

Dyadische Planungsintervention nach Prostatektomie

A dyadic planning intervention following prostatectomy

Silke Burkert¹ & Nina Knoll²

¹ Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Psychologie, Berlin

² Freie Universität Berlin, Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie, Berlin

Korrespondenz:

Dr. Silke Burkert

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Luisenstr. 57

10117 Berlin

Tel. 030 450 529 218

Fax. 030 450 529 990

Email: silke.burkert@charite.de

Ein Interessenskonflikt besteht bei keinem der Autoren.

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Diagnose Prostatakrebs stellt einen Einschnitt im Leben der Betroffenen dar. Durch dyadische Interventionen können Patienten und Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung unterstützt werden. Im Fall einer Prostatektomie soll durch dyadische Planung die Anpassung an und die Bewältigung von Erkrankungen, d.h. die Selbstregulation gefördert und die Ängstlichkeit reduziert werden. Bei der dyadischen Planung stellt eine Zielperson gemeinsam mit einem Partner Pläne für die eigene Verhaltensänderung auf.

Material und Methoden. In dieser längsschnittlichen randomisiert-kontrollierten Studie mit einer dyadischen Beckenbodentrainings-Planungsintervention wurden 112 Prostatakarzinom-Patienten und ihre Partnerinnen mittels Fragebögen im Krankenhaus sowie zwei Wochen und sechs Monate nach der Operation befragt.

Ergebnisse. Es konnten günstige Effekte der dyadischen Beckenbodentrainings-Planungsintervention auf das dyadische Planungsverhalten der Patienten zwei Wochen nach der Operation sowie auf die Ängstlichkeit der Partnerinnen sechs Monate nach der Operation gezeigt werden. Allerdings medierte die selbst-initiierte dyadische Planung nicht den Interventionseffekts auf die Ängstlichkeit der Partnerinnen.

Schlussfolgerung. Ökonomische dyadische Planungsinterventionen können in der Praxis die emotionale Anpassung der Patienten und Angehörigen unterstützen.

Schlüsselwörter:

dyadische Planung, Gesundheitsverhalten, Selbstregulation, sozialer Austausch, Wohlbefinden, Prostatakrebs

Abstract

Background. Prostate cancer is one of the most prevalent cancers in men. One treatment for localized prostate cancer is radical prostatectomy. Patients and partners have to deal with stressors associated with the diagnosis, the surgery and its consequences (e.g., incontinence). Dyadic planning prepares for the coping process with illness consequences, in order to enhance self-regulation and reduce anxiety. Dyadic planning means generating plans together with a partner, specifying when, where and how the target person wants to initiate a health-behavior.

Patients and methods. In this longitudinal RCT-study, 112 prostatectomy patients and their spouses were invited to participate in a dyadic planning intervention. Participants were randomly allocated to a dyadic pfe-planning group or one of three control groups (i.e., individual pfe-planning, dyadic or individual nutrition-planning). Patients and partners received questionnaires at baseline, two weeks, and six months postsurgery.

Results. Patients in the dyadic pfe-planning group reported higher dyadic pfe-planning two weeks postsurgery than patients in the nutrition-planning groups. No such differential effects were found in partners. Additionally, there were no group differences in patients' reports on anxiety six months postsurgery, whereas partners in the dyadic pfe-planning group reported lower anxiety levels six months postsurgery compared to partners in the individual pfe-planning group. Self-reported pfe-planning, however, did not mediate the intervention's effects on partners' anxiety.

Conclusion. Economical dyadic planning interventions may not only support change of health-relevant behaviour in target persons, but also emotional adjustment of their partners.

