1 Spezifische Ansprachen von Themenbereichen der vier CALM-Module durch CALM-Therapeuten.....	69
5.3.2 Wechsel und Rückführungen auf Themenbereiche der vier CALM-Module in CALM-Sitzungen.....	71
5.3.3 Verlassen von Themenbereichen der CALM-Module in Kontroll-Sitzungen.....	72
5.3.4 Moderation und Thematisierung von CALM-spezifischen Themen in Kontroll-Sitzungen.....	74
5.3.5 Vernetzung CALM-spezifischer Themenbereiche in CALM-Sitzungen.....	74
5.3.6 Beschränkungen auf einzelne Themenbereiche der CALM-Module in Kontroll-Sitzungen.....	76
5.3.7 Orientierung einer Kontroll-Sitzung an den Inhalten der vier CALM-Module.....	78
5.3.8 Zusammenfassung der unsystematischen Beobachtungen.....	78
6. Diskussion	78
6.1 Diskussion der drei Hypothesen.....	79
6.1.1 Erste Hypothese.....	79
6.1.2 Zweite Hypothese.....	80

6.1.3 Dritte Hypothese.....	83
6.2 Limitationen der Untersuchung.....	83
6.2.1 Limitationen des untersuchten Materials.....	84
6.2.2 Limitationen der inhaltsanalytischen Auswertung.....	86
6.2.3 Limitationen der statistischen Analyse.....	88
6.3 Ausblick auf die zukünftige Forschung.....	88
6.3.1 Inhaltlicher Ausblick.....	89
6.3.2 Methodischer Ausblick.....	90
6.4 Ausblick auf die klinische Versorgung.....	91
7. Zusammenfassung.....	93
8. Literaturverzeichnis.....	95
Anhang.....	107
Danksagung	
Lebenslauf	

1. Einleitung

Zwischen 29 und 38% der Krebspatienten¹ sind von psychischen Komorbiditäten betroffen (1, 2) und zwischen 35 und 52% geben eine klinisch signifikante psychische Belastung an (3-5). Die Akzeptanz der Erkrankung (6, 7), belastende körperliche Symptome (8, 9), eine Suche nach dem Sinn, spirituelle Bedürfnisse (10-12), Familien- und Beziehungskonflikte (13, 14), Ängste, Hoffnungslosigkeit (15-17), Wünsche zu sterben oder Suizidgedanken (18-21) sind spezifische psychische Belastungsfaktoren von an fortgeschrittenem Krebs erkrankten Menschen.

Psychotherapeutische Interventionen können sich positiv auf die emotionale Belastung und Lebensqualität dieser Patienten auswirken (22). Es stehen Gruppeninterventionen wie die Supportiv-expressive Gruppentherapie (23), die Kognitiv-existenzielle Gruppentherapie (24) oder die Meaning-Centered Group Psychotherapy (25), systemisch ausgerichtete Therapieformen wie die Familienzentrierte Trauertherapie (26) sowie Einzelinterventionen wie die Individual Meaning-Centered Psychotherapy (27), die Dignity Therapy (28), die Meaning-Making Intervention (29) oder die CALM-Therapie zur Verfügung (30).

Die CALM-Therapie (Managing Cancer and Living Meaningfully) (30) ist eine speziell für Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen entwickelte manualisierte psychotherapeutische Kurzintervention mit den Zielen, die psychische Belastung zu reduzieren und die persönliche Entwicklung der Patienten zu fördern. In Einzelsitzungen bilden vier Module den therapeutischen Rahmen zur Beleuchtung und Exploration bestehender Anliegen und Belastungen. Die Schwerpunkte dieser vier Module lauten: 1. Symptom-Management und Kommunikation mit Mitgliedern des Gesundheitswesens; 2. Persönliche Veränderungen und Beziehungen zu nahen Anderen; 3. Spiritualität oder Gefühl für Sinn und Bestimmung; 4. Gedanken zu Zukunft, Hoffnung und Sterblichkeit.

Eine Interventionsstudie konnte die Abnahme von depressiven Symptomen und Todesängsten sowie einen Anstieg des spirituellen Wohlbefindens von mit der CALM-Therapie

¹ Zugunsten einer leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Dissertation das geschlechtsneutrale generische Maskulinum bei personenbezogenen Bezeichnungen, wie „Patienten“ oder „Therapeuten“, verwendet. Hiervon werden alle Geschlechter miteinbezogen.

behandelten Krebspatienten nachweisen (30). In einer anschließenden randomisierten kontrollierten Studie berichteten Patienten, die der CALM-Therapie zugeführt wurden, im Vergleich zu Patienten einer konventionellen psychoonkologischen Versorgung ein niedrigeres Maß an depressiven Symptomen sowie eine bessere Vorbereitung auf das Lebensende (31). Eine qualitative Studie konnte darstellen, dass die CALM-Therapie den Patienten folgendes bietet: 1. einen sicheren Ort zur Verarbeitung der fortgeschrittenen Krebserkrankung; 2. die Erlaubnis, über Tod und Sterben zu sprechen; 3. Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und Navigation durch das Gesundheitssystem; 4. die Lösung zwischenmenschlicher Belastungen und 5. die Möglichkeit, „als gesamte Person“ im Gesundheitswesen gesehen zu werden (32).

Die Treatment Integrity beschreibt das Maß in welchem eine psychotherapeutische Intervention wie vorgesehen durchgeführt wurde. Hierbei wird betrachtet, inwieweit sich das therapeutische Vorgehen an die Vorgaben des Therapiemanuals hält und sich unterschiedliche Interventionsansätze voneinander unterscheiden (33, 34). Für eine fundierte Interpretation von Studienergebnissen zu psychotherapeutischen Interventionseffekten sind Kenntnisse über die Treatment Integrity erforderlich (35-37).

Die vorliegende Arbeit untersucht Teilaspekte der Treatment Integrity durchgeführter CALM-Interventionen. Hierbei wird geprüft, wie hoch der Anteil der Themenbereiche der CALM-Module am psychotherapeutischen Gespräch bei CALM-Therapien ist. In einem weiteren Schritt wird dieser Anteil mit dem Vorkommen der Modulthemen bei konventionellen psychoonkologischen Therapien verglichen und die Gespräche der unterschiedlichen Therapieansätze auf Besonderheiten bezüglich der Ansprache und Besprechung dieser Themen untersucht. Damit soll die Hypothese übergeprüft werden, dass innerhalb der CALM-Therapie die Themenbereiche der Module häufiger und spezifischer besprochen werden als in der konventionellen psychoonkologischen Therapie, und eine fundierte Interpretation von Studienergebnissen zu Interventionseffekten der CALM-Therapie ermöglicht werden.

Das nächste Kapitel gibt einen Überblick über den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit. Anschließend werden Ziele, Fragestellungen und Hypothesen sowie das methodische Vorgehen beschrieben. Bei der Methode handelt es sich um eine qualitative Inhaltsanalyse

von Transkriptionen auditiv aufgenommener Therapiesitzungen nach Philipp Mayring (38). Die Grundlage zur Analyse des transkribierten Untersuchungsmaterials bildet hierbei ein deduktiv und induktiv gebildetes Kategoriensystem. In den darauffolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse dargestellt und mit Bezug zum gewählten Vorgehen und bisherigen Forschungsstand diskutiert.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Psychische Komorbiditäten und Belastungen bei Krebspatienten

Neben einer Krebsdiagnose können psychische Komorbiditäten und Belastungen bestehen (39). Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über den Anteil der hiervon betroffenen Krebspatienten.

2.1.1 Psychische Komorbiditäten bei Krebspatienten

Zur Diagnostik psychischer Erkrankungen können strukturierte klinische Interviewverfahren, gemäß DSM- bzw. ICD-Kriterien, genutzt werden (40, 41).

Metaanalysen zu psychischen Komorbiditäten bei Krebspatienten zeigen Gesamtprävalenzen von 29,0% bis 38,2% (1, 2), wobei affektive Störungen, Angststörungen und Anpassungsstörungen den größten Stellenwert einnehmen (42, 43).

Originalarbeiten aus Deutschland können eine 4-Wochen-Prävalenz psychischer Störungen bei Krebspatienten von 31,75% (44), eine 12-Monats-Prävalenz von 39,4% (45) und eine Lebenszeitprävalenz von 56,3% (45) entnommen werden. Eine Untersuchung von Krebspatientin im Alter zwischen 15 und 39 Jahren zeigte eine 4-Wochen-Prävalenz psychischer Störungen von 46,7% (46). In einer kanadischen Studie (47) erfüllten 24,4% der befragten Krebspatienten die diagnostischen Kriterien allein für eine Depression und / oder Angststörung.

2.1.2 Psychische Belastungen bei Krebspatienten

Mithilfe von Selbstbeurteilungsinstrumenten, wie dem HADS-D-Fragebogen (48), können psychische Belastungen, auch Distress genannt, gemessen werden. Diese wurden entwickelt um ein erhöhtes Risiko oder die Schwere einer psychischen Belastung zu beurteilen (49). Die Verwendung dieser Instrumente führt im Vergleich zu diagnostischen Interviewverfahren zu höheren Prävalenzraten (50).

Eine deutsche Studie zeigte klinisch signifikante psychische Belastungen bei 52% der befragten Krebspatienten (5). Bei einem Viertel (24%) einer Krebspatientenstichprobe konnte ein erhöhtes Maß allein an depressiven Symptomen ermittelt werden (51). Weitere ermittelte Prävalenzraten psychischen Distresses von Krebspatienten lagen bei 35,1% bzw. 37,8% (3, 4). Eine Subgruppenanalyse ergab für Lungenkarzinompatienten sogar eine Prävalenz von 57,6% (4).

2.2 Faktoren psychischer Belastung bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen

Die Prävalenzen psychischer Komorbiditäten bzw. Belastungen bei Krebspatienten liegen zwischen 29 und 38% (1, 2) bzw. 35 und 52% (3-5). Dieses Kapitel stellt spezifische Belastungsfaktoren vor, mit welchen an fortgeschrittenem Krebs erkrankte Menschen konfrontiert sein können.

Bewusstsein und Akzeptanz der Erkrankung. Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und dem Bewusstsein über eine terminale Krebserkrankung, deren Prognose und deren Akzeptanz sind individuell sehr unterschiedlich (6, 7). Aus einer taiwanesischen Studie geht hervor, dass terminal erkrankte Krebspatienten, die sich ihrer Erkrankung und Prognose bewusst sind, dies jedoch nicht akzeptieren, die relativ höchste psychische Belastung aufweisen (7). Es ist denkbar, dass Verdrängungen einer solchen Erkrankung und deren Prognose Schutzmechanismen für eine andernfalls überwältigende psychische Belastung darstellen (6).

Distress durch körperliche Symptome. Krebspatienten im fortgeschrittenen oder terminalen Stadium leiden häufig unter belastenden körperlichen Symptomen (52, 53). Eine Metaanalyse konnte zeigen, dass über 50% der Krebspatienten in den letzten beiden Lebenswochen an Symptomen wie Fatigue, Gewichtsverlust, Schwäche oder Appetitlosigkeit leiden (54). Bei einer Befragung von terminal erkrankten Krebspatienten gaben 62,8% eine unbefriedigende Symptomkontrolle an (8), wobei herausgefunden werden konnte, dass diese mit einer höheren psychischen Belastung assoziiert ist (9).

Sinnsuche und spirituelle Bedürfnisse. Existenzielle Anliegen, Gefühle von Sinnlosigkeit und spirituelle Bedürfnisse können durch Krebsdiagnosen hervorgerufen oder verstärkt werden und die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigen (10-12). In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass ein hohes Maß an spirituellem Wohlbefinden mit einem niedrigen Maß an psychologischem Distress assoziiert ist (55, 56).

Belastungen durch Familien- und Beziehungskonflikte. Auf eine fortschreitende Krebserkrankung können tiefgreifende Veränderungen, Schwankungen und Missverhältnisse in Beziehungen zu Partnern und Familienmitgliedern folgen (13, 14). Die Erkrankung eines Partners oder Familienangehörigen stellt überdies in der Regel auch eine Belastung für die Angehörigen dar (57). Ein gutes soziales Netzwerk und Zufriedenheit in der Partnerschaft können sich positiv auf das psychische Wohlbefinden von Krebspatienten auswirken (58, 59).

Ängste und Hoffnungslosigkeit. Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen leiden häufig unter Ängsten vor Schmerzen, dem Tod oder der Abhängigkeit von anderen (15, 16, 60). Eine Studie aus Kanada konnte zeigen, dass 32% der Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen von mindestens moderat ausgeprägten Todesängsten berichten (17). Ein negativer Einfluss von Todesängsten auf die Lebensqualität konnte nachgewiesen werden (61).

Wünsche zu sterben und Suizid. Beim Übergang in die letzte Lebensphase erfahren viele Krebspatienten, wie gesagt, Intensivierungen psychischer und körperlicher Belastungen (62). Beispielsweise erleben sich hier viele als Belastung anderer und eine damit verbundene Hoffnungslosigkeit (63). Zwischen diesen psychischen und physischen Belastungen

und dem Wunsch nach einem beschleunigtem Sterben bzw. suizidalen Gedanken konnten positive Korrelationen gefunden werden (18-21).

2.3 Psychotherapeutische Interventionen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen

Psychotherapeutische Interventionen können sich positiv auf die emotionale Belastung und Lebensqualität von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen auswirken (22). Gruppeninterventionen, systemisch ausgerichtete Therapieformen sowie Individualinterventionen für Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen sind im Folgenden dargestellt.

2.3.1 Gruppeninterventionen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen

Supportiv-expressive Gruppentherapie. Das Konzept der Supportiv-expressiven Gruppentherapie für Krebspatienten besteht aus dem offenen Ausdruck von Gedanken und Emotionen der Teilnehmer und der Förderung unterstützender Beziehungen zwischen diesen. Existenzielle Anliegen, soziale Unterstützung und Beziehungen, Kommunikation mit Ärzten, Symptomkontrolle, Veränderungen des Selbstbilds oder die Neuevaluation von Prioritäten zählen zu den zentralen Themen dieser nicht vorstrukturierten Gruppentherapie (23, 64, 65).

Kognitiv-existenzielle Gruppentherapie. Die manualisierte Kognitiv-existenzielle Gruppentherapie für Krebspatienten zeichnet sich durch folgende Ziele aus: Förderung einer unterstützenden Umgebung, Erleichterung von Trauer, Reflektion negativer Gedanken, Unterstützung bei Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien, Aufrechterhaltung von Selbstbestimmtheit und Neuevaluation von Prioritäten. Die einzelnen Sitzungen befassen sich mit vorgegebenen Themen, wobei teilweise Entspannungsübungen ergänzt werden (24, 66, 67).

Meaning-Centered Group Psychotherapy. Die manualisierte Meaning-Centered Group Psychotherapy wendet sich dem existentiellen Distress und spirituellen Wohlbefinden von Krebspatienten durch Didaktik, Diskussionen und Erfahrungsübungen zu. Hierzu werden

im Gruppensetting spezifische Themen zu Sinn, Bestimmung und Identität im Kontext der fortgeschrittenen Erkrankung und limitierenden Prognose exploriert (25, 68, 69).

2.3.2 Systemisch ausgerichtete Interventionen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen

Familienzentrierte Trauertherapie. Bei der Familienzentrierten Trauertherapie handelt es sich um eine systemisch orientierte psychoonkologische Kurzintervention mit den Zielen die psychische Belastung bei Krebspatienten und deren Angehörigen zu reduzieren. Familiäre Aspekte wie der Zusammenhalt, die Kommunikation oder Konflikte stehen hierbei im Fokus. Ein weiterer Inhalt dieser Intervention ist die Prävention von komplizierter Trauer bei den Hinterbliebenen (26, 70).

2.3.3 Individualinterventionen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen

Individual Meaning-Centered Psychotherapy. Die manualisierte Individual Meaning-Centered Psychotherapy ist eine an die oben genannte Meaning-Centered Group Psychotherapy angelehnte Einzeltherapie. Auch diese Intervention befasst sich zur Förderung von Sinn und Bestimmung mit spezifischen Themen wie Identität, Hoffnung und Endlichkeit im Kontext der fortgeschrittenen Krebserkrankung (27).

Dignity Therapy. Mit der Dignity Therapy wird anhand eines auf dem Würde-Modell (71) basierenden Fragenkatalogs unheilbar erkrankten und bald sterbenden Menschen die Möglichkeit gegeben, Fragen zu Aspekten ihrer Lebensgeschichte und Anliegen, bei welchen sie am meisten wünschen, dass man sich an diese nach ihrem Tod erinnert, zu besprechen. Anschließend werden die aufgenommenen Sitzungen verschriftet, überarbeitet und den Patienten überreicht (28, 72).

Meaning-Making Intervention. Die Meaning-Making-Intervention hat das Ziel eine auf eine Krebsdiagnose folgende Suche nach dem Sinn zu erleichtern. Die drei Hauptanliegen dieser Einzeltherapie sind: 1. Bedeutung und Folgen der Krebserkrankung, 2. Einflüsse vergangener Lebensereignisse und Bewältigungsstrategien auf die gegenwärtige Krebserfahrung und 3. Prioritäten und Ziele unter Berücksichtigung erkrankungsbedingter Einschränkungen (29, 73, 74).

CALM - Managing Cancer And Living Meaningfully. Eine weitere psychotherapeutische Individualtherapie für Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen ist CALM (75). Diese stützt sich auf die oben beschriebenen Gruppen- und Individualinterventionen und ergänzt diese (75). Kapitel vier beschreibt das Konzept und den Forschungsstand zu dieser Intervention.

2.4 CALM - Managing Cancer And Living Meaningfully

Das folgende Kapitel beschreibt das aus dem Therapiemanual hervorgehende Konzept und den Forschungsstand zur CALM-Therapie (75).

2.4.1 Das Therapiekonzept der CALM-Therapie

Die CALM-Therapie ist eine manualisierte psychotherapeutische Kurzintervention für Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen. In Einzelsitzungen bilden vier Module den therapeutischen Rahmen zur Beleuchtung und Exploration bestehender Anliegen und Belastungen (75).

Therapieziele. Ziele der CALM-Therapie sind die Reduktion der psychischen Belastung und Förderung der persönlichen Entwicklung von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen.

Patient und Therapeut/in. Die CALM-Intervention wurde entwickelt um von Fachpersonal des Gesundheitswesens mit Berufserfahrung in psychosozialer Onkologie angeboten zu werden. Bei Durchführung der Therapie werden wöchentliche Supervisionen und Peer Support (gegenseitige Unterstützung unter Fachkollegen) empfohlen. Von Seiten des Patienten sind das Interesse an einem psychotherapeutischen Ansatz zur Krankheitsbewältigung sowie ausreichende körperliche und kognitive Kapazitäten zur Teilnahme an den Sitzungen erforderlich.

Umfang der Therapie. Die CALM-Therapie erstreckt sich über drei Monate mit insgesamt drei bis sechs Einzelsitzungen á 45 Minuten. Bei weiterem Bedarf sind zwei Zusatzsitzungen in den darauffolgenden drei Monaten möglich.

Therapeutischer Rahmen - Vier Module. Die im nächsten Unterkapitel genauer beschriebenen vier Module bilden den therapeutischen Rahmen und die Inhaltsbereiche der CALM-Therapie. Sie wurden entwickelt um im therapeutischen Prozess die wichtigsten Anliegen und Belastungsquellen von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen abzudecken. Jedes dieser Module sollte bei allen Patienten im Zuge der Therapie exploriert werden. Im weiteren Verlauf kann der Umfang einzelner Modulthemen individuell angepasst werden, wobei der Schwerpunkt auf den dringlichsten bzw. problematischsten Modulbereichen liegen sollte. Einzelne Modulthemen schließen sich gegenseitig nicht aus und können ineinander übergehen.

Die erste Sitzung. Im Laufe der ersten Sitzung sollten die Ziele der Intervention, Inhalte der CALM-Module sowie zukünftiger Verlauf und Organisation der Therapie vorgestellt werden. Zusätzlich dient das Gespräch der Sammlung von Informationen zur persönlichen Geschichte des Patienten, dem bisherigen Erkrankungs- und Behandlungsverlauf, aktuellen Beschwerden und Anliegen, derzeitiger Partnerschaft oder Lebensform, kulturellem Hintergrund, Beziehungskonstellationen zu Familienmitgliedern und anderen Angehörigen, aktuellem bzw. früherem Beruf und der finanziellen Situation des Patienten. Der primäre Angehörige (z.B. Ehepartner) sollte eingeladen werden, um in einer gemeinsamen Sitzung beziehungsbezogene Anliegen im Kontext der fortgeschrittenen Erkrankung zu besprechen.

2.4.2 Die CALM-Module

In diesem Kapitel werden die vier CALM-Module beschrieben. Sie wurden vor dem Hintergrund der wichtigsten Anliegen und Belastungen von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen entwickelt und bilden den therapeutischen Rahmen der CALM-Therapie (75).

Modul 1: Symptom-Management und Kommunikation mit Mitgliedern des Gesundheitswesens

Das erste Modul dient der Exploration von Symptomerfahrungen, wobei bei unzureichender Symptomkontrolle hilfreiche medizinische Kontakte vermittelt werden sollten.

Darüberhinaus beinhaltet es die Unterstützung von Beziehungen zu Mitgliedern des Gesundheitswesens und der Kommunikation mit diesen. Das Verständnis der Erkrankung, bisherige Erkrankungs- bzw. Behandlungsverläufe und medizinische Entscheidungen sind weitere Themenbereiche dieses Moduls. Bei Bedarf sollte auch hier auf entsprechende Kontakte verwiesen werden.

Modul 2: Persönliche Veränderungen und Beziehungen zu nahen Anderen

Mit Erfahrungen und Veränderungen in Beziehungen zu Freunden und Familienmitgliedern befasst sich das zweite Modul. Im Kontext der fortgeschrittenen Erkrankung sollten Schwierigkeiten in Partnerschaften, familiäre und alltägliche Veränderungen, Konflikte oder Ängste bezüglich der Abhängigkeit von anderen und Hemmungen bei der Annahme von Hilfe ausgeleuchtet werden. Auch die Bedürfnisse der Kinder oder anderen Familienmitgliedern werden in diesem Modul berücksichtigt. Überdies impliziert Modul 2 die Erleichterung des Ausdrucks von Schmerz und Trauer und Veränderungen der Beziehung zu sich selbst.

Modul 3: Spiritualität oder Gefühl für Sinn und Bestimmung

Modul drei bezieht sich auf spirituelle Überzeugungen und Gefühle für Sinn und Bestimmung mit der Absicht, Sinnfindung für die gegenwärtige Situation und das Bewusstsein für die persönliche Bedeutung von Leid und Sterben zu fördern. Die Bewertung und Neu-evaluation von Prioritäten und Zielen im Kontext der fortgeschrittenen Krebserkrankung sowie religiöse Anliegen sind weitere Aspekte dieses Moduls.

Modul 4: Gedanken zu Zukunft, Hoffnung und Sterblichkeit

Das vierte Modul befasst sich mit der Haltung der Patienten zu Zukunft, Hoffnungen und Ängsten im Kontext der fortgeschrittenen Erkrankung. Ziel ist ein offenes Gespräch über das Sterben und den Tod sowie die Anerkennung bestehender Ängste. Weiterhin sollten das Verhältnis von Leben und Sterben sowie der Hintergrund einer möglichen Verdrängung der Erkrankung erforscht werden. Die Vorauspflegeplanung, Begleitung am Lebens-

ende und Vorbereitung auf das Sterben und den Tod sind weitere Bestandteile dieses Moduls.

2.4.3 Aktueller Forschungsstand zur CALM-Therapie

Dieser Abschnitt dient der Darstellung bisheriger Forschungsergebnisse zur CALM-Therapie.

Eine unkontrollierte kanadische Interventionsstudie evaluierte depressive Symptome, Todesängste, Bindungssicherheit, spirituelles Wohlbefinden und psychologisches Wachstum von mit der CALM-Intervention behandelten Krebspatienten. Die Einschätzung der Parameter zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten zeigte im Verlauf eine Abnahme von depressiven Symptomen und Todesängsten sowie einen Anstieg des spirituellen Wohlbefindens. Dies weist darauf hin, dass die CALM-Intervention einen positiven Einfluss auf die psychische Belastung und das psychische Wohlbefinden bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen haben kann (30).

In einer im Anschluss an eine Machbarkeitsstudie (76) durchgeführten kanadischen unverblindeten randomisierten kontrollierten Studie berichteten Patienten, die der CALM-Therapie zugeführt wurden im Vergleich zu Patienten einer konventionellen psychoonkologischen Versorgung, ein niedrigeres Maß an depressiven Symptomen, eine bessere Vorbereitung auf das Lebensende, weniger generalisierte Ängste und Todesängste, ein niedrigeres Maß an Demoralisierung sowie ein höheres Maß an spirituellem Wohlbefinden und Bindungssicherheit (31).

Anhand semi-strukturierter Interviews untersuchte eine qualitative Studie die subjektive Erfahrung der CALM-Therapie. Alle teilnehmenden Krebspatienten wertschätzten die Intervention und bewerteten sie als einen positiven und einzigartigen Beitrag zu ihrer Erkrankung. Kein Teilnehmer berichtete interventionsbezogene Risiken oder Bedenken. Bei weiteren Interviewanalysen wurde beobachtet, dass die CALM-Therapie folgendes bietet: 1. einen sicheren Ort zur Verarbeitung der fortgeschrittenen Krebserkrankung; 2. die Erlaubnis über Tod und Sterben zu sprechen; 3. Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und Navigation durch das Gesundheitssystem; 4. die Lösung zwischenmenschlicher

Belastungen und 5. die Möglichkeit, „als gesamte Person“ im Gesundheitswesen gesehen zu werden (32).

Des Weiteren untersucht derzeit eine deutsche randomisierte kontrollierte Studie die Effektivität der CALM-Therapie (77).

2.5 Psychotherapieforschung: Treatment Integrity

Im Folgenden werden Aspekte der Treatment Integrity vorgestellt.

2.5.1 Begriffserläuterung

Die Treatment Integrity beschreibt den Umfang in welchem eine Intervention wie vorgesehen umgesetzt wurde und umfasst die drei Bereiche Manualtreue, Treatmentdifferenzierung und Therapeutenkompetenz (33, 34). Die Manualtreue beschreibt das Maß, in welchem Therapeuten/innen die von Therapiemanualen beschriebenen Vorgehensweisen anwenden bzw. nicht erlaubte Methoden vermeiden. Die Treatmentdifferenzierung dient der Beurteilung ob sich zwei verschiedene Interventionen in wesentlichen Größen voneinander unterscheiden, und die Therapeutenkompetenz ist ein Maß für die Qualität therapeutischer Fähigkeiten (78-80).

2.5.2 Hintergrund

Bei der Untersuchung psychotherapeutischer Interventionseffekte, wie die der CALM-Therapie (30), sind Kenntnisse über die Treatment Integrity Voraussetzung für eine korrekte Interpretation der Studienergebnisse (35-37). Beispielsweise könnten Therapeuten/innen die Vorgaben des Manuals gar nicht, teilweise bzw. vollständig umsetzen oder Methoden hinzufügen, die nicht vom Therapiemanual eingeschlossen werden (35).

Es konnte gezeigt werden, dass in spezifischen Therapiesitzungen die von Therapiemanualen vorgegebenen Techniken nur geringfügig umgesetzt und unspezifische Techniken deutlich häufiger verwendet werden (81).

Bei psychotherapeutischen randomisierten kontrollierten Studien ist überdies zum validen Vergleich der Ergebnisse der Kontroll- und Interventionsgruppe entscheidend, ob auch in der Kontroll-Therapie Techniken angewendet werden, die durch das Therapiemanual der zu untersuchenden Intervention vorgegeben werden und umgekehrt (82).

2.5.3 Förderung und Evaluation

Durch eine ausreichende Operationalisierung einer Intervention, die Bereitstellung von Therapiemanualen, Schulungen der Therapeuten/innen in der Durchführung einer Intervention und die Überwachung des psychotherapeutischen Prozesses durch laufende Supervisionen kann die Treatment Integrity gefördert werden (35, 83). Diese Faktoren stellen dennoch nicht sicher, dass Interventionen tatsächlich so wie durch das Manual vorgegeben durchgeführt werden (36).

Retrospektiv kann die Treatment Integrity mithilfe verschiedener Instrumente und Vorgehensweisen untersucht werden. Anhand von Informationsquellen, wie beispielsweise Notizen über den Behandlungsverlauf, Ton-, Videoaufnahmen oder Transkriptionen von Therapiesitzungen (36) kann im Anschluss an eine Intervention durch verschiedene Ratingsysteme (84-88) systematisch ermittelt werden in welchem Maße das therapeutische Vorgehen mit den aus den entsprechenden Therapiemanualen hervorgehenden Vorgaben übereinstimmt und die Therapeutenkompetenz und Treatmentdifferenzierung evaluiert werden. In der Regel basieren diese Ratingsysteme auf Fremdbeurteilungen oder Selbsteurteilungen durch die Therapeuten/innen (36).

3. Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

Die Treatment Integrity wurde bisher nur von einem Bruchteil der bereits publizierten Psychotherapiestudien adäquat einbezogen (37, 80). Derzeit untersucht eine deutsche randomisierte kontrollierte Studie Interventionseffekte der CALM-Therapie (77). Mit dem Ziel zu einer fundierten Interpretation der ausstehenden Ergebnisse dieser Studie beizutragen, untersucht die vorliegende Arbeit Teilaspekte der Manualtreue und Treatmentdifferenzierung durchgeführter CALM-Interventionen und vergleicht diese mit einer konventionellen psychoonkologischen Therapie. Hierbei stehen der quantitative Anteil von Inhal-

ten der oben beschriebenen CALM-Module sowie die unsystematisch beobachteten Ansprachen und Thematisierungen von Themenbereichen der CALM-Module im Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses im Fokus der Untersuchung.

Fragestellungen

Die Fragestellungen dieser Arbeit lauten:

1. Wie hoch ist der tatsächliche Anteil von Themenbereichen der CALM-Module am therapeutischen Gespräch untersuchter CALM-Therapien?
2. Wie hoch ist der Anteil von Themenbereichen der CALM-Module am therapeutischen Gespräch untersuchter konventioneller psychoonkologischer Therapiesitzungen im Vergleich zu den untersuchten CALM-Therapiesitzungen?

Hypothesen:

Mithilfe der oben beschriebenen Fragestellungen sollen folgende Hypothesen geprüft werden:

1. Wie durch das Therapiemanual vorgegeben, beziehen sich psychotherapeutische Gespräche von CALM-Therapien zu einem hohen Anteil auf die Themenbereiche der CALM-Module.
2. Innerhalb von CALM-Therapien werden die Themenbereiche der CALM-Module in höherem Maße besprochen als in einer konventionellen psychoonkologischen Therapie.
3. Innerhalb von CALM-Therapien werden die durch die CALM-Module eingeschlossenen Themenbereiche spezifischer angesprochen als in konventionellen psychoonkologischen Therapien.

