

Herausgeber/Éditeurs:

- *Société Luxembourgeoise de Psychologie A.s.b.l. (SLP)*
- *Section de Psychologie, Université du Luxembourg*

Editorial

■ Sehr geehrte(r) Leser(in),

wir sind sehr erfreut, Ihnen hiermit die bereits siebte Ausgabe des BLP vorlegen zu können.

Nachdem im anwendungsbezogenen Teil der letzten Ausgabe der Tätigkeitsbereich eines Psychologen auf der Onkologiestation im Akutkrankenhaus dargestellt worden ist, wird Barbara Strehler-Kamphausen komplementär dazu in dem vorliegenden Heft das Berufsfeld der Psychoonkologie im Rahmen der 'Fondation Luxembourgeoise contre le Cancer' näher beschreiben.

Daneben freuen wir uns Ihnen einen wissenschaftlichen Beitrag von Dr. Tom Weidig zur Problematik des Stotterns präsentieren zu können.

In gewohnter Weise finden Sie auch in dieser Ausgabe einen Veranstaltungskalender und Neuigkeiten aus dem Bereich der psychologischen Forschung an der Universität Luxemburg sowie News der Luxemburgischen Gesellschaft für Psychologie (SLP) und der Vereinigung luxemburgischer Psychologiestudierender (ALEP).

Das Herausgeber-Gremium wünscht Ihnen eine anregende Lektüre.

T. Cornette

N. Ewen

G. Michaux

G. Steffgen (Schriftleiter)

Inhalt/Sommaire:

- Why do people stutter?
(Tom Weidig)
- Die Tätigkeit eines Diplom-Psychologen in der luxemburgischen Krebsstiftung 'Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer'
(Barbara Strehler-Kamphausen)
- News



SLP



SECTION DE
PSYCHOLOGIE

Why do people stutter? (T. Weidig)

■ This question has been and is puzzling people who stutter, people who hear them stutter but speak fluently themselves without even thinking how they speak, and the health professionals who try to help alike. Scientific and folk theories have been floating around through the centuries. Aristotle, who stuttered himself, thought of a malfunctioning tongue. Or, the people who stutter are just extra nervous when speaking, because everyone experiences stuttering in extreme situations. Psychoanalysts see clear underlying psychological conflicts arising from childhood, or suggest neurosis: people who stutter

might subconsciously derive gains. Asking people who stutter does not help much either. They generally have no clue why they stutter, but they can often predict when they will stutter, but not always. Treating stuttering has again been a true source of ingenuity. Some German surgeons advocated cutting out a part of the tongue. Another treatment involved not talking for 5 weeks. Yet other treatments include talking in rhythmic manner, antidepressants, or searching why you subconsciously want to stutter.

A puzzling disorder

■ Stuttering is a puzzling disorder. People who stutter report that they are unable to say certain words even though they know exactly what they want to say, but they just cannot say them. Stuttered speech involves hesitations, blocks, fillers like ehhhh, word substitution, avoidance of eye contact, face grimaces and more. Paradoxically, people who stutter are able to speak completely fluent under certain circumstances, e.g. talking alone, singing, speaking with a foreign accent, or in rhythm. On good days, they can be fluent, and on bad days they stutter on every second word. Sometimes they are stuttering mildly, but suddenly have a block and become much more disfluent, or the other way around. Some stutter openly and do not avoid speaking situations. Others stutter mildly, but their life is filled with fear and anxiety and centres around avoiding speaking situations whenever possible. They switch words around, get other people to make important phone calls, forget the answer even though they know the answer, order water rather than b-b-beer, and love emails. They look and behave like everyone else, not less intelligent, more nervous, or more psychologically disturbed. Stuttering is not a language problem, because people who stutter do not have language problems. It does not really seem to be a speech problem either, because people who stutter have the ability in some circumstances to speak completely fluently.

There are a few established facts about stuttering. Stuttering is really only a symptom of a disorder, persistent developmental stuttering or PDS. It is persistent, because it is not a temporary inability to speak fluently but persists from early childhood onwards. It is developmental, because it starts in early childhood when the child develops his or her speech capabilities. At around the age of 3, some children go through a period of disfluency. Most children recover naturally to become fluent speakers, but about 20% do not and their stuttering persists. They quickly develop secondary symptoms and suffer psychologically and socially.