Keywords:

dyadic planning, health behavior, self-regulation, social exchange, well-being, prostate cancer

Einleitung

Die Diagnose Krebs stellt einen Einschnitt im Leben der Betroffenen dar. Prostatakrebs ist die häufigste Krebsart unter Männern in Europa [1]. Als eine Standardbehandlung wird die radikale Prostatektomie empfohlen [2]. Mit der Entfernung der Prostata geht eine gute Prognose einher. Postoperative Folgen wie vorübergehende Harninkontinenz oder erektile Dysfunktionen als Operationsfolgen stellen jedoch Herausforderungen dar. Neben der körperlichen Behandlung gilt es deshalb, die Betroffenen bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Dyadische psychoonkologische Interventionen

Die Diagnose und Behandlung einer Krebserkrankung stellt nicht nur für die Patienten eine große Belastung dar. Vielmehr sind auch die Angehörigen gefordert, den Patienten zu unterstützen, aber auch den eigenen Stress aufgrund der Ungewissheit und der Belastungen durch die Erkrankung zu bewältigen [3, 4, 5]. In den Diagnose übergreifenden Leitlinien psychoonkologischer Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten der Deutschen Krebsgesellschaft [6] werden deshalb neben den medizinischen Behandlungen im Akutkrankenhaus und in der Rehabilitationsklinik, der Nachsorge bzw. palliativen Versorgung sowie den psychoonkologisch-psychotherapeutischen und psychoedukativen Interventionen [7] auch Paar- und Familiengespräch als psychoonkologische Maßnahmen empfohlen.

Durch die Einbeziehung von Angehörigen, vor allem Lebens-/Ehepartnern, können die Bewältigungsmöglichkeiten der Dyade gestärkt werden. In einer randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie mit 235 Prostatektomie-Patienten und ihren Partnerinnen untersuchten Northouse und Kollegen [8], wie mittels einer dyadischen FOCUS-Intervention der Umgang mit der Erkrankung unterstützt werden kann. Es verbesserten sich die Lebensqualität der Ehefrauen sowie die Bewertung, Unsicherheit, Kommunikation und Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Erkrankung des Ehemanns. Eine Metaanalyse fasst die Effekte von 70

randomisierten psychoonkologischen Interventionsstudien mit Angehörigen oder Patient und Angehörige zusammen. Es zeigte sich, dass Interventionsstudien gemeinsam mit Ehepartnern kleine positive Effekte auf die depressive Symptomatik der Patienten sowie auf das Wohlbefindens und die mit der Pflegesituation assoziierte Belastung der Ehepartner hatten [9].

Dyadische Planung

Die Förderung des krankheitsbewältigenden Gesundheitsverhaltens stellt einen wichtigen Aspekt psychoonkologischer Behandlung dar. In der Literatur zur Gesundheitsverhaltensänderung nimmt das Konstrukt der Planung eine zentrale Rolle ein [10]. Beim Planen wird das intendierte Verhalten mental mit den Merkmalen der Ausübungssituation verknüpft, indem konkret festgelegt wird, wann, wo und wie das Verhalten ausgeübt werden soll. Danach löst bereits die Wahrnehmung dieser Merkmale das Verhalten aus. Je genauer ein intendiertes Verhalten geplant wird, desto wahrscheinlicher ist die Verhaltensinitiierung [10].

Werden gemeinsam mit einem Partner Pläne für das von der Zielperson alleine auszuübende Verhalten aufgestellt, wird von dyadischer Planung gesprochen [11, 12]. Bei der Identifikation von geeigneten Situationen für die Verhaltensaübung wird dann nicht nur auf die Expertise der Zielperson, sondern auch auf das Wissen des vertrauten Partners zurückgegriffen. Damit soll die dyadische Planung die Initiierung von Gesundheitsverhalten unterstützen. Im Fall der Prostatektomie kann beispielsweise von Patient und Partnerin gemeinsam geplant werden, wann, wo und wie der Patient in Zukunft Beckenbodentraining (BBT) zur Reduktion der Inkontinenz alleine ausüben kann. Auf diese Weise stellt (dyadische) Planung für den Patienten eine wichtige Strategie dar, sich auf die Verhaltensumstellung im Rahmen der Krankheitsbewältigung vorzubereiten. Durch die Einbeziehung der Partnerin kann die Partnerin beim dyadischen Planen einerseits ihre Expertise aktiv einbringen, indem sie mit Vorschlägen und kritischen Fragen die