4. Material und Methoden

4.1 Herkunft des untersuchten Materials

Derzeit prüft eine deutsche einfach verblindete randomisierte kontrollierte Studie die Effektivität der CALM-Therapie bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen (77). Hierbei erhält die Interventionsgruppe die CALM-Therapie und die Kontrollgruppe eine konventionelle nicht-manualisierte supportive psychoonkologische Therapie.

Die Studie wird an folgenden zwei universitätsmedizinischen Zentren durchgeführt:

1. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; 2. Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Sektion Psychosoziale Onkologie, Department für Psychische Gesundheit, Universitätsmedizin Leipzig.

Für beide Zentren erhielt die Studie Ethikvoten nach den Prinzipien der Deklaration von Helsinki (Referenznummern: PV4435 (Hamburg); 143-14-14042014 (Leipzig)). Diese Ethikvoten schließen auch die vorliegende Arbeit mit ein.

Zur Evaluation der Prozessqualität werden die Psychotherapiesitzungen der CALM- und Kontroll-Therapien auditiv aufgenommen. Jeweils zwei auditiv aufgenommene Therapien beider Therapiebedingungen bilden die Grundlage des von dieser Arbeit untersuchten Materials.

4.2 Beschreibung des untersuchten Materials

Beim Untersuchungsmaterial dieser Arbeit handelt es sich um Transkriptionen auditiv aufgenommener Psychotherapiesitzungen zwei vollständiger CALM- und zwei vollständiger Therapien einer konventionellen nicht-manualisierten supportiven psychoonkologischen Psychotherapie. Die eingeschlossenen Patienten beider Therapieformen sind an einem malignen Tumor mit den Tumorstadien III oder IV gemäß UICC-Klassifikation erkrankt, woraus eine durchschnittliche Lebenserwartung zwischen 12 und 18 Monaten resultiert. Sie sind mindestens 18 Jahre alt, sprechen fließend deutsch und sind kognitiv nicht beeinträchtigt. Beide Patientengruppen wurden ausschließlich von bereits approbier-

ten oder sich in Ausbildung befindenden psychologischen Psychotherapeuten/innen mit teilweise zusätzlicher psychoonkologischer Weiterbildung behandelt (77).

Die Auswahl der Sitzungen wurde auf vollständige Therapien beschränkt, um den gesamten Therapieverlauf beurteilen zu können. Zugunsten der Vergleichbarkeit und einer möglichst geringen Verzerrung durch einen weiteren Therapieteilnehmer wurden Therapien mit einer möglichst kleinen Anzahl an Paarsitzungen bevorzugt.

4.2.1 Transkripterstellung

Die Transkription der auditiv aufgenommenen Psychotherapiesitzungen erfolgte in Form einer literarischen Umschrift mithilfe des Transkriptionsprogramms *F5 Transcription PRO*. Alle Einschübe des Gegenübers wie beispielsweise „Mhm“, „Aha“, „Ja“ wurden miterfasst. Unterbrechungen beim Sprechen wurden mit „...“ gekennzeichnet. Weiterhin wurden folgende Aspekte in Klammern vermerkt: längere Pausen, räuspern, seufzen, husten, schweres/tiefes atmen, hörbare Emotionalität (bspw. lacht / weint / schluchzt), hörbare Bewegungen (bspw. Händeklatschen), ironische oder unernste Äußerungen, Erhöhung oder Verlangsamung des Sprachtempos, Wechsel in der Lautstärke, einzelne oder mehrere nicht zu verstehende Worte, undeutliche Worte, Geräuschkulisse (bspw. Stuhl wird verrückt/Rascheln/Telefonklingeln), merkliche Erfragungen einer Bestätigung (fragend), Betonung einzelner Worte (betont) oder die Suche nach dem richtigen Wort (sucht nach Wort).

Transkriptionsbeispiel:

99. Therapeut: Ihre Schmerzen ... wurden Ihnen von ärztlicher Seite
ausreichende Informationen zum Umgang mit diesen gegeben?
#00:24:30-6#

100. Patient: Ja. Also, ich hab' einen höllischen Respekt vor diesen Tabletten.
Ich nehme ja dieses ... ich glaube, das ist ein Morphin-Derivat.
Also ... #00:24:55-2#

101. Therapeut: Das war (*Medikamentenname*), ne? #00:24:55-4#

102. Patient: (*Medikamentenname*), genau. #00:26:25-4#

Durch das Transkriptionsprogramm wurden bei jedem Wechsel und jedem Einschub des Gegenübers Zeitmarken gesetzt. Zusätzlich wurden nach Fertigstellung des Transkripts die einzelnen Gesprächseinheiten fortlaufend nummeriert. Zu Beginn des oben genannten Transkriptionsbeispiels wurde durch den Gesprächswechsel vom Therapeuten (Gesprächseinheit 99.) zum Patienten (Gesprächseinheit 100.) am Ende von Gesprächseinheit 99. die Zeitmarke ‚#00:24:30-6#‘ gesetzt. Die bisherige Dauer des aufgenommenen Gesprächs beträgt an dieser Stelle 24 Minuten, 30 Sekunden und 6 Millisekunden.

Im Folgenden werden der Umfang, die Rahmenbedingungen sowie die Therapeuten/innen der einzelnen untersuchten Therapien vorgestellt. Angaben zu Seitenanzahlen von Transkripten beziehen sich auf folgende Formatierungen: Schriftgröße 12 (Times New Roman); Zeilenabstand 1,5; Seitenränder (oben, unten, rechts, links) 2.5cm.

4.2.2 CALM-Therapien

Die Therapeuten der CALM-Therapien erhielten vor Beginn eine Schulung zur Durchführung der CALM-Intervention und eine deutsche Übersetzung des Therapiemanuals. Im Laufe der Intervention wurden regelmäßige Supervisionen gewährleistet. Insgesamt haben die für diese Arbeit verwandten Audioaufnahmen der CALM-Therapiesitzungen eine Länge von 14 Stunden und 4,1 Minuten und die Seitenzahl der daraus hervorgegangenen Transkripte beträgt 447 Seiten.

CALM-Therapie 1

Bei der ersten CALM-Therapie handelt es sich um die Therapie eines männlichen Patienten durch einen männlichen Therapeuten in verhaltenstherapeutischer Psychotherapieausbildung, psychoonkologischer Zusatzqualifikation und siebenjähriger Berufserfahrung im psychoonkologischen Arbeitsfeld. Die acht Einzelsitzungen mit einer durchschnittlichen Länge von 55,5 Minuten erstrecken sich insgesamt über 7 Stunden und 23,9 Minuten. Insgesamt beträgt die Seitenzahl der Transkripte dieser Therapie 272 Seiten.

CALM-Therapie 2

Bei der zweiten CALM-Therapie handelt es sich um die Therapie einer weiblichen Patientin durch eine weibliche psychologische Psychotherapeutin in tiefenpsychologisch fun-

dierter Psychotherapieausbildung und siebenjähriger Berufserfahrung im psychoonkologischen Arbeitsfeld. Die sieben Einzelsitzungen mit einer durchschnittlichen Länge von 57,2 Minuten erstrecken sich insgesamt über 6 Stunden und 40,2 Minuten. Insgesamt beträgt die Seitenzahl der Transkripte dieser Therapie 175 Seiten.

4.2.3 Kontroll-Therapien

Bei den Kontroll-Therapien handelt es sich um konventionelle nicht-manualisierte supportive psychoonkologische Interventionen. Diese basieren auf einem integrativen Ansatz aus psychoonkologischer Beratung, Information, Krisenintervention und unterstützender Einzeltherapie. Die Therapeuten der Kontrollbedingung erhielten keine zusätzliche Schulung und wurden im Laufe des Interventionsprozesses von einer separaten Supervision begleitet. Insgesamt haben die Audioaufnahmen der für diese Arbeit verwandten Kontroll-Therapiesitzungen eine Länge von 11 Stunden und 40,8 Minuten und die Seitenzahl der daraus hervorgegangenen Transkripte beträgt 565 Seiten.

Kontroll-Therapie 1

Bei der ersten Kontroll-Therapie handelt es sich um die Therapie eines männlichen Patienten durch einen männlichen Therapeuten in verhaltenstherapeutischer Psychotherapieausbildung, psychoonkologischer Zusatzqualifikation und neunjähriger Berufserfahrung im psychoonkologischen Arbeitsfeld. Von den insgesamt sieben Sitzungen dieser Therapie wurde eine Paarsitzung zugunsten der Vergleichbarkeit von der weiteren Untersuchung ausgeschlossen. Somit handelt es sich bei dieser Therapie um sechs Einzelsitzungen mit einer durchschnittlichen Länge von 53,1 Minuten. Insgesamt erstrecken sich diese über 5 Stunden und 18,4 Minuten und die Seitenzahl der Transkripte beträgt 220 Seiten.

Kontroll-Therapie 2

Bei der zweiten Kontroll-Therapie handelt es sich um die Therapie einer weiblichen Patientin durch eine weibliche Therapeutin in verhaltenstherapeutischer Psychotherapieausbildung und fünfjähriger Berufserfahrung im psychoonkologischen Arbeitsfeld. Die acht Einzelsitzungen mit einer durchschnittlichen Länge von 47,8 Minuten erstrecken sich insgesamt über 6 Stunden und 22,5 Minuten. Die Seitenzahl der Transkripte beträgt insgesamt 345 Seiten.

4.3 Inhaltsanalytische Auswertung

Das Untersuchungsprinzip der transkribierten Psychotherapiesitzungen basiert auf einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (38), welches im Folgenden genauer beschrieben wird. Zusätzlich wurden Auffälligkeiten bezüglich Ansprachen und Thematisierungen von Themenbereichen der CALM-Module unsystematisch beobachtet.

4.3.1 Entwicklung des Untersuchungsinstruments

Um Aussagen darüber machen zu können, wie hoch der Anteil der CALM-Modulthemen an den unterschiedlichen Therapiegesprächen ist, wurde ein Kategoriensystem entwickelt, mit welchem sich Textanteile, die sich auf die CALM-Modulthemen beziehen, herausfiltern lassen. In einem weiteren Schritt wurden die übrigen Textanteile differenziert kategorisiert. Damit sind eine Kategorisierung und Analyse des gesamten Transkriptionsmaterials möglich.

Die einzelnen Kategorien wurden deduktiv und induktiv gebildet. In diesem Zusammenhang bedeutet deduktiv, dass Kategorien theoretisch begründet vor der eigentlichen Materialanalyse gebildet werden. Mit induktiv ist gemeint, dass Kategorien aus dem zu untersuchenden Material hervorgehen und somit im Zuge der Analyse gebildet werden. Weiterhin ist das Kategoriensystem von Regeln umgeben, welche eine einheitliche Anwendung dieses Systems ermöglichen. Die hier beschriebene Bildung der Kategorien und Regeln erfolgte vor Beginn bzw. im Zuge des Auswertungsprozesses. Einzelne Kategorien und Regeln mussten im Verlauf verändert, erweitert und hinzugefügt werden, wobei nach jeder Anpassung ein erneuter Durchlauf des gesamten Materials nötig war. Am Ende konnte jede Kategorisierung auf eine begründete und getestete Regel zurückgeführt werden.

Im Folgenden wird die Bildung des Kategoriensystems beschrieben.

Deduktive Kategorienbildung

Anhand der im Therapiemanual (75) beschriebenen Inhaltsbereiche der CALM-Module wurden vor Beginn der Analyse 15 CALM-Hauptkategorien gebildet. Sie dienen dazu, die

Textpassagen aus den Transkripten herauszufiltern, die sich auf die Themenbereiche der CALM-Module beziehen. Einzelne Kategorien können mehrere Aspekte eines Moduls umfassen. Beispielsweise umfasst CALM-Kategorie 1.2 sowohl Aspekte zum Verständnis der Erkrankung als auch zum medizinischen Verlauf.

Im Zuge der Auswertung der Transkripte anhand der deduktiv gebildeten CALM-Kategorien waren Textpassagen diesen Kategorien nicht zuordenbar. Aus diesem Textmaterial wurden weitere Kategorien induktiv gebildet, um das gesamte Material zur differenzierten Ermittlung des relativen Anteils der CALM-Module kategorisieren zu können.

Induktive Kategorienbildung

Die einzelnen den CALM-Kategorien nicht zuordenbaren Textanteile wurden zunächst in eine Kurzform paraphrasiert und der Inhalt dieser Paraphrasen anschließend generalisiert. Im nächsten Schritt wurden bedeutungsgleiche Paraphrasen zusammengetragen und wenn möglich mit weiteren Paraphrasen gebündelt. Diese generalisierten und gebündelten Paraphrasen wurden anschließend in drei Kategorien zusammengefasst. Hierbei handelt es sich um eine weitere Hauptkategorie und zwei Nebenkategorien.

Beispiel für die induktive Kategorienbildung:

Patient: „Äh, ja als G. (Berufsangabe) ist das jetzt nicht so, dass man da irgendwie, äh, Schrauben sortiert.“ (CALM-Sitzung 1.3, Gesprächseinheit 98.)

- Paraphrasierung: G. (Beruf) sortieren keine Schrauben
- Generalisierung: Beruf
- Kategorie: N (Therapiegespräch ohne Bezug zu den CALM-Modulen)

4.3.2 Beschreibung des Untersuchungsinstruments

Dieses Kapitel dient der Beschreibung des entwickelten Untersuchungsinstruments beginnend mit einem Überblick über das gesamte Kategoriensystem und der Beschreibung der einzelnen Kategorien. Anschließend werden die Regeln zur Anwendung der Kategorien vorgestellt.

4.3.2.1 Überblick des gesamten Kategoriensystems

CALM-Hauptkategorien

- Modul 1**
- K1.1: Symptombewältigung
 - K1.2: Verständnis der Erkrankung und medizinischer Verlauf
 - K1.3: Medizinische Kontakte
 - K1.4: Beziehungen zu Mitgliedern des Gesundheitssystems
 - K1.5: Medizinische Entscheidungsfindung
- Modul 2**
- K2.1: Erfahrung in Beziehungen
 - K2.2: Schmerz und Trauer über Verluste
 - K2.3: Erfahrung mit sich selbst
 - K2.4: Abhängigkeit, Pflege und Unterstützung
- Modul 3**
- K3.1: Sinn und Bestimmung
 - K3.2: Bedeutung von Leid und Sterben
 - K3.3: Evaluation von Prioritäten und Zielen
- Modul 4**
- K4.1: Hoffnungen und Ängste
 - K4.2: Verhältnis von Leben und Sterben
 - K4.3: Vorauspflgeplanung und Vorbereitung auf Sterben und Tod

Nicht-CALM-Hauptkategorie

- Nicht-CALM-Kategorie** N: Therapiegespräch ohne Bezug zu den CALM-Modulen

Nebenkategorien

- Nebenkategorie Moderation** m: Moderation des therapeutischen Vorgangs
- Nebenkategorie Sekundär** s: sekundäre Gesprächsanteile / Geräusche

4.3.2.2 Beschreibung der einzelnen Kategorien

Im Folgenden werden die einzelnen deduktiv und induktiv gebildeten Kategorien genauer beschrieben und mithilfe von Ankerbeispielen charakterisiert. Textanteile von Ankerbeispielen, welche nicht relevant für die Beschreibung der Kategorie sind, wurden entfernt und mit ‚(...)‘ gekennzeichnet. Weitere Beispiele aus den untersuchten Sitzungen für Inhalte der einzelnen Kategorien befinden sich in tabellarischer Form im Anhang.

CALM-Hauptkategorien

Modul 1 (K1): Symptom-Management und Kommunikation mit Mitgliedern des Gesundheitswesens

Themenbereiche des ersten CALM-Moduls sind Symptomerfahrungen, Beziehungen und Kommunikation mit Mitgliedern des Gesundheitswesens, das Verständnis der Erkrankung, der bisherige Erkrankungs- bzw. Behandlungsverlauf sowie medizinische Entscheidungsfindungen. Bei Bedarf sollte durch die/den Therapeuten/in auf hilfreiche medizinische Kontakte verwiesen werden.

Kategorie 1.1 (K1.1): Symptombewältigung

Definition: Kategorie 1.1 schließt alle Textbestandteile über bestehende, zurückliegende oder zu erwartende Symptome sowie deren Therapie und Bewältigung, Therapienebenwirkungen, körperliche Einschränkungen, die psychische Belastung durch Symptome, Schlafqualität oder Befindlichkeitsstörungen ein.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 1.1 aus CALM-Sitzung 1.4

127. Therapeut: (...) Um welche Symptome geht's denn hauptsächlich? Was nimmt Sie am meisten in Beschlag oder worunter leiden Sie am meisten?
#00:25:31-9#

128. Patient: Ja, also, das ist zum Beispiel, wenn ich aufstehe, dann merk' ich einfach, es tut weh. Es tut weh zu laufen. #00:25:40-2#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 1.1 aus CALM-Sitzung 1.6

295. Patient: (...) Es ist einfach diese Strahlendosis und, ähm ... die hat halt damals so verzögert von ein, zwei Wochen ... hat die ... richtig zuge schlagen. Die erste Woche ging's mir noch relativ gut und dann kam das also wirklich, pff, erschreckend irgendwie. #00:51:50-2#

296. Therapeut: Und ... wie haben Sie das durchgehalten dann damals? Erinnern Sie sich noch, welche Strategien oder Haltungen da für Sie hilfreich waren? #00:51:58-7#

Kategorie 1.2 (K1.2): Verständnis der Erkrankung und medizinischer Verlauf

Definition: Kategorie 1.2 wurden Textabschnitte zum Verständnis der Erkrankung zugeordnet. Hierzu zählen auch Kenntnisse zu Prognosen, Behandlungen und Untersuchungen. Weiterhin deckt diese Kategorie alle Themenbereiche des medizinischen Verlaufs ab.

Kodierregel: Durch Kategorie 1.2 wurden auch Gesprächsanteile über das gewünschte Maß medizinischer Informationen, das Verständnis des eigenen Körpers und die gesamte Krankengeschichte inklusive der Diagnosestellung erfasst.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 1.2 aus CALM-Sitzung 1.7

68. Patient: (...) Mir das auch mal erklärt, also, was das, äh ... was es heißt niedrig differenziertes GIST, äh, was GIST für 'n Tumor ist. (...) Ich geh' ja selber nich' ins Internet, aber das hab' ich dann eben so immer so rausgehört, was das im Einzelnen so bedeutet, aber ich würde ganz gerne mal so 'ne Bestandsaufnahme haben. Und natürlich eben auch perspektivisch. Ich weiß mir kann keiner sagen: 'Jetzt ab heute noch, äh, sechs Monate, sechs Jahre, äh, zwanzig Jahre.' Das weiß ich.

Ähm ... aber zumindest, dass ich mal so 'ne Einschätzung kriege, ne. (...) #00:14:17-1#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 1.2 aus CALM-Sitzung 2.1

5. Therapeutin: Vielleicht können Sie mir am Anfang erst mal noch etwas über sich erzählen, über die Erkrankung, die Krankheitsgeschichte auch. #00:00:41-5#
6. Patientin: Ja, es ist festgestellt worden zum Teil, ich hab es zumindestens zum Teil gemerkt. #00:00:48-1#
7. Therapeutin: Das haben Sie selbst ertastet? #00:00:50-8#
8. Patientin: Ja, aber war auch sichtbar. Und dann bin ich halt zum Arzt gegangen und untersucht, wie es dann halt so ist. Und dann haben sie festgestellt, dass es ein bösartiger ist und dass aber auch kleinere schon wieder woanders war. Und dann haben sie natürlich gleich ab, manchmal machen sie es ja so brusterhaltend. Aber bei mir war es halt schon soweit, dass sie dann doch amputiert haben und dann auch viele Lymphdrüsen entfernt, 22 waren es ja, die waren auch schon befallen. Und dann die Chemo, was alles so ist, Bestrahlung, Chemo und alles. (...) #00:01:34-8#

Ankerbeispiel 3 zu Kategorie 1.2 aus CALM-Sitzung 1.6

34. Patient: Und am achten (...) Dezember hab' ich dann meine erste Bestrahlung, zehn Einheiten insgesamt. #00:07:24-1#
35. Therapeut: Wie läuft'n die ab? Punktuell jetzt, ähm ... #00:07:28-2#
36. Patient: Ja, also, wir werden, äh, wohl das punktuell an der Stelle machen. Allerdings werden sie jetzt, ähm, weil beim Lendenwirbel fünf ist offensichtlich auch eine kleine Metastase. Die nehmen sie quasi mit und dann gibt es noch so 'n Sicherheitspuffer, den sie auch abdecken, ne. #00:07:47-5#

Kategorie 1.3 (K1.3): Medizinische Kontakte

Definition: Mithilfe von Kategorie 1.3 wurden alle Textanteile mit Bezug zur Vermittlung hilfreicher medizinischer Kontakte kodiert. Hierzu zählen beispielsweise medizinische Fachbereiche wie die Schmerz- und Palliativmedizin, Selbsthilfegruppen oder stationäre psychologische Betreuungsangebote.

Ankerbeispiel zu Kategorie 1.3 aus CALM-Sitzung 1.1

198. Therapeut: Und vielleicht macht das dann auch mal Sinn, dass Sie mit meiner Kollegin Frau Ö. sprechen, die Palliativmedizinerin ist, die Ihnen auch sagen kann, welche Möglichkeiten es eventuell sonst geben kann, um mit Schmerzen, mit irgendwelchen Symptomen, vor denen Sie Angst haben, Umgang zu finden. #00:48:04-9#

199. Patient: Ja, sehr gerne, weil da merk‘ ich auch, dass ... da schwimm‘ ich auch völlig, also ... also, was jetzt so Möglichkeiten angeht. (...) #00:48:28-5#

Kategorie 1.4 (K1.4): Beziehungen zu Mitgliedern des Gesundheitssystems

Definition: Mithilfe von Kategorie 1.4 wurden alle Gesprächsanteile zu Beziehungen und Kommunikation mit Mitgliedern des Gesundheitssystems kodiert.

Kodierregel: Durch Kategorie 1.4 wurden auch Textanteile zu Ansichten zum medizinischen System erfasst.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 1.4 aus CALM-Sitzung 1.2

24. Patient: Und ich hatte ja von Anfang an ein supergutes Verhältnis zu ihm und er menscht sehr. Also, ähm, er sagte mal, er ... ich wär‘ halt sein erster (...) komplexerer Fall gewesen in seiner Selbständigkeit. (...) #00:03:37-2#

(...)

27. Therapeut: (unverständlich) Da wird der Psychologe aber hellhörig, wenn ich höre da ist ein Arzt, der menschelt. #00:04:08-3#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 1.4 aus CALM-Sitzung 2.2

30. Therapeutin: Wie ist es mit den Behandlern, die Sie haben, die verschiedenen Ärzte? Haben Sie das Gefühl, da ist eine gute Kommunikation? #00:09:52-5#

31. Patientin: Ja, da ist jemand. Wenn ich jetzt die Infusion hole, da machen die dann immer eine Visite. Und da kommen die dann und fragen, was du für Beschwerden hast. (...) Es ist schon okay. #00:10:47-6#

Kategorie 1.5 (K1.5): Medizinische Entscheidungsfindung

Definition: Zu Kategorie 1.5 wurden Textanteile mit Bezug zu Therapiemöglichkeiten, medizinischen Entscheidungen, Behandlungswünschen, Zweitmeinungen oder der Wahl des Arztes oder Krankenhauses zugeordnet.

Kodierregel: Gesprächsanteile, welche Patientenrechte schneiden oder diese direkt benennen, wurden ebenso anhand von Kategorie 1.5 kodiert.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 1.5 aus CALM-Sitzung 1.4

80. Patient: (...) Ich kann's eigentlich nicht formulieren, was ich möchte. Es ist eher so dieses, äh ... ich seh' jetzt, wie da so Aufgaben auf mich zukommen. Also, dass ich wieder Entscheidungen treffen muss, die ich dann abarbeite, ne. #00:17:19-0#

81. Therapeut: (...) Was heißt das Abarbeiten? #00:17:21-2#

82. Patient: Naja, also, im Sinne von, ich müsste jetzt wieder operiert werden. (...) Das ist 'ne gute Frage (...). Also, ich kann eigentlich nicht formulieren, was ich möchte. #00:17:44-9#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 1.5 aus CALM-Sitzung 2.2

137. Patientin: Und dann ist da auch die Entscheidung, was machst du da? (...) #00:50:54-0#
138. Therapeutin: Wenn die Brust abkommt? #00:51:01-6#
139. Patientin: Das ist ja dann auch eine Entscheidung (...) sagst du, verkleinern bloß oder ganz ab. Ich wüsste es jetzt nicht. (...) #00:51:31-6#

Ankerbeispiel 3 zu Kategorie 1.5 aus CALM-Sitzung 1.7

81. Therapeut: Zweitmeinungen in irgend'ner Form, haben Sie die schon eigentlich? #00:16:06-0#
82. Patient: Naja, es ist ja so, dass im Grunde fahr' ich ja zweigleisig, ne. (...) #00:16:24-5#

Modul 2 (K2): Persönliche Veränderungen und Beziehungen zu nahen Anderen

Das zweite CALM-Modul bezieht sich auf Erfahrungen und Veränderungen in Beziehungen zu Freunden und Familienmitgliedern, die Bedürfnisse von Kinder oder anderen Familienangehörigen, die Erleichterung des Ausdrucks von Schmerz und Trauer sowie Veränderungen in der Beziehung zu sich selbst.

Kategorie 2.1 (K2.1): Erfahrung in Beziehungen

Definition: Kategorie 2.1 werden Textanteile zugeordnet, die sich auf Beziehungserfahrungen mit Freunden und Familienmitgliedern sowie Veränderungen in Partnerschaften beziehen. Hierzu zählen beispielsweise bestehende Konflikte oder Belastungen, das Gespräch und die Aufklärung über die Erkrankung sowie Bedürfnisse und Erfahrungen der Kinder.

Kodierregel: Gesprächsanteile über gesellschaftliche Erfahrungen, Familienkonstellationen, familiäre Kontakte, Berichte über Familienmitglieder sowie Bezie-

hungserfahrungen aus der Kindheit wurden ebenso Kategorie 2.1 zugeordnet.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 2.1 aus CALM-Sitzung 1.2

83. Therapeut: Wie war denn das ganz früher? Also, so ... wie sicher erlebten Sie sich in der Bindung zu Ihren Eltern? #00:19:05-5#

84. Patient: Ja, ähm ... also, ich bin ja bei meiner Mutter groß geworden, weil wir aus so 'ner Patch-Work-Familie kommen. #00:19:13-2#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 2.1 aus CALM-Sitzung 1.3

31. Therapeut: Ähm, also, sich da auch so ... isoliert oder vielleicht sogar abgeschoben zu fühlen, ne. #00:11:04-1#

32. Patient: Ja, also das ist nun wirklich 'ne Gratwanderung für mich, weil ich denke, ähm ... was kann ich auch meinem Umfeld zumuten, ne. Also, dass ... ich erwarte wirklich von niemandem, dass er sich in so 'ne Diagnose und in so 'ne Perspektive hineinversetzen kann. Das kann man nicht. (...) Und das ist wie so 'n Prozess und, äh, klar kann ich von meinem Bruder nicht erwarten, dass er da mitzieht, ne. Aber es hat mich irgendwie ziemlich geärgert auf der einen Seite und Enttäuschung, war auch wütend und dann auch, ich dachte so 'ne Ignoranz. (...) #00:12:09-1#

Ankerbeispiel 3 zu Kategorie 2.1 aus CALM-Sitzung 2.2

67. Patientin: Die Blicke dann, wo damals die Haare weg waren. (...) Dann hat man schon die Blicke gemerkt. Mensch, deswegen ist man doch kein anderer Mensch. #00:23:41-0#

68. Therapeutin: Was haben die Blicke Ihnen so gesagt, also was haben Sie in den Blicken gesehen? #00:23:45-8#

69. Patientin: Ja, Bestürzung, Erschrockenheit, sage ich mal, wenn die dann doch so, wo man das doch heute eigentlich weiß, da sieht man das ja, wenn die Haare nicht da sind. (...) #00:24:53-8#

Ankerbeispiel 4 zu Kategorie 2.1 aus CALM-Sitzung 2.3

69. Therapeutin: Haben Sie das Gefühl, dass Sie, seitdem Sie selbst erkrankt sind, andere Grenzen ziehen gegenüber Ihrer Tochter? #00:28:30-1#

70. Patientin: Ja, schon. #00:28:33-4#

71. Therapeutin: Sind die strenger die Grenzen? #00:28:34-8#

72. Patientin: Ja. Weil irgendwo habe ich ja was zu verlieren. Nicht nur jetzt die Tochter, sondern auch meine eigene Gesundheit. (...) #00:28:58-5#

Kategorie 2.2 (K2.2): Schmerz und Trauer über Verluste

Definition: Kategorie 2.2 umfasst alle Textanteile zu Trauer, Schmerz und Emotionalität.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 2.2 aus CALM-Sitzung 1.6

203. Patient: Genau. Eine andere Sache, das merk' ich, ich bin viel viel näher am Wasser gebaut als früher. #00:36:56-0#

204. Therapeut: Mhm. #00:36:56-8#

205. Patient: (...) Ich bin so dünnhäutig geworden. Ähm ... also, quasi (...) so emotional ... (...) #00:37:38-6#

206. Therapeut: Mhm. #00:37:39-8#

207. Patient: (...) Aber ich merke, so 'ne, dass ich (...) auch viel, viel mehr bereit bin irgendwie das auch, äh ... für mich jetzt im stillen Kämmerchen auch zuzulassen, ne. So. #00:38:16-1#

208. Therapeut: Mhm. #00:38:16-9#

209. Patient: Also, einfach so 'n Tränchen zu verdrücken und, äh ... auch traurig zu sein, ne. So. #00:38:26-1#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 2.2 aus CALM-Sitzung 2.7

102. Therapeutin: Und was sind das für Tränen, die da hochkommen? #00:37:32-7#

103. Patientin: Ja, ich weiss nicht, das ist irgendwo. Vielleicht weil er mir auch zu wichtig ist. (...) #00:38:22-2#

Kategorie 2.3 (K2.3): Erfahrung mit sich selbst

Definition: Textanteile zu Erfahrungen und der Beziehung zu sich selbst wurden Kategorie 2.3 zugeordnet. Hierzu gehören beispielsweise Themen wie der Umgang mit sich selbst, die eigene Persönlichkeit, Selbstwert und Selbstwahrnehmung, persönliche Veränderungen und Entwicklungen, die Beziehung zum eigenen Körper oder Selbstreflexionen.