There are also forms of acquired stuttering, which is due to a stroke or neurological incident in late adulthood. About 1% of a population has PDS. There are about three to four times more men with PDS than women. Occurrence of PDS often runs in families, and there are even extended families in Cameroon and Pakistan where most family members stutter. There is much more to PDS than overt stuttering. The analogy of the iceberg is often used to suggest that much suffering is hidden underneath unknown to the listener. Paradoxically, the bigger handicap arising from PDS is very often the psychological and social avoidance and suffering rather than the stuttering itself. Stuttering tends to increase when the workload of the brain increases during stress and emotionally or grammatically difficult speech.



Dr. Tom Weidig

Vice-chair of the British Stammering Association's Research Committee

Current treatment approaches

■ There are several treatment approaches, but none can be considered a cure. However, the consensus is that someone suffering from PDS can significantly reduce the psychological and social suffering and become an effective, if not always a fluent, speaker. Unfortunately, relapses in fluency are common occurrence, and lasting success requires a lot of patience and efforts. Often, people make sensational improvements and are shown on TV, but many experience a relapse after a few weeks when the camera is switched off. The effect is rather similar to a diet: the difficulty is not to lose weight, but not to regain weight within a year! The old habits are coming back easily. It also depends on the individual, and whether their stuttering is mild or more severe, and how much avoidance be-

haviour exists. There are two main schools of thoughts to make people more fluent: teach them speech techniques that insure fluent speech or teach them how to stutter more mildly. In fluency shaping, the patients learn how to speak more fluently by using techniques like gentle onset, slowed down speech, connecting syllables, and more. As they speak fluently, they do not have secondary symptoms and psychological and social issues should dissolve. In stuttering modification, the patients learn to deal with their stuttering to consciously allow stuttering but with less tension and reduction of secondary symptoms. Both approaches can be effective, and often have similar results. Another approach is to mainly work on psychological and social issues. This can be effective for very mild stut-

"There are several treatment approaches, but none can be considered a cure"

tering (or patients with psychological issues), and helpful for more severe stuttering in reducing the significant handicap that psychological and social effects bring about, but rarely does it bring fluency. All three approaches can happen within self-help groups, intensive stuttering therapy programs, or with a local speech and language therapist. However, local speech and language therapists often

Latest research

■ Why do people stutter? Stuttering is a highly complex disorder on a social, psychological, behavioural and neurological level with all levels interacting with each other. Despite a century long effort, it is fair to say that no-one really understands the underlying mechanism of stuttering nor does anyone have a theory of stuttering that can be and has been verified. Better therapy has mostly come from trial and error rather than a fundamental understanding of the disorder. The problem lies deeper than overt speech production, and probably involves language, speech planning and execution inside the brain. Unfortunately, until recently, there had been no useful tools available to study the living brain. But, it is now possible to look directly at the living brain in detail and a revolution is currently under way. The emerging consensus is that the brains of people with PDS show clear activation and structural differences to the normal population. Firstly, at rest, the activation level of the PDS brain compared to control subjects are the same. Secondly, there are clear differences during speech in the activation levels in various regions. Thirdly, in comparison, the speech-dominant left-brain is less activated and the right brain is more activated. Fourthly, even during fluent speech of people with PDS, there are differences in activation. Moreover, several groups now claim that the left-brain also shows a structural abnormality (which would fit with the different activation level). This is promising news, but theory building becomes important now. The experimental results need to be separated between causes and effects. On another front, genetics research has signalled out chromosomes (packages of genes) that are directly correlated with occurrence of PDS. Stuttering tends to run in families to the same degree that for example increased risk of breast cancer or heart attacks runs in families. What is the most likely mechanism for stuttering? The best guess is that something goes wrong on the neurological level at around an age of three, at the time when the language and speech region need to produce grammatically correct sentences. There might exist a structural weakness, most likely influenced by genetic predisposition or a neurological incident (like a blow to the head or an illness). Then the young brain must cope by recruiting other brain regions, most likely in the right brain. This compensatory system corrects the deficiencies, but is more sensitive to interference. This may explain why people with PDS can be perfectly fluent and will

have little experience with treating stuttering and resort to their own creativity to treat. Therefore, the author strongly recommends to only work with a therapist who has specialised in PDS. Finally, treatment with drugs is gaining grounds. Several drugs seem to reduce stuttering but with some side effects. Clinical studies are underway.

from work overload during stress and emotionally or grammatically difficult speech. Childhood disfluency evolves by learning secondary symptoms like blocks, reduced auditory feedback, fillers, avoidance and fears. The secondary symptoms reinforce and make stuttering much worse, which in turn creates very complex and very individual psychological reactions and social behaviour, which in turn makes stuttering a serious handicap.