Formulierung adäquater Pläne unterstützt, andererseits kann sie dadurch aber auch spätere Bewältigungsanforderungen antizipieren und sich auf diese vorbereiten. Damit ist dyadische Planung als vorbereitende Strategie derart von dyadischem Coping [13] abzugrenzen, dass dyadische Copingsstrategien eingesetzt werden, um bereits aufgetretenen Stress eines Individuums innerhalb einer Dyade mit Hilfe des Partners (unterstützendes dyadisches Coping) oder dyadenrelevanten Stress gemeinsam (gemeinsamen Coping) zu bewältigen. Mit dem Verständnis von dyadischer Planung als vorbereitende Strategie auf spätere Bewältigungsanforderungen wird angenommen, dass die dyadische Planung nicht nur vorteilhaft für die Selbstregulation des Patienten ist, sondern sich auch positiv auf das Wohlbefinden der Partnerinnen auswirkt.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf dem Wohlbefinden von Prostatektomie-Patienten und ihren Partnerinnen nach einer dyadischen Planungsintervention. Die folgenden Hypothesen sollen überprüft werden:

- (1) Selbst-initiierte dyadische BBT-Planung wird durch eine dyadische BBT-Planungsintervention gesteigert werden.
- (2) Ängstlichkeit wird durch eine dyadische BBT-Planungsintervention reduziert.
- (3) Interventionseffekte auf die Ängstlichkeit werden durch die selbst-initiierte dyadische BBT-Planung mediiert.

Methoden

Design und Stichprobe

In dieser Paar-Studie wurden Prostatakarzinom-Patienten und ihren Partnerinnen im Zeitraum zwischen September 2005 und Juli 2006 in der Klinik für Urologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin die Studie vorgestellt. Einschlusskriterien waren, dass die Patienten in festen Partnerschaften lebten, sich einer laparoskopischen Prostatektomie unterzogen, am geplanten Interventionstag beide Partner anwesend sein konnten und deutsch sprachen. Waren die Partnerinnen am Aufnahmetag nicht anwesend, wurde der Kontakt

zunächst über den Patienten hergestellt und die Aufklärung später nachgeholt. Von den 308 Patienten, die im genannten Zeitraum operiert wurden, konnten 44 Patienten nicht kontaktiert werden und 54 Patienten verneinten die Teilnahme. Vier Patienten wurden nicht laparoskopisch operiert. Weitere 12 Patienten lebten nicht in einer Partnerschaft. Von den Partnerinnen lehnten 49 die Teilnahme ab. Am geplanten Interventionstag konnten 33 Paare nicht anwesend sein. Die verbleibenden 112 Paare gaben ihr Einverständnis zur freiwilligen Teilnahme nach ausführlicher Aufklärung. Ein positives Votum der Ethikkommission liegt vor. Teilnehmercharakteristika sind in Tabelle 1 dargestellt.