Kodierregel: Zusätzlich wurden Textpassagen zu Träumen und Rückblicken auf das eigene Leben mithilfe von Kategorie 2.3 kodiert.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 2.3 aus CALM-Sitzung 1.2

151. Therapeut: Wie emotional sind Sie eigentlich mit sich selbst? #00:40:30-1#

152. Patient: (schweres Atmen) Was heißt das, emotional in Beziehung mit mir selbst? #00:40:36-4#

(...)

157. Therapeut: Also, wir alle führen ja auch immer mal wieder so ‘n Zwiegespräch mit uns selbst oder erleben uns selbst. (...) Wie ist da so der Zugang zu sich selbst? #00:41:01-1#

158. Patient: (...) Zu mir selber, ich glaub‘, ich bin mit mir selber eher sehr streng. Also, ich, äh ... bin sehr ungeduldig und ... ärger‘ mich dann auch irgendwie, wenn irgendwas nicht klappt (...). #00:41:34-8#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 2.3 aus CALM-Sitzung 2.4

72. Therapeutin: Ich denke, es ist wichtig, dass Sie auch die Veränderungen, die Sie bei sich momentan merken, auch ein Stück weit für sich annehmen, dass es momentan auch so irgendwo dazu gehört. Das hat seinen Grund, warum man sich auch psychisch zurückzieht in Phasen, wo man auch was sehr Schweres zu verarbeiten hat, damit man es tragen kann. #00:26:21-6#
73. Patientin: Ja, es ist nicht so einfach. #00:26:24-4#
74. Therapeutin: Das ist es sicherlich nicht. Aber es ist auch gleichzeitig schwierig, wenn man so gegen sich selbst innerlich so ankämpft und sagt, so bin ich doch eigentlich gar nicht. Und so sind Sie sicherlich sonst auch nicht gewesen. #00:26:39-3#

Kategorie 2.4 (K2.4): Abhängigkeit, Pflege und Unterstützung

Definition: Alle Textanteile, die sich auf die Themenbereiche Abhängigkeit, Pflege oder Unterstützung beziehen wurden Kategorie 2.4 zugeordnet. Hierzu zählen Themenbereiche wie Bedürfnisse nach Unterstützung, Autonomieverlust oder Bevormundung, Unterstützungsformen und –quellen oder Anliegen zur Pflege.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 2.4 aus CALM-Sitzung 1.2

136. Patient: (...) Und das ist, ähm, ja ... also, es gibt schon natürlich auch diese, diese Ader in mir, die das sehr genießt, wenn so äh ... wenn ich mich um nicht so elementare Dinge kümmern muss. #00:37:53-7#

(...)

139. Therapeut: Dann haben Sie irgendwo beides. Also, ich kann mir schon vorstellen, dass da auch so ‘n Bedürfnis ist nach Ich-möchte-mich-umsorgt-fühlen-dürfen. #00:38:12-8#

140. Patient: Mhm. #00:38:12-8#

141. Therapeut: Und das gibt ihr alltägliches Umfeld so nicht her. #00:38:16-8#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 2.4 aus CALM-Sitzung 1.6

154. Therapeut: Was jetzt hier an Unterstützung kann genau gegenteiligen Effekt haben, nämlich das Gefühl, die machen mich jetzt hier abhängig. #00:30:39-4#

(...)

158. Therapeut: Ich hab' jetzt bei Ihnen gehört eine große Bestrebung ist hier wieder Autonomie zu fördern (...). #00:31:23-1#

Modul 3 (K3): Spiritualität oder Gefühl für Sinn und Bestimmung

Modul drei bezieht sich auf spirituelle Überzeugungen und Gefühle für Sinn und Bestimmung. Weitere Aspekte dieses Moduls sind die persönliche Bedeutung von Leid und Sterben, die Neuevaluation von Prioritäten und Zielen sowie religiöse Anliegen.

Kategorie 3.1 (K3.1): Sinn und Bestimmung

Definition: Mithilfe von Kategorie 3.1 wurden alle Textanteile mit Bezug zu Sinn, Bedeutung oder Bestimmung im Leben der Patienten kodiert. Hierzu zählen spirituelle Hintergründe sowie Erklärungen und Ursachensuchen für die Erkrankung.

Kodierregel: Gesprächsanteile über Wertvorstellungen, Lebensphilosophien, Ansprüche und Zufriedenheit bezüglich des eigenen Lebens sowie persönliche Kraftquellen wurden ebenso Kategorie 3.1 zugeordnet.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 3.1 aus CALM-Sitzung 1.3

197. Therapeut: Und ich glaube, was ganz hilfreich sein kann diesbezüglich, ist auch noch mal zu gucken, was ist das, was gerade für Sie auch sinnstiftend ist. (...) #00:50:38-7#

198. Patient: Mhm. #00:50:39-2#

199. Therapeut: Wie is'n das bei Ihnen? Haben Sie da Ideen, was sinnstiftend für Sie sein kann? Was Bedeutung hat? #00:50:52-5#

(...)

202. Patient: Jaja. Ich krieg' im letzten halben Jahr 'ne Ahnung davon, dass ich für viele Leute, glaube ich, sehr wichtig bin. (...) Darin sehe ich zum Beispiel 'n Sinn. (...) Einfach im Grunde da zu sein, also, so lebendig zu sein. Oder auch für andere da zu sein, so. (...) #00:52:16-0#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 3.1 aus CALM-Sitzung 1.8

138. Patient: (...) Also, äh ... ich glaub' nicht, dass viele Dinge in irgendeiner Weise planbar sind. Also, ich sag' ja immer: Das Leben ist bunt. Und dass, ähm ... ich selbst die Erfahrung gemacht hab', dass man sich irgendwelche Dinge, äh ... zwar ausdenken kann ... aber letztendlich kommt es doch sowieso immer ganz anders. Und darauf muss man ja in irgendeiner Weise reagieren. Also, ... ich finde das ist so 'n Lernprozess. (...) #00:25:56-7#

Kategorie 3.2 (K3.2): Bedeutung von Leid und Sterben

Definition: Alle Gesprächsanteile mit Bezug zu Veränderungen im Leben der Patienten/innen durch die Erkrankung und das Leid oder den Themenbereichen Akzeptanz, Verdrängung und Stellenwert der Erkrankung wurden Kategorie 3.2 zugeordnet.

Kodierregel: Die Verdrängung der Erkrankung ist auch ein Themenbereich aus Modul 4. Daher kommt es bei den Kategorien 3.2 und 4.2 zu vielen Überlappungen.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 3.2 aus CALM-Sitzung 1.1

26. Patient: (...) Lebensqualität ist so 'n Begriff, der vor meiner Erkrankung ... das war so 'n waberndes Wort, was eigentlich gar keinen Inhalt hatte. Da hat man irgendwie entweder an, wie oft fahr' ich in den Urlaub pro Jahr und äh ... an so was gedacht, oder was kann ich mir leisten. Und plötzlich merk' ich ... ähm (...) jetzt seit März beginnt sich dieser Begriff Lebensqualität mit so 'nem anderen Inhalt zu fül-

len. Und zwar mit so 'nem wesentlich fundamentaleren und elementareren ... #00:07:20-6#

(...)

34. Patient: (...) Dann seh' ich, bin ich unterwegs und dann denk' ich: 'Meine Güte Leute, ihr wisst das gar nicht, wie gut ihr es habt.' Also, nicht im Sinne von Neid, sondern ich seh' mich ja selber vor einem Jahr, ne. So, dass ich mir da keine großartigen Gedanken drüber gemacht hab'. #00:08:28-2#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 3.2 aus CALM-Sitzung 1.4

55. Therapeut: Und ich glaub' das ist auch 'ne hohe Bürde zu sagen: 'Ja, dann finde ich sofort Akzeptanz und sofort meinen Weg damit.' (...) Das ist jetzt so 'ne chronische Erkrankung. So wie Sie sagten, das wird Sie jetzt ein Leben lang begleiten. Bis das so ankommt und Sie da ... ja, es ist echt 'n blödes Wort 'n normalen Weg damit gefunden haben wird sicherlich auch Zeit brauchen. 'N Prozess einfach, ne. #00:12:31-0#

(...)

60. Patient: Ja, das sind diese zwei Herzen in meiner Brust, ne. Dass ich auf der einen Seite schon, äh ... das natürlich akzeptiere oder auch durch im Grunde die letzten eineinhalb Jahre waren schon davon bestimmt. Ich auf der anderen Seite aber denke, so, ähm ... wie kann ich's einbauen? (...) Ähm, ich seh's eher so, ich muss mich damit auseinandersetzen. So wie heute 'n Tag. Oder wie vor zwei Wochen (unverständlich). Ich mach' diese Termine. Ich krieg' das und das Ergebnis. Es ist ja nicht so, dass ich das sofort nach hinten packe und denke so Business-as-usual. Das geht gar nicht, ne. (...) #00:14:17-2#

Kategorie 3.3 (K3.3): Evaluation von Prioritäten und Zielen

Definition: Kategorie 3.3 wurden alle Textanteile mit Bezug zur Evaluation von Prioritäten und Zielen im Leben der Patienten zugeordnet. Hierzu zählen bei-

spielsweise geplante Projekte, wie eine Reise, oder Wünsche für die Gestaltung der zukünftigen Lebenszeit.

Kodierregel: Auch Gesprächsabschnitte über abgeschlossene Reisen im Zeitraum der laufenden Therapie sind Bestandteile dieser Kategorie.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 3.3 aus CALM-Sitzung 2.2

169. Patientin: Mir ist im Moment, sage ich mal, die Gesundheit wichtiger als das Arbeiten gehen, so blöd, wie es vielleicht klingt. #01:01:56-7#

170. Therapeutin: Das ist aber auch was, was auch an erster Stelle stehen kann. #01:02:01-0#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 3.3 aus CALM-Sitzung 1.1

90. Patient: (...) Ich weiß, dass ich alles nicht mehr ... dass ich vieles nicht mehr machen kann und ich mir, äh ... aber das bedaure ich gar nicht so, so im großen Rahmen. Auch gar nicht will. Also, ich bin nicht mehr so ganz hungrig mit meinen fünfundfünfzig, ne. So. #00:22:32-9#

91. Therapeut: Das verstehe ich nicht ganz. Hungrig wonach? #00:22:34-1#

92. Patient: Ja, also, irgendwelche, was weiß ich, großartigen Reisen zu machen oder ... oder vielleicht noch mal Dinge irgendwie auszuprobieren oder ... wobei ich jetzt gar nichts Konkretes benennen könnte, so. (...) #00:23:00-7#

Modul 4 (K4): Gedanken zu Zukunft, Hoffnung und Sterblichkeit

Das vierte Modul befasst sich mit Hoffnungen, Ängsten und der Zukunft. Das Verhältnis von Leben und Sterben, eine mögliche Verdrängung der Erkrankung, Vorauspfegeplannungen, die Begleitung am Lebensende und Vorbereitung auf das Sterben und den Tod sind weitere Bestandteile dieses Moduls.

Kategorie 4.1 (K4.1): Hoffnungen und Ängste

Definition: Kategorie 4.1 wurden alle Textanteile zugeordnet, die sich auf Ängste und Hoffnungen beziehen. Beispiele sind Ängste vor einem Erkrankungsprozess, Schmerzen, Vereinsamung, Autonomieverlust oder Hoffnungen auf den Rückgang der Erkrankung.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 4.1 aus CALM-Sitzung 2.4

13. Patientin: (...) Ich weiß nicht, man hofft ja, dass es nichts ist. (...) Aber man ist trotzdem besorgt. (...) Dann ist es ein ungutes Gefühl. Man hat halt auch Angst vor der OP. #00:05:20-1#

14. Therapeutin: Ja, weil es auch ein großer Eingriff ist. #00:05:21-7#

15. Patientin: (...) Man hat trotzdem Angst, dass man sich irgendwas einfängt. Kann ja unbewusst sein, dass du dir irgendeinen Keim einfängst oder was weiß ich. (...) Und man kriegt immer mehr, man kriegt die Ängste einfach nicht los. Man hat ja gehofft, jetzt hast du ein bisschen so mal durchatmen können oder sagst, die Angst ist mal ein Stückchen weggerutscht, aber die ist jetzt wieder da. #00:06:13-5#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 4.1 aus CALM-Sitzung 2.4

108. Therapeutin: Weil es so ist, als würde man die Hoffnung aufgeben?
#00:38:01-7#

109. Patientin: Man sagt ja, die Hoffnung stirbt zuletzt. (...) Und da denkt man schon, dass die Hoffnung irgendwo verloren geht (...). #00:39:12-4#

110. Therapeutin: Können Sie sich vorstellen, dass es möglich ist, dass man sozusagen das Schlimmste vorbereitet oder sich darauf vorbereitet und gleichzeitig aber auch das Beste hoffen kann? Also, dass innerlich so ein Spagat zwischen den beiden möglich ist? #00:39:29-4#

112. Patientin: Schwer, es ist bestimmt möglich, ja. Aber es ist schwer, da so die Mitte zu finden. Auf der einen Seite so und dann hast du ja immer noch, das ist am Ende ein bisschen schwer. #00:39:50-0#

113. Therapeutin: Es ist sicherlich was, was sowieso schon bei Ihnen passiert. Auf der einen Seite die Gedanken, lohnt sich das überhaupt das alles auf sich zu nehmen und auf der anderen Seite das Bedürfnis, dass es dann auch noch gut weitergeht. So dieses, was passiert denn da eigentlich, die Angst, die Sorge, die innere Müdigkeit, das alles durchzustehen und gleichzeitig aber die Hoffnung, das ist durchaus da. (...) #00:40:25-3#

Kategorie 4.2 (K4.2): Verhältnis von Leben und Sterben

Definition: Mit Kategorie 4.2 wurden alle Textanteile mit Bezug zum Verhältnis von Leben und Sterben kodiert. Ein Beispiel sind Verdrängung und Bewusstsein der Endlichkeit des eigenen Lebens und der Erkrankung. Diesbezüglich finden sich viele Überlappungen zu Kategorie 3.2.

Ankerbeispiel zu Kategorie 4.2 aus CALM-Sitzung 1.1

68. Patient: Ach, ich. Also, ich bezweifle, dass das, äh, dass das 'n ... gutes Lebensgefühl erzeugt, wenn man, äh, sich ständig auf das ... äh, sich ständig an das Damoklesschwert erinnert, was über einem schwebt. #00:17:43-3#

69. Therapeut: Mhm. #00:17:47-4#

70. Patient: (Räuspert sich) und ... ich halte 'ne gewisse Form von Verdrängung auch für durchaus positiv. #00:17:52-1#

(...)

87. Therapeut: Ich glaub ... es geht, glaube ich, nicht um's Entweder-oder, (...) sondern, ähm ... viele unserer Patienten hier schildern, für sie ist es wichtig sich damit auseinanderzusetzen, auch mit den Grenzen, auch mit der eigenen Sterblichkeit und zugleich (...) zu schauen, was heißt denn das für's Leben und für andere Lebensbereiche. Also, eher so 'ne Art Integration, wenn das irgendwie möglich ist. (...) #00:20:58-0#

Kategorie 4.3 (K4.3): Vorauspflegeplanung und Vorbereitung auf das Sterben und den Tod

Definition: Kategorie 4.3 wurden alle Textpassagen mit Bezug zu Vorauspflegeplanungen oder der Auseinandersetzung und Vorbereitung des eigenen Sterbens und des Todes zugeteilt. Beispiele sind Gesprächsanteile über Patientenverfügungen oder –vollmachten, Sterbehilfe, den Abschied, die letzte Lebensphase oder die Organisation der eigenen Beerdigung.

Kodierregel: Textanteile, die in Verbindung mit Suizidgedanken stehen, wurden ebenso Kategorie 4.3 zugeordnet.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie 4.3 aus CALM-Sitzung 1.1

172. Patient: (...) Es gibt zwei Leute, die ich mir ausgesucht habe: mein Bruder und ‘ne gute Freundin (...). Denen hab‘ ich das jetzt einfach mal so gesagt. Also, ich hab‘ gesagt: ‘Ihr beide wärt jemand, denen ich mir für die Patientenverfügung vorstellen könnte.’ Sie sollen sich das durch den Kopf gehen lassen. Mal schauen, was daraus wird. Und was jetzt meine eigene Sterblichkeit, also, meinen eigenen Tod angeht, da, äh ... nach hab‘ ich auch schon ‘n groben Plan. Also, da möcht‘ ich mich einfach nur ‘n bisschen besser informieren, wie das abgeht. Ja. #00:44:28-0#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie 4.3 aus CALM-Sitzung 1.1

180. Therapeut: (...) Tauchen da irgendwelche Gedanken in die Richtung auf, ich will eigentlich, wenn ich in die Zukunft blicke und mir vorstelle, es könnte schlimmer werden, dass ich meinem Leben einfach vorzeitig ein Ende setze? Sind solche Gedanken auch da? #00:45:18-6#

181. Patient: Die sind da. Also, das kann ich gar nicht leugnen. #00:45:22-0#

Ankerbeispiel 3 zu Kategorie 4.3 aus CALM-Sitzung 1.7

196. Patient: (...) Du musst dich jetzt auch langsam um diese ganzen, äh, Vollmachtsgeschichten kümmern, ne, weil es gibt einfach auch, wenn die Magensonde liegt, dann liegt die Magensonde. Da kommt keiner mehr ran, wenn du da nix verfügst hast.' Ne. So. Das sind so Sachen, ja ... ähm ... die auch anstehen. (...) #00:35:35-9#

(...)

199. Therapeut: Ähm ... ich befürworte mittlerweile einfach von meiner Berufserfahrung her, sich 'n Zeitpunkt, in dem es einem den Umständen entsprechend gut geht, sich auch Gedanken darüber zu machen in der Richtung, was wenn es schlechter wird. #00:35:55-4#

Hauptkategorie Nicht-CALM

Kategorie N (N): Therapiegespräch ohne Bezug zu den CALM-Modulen

Definition: Mithilfe von Kategorie N wurden Textanteile kodiert, die keinen Bezug zu den Themenbereichen der CALM-Module haben und sich keiner der beiden Nebenkategorien s oder m zuordnen ließen. Hierunter fallen beispielsweise Gesprächsanteile über den Beruf, sozialrechtliche Anliegen, Krankschreibungen, politische Themen, das Wetter, finanzielle Anliegen oder allgemeine Fragen nach dem Alltag.

Kodierregel: Bei Besprechung allgemeiner Themen, wie beispielsweise des Wetters, zu Beginn der Sitzungen wurden diese Textanteile als Gesprächseröffnung und Begrüßung gewertet und Kategorie s zugeordnet (s.u.).

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie N aus Kontroll-Sitzung 1.1

61. Therapeut: (...) Sie sind jetzt zu Hause. Sie waren berufstätig vorher. (fragend)
#00:10:23-5#

62. Patient: Ich war berufstätig, ja. Oder ich bin noch krankgeschrieben.
#00:10:22-5#

63. Therapeut: Oder Sie sind krankgeschrieben, genau. Und Sie sind V. (*Berufsangabe*)? #00:10:28-3#
64. Patient: Ich bin V. (*Berufsangabe*) bei der H. (*Arbeitgeber*). #00:10:33-9#
(...)
76. Patient: Sodass ich in der Richtung keine Sorgen hab'. Finanziell. #00:10:59-1#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie N aus Kontroll-Sitzung 1.3

252. Patient: Ja. Und ich freue mich über das schöne Wetter. #00:37:23-1#
253. Therapeut: Das ist auch ... allerdings. #00:37:24-7#
254. Patient: Es ist schön, dass alles grün ist. In N. (*Stadt*) ist es noch nicht so grün. #00:37:28-6#
(...)
257. Therapeut: Ne, stimmt, das ist jetzt klasse. Wenn man rauskommt und es ist grün und es blüht und es ist auch noch nicht trocken. #00:37:41-1#

Ankerbeispiel 3 zu Kategorie N aus Kontroll-Sitzung 2.2

361. Patientin: (...) Als hier das Ausländerproblem kochte sich hier hoch, weil wir wirtschaftliche Probleme hatten. Hatten die Türken gleich alle Schuld, die hier lebten. (...) #00:34:55-7#
362. Therapeutin: Mhm. #00:34:56-7#
363. Patientin: (...) Und ich fand das sehr wichtig und sehr gut und hab' gedacht: 'Mein Gott, dass sich diese Fehler immer wiederholen.'. Wir hatten ja letztendlich den, äh ... das Jugendproblem auf furchtbare und tragische Weise und haben das sofort jetzt wieder überlagert und haben das im Moment ja in (*Stadt*) ganz akut schon wieder. #00:35:29-1#

Nebenkategorien

Kategorie m (m): Moderation des therapeutischen Vorgangs

Definition: Kategorie m wurden alle Textanteile zugeordnet, die den therapeutischen Vorgang moderieren und modellieren. Beispiele hierfür sind inhaltliche Themen wie Strukturierungen therapeutischer Themen, Zusammenfassungen zurückliegender Sitzungen, Fazite zu Therapiestunden, offene Einleitungen des Therapiegelgesprächs, Einladungen weiterer Therapieteilnehmer (Bsp. Ehepartner), Nachwirkungen zurückliegender Sitzungen, therapeutische Beziehungen, Evaluationen von psychotherapeutischem Bedarf oder Erwartungen und Anliegen bezüglich der Therapie.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie m aus CALM-Sitzung 1.1

135. Therapeut: Ich geb' Ihnen mal so 'n bisschen Orientierung von meiner Seite, wie ich mir unsere Zusammenarbeit vorstelle und dann gucken wir ma', ob das auch in Ihrem Sinne ist. #00:33:22-5#

(...)

139. Therapeut: (...) Jetzt ist, das was wir hier tun keine Verhaltenstherapie, sondern wir schauen schon sehr individuell, was brauchen Sie, aber ich finde immer ganz gut zu Beginn auch so 'ne Idee zu vermitteln, was aus meiner Sicht hilfreich sein kann und dann gucken wir, ob Sie damit was anfangen können. Ähm, paar Ideen kamen mir jetzt während des Gesprächs schon und das will ich kurz am Flipchart skizzieren, damit Sie so 'ne Idee kriegen, ne. (Unruhe) ... und zwar dachte ich, es könnte ganz hilfreich sein, ähm, das wir immer wieder auch auf einige Bereiche schauen, so nicht im Sinne, dass wir die abhandeln, aber um so 'ne Art Kompass zu haben. Immer wieder zu gucken, okay, haben wir diese Bereiche oder Dimensionen auch im Blick. #00:34:20-8#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie m aus CALM-Sitzung 1.4

31. Therapeut: Wie ist denn Ihr Allgemeinbefinden? (...) #00:04:02-8#
 (...)
33. Therapeut: Wie geht's Ihnen? #00:04:04-9#

Ankerbeispiel 3 zu Kategorie m aus Kontroll-Sitzung 1.3

9. Therapeut: Möchten Sie so 'n bisschen erzählen, was die letzten Wochen passiert ist? #00:00:24-2#

Ankerbeispiel 4 zu Kategorie m aus CALM-Sitzung 2.6

82. Therapeutin: Was nehmen Sie so aus den Gesprächen für sich mit? Sagen Sie einerseits tut es gut, auch was abzuladen, einfach darüber zu sprechen? #00:31:58-1#
83. Patientin: Man ist ein bisschen freier dann, frei im Kopf. Man kann dann wieder neu sortieren, man ist halt ein bisschen freier da oben. Man schleppt das nicht ständig mit sich rum oder so. Eine Gelegenheit, wo du vielleicht mal eine Ruhephase hast. (...) Das ist schon einfacher dann, dass man ein bisschen loslassen kann. Dass die Seele mal ein bisschen Luft kriegt und mal ein bisschen frei wird von allem. #00:32:56-1#

Kategorie s (s): sekundäre Gesprächsanteile / Geräusche

Definition: Kategorie s wurden alle Gesprächsanteile ohne direkten Bezug zum therapeutischen Gespräch zugeordnet. Hierzu zählen beispielsweise die Organisation im Raum (Fenster / Türen öffnen), das Anbieten von Getränken oder Taschentüchern, Anliegen zur Studie (z.B. Fragebögen), Begrüßungen und begrüßende Gesprächseröffnungen, Verabschiedungen, Terminvereinbarungen, Einleitungen des Therapieendes oder Festlegungen zeitlicher Rahmen laufender Sitzungen, einzelne Wörter ohne weiteren Zusammenhang und auch im Kontext des Gespräch keiner anderen Kategorie zuordenbar,

alleinstehende unverständliche Anteile, Austausch von Telefonnummern oder Störgeräusche.

Ankerbeispiel 1 zu Kategorie s aus CALM-Sitzung 1.4

1. Therapeut: Ich kann Ihnen anbieten: Hagebuttentee oder Wasser.
#00:00:06-2#
2. Patient: Gar nichts. #00:00:07-8#
(...)
11. Therapeut: Ich hol' was zu schreiben, dann kann's losgehen. #00:00:36-4#
12. Patient: Mir wurde ein Fragebogen zugeschickt, den ich leider noch nicht ...
(...) der Fragebogen liegt noch zu Hause. #00:00:46-1#

Ankerbeispiel 2 zu Kategorie s aus Kontroll-Sitzung 1.1

3. Therapeut: Sie sind gut hergekommen? Mit dem Bus hatten Sie gesagt?
#00:00:07-0#

Ankerbeispiel 3 zu Kategorie s aus CALM-Sitzung 1.6

153. (Unruhe) #00:30:30-9#

Ankerbeispiel 4 zu Kategorie s aus CALM-Sitzung 1.7

270. Patient: (...) Haben wir schon die Stunde rum, ist schon? #00:46:30-9#
271. Therapeut: Ja, zehn Minuten noch. #00:46:32-5#

Ankerbeispiel 5 zu Kategorie s aus Kontroll-Sitzung 1.1

384. Therapeut: Wann sehen wir uns wieder, Herr K.? #01:06:47-1#
385. Patient: Wann Sie einen Termin frei haben. #01:06:50-8#
386. Therapeut: (...) Ich könnte Ihnen zum Beispiel anbieten am vierten April. (...)
#01:07:19-2#

4.3.2.3 Vorgehen und Regeln der Kategorisierung

Analyseeinheiten

Kodiereinheit. Mithilfe der Kodiereinheit wird bestimmt, welches der kleinste Textbestandteil ist, der ausgewertet und somit einer Kategorie zugeordnet werden darf. In der vorliegenden Arbeit wurde die Proposition als Kodiereinheit gewählt. Auch Neben-, Teil- oder abgebrochene Sätze wurden kodiert.

Kontexteinheit. Die Kontexteinheit legt die maximale Größe eines einer Kategorie zuordnenden Textanteils fest. In diesem Fall ist dies der gesamte Text einer Gesprächseinheit. Eine Gesprächseinheit ist in der vorliegenden Arbeit definiert als gesamter Text eines Gesprächsteilnehmers nach und vor Äußerungen des Gegenübers.

152. Patient: Mhm. #00:42:27-6#

153. Therapeut:	Und wenn man diesen Anteil, den wir Säugetiere einfach auch haben, mitfühlend anderen und sich selbst gegenüber umgehen zu können, dann kann man das tatsächlich auch schaffen so dieses, diesen Stress 'n bisschen runterzupegeln. #00:42:42-6#
-----------------	--

154. Patient: Mhm. #00:42:44-1#

Bei dem oben umrahmten Text handelt es sich um eine Gesprächseinheit 153. aus CALM-Sitzung 1.3.

Auswertungseinheit. Mithilfe der Auswertungseinheit wird festgelegt, welche Textanteile jeweils nacheinander ausgewertet werden. Die Untersuchung der vier Therapien erfolgte nacheinander in folgender Reihenfolge: CALM-Therapie 1, Kontroll-Therapie 1, CALM-Therapie 2, Kontroll-Therapie 2. Die Kategorisierung der Transkripte erfolgte in chronologischer Reihenfolge der Therapiesitzungen.

Struktur der Kategorisierung

Die Kategorisierung wurde separat für den Text jeder einzelnen Gesprächseinheit erfasst. Bei Nennung mehrerer Kategorien innerhalb einer Gesprächseinheit wurden alle genann-

ten Kategorien dokumentiert. Bei thematischer Überlappung von zwei oder mehr Kategorien wurden den entsprechenden Textabschnitten alle möglichen Kategorien zugeordnet.

Beispiel für die thematische Überlappung von zwei Kategorien aus Kontroll-Sitzung 1.2:

54. Patient: Ja. Das ist die Zukunftsangst, wenn ich nicht mehr da bin ... ist immer noch da und noch sehr stark präsent bei ihr. (...) Ich möchte im Endstadium nicht zu Hause sterben. Das möchte ich meiner Frau auch nicht zumuten, sondern ich möchte da in einem Hospiz Abschied nehmen. #00:04:42-5#

Generalisierung und Kategorisierung des Beispiels:

Zukunftsangst der Ehefrau: Kategorie 4.1 und Kategorie 2.1 (Überlappung)

Hospizplätze – Vorbereitung des Sterbens und Verabschiedung: Kategorie 4.3

Der Patient berichtet von Zukunftsängsten der Ehefrau. In diesem Fall wird der Textabschnitte durch Kategorie 2.1 für die Belastung der Ehefrau und Kategorie 4.1 für die Zukunftsängste dieser kodiert. Hierbei handelt es sich um eine thematische Überlappung zweier Kategorien.

Kategorisierung im Kontext

Das Verständnis und die Kategorisierung einzelner Gesprächsabschnitte erfolgten im Kontext des laufenden Transkripts. Wurde eine Textpassage durch den Gesprächspartner vor Beendigung des Satzes unterbrochen, erfolgte die Kategorienzuordnung im Kontext. Damit ist gemeint, dass die beiden Teile eines unterbrochenen Satzes als Ganzes kategorisiert wurden.

Beispiel 1 für die Kategorisierung im Kontext aus CALM-Sitzung 1.1:

61. Therapeut: Klarheit wird immer nur für den Moment da sein und nicht für ...
#00:16:48-4#

62. Patient: Jaja. #00:16:47-8#

63. Therapeut: ... für später. #00:16:48-6#

In diesem Beispiel wurden den beiden Gesprächseinheiten 61. und 63. Kategorie 1.2 zugeordnet.

Auf besprochene Therapiethemen folgende Textpassagen, die separat betrachtet keinen eindeutigen Bezug zu diesen hätten, wurden im Kontext der vorausgehenden Thematiken kategorisiert.