Conclusion

■ The next years are going to be exciting, as our understanding of PDS will get better. But, there is no doubt in the author's mind that a better understanding of stuttering on a fundamental level is our best possible way forward towards more efficient therapy with fewer relapses. Every breakthrough in any field has been marred by setbacks, errors and delays. The key to success is to never ever give up!

Information

More information is found on the following websites:

www.stammering.org (English)

www.bvss.de (German)

www.begaielement.org (French)

Contact e-mail: tom.weidig@physics.org

Biography

Dr. Tom Weidig has PDS himself and is Vice-Chair of the research committee of the British Stammering Association and was a trustee before. Dr. Weidig is mostly interested in meta-analysis, but recently co-wrote two research articles on the long-term outcome of a fluency shaping therapy. He is a Luxembourg national and holds a Master's degree in Theoretical Physics from Imperial College London, and a PhD from the University of Durham. He was a researcher at the University of Manchester and the University of Cambridge. He has a blog (web diary) on research into stuttering:

<http://thestutteringbrain.blogspot.com>.

Die Tätigkeit eines Diplom-Psychologen in der luxemburgischen Krebsstiftung 'Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer' (B. Strehler-Kamphausen)

■ Die Aufgaben und Anforderungen an einen Diplom-Psychologen im ambulanten psychosozialen Dienst der 'Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer' (FLCC) sind sehr vielfältig und komplex. Zum Arbeitsbereich gehört das Angebot von Beratung und Psychotherapie für von einer Krebserkrankung betroffene Menschen (Patienten und Angehörige) ebenso wie eher niedrigschwellige Angebote im Sinne Informationsvermittelnder Veranstaltungen und Artikel über die psychosozialen Aspekte einer Krebserkrankung. Ein weiteres breites Tätigkeitsfeld umfasst die Multiplikatorenarbeit. Psycho-

onkologische Fortbildungen richten sich an das Pflegepersonal und an die zur Stiftung gehörenden ehrenamtlichen Mitarbeiter, die in der psychosozialen Patientenbetreuung eingesetzt werden. Im folgenden Erfahrungsbericht werden zwei Arbeitsschwerpunkte ausführlich behandelt:

1. die ambulante psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten und Angehörigen (Beratung und Psychotherapie)
2. Entwicklung und Durchführung von psychoonkologischen Fortbildungen für das Pflegepersonal.



Dipl.-Psych. Barbara Strehler-Kamphausen

Psychosoziale Abteilung der FLCC

Allgemeine Grundlagen

■ Orientierung und Grundlage psychoonkologischer Praxis bietet die psychoonkologische und medizinische Forschung. Die Psychoonkologie hat sich in den letzten 30 Jahren zu einer etablierten interdisziplinären Fachdisziplin entwickelt. Rege Forschungsaktivitäten sind zu verzeichnen. Die gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Versorgung der Patienten ein und bieten jenen Betroffenen Orientierung, die durch eine Vielzahl von Mythen und Theorien zum Thema 'Psyche und Krebs' verunsichert sind.

Untersucht werden die emotionalen Konsequenzen einer Krebserkrankung auf Patienten, Angehörige und auf das behandelnde Personal ebenso wie der Einfluss, den psychische, verhaltensabhängige und soziale Faktoren

auf das Erkrankungsrisiko und den Verlauf der Erkrankung haben. Unbestritten ist der Anteil verhaltensbedingter Risiken (Lebensstil, Krankheits- bzw. Gesundheitsverhalten) bei der Krebsentstehung. Als gesichert gilt auch die Möglichkeit einer Krebserkrankung infolge eines psychosomatischen Leidens (z.B. Morbus Crohn). Es gibt keine seriösen Studien, aus denen sich eine 'Krebspersönlichkeit' ableiten ließe. Unklar und umstritten sind die Ergebnisse für weitere psychosoziale Faktoren wie Verlust, Trauer, Depression (Fox, 1998a, 1998b). Trotz reger Forschungsaktivitäten lassen sich zurzeit keine allgemeingültigen Empfehlungen für eine 'richtige' Krankheitsbewältigung geben.