Während des Klinikaufenthalts erhielten die Patienten durch Physiotherapeuten Informationen zum Beckenbodentraining (BBT). Fragebogendaten von Patienten und Partnerinnen wurden während des Klinikaufenthalts (t1: 1 Tag prä OP und 2 Tage post OP) sowie 2 Wochen (t2) und 6 Monate post OP (t3) erhoben. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer eingeladen, an einer randomisiert-kontrollierten dyadischen Planungsintervention teilzunehmen. Sie wurden mittels Blockrandomisierung in 4er-Blöcken auf vier Interventionsbedingungen aufgeteilt: der Experimentalbedingung (a) „dyadische BBT-Planung“ ($n = 28$) und den Kontrollbedingungen (b) „dyadische Ernährungsplanung“ ($n = 29$), (c) „individuelle BBT-Planung“ ($n = 29$) und (d) „individuelle Ernährungsplanung“ ($n = 26$). Dazu nutzten die Studienassistenten eine Randomisierungsliste, die durch die Studienleitung bereitgestellt wurde. Dieses Design entspricht einer Kombination aus isolierter und vergleichender Evaluation, durch die die Effekte des konkreten *Planinhalts* (BBT vs. Ernährung) sowie des *Planungssettings* (dyadisch vs. individuell) evaluiert werden konnten [11]. In der „dyadischen BBT-Planungsgruppe“ wurden die Paare mittels Planungsheften angeleitet, gemeinsam günstige Gelegenheiten für das BBT des Patienten zu identifizieren und Pläne aufzustellen. Dazu lasen die Patienten die Anleitung und Beispiele im Planungsheft vor. Die Partnerinnen diskutierten und dokumentierten Ideen auf einem Protokollblatt und die Patienten trugen die drei relevantesten Pläne im Planungsheft ein. Dasselbe Vorgehen

allerdings zur Planung gesunder Ernährung als vom Zielverhalten BBT unabhängiges Alternativverhalten erfolgte in der „dyadischen Ernährungsplanungsgruppe“. In den individuellen Bedingungen sollten die Patienten das entsprechende Planungsheft allein bearbeiten, während die Partnerinnen in einem separaten Raum einen weiteren Fragebogen bearbeiteten. Das Bearbeiten der Hefte dauerte nicht länger als 30 Minuten. Abschließend sollten sich die Patienten ihre aufgestellten Pläne bildlich einprägen. Die Planungshefte wurden im Anschluss von einer Studienmitarbeiterin eingesammelt.

Zwischen der Intervention und t2 schieden sechs Patienten und sieben Partnerinnen sowie zwischen t2 und t3 weitere zwölf Patienten und 13 Partnerinnen aus der Studie aus. Teilnehmer, die bis zum Ende an der Studie teilnahmen, und solche, die früher aus der Studie ausschieden, unterschieden sich nicht in ihrer Gruppenzugehörigkeit, den zentralen Variablen, hinsichtlich ihrer Soziodemographie oder in den medizinischen Charakteristika.

Messinstrumente

Die t1-Messungen von Ängstlichkeit und Inkontinenz fanden am Aufnahmetag statt, die der dyadischen BBT-Planung erst am zweiten Tag post OP.

Ängstlichkeit. Die Ängstlichkeit von Patienten und Partnerinnen wurde zu t1 und t3 mit der Subskala der deutschen Version der Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS; 14] gemessen mit einem Summenwert zwischen 0 (*keine Angst*) und 21 (*hohe Ängstlichkeit*). Die internen Konsistenz der Skalen betragen $\alpha = .75$ (t1) und $\alpha = .75$ (t3) für die Patienten sowie $\alpha = .87$ (t1) und $\alpha = .83$ (t3) für die Partnerinnen (Tab. 2).

Dyadische BBT-Planung. Ob die Patienten zu t1 und t2 innerhalb der vergangenen sieben Tage selbst-initiiert gemeinsam mit ihren Partnerinnen Handlungspläne für ihr BBT aufgestellt haben, wurde mit vier Items erfasst (z.B. „Ich habe bereits gemeinsam mit meiner Partnerin konkret geplant, wann/wo/wie/wie oft ich Beckenbodentraining ausüben werde“) [11]. Die Antworten wurden auf einer 4-Punkt-Likertskala von „stimmt nicht“ (1) bis „stimmt genau“ (4) abgestuft und gemittelt. Die Partnerinnen gaben auf den gespiegelten Items an,

inwiefern sie gemeinsam mit den Patienten dessen BBT geplant hatten. Die Skalen besaßen interne Konsistenzen von $\alpha = .93$ (t1) und $\alpha = .96$ (t2) für die Patienten sowie $\alpha = .94$ (t1) und $\alpha = .95$ (t2) für die Partnerinnen (Tab. 2).