Beispiel 2 für die Kategorisierung im Kontext aus CALM-Sitzung 1.3:

72. Patient: (...) Also ... naja gut, ich mein' wir sind Brüder. Im Laufe unserer Sozialisation haben wir natürlich in dem Augenblick was unsere Interaktivität angeht uns auch gegenseitig konditioniert. Und ich weiß über was ich mit ihm sprechen kann ... äh ... und was nicht. Also, das ist klar. (...) #00:22:00-7#

(...)

75. Therapeut: Mir geht's nur darum: manchmal werden sozusagen unbewusst Spielchen gespielt. #00:22:08-2#

Gesprächseinheit 72. wurde aufgrund des Bezugs zur Beziehung des Patienten zum Bruder Kategorie 2.1 zugeordnet. Gesprächseinheit 75. wäre separat betrachtet keiner Kategorie eindeutig zuordenbar. Durch die Kategorisierung im Kontext und den Einbezug der vorausgehenden Gesprächsthematik wurde Gesprächseinheit 75. ebenso Kategorie 2.1 zugeordnet.

Für den Fall, dass sich eine Textpassage erst im Kontext des weiteren Gesprächsverlaufs mit Inhalt füllte und somit kategorisierbar wurde, wurde der im Kontext gewonnene Inhalt genutzt um die Textpassage nachträglich zu kategorisieren.

Beispiel 3 für die Kategorisierung im Kontext aus CALM-Sitzung 1.1:

17. Therapeut: Wie genau machen Sie das? #00:04:05-4#

18. Patient: Wie? #00:04:06-2#

19. Therapeut: Komisch vielleicht, die Frage, aber diese Szenarien sich vor Augen zu führen? Also, Sie sagen die Worst-Case-Szenarien führen Sie sich vor Augen. Wie machen Sie das? #00:04:17-9#

In Gesprächseinheit 19. fragt der Therapeut nach dem Vorgehen bei der Betrachtung von Ängsten („Worst-Case-Szenarien“). Dieser Textabschnitt wurde Kategorie 4.1 zugeordnet. Durch den Einbezug des Kontexts wurde die in Gesprächseinheit 17. gestellte Kurzform dieser Frage rückwirkend ebenso mit Kategorie 4.1 kodiert.

Zuordnung zu Kategorien unmittelbar vorausgehender Gesprächseinheiten

Einwürfe wie Bestätigungen oder Ablehnungen („Mhm“ / „Ja“ / „Okay“ / „Sicher“ / „Genau“ / „Richtig“ / „Gut“ / „Ne“ / „Nein“ / „Überhaupt nicht“ / „Doch“), Bitten um weitere Ausführungen („Könnten Sie das genauer Ausführen?“), Verständnisfragen („Wie bitte?“), unvollständige Sätze, alleinstehende Geräusche (Räuspern, Lachen, Husten), genaueres Nachfragen („Wie meinen Sie das?“), Wiederholungen des zuvor Gesagten oder längere Pausen wurden allen Kategorien der unmittelbar vorausgehenden Gesprächseinheit zugeordnet, wenn dabei kein neuer Inhalt hinzugefügt wurde. Ging hervor, auf welchen Teil des zuvor Gesagten sich ein Einwurf bezog, wurde dieser nur der entsprechenden Kategorie zugeordnet.

Beispiel 1 aus Kontroll-Sitzung 2.6:

316. Patientin: (...) Abschied nehmen für immer, was wir ja unser Leben lang, äh, trainieren können schiebt man auch immer vor sich hin auch wenn man so viel schon darüber weiß und, und, und, und, aber ... puh, es macht Angst, es macht Angst, es macht Angst. Und diese Angst daran arbeite ich ganz stark. Die möchte ich nicht mehr haben. #00:31:46-6#

317. Therapeutin: Mhm. #00:31:47-2#

Gesprächseinheit 316. wurden die Kategorien 4.1 und 4.3 zugeordnet. Gesprächseinheit 317. (Inhalt: „Mhm.“) wurde demzufolge ebenso mit diesen beiden Kategorien kodiert.

Beispiel 2 aus CALM-Sitzung 1.3:

67. Therapeut: (...) Ähm, tragen Sie was dazu bei, dass es ... dass Ihr Bruder vielleicht auch verunsichert ist klarer aufzutreten? #00:20:56-1#

68. Patient: Dass mein Bruder ... #00:20:57-0#

Der unvollständige Satz („Dass mein Bruder ...“) aus Gesprächseinheit 68. wurde der aus dem vorausgehenden Gesprächseinheit hervorgehenden Kategorie 2.1 zugeordnet.

Bei Gesprächseinheiten mit Einwüfen zur Bestätigung oder Ablehnung des zuvor Gesagten und darauffolgender Ansprache einer neuen Thematik wurden nur die Kategorien zur Kodierung der Textanteile der neuen Thematik erfasst.

Beispiel 3 aus Kontroll-Sitzung 1.6:

44. Patient: Das waren so die letzten Tage seit Dienstag, ja. Davor die Tage waren alle völlig ... (schweres Atmen) ja ... waren einigermaßen stark. Fühlte mich eigentlich gut. Haben viel gemacht. ... Joa. Aber ... das mit dem Wasser im Bauch, das hat mich doch sehr erschrocken und ... beansprucht. #00:04:22-7#

45. Therapeut: Mhm. Ja. Ne, das glaub' ich. Gab's noch irgendwie 'ne Nachwirkung nach unserem letzten Treffen? Oder ist da noch irgendwas, einige Fragen aufgetaucht oder ...? #00:04:37-0#

Gesprächseinheit 44. wurden die Kategorien 1.1, 1.2 und 4.1 zugeordnet. Gesprächseinheit 45. wurde ausschließlich mit Kategorie m kodiert. Einwüfe, wie in Gesprächseinheit 45. („Mhm. Ja. Ne, das glaub' ich.“), wurden nach Ansprache einer neuen Thematik nicht durch die Kategorien der unmittelbar vorausgehenden Gesprächseinheit kodiert.

Nebenkategorie m

Falls im Zuge der Moderation und Modellierung des therapeutischen Vorgangs (Kategorie m) Textanteile mit Bezug zu weiteren Kategorien genannt wurden, wurden diese zusätzlich mithilfe der entsprechenden Kategorien kodiert.

Beispiel aus CALM-Sitzung 1.1:

151. Therapeut: Ein weiterer Bereich, das ist eigentlich ganz spannend. Das haben Sie von sich auch vorhin auch schon angesprochen, ist dieses in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, hat sich so ‘n bisschen der, ah ... wie soll man sagen ... die Bewertung verändert. Das heißt, Sie sagen, Sie setzen sich schon mit den Dingen auseinander, die jetzt für Sie relevant sind. Also, was ist mir wirklich wichtig. Und Sie haben gesagt, eigentlich ist es gar nicht so schlimm, das die Räume kleiner geworden sind, weil sich einfach die Wertigkeit der Dinge bei Ihnen auch verändert hat und das berührt sehr so das Thema ... äh, was ist sinnvoll für mich? Was gibt mir Halt? Was ist bedeutsam für mich? Also, dieses Thema Sinnorientierung. (...) Und ich glaube nicht, dass das automatisch passiert, sondern, dass Sie das gestalten und das wär‘ etwas, was wir hier auch besprechen können. (...) #00:38:23-5#

Während der Moderation und Modellierung des therapeutischen Vorgangs (Kategorie m) spricht der Therapeut Themenbereiche wie Sinnorientierung oder Neuevaluation von Prioritäten und Zielen an. Diese wurden zusätzlich mit den entsprechenden Kategorien (Kategorie 3.1 und 3.3) kodiert.

Darstellung der Kategorisierung

Die Kodierung der einzelnen Gesprächseinheiten anhand der Kategorien wurde unter Angabe der durch das Transkriptionsprogramm gesetzten Zeitmarke nach jedem Gesprächswechsels tabellarisch dokumentiert. Im Folgenden sind die Kategorisierung eines Transkriptausschnitts und deren Dokumentation beispielhaft dargestellt. Ein Beispiel für die tabellarische Darstellung der Kategorisierung einer vollständigen Therapiesitzung befindet sich im Anhang.

Beispiel aus CALM-Sitzung 1.8:

74. Patient: Ja, also, es ist, ähm (hustet) ... irgendwie hab' ich ... ich möchte so 'n Gefühl haben von so 'ner Entscheidung irgendwie. Also, in welche Richtung es geht, ne. Also, ob es jetzt tatsächlich so in die Richtung geht, dass ich, ähm, mich dann irgendwie bald verabschieden muss oder ob es jetzt irgendwie doch die Hoffnung gibt, ne. So. Also, wenn das alles jetzt, äh, wenn der Befund jetzt am zehnten so wäre, dass es irgendwie stagniert oder keine neuen Metastasen. Also, da würd' ich, glaub' ich, mehr Kraft rausschöpfen als jetzt ... ne. Also, wenn ich jetzt noch mal was draufkäme, weil ich auch einfach merk' ich bin so ... meine Reserven sind so völlig ... ja. So völlig am Ende. #00:11:49-4#
75. Therapeut: Sie dürfen nicht vergessen, dass Sie grade 'ne sehr heftige Behandlung hinter sich haben. #00:11:54-2#
76. Patient: Jaja. Ja. Richtig. Und das ist natürlich auch klar. Das rufen mir dann immer die Leute in Erinnerung, ne, dass sie sagen, ich mein', dass ich seit achtzehn Monaten, äh, insgesamt drei OPs hinter mir hab', ne. Und zwei Bestrahlungen, dass natürlich auch mein Körper immer mehr abgebaut hat und gar keine Reserven mehr haben kann, ne. So. Aber, ähm ... ja. #00:12:17-6#

Paraphrasierung, Generalisierung und Kategorisierung des Beispiels:

- | | | |
|-----|---------------------------------|------------------------------|
| 74. | Erschöpfung: | Kategorie 1.1 |
| | Kenntnisse über die Erkrankung: | Kategorie 1.2 |
| | Verabschiedung oder Hoffnung: | Kategorie 4.1, Kategorie 4.3 |
| 75. | Erschöpfung durch Behandlung: | Kategorie 1.1, Kategorie 1.2 |
| 76. | Erschöpfung: | Kategorie 1.1 |
| | Behandlungsverlauf: | Kategorie 1.2 |

Tabellarische Darstellung des Beispiels:

Tab. 1: Beispiel zur tabellarischen Darstellung der Kategorisierung einzelner Gesprächseinheiten

Gesprächseinheit¹	Zeitmarke²	Akteur³	Kategorien⁴
74.	#00:11:49-4#	P	K1.1, K1.2, K4.1, K4.3
75.	#00:11:54-2#	T	K1.1, K1.2
76.	#00:12:17-6#	P	K1.1, K1.2

¹ Text eines Gesprächsteilnehmers nach und vor Äußerungen des Gegenübers

² nach jeder Gesprächseinheit wurden durch das Transkriptionsprogramm Zeitmarken gesetzt

³ Therapeut (T), Patient (P)

⁴ alle Kategorien mit abgekürztem Namen, mit welchen die einzelnen Gesprächseinheiten kodiert wurden

4.4 Statistische Analyse

Berechnung der zeitlichen Länge einzelner Gesprächseinheiten

Mithilfe der durch das Transkriptionsprogramm gesetzten Zeitmarken nach jedem Wechsel des Gesprächsteilnehmers ist es möglich die zeitliche Dauer einzelner Gesprächseinheiten zu berechnen. Eine Zeitmarke stellt das Ende der vorausgehenden und den Beginn der darauffolgenden Gesprächseinheit dar. Die Dauer einer einzelnen Gesprächseinheit lässt sich somit durch Subtraktion der Zeitmarke am Ende dieser Gesprächseinheit von der Zeitmarke am Ende der vorausgehenden Gesprächseinheit berechnen.

Beispiel zur Berechnung der Länge von Gesprächseinheit 76. aus CALM-Sitzung 1.8:

Tab. 2: Beispiel zur Berechnung der zeitlichen Länge einzelner Gesprächseinheiten

Gesprächseinheit¹	Zeitmarke²	Akteur³	Kategorien⁴
75.	#00:11:54-2#	T	K1.1, K1.2
76.	#00:12:17-6#	P	K1.1, K1.2

¹ Text eines Gesprächsteilnehmers nach und vor Äußerungen des Gegenübers

² nach jeder Gesprächseinheit wurden durch das Transkriptionsprogramm Zeitmarken gesetzt

³ Therapeut (T), Patient (P)

⁴ alle Kategorien mit abgekürztem Namen, mit welchen die einzelnen Gesprächseinheiten kodiert wurden

Am Ende von Gesprächseinheit 75. wurde die Zeitmarke #00:11:54-2# (11 Minuten, 54 Sekunden, 2 Millisekunden) gesetzt. Dies entspricht dem Beginn von Gesprächseinheit

76. Am Ende von Gesprächseinheit 76. wurde die Zeitmarke #00:12:17-6# (12 Minuten, 17 Sekunden, 6 Millisekunden) gesetzt. Durch Subtraktion der Zeit zu Beginn von Gesprächseinheit 76. von der Zeit am Ende erhält man eine Dauer von 0 Minuten, 23 Sekunden und 4 Millisekunden (0,39min) für Gesprächseinheit 76.

4.4.1 Berechnung des zeitlichen Anteils von Themenbereichen der CALM-Module

Bei der Berechnung des Anteils der Themenbereiche der CALM-Module wurden Zeiten von Gesprächseinheiten mit bestimmten Kategorienkombinationen zugunsten einer möglichst geringen Verzerrung und Optimierung der Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Therapieformen von der Gesamtgesprächszeit abgezogen.

Kombinationsmöglichkeiten unterschiedlicher Kategoriengruppen

Die insgesamt 18 einzelnen Kategorien wurden zur weiteren Auswertung in folgende drei übergeordnete Kategoriengruppen eingeteilt: 1. CALM-Kategorie/n (K1.1 – K4.3), 2. Nicht-CALM-Kategorie (N) und 3. Nebenkategorie/n (m, s).

Durch diese übergeordneten Kategoriengruppen resultierten bei der Kodierung einzelner Gesprächseinheiten sieben Kombinationsmöglichkeiten.

Tab. 3: Kombinationsmöglichkeiten unterschiedlicher Kategoriengruppen

Nr.	Kombination
1.	CALM-Kategorie/n (K)
2.	CALM-Kategorie/n (K) + Nebenkategorie/n (m/s)
3.	Nicht-CALM-Kategorie (N)
4.	Nicht-CALM-Kategorie (N) + Nebenkategorie/n (m/s)
5.	Nebenkategorie/n (m/s)
6.	CALM-Kategorie/n (K) + Nicht-CALM-Kategorie (N)
7.	CALM-Kategorie/n (K) + Nicht-CALM-Kategorie (N) + Nebenkategorie/n (m/s)

Bereinigung der Gesprächszeit

Die Inhalte der Nebenkategorien s und m wurden als allgemeine Organisation und Vorkommnisse in Therapiesitzungen bzw. als unspezifisch für jegliche psychotherapeutische

Intervention interpretiert. Zugunsten einer möglichst geringen Verzerrung und Optimierung der Vergleichbarkeit der beiden Therapieformen wurden die Dauern der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit Nebenkategorien kodiert wurden, von der Gesamtgesprächszeit der entsprechenden Sitzung abgezogen.

Die berechneten Dauern der Gesprächseinheiten, welche sowohl mit einer oder mehreren CALM-Kategorien als auch der Nicht-CALM-Kategorie kodiert wurden, wurden ebenso von der Gesamtgesprächszeit der Sitzungen subtrahiert.

Beispiel zur Bereinigung der Gesprächszeit:

Das folgende Beispiel zur Bereinigung der Gesprächszeit basiert zur besseren Veranschaulichung auf ausgedachten Zeitmarken und Kodierungen der einzelnen Gesprächseinheiten. Die Dauer einer Gesprächseinheit ist folgendermaßen zu verstehen: Stunden:Minuten:Sekunden,Millisekunden.

Tab. 4: Beispiel zur Bereinigung der Gesprächszeit

Gesprächseinheit¹	Zeitmarke²	Akteur³	Kategorien⁴	Dauer der Gesprächseinheit⁵
1.	#00:00:17-2#	P	s	00:00:17,2
2.	#00:00:19-3#	T	s, m	00:00:02,1
3.	#00:02:34-0#	P	K1.1, s	00:02:14,7
4.	#00:02:39-6#	T	K1.1, K1.2, s	00:00:05,6
5.	#00:02:57-4#	P	K1.2	00:00:17,8
6.	#00:03:39-8#	T	K1.2	00:00:42,4
7.	#00:04:45-6#	P	K1.2	00:01:05,8
8.	#00:05:49-4#	T	K1.2	00:01:03,8
9.	#00:05:59-1#	P	K1.1, K2.1	00:00:09,7
10.	#00:06:39-8#	T	K2.1, N	00:00:40,7
11.	#00:06:46-1#	P	N	00:00:06,3

12.	#00:06:46-6#	T	N, m	00:00:00,5
13.	#00:07:49-9#	P	K2.1, N, s	00:01:03,3
14.	#00:07:52-3#	T	K2.1	00:00:02,4
15.	#00:08:29-9#	P	K2.1	00:00:37,6
16.	#00:08:38-4#	T	K2.1	00:00:08,5
17.	#00:09:07-6#	P	K3.3	00:00:29,2
18.	#00:09:11-8#	T	K3.3, s	00:00:04,2
19.	#00:09:31-6#	P	s	00:00:19,8
20.	#00:10:30-0#	T	s	00:00:58,4

¹ Text eines Gesprächsteilnehmers nach und vor Äußerungen des Gegenübers

² nach jeder Gesprächseinheit wurden durch das Transkriptionsprogramm Zeitmarken gesetzt

³ Therapeut (T), Patient (P)

⁴ alle Kategorien mit abgekürztem Namen, mit welchen die einzelnen Gesprächseinheiten kodiert wurden

⁵ Zeitangabe in Stunden:Minuten:Sekunden,Millisekunden

Die Gesamtgesprächszeit dieses Beispiels beträgt 10 Minuten und 30 Sekunden. Wie oben beschrieben wurden die Dauern der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit Nebenkategorien oder sowohl mit einer bzw. mehreren CALM-Kategorien als auch der Nicht-CALM-Kategorie kodiert wurden, von der Gesamtgesprächszeit abgezogen. In diesem Beispiel trifft dies für die Gesprächsanteile 1., 2., 10., 13., 19. und 20. zu. Summiert beträgt deren Dauer 3 Minuten, 21 Sekunden und 5 Millisekunden (3,36min). Durch Subtraktion dieser Zeit von der Gesamtgesprächszeit erhält man eine bereinigte Gesprächszeit von 7 Minuten, 8 Sekunden und 5 Millisekunden (7,14min).

Berechnung der CALM- und Nicht-CALM-Zeiten

Die Dauern der Gesprächseinheiten, welche nur mit einer der beiden Hauptkategorien (CALM- bzw. Nicht-CALM-Kategorien) kodiert wurden, wurden als CALM-Zeit bzw. Nicht-CALM-Zeit zusammengefasst. Da in Gesprächseinheiten, welche sowohl mit Haupt- als auch Nebenkategorien kodiert wurden, die Textanteile mit Zuordnung zu den Hauptkategorien überwogen, wurden die berechneten Zeiten dieser Gesprächseinheiten den Zeiten der entsprechenden Hauptkategorie (CALM- oder Nicht-CALM-Zeit) zugeschrieben.

Beispiel zur Berechnung der CALM- und Nicht-CALM-Zeiten:

Die Beschreibung dieser Regel bezieht sich auf das oben aufgeführte Beispiel. Die Dauern der Gesprächseinheiten 3. – 9. und 14. – 18. wurden der CALM-Zeit und die Dauern der Gesprächseinheiten 11. und 12. der Nicht-CALM-Zeit zugeschrieben. Daraus ergibt sich für dieses Beispiel eine CALM-Zeit von 7 Minuten, 1 Sekunde und 7 Millisekunden (7,03min) und eine Nicht-CALM-Zeit von 6 Sekunden und 8 Millisekunden (0,11min).

Berechnung des zeitlichen Anteils der Themenbereiche der CALM-Module

Zur Berechnung des prozentualen Anteils der Themenbereiche der CALM-Module innerhalb der einzelnen Therapiesitzungen wurde der Quotient aus der CALM-Zeit und der bereinigten Gesprächszeit ermittelt.

Beispiel zur Berechnung des zeitlichen Anteils der Themenbereiche der CALM-Module:

Auch dieses Beispiel bezieht sich auf das oben aufgeführte Beispiel. Hieraus geht eine CALM-Zeit von 7 Minuten, 1 Sekunde und 7 Millisekunden (7,03min) und eine bereinigte Gesprächszeit von 7 Minuten, 8 Sekunden und 5 Millisekunden hervor (7,14min). Daraus ergibt sich folgende Berechnung des zeitlichen Anteils der Themenbereiche der CALM-Module: $CALM\text{-Zeit} / \text{bereinigte Gesprächszeit} = 7,03\text{min} / 7,14\text{min} = 0,9846$

Dieses Ergebnis entspricht einem zeitlichen prozentualen Anteil der Themenbereiche der CALM-Module am therapeutischen Gespräch von 98,46%.

5. Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Therapiesitzungen

Das folgende Kapitel gibt Auskünfte über die Inhalte der von dieser Arbeit untersuchten psychoonkologischen Therapiesitzungen.

5.1.1 CALM-Therapie 1

Der Patient der ersten CALM-Therapie ist an einem metastasierten Tumor des Gastrointestinaltrakts erkrankt.

CALM-Sitzung 1.1. Das erste Drittel von CALM-Sitzung 1.1 bezieht sich auf den medizinischen Verlauf, bestehende Symptome sowie Ängste im Kontext der Erkrankung. Anschließend werden die Endlichkeit des eigenen Lebens und Sinnstiftung thematisiert. Das letzte Drittel wird zur Erläuterung zukünftiger Therapiethemen und Evaluation von bestehenden Suizidgedanken genutzt.

CALM-Sitzung 1.2. In der zweiten Sitzung der ersten CALM-Therapie werden zunächst der medizinische Verlauf, Beziehungen zu behandelnden Ärzten sowie soziale Veränderungen besprochen. Im Anschluss werden Kindheitserfahrungen, die familiäre Situation sowie der Umgang mit der Erkrankung innerhalb der Familie angerissen. Abschließend werden das Bedürfnis nach Unterstützung und die Beziehung zu sich selbst beleuchtet.

CALM-Sitzung 1.3. Der erste Teil der CALM-Sitzung 1.3 befasst sich mit der aktuellen familiären Situation und einem bestehenden Isolationserleben. Der zweite Teil bezieht sich auf die Beziehung zu sich selbst sowie Fragen nach Sinn und Bedeutung im Leben des Patienten.

CALM-Sitzung 1.4. CALM-Sitzung 1.4 beleuchtet einen Erkrankungsprogress, die Bedeutung der Erkrankung für das Leben des Patienten sowie damit verbundene medizinische Entscheidungsfindungen. Anschließend werden Vorbereitungen das Sterben, belastende Symptome und die Erfahrung der eigenen Emotionalität thematisiert.

CALM-Sitzung 1.5. CALM-Sitzung 1.5 setzt sich mit der zukünftigen Behandlung und familiären Situation im Kontext der Erkrankung auseinander. Anschließend werden die Selbstwahrnehmung, Selbstwertschätzung und Nachbeelung von Gefühlen ausgeleuchtet.

CALM-Sitzung 1.6. Die sechste Sitzung von CALM-Therapie 1 befasst sich mit der familiären Situation, medizinischen Behandlung, bestehenden Ängsten sowie Veränderungen des Selbst im Zuge der Erkrankung. Dies führt zu Reflektionen von zukünftigem Leid, der angebotenen Unterstützung und Abhängigkeit gegenüber anderen. Anschließend stehen Veränderungen der eigenen Emotionalität im Vordergrund des Gesprächs.

CALM-Sitzung 1.7. CALM-Sitzung 1.7 nimmt Bezug zur Behandlung und deren Nebenwirkungen, die Kenntnisse des Patienten über die bestehende Krebserkrankung sowie deren Prognose mit Bezug zu zunehmender Emotionalität und Trauer. Im weiteren Verlauf werden Vorauspflgeplanungen, Vorbereitungen auf das Sterben, aktuelle Beziehungserfahrungen und die familiäre Situation besprochen.

CALM-Sitzung 1.8. Die letzte Sitzung der ersten CALM-Therapie setzt sich zu Beginn mit zunehmenden Symptomen, sterbensbezogenen Aspekten und der Bedeutung der Erkrankung auseinander. Anschließend werden Nebenwirkungen der onkologischen Behandlung, die Akzeptanz der Erkrankung, Strategien zur Krankheitsbewältigung und Sinnfragen reflektiert. Gegen Ende der Sitzung werden Krankheitserfahrungen in Bezug zur aktuellen Erkrankungssituation gesetzt.

5.1.2 CALM-Therapie 2

Bei CALM-Therapie 2 handelt es sich um eine an einem metastasierten Mamma-Karzinom erkrankte Patientin.

CALM-Sitzung 2.1. Zu Beginn greift CALM-Sitzung 2.1 den bisherigen Erkrankungsverlauf, Beziehungen zu Freunden und Familienmitgliedern, den persönlichen Umgang mit der Erkrankung und Kraftquellen der Patientin auf. Im weiteren Verlauf stehen die familiäre Situation und die Partnerschaft im Kontext der Erkrankung im Vordergrund des Gesprächs.

CALM-Sitzung 2.2. Die zweite Sitzung von CALM-Therapie 2 bezieht sich auf ausstehende Untersuchungsergebnisse, Ängste vor einem Erkrankungsrezidiv, familiäre Anliegen sowie die Bedeutung der Krebsdiagnose für das Leben der Patientin. Anschließend wer-

den medizinische Entscheidungen reflektiert und erneut die familiäre Situation ausgeleuchtet.

CALM-Sitzung 2.3. Untersuchungsergebnisse und die familiäre Situation sind Hauptthemen von CALM-Sitzung 2.3. Überdies werden Kraftquellen im Leben der Patientin erörtert.

CALM-Sitzung 2.4. CALM-Sitzung 2.4 thematisiert zurückliegende Untersuchungen, geplante Behandlungen und Ängste vor Behandlungsfolgen. Anschließend werden partnerschaftliche Entwicklungen, Erfahrungen im sozialen Umfeld und die familiäre Situation reflektiert. Weitere Themen der Sitzung sind eine zunehmende Emotionalität der Patientin, Aspekte einer Patientenverfügung sowie Hoffnungen und Ängste hinsichtlich des Erkrankungsverlaufs.

CALM-Sitzung 2.5. Die fünfte Sitzung der zweiten CALM-Therapie thematisiert bestehende Symptome, die Akzeptanz der Erkrankung, partnerschaftliche Anliegen, Veränderungen des eigenen Erlebens und der familiären Beziehungen. Abschließend werden anstehende Arzttermine und eine Freude auf die kommende Zeit angerissen.

CALM-Sitzung 2.6. Zunächst stehen in CALM-Sitzung 2.6 der Erkrankungsverlauf, die familiäre Situation, aktuelle Symptome und Hoffnungen bezüglich der Krebserkrankung im Vordergrund. Anschließend werden partnerschaftliche Anliegen, Bewältigungsmechanismen der Erkrankung und erneut die familiäre Situation thematisiert.

CALM-Sitzung 2.7. In CALM-Sitzung 2.7 werden zunächst die familiäre Situation, geplante Behandlungen und bestehende Symptome besprochen. Im weiteren Verlauf werden die Beziehung zu sich selbst, der Umgang mit der Erkrankung, bestehende Ängste und Veränderungen der Prioritäten im Kontext der Erkrankung ausgeleuchtet. Abschließend werden erneut familiäre Anliegen aufgegriffen.

5.1.3 Kontroll-Therapie 1

Der Patient der ersten Kontroll-Therapie ist an einem metastasierten Tumor des Gastrointestinaltrakts erkrankt.

Kontroll-Sitzung 1.1. Die erste Sitzung von Kontroll-Therapie 1 thematisiert zunächst den bisherigen medizinischen Verlauf, die Beziehungen zur Familie und Freunden, einen wiederkehrenden Traum und den Kontakt zum eigenen Körper. Anschließend wird die partnerschaftliche Situation im Kontext der Erkrankung ausgeleuchtet.

Kontroll-Sitzung 1.2. Die erste Hälfte von Kontroll-Sitzung 1.2 setzt sich mit Vorbereitungen auf das Sterben, der eigenen Beerdigung, partnerschaftlichen Anliegen, dem Kontakt zum eigenen Körper und der Neuevaluation von Prioritäten und Zielen des Patienten auseinander. In der zweiten Sitzungshälfte steht die familiäre Situation im Gesprächsmittelpunkt.

Kontroll-Sitzung 1.3. Die dritte Sitzung der ersten Kontroll-Therapie greift zunächst die Organisation eines Hospizplatzes, eine durchgeführte Reise sowie partnerschaftliche Anliegen auf. Anschließend werden in Verbindung mit einem Traum gebrachte Ängste, bestehende Symptome und deren Behandlung ausgeleuchtet.

Kontroll-Sitzung 1.4. Die Darlegungen von bestehenden Symptomen, der partnerschaftlichen Situation sowie Anliegen bezüglich der Kommunikation mit behandelnden Ärzten leiten Kontroll-Sitzung 1.4 ein. Die Schilderung zunehmender Symptome führt zur Auseinandersetzung mit dem Sterben und Tod sowie weiteren Ausleuchtung der partnerschaftlichen Situation.

Kontroll-Sitzung 1.5. Bei Kontroll-Sitzung 1.4 handelt es sich um eine Sitzung mit dem Patienten und dessen Ehefrau. Zugunsten der Vergleichbarkeit wurde diese Sitzung nicht ausgewertet und wird hier nicht genauer beschrieben.

Kontroll-Sitzung 1.6. In Kontroll-Sitzung 1.6 werden zurückliegende Behandlungen sowie die emotionale Situation des Patienten besprochen. Dies führt das Gespräch zur Krank-

heitsbewältigung, bestehenden Ängsten, Vorbereitungen auf das Sterben und den Abschied. Gegen Ende der Sitzung werden die aktuelle körperliche und psychische Verfassung des Patienten mit Rückblick auf den bisherigen Erkrankungsverlauf evaluiert.

Kontroll-Sitzung 1.7. In Kontroll-Sitzung 1.7 werden zunächst eine Verschlechterung des körperlichen Zustands, bestehende Ängste und partnerschaftliche Anliegen thematisiert. Anschließend kommt es zum Ausdruck von Trauer und Evaluation von Zielen des Patienten. Gegen Ende der Sitzung werden Erfahrungen mit Freunden und familiäre Anliegen aufgegriffen.