Ambulante psychoonkologische Versorgung von Patienten und Angehörigen (Beratung und Psychotherapie)

■ Die Diagnose Krebs ist mit einer Vielzahl von Belastungsfaktoren für den Patienten verbunden. Die Unsicherheit des Verlaufs, die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit, Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Alltagsfunktionen, sowie Veränderungen von sozialen Beziehungen sind nur einige Faktoren, die das psychische Wohlbefinden des Patienten beeinträchtigen.

Jährlich werden in Luxemburg 1800 Neuerkrankungen diagnostiziert, insgesamt beläuft sich die Zahl der Krebskranken in Luxemburg derzeit auf schätzungsweise 9000 Personen. Expertenschätzungen gehen bei 20-40% aller Krebspatienten von erheblichen psychischen Beeinträchtigungen aus (Weis et al., 1998). Die häufigsten Diagnosen sind dabei Belastungsstörungen, Angstreaktionen und depressive Störungen. Ebenso viele Patienten wünschen sich psychosoziale Begleitung. Aller-

dings sind diese beiden Gruppen nicht unbedingt deckungsgleich, da sich nicht zwingend die am stärksten belasteten Patienten an einen psychoonkologischen Dienst wenden.

Für die medizinischen Therapeuten als unmittelbare Ansprechpartner ist es oft ein Problem, den Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung bei einem Krebspatienten festzustellen. Angst und Depression bleiben oft unentdeckt und unbehandelt, gerade bei Patienten, die ihre Symptomatik nicht oder nur versteckt äußern können, unterschätzen die Therapeuten häufig den Schweregrad psychischer Symptome und deren Behandlungsbedürftigkeit. Möglichkeiten zur Optimierung der Bedarfserkennung existieren (z.B. Strittmatter, 1997), werden jedoch nach Erkenntnisstand der Autorin nicht systematisch eingesetzt.

■ Eine besondere Patientengruppe ist die, die einen Psychoonkologen aufsucht, um 'die psychischen Ursachen der eigenen Krebserkrankung zu beheben'. Diese Gruppe ist häufig verunsichert durch Berichte in den Medien, aber auch durch Selbsterfahrungsberichte von Krebspatienten, in denen Krebs psychologisiert und moralisiert wird (z.B. Sanders, 1997). Beispiele für Patientenaussagen sind in diesem Zusammenhang: 'Ich habe immer alles in mich rein gefressen - kein Wunder, dass ich Krebs bekommen habe' oder 'Krebs in der rechten Brust - Konflikte mit den Kindern, in der linken - mit dem Ehemann ('Konfliktknoten')' oder 'Es ist ein Kummerkrebs'. Mit dieser Patientengruppe gestaltet es sich gelegentlich mühsam, ein realistisches Ziel der Beratung zu formulieren und damit eine Basis für eine Zusammenarbeit aufzubauen, da nach heutigen Erkenntnissen Krebs eine multifaktoriell (und keine linear psychisch) bedingte Erkrankung ist und es somit auch keine 'Psychotherapie gegen den Krebs' gibt.

Patienten wenden sich in allen Phasen der Erkrankung an eine ambulante Krebsberatungsstelle, besonders

■ Eine 'Psychotherapie gegen den Krebs' existiert also nicht, ebenso wenig wie eine spezifische psychoonkologische Behandlung. Theoretische Bausteine und Methoden verschiedener therapeutischer Schulen fließen in psychoonkologische Behandlungskonzepte mit ein und dienen der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Häufig kommen verhaltenstherapeutische Methoden zum Einsatz, wie die verschiedenen Entspannungsverfahren, kognitive Umstrukturierung, verdecktes Konditionieren (Gedankenstopp), operante Methoden und Rollenspiele (Härtl & Schreiner, 2002). Als sehr nützlich erweisen sich Methoden der Hypnotherapie bei Schmerzen und zur Reduktion von Angst und Depression. Geleitete Imaginationen bieten dem Patienten Bewältigungshilfen beim Umgang mit den Nebenwirkungen der Chemotherapie.

Da die Diagnose einer Krebserkrankung einen biografischen Wendepunkt für ein gesamtes Familiensystem darstellen kann, haben systemorientierte Strategien ihren festen Platz innerhalb der psychoonkologischen Behandlungsansätze.

Kreative Ansätze wie Bibliothherapie, Musik- oder Tanztherapie erweisen sich für einen kleinen Anteil an Patienten als hilfreich, sind jedoch derzeit – im Unterschied zu den anderen oben genannten Methoden – für Patienten und ihre Angehörigen in Luxemburg als Angebot kaum vorhanden.