Partnerschaftszufriedenheit. Die Partnerschaftszufriedenheit der Patienten und Partnerinnen wurde zu t1 und t3 mit einem Item [16] mit Antwortoptionen zwischen 1 (*sehr unglücklich*) bis 6 (*sehr glücklich*) erfasst (Patient t1: $M = 5.1$, $SD = 1.0$; Patient t3: $M = 4.9$, $SD = 0.9$; Partnerin t1: $M = 5.1$, $SD = 0.8$; Partnerin t3: $M = 4.9$, $SD = 0.8$).

Inkontinenz. Die Inkontinenz der Patienten zu t1 und t3 wurde mit Hilfe der deutschen Version der ICIQ-SF [17] mit Summenwerten zwischen 0 (*keine Inkontinenz*) bis 21 (*starke Inkontinenz*) erfasst (t1: $M = 4.7$, $SD = 1.9$; t3: $M = 8.0$, $SD = 5.4$). Die Skalen besaßen interne Konsistenzen von $\alpha = .85$ (t1) und $\alpha = .71$ (t3).

Datenanalyse

Fehlende Werte wurden mit Hilfe der Expectation-Maximization-Methode (EM) unter Berücksichtigung aller Prädiktoren und Kriterien sowie der als für das Fehlen von Angaben verantwortlich identifizierten Variablen imputiert (SPSS-19). Univariate und multivariate Ausreißer wurden gemäß [18] identifiziert und behandelt. Zur Überprüfung der Forschungsfragen wurden ANCOVAs mit der t1-Messung als Kovariate sowie mit a priori-Kontrasten zwischen der dyadischen BBT-Planungsgruppe und den Kontrollgruppen mit SPSS-19 berechnet. Mediationsanalysen wurden mit voll saturierten manifesten Pfadmodellen überprüft.

Ergebnisse

Ängstlichkeit Patienten und Partnerinnen

Die Ängstlichkeit war bei den Partnerinnen höher ausgeprägt als bei den Patienten (s. Tabelle 2). Die Ängstlichkeit der Patienten zu t3 war höher, je schlechter sie ($r = -.26$, $p < .01$) und ihre Partnerinnen ($r = -.23$, $p < .05$) ihre Partnerschaftszufriedenheit zu t3 einschätzten und je stärker ihre Inkontinenz zu t3 war ($r = .21$, $p < .05$). Auch die

Ängstlichkeit der Partnerinnen zu t3 war umso höher, je schlechter sie ihre Partnerschaftszufriedenheit einschätzen ($r = -.24, p < .01$) und je stärker die Patienten zu t3 unter Inkontinenz litten ($r < .26, p < .01$).

Dyadische BBT-Planung

Entsprechend der ersten Hypothese konnten Gruppenunterschiede aufgedeckt werden. So berichteten die Patienten der dyadischen BBT-Planungsgruppe mehr selbst-initiierte dyadische BBT-Planung zu t2 als die Patienten beider Ernährungsplanungsgruppen. In den Partnerinnen-Berichten wurden die Gruppenunterschiede nicht signifikant (s. Tabelle 2).

Ängstlichkeit

Entsprechend der zweiten Hypothese konnten differentielle Interventionseffekte hinsichtlich der Ängstlichkeit (t3) nur für die Partnerinnen gesichert werden. Kontraste zeigten, dass die Partnerinnen der dyadischen BBT-Planungsgruppe im Vergleich zu denen der individuellen BBT-Planungsgruppe zu t3 die geringste Ängstlichkeit berichteten (s. Tabelle 2).