5.1.4 Kontroll-Therapie 2

Bei der zweiten Kontroll-Therapie handelt es sich um eine an einem metastasierten Mamma-Karzinom erkrankte Patientin.

Kontroll-Sitzung 2.1. Die erste Sitzung von Kontroll-Therapie 2 beginnt mit einer Beschreibung der Diagnosestellung, der Evaluation von Suizidgedanken und Reflektion medizinischer Entscheidungen. Im Weiteren verläuft das Gespräch über partnerschaftliche Veränderungen und bedeutende Beziehungen im Leben der Patienten. Anschließend werden Veränderungen der Beziehung zu sich selbst, die Akzeptanz der eigenen Endlichkeit, bestehende Ängste sowie die Unterstützung durch das Umfeld der Patientin thematisiert.

Kontroll-Sitzung 2.2. Eine Schilderung familiärer Anliegen leitet Kontroll-Sitzung 2.2 ein. Daraufhin werden Vorbereitungen des eigenen Sterbens, die Beziehung zur behandelnden Praxis und die derzeitige onkologische Behandlung besprochen. Dies führt das Gespräch zu Veränderungen von Prioritäten und Zielen, der Bedeutung der Krebsdiagnose sowie Beziehungserfahrungen im Kontext der Erkrankung. Anschließende Themen sind eine geplante Reise, familiäre Beziehungen und Kindheitserfahrungen der Patientin.

Kontroll-Sitzung 2.3. Persönliche Veränderungen, medizinethische Aspekte und Entscheidungen für das Lebensende werden in Kontroll-Sitzung 2.3 besprochen. Im Weiteren werden familiäre und freundschaftliche Beziehungserfahrungen, zukünftige Reiseziele, Vorbereitungen auf das Sterben bzw. den Tod sowie die familiäre Unterstützung thematisiert.

Gegen Ende der Sitzung werden die Beziehung zur behandelnden Praxis, medizinische Entscheidungsfindungen und das Verständnis der Erkrankung ausgeleuchtet.

Kontroll-Sitzung 2.4. Kontroll-Sitzung 2.4 wird zunächst genutzt um Unzufriedenheiten bezüglich der medizinischen Behandlung, Vorbereitungen der letzten Lebensphase, Ängste vor dem Sterben und Veränderungen des Selbstbildes zu besprechen. Im weiteren Verlauf stehen persönliche Prioritäten, der Stellenwert der Erkrankung sowie die Dankbarkeit über das gegenwärtige Leben im Fokus des Gesprächs. Anschließend werden familiäre Anliegen im Kontext der Erkrankung beleuchtet.

Kontroll-Sitzung 2.5. Zu Beginn der fünften Sitzung von Kontroll-Therapie 2 werden die Beziehung zur behandelnden Praxis, die familiäre Situation, Veränderungen der Beziehung zu sich selbst und die Bedeutung der Erkrankung für das gegenwärtige Leben besprochen. Daraufhin werden positive partnerschaftliche und familienbezogene Veränderungen beschrieben. Gegen Ende der Sitzung werden Kindheitserfahrungen der Patientin in Verbindung zur bestehenden Krebserkrankung gebracht.

Kontroll-Sitzung 2.6. Der erste Teil von Kontroll-Sitzung 2.6 bezieht sich auf den Erkrankungsverlauf und die familiäre Situation der Patientin. Anschließend werden eine geplante Kur thematisiert und persönliche Stärken bzw. Schwächen der Patientin aufgegriffen. Im zweiten Sitzungsteil kommt es zu einem Gespräch über die eigene Endlichkeit und sterbensbezogene Ängste der Patientin. Gegen Ende der Sitzung werden erneut Aspekte der familiären Situation aufgegriffen.

Kontroll-Sitzung 2.7. Zu Beginn setzt sich Kontroll-Sitzung 2.7 mit Nachwirkungen eines medizinischen Eingriffs und dem Wunsch mit zunehmender Todesangst umgehen zu können auseinander. Anschließend stehen partnerschaftliche Anliegen, die Bedeutung der Erkrankung und erneut der Umgang mit Todesängsten im Gesprächsmittelpunkt. Hierbei werden bestehende Suizidgedanken und ein potenzieller Verlust der Selbstbestimmtheit reflektiert.

Kontroll-Sitzung 2.8. Zu Beginn der letzten Sitzung von Kontroll-Therapie 2 werden die familiäre Situation, die medikamentöse Therapie und das Interesse an chinesischer Medi-

zin besprochen. Anschließend werden medizinische Entscheidungen, die Beziehung zum behandelnden Onkologen, persönliche Prioritäten, die Bewältigung aufkommender Ängste und die Akzeptanz der eigenen Endlichkeit thematisiert. Daraufhin werden familiäre Veränderungen, Einflüsse der Erkrankung auf soziale Kontakte, die Beziehung zu sich selbst sowie die Wertschätzung bestehender medizinischer Kontakte aufgegriffen.

5.2 Ergebnisse zum Anteil der Themenbereiche der CALM-Module

Mithilfe der berechneten zeitlichen Längen kategorisierter Gesprächseinheiten konnten die Anteile von Themenbereichen der CALM-Module innerhalb der untersuchten Therapiesitzungen ermittelt werden. Durch Zusammenfassung dieser Ergebnisse für jede einzelne Sitzung konnten die Anteile der CALM-Themen an der jeweiligen Therapie bestimmt werden. Zum Vergleich der beiden Therapieformen (CALM- und Kontroll-Therapie) bezüglich ihres Anteils an Themenbereichen der CALM-Module, wurden die zusammengefassten Ergebnisse erneut zu zwei Gesamtergebnissen für jede Therapieform zusammengetragen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Therapien und anschließend die Gesamtergebnisse für die beiden Therapieformen (CALM- und Kontroll-Therapie) vorgestellt.

5.2.1 Ergebnisse zu den einzelnen untersuchten Therapien

Dieses Unterkapitel stellt die Ergebnisse zu den Anteilen der Themenbereiche der CALM-Module innerhalb der einzelnen untersuchten Therapiesitzungen und das zusammengefasste Ergebnis jeder CALM- bzw. Kontroll-Therapie dar.

Ergebnisse zu CALM-Therapie 1

Tab. 5: Ergebnisse zu CALM-Therapie 1

CALM-Sitzung	Gesamtgesprächszeit	Bereinigung ¹	bereinigte Gesprächszeit ²	CALM-Zeit ³	Nicht-CALM-Zeit ⁴	CALM-Anteil ⁵
1.1	00:51:07,1 (51,12min)	00:03:18,2 (3,30min)	00:47:48,9 (47,82min)	00:47:48,9 (47,82min)	-	1,00 (100%)
1.2	00:50:19,2 (50,32min)	00:00:59,8 (1,00min)	00:49:19,4 (49,32min)	00:48:58,7 (48,98min)	00:00:20,7 (0,35min)	0,9931 (99,31%)
1.3	01:00:25,5 (60,43min)	00:03:34,7 (3,58min)	00:56:50,8 (56,85min)	00:56:46,6 (56,78min)	00:00:04,2 (0,07min)	0,9988 (99,88%)
1.4	00:53:41,6 (53,69min)	00:01:49,4 (1,82min)	00:51:52,2 (51,87min)	00:51:52,2 (51,87min)	-	1,00 (100%)
1.5	00:54:24,7 (54,41min)	00:00:46,1 (0,77min)	00:53:38,6 (53,64min)	00:53:38,6 (53,64min)	-	1,00 (100%)
1.6	01:01:21,6 (61,36min)	00:00:35,1 (0,59min)	01:00:46,5 (60,78min)	01:00:46,5 (60,78min)	-	1,00 (100%)
1.7	00:55:16,5 (55,28min)	00:00:44,3 (0,74min)	00:54:32,2 (54,54min)	00:54:26,1 (54,44min)	00:00:06,1 (0,10min)	0,9982 (99,82%)
1.8	00:57:17,3 (57,29min)	00:00:59,3 (0,99min)	00:56:18,0 (56,30min)	00:56:18,0 (56,30min)	-	1,00 (100%)
Gesamt	07:23:53,5 (443,89min)	00:12:46,9 (12,78min)	07:11:06,6 (431,11min)	07:10:35,6 (430,59min)	00:00:31,0 (0,52min)	0,9988 (99,88%)

¹ zusammengefasste Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit Nebenkategorien (m, s) oder sowohl mit einer bzw. mehreren CALM-Kategorien (K) als auch der Nicht-CALM-Kategorie (N) kodiert wurden (Kategorienkombinationen m, s / K + N / K + N + m, s)

² Gesamtgesprächszeit abzüglich der Bereinigung

³ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit CALM-Kategorien (K) oder sowohl CALM- (K) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen K / K + m, s)

⁴ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit der Nicht-CALM-Kategorie (N) oder sowohl der Nicht-CALM-Kategorie (N) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen N / N + m, s)

⁵ Quotient aus der CALM-Zeit und bereinigten Gesprächszeit

In den Therapiesitzungen der ersten CALM-Therapie haben die Themenbereiche der CALM-Module einen Anteil zwischen 99,31% und 100%.

Innerhalb der gesamten ersten CALM-Therapie beträgt der Anteil von Themenbereichen der CALM-Module 99,88%.

Ergebnisse zu CALM-Therapie 2

Tab. 6: Ergebnisse zu CALM-Therapie 2

CALM-Sitzung	Gesamtgesprächszeit	Bereinigung ¹	bereinigte Gesprächszeit ²	CALM-Zeit ³	Nicht-CALM-Zeit ⁴	CALM-Anteil ⁵
2.1	01:04:02,1 (64,04min)	00:08:45,3 (8,76min)	00:55:16,8 (55,28min)	00:54:35,6 (54,59min)	00:00:41,2 (0,69min)	0,9875 (98,75%)
2.2	01:08:32,5 (68,54min)	00:07:24,3 (7,41min)	01:01:08,2 (61,14min)	00:59:59,4 (59,99min)	00:01:08,8 (1,15min)	0,9812 (98,12%)
2.3	01:02:42,4 (62,71min)	00:03:24,5 (3,41min)	00:59:17,9 (59,30min)	00:58:18,8 (58,31min)	00:00:59,1 (0,99min)	0,9833 (98,33%)
2.4	00:48:46,1 (48,77min)	00:05:26,4 (5,44min)	00:43:19,7 (43,33min)	00:43:19,7 (43,33min)	-	1,00 (100%)
2.5	00:48:08,6 (48,14min)	00:03:26,8 (3,45min)	00:44:41,8 (44,70min)	00:44:41,8 (44,70min)	-	1,00 (100%)
2.6	00:51:35,6 (51,59min)	00:04:05,7 (4,10min)	00:47:29,9 (47,50min)	00:47:29,9 47,50min	-	1,00 (100%)
2.7	00:56:23,8 (56,40min)	00:04:23,9 (4,40min)	00:51:59,9 (52,00min)	00:51:39,8 (51,66min)	00:00:20,1 (0,34min)	0,9935 (99,35%)
Gesamt	06:40:11,1 (400,19min)	00:36:56,9 (36,95min)	06:03:14,2 (363,24min)	06:00:05,0 (360,08min)	00:03:09,2 (3,15min)	0,9913 (99,13%)

¹ zusammengefasste Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit Nebenkategorien (m, s) oder sowohl mit einer bzw. mehreren CALM-Kategorien (K) als auch der Nicht-CALM-Kategorie (N) kodiert wurden (Kategorienkombinationen m, s / K + N / K + N + m, s)

² Gesamtgesprächszeit abzüglich der Bereinigung

³ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit CALM-Kategorien (K) oder sowohl CALM- (K) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen K / K + m, s)

⁴ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit der Nicht-CALM-Kategorie (N) oder sowohl der Nicht-CALM-Kategorie (N) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen N / N + m, s)

⁵ Quotient aus der CALM-Zeit und bereinigten Gesprächszeit

In den Therapiesitzungen der zweiten CALM-Therapie haben die Themenbereiche der CALM-Module einen Anteil zwischen 98,12% und 100%.

Innerhalb der gesamten zweiten CALM-Therapie beträgt der Anteil von Themenbereichen der CALM-Module 99,13%.

Ergebnisse zu Kontroll-Therapie 1

Tab. 7: Ergebnisse zu Kontroll-Therapie 1

Kontroll- Sitzung	Gesamtge- sprächszeit	Bereinigung ¹	bereinigte Gesprächs- zeit ²	CALM-Zeit ³	Nicht- CALM-Zeit ⁴	CALM- Anteil ⁵
1.1	01:08:14,8 (68,25min)	00:02:47,5 (2,79min)	01:05:27,3 (65,46min)	01:04:08,4 (64,14min)	00:01:18,9 (1,32min)	0,9798 (97,98%)
1.2	01:01:13,7 (61,23min)	00:01:10,6 (1,18min)	01:00:03,1 (60,05min)	01:00:03,1 (60,05min)	-	1,00 (100%)
1.3	00:39:17,0 (39,28min)	00:01:00,2 (1,00min)	00:38:16,8 (38,28min)	00:37:07,4 (37,12min)	00:01:09,4 (1,16min)	0,9697 (96,97%)
1.4	00:45:30,8 (45,51min)	00:01:23,1 (1,39min)	00:44:07,7 (44,13min)	00:44:07,7 (44,13min)	-	1,00 (100%)
1.6	00:55:27,4 (55,46min)	00:01:27,4 (1,46min)	00:54:00,0 (54,00min)	00:53:11,4 (53,19min)	00:00:48,6 (0,81min)	0,9850 (98,50%)
1.7	00:48:38,2 (48,64min)	00:02:01,5 (2,03min)	00:46:36,7 (46,61min)	00:46:36,7 (46,61min)	-	1,00 (100%)
Gesamt	05:18:21,9 (318,37min)	00:09:50,3 (9,84min)	05:08:31,6 (308,53min)	05:05:14,7 (305,25min)	00:03:16,9 (3,28min)	0,9894 (98,94%)

¹ zusammengefasste Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit Nebenkategorien (m, s) oder sowohl mit einer bzw. mehreren CALM-Kategorien (K) als auch der Nicht-CALM-Kategorie (N) kodiert wurden (Kategorienkombinationen m, s / K + N / K + N + m, s)

² Gesamtgesprächszeit abzüglich der Bereinigung

³ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit CALM-Kategorien (K) oder sowohl CALM- (K) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen K / K + m, s)

⁴ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit der Nicht-CALM-Kategorie (N) oder sowohl der Nicht-CALM-Kategorie (N) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen N / N + m, s)

⁵ Quotient aus der CALM-Zeit und bereinigten Gesprächszeit

In den Therapiesitzungen der ersten Kontroll-Therapie haben die Themenbereiche der CALM-Module einen Anteil zwischen 96,97% und 100%.

Innerhalb der gesamten ersten Kontroll-Therapie beträgt der Anteil von Themenbereichen der CALM-Module 98,94%.

Ergebnisse zu Kontroll-Therapie 2

Tab. 8: Ergebnisse zu Kontroll-Therapie 2

Kontroll-Sitzung	Gesamtgesprächszeit	Bereinigung ¹	bereinigte Gesprächszeit ²	CALM-Zeit ³	Nicht-CALM-Zeit ⁴	CALM-Anteil ⁵
2.1	00:50:02,1 (50,04min)	00:06:10,3 (6,17min)	00:43:51,8 (43,86min)	00:43:30,6 (43,51min)	00:00:21,2 (0,35min)	0,9920 (99,20%)
2.2	00:44:28,6 (44,48min)	00:04:53,5 (4,89min)	00:39:35,1 (39,59min)	00:39:16,0 (39,27min)	00:00:19,1 (0,32min)	0,9919 (99,19%)
2.3	00:48:14,4 (48,24min)	00:07:57,1 (7,95min)	00:40:17,3 (40,29min)	00:38:45,3 (38,76min)	00:01:32,0 (1,53min)	0,9620 (96,20%)
2.4	00:57:12,3 (57,21min)	00:07:27,2 (7,45min)	00:49:45,1 (49,75min)	00:48:11,9 (48,20min)	00:01:33,2 (1,55min)	0,9688 (96,88%)
2.5	00:59:13,5 (59,23min)	00:05:28,9 (5,48min)	00:53:44,6 (53,74min)	00:52:22,2 (52,37min)	00:01:22,4 (1,37min)	0,9745 (97,45%)
2.6	00:40:16,6 (40,28min)	00:02:49,9 (2,83min)	00:37:26,7 (37,45min)	00:37:26,7 (37,45min)	-	1,00 (100%)
2.7	00:46:38,1 (46,64min)	00:04:06,7 (4,11min)	00:42:31,4 (42,52min)	00:42:31,4 (42,52min)	-	1,00 (100%)
2.8	00:36:22,6 (36,38min)	00:02:56,7 (2,95min)	00:33:25,9 (33,43min)	00:33:25,9 (33,43min)	-	1,00 (100%)
Gesamt	06:22:28,2 (382,47min)	00:41:50,3 (41,84min)	05:40:37,9 (340,63min)	05:35:30,0 (335,50min)	00:05:07,9 (5,13min)	0,9849 (98,49%)

¹ zusammengefasste Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit Nebenkategorien (m, s) oder sowohl mit einer bzw. mehreren CALM-Kategorien (K) als auch der Nicht-CALM-Kategorie (N) kodiert wurden (Kategorienkombinationen m, s / K + N / K + N + m, s)

² Gesamtgesprächszeit abzüglich der Bereinigung

³ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit CALM-Kategorien (K) oder sowohl CALM- (K) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen K / K + m, s)

⁴ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit der Nicht-CALM-Kategorie (N) oder sowohl der Nicht-CALM-Kategorie (N) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen N / N + m, s)

⁵ Quotient aus der CALM-Zeit und bereinigten Gesprächszeit

In den Therapiesitzungen der zweiten Kontroll-Therapie haben die Themenbereiche der CALM-Module einen Anteil zwischen 96,20% und 100%.

Innerhalb der gesamten zweiten Kontroll-Therapie beträgt der Anteil von Themenbereichen der CALM-Module 98,49%.

5.2.2 Gesamtergebnisse zu den untersuchten CALM- und Kontroll-Therapien

Dieses Kapitel stellt die ermittelten Gesamtergebnisse zu den beiden Therapieformen (CALM- und Kontroll-Therapie) bezüglich ihres Anteils an Themenbereichen der CALM-Module dar.

Gesamtergebnis zu den untersuchten CALM-Therapien

Tab. 9: Gesamtergebnisse zu den CALM-Therapien

Therapie	Gesamtgesprächszeit	Bereinigung ¹	bereinigte Gesprächszeit ²	CALM-Zeit ³	Nicht-CALM-Zeit ⁴	CALM-Anteil ⁵
CALM-Therapie 1	07:23:53,5 (443,89min)	00:12:46,9 (12,78min)	07:11:06,6 (431,11min)	07:10:35,6 (430,59min)	00:00:31,0 (0,52min)	0,9988 (99,88%)
CALM-Therapie 2	06:40:11,1 (400,19min)	00:36:56,9 (36,95min)	06:03:14,2 (363,24min)	06:00:05,0 (360,08min)	00:03:09,2 (3,15min)	0,9913 (99,13%)
Gesamt	14:04:04,6 (844,08min)	00:49:43,8 (49,73min)	13:14:20,8 (794,35min)	13:10:40,6 (790,68min)	00:03:40,2 (3,67min)	0,9954 (99,54%)

¹ zusammengefasste Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit Nebenkategorien (m, s) oder sowohl mit einer bzw. mehreren CALM-Kategorien (K) als auch der Nicht-CALM-Kategorie (N) kodiert wurden (Kategorienkombinationen m, s / K + N / K + N + m, s)

² Gesamtgesprächszeit abzüglich der Bereinigung

³ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit CALM-Kategorien (K) oder sowohl CALM- (K) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen K / K + m, s)

⁴ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit der Nicht-CALM-Kategorie (N) oder sowohl der Nicht-CALM-Kategorie (N) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen N / N + m, s)

⁵ Quotient aus der CALM-Zeit und bereinigten Gesprächszeit

Für die CALM-Therapie ergibt sich in der vorliegenden Untersuchung ein Anteil von Themenbereichen der CALM-Module von 99,54%.

Gesamtergebnis zu den untersuchten Kontroll-Therapien

Tab. 10: Gesamtergebnisse zu den Kontroll-Therapien

Therapie	Gesamtgesprächszeit	Bereinigung ¹	bereinigte Gesprächszeit ²	CALM-Zeit ³	Nicht-CALM-Zeit ⁴	CALM-Anteil ⁵
Kontroll-Therapie 1	05:18:21,9 (318,37min)	00:09:50,3 (9,84min)	05:08:31,6 (308,53min)	05:05:14,7 (305,25min)	00:03:16,9 (3,28min)	0,9894 (98,94%)
Kontroll-Therapie 2	06:22:28,2 (382,47min)	00:41:50,3 (41,84min)	05:40:37,9 (340,63min)	05:35:30,0 (335,50min)	00:05:07,9 (5,13min)	0,9849 (98,49%)
Gesamt	11:40:50,1 (700,84min)	00:51:40,6 (51,68min)	10:49:09,5 (649,16min)	10:40:44,7 (640,75min)	00:08:24,8 (8,41min)	0,9871 (98,71%)

¹ zusammengefasste Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit Nebenkategorien (m, s) oder sowohl mit einer bzw. mehreren CALM-Kategorien (K) als auch der Nicht-CALM-Kategorie (N) kodiert wurden (Kategorienkombinationen m, s / K + N / K + N + m, s)

² Gesamtgesprächszeit abzüglich der Bereinigung

³ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit CALM-Kategorien (K) oder sowohl CALM- (K) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen K / K + m, s)

⁴ Zeiten der Gesprächseinheiten, welche ausschließlich mit der Nicht-CALM-Kategorie (N) oder sowohl der Nicht-CALM-Kategorie (N) als auch Nebenkategorien (m, s) kodiert wurden (Kategorienkombinationen N / N + m, s)

⁵ Quotient aus der CALM-Zeit und bereinigten Gesprächszeit

Für die Kontroll-Therapie ergibt sich in der vorliegenden Untersuchung ein Anteil von Themenbereichen der CALM-Module von 98,71%.

5.3 Unsystematische Beobachtungen

Das folgende Kapitel dient der Darstellung von Auffälligkeiten, welche innerhalb der untersuchten CALM- und Kontroll-Sitzungen unsystematisch beobachtet werden konnten. Hierbei liegt der Fokus auf der Ansprache und weiteren Thematisierung von Themenbereichen der vier CALM-Module.

5.3.1 Spezifische Ansprachen von Themenbereichen der vier CALM-Module durch CALM-Therapeuten

Innerhalb der untersuchten CALM-Sitzungen wurden einzelne Aspekte der vier CALM-Module spezifisch und explizit durch die CALM-Therapeutin bzw. den CALM-Therapeuten angesprochen. Diesbezügliche Beobachtungen werden im Folgenden vorgestellt.

Modul 1: Symptom-Management und Kommunikation mit Mitgliedern des Gesundheitswesens

Beispiel 1.1 aus CALM-Sitzung 1.4:

127. Therapeut: (...) Um welche Symptome geht's denn hauptsächlich? Was nimmt Sie am meisten in Beschlag oder worunter leiden Sie am meisten?
#00:25:31-9#

Erläuterung: Mit der expliziten Ansprache bestehender Symptome stellt der CALM-Therapeut direkten Bezug zu Inhalten des ersten CALM-Moduls her.

Beispiel 1.2 aus CALM-Sitzung 2.2:

30. Therapeutin: Wie ist es mit den Behandlern, die Sie haben, die verschiedenen Ärzte? Haben Sie das Gefühl, da ist eine gute Kommunikation?
#00:09:52-5#

Erläuterung: Mit der Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten und der Patientin thematisiert die CALM-Therapeutin einen spezifischen Aspekt des ersten CALM-Moduls.

Modul 2: Persönliche Veränderungen und Beziehungen zu nahen Anderen

Beispiel 2.1 aus CALM-Sitzung 2.3:

69. Therapeutin: Haben Sie das Gefühl, dass Sie, seitdem Sie selbst erkrankt sind, andere Grenzen ziehen gegenüber Ihrer Tochter? #00:28:30-1#

Erläuterung: Die Veränderungen in Beziehungen zu Familienmitgliedern im Kontext der fortgeschrittenen Erkrankung stellen einen spezifischen Inhalt des zweiten CALM-Moduls dar.

Modul 3: Spiritualität oder Gefühl für Sinn und Bestimmung

Beispiel 3.1 aus CALM-Sitzung 1.1:

89. Therapeut: Also, was macht Sinn oder was ist für mich bedeutsam?
#00:22:17-1#

Erläuterung: Die Frage nach Sinn und Bedeutung im Leben der Patienten ist ein charakteristischer Bestandteil von CALM-Modul 3.

Beispiel 3.2 aus CALM-Sitzung 2.5:

61. Therapeutin: Und gibt es noch andere Dinge, die sich auch zum Positiven verändert haben? #00:16:43-5#

Erläuterung: Mit der Frage nach Aspekten, welche sich im Kontext der Erkrankung verändert haben, stellt die CALM-Therapeutin direkten Bezug zu Inhalten des dritten CALM-Moduls her.

Modul 4: Gedanken zu Zukunft, Hoffnung und Sterblichkeit

Beispiel 4.1 aus CALM-Sitzung 2.6:

42. Therapeutin: Wie geht es Ihnen denn selbst dabei auf Ihre eigene Gesundheit bezogen, wenn Sie in die Zukunft schauen? Was sehen Sie da vor sich? #00:19:45-9#

Erläuterung: Mit zukunfts- und hoffnungsbezogenen Aspekten werden spezifische Themenbereiche des vierten CALM-Moduls thematisiert.

5.3.2 Wechsel und Rückführungen auf Themenbereiche der vier CALM-Module in CALM-Sitzungen

Innerhalb der untersuchten CALM-Sitzungen konnten auffällige Wechsel zwischen Themenbereichen der CALM-Module und beim Verlassen CALM-spezifischer Themen Rückführungen des therapeutischen Gesprächs auf Inhalte der CALM-Module beobachtet werden. Zwei dieser Beobachtungen sind im Folgenden dargestellt.

Wechsel zwischen Themenbereichen der CALM-Module

Beispiel 5.1 aus CALM-Sitzung 1.1:

96. Patient: (...) Also, ich glaube, dass ich, äh ... das mir kleine Details viel mehr auffallen dadurch. Also, ich guck‘ jetzt so, äh ... Ich hab‘ jetzt nicht mehr den großen hungrigen Blick in die Ferne, sondern ich gucke ein bisschen mehr (...) ... auf meinen Weg, den ich gerade beschreite. (...) Ich will einfach, also das Einzige weshalb, sind diese Schmerzen. (...) #00:24:16-1#

97. Therapeut: Jetzt springen wir gerade ein bisschen, aber das ist egal. Ich springe gerne mit. #00:24:21-1#

98. Patient: Okay. #00:24:22-2#

99. Therapeut: Die Schmerzen. Da muss der Arzt doch auch Ihnen ‘ne Idee geben haben, welche Möglichkeiten des Umgangs es damit geben kann. #00:24:30-6#

Erläuterung: Mit der Bedeutung der Erkrankung und Neuevaluation von Prioritäten und Zielen thematisiert der Patient zunächst Themenbereiche des dritten CALM-Moduls. Anschließend wird mit der Darlegung bestehender Schmerzen ein Aspekt des ersten CALM-Moduls aufgeworfen. Darauf

kommentiert der CALM-Therapeut diesen modulübergreifenden Themenwechsel und nimmt Bezug zur Thematik des ersten CALM-Moduls.

Rückführung auf Themenbereiche der CALM-Module

Beispiel 6.1 aus CALM-Sitzung 1.2:

196. Patient: (...) Und ich hab‘ jetzt gerade wieder ... ‘n Job gemacht und das war auch gut über die Bühne gelaufen und ... #00:47:52-7#
197. Therapeut: Was war das genau? #00:47:53-4#
198. Patient: Äh, ein Grafik, also ‘n Grafikjob für ... ‘n Klassik-Magazin und da werde ich immer einmal im Monat für Minimum vier bis fünf Tage gebucht und das ist, das deckt so meine Basics und mehr brauch‘ ich im Augenblick auch nicht. #00:48:13-4#
199. Therapeut: Dennoch, glaube ich, ist es für das eigene Erleben doch auch gut, so ‘n Job. #00:48:16-5#

Erläuterung: Im Laufe der Sitzung werden mit der beruflichen und finanziellen Situation des Patienten Inhalte ohne direkten Bezug zu den vier CALM-Modulen besprochen. Im unmittelbaren Anschluss stellt der CALM-Therapeut diese Thematik in Zusammenhang mit dem eigenen Erleben und führt das therapeutische Gespräch damit auf einen Themenbereich des zweiten CALM-Moduls zurück.

5.3.3 Verlassen von Themenbereichen der CALM-Module in Kontroll-Sitzungen

In untersuchten Kontroll-Sitzungen konnte im Verlauf des therapeutischen Gesprächs das Verlassen von Themenbereichen der CALM-Module durch Einwürfe des Kontroll-Therapeuten beobachtet werden. Beispiele hierfür werden im Folgenden erläutert.

Beispiel 7.1 aus Kontroll-Sitzung 1.1:

6. Patient: Sonst fahr' ich ja immer Fahrrad, aber das ist im Moment nicht so angebracht. #00:00:14-1#
7. Therapeut: Ist zu anstrengend im Moment? #00:00:16-8#
8. Patient: Anstrengend nicht, zu wackelig. #00:00:19-1#
9. Therapeut: Okay, gut. Alles klar. Sie hatten das Vorgespräch, glaube ich, bei Herrn K., ne? #00:00:24-4#

Erläuterung: Die Symptombeschreibung sich „wackelig“ zu fühlen kann inhaltlich CALM-Modul 1 zugeordnet werden. Im direkten Anschluss erwirkt der Kontroll-Therapeut mit der Thematisierung der allgemeinen Organisation der Therapie ein Verlassen dieses CALM-spezifischen Themenbereichs.

Beispiel 7.2 aus Kontroll-Sitzung 1.6:

44. Patient: (...) Davor die Tage waren alle völlig ... (schweres Atmen) ja, waren einigermaßen stark, fühlte mich eigentlich gut, haben viel gemacht. ... Joa. Aber ... das mit dem Wasser im Bauch, das hat mich doch sehr erschrocken und ... beansprucht. #00:04:22-7#
45. Therapeut: Mhm. Ja. Ne, das glaub' ich. Gab's noch irgendwie 'ne Nachwirkung nach unserem letzten Treffen? Oder ist da noch irgendwas, einige Fragen aufgetaucht oder ... ? #00:04:37-0#

Erläuterung: Mit der Beschreibung von Symptomen und damit verbundenen Ängsten thematisiert der Patient Themenbereiche der CALM-Module 1 und 4. Durch die Erfragung von Nachwirkungen der letzten Sitzung initiiert der Kontroll-Therapeut ein Verlassen dieser CALM-spezifischen Themenbereiche.