Die Behandlungsziele psychoonkologischer Interventionen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Reduktion von Angst und Depression
2. Entlastung durch Ausdruck von Gefühlen, Bedürfnissen, aber auch Klagen
3. Aneignung von Krankheitsbewältigungsstrategien, Umformen von 'ungünstigen' Einstellungen
4. Erlernen von Strategien zum Stressmanagement

häufig jedoch nach Abschluss der intensiven medizinischen Behandlung. Die Beendigung der Chemotherapie oder Radiotherapie wird nicht nur mit Erleichterung aufgenommen, sondern häufig auch als Verlust an Sicherheit empfunden, da die intensive Betreuung und Versorgung beendet wird.

In den letzten fünf Jahren hat sich das Angebot an psychoonkologischer Versorgung in Luxemburg erheblich verbessert, so dass es mittlerweile in den meisten Kliniken mit einem onkologischen Schwerpunkt psychoonkologische Abteilungen gibt. Meines Wissens sind mittlerweile sieben Psychologen im Angestelltenverhältnis im Bereich der Psychoonkologie spezialisiert. Hinzu kommen weitere Psychologen, die im Bereich 'palliative care' ihren Arbeitsschwerpunkt haben und damit Krebspatienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen zur Verfügung stehen. Dieser enorme Zuwachs an psychosozialen Betreuungsmöglichkeiten für Krebspatienten in den letzten Jahren konnte die FLCC als ambulante Krebsberatungsstelle entlasten.

5. Erlernen von Entspannungsübungen und Atemtechniken
6. Hilfe bei der Neuorientierung und Anpassung nach der Diagnose (z.B. Überdenken bisheriger Lebensziele und Prioritäten)
7. Verbesserung des Körpergefühls
8. Förderung der Kommunikation in Partnerschaft, Familie und weiteren sozialen Bezugssystemen
9. Hilfen bei der Klärung des medizinischen Sachverhaltes
10. Hinweis auf weitere verfügbare Hilfen (z.B. Nachsorgekuren)

Methodisch kommen vorwiegend psychoonkologische Einzelbehandlungen (psychosoziale Beratung oder Psychotherapie) zum Einsatz. Der Angehörige, das Paar oder die Familie können bei entsprechender Indikation ebenfalls Ziel der Intervention sein. Patientengruppen unter psychologischer Leitung sind ein gängiges Angebot für Patienten, werden jedoch in Luxemburg nur von einem kleinen Teil der Patienten genutzt. Bei Bedarf wird der Patient zusätzlich zur psychologischen Betreuung umfassend von einer auf Sozialarbeit spezialisierten Fachkraft der FLCC betreut (z.B. bzgl. stationärer Rehabilitation).

Viele Studien konnten die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität nachweisen (z.B. Fawzy et al., 1990). Emotionaler Stress kann verringert werden ebenso wie Angst und Depressivität. Unklar und uneindeutig sind die Ergebnisse, was die Verringerung der Rezidivrate oder die Verlängerung der rezidivfreien Zeit angeht, ebenso wie die Auswirkungen auf die Lebenszeit oder die Auswirkungen auf immunologische Parameter.

Entwicklung und Durchführung von psychoonkologischen Fortbildungen für das Pflegepersonal

■ In der medizinischen und pflegerischen Ausbildung werden Lehrinhalte der Psychoonkologie dem Pflegepersonal nur in einem geringen Masse vermittelt. Darüber hinaus existieren nur wenige gezielte Praxisbegleitende psychoonkologische Fortbildungen für diese Zielgruppe. Diese Situation ist bedauerlich, da auf der anderen Seite Krankenschwestern und Pfleger in quantitativer Hinsicht die wichtigsten Ansprechpartner onkologischer Patienten sind. Faktisch nehmen sie neben ihren medizinisch-onkologischen Aufgaben häufig beratende und begleitende Funktionen ein, da sie dem Patienten am unmittelbarsten zur Verfügung stehen (Pouget-Schors & Frick, 2002).

