

Die Medizin hat die Aufgabe, den Kranken nicht nur am Leben, sondern auch im Leben zu halten.¹

Hilfe in der Lebenskrise

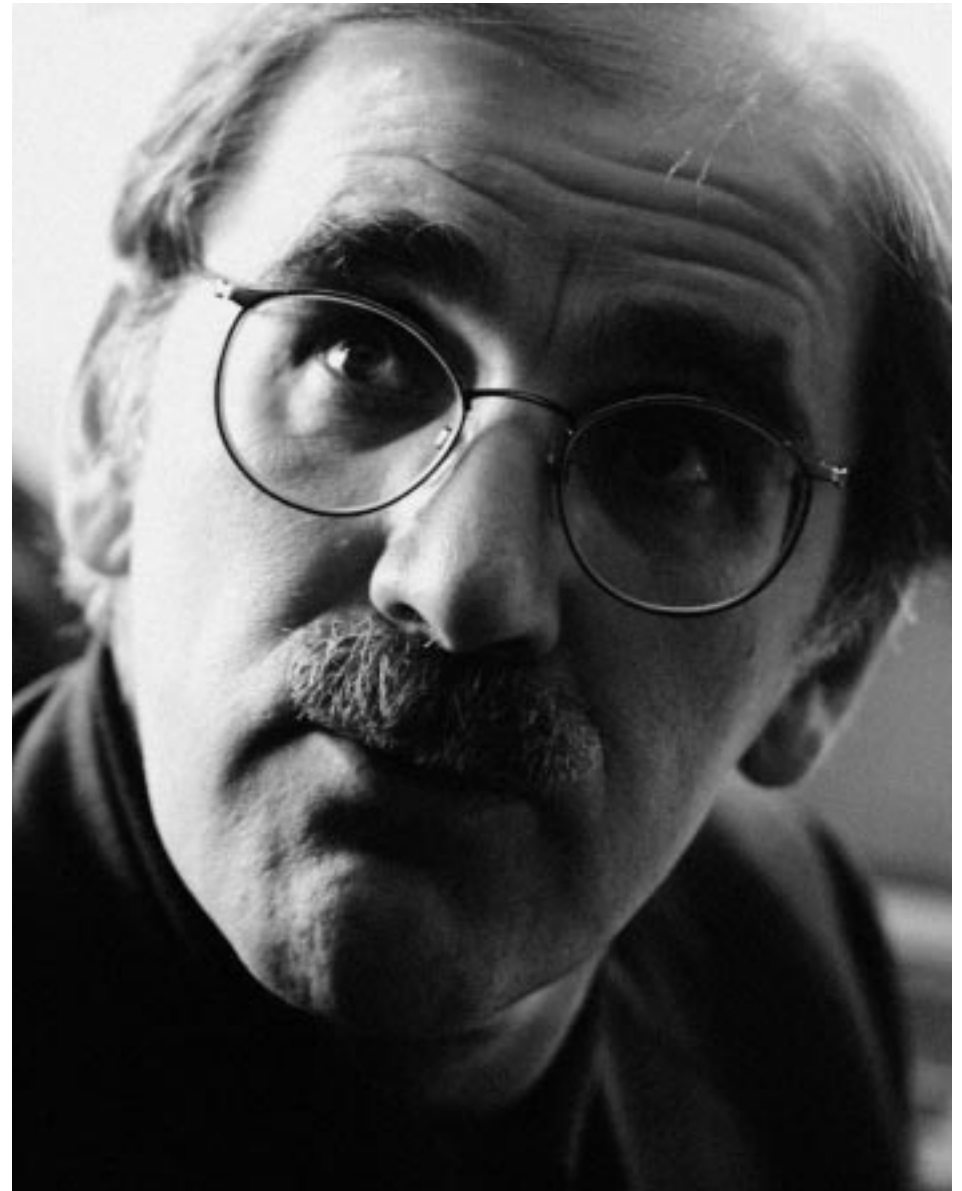
Die ganzheitliche Betreuung von Tumorkranken
 Von Wolfgang Senf

Trotz der Vielfältigkeit der Tumorerkrankungen und trotz moderner Therapiemethoden hält sich im Sprachgebrauch hartnäckig ein allgemeines Stereotyp: „Krebs“. Es lässt, da assoziiert mit Vorstellungen wie „Aussatz unserer Zeit“², mehr an mittelalterliche Seuchenzüge mit Siechtum und Ausgrenzung denken, denn an moderne Medizin. Wie bei keiner anderen lebensbedrohlichen Erkrankung, ausgenommen AIDS, kann die Diagnose „Krebs“ über die reale körperliche Bedrohlichkeit hinaus allein schon durch den metaphorischen Überbau und die damit verbundenen persönlichen Unheilserwartungen traumatisch wirken: Über die ängstigenden Krankheitserwartungen und die krankheits- und therapiebedingten Beeinträchtigungen hinaus erfährt der Betroffene durch das Stigma

„Krebs“ einen vielschichtigen psychosozialen Leidenskomplex. Die Forderung nach einer „ganzheitlichen Betreuung“ von Tumorkranken, die biologische, psychische und soziale Aspekte gleichgewichtig einbezieht, wird deshalb nicht von ungefähr gerade in der Onkologie mit besonderem Nachdruck erhoben³. Es ist die Realisierung der besonderen Belastungen, denen Tumorkranke und deren Angehörige ausgesetzt sind, und dessen, was die Arbeit mit Tumorkranken für Pflegenden und onkologisch tätige Ärzte bedeutet⁴.