5.3.4 Moderation und Thematisierung von CALM-spezifischen Themen in Kontroll-Sitzungen

In einer der untersuchten Kontroll-Sitzung wurden durch die Therapeutin spezifische Themenbereiche der CALM-Module besonders präzise als Anliegen der Patientin identifiziert und dargelegt. Diese Beobachtung wird im Folgenden beschrieben.

Beispiel 8.1 aus Kontroll-Sitzung 2.7:

331. Patientin: Können Sie denn so aus dem heutigen Gespräch heraus sagen, ähm ... ich muss noch da und da ... dran arbeiten oder ich könnte das und das verbessern (...). #00:40:49-5#

332. Therapeutin: Ja. Mh. Aus 'm Stand heraus hatte ich jetzt so den Eindruck, dass ... bei Ihnen erst mal so, wenn Sie Todesangst sagen, dass da ganz viel Verschiedenes eigentlich drunter fällt. #00:40:59-4#

333. Patientin: Mhm. #00:41:00-0#

334. Therapeutin: Sie haben jetzt irgendwie gesagt, Sorge um die Familie, ja, Sorge um Schmerzen, Sorge um Kontrollverlust. Das sind ja noch mal verschiedene Aspekte. #00:41:08-7#

Erläuterung: Bei den durch die Kontroll-Therapeutin identifizierten persönlichen Anliegen der Patientin handelt es sich um zentrale Aspekte der CALM-Module 1, 2 und 4. Anhand dieses Beispiels kann eine spezifische und explizite Ansprache von Themenbereichen der CALM-Module innerhalb einer Kontroll-Therapie beobachtet werden.

5.3.5 Vernetzung CALM-spezifischer Themenbereiche in CALM-Sitzungen

Innerhalb untersuchter CALM-Sitzungen konnten Vernetzungen von mehreren CALM-spezifischen Themen durch den CALM-Therapeuten beobachtet werden. Diese Auffälligkeit wird im Folgenden beschrieben.

Beispiel 9.1 aus CALM-Sitzung 1.4:

127. Therapeut: (...) Um welche Symptome geht's denn hauptsächlich? Was nimmt Sie am meisten in Beschlag oder worunter leiden Sie am meisten?
#00:25:31-9#

128. Patient: Ja, also, das ist zum Beispiel, wenn ich aufstehe, dann merk' ich einfach, es tut weh. (...) #00:25:40-2#

(...)

133. Therapeut: Ähm. Jetzt noch mal. Für mich hört sich das eher danach an, dass 'ne gute Schmerzeinstellung notwendig sein soll. #00:27:10-5#

(...)

135. Therapeut: Also, ich mein', es ist ja auch nicht so, dass man sagen kann, bei Schmerzen ist Schmerztherapie dran und bei Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen sind die Antidepressiva dran.
#00:27:40-6#

(...)

139. Therapeut: (...) Wir haben eine Schmerzambulanz in (*Stadt*) Das ist, da geb' ich Ihnen nachher 'ne Idee, ähm, wo, an wen Sie sich da wenden können oder noch 'ne andere Alternative in (*Stadt*). #00:28:52-4#

(...)

143. Therapeut: Und wenn Sie da das Gefühl haben, Mensch, das reicht noch nicht aus, von der Einstellung der Schmerzmittel oder 'nem begleiteten Antidepressivum, was vielleicht die Kollegin Ihnen geben würde, dann könnte man noch mal drüber nachdenken, ob ich den direkten Kontakt zu unserem Psychiater herstelle. #00:29:38-3#

Erläuterung: Der CALM-Therapeut nimmt Bezug zu belastenden Symptomen, deren ausreichende Therapie, das Verständnis der Behandlung und verweist anschließend auf hilfreiche medizinische Kontakte. Damit werden durch den Therapeuten wesentliche Themenbereiche des ersten CALM-Moduls miteinander vernetzt.

Beispiel 9.2 aus CALM-Sitzung 1.7:

199. Therapeut: Ähm ... ich befürworte mittlerweile einfach von meiner Berufserfahrung her, sich 'n Zeitpunkt in dem es einem den Umständen entsprechend gut geht, sich auch Gedanken darüber zu machen in der Richtung, was wenn es schlechter wird. #00:35:55-4#

(...)

201. Therapeut: Also, wenn vor allem Symptome, äh, hinzutreten, die Sie gefangen nehmen, sozusagen, ne. #00:36:03-3#

(...)

203. Therapeut: Und da halte ich es für sehr hilfreich, wenn Sie mal mit, äh ... wir haben 'ne ambulante Ansprechperson, die sich auskennt mit dem Bereich Palliativmedizin. #00:36:13-9#

(...)

205. Therapeut: Mir ist immer wichtig, Palliativmedizin heißt nicht Sterbemedizin. #00:36:19-6#

(...)

207. Therapeut: Palliativmedizin heißt lindernde Therapie. #00:36:22-7#

(...)

233. Therapeut: (...) Und die dritte Anlaufstelle, die ich hier hilfreich fände, wäre dann wirklich 'ne palliativmedizinische Aufklärung und da gibt's 'ne ambulante Anlaufstelle. (...) Auch da würde ich Ihnen gerne ... äh ... die Kontaktdaten geben. (...) #00:41:50-7#

Erläuterung: Der CALM-Therapeut bringt Vorauspflegeplanungen sowie das Verständnis einer palliativmedizinischen Behandlung in Zusammenhang und verweist im direkten Anschluss auf hilfreiche medizinische Kontakte. Damit werden spezifische Themenbereiche der CALM-Module 1 und 4 modulübergreifend vernetzt.

5.3.6 Beschränkungen auf einzelne Themenbereiche der CALM-Module in Kontroll-Sitzungen

Im Gegensatz zu den oben beschriebenen Vernetzungen von Themenbereichen der CALM-Module innerhalb untersuchter CALM-Sitzungen konnten in Kontroll-Sitzungen

Beschränkungen auf Themenbereiche einzelner CALM-Module beobachtet werden. Diese Auffälligkeit wird im Folgenden beschrieben.

Beispiel 10.1 aus Kontroll-Sitzung 1.3:

217. Therapeut: Haben Sie jetzt auch Schmerzen? #00:34:29-1#
218. Patient: Jetzt hab‘ ich auch Schmerzen, Rückenschmerzen. (...) Im Moment machen mir die Rückenschmerzen doch größere Sorgen. #00:34:51-6#
- (...)
236. Patient: (...) Wenn ich Spitzen habe, so ... dann ist es vier, dann nehm‘ ich ‘ne etwas stärkere Tablette, (...) aber die Rückenschmerzen gehen durch diese Medikamente ja nicht weg. #00:36:20-3#
237. Therapeut: Ja. Werden dadurch nicht wirklich gelindert dann. #00:36:23-2#
238. Patient: Ne. #00:36:24-8#
239. Therapeut: Haben Sie dafür etwas, dass Sie diese Rückenschmerzen noch ‘n Stückweit lindern können? #00:36:29-0#
240. Patient: Ich kriege immer ... Ich bekomme Massagen, die helfen auch, die ... die Helfen nicht nur dem Körper, sondern auch meinem Geist. #00:36:35-6#
241. Therapeut: Prima. Sind wohltuend. #00:36:37-6#
- (...)
245. Therapeut: Super. Gibt‘s ... was machen Sie im Moment sonst noch? Oder was gibt‘s für andere Dinge noch, die im Moment für Sie sehr wohltuend, sehr erholsam sind, jetzt auch nach diesen erlebnisreichen drei Wochen? Gibt‘s noch andere Dinge? #00:36:59-0#

Erläuterung: Mit der Beschreibung von belastenden und unzureichend behandelten Schmerzen thematisiert der Patient Themenbereiche des ersten CALM-Moduls. Anschließend kommt es durch den Kontroll-Therapeuten zu keiner weiteren Vernetzung dieser Themenbereiche mit zusätzlichen Modulthemen, wie dem Verständnis der Behandlung bzw. Erkrankung, der Optimie-

rung der Schmerzeinstellung oder Vermittlung hilfreicher medizinischer Kontakte.

5.3.7 Orientierung einer Kontroll-Sitzung an den Inhalten der vier CALM-Module

In einer untersuchten Kontroll-Sitzung konnte das Vorkommen fast aller Themenbereiche der vier CALM-Module beobachtet werden. Inhalte, welche sich keinem der vier CALM-Module zuordnen ließen, wurden in dieser Sitzung nicht besprochen. Es handelt sich somit um eine Kontroll-Sitzung, welche sich stark an die Vorgaben des Manuals der CALM-Therapie (75) hält.

5.3.8 Zusammenfassung der unsystematischen Beobachtungen

Innerhalb der untersuchten CALM-Sitzungen wurden spezifische Ansprachen einzelner Aspekte der vier CALM-Module beobachtet. In CALM-Sitzungen konnten beim Verlassen CALM-spezifischer Themen Rückführungen des therapeutischen Gesprächs auf Inhalte der CALM-Module und die Moderation modulübergreifender Themenwechsel durch den CALM-Therapeuten beobachtet werden. In Kontroll-Sitzungen hingegen zeigte sich das Verlassen CALM-spezifischer Themenbereiche durch Einwürfe des Kontroll-Therapeuten.

Auch innerhalb einer untersuchten Kontroll-Sitzung wurden spezifische Themenbereiche der CALM-Module als Anliegen der Patientin identifiziert und dargelegt.

Im Gegensatz zu Vernetzungen von Themenbereichen der CALM-Module innerhalb von untersuchten CALM-Sitzungen konnten in Kontroll-Sitzungen Beschränkungen des therapeutischen Gesprächs auf einzelne Aspekte der CALM-Module beobachtet werden.

Es zeigte sich, dass die Inhalte einer untersuchten Kontroll-Sitzung in besonders hohem Maße mit den inhaltlichen Vorgaben des CALM-Therapie-Manuals (75) übereinstimmen.

6. Diskussion

Bei der Untersuchung psychotherapeutischer Interventionseffekte, wie die der CALM-Therapie (30), sind Kenntnisse über den Umfang in welchem die untersuchte Intervention wie vorgesehen umgesetzt wurde entscheidend für eine korrekte Interpretation der Stu-

dienergebnisse (35-37, 80). Aspekte, welche die vorgegebene Umsetzung einer Intervention beschreiben, werden unter dem Begriff der Treatment Integrity zusammengefasst (33, 34). Es konnte gezeigt werden, dass die Treatment Integrity bisher nur von einem kleinen Teil der bereits publizierten Psychotherapiestudien adäquat einbezogen wurde (37, 80). Die vorliegende Arbeit untersucht Teilaspekte der Treatment Integrity durchgeführter CALM-Interventionen und vergleicht diese mit einer konventionellen psychoonkologischen Therapie. Hierbei stehen der quantitative Anteil sowie unsystematisch beobachtete Ansprachen und Thematisierungen von Inhalten der CALM-Module im Fokus der Untersuchung. Hierdurch wird eine fundierte Interpretation ermittelter Interventionseffekte der CALM-Therapie ermöglicht.

Das Untersuchungsprinzip der vorliegenden Arbeit basiert auf einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (38), wobei mithilfe eines speziell entwickelten Kategoriensystems Textanteile transkribierter Psychotherapiesitzungen entsprechend ihres Bezugs zu Inhalten der CALM-Module kodiert wurden. Zusätzlich konnten Auffälligkeiten bezüglich Ansprachen und Thematisierungen von Themenbereichen der CALM-Module unsystematisch beobachtet werden.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zu den von der vorliegenden Arbeit untersuchten Hypothesen diskutiert. Im Anschluss folgen Erläuterungen von Limitationen der Untersuchung sowie Ausblicke auf die kommende Forschung und die klinisch psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen.

6.1 Diskussion der drei Hypothesen

Das nachstehende Kapitel dient der Diskussion der in dieser Arbeit initial aufgestellten Hypothesen.

6.1.1 Erste Hypothese

Die erste Hypothese der vorliegenden Arbeit lautete:

Wie durch das Therapiemanual vorgegeben, beziehen sich psychotherapeutische Gespräche von CALM-Therapien zu einem hohen Anteil auf die Themenbereiche der CALM-Module.

Bezogen auf die untersuchten CALM-Therapien kann diese Hypothese von der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. Es konnte ermittelt werden, dass sich die Therapiegespräche der untersuchten CALM-Sitzungen durchschnittlich zu 99,54% auf die Themenbereiche der CALM-Module beziehen. Die Werte für einzelne Sitzungen reichten von 98,12% bis 100%.

6.1.2 Zweite Hypothese

Die zweite Hypothese der vorliegenden Arbeit lautete:

Innerhalb von CALM-Therapien werden die Themenbereiche der CALM-Module in höherem Maße besprochen als in einer konventionellen psychoonkologischen Therapie.

Erwartungswidersprechend kann diese Hypothese von der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Die Therapiegespräche der untersuchten CALM-Sitzungen beziehen sich durchschnittlich zu 99,54% und die der untersuchten Kontroll-Sitzungen zu 98,71% auf die Themenbereiche der CALM-Module. Da der durchschnittliche Anteil von Inhalten der CALM-Module untersuchter CALM-Sitzungen nur zu 0,83% über dem der untersuchten Kontroll-Sitzungen liegt, handelt es sich um ein annähernd gleiches Ergebnis.

Für dieses erwartungswidersprechende Ergebnis lassen sich zwei Erklärungen heranziehen:

1. Bei der CALM-Therapie handelt es sich um eine äußerst umfassende psychoonkologische Intervention, wobei deren Inhalte deckungsgleich mit den häufigsten Anliegen und Belastungsfaktoren von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen sind. Dies führt zu einem hohen Grad an thematischer Übereinstimmung von Inhalten der CALM-Therapie und Inhalten konventioneller psychoonkologischer Interventionen.

Tabelle 11 veranschaulicht die Deckungsgleichheit von Inhalten der CALM-Therapie und den häufigsten Anliegen und Belastungsfaktoren von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen.

Tab. 11: Deckungsgleichheit der häufigsten Anliegen und Belastungsfaktoren von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen und den Inhalten der CALM-Therapie

Anliegen und Belastungsfaktoren von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen	Inhalte der CALM-Therapie (75)
erkrankungs- oder behandlungsbedingte Symptome (8, 9, 54, 89-102) Beziehungen oder Konflikte mit dem Behandlungsteam (103, 104) mangelnde Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung (104, 105) medizinische Entscheidungsfindungen (106) Informationsstand sowie Verständnis von Erkrankung, Therapie und Prognose (107-110)	CALM-Modul 1
Veränderungen der Beziehung zu sich selbst (111) Selbstwert- oder Selbstwirksamkeitsproblematiken (112) Störungen der Beziehung zum eigenen Körper (113) Schuld- und Schamgefühle (114) Autonomie- bzw. Kontrollverluste (115) Veränderungen des persönlichen Lebensstils (116) Veränderungen und Belastungen in Beziehungen (13, 14, 57, 58, 63) Bedarf an sozialer und emotionaler Unterstützung (8, 117) Vereinsamung, soziale Isolation (118, 119) Stigmatisierung (120, 121) Trauer, Verzweiflung (122, 123)	CALM-Modul 2
Bewusstsein, Akzeptanz, Verdrängung der Erkrankung (6, 7, 124) existenzielle Anliegen (11) spirituelle und religiöse Bedürfnisse (10, 125) Veränderungen der Bedeutung des eigenen Lebens und des	CALM-Modul 3

Lebenssinns (12)	
Veränderungen persönlicher Werte (126)	
Demoralisierung, Verlust des Würdegefühls (9, 127-129)	
Ängste vor Schmerzen, körperlichem Leid, Progression der Erkrankung (15, 16, 115, 130)	CALM-Modul 4
Todesängste (17, 60)	
Wunsch nach einem frühzeitigen Tod (131, 132)	
suizidale Gedanken (18, 129, 133)	
Vorbereitungen auf Tod und Sterben (134)	
Hoffnungslosigkeit (18, 20)	
Finanzielle Belastungen (104)	Hintergrundinformationen
Berufliche Aspekte, Frühberentung (135-138)	

2. Die Therapeuten der untersuchten CALM- und Kontroll-Therapien hatten zum Zeitpunkt der Therapiesitzungen einen ähnlichen Ausbildungsstand und waren erfahren im Umgang mit spezifischen Belastungsfaktoren und den therapeutischen Verläufen von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen. Dieser Faktor begünstigt das Vorkommen und die Aufrechterhaltung von krebspezifischen Themenbereichen und damit auch von Inhalten der CALM-Module innerhalb beider Therapieformen und könnte zu dem oben genannten erwartungswidersprechenden Ergebnis beigetragen haben.

Die folgende Tabelle veranschaulicht den, mit Ausnahme der Ausbildung in der CALM-Therapie, ähnlichen Erfahrungsstand der CALM- und Kontroll-Therapeuten.

Tab. 12: Ausbildungsstand der CALM- und Kontroll-Therapeuten

	CALM-Therapeuten 1 / 2	Kontroll-Therapeuten 1 / 2
Ausbildung in der CALM-Therapie	ja / ja	nein / nein
Psychoonkologische	7 / 7	9 / 5
Berufserfahrung in Jahren	(Ø 7)	(Ø 7)

Zusatzqualifikation	ja / nein	ja / nein
Psychoonkologie		
Grundausbildung	Verhaltenstherapie / Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Verhaltenstherapie / Verhaltenstherapie

Sollte sich bei der Untersuchung von Interventionseffekten der CALM-Therapie im Vergleich zu einer konventionellen psychoonkologischen Intervention kein Unterschied bezüglich des Outcomes ermitteln lassen, könnte dies auf die oben genannten beiden Erklärungen zurückzuführen sein.

6.1.3 Dritte Hypothese

Die dritte Hypothese der vorliegenden Arbeit lautete:

Innerhalb von CALM-Therapien werden die durch die CALM-Module eingeschlossenen Themenbereiche spezifischer angesprochen als in konventionellen psychoonkologischen Therapien.

Die vorliegende Arbeit liefert Hinweise, welche für diese Hypothese sprechen. Es konnte unsystematisch beobachtet werden, dass Inhalte der CALM-Module zum Teil sehr spezifisch durch die CALM-Therapeuten angesprochen und im Verlauf der Sitzungen aufrechterhalten wurden.

Diese Beobachtungen könnten eine mögliche Erklärung ermittelter günstigerer Interventionseffekte der CALM-Therapie im Vergleich zu einer konventionellen psychoonkologischen Intervention, wie aus der beschriebenen kanadischen randomisierten kontrollierten Studie (31) hervorgehend, darstellen.

6.2 Limitationen der Untersuchung

Das folgende Kapitel dient der Diskussion von Limitationen der vorliegenden Untersuchung. Diese könnten einen Einfluss auf die ermittelten Ergebnisse haben.

6.2.1 Limitationen des untersuchten Materials

Die von der vorliegenden Arbeit eingeschlossenen Therapiesitzungen stammen aus einer derzeit laufenden randomisierten kontrollierten Studie zu Interventionseffekten der CALM-Therapie (77). Die Sitzungen wurden mithilfe eines Audiorekorders aufgenommen und zur weiteren Untersuchung transkribiert.

Audioaufnahmen und Transkription. Aufgrund von Störgeräuschen und undeutlichen Sprechweisen traten unverständliche Anteile innerhalb des Audiomaterials auf. Dies verhinderte eine vollständige Transkription und Auswertung einzelner Textpassagen. Fehler bei der Transkription, wie falsch verstandene oder ausgelassene Textpassagen, können nicht ausgeschlossen werden, sind jedoch unwahrscheinlich. Eine zukünftige Optimierung der Aufnahmequalität könnte zu einer Minimierung dieser Einschränkungen führen.

Fallzahl. Von der vorliegenden Arbeit wurden je zwei vollständige Therapien der CALM- und der konventionellen psychoonkologischen Intervention eingeschlossen. Die einzelnen Therapien bestehen aus sechs bis acht Sitzungen und wurden von unterschiedlichen Therapeuten durchgeführt. Da es sich hierbei um eine kleine Fallzahl handelt und die geringe Anzahl der Therapeuten einen Einfluss auf den Therapeuteneffekt haben könnte, ist eine Generalisierung der Ergebnisse nicht möglich. Anstatt der Untersuchung vollständiger Therapien wäre die Untersuchung einer größeren Anzahl einzelner Sitzungen, welche jeweils von unterschiedlichen Therapeuten durchgeführt wurden, denkbar.

Verblindung. Die Therapeuten der untersuchten Therapiesitzungen waren im Gegensatz zu den Patienten darüber informiert, ob sie der CALM- oder der konventionellen psychoonkologischen Untersuchungsgruppe zugeteilt wurden (77). Möglicherweise resultierten aus diesem Bewusstsein der Therapeuten Einflüsse auf das therapeutische Vorgehen und die Inhalte der Sitzungen. Eine doppelte Verblindung würde dieser Limitation entgegenwirken, wäre jedoch schwer umsetzbar.

Therapeuten. Die psychoonkologische Berufserfahrung der Therapeuten zum Zeitpunkt der untersuchten Therapien variiert zwischen fünf und neun Jahren. Drei der Therapeuten weisen eine Grundausbildung in verhaltenstherapeutischer und eine der Therapeuten eine

Grundausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie auf. Unterschiede zwischen psychoanalytisch/psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Therapien hinsichtlich therapeutischer Einwüfe, Inhalte und Stile konnten ermittelt werden (139, 140). Diese Differenzen in der Berufserfahrung und Grundausbildung der Therapeuten erschweren den Vergleich der eingeschlossenen Therapien. Eine zukünftige Berücksichtigung dieser Aspekte würde zu einer fundierteren Ergebnisinterpretation beitragen.

Kontroll-Therapie. Bei der CALM-Therapie handelt es sich, im Gegensatz zu der konventionellen psychoonkologischen Therapie, um eine manualisierte Intervention (75, 77). Dem fehlenden Standard zum Vergleich hinsichtlich der eingeschlossenen Kontroll-Therapien, könnte man durch eine Manualisierung der konventionellen psychoonkologischen Intervention entgegenwirken. Alternativ könnte man einen Vergleich von Inhalten der CALM-Therapie mit den Inhalten weiterer zur Verfügung stehender manualisierter Interventionen für Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen, wie beispielsweise der Meaning-Making Intervention (29), heranziehen. Zusätzlich ist eine Untersuchung von Therapien der gleichen CALM-Therapeuten vor und nach Absolvierung der CALM-Weiterbildung denkbar.

Patienten. Die Patienten der in die vorliegende Arbeit eingeschlossenen Therapien wiesen Unterschiede bezüglich Tumorlokalisierung und -stadium, Altersklasse sowie sozialem, beruflichem und finanziellem Hintergrund auf. Zusätzlich wurden ausschließlich Patienten eingeschlossen, welche bei einem Screening bezüglich depressiver Symptome und psychischer Belastung einen bestimmten Grenzwert erreichten (77). Da ein Einfluss dieser Faktoren auf die therapeutischen Inhalte denkbar ist, könnten zukünftige Untersuchungen diese berücksichtigen.

Therapeuten-Patienten-Interaktion. Neben den genannten unterschiedlichen Grundausbildungen der Therapeuten (139, 140) wäre es möglich, dass verschiedene Geschlechterkombinationen sowie Altersunterschiede von Therapeuten und Patienten einen Einfluss auf deren Interaktionen haben könnten. Diese Aspekte könnten in zukünftige Untersuchungen miteinbezogen werden.

6.2.2 Limitationen der inhaltsanalytischen Auswertung

Verfahrenswahl. Bei der in der vorliegenden Arbeit verwendeten Methode zur Untersuchung von Teilaspekten der Treatment Integrity von CALM-Interventionen handelt es sich um ein selbst entwickeltes und nicht validiertes Verfahren. Die Verwendung eines strukturierten und validierten Selbst- oder Fremdbeurteilungsverfahrens (36, 84-88) hätte möglicherweise zu einer profunderen Beantwortung der Fragestellungen führen können. Beispielsweise konnten, wie oben erwähnt, Studien anhand von Fremdbeurteilungen Unterschiede zwischen psychoanalytisch/psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Therapien hinsichtlich therapeutischer Einwürfe, Inhalte und Stile ermitteln (139, 140). Auch bei den aus der vorliegenden Arbeit hervorgehenden unsystematischen Beobachtungen zu Auffälligkeiten bezüglich der Ansprache CALM-spezifischer Themen handelt es sich um ein nicht-validiertes und subjektives Verfahren. Zudem wurden diese Auffälligkeiten allein durch die Betrachtung von Inhalten der Therapiesitzungen beobachtet. Diesbezüglich wären Methoden der Diskursanalyse möglicherweise richtungsweisender (141).

Untersucher. Die vorliegende Untersuchung wurde von nur einem Untersucher durchgeführt. Zur Überprüfung der Objektivität und Reliabilität wären erneute Untersuchungen des Materials durch weitere Untersucher denkbar.

Teilaspekte der Treatment Integrity. Durch die in der vorliegenden Arbeit ermittelten quantitativen Anteile und beobachteten Auffälligkeiten bezüglich Ansprachen von Inhalten der CALM-Module wurden lediglich Teilaspekte der Treatment Integrity eingeschlossener CALM-Therapien untersucht. Beispielsweise gibt das CALM-Manual neben den zu explorierenden Inhalten der CALM-Module eine Erhebung von Hintergrundinformationen, wie die finanzielle oder berufliche Situation der Patienten, sowie eine Moderation und Modellierung des therapeutischen Vorgangs vor (75). Diese Inhalte wurden in der vorliegenden Arbeit aufgrund ihres fehlenden direkten Bezugs zu Inhalten der CALM-Module als nicht-spezifisch für die CALM-Therapie gewertet. Zudem schlägt das CALM-Manual bei Bedarf die Einrichtung von Sitzungen mit den Partnern der Patienten vor (75). Paarsitzungen wurden aus der vorliegenden Untersuchung ausgeschlossen. Dadurch wird die Aussagekraft bezüglich der Treatment Integrity der durchgeführten Interventionen

reduziert. Zukünftige Untersuchungen könnten weitere Vorgaben des CALM-Manuals berücksichtigen.

Kategoriensystem. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte anhand eines selbst entwickelten Kategoriensystems. Durch die inhaltliche Überschneidung von Kategorien wurden einzelne Textpassagen mehrfach kodiert, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben könnte. Im Hinblick auf diese Einschränkung wäre eine Verfeinerung des Kategoriensystems, wie durch das Hinzufügen weiterer Kategorien, denkbar.

Beispiel zur Einschränkung des Kategoriensystems aufgrund von Mehrfachkodierung aus CALM-Sitzung 1.1:

119. Therapeut: (...) Und ich hab' so 'n bisschen den Eindruck, Sie haben auch ganz schönen Respekt vor Schmerzmitteln oder Psychopharmaka auch durch diese Erfahrung mit der Bekannten, die Sie da haben. Was nimmt denn die? Wissen Sie das? #00:30:00-6#

120. Patient: Das weiß ich nicht. Ich weiß nur, (...) dass der Wirkstoff zwar immer der gleiche ist, aber die Botenstoffe andere und dass das also irgendwie immer, die ist praktisch zwei Wochen nicht ansprechbar. (...) #00:30:21-6#

(...)

125. Therapeut: Gerade beim (*Handelsname – Antidepressivum*) wird ja auch beschrieben, dass es so 'ne schlafanstoßende Wirkung hat. #00:31:46-4#

In diesem Beispiel zeigt sich, wie der Umgang mit Schmerzmitteln (Kategorie 1.1) inhaltlich mit Erfahrungen in freundschaftlichen Beziehungen (Kategorie 2.1) und dem Verständnis medikamentöser Wirkungen (Kategorie 1.2) verwoben sein kann. Dies führt durch die Überschneidung der Kategorien zur Mehrfachkodierung.

6.2.3 Limitationen der statistischen Analyse

Zeitberechnung. Im Zuge der Transkription wurde nach jeder Gesprächseinheit eine Zeitmarke gesetzt. Hierdurch war es lediglich möglich, die zeitliche Länge einer Gesprächseinheit zu berechnen. Eine exakte zeitliche Berechnung für einzelne Kategorien blieb dadurch aus, woraus sich folgende Einschränkungen ergeben: (a) Gesprächspausen wurden automatisch mitkodiert; (b) Gesprächseinheiten mit CALM-spezifischen und CALM-unspezifischen Inhalten konnten nicht differenziert analysiert werden. Aus diesen Einschränkungen gehen Ungenauigkeiten bei der Zeitberechnung und möglicherweise eine Verzerrung der Ergebnisse hervor. Genauere Zeitangaben innerhalb der Transkripte, wie beispielsweise eine Zeitmarke nach jedem Satz, würden eine genauere Zeitberechnung ermöglichen. Zudem wäre die Bestimmung der Anzahl von Nennungen einzelner Kategorien eine alternative Methode zur quantitativen Erfassung von CALM-Anteilen innerhalb der untersuchten Sitzungen.

Beispiel zu Einschränkungen bei der Zeitberechnung aus Kontroll-Sitzung 2.2:

365. Patientin: Natürlich kann man nicht die ganze Welt aufnehmen ins Land, aber ... ähm ... man muss tolerant sein (...). So und das macht (Name der Enkelin). #00:35:48-7#

366. Therapeutin: (...) Naja, da haben Sie offenbar Ihrer Enkelin offenbar auch was mitgegeben auf dem Weg (...). #00:35:55-6#

Gesprächseinheit 365. wurde mit der Nicht-CALM-Kategorie (politische Einstellung) und CALM-Kategorie 2.1 (Beziehung zur Enkeltochter) kodiert. Da eine differenzierte Zeitberechnung für einzelne Kategorien anhand nur einer Zeitmarke pro Gesprächseinheit nicht möglich ist, konnten diese Gesprächseinheiten nicht weiter analysiert werden.

6.3 Ausblick auf die zukünftige Forschung

Das folgende Kapitel gibt einen inhaltlichen und methodischen Ausblick auf zukünftige Forschungsansätze.

Gegenwärtig untersucht eine deutsche randomisierte kontrollierte Studie Interventionseffekte der CALM-Therapie, wobei folgende Outcomes untersucht werden: Depression, Angst, psychische Belastung, Lebensqualität, Demoralisierung, Belastung durch Symptome, Fatigue, spirituelles Wohlbefinden, posttraumatisches Wachstum und Beziehungserfahrungen. Zusätzlich wird nach jeder durchgeführten Psychotherapiesitzung anhand von Fragebögen exploriert, in welchem Maße die Patienten die Sitzungen als hilfreich empfanden und inwieweit sich die Therapeuten als unterstützend hinsichtlich relevanter Anliegen der Patienten erlebten (77).