Um diesem Missverhältnis zwischen faktischer Beteiligung an der psychoonkologischen Versorgung einerseits und mangelnder Weiterbildung andererseits zu begegnen, hat die FLCC in Anlehnung an vorhandene Curricula (z.B. Broda & Muthny, 1990 sowie Marguire et al., 1996 und Andrey et al., 2001) eigene strukturierte psychoonkologische Trainingsprogramme entwickelt, die sie seit 1997 verschiedenen Zielgruppen regelmäßig anbietet (Pflegepersonal in der Klinik und in der häuslichen Versorgung, Sozialarbeiter). Diese psychoonkologischen Trainingsprogramme umfassen einen Grundkurs (18 Stunden), einen Aufbaukurs (18 Stunden) sowie einen Workshop zur Prävention von Burn-out (9 Stunden). Grundkurs und Aufbaukurs ergänzen sich in ihren Inhalten und werden in der Gruppensupervision (18 Stunden) vertieft. Alle Angebote sind

vom Gesundheitsministerium als berufliche Weiterbildung anerkannt.

Die Ziele von Grund- und Aufbaukurs lassen sich wie folgt beschreiben: Vermittlung gesicherten Wissens aus der psychoonkologischen Forschung, Wahrnehmungsförderung bzgl. psychosozialer Patientenbedürfnisse, Verbesserung der Kommunikationspraxis, Patientenzentrierte Interventionen (z.B. Krisenintervention)

Im Workshop Burn-out werden die Teilnehmer angeleitet, für ihre eigene Situation das Verhältnis spezifischer Belastungen und Ressourcen differenziert zu erfassen und Möglichkeiten der Prophylaxe von Burn-out zu erarbeiten. Weitere Vertiefungsseminare sind in Planung.

In den Seminaren wird auf ein praktisches Lernen in kleineren Gruppen großer Wert gelegt. Rollenspiele sollen die Erprobung und Umsetzung des Gelernten ermöglichen. Patienten werden zu bestimmten thematischen Schwerpunkten eingeladen, um von ihren Erfahrungen zu berichten. Ein Manuskript wird zur Verfügung gestellt.

Die Qualität der jeweiligen Weiterbildung wird über einen differenzierten Beurteilungsbogen durch die Teilnehmer eingeschätzt. Dabei zeigte sich in den vergangenen Jahren durchweg eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer. Unklar ist jedoch, welche tatsächlichen Effekte diese Personalqualifizierenden Maßnahmen auf die Patientenzufriedenheit haben. Hier fehlen bislang fundierte Untersuchungen.

Die Zukunft der Psychoonkologie in Luxemburg

■ Die Psychoonkologie hat in Luxemburg in den letzten Jahren deutlich an Popularität gewonnen. Stellen für spezialisierte Psychologen in den Akutkliniken und im ambulanten Bereich wurden geschaffen, parallel dazu stieg die Akzeptanz von Seiten der Patienten und des medizinischen Fachpersonals stetig an. Nach Erkenntnisstand der Autorin existierten vor 1996 für einen an Krebs erkrankten Patienten noch keine spezifischen psychoonkologischen Angebote, weder im ambulanten noch im stationären Bereich konnte der Betroffene auf spezialisierte Psychologen zurückgreifen. Der Nutzen 'psychoonkologischer Angebote' wurde in weiten Teilen der medizinischen Fachwelt noch mit großer Skepsis bedacht, wie die Autorin aus eigener Erfahrung weiß. Dies hat sich geändert. Sicherlich haben die jahrelangen Bemühungen der FLCC zur Bekanntmachung und Implementierung psychoonkologischer Angebote in

Luxemburg dazu einen Beitrag geleistet. Die Schaffung weiterer Psychologenstellen im Nachsorgebereich wird in Erwägung gezogen. In Zukunft sollten diese Angebote stärker verknüpft werden, um für Patienten das Netzwerk an Möglichkeiten transparenter zu machen. Eine sehr gute Initiative war hier die Schaffung des regionalen Arbeitskreises 'Qualitätszirkel Psychoonkologie TRILUX' im letzten Jahr, in dem sich Forscher und Praktiker aus der Region Trier / Luxemburg regelmäßig austauschen, informieren und kollegial fortbilden.

Die Fortbildungsangebote der FLCC für medizinisches Fachpersonal im Bereich der Psychoonkologie erfreuen sich einer guten Resonanz und werden rege genutzt. Als Antwort auf diesen stetigen Bedarf wird ein erweitertes Angebot geplant, um die Integration psychosozialer Sichtweisen in der Onkologie vorantreiben zu können.