Mediation

Der Interventionseffekt auf die Ängstlichkeit der Partnerinnen zu t3 wurde weder durch die selbst-initiierte dyadische BBT-Planung zu t2 mediiert, noch durch die Inkontinenz der Patienten oder die Partnerschaftszufriedenheit zu t3 erklärt. Die dritte Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

Diskussion

Die Prostatakreberkrankung und ihre Behandlung beeinträchtigten nicht nur die Prostatakrebs-Patienten, sondern auch ihre Partnerinnen, wie die hohe Ängstlichkeit während der Klinikphase und ihre Abnahme im Laufe des halben Jahres nach der Operation verdeutlichen. Die andauernde Inkontinenz der Patienten trug zu einem verschlechterten Wohlbefinden von Patienten und Partnerinnen bei.

Bei der Betrachtung der Patienten-Berichte zeigte sich, dass sich die Patienten der dyadischen BBT-Planungsgruppe zwar in ihrer selbst-initiierten dyadischen BBT-Planung nach der Intervention von denen der Ernährungsplanungsgruppen unterschieden, doch nicht von denen der individuellen BBT-Planungsgruppen. Dies könnte mit Transfereffekten erklärt werden. Wenn die Patienten durch die Intervention ihre Aufmerksamkeit auf die BBT-Planung ausgerichtet hatten, nutzten sie in der stressreichen Phase der Anpassung an die Operationsfolgen nicht nur individuelle, sondern auch dyadische Ressourcen, indem sie ihre Partnerinnen in die Planung miteinbezogen.

Während sich bei der Betrachtung der Patienten keine Gruppenunterschiede in der Ängstlichkeit sechs Monate post OP zeigte, sie also hinsichtlich ihres Wohlbefindens nicht direkt von der dyadischen BBT-Planungsintervention profitierten, berichteten die Partnerinnen der dyadischen BBT-Planungsgruppe vergleichsweise geringe Ängstlichkeitsausprägungen sechs Monate post OP. Dieser langfristige direkte Effekt der dyadischen BBT-Planungsintervention auf die Ängstlichkeit wurde nicht durch die selbst-initiierte dyadische Planung erklärt. So zeigten sich weder Gruppenunterschiede in der selbst-initiierten dyadischen BBT-Planung der Partnerinnen, noch verschwand der Interventionseffekt, wenn für ihre selbständige dyadische BBT-Planung kontrolliert wurde. Eine Erklärung könnte im Paar-Studiendesign liegen, indem bereits durch die Einbeziehung der Partnerinnen in die Studie in allen Gruppen ihre dyadische BBT-Planung angestoßen wurde. Darüber hinaus sind weitere soziale Austauschprozesse sowie individuelle Ressourcen und Bewältigungsstrategien denkbar, die durch die dyadische Planung angestoßen wurden und den Interventionseffekt auf das Wohlbefinden der Partnerinnen erklären. So konnte eine frühere Studie mit Prostatektomie-Patienten und ihren Partnerinnen zeigen, dass die Partnerinnen eine höhere Selbstwirksamkeit angaben, je mehr sie vom Patienten um Unterstützung gebeten wurden, d.h. je mehr sie in den Bewältigungsprozess einbezogen wurden [19]. Eine weitere Studie zur dyadischen Planung zeigte zudem, dass weitere soziale

Austauschprozesse wie verhaltensspezifische soziale Kontrolle und Unterstützung durch dyadische Planung angestoßen werden [11]. Es ist bekannt, dass das Leisten von Unterstützung förderlich für das Wohlbefinden des Leistenden ist [20, 21]. Entsprechende Prozesse könnten auch die niedrigen Ängstlichkeitsausprägungen der Partnerinnen in der individuellen Ernährungsplanungsgruppe erklären.