6.3.1 Inhaltlicher Ausblick

Weiterbildung und Leitfaden. Studien könnten untersuchen, ob CALM-Therapeuten die Absolvierung der CALM-Weiterbildung für ihre psychoonkologische Tätigkeit als hilfreich erachten. Zudem könnte betrachtet werden, ob bei Therapeuten der konventionellen psychoonkologischen Intervention der Bedarf an einem Leitfaden für den Umgang mit den wichtigsten Anliegen und Belastungsfaktoren von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen besteht und ob dieser mithilfe der CALM-Weiterbildung gedeckt werden könnte.

Weiterbildungseffekt. Zukünftig könnte untersucht werden, ob sich der Umgang von Psychotherapeuten mit den wichtigsten Anliegen von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen durch die Absolvierung der CALM-Weiterbildung ändert und inwieweit dies durch die Therapeuten erfahren wird. Hierbei könnten inhaltliche und interaktionelle Aspekte innerhalb der Therapien sowie die Erfahrung der Therapeuten vor und nach der CALM-Weiterbildung untersucht werden.

Patientenbedarf. Neben der oben beschriebenen Studie (77) könnten weitere Untersuchungen explorieren, welche der beiden Therapieformen, CALM- oder konventionelle psychoonkologische Intervention, von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen als bedarfsgerechter bewertet wird. Hierbei könnten bestehende Anliegen und Erwartungen der Patienten vor, während und nach Durchführung der Therapien sowie Bewertungen von Inhalt, Aufbau und Umfang der Therapien betrachtet werden. Zusätzlich könnten die

Beziehungen zu den Therapeuten und das Maß an erlebter Unterstützung aus Sicht der Patienten miteinbezogen werden.

Therapeutisches Setting. Es sollte untersucht werden, in welchem Maße spezifische und bedeutsame Anliegen von Patienten mit fortgeschrittenen Krebspatienten innerhalb von Therapien von Therapeuten ohne oder mit wenig psychoonkologischer Erfahrung thematisiert und aufrechterhalten werden. Eine denkbare Therapeutengruppe wären Therapeuten mit breitem Patientenspektrum, wie beispielsweise aus dem niedergelassenen Bereich. Hierbei könnten die Inhalte der umfassenden CALM-Therapie als Maßstab dienen. Zusätzlich könnte ein möglicher Weiterbildungsbedarf der untersuchten Therapeutengruppe bezüglich der psychosozialen Unterstützung von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen evaluiert werden.

Therapeutisches Erleben. Wie in der oben genannten Studie (77), könnte weiter untersucht werden, inwieweit sich CALM-Therapeuten und Therapeuten der konventionellen psychoonkologischen Intervention als unterstützend und sicher im Umgang mit den häufigsten Anliegen und Belastungsfaktoren von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen erleben. Neben diesen Aspekten könnte zusätzlich die Erfahrung der therapeutischen Beziehung durch die beiden Therapeutengruppen verglichen werden.

6.3.2 Methodischer Ausblick

Untersuchungsprinzip. Eine Untersuchung der Treatment Integrity durchgeführter CALM-Interventionen im Vergleich zur konventionellen psychoonkologischen Therapie unter Verwendung eines strukturierten und validierten Selbst- oder Fremdbeurteilungsverfahrens (36, 84-88, 139, 140) sollte zur weiteren Untersuchung der von dieser Arbeit aufgestellten Hypothesen durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang sollte ein alternatives Untersuchungsmaterial, wie beispielsweise Videoaufnahmen von Psychotherapiesitzungen, in Erwägung gezogen werden.

Diskursanalyse. Zukünftige Studien könnten unterschiedliche Umgangsweisen der CALM-Therapeuten im Vergleich zu den Therapeuten der konventionellen psychoonkologischen Intervention mit den Inhalten der CALM-Module mittels Methoden der Dis-

kursanalyse (141) genauer in den Blick nehmen. Hierbei wäre es sinnvoll zu betrachten, welche Inhalte mit Bezug zu den CALM-Modulen von den Therapeuten und welche von den Patienten im Laufe der Sitzungen angesprochen werden und in welcher Form dies erfolgt. Auch Interaktionen zwischen Therapeuten und Patienten im Kontext von Inhalten der CALM-Module könnten durch eine Diskursanalyse exploriert werden. Dadurch könnte es möglich sein, ermittelte Interventionseffekte der CALM-Therapie exakter zu interpretieren. Beispielsweise konnte eine Studie mittels Diskursanalyse therapeutische Techniken darstellen, mit welchen sich Interventionseffekte der Interpersonellen Psychotherapie erklären lassen (141).

Fragebögen und Interviews. Unter Verwendung von Fragebögen und Interviews könnte man untersuchen, inwieweit Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen die CALM-Therapie im Vergleich zur konventionellen psychoonkologischen Intervention als bedarfsgerecht erachten und in welchem Maße sich die unterschiedlichen Therapeutengruppen als hilfreich, erfahren und sicher im Umgang mit den aufkommenden Anliegen und Belastungsfaktoren der Patienten erleben. Zusätzlich könnte man die Erfahrung von bedeutsamen Inhalten von Therapiesitzungen beider Therapieformen aus Sicht der Patienten und der Therapeuten anhand von Fragebögen oder Interviews untersuchen und ergänzend eine inhaltsanalytische Betrachtung der Sitzungsinhalte anschließen. Anhand einer solchen methodischen Kombination konnte eine amerikanische Studie den Inhalt und die Erfahrung bedeutsamer Aspekte von Psychotherapiesitzungen aus der Perspektive der Patienten und der Therapeuten explorieren und diese miteinander vergleichen (142). Auch ein möglicher Weiterbildungsbedarf oder ein erlebter Einfluss der Weiterbildung in der CALM-Therapie auf das therapeutische Vorgehen aus Sicht der Therapeuten könnte anhand von Fragebogen oder Interviews und gegebenenfalls in Kombination mit einer Inhaltsanalyse untersucht werden.

6.4 Ausblick auf die klinische Versorgung

Das folgende Kapitel gibt einen Ausblick auf die klinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen vor dem Hintergrund der CALM- und der konventionellen psychoonkologischen Therapie.

Inhalt. Beide in der vorliegenden Arbeit untersuchten Therapieformen, CALM- und konventionelle psychoonkologische Therapie, scheinen in hohem Maße die häufigsten Anliegen und Belastungsfaktoren von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen zu beinhalten und damit bedarfsgerecht zu sein. Inwieweit die beiden Therapieformen von Patienten und Therapeuten als bedarfsgerecht erfahren werden, sollte weiter untersucht werden. Da es sich bei der CALM-Therapie um eine manualisierte und äußerst umfassende Intervention handelt, könnte diese als Leitfaden für alle psychoonkologisch tätigen Psychotherapeuten dienen. Aufgrund des umfassenden Überblicks über die wichtigsten Anliegen und Belastungsfaktoren von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen durch die CALM-Therapie, wäre ein Einbezug dieser in die psychoonkologische Weiterbildung von Psychotherapeuten und onkologisch tätigen Ärzten denkbar. Auch für Psychotherapeuten mit wenig oder ohne psychoonkologische Erfahrung und einem breiten Patientenspektrum, wie beispielsweise für Therapeuten aus dem niedergelassenen Bereich, könnte die CALM-Therapie einen geeigneten Leitfaden für das therapeutische Vorgehen bei Krebspatienten darstellen.

Effektivität. Bei mit der CALM-Therapie behandelten Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen konnten günstige Interventionseffekte nachgewiesen werden und im Vergleich zur konventionellen psychoonkologischen Intervention scheinen Patienten, die der CALM-Therapie zugeführt wurden, ein niedrigeres Maß an depressiven Symptomen sowie eine bessere Vorbereitung auf das Lebensende aufzuweisen (30, 31). Untermauernde Ergebnisse zu Interventionseffekten der CALM-Therapie im Vergleich zur konventionellen psychoonkologischen Therapie einer deutschen randomisierten kontrollierten Studie sind ausstehend (77). Ermittelte und ausstehende Ergebnisse zu Interventionseffekten der beiden Therapieformen sollten von weiteren Studien überprüft werden und mögliche Schlussfolgerungen, wie beispielsweise eine Ausweitung der Weiterbildung von Psychotherapeuten in der CALM-Therapie, klinisch integriert werden.

7. Zusammenfassung

Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen leiden häufig unter psychosozialen Belastungen, wie Ängsten, familiären Konflikten, Hoffnungslosigkeit, unerfüllten spirituellen Bedürfnissen oder einschränkenden Symptomen. Zusätzlich sind bei diesen Patienten psychische Komorbiditäten, wie affektive Störungen, Angststörungen oder Anpassungsstörungen, häufig.

Für Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen stehen spezifische psychotherapeutische Interventionen zur Verfügung, die einen positiven Einfluss auf diese Belastungen und die Lebensqualität der Patienten haben können. Die CALM-Therapie ist eine dieser Interventionen. Hierbei handelt es sich um eine psychoonkologische Kurzintervention, wobei vier CALM-Module den inhaltlichen Rahmen der Sitzungen darstellen. Das Manual der CALM-Therapie gibt eine Exploration von Inhalten der vier Module durch die Therapeuten vor.

Aspekte, wie das Maß, in welchem eine durchgeführte Intervention wie vorgesehen umgesetzt wurde oder inwieweit sich die durchgeführte Intervention von einer anderen Intervention unterscheidet, werden unter dem Begriff der Treatment Integrity zusammengefasst. Bei der Untersuchung von Interventionseffekten der CALM-Therapie sind Kenntnisse über die Treatment Integrity entscheidend für eine fundierte Interpretation der Ergebnisse.

Die Untersuchung von Teilaspekten der Treatment Integrity von CALM-Therapien im Vergleich zu einer Kontrollbedingung war das Ziel der vorliegenden Arbeit. Die initialen Hypothesen lauteten, dass sich die Inhalte der CALM-Therapien zu einem hohen Maß auf die Themenbereiche der CALM-Module beziehen und dass innerhalb der CALM-Therapien die Themenbereiche der CALM-Module einen größeren inhaltlichen Anteil einnehmen und spezifischer durch die Therapeuten angesprochen werden als in den Therapien der Kontrollbedingung.

Für die Untersuchung wurden Audioaufnahmen von zwei vollständigen CALM-Therapien und zwei vollständigen Therapien einer konventionellen psychoonkologischen Interventi-

on transkribiert. Die einzelnen Therapien wurden von vier unterschiedlichen Therapeuten durchgeführt. Die Transkripte wurden anschließend einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Durch ein deduktiv und induktiv gebildetes Kategoriensystem wurden Textanteile der Transkripte, welche sich auf die Themenbereiche der CALM-Module bezogen, mit entsprechenden Kategorien kodiert. Anhand einer anschließenden statistischen Analyse wurden die quantitativen Anteile der untersuchten CALM- und konventionellen psychoonkologischen Therapien, die sich auf die Themenbereiche der CALM-Module bezogen, ermittelt. Darüberhinaus wurden Auffälligkeiten bezüglich spezifischen Ansprachen von Themenbereichen der CALM-Module innerhalb der Therapiesitzungen unsystematisch beobachtet.

Die Inhalte der untersuchten CALM-Therapien bezogen sich durchschnittlich zu 99,54% und die der konventionellen psychoonkologischen Therapien durchschnittlich zu 98,71% auf die Themenbereiche der CALM-Module. Die ermittelten Werte für einzelne Therapiesitzungen lagen für CALM-Sitzungen zwischen 98,12% und 100% und für Sitzungen der konventionellen psychoonkologischen Therapie zwischen 96,20% und 100%. Unsystematisch beobachtete Auffälligkeiten zeigten, dass Themenbereiche der CALM-Module zum Teil sehr spezifisch durch die CALM-Therapeuten angesprochen wurden.

Unter Berücksichtigung von Grenzen der beschriebenen Methode ist anhand der ermittelten Ergebnisse die Schlussfolgerung denkbar, dass sich die Inhalte der eingeschlossenen CALM- und konventionellen psychoonkologischen Therapien in hohem und etwa gleichem Maße auf die Themenbereiche der CALM-Module beziehen. Zusätzlich liefert die vorliegende Arbeit Hinweise für einen spezifischen Umgang von CALM-Therapeuten mit den Themenbereichen der CALM-Module. Um ermittelte Interventionseffekte der CALM-Therapie fundiert interpretieren zu können, sollten zukünftige Untersuchungen unterschiedliche Umgangsweisen von CALM-Therapeuten und Therapeuten der konventionellen psychoonkologischen Intervention mit Themenbereichen der CALM-Module genauer in den Blick nehmen.

8. Literaturverzeichnis

1. Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. *Ann Oncol.* 2010;21(5):925-930.
2. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160-174.
3. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology.* 2001;10(1):19-28.
4. Carlson LE, Angen M, Cullum J, Goodey E, Koopmans J, Lamont L, et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer.* 2004;90(12):2297-2304.
5. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M, et al. One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress. *Psychooncology.* 2018;27(1):75-82.
6. Chochinov HM, Tataryn DJ, Wilson KG, Enns M, Lander S. Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics.* 2000;41(6):500-504.
7. Tang ST, Chang WC, Chen JS, Chou WC, Hsieh CH, Chen CH. Associations of prognostic awareness/acceptance with psychological distress, existential suffering, and quality of life in terminally ill cancer patients' last year of life. *Psychooncology.* 2016;25(4):455-462.
8. Morasso G, Capelli M, Viterbori P, Di Leo S, Alberisio A, Costantini M, et al. Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs. *J Pain Symptom Manage.* 1999;17(6):402-409.
9. Oechsle K, Wais MC, Vehling S, Bokemeyer C, Mehnert A. Relationship between symptom burden, distress, and sense of dignity in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48(3):313-321.
10. Hampton DM, Hollis DE, Lloyd DA, Taylor J, McMillan SC. Spiritual needs of persons with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care.* 2007;24(1):42-48.
11. Morita T, Kawa M, Honke Y, Kohara H, Maeyama E, Kizawa Y, et al. Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer.* 2004;12(2):137-140.
12. Vos J. Meaning and existential givens in the lives of cancer patients: A philosophical perspective on psycho-oncology. *Palliat Support Care.* 2015;13(4):885-900.

13. McLean LM, Jones JM. A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. *Psychooncology*. 2007;16(7):603-616.
14. Huizinga GA, Visser A, Zelders-Steyn YE, Teule JA, Reijneveld SA, Roodbol PF. Psychological impact of having a parent with cancer. *Eur J Cancer*. 2011;47:S239-S246.
15. Roth AJ, Massie MJ. Anxiety and its management in advanced cancer. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2007;1(1):50-56.
16. Clayton JM, Butow PN, Arnold RM, Tattersall MH. Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2005;13(8):589-599.
17. Neel C, Lo C, Rydall A, Hales S, Rodin G. Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care*. 2015;5(4):373-380.
18. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*. 1998;39(4):366-370.
19. Villavicencio-Chávez C, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Maier MA, Porta-Sales J, Balaguer A. Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psychooncology*. 2014;23(10):1125-1132.
20. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000;284(22):2907-2911.
21. Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Pain and desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nurs*. 2005;28(4):318-324.
22. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psychoncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*. 2013;31(6):782-793.
23. Spiegel D, Morrow GR, Classen C, Raubertas R, Stott PB, Mudaliar N, et al. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psychooncology*. 1999;8(6):482-493.
24. Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer – techniques and themes. *Psychooncology*. 1997;6(1):25-33.
25. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010;19(1):21-28.

26. Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie DP, O'Neil I. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7):1208-1218.
27. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1304-1309.
28. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23(24):5520-5525.
29. Lee V, Robin Cohen S, Edgar L, Laizner AM, Gagnon AJ. Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Soc Sci Med*. 2006;62(12):3133-3145.
30. Lo C, Hales S, Jung J, Chiu A, Panday T, Rydall A, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM): phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2014;28(3):234-242.
31. Rodin G, Lo C, Rydall A, Shnall J, Malfitano C, Chiu A, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM): a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2018;36(23):2422-2432.
32. Nissim R, Freeman E, Lo C, Zimmermann C, Gagliese L, Rydall A, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM): a qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliat Med*. 2012;26(5):713-721.
33. Vermilyea BB, Barlow DH, O'Brien GT. The importance of assessing treatment integrity: an example in the anxiety disorders. *J Psychopathol Behav Assess*. 1984;6(1):1-11.
34. Yeaton WH, Sechrest L. Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: strength, integrity, and effectiveness. *J Consult Clin Psychol*. 1981;49(2):156-167.
35. Perepletchikova F. On the topic of treatment integrity. *Clin Psychol (New York)*. 2011;18(2):148-153.
36. Staats M, Bär T, Linden M. Messinstrumente der Therapeutencompliance in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*. 2003;13(1):62-67.
37. Cox JR, Martinez RG, Southam-Gerow MA. Treatment integrity in psychotherapy research and implications for the delivery of quality mental health services. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87(3):221-233. [Epub ahead of print]. doi: 10.1037/ccp0000370.

38. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz; 2015.
39. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004(32):57-71.
40. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – klinisch-diagnostische Leitlinien (10. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe; 2015.
41. Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, et al. (Hrsg.). Diagnostische Kriterien DSM-5 (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe; 2015.
42. Vehling S, Koch U, Ladehoff N, Schön G, Wegscheider K, Heckl U, et al. Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs: systematischer Literaturreview und Metaanalyse. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2012;62(7):249-258.
43. Mehnert A, Vehling S, Scheffold K, Ladehoff N, Schön G, Wegscheider K, et al. Prävalenz von Anpassungsstörung, akuter und posttraumatischer Belastungsstörung sowie somatoformen Störungen bei Krebspatienten: ein systematischer Literaturreview und Metaanalyse. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2013;63(12):466-472.
44. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol.* 2014;32(31):3540-3546.
45. Kuhnt S, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Twelve-month and lifetime prevalence of mental disorders in cancer patients. *Psychother Psychosom.* 2016;85(5):289-296.
46. Geue K, Brähler E, Faller H, Härter M, Schulz H, Weis J, et al. Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in german adolescent and young adult cancer patients (AYA). *Psychooncology.* 2018;27(7):1802-1809.
47. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33(2):118-129.
48. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-370.
49. Trask PC. Assessment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004(32):80-92.
50. Krebber AM, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology.* 2014;23(2):121-130.

51. Hartung TJ, Brähler E, Faller H, Härter M, Hinz A, Johansen C, et al. The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *Eur J Cancer*. 2017;72:46-53.
52. Conill C, Verger E, Henriquez I, Saiz N, Espier M, Lugo F, et al. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage*. 1997;14(6):328-331.
53. Oi-Ling K, Man-Wah DT, Kam-Hung DN. Symptom distress as rated by advanced cancer patients, caregivers and physicians in the last week of life. *Palliat Med*. 2005;19(3):228-233.
54. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(1):94-104.
55. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med*. 2009;68(3):562-569.
56. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer?. *Support Care Cancer*. 2006;14(4):379-385.
57. Northouse L, Williams AL, Given B, McCorkle R. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(11):1227-1234.
58. Pistrang N, Barker C. The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Soc Sci Med*. 1995;40(6):789-797.
59. Götze H, Friedrich M, Brähler E, Romer G, Mehnert A, Ernst J. Psychological distress of cancer patients with children under 18 years and their partners - a longitudinal study of family relationships using dyadic data analysis. *Support Care Cancer*. 2017;25(1):255-264.
60. Tong E, Deckert A, Gani N, Nissim R, Rydall A, Hales S, et al. The meaning of self-reported death anxiety in advanced cancer. *Palliat Med*. 2016;30(8):772-779.
61. Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;21(2):99-112.
62. Tang ST, Liu LN, Lin KC, Chung JH, Hsieh CH, Chou WC, et al. Trajectories of the multidimensional dying experience for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(5):863-874.
63. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Burden to others and the terminally ill. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(5):463-471.

64. Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(5):494-501.
65. Classen CC, Kraemer HC, Blasey C, Giese-Davis J, Koopman C, Palesh OG, et al. Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psychooncology*. 2008;17(5):438-447.
66. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*. 2003;12(6):532-546.
67. Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM, et al. Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. 2004;22(21):4255-4260.
68. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2002;10(4):272-280.
69. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015;33(7):749-754.
70. Weissflog G, Mehnert A. Die familienzentrierte Trauertherapie – ein geeignetes Modell für die Palliativversorgung von Krebspatienten und ihren Familien?. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2015;65(11):434-438.
71. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med*. 2002;54(3):433-443.
72. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2011;12(8):753-762.
73. Lee V, Cohen SR, Edgar L, Laizner AM, Gagnon AJ. Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33(2):291-302.
74. Henry M, Cohen SR, Lee V, Sauthier P, Provencher D, Drouin P, et al. The meaning-making intervention (MMi) appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: a randomized controlled pilot study. *Psychooncology*. 2010;19(12):1340-1347.

75. Hales S, Lo C, Rodin G. Managing cancer and living meaningfully (CALM): treatment manual - an individual psychotherapy for patients with advanced cancer. Toronto: Psychosocial Oncology and Palliative Care, Princess Margaret Hospital, University Health Network; 2010.
76. Lo C, Hales S, Chiu A, Panday T, Malfitano C, Jung J, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM): randomised feasibility trial in patients with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;0:1-10.
77. Scheffold K, Philipp R, Engelmann D, Schulz-Kindermann F, Rosenberger C, Oechsle K, et al. Efficacy of a brief manualized intervention managing cancer and living meaningfully (CALM) adapted to german cancer care settings: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 2015;15:592.
78. Waltz J, Addis ME, Koerner K, Jacobson NS. Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(4):620-630.
79. Perepletchikova F, Hilt LM, Chereji E, Kazdin AE. Barriers to implementing treatment integrity procedures: survey of treatment outcome researchers. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(2):212-218.
80. Perepletchikova F, Treat TA, Kazdin AE. Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(6):829-841.
81. Tschuschke V, Cramer A, Koehler M, Berglar J, Muth K, Staczan P, et al. The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychother Res*. 2015;25(4):420-434.
82. Grikscheit F, Weck F, Hautzinger M, Heidenreich T, Weigel M, Rudari V, et al. Evaluation of treatment integrity: the treatment specificity index. *J Clin Psychol*. 2015;71(7):653-665.
83. Moncher FJ, Prinz RJ. Treatment fidelity in outcome studies. *Clin Psychol Rev*. 1991;11(3):247-266.
84. Young J, Beck AT. Cognitive therapy scale rating manual. Philadelphia: University of Pennsylvania, Psychotherapy Research Unit; 1980.
85. Hill CE, O'Grady KE, Elkin I. Applying the collaborative study psychotherapy rating scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60(1):73-79.
86. Barber JP, Liese BS, Abrams MJ. Development of the cognitive therapy adherence and competence scale. *Psychother Res*. 2003;13(2):205-221.

87. Linden M, Langhoff C. Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste. *Psychotherapeut (Berl)*. 2010;55(6):477-484.
88. McLeod BD, Smith MM, Southam-Gerow MA, Weisz JR, Kendall PC. Measuring treatment differentiation for implementation research: the therapy process observational coding system for child psychotherapy revised strategies scale. *Psychol Assess*. 2015;27(1):314-325.
89. Bernhardson BM, Tishelman C, Rutqvist LE. Self-reported taste and smell changes during cancer chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2008;16(3):275-283.
90. Deandrea S, Corli O, Consonni D, Villani W, Greco MT, Apolone G. Prevalence of breakthrough cancer pain: a systematic review and a pooled analysis of published literature. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(1):57-76.
91. Deshields TL, Potter P, Olsen S, Liu J. The persistence of symptom burden: symptom experience and quality of life of cancer patients across one year. *Support Care Cancer*. 2014;22(4):1089-1096.
92. Forner DM, Dakhil R, Lampe B. Quality of life and sexual function after surgery in early stage vulvar cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2015;41(1):40-45.
93. Gershenson DM, Miller AM, Champion VL, Monahan PO, Zhao Q, Cella D, et al. Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol*. 2007;25(19):2792-2797.
94. Loizidou A, Aoun M, Klastersky J. Fever of unknown origin in cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2016;101:125-130.
95. Lozano-Ondoua AN, Symons-Liguori AM, Vanderah TW. Cancer-induced bone pain: mechanisms and models. *Neurosci Lett*. 2013;557 Pt A:52-59.
96. Otte JL, Carpenter JS, Manchanda S, Rand KL, Skaar TC, Weaver M, et al. Systematic review of sleep disorders in cancer patients: can the prevalence of sleep disorders be ascertained?. *Cancer Med*. 2015;4(2):183-200.
97. Pachman DR, Barton DL, Swetz KM, Loprinzi CL. Troublesome symptoms in cancer survivors: fatigue, insomnia, neuropathy, and pain. *J Clin Oncol*. 2012;30(30):3687-3696.
98. Taylor LP. Mechanism of brain tumor headache. *Headache*. 2014;54(4):772-775.
99. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(6):1070-1090.e9.

100. Van Lancker A, Velghe A, Van Hecke A, Verbrugghe M, Van Den Noortgate N, Grypdonck M, et al. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47(1):90-104.
101. Wang XS, Woodruff JF. Cancer-related and treatment-related fatigue. *Gynecol Oncol.* 2015;136(3):446-452.
102. Cheng KK, Yeung RM. Symptom distress in older adults during cancer therapy: impact on performance status and quality of life. *J Geriatr Oncol.* 2013;4(1):71-77.
103. Jimenez-Fonseca P, Calderon C, Carmona-Bayonas A, Muñoz MM, Hernández R, Mut Lloret M, et al. The relationship between physician and cancer patient when initiating adjuvant treatment and its association with sociodemographic and clinical variables. *Clin Transl Oncol.* 2018;20(11):1392-1399.
104. Chino F, Peppercorn J, Taylor DH, Jr., Lu Y, Samsa G, Abernethy AP, et al. Self-reported financial burden and satisfaction with care among patients with cancer. *Oncologist.* 2014;19(4):414-420.
105. Hannon B, Swami N, Krzyzanowska MK, Leighl N, Rodin G, Le LW, et al. Satisfaction with oncology care among patients with advanced cancer and their caregivers. *Qual Life Res.* 2013;22(9):2341-2349.
106. Chien CH, Chuang CK, Liu KL, Li CL, Liu HE. Changes in decisional conflict and decisional regret in patients with localised prostate cancer. *J Clin Nurs.* 2014;23(13-14):1959-1969.
107. Cartwright LA, Dumenci L, Siminoff LA, Matsuyama RK. Cancer patients' understanding of prognostic information. *J Cancer Educ.* 2014;29(2):311-317.
108. Matsuyama RK, Kuhn LA, Molisani A, Wilson-Genderson MC. Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. *Patient Educ Couns.* 2013;90(1):96-102.
109. Faller H, Koch U, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Satisfaction with information and unmet information needs in men and women with cancer. *J Cancer Surviv.* 2016;10(1):62-70.
110. Faller H, Strahl A, Richard M, Niehues C, Meng K. The prospective relationship between satisfaction with information and symptoms of depression and anxiety in breast cancer: a structural equation modeling analysis. *Psychooncology.* 2017;26(11):1741-1748.
111. Ulrich CM. Who am I? Reflections on self-image among patients with cancer in clinical trials. *Clin J Oncol Nurs.* 2013;17(6):E68-E70.
112. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Gogou P, Theodorakis P, Vlahos L. Self-efficacy beliefs and levels of anxiety in advanced cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2010;19(2):205-211.

113. Fingeret MC, Teo I, Epner DE. Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*. 2014;120(5):633-641.
114. Dirkse D, Lamont L, Li Y, Simonič A, Bebb G, Giese-Davis J. Shame, guilt, and communication in lung cancer patients and their partners. *Curr Oncol*. 2014;21(5):e718-e722.
115. Osse BH, Vernooij-Dassen MJ, Schadé E, Grol RP. The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care. *Support Care Cancer*. 2005;13(9):722-732.
116. Krigel S, Myers J, Befort C, Krebill H, Klemp J. 'Cancer changes everything!' exploring the lived experiences of women with metastatic breast cancer. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(7):334-342.
117. Drageset S, Lindstrøm TC, Giske T, Underlid K. "The support I need": women's experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer Nurs*. 2012;35(6):E39-E47.
118. Şahin ZA, Tan M. Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(2):145-149.
119. Schapmire TJ, Head BA, Faul AC. Just give me hope: lived experiences of medicaid patients with advanced cancer. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2012;8(1):29-52.
120. Hamann HA, Ostroff JS, Marks EG, Gerber DE, Schiller JH, Lee SJ. Stigma among patients with lung cancer: a patient-reported measurement model. *Psychooncology*. 2014;23(1):81-92.
121. Ernst J, Mehnert A, Dietz A, Hornemann B, Esser P. Perceived stigmatization and its impact on quality of life - results from a large register-based study including breast, colon, prostate and lung cancer patients. *BMC Cancer*. 2017;17(1):741.
122. Brenne E, Loge JH, Kaasa S, Heitzer E, Knudsen AK, Wasteson E, et al. Depressed patients with incurable cancer: which depressive symptoms do they experience? *Palliat Support Care*. 2013;11(6):491-501.
123. Tsilika E, Mystakidou K, Parpa E, Galanos A, Sakkas P, Vlahos L. The influence of cancer impact on patients' preparatory grief. *Psychol Health*. 2009;24(2):135-148.
124. Vos MS, de Haes JC. Denial in cancer patients, an explorative review. *Psychooncology*. 2007;16(1):12-25.
125. Ferrell B, Otis-Green S, Economou D. Spirituality in cancer care at the end of life. *Cancer J*. 2013;19(5):431-437.
126. Greszta E, Siemińska MJ. Patient-perceived changes in the system of values after cancer diagnosis. *J Clin Psychol Med Settings*. 2011;18(1):55-64.