Literatur

- Andrey, M. et al. (2001). Communication skills training in oncology: the Swiss model. *Psycho-oncology*, 10, 30.
- Broda, M. & Muthny, F. A. (1990). *Umgang mit chronisch Kranken. Ein Lehr- und Handbuch der psychosozialen Fortbildung*. Stuttgart: Thieme.
- Fawzy, F. I. et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients, I: changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fox, B. H. (1998a). Psychosocial factors in cancer incidence and prognosis. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 110-124). New York: Oxford University. (1998b). A hypothesis about Spiegel et al.'s 1989 paper on psychosocial intervention and breast cancer. *Psycho-oncology* 7, 361-370.
- Härtl, K. & Schreiner, M. (2002). Verhaltenstherapie. In Tumorzentrum München (Ed.), *Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Psychoonkologie* (1. Aufl.) [Manual]. München: Autor..
- Maguire, P. et al. (1996). Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills – the impact of workshops. *Eur J Cancer*, 32, 1846-1849.
- Pouget-Schors, D. & Frick, E. (2002). Psychoonkologische Fortbildung für Ärzte und Pflegepersonal. In Tumorzentrum München (Ed.), *Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Psychoonkologie* (1. Aufl.) [Manual]. München: Autor.
- Sanders, E. M. (1997). *Leben! Ich hatte Krebs und wurde gesund*. München: Heyne.
- Strittmatter, G. (1997). Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Teil IV: Entwicklung eines Screening-Instrumentes zur prognostischen Einschätzung der Betreuungsbedürftigkeit von Patienten mit Haut- und Gesichtstumoren. Münster: Waxmann.
- Weis, J. et al. (1998). Bedarf psychoonkologischer Versorgung in Deutschland – ein Ist-Soll-Vergleich. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 48, 417-424.

Section de Psychologie: News

■ Im Rahmen des Graduiertenfachs Psychobiologie (Kooperationsstudium der Universitäten Trier und Luxemburg) fand mit Unterstützung des 'Fonds National de la Recherche' (FNR) und der 'Fondation Weicker' vom 12.-14. September '05 die '4th Summer School of Psychobiology' mit dem Thema 'Psychobiology of Pain' im Alvisse Parc Hotel in Luxembourg-Dommeldange statt.



Die Veranstaltung, an der insgesamt rund 45 Doktorenden und promovierte Nachwuchswissenschaftler teilnahmen, widmete sich den neuro- und psychobiologischen Mechanismen des Schmerzes. Fünf internatio-

nal renommierte Experten (Prof. T. Blumenthal, Prof. H. O. Handwerker, Prof. K. Davis, Dr. R. Rolke, Prof. C. Sommer) stellten ihre aktuellen Forschungsfelder und -ergebnisse im Rahmen von Vorträgen vor und animierten Diskussionsgruppen sowie praktische Workshops.

■ Prof. Dr. Fernand Anton und Dr. Gilles Michaux stellten ein Poster mit dem Titel 'Potent antihyperalgesia by the glucocorticoid dexamethasone in a human surrogate model of neuropathic-like pain' im Rahmen des diesjährigen '11th World Congress on Pain' in Sydney (Australien; 21.-26. August '05) vor.

■ Die Universität Luxemburg war durch Prof. Dr. Georges Steffgen an der '10. Tagung der Fachgruppe Sozialpsychologie' in Jena (26.-28. September '05) vertreten. Er hat im Rahmen dieser Tagung ein Poster zum Thema 'Erhöhen gewaltvolle Kinofilme die Aggressivität? Befunde einer Feldstudie bei Kinobesuchern' präsentiert.

SLP News

■ Gilles Michaux nahm als Vertreter und Vorsitzender des Verwaltungsrates der Luxemburgischen Gesellschaft für Psychologie (SLP) an der diesjährigen Generalversammlung der Europäischen Föderation der Berufsverbände von Psychologen (European Federation of Psychologists' Associations; EFPA) teil (9. u. 10. Juli 2005).

■ Der Projektvorschlag für ein 'European Diploma in Psychology (EuroPsy)' wurde einstimmig von der Generalversammlung der EFPA angenommen und soll nun auf Experimentalbasis in einzelnen Mitgliedsländern der EFPA umgesetzt werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter folgender Website: <http://www.efpa.be>.



ALEP News



■ Le Comité de l'ALEP a depuis longtemps manifesté la volonté d'inscrire l'association dans les mentalités et les habitudes des étudiants. En effet, bien que beaucoup de ses membres étudient la psychologie à l'étranger, cette proportion va diminuant en relation étroite avec les développements récents que connaît la Section de Psychologie de l'UL.