In der vorliegenden Studie konnten günstige Effekte der dyadischen BBT-Planungsintervention auf das Planungsverhalten der Patienten zwei Wochen post OP sowie auf die Ängstlichkeit der Partnerinnen sechs Monate post OP gezeigt werden. Allerdings konnte die selbst-initiierte dyadische BBT-Planung nicht als Mediator zwischen der Intervention auf die Ängstlichkeit der Partnerinnen identifiziert werden. Vor diesem Hintergrund sollen die Grenzen dieser Arbeit aufgezeigt werden: Erstens wurden die Anpassung an die krankheitsbedingten Stressoren und Veränderungen im Leben der Patienten und Partnerinnen mit einem großen Messintervall von einem halben Jahr erfasst. Dies erlaubte nicht, der Entlassung aus der Klinik folgende Anpassungsschritte zu beobachten, so dass weitere Studien den Effekt dyadischer Planungsinterventionen auf das Wohlbefinden von Zielperson und Partner mit Hilfe von engermaschigeren Längsschnittsdesigns untersuchen müssen. Zweitens reduzierte die kleine Stichprobengröße die Teststärke zur Identifikation von gruppenspezifischen Effekten. Folglich könnten Effekte in der vorliegenden Studie unterschätzt worden sein. Zukünftige Studien sollten den Effekt dyadischer Planungsinterventionen an größeren Stichproben untersuchen. Drittens sollten zukünftige Studien auch mögliche Einflussfaktoren auf die Ängstlichkeit und weitere psychische Komplikationen der Krebserkrankung sowie mögliche Mediatoren wie soziale Austausch- und selbstregulative Strategien berücksichtigen.

Schlussfolgerung

Durch die Einbeziehung der Partnerinnen in die Krankheitsbewältigung, speziell in die Vorbereitung eines der Krankheitsbewältigung dienenden Gesundheitsverhaltens, durch eine

dyadische Planungsintervention hat förderliche Effekte auf Patienten und Partnerinnen. Entsprechende ökonomische Interventionen können in der Praxis etabliert werden. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Einbeziehung von Angehörigen in psychoonkologische Behandlungsmaßnahmen.

Literatur

1. Aus A, Abbou CC, Bolla M, Heidenreich A, Schmid HP, van Poppel H, Zattoni F (2005) EAU guidelines on prostate cancer. *Euro Urol* 48:546–551
2. Debruyne FMJ, Beerlage HP (2000) The place of radical prostatectomy in the treatment of early localized prostate cancer. *Radiother Oncol* 57:259-262
3. Maliski SL, Heilemann MV, McCorkle R (2001) Mastery of prostatectomy incontinence and impotence: His work, her work, our work. *Oncol Nurs Forum* 28:985-992
4. Knoll N, Burkert S, Luszczynska A, Roigas J., Gralla O (in press) Predictors of spousal support provision: A study with couples adapting to incontinence following radical prostatectomy. *Br J Health Psychol*
5. Resendes LA, McCorkle R (2006) Spousal responses to prostate cancer: An integrative review. *Cancer Invest* 24:192-198
6. Weis J, Keller M, Singer S, Wickert M, Werner A, Schwarz R (2008) Diagnoseübergreifende Leitlinien psychoonkologischer Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten. In: Deutsche Krebsgesellschaft (Hrsg) *Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien 2008*. Zuckschwerdt, München, S 10-15
7. Faller H, Herschbach P (2011) Psychoonkologische Interventionen. Wie erfolgreich sind sie? *Nervenheil* 3:133-137
8. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Montie JE, Sandler H et al. (2007) Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer* 110:2809-2818
9. Martire LM, Lustig AP, Schulz R, Miller GE (2004) Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychol* 23:599-611

10. Gollwitzer PM, Sheeran P (2006) Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol* 38:249-268.
11. Burkert S, Scholz U, Gralla O, Roigas J, Knoll N (2011) Dyadic planning of health-behavior change after prostatectomy: A randomized-controlled planning intervention. *Social Science and Medicine*, 73,783-792.
12. Burkert S, Knoll N, Scholz U (2005) Korrelate der Rauchgewohnheiten von Studierenden und jungen Akademikern: Das Konzept der dyadischen Planung. *Psychomed*, 17:240-246
13. Bodenmann G (1997) Dyadic coping: A systemic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *Eur Rev Appl Psych* 47:137-141
14. Herrmann C, Buss U, Snaith RP (1995) HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Huber, Bern
15. Scholz U, Sniehotta FF, Burkert S, Schwarzer R (2007) Increasing physical exercise levels: Age-specific benefits of planning. *J Aging Health* 19:851-866
16. Hahlweg K (1996) Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik. Hogrefe, Göttingen
17. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P (2004) ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodynam* 23:322-330
18. Tabachnick BG, Fidell, LS (2001) Using multivariate statistics (4th ed.). Allyn & Bacon, Boston, MA
19. Knoll N, Scholz U, Burkert S, Roigas J, Gralla O (2009) Effects of received mobilized support on recipients' and providers' self-efficacy beliefs: A 1-year follow-up study with patients receiving radical prostatectomy and their spouses. *Int J Psychol* 44:129-137