Allgemein betrachtet bedeutet „ganzheitliche Betreuung von Tumorkranken“ das professionelle Zusammenwirken von Onkologie und Psychoonkologie. Hier soll die Perspektive der Psychoonkologie dargestellt werden.

Wolfgang Senf Foto: Anahit Zelik



Krebs und Psyche

Der Zusammenhang zwischen Krebs und Psyche wird kontrovers diskutiert und interpretiert. Dabei taucht heute leider immer noch die ungetunte Vorstellung auf, „Krebs“ sei psychisch bedingt, oder es besteht sogar die Überzeugung von einer „Krebspersönlichkeit“, die schicksalhaft zur Tumorerkrankung führe und den Krankheitsprozess weitertreibe. Dieser Mythos, der dazu geführt hat, dass kranke Menschen zusätzlich psychopathologisiert werden, ist wissenschaftlich nicht belegt. Wenn psychische Faktoren eine Rolle spielen sollten, dann kann das lediglich als teilfaktorielles Geschehen in einem komplexen Bedingungsgefüge angenommen werden, über dessen Gesetzmäßigkeiten wir heute noch sehr wenig wissen.

Dass eine Tumorerkrankung zwangsläufig zu einer psychischen Störung von Krankheitswert führen soll, ist ebenso falsch. Wenn krankheitswertige psychische Störungen auftreten, dann handelt es sich in der Regel um eine zusätzliche Erkrankung, die unabhängig von der Krebserkrankung besteht, durch diese allerdings forciert oder ausgelöst worden sein kann.

Verglichen mit der Normalbevölkerung leiden Tumorpatienten zwar häufiger an depressiven Symptomen, jedoch ohne die Schwelle zur Krankheit im Sinne einer psychiatrischen Diagnose in den üblichen Klassifikationssystemen (vor allem Major Depression oder Dysthymie) zu überschreiten. Sie unterscheiden sich hinsichtlich anderer psychologischer und psychiatrischer Probleme nicht von der Normalbevölkerung⁵.

Psychisches Leiden jedoch, das zumindest eine psychosoziale Beratung oder auch Betreuung notwendig macht, tritt bei weit mehr als der Hälfte der Betroffenen im Verlauf einer Krebserkrankung auf. Denn: Die Realität einer Krebserkrankung führt in menschliche Extremsituationen, die der betroffene Kranke, seine

Familie und sein psychosoziales Umfeld bewältigen müssen.

Für die meisten Patienten hat die Diagnosemitteilung zunächst einen existenziell belastenden Effekt, der akuten psychologischen Distress auslöst. Die Mehrzahl der Patienten überwindet dieses akute Stadium und adaptiert sich an die Herausforderungen ihrer Krankheit. Diese Prozesse, die durch die Tumorerkrankung ausgelöst sind und deren Ziel eine möglichst funktionale Anpassung an die veränderte körperliche, psychische und soziale Situation ist, werden unter dem Begriff Krankheitsbewältigung (Coping) zusammengefasst⁶.

Bei einer substanzialen Minderheit von Patienten verlaufen diese Anpassungsprozesse jedoch dysfunktional, das Fortbestehen der psychischen Belastung durch die Tumorerkrankung kann dann zu einer dysfunktionalen Anpassungsreaktion mit depressiven, ängstlichen oder gemischten affektiven Störungen⁷ führen. Dann besteht allerdings die Gefahr eines chronifizierten Distresses. Zusammen mit den biologisch-körperlichen Folgen der Krebserkrankung beeinflusst solcher Distress dann entscheidend die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten⁸.

Psychoonkologische Versorgung

An dieser Stelle können psychologisch und psychotherapeutisch geschulte Fachleute – als Psychoonkologen gekennzeichnet – Unterstützung bieten. Die Funktion des Psychoonkologen soll sich idealerweise als Entlastung für alle Beteiligten auswirken, nicht nur für die Patienten und deren soziales Umfeld, sondern ebenso für die Behandlungsteams. Dass die psychische Belastung aller an der Behandlung und Betreuung von Tumorpatienten Beteiligten außerordentlich hoch sein kann, bedarf keiner besonderen Hervorhebung. Wir müssen davon ausgehen, dass diese emotionalen Belas-

tungen in vielen Fällen zu einem Gefühl des „Ausgebranntseins“ auf Seiten des Behandlungsteams führen. Bei Partnern von Krebskranken sind Überlastungsreaktionen zu erwarten. Wir wissen, dass die durch ihre eigene emotionale Belastung oft kompliziert angelegten Unterstützungsversuche von Angehörigen häufig als zusätzliche Belastung verstanden werden.

Die Unterstützung des medizinischen Personals durch den Psychoonkologen erfolgt, neben der direkten Versorgung der Patienten, durch Balint-Arbeit, Teambearbeitung, Supervision, Fortbildung. Diese Begriffe kennzeichnen international angewendete und bewährte Konzepte und Programme. Dadurch, dass das medizinische Personal im Sinne einer „therapeutischen Gemeinschaft“ einbezogen wird, werden auch spezifische Belastungen geringer, die im Umgang mit Krebskranken bekannt und gefürchtet sind, wie etwa das schon genannte Burn-out-Syndrom.

Die nachhaltige Wirkung psychoonkologischer Arbeit – auch wenn sie oft nicht messbar ist – erhöht die Sensibilität des