127. Vehling S, Mehnert A. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. *Psychooncology*. 2014;23(3):283-290.
128. An E, Lo C, Hales S, Zimmermann C, Rodin G. Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psychooncology*. 2018;27(11):2566-2572.
129. Vehling S, Kissane DW, Lo C, Glaesmer H, Hartung TJ, Rodin G, et al. The association of demoralization with mental disorders and suicidal ideation in patients with cancer. *Cancer*. 2017;123(17):3394-3401.
130. Dinkel A, Kreamsreiter K, Marten-Mittag B, Lahmann C. Comorbidity of fear of progression and anxiety disorders in cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(6):613-619.
131. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1185-1191.
132. Rosenfeld B, Pessin H, Marziliano A, Jacobson C, Sorger B, Abbey J, et al. Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients? *Soc Sci Med*. 2014;111:35-40.
133. Spencer RJ, Ray A, Pirl WF, Prigerson HG. Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with advanced cancer. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(4):327-336.
134. Wentlandt K, Burman D, Swami N, Hales S, Rydall A, Rodin G, et al. Preparation for the end of life in patients with advanced cancer and association with communication with professional caregivers. *Psychooncology*. 2012;21(8):868-876.
135. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;77(2):109-130.
136. Mehnert A, Barth J, Gaspar M, Leibbrand B, Kegel CD, Bootsvelde W, et al. Predictors of early retirement after cancer rehabilitation-a longitudinal study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(5):1-9.
137. Mehnert A, de Boer A, Feuerstein M. Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*. 2013;119(11 suppl):2151-2159.
138. Singer S, Meyer A, Wienholz S, Briest S, Brown A, Dietz A, et al. Early retirement in cancer patients with or without comorbid mental health conditions: a prospective cohort study. *Cancer*. 2014;120(14):2199-2206.
139. Watzke B, Koch U, Schulz H. Zur theoretischen und empirischen Unterschiedlichkeit von therapeutischen Interventionen, Inhalten und Stilen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Psychotherapien. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2006;56(6):234-248.

140. Watzke B, Rueddel H, Koch U, Rudolph M, Schulz H. Comparison of therapeutic action, style and content in cognitive-behavioural and psychodynamic group therapy under clinically representative conditions. *Clin Psychol Psychother.* 2008;15(6):404-417.
141. Crowe M, Luty S. Recovery from depression: a discourse analysis of interpersonal psychotherapy. *Nurs Inq.* 2005;12(1):43-50.
142. Levitt HM, Piazza-Bonin E. Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychother Res.* 2011;21(1):70-85.

Anhang

Anh. Tab. 1: Beispiele für Inhalte der einzelnen Kategorien

Kategorie ¹	Sitzung ²	Gesprächs- einheit ³	Inhalt ⁴
Kategorie 1.1: Symptom- bewältigung	CALM-Sitzung 1.1	99. – 114.	Schmerzen und deren Therapie
	CALM-Sitzung 1.3	10.	körperliche Einschränkungen
	CALM-Sitzung 1.3	136. – 138.	Mobilität und deren Förderung
	CALM-Sitzung 1.4	122. – 125.	Nebenwirkungen
	CALM-Sitzung 1.4	127. – 133.	belastende Symptome und deren Behandlung
	CALM-Sitzung 1.5	84.	Schwächegefühl
	CALM-Sitzung 1.6	289. 302. – 319.	Bestrahlungsfolgen
	CALM-Sitzung 1.6	320. – 327.	Schlafqualität
	CALM-Sitzung 1.7	22. – 30.	Übelkeit
	CALM-Sitzung 1.7	16.	Aszites
	Kontroll-Sitzung 1.1	122. – 124.	Müdigkeit und Erschöpfung
	Kontroll-Sitzung 1.2	24. – 39.	Appetitlosigkeit
	CALM-Sitzung 2.1	39. – 40.	Konzentrationschwierigkeiten
	CALM-Sitzung 2.5	12. – 14. 17. – 22.	Gewichtsverlust
	CALM-Sitzung 2.6	3. – 4.	Fieber und Schüttelfrost
	CALM-Sitzung 2.6	63. – 64.	Kälteintoleranz
	CALM-Sitzung 2.7	79.	Kopfschmerzen
	Kontroll-Sitzung 2.1	50. – 54.	Diarrhö
	Kontroll-Sitzung 2.1	484.	Befindlichkeitsstörungen
	Kontroll-Sitzung 2.4	38. – 46.	Kreislaufprobleme und Schwindel
Kategorie 1.2: Verständnis der Erkrankung und medizinischer Verlauf	CALM-Sitzung 1.2	10. – 14.	zukünftige Untersuchungen
	CALM-Sitzung 1.4	24. – 30.	Untersuchungsergebnisse
	CALM-Sitzung 1.4	38. – 46.	Verständnis von Erkrankung und Behandlung
	CALM-Sitzung 1.6	32. – 40.	geplante Behandlungen
	CALM-Sitzung 1.7	68. – 70.	Verständnis der Prognose
	CALM-Sitzung 1.8	74. – 75.	Einordnung von Therapiefolgen

		109. – 117.	
	CALM-Sitzung 2.3	1. – 3. 23. – 27.	Verständnis erhaltener Informationen
	Kontroll-Sitzung 2.1	85. – 101.	Diagnosestellung
	Kontroll-Sitzung 2.7	27. – 33.	Verständnis des eigenen Körpers
	Kontroll-Sitzung 2.7	177. – 181.	gewünschtes Maß medizinischer Informationen
Kategorie 1.3: Medizinische Kontakte	CALM-Sitzung 1.1	117. – 119.	Schmerzmedizin
	CALM-Sitzung 1.1	198.	Palliativmedizin
	CALM-Sitzung 1.1	199. – 202.	Krebsgesellschaft und Sozialberatung
	CALM-Sitzung 1.4	143. – 145.	Psychiater
	CALM-Sitzung 1.7	223. – 227.	Ombudsmann
	CALM-Sitzung 2.4	118. – 120.	stationäre psychologische Betreuung
	Kontroll-Sitzung 2.3	151. – 152.	Selbsthilfegruppe
	Kontroll-Sitzung 2.6	223. – 224.	Hausarzt
	Kontroll-Sitzung 2.8	46. – 55. 115.	traditionelle chinesische Medizin und Komplementärmedizin
Kategorie 1.4: Beziehung zu Mitgliedern des Gesundheits- systems	CALM-Sitzung 1.2	14. – 18. 24. – 32.	Verhältnis zu behandelnden Ärzten
	Kontroll-Sitzung 1.4	95. – 102.	Kommunikation mit Pflegekräften
	Kontroll-Sitzung 1.6	74.	Vertrauen zu Pflegekräften
	CALM- Sitzung 2.2	30. – 31.	Arzt-Patienten-Kommunikation
	Kontroll-Sitzung 2.1	508. – 509.	Beziehung zu behandelnden Praxen
	Kontroll-Sitzung 2.4	20. – 21. 114. – 137.	Konflikt mit Behandlungsteam
Kategorie 1.5: medizinische Entscheidungs- findung	CALM-Sitzung 1.4	57. – 59.	Evaluation von Therapiemöglichkeiten
	CALM-Sitzung 1.4	80. – 90.	Reflektion medizinischer Entscheidungen
	CALM-Sitzung 1.6	26. – 28.	Behandlungswünsche
	CALM-Sitzung 1.7	81. – 82. 86.	Zweitmeinungen
	CALM-Sitzung 1.7	163.	Ablehnung von Therapien
	Kontroll-Sitzung 1.1	54. – 60.	Wahl des Arztes und Krankenhauses
	CALM-Sitzung 2.2	137. – 139. 141. – 143.	Entscheidungsprozesse

	Kontroll-Sitzung 2.2	198.	Patientenrechte
Kategorie 2.1:	CALM-Sitzung 1.2	53. – 67.	Beziehungserfahrungen
Erfahrung in	CALM-Sitzung 1.2	108. – 114.	Aufklärung der Familie über die
Beziehungen		120. – 126.	Erkrankung
	CALM-Sitzung 1.3	32.	Erwartungen an das Umfeld
	CALM-Sitzung 1.3	202. – 204.	Veränderungen von Beziehungen
	CALM-Sitzung 1.7	275. – 278.	familiäre Kontakte
	CALM-Sitzung 1.8	66. – 68.	Erfahrungen im sozialen Umfeld
		71. – 73.	
	Kontroll-Sitzung 1.1	302. – 320.	Belastungen der Partner und
		328.	Partnerschaften
	Kontroll-Sitzung 1.2	195. – 223.	Belastungen und Erfahrungen der
			Kinder
	Kontroll-Sitzung 1.7	162. – 166.	Erfahrungen in Freundschaften
Kategorie 2.2:	CALM-Sitzung 1.6	205. – 220.	Emotionalität und Trauer
Schmerz und		225. – 231.	
Trauer über	Kontroll-Sitzung 1.1	182. – 190.	Trauer um Verlust der
Verluste			Leistungsfähigkeit
	Kontroll-Sitzung 1.6	127. – 133.	Trauer um nicht erreichbare Ziele
		245. – 251.	
	Kontroll-Sitzung 1.6	333. – 335.	Trauer um Abschied
		352.	
	Kontroll-Sitzung 1.7	168. – 176.	Trauer um Verfall des Körpers
	CALM-Sitzung 2.7	102. – 103.	Trauer um Zurücklassen der Kinder
	Kontroll-Sitzung 2.3	67. – 71.	Trauer um sich selbst
Kategorie 2.3:	CALM-Sitzung 1.2	151. – 170.	Umgang mit sich selbst
Beziehung zu	CALM-Sitzung 1.3	117. – 121.	Persönlichkeitsanteile
sich Selbst	CALM-Sitzung 1.5	91. – 93.	persönliche Verletzungen
	CALM-Sitzung 1.5	118. – 139.	Selbstwert und Selbstwahrnehmung
	CALM-Sitzung 1.6	74. – 80.	persönliche Veränderungen
		102. – 104.	
	CALM-Sitzung 1.8	135. – 136.	innere Haltungen und
			Selbstwirksamkeit
	Kontroll-Sitzung 1.1	164. – 181.	Kontakt und Beziehung zum eigenen
			Körper

	CALM-Sitzung 2.1	97. – 107.	Stimmung
	CALM-Sitzung 2.6	11. – 13.	Erkennen der eigenen Grenzen
	Kontroll-Sitzung 2.1	138. – 142.	persönliches Wachstum
	Kontroll-Sitzung 2.1	304. – 307.	Selbstreflektion
		434. – 438.	
	Kontroll-Sitzung 2.6	296. – 306.	eigene Stärken und Schwächen
Kategorie 2.4: Abhängigkeit, Pflege und Unterstützung	CALM-Sitzung 1.4	244. – 246. 249. – 251.	emotionale Unterstützung
	CALM-Sitzung 1.5	57. – 59.	Autonomie
	CALM-Sitzung 1.6	46.	Pflege
	CALM-Sitzung 1.6	148. – 152. 154. – 173.	Umgang mit angebotener Unterstützung
	CALM-Sitzung 1.6	194. – 198.	Bedürfnis nach Unterstützung
	Kontroll-Sitzung 1.1	89. – 94.	Unterstützung durch Freunde
	Kontroll-Sitzung 1.4	18. – 22. 215. – 235.	Bevormundung und Kontrolle
	Kontroll-Sitzung 2.1	384. – 387. 391. – 395.	Unterstützung durch die Familie
	Kontroll-Sitzung 2.2	295. – 297.	unterschiedliche Unterstützungsformen
Kategorie 3.1: Sinn und Bestimmung	CALM-Sitzung 1.1	88. – 89.	Bedeutsamkeit und Lebenssinn
	CALM-Sitzung 1.3	197. – 202.	Sinnstiftung
	CALM-Sitzung 1.8	138. 140.	Lebensphilosophie
	CALM-Sitzung 1.8	201. – 203.	Bestimmung
	Kontroll-Sitzung 1.1	240.	Beziehung als Lebenssinn
	Kontroll-Sitzung 1.6	283. – 286. 313. – 318.	Kraftquellen
	CALM-Sitzung 2.4	83.	Sinnfragen
	Kontroll-Sitzung 2.1	282. 285.	Lebenssinn durch die Kinder
	Kontroll-Sitzung 2.5	275. – 277.	Lebenssinn durch die Familie
Kategorie 3.2: Bedeutung von Leid und Sterben	CALM-Sitzung 1.1	26. – 34.	Neubewertung der Lebensqualität
	CALM-Sitzung 1.2	158.	Freude an kleinen Dingen
	CALM-Sitzung 1.3	116. 126.	Entschleunigung

	CALM-Sitzung 1.3	170. – 171. 187.	Integration des Leids
	CALM-Sitzung 1.4	53. – 55. 60. – 70.	Bedeutung der Erkrankung
	CALM-Sitzung 1.6	237. – 256.	Erkenntniszuwachs
	CALM-Sitzung 1.8	132. – 147.	Akzeptanz der Erkrankung
	Kontroll-Sitzung 1.6	113. – 118.	Verdrängung der Erkrankung
	CALM-Sitzung 2.5	54. – 62.	positive Aspekte der Erkrankung
	Kontroll-Sitzung 2.8	286. – 288.	Wertschätzung des Lebens
Kategorie 3.3: Evaluation von Prioritäten und Zielen	CALM-Sitzung 1.1	90. – 92.	Neuevaluation von Prioritäten
	CALM-Sitzung 1.3	102. – 112.	geplante Projekte
	CALM-Sitzung 1.6	56. 94.	körperliche Ziele
	Kontroll-Sitzung 1.2	428.	zukünftige Reisen
	Kontroll-Sitzung 1.4	164. – 168.	Überlebenszeit als Ziel
	Kontroll-Sitzung 1.7	187. – 188.	Zukunftspläne
	CALM-Sitzung 2.2	169 – 170.	Prioritäten
Kategorie 4.1: Hoffnungen und Ängste	CALM-Sitzung 1.1	15. – 20. 37. – 43.	Ängste vor Erkrankungsprogress
	CALM-Sitzung 1.4	106. – 115.	Ängste vor Autonomieverlust
	CALM-Sitzung 1.5	14.	Ängste vor Behandlungen
	CALM-Sitzung 1.6	46. – 56.	Zukunftsängste
	CALM-Sitzung 1.7	251. – 255.	Aufrechterhaltung von Hoffnung
	CALM-Sitzung 1.8	64. – 65.	Ängste vor Untersuchungsergebnissen
	Kontroll-Sitzung 1.4	15. – 16.	Hoffnung auf Rückgang der Erkrankung
	Kontroll-Sitzung 1.6	177. – 180.	Ängste vor Schmerzen
	Kontroll-Sitzung 1.7	20. – 24. 96. – 100.	Ängste vor dem Sterben
	CALM-Sitzung 2.4	49.	Ängste vor der Einsamkeit
	CALM-Sitzung 2.4	108. – 112.	Balance zwischen Hoffnung und Ängsten
	Kontroll-Sitzung 2.5	149. – 151.	Zuversicht
	Kontroll-Sitzung 2.7	89. 102. – 108.	Todesangst

	Kontroll-Sitzung 2.8	170. – 177.	Angstbewältigung
Kategorie 4.2:	CALM-Sitzung 1.1	66. – 87.	die eigene Endlichkeit
Verhältnis von	CALM-Sitzung 1.4	72. – 73.	Stellenwert von Sterben und Tod
Leben und		76.	
Sterben	CALM-Sitzung 1.7	256.	Bewusstsein über die Endlichkeit des Lebens
	Kontroll-Sitzung 2.3	189.	Leben und Sterben
	Kontroll-Sitzung 2.8	64. – 68.	Balance zwischen Leben und Belastung
		72.	
Kategorie 4.3:	CALM-Sitzung 1.1	172.	Patientenverfügung
Vorauspflege-	CALM-Sitzung 1.1	180. – 183.	Suizidgedanken
planung und	CALM-Sitzung 1.4	116.	Wünsche für den Sterbeprozesses
Vorbereitung	CALM-Sitzung 1.6	82. – 86.	Bürokratische Anliegen vor dem Tod
auf das Sterben	CALM-Sitzung 1.7	130. – 138.	Sterbehilfe
und den Tod	CALM-Sitzung 1.7	196.	Patientenvollmachten
	CALM-Sitzung 1.7	199. – 203.	Vorauspflegeplanung
	Kontroll-Sitzung 1.2	46. – 48.	Organisation der eigenen Beerdigung
	Kontroll-Sitzung 1.2	426.	Verabschiedungen
	Kontroll-Sitzung 1.3	10. – 29.	Organisation eines Hospizplatzes
	Kontroll-Sitzung 1.6	325. – 339.	Vorbereitung auf das Sterben
Kategorie N:	CALM-Sitzung 1.3	113. – 114.	allgemeine Frage nach dem Alltag
Nicht-CALM	Kontroll-Sitzung 1.1	61. – 62.	Krankschreibung
	Kontroll-Sitzung 1.1	63. – 78.	Beruf
	Kontroll-Sitzung 1.1	99. – 100.	Sportvereine
	Kontroll-Sitzung 1.3	252. – 262.	Wetter
	Kontroll-Sitzung 1.3	263. – 274.	Städte
	Kontroll-Sitzung 1.6	65. – 73.	Krankenkassen
	CALM-Sitzung 2.1	63. – 64.	Behindertenausweis
	CALM-Sitzung 2.2	139. – 140.	Sängerin mit Brustkrebs
	CALM-Sitzung 2.4	13.	finanzielle Schwierigkeiten
		65.	
	Kontroll-Sitzung 2.1	458. – 460.	Haustiere
	Kontroll-Sitzung 2.2	361. – 365.	politische Themen
	Kontroll-Sitzung 2.3	501. – 516.	Beruf der Therapeutin
Kategorie m:	CALM-Sitzung 1.1	135. – 153.	Strukturierung therapeutischer Themen

Moderation des therapeu- tischen Vorgangs	CALM-Sitzung 1.1	167. – 168. 204. – 207.	Erwartungen an die Therapie
	CALM-Sitzung 1.2	5.	Zusammenfassung zurückliegender Sitzungen
	CALM-Sitzung 1.2	9.	therapeutischer Prozess
	CALM-Sitzung 1.2	203.	Fazit einer Therapiestunde
	CALM-Sitzung 1.4	277. – 278.	Ansprache aktueller Anliegen
	Kontroll-Sitzung 1.4	117. – 120.	Einladung weiterer Therapieteilnehmer
	Kontroll-Sitzung 1.6	45. – 46.	Nachwirkungen zurückliegender Sitzungen
	CALM-Sitzung 2.6	79. – 85.	Feedback zur Therapie
Kontroll-Sitzung 2.5	481. – 490.	therapeutische Beziehung	
Kategorie s: sekundäre Gesprächs- anteile	CALM-Sitzung 1.1	1.	Einzelne Wörter ohne weiteren Zusammenhang
	CALM-Sitzung 1.1	178. – 179.	alleinstehende unverständliche Anteile
	CALM-Sitzung 1.1	210. – 213.	Austausch von Telefonnummern
	CALM-Sitzung 1.4	1. – 11.	Fenster öffnen, Wasser anbieten
	CALM-Sitzung 1.4	12. – 21.	Fragebögen zur Studie
	CALM-Sitzung 1.6	153.	Störgeräusche
	CALM-Sitzung 1.7	270. – 271.	Zeit der laufenden Sitzung
	Kontroll-Sitzung 1.1	1. – 5.	Begrüßung
	Kontroll-Sitzung 1.1	9. – 16.	Erklärungen zur Studie
	Kontroll-Sitzung 1.1	384. – 391.	Terminvereinbarung
	CALM-Sitzung 2.3	171. – 173.	Verabschiedung
	Kontroll-Sitzung 2.1	1. – 12.	persönliche Vorstellung

¹Name der Kategorie

²Sitzung, aus welcher der beschriebene Inhalt stammt

³Text eines Gesprächsteilnehmers nach und vor Äußerungen des Gegenübers

⁴paraphrasierte Kurzform, der mit den entsprechenden Kategorien kodierten Textanteile

Anh. Tab. 2: Beispiel für die tabellarische Darstellung der Kategorisierung einer vollständigen Psychotherapiesitzung (CALM-Sitzung 2.5)

Gesprächseinheit¹	Zeitmarke²	Akteur³	Kategorien⁴
1.	#00:00:04-2#	T	s
2.	#00:00:08-0#	P	s
3.	#00:00:12-6#	T	s
4.	#00:00:24-5#	P	K1.1
5.	#00:00:29-0#	T	K1.1
6.	#00:00:58-6#	P	K1.1, K2.1, K3.2
7.	#00:01:00-6#	T	K1.1
8.	#00:01:17-3#	P	K1.1
9.	#00:01:19-5#	T	K2.1
10.	#00:02:01-5#	P	K1.1, K2.1, K3.2, K4.1
11.	#00:02:10-7#	T	K2.1, K3.2
12.	#00:03:31-3#	P	K1.1, K1.2, K2.1, K2.4, K3.2
13.	#00:03:34-2#	T	K1.1
14.	#00:03:43-8#	P	K1.1, K1.2
15.	#00:03:52-6#	T	K1.2
16.	#00:03:58-8#	P	K1.2
17.	#00:04:03-9#	T	K1.1
18.	#00:04:13-4#	P	K1.1
19.	#00:04:15-3#	T	K1.1
20.	#00:04:22-4#	P	K1.1
21.	#00:04:29-5#	T	K1.1
22.	#00:05:55-1#	P	K1.1, K3.3, K4.1
23.	#00:05:57-7#	T	K1.1

24.	#00:06:37-8#	P	K1.1, K1.2
25.	#00:06:39-8#	T	K1.1, K1.2
26.	#00:06:56-3#	P	K1.2
27.	#00:06:57-7#	T	K1.2
28.	#00:06:58-3#	P	K1.2
29.	#00:07:02-4#	T	K1.2
30.	#00:08:05-4#	P	K1.1, K1.2, K2.1, K3.2
31.	#00:08:09-4#	T	K3.2
32.	#00:08:21-7#	P	K3.2
33.	#00:08:31-5#	T	K1.2
34.	#00:09:11-0#	P	K1.2, K2.3
35.	#00:09:16-5#	T	K2.1, K2.3
36.	#00:09:17-4#	P	K2.1, K2.3
37.	#00:09:20-9#	T	K2.1
38.	#00:09:43-8#	P	K2.1, K2.3
39.	#00:09:49-3#	T	K2.1
40.	#00:10:21-3#	P	K1.2, K2.3
41.	#00:10:43-3#	T	K2.1, K2.3
42.	#00:10:50-4#	P	K2.3
43.	#00:10:57-6#	T	K1.2, K2.3
44.	#00:11:42-1#	P	K2.3, K3.2
45.	#00:11:48-3#	T	K3.2
46.	#00:11:52-8#	P	K2.3, K3.2
47.	#00:12:02-3#	T	K3.2
48.	#00:12:08-9#	P	K2.1, K3.2
49.	#00:12:11-8#	T	K2.1, K3.2
50.	#00:13:03-6#	P	K1.1, K2.1, K2.3, K3.2

51.	#00:13:16-7#	T	K2.3, K3.2
52.	#00:13:43-9#	P	K2.1, K3.2
53.	#00:13:47-4#	T	K2.1
54.	#00:14:51-4#	P	K2.1, K3.2
55.	#00:14:56-3#	T	K2.1, K3.2
56.	#00:15:22-9#	P	K2.1, K3.2
57.	#00:15:27-9#	T	K2.1, K3.2
58.	#00:15:58-5#	P	K2.1, K3.2
59.	#00:16:07-9#	T	K2.1, K3.2
60.	#00:16:37-4#	P	K2.1, K3.2
61.	#00:16:43-5#	T	K3.2
62.	#00:17:45-8#	P	K2.1, K3.2
63.	#00:17:55-4#	T	K2.1
64.	#00:19:07-3#	P	K2.1, K3.3
65.	#00:19:14-3#	T	K2.1
66.	#00:19:56-6#	P	K2.1, K4.1
67.	#00:19:59-8#	T	K2.1, K4.1
68.	#00:21:07-4#	P	K2.1, K4.1
69.	#00:21:11-1#	T	K2.1
70.	#00:21:20-5#	P	K2.1, K3.2
71.	#00:21:22-5#	T	K2.1
72.	#00:21:35-3#	P	K1.4, K3.2
73.	#00:21:42-8#	T	K2.1
74.	#00:22:09-7#	P	K2.1
75.	#00:22:14-5#	T	K2.1
76.	#00:22:44-5#	P	K2.1
77.	#00:23:07-5#	T	K2.1

78.	#00:24:25-1#	P	K2.1, K4.1
79.	#00:24:50-6#	T	K2.1
80.	#00:25:32-4#	P	K2.1
81.	#00:25:41-8#	T	K2.1
82.	#00:26:16-8#	P	K2.1
83.	#00:26:16-6#	T	K2.1
84.	#00:27:10-7#	P	K2.1
85.	#00:28:11-5#	T	K2.1
86.	#00:28:11-5#	P	K2.1
87.	#00:28:23-1#	T	K2.1
88.	#00:29:50-1#	P	K2.1
89.	#00:29:59-1#	T	K2.1
90.	#00:30:39-1#	P	K2.1
91.	#00:30:48-5#	T	K2.1
92.	#00:32:23-4#	P	K2.1
93.	#00:32:32-1#	T	K2.1
94.	#00:32:38-0#	P	K2.1
95.	#00:32:39-8#	T	K2.1
96.	#00:32:50-1#	P	K2.1
97.	#00:32:54-8#	T	K2.1
98.	#00:32:57-3#	P	K2.1
99.	#00:33:06-0#	T	K2.1
100.	#00:33:13-9#	P	K2.1
101.	#00:33:19-5#	T	K2.1
102.	#00:33:23-7#	P	K2.1
103.	#00:33:28-8#	T	K2.1

104.	#00:33:56-4#	P	K2.1
105.	#00:34:21-7#	T	K2.1
106.	#00:35:28-5#	P	K2.1
107.	#00:36:01-6#	T	K2.1
108.	#00:37:32-8#	P	K2.1
109.	#00:37:46-5#	T	K2.1
110.	#00:38:18-1#	P	K2.1
111.	#00:38:16-5#	T	K2.1
112.	#00:38:59-1#	P	K2.1
113.	#00:39:03-8#	T	K2.1
114.	#00:39:07-3#	P	K2.1
115.	#00:39:11-2#	T	K2.1
116.	#00:40:19-0#	P	K2.1
117.	#00:40:26-9#	T	K2.1, K2.3
118.	#00:41:23-5#	P	K2.3, K3.2, K4.1
119.	#00:42:22-3#	T	s, m
120.	#00:42:24-0#	P	s, m
121.	#00:42:40-1#	T	K2.1
122.	#00:43:11-3#	P	K2.1, K3.3, K4.1
123.	#00:43:16-0#	T	K3.3
124.	#00:43:27-5#	P	K1.2, K4.1
125.	#00:43:32-1#	T	K2.3
126.	#00:43:37-7#	P	K2.3
127.	#00:43:42-2#	T	K1.2
128.	#00:44:33-7#	P	K1.1, K1.2
129.	#00:44:44-3#	T	K1.2, K3.3

130.	#00:45:16-1#	P	K3.1
131.	#00:45:39-3#	T	K2.1, K3.1, K3.2
132.	#00:45:54-9#	P	K2.1
133.	#00:46:00-1#	T	s
134.	#00:46:23-2#	P	s
135.	#00:46:35-9#	T	s
136.	#00:46:37-5#	P	s
137.	#00:46:38-6#	T	s
138.	#00:46:55-8#	P	s
139.	#00:47:00-8#	T	s
140.	#00:47:24-3#	P	s
141.	#00:47:50-8#	T	s
142.	#00:47:58-8#	P	s
143.	#00:48:01-2#	T	s
144.	#00:48:06-3#	P	s
145.	#00:48:08-6#	T	s
146.	#00:48:08-6#	P	s

¹ Text eines Gesprächsteilnehmers nach und vor Äußerungen des Gegenübers

² nach jeder Gesprächseinheit wurden durch das Transkriptionsprogramm Zeitmarken gesetzt

³ Therapeut (T), Patient (P)

⁴ Kategorien aus Anh. Tab. 1 mit abgekürztem Namen, mit welchen die einzelnen Gesprächseinheiten kodiert wurden

Danksagung

Im Folgenden möchte ich den Menschen danken, die mir diese Arbeit ermöglichten und mich auf diesem Weg unterstützten.

Ich danke meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Dr. Hermann Faller, der mich in großartiger Art und Weise an diese Arbeit heranführte und mich jederzeit bei allen fachlichen und persönlichen Anliegen unterstützte und begleitete. Ich danke ihm für das viele Wissen, welches er mit mir teilte, und die vielen inspirierenden und motivierenden Treffen und Gespräche im Laufe der Arbeit. Ich war immer wieder beseelt von der Menschlichkeit und Herzlichkeit, die mir von ihm entgegengebracht wurden.

Ich bedanke mich bei meiner Betreuerin, Frau Dr. Elisabeth Jentschke, für ihr großes Vertrauen und ihre Ermutigungen vor Beginn und im Laufe der Arbeit. Ich danke ihr für ihre wundervolle Unterstützung bei der Teilnahme an einem CALM-Workshop in Kanada und die entlastenden, kraftgebenden Gespräche zu Beginn meiner intensiven Auseinandersetzung mit den Themenbereichen von schwerkranken Menschen. Das liebevolle und unterstützende Engagement von Frau Dr. Elisabeth Jentschke war für mich ein grundlegender Rückhalt bei dieser Arbeit.

Ich danke Frau Prof. Dr. Birgitt van Oorschot für ihre hilfsbereite Teilnahme an meinem Betreuungskomitee für die Promotion.

Bei Frau Prof. Dr. Anja Mehnert-Theuerkauf bedanke ich mich für ihre Großzügigkeit und ihr Vertrauen bei der Überlassung der Audioaufnahmen der psychoonkologischen Therapien. Ich danke Rebecca Philipp, Katharina Scheffold und Leonhard Quintero Garzón, die mich jederzeit bei allen Fragen und Anliegen zu den Audioaufnahmen unterstützten.

Prof. Dr. Gary Rodin, Dr. Sarah Hales, Carmine Malfitano und Joanna Shnall danke ich für die bereichernde Möglichkeit an einem ihrer CALM-Workshops in Toronto teilzunehmen und die finanzielle Unterstützung bei meiner Anreise aus Deutschland.

Ein besonderer Dank geht an die Patientinnen und Patienten, der von mir untersuchten psychoonkologischen Therapien. Die geteilten Erfahrungen dieser Menschen haben mich auf unbeschreibliche Weise bereichert und mir eine völlig neue Perspektive auf mein eigenes Leben geschenkt. Ich danke den Therapeuten, dass sie mir diesen einzigartigen Einblick in die Therapien ermöglichten.

Ich danke meiner Partnerin, Hannah Späth, die mich darin unterstützte mein eigenes Gleichgewicht bei der Durchführung der Arbeit zu finden und mir damit immer wieder erhellende Perspektiven schenkte. Ich danke ihr, dass sie mich auf diesem Weg durch alle Höhen und Tiefen beständig und liebevoll begleitete.

Meiner Mutter, Gabriele Patzke, und meiner Schwester, Amina Wagner, danke ich für die Ermutigungen und Erinnerungen an das Vertrauen in mich selbst. Ich danke meiner Mutter für ihren großzügigen Unterhalt und ihre zusätzlichen Darlehen, wodurch ich die nötige Zeit und Ruhe für diese Arbeit finden konnte.