20. Liang J, Krause NM, Bennett JM (2001) Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychol Aging* 16:511-523
21. Knoll N, Kienle R, Bauer K, Pfüller B, Luszczynska A (2007) Affect and enacted support in couples undergoing In-Vitro Fertilization: When providing is better than receiving. *Soc Sci Med* 64:1789-1801

Tabelle 1: Stichprobencharakteristika

	<i>M (SD)</i>	<i>n (%)</i>
Alter in Jahren	62.8 (6.0)	
P Alter in Jahren	59.2 (8.8)	
Paare mit Kindern		99 (88.4)
Schulbildung		
- Volks-/Realschule		102 (45.5)
- Abitur		104 (46.4)
- kein Schulabschluss		2 (0.9)
Berufsstand		
- berufstätig		89 (39.7)
- arbeitslos		13 (5.8)
- berentet		106 (47.3)
Tumorstadium		
- nicht tastbar (T1N0M0)		4 (3.6)
- tastbar (T2N0M0)		86 (76.8)
- außerhalb der Kapsel (T3N0M0)		22 (19.6)
nerverhaltende Operation		46 (40.9)

Anmerkung: P = Partnerin; 16 Teilnehmer machten keine Angaben zum Schulabschluss und zum Berufsstand

Tabelle 2: Veränderung der dyadischen BBT-Planung und Ängstlichkeit der Patienten und Partnerinnen im Gruppenvergleich

	Baseline				2 Wochen post OP				6 Monate post OP				ANCOVA (Gruppe) <i>F</i> (3,107)
	dyad.	dyad.	ind.	ind.	dyad.	dyad.	ind.	ind.	dyad.	dyad.	ind.	ind.	
	BBT	Ernährung	BBT	Ernährung	BBT	Ernährung	BBT	Ernährung	BBT	Ernährung	BBT	Ernährung	
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	
dplan	2.23 (1.19)	1.75 (1.12)	2.09 (1.22)	1.73 (0.99)	3.41 ^{ab} (0.91)	2.17 ^a (1.15)	3.04 (0.87)	2.24 ^b (1.24)					7.71***
P dplan	2.23 (1.06)	2.01 (1.08)	2.31 (0.98)	2.22 (1.22)	2.95 (1.16)	2.43 (1.22)	2.65 (1.14)	2.59 (1.14)					0.99
ängst	7.11 (3.46)	7.14 (3.02)	7.45 (4.20)	6.85 (3.98)					5.25 (3.84)	5.66 (2.93)	5.24 (3.35)	4.34 (2.97)	0.86
P ängst	8.21 (4.79)	9.97 (4.59)	9.38 (4.20)	9.53 (4.14)					4.68 ^c (3.67)	6.48 (2.78)	6.90 ^c (3.86)	4.61 (2.68)	3.82*

Anmerkung: *** $p < .001$; ANCOVA, kontrolliert für die t1-Messung; Kontraste zum Vergleich der dyadischen BBT-Gruppe und der

Kontrollgruppen: ^{ab} $p < .001$, ^c $p < .05$; dyad. = dyadisch, ind. = individuell, BBT = Beckenbodentraining, P = Partnerin, dplan = dyadische

Planung, ängst = Ängstlichkeit; $N = 112$.