Cependant, l'ALEP en tant qu'association nationale se doit non seulement de représenter et de défendre les intérêts des étudiants à Luxembourg, mais elle se devait également d'être beaucoup plus proche d'eux. Dans ce dessein, l'ALEP a créé au cours de l'année académique 2004/2005 un bulletin d'information mensuel distribué aux étu-

dants en psychologie à l'UL. Pour la rentrée académique 2005, le Comité de l'ALEP a tenu à leur réserver une surprise de taille. Ainsi, il a été décidé que tous les étudiants en psychologie de l'UL se verraient attribués d'office et gratuitement le titre de membre de l'ALEP, et ce jusqu'à la fin du mandat 2005. Ils recevront ainsi gratuitement le journal « De Psycho-lo » et pourront profiter de tous les services réservés aux membres qu'offre l'ALEP. Si le Comité de l'Association a décidé de conduire cette action c'est dans l'espoir qu'une assistance plus implicite aux activités de l'association amènera les étudiants à développer leur sens communautaire et à se rapprocher afin d'œuvrer dans le sens de leurs propres intérêts.

Redaktion/Rédaction

Dr. Thames Cornette
Ass.-Prof. Norbert Ewen
Dr. Gilles Michaux
Prof. Dr. Georges Steffgen

Anschrift/Adresse

SOCIETE LUXEMBOURGEOISE
DE PSYCHOLOGIE A.S.B.L.
Rédaction BLP
B.P. 1787
L-1017 Luxembourg

TEL.:

(++352) 466644-6644

FAX:

(++352) 466644-6281

E-MAIL:

georges.steffgen@uni.lu

Internet

Besuchen Sie uns unter:

Visitez notre site sous:

www.slp.lu

www.cu.lu/psychologie

Veranstaltungskalender/Manifestations

Forum: Prise en charge psychologique dans la grande région

Org.: Groupe de support psychologique
de l'Administration des services de
secours du G.-D. de Luxembourg

22 octobre 2005
Chambre des Métiers
2, circuit de la Foire
L-1347 Luxembourg-Kirchberg

X. Workshop-Aggression Emotionen und aggressives Verhalten

Org.: Universität Luxemburg;
Steffgen & Gollwitzer

3.-5. November 2005
Uni Luxemburg, Campus Limpertsberg
<http://www.aggression-workshop.de/2005>
(N.B. Registrierungsfrist abgelaufen)

Aus-, Fort- und Weiterbildung/Formation

■ Im Rahmen eines Kooperationsabkommens mit dem IFS (Institut für Familientherapie, systemische Supervision und Organisationsentwicklung) bietet der CERES der Stiftung Kannerschlass ab dem Jahr 2006 eine dreijährige Berufsbegleitende Weiterbildung in systemischer Familientherapie und Supervision an. Angesprochen sind Mitarbeiter aus der psychosozialen Versorgung (Psychologen, Sozialarbeiter, Heilpädagogen und Ärzte) und aus der Bildungs- und Kulturarbeit.

Die Fortbildungsreihe findet in
Luxemburg statt.

Weitere Infos erhalten Sie
von Herrn Dipl.-Psych. G. Pregno

Tel: (+352) 59 59 59

E-Mail: gilbert.pregno@kannerschlass.lu

Vorschau/Prochainement

Für die nächste Ausgabe des BLP ist u.a. ein Artikel zur Psychologie der Arbeitslosigkeit geplant.

La prochaine édition du BLP sera consacrée e.a. à la psychologie du chômage.

Die *Luxemburgische Zeitschrift für Psychologie* erscheint vierteljährlich.
Le *Bulletin Luxembourgeois de Psychologie* paraît quadrimestriellement.
Eine elektronische Volltextversion ist unter untenstehenden Internetadressen erhältlich.
Une version informatisée du document peut être téléchargée aux adresses suivantes:

<http://www.slp.lu> — <http://www.cu.lu/psychologie>

UNIVERSITÉ DU LUXEMBOURG
SECTION DE PSYCHOLOGIE
162A, avenue de la Faïencerie
L-1511 Luxembourg

<http://www.cu.lu/psychologie>

SOCIETE LUXEMBOURGEOISE
DE PSYCHOLOGIE A.S.B.L.
B.P. 1787
L-1017 Luxembourg

<http://www.slp.lu>

Auflage – Tirage: 250 Exempl.
Druck – Imprimerie: Beffort S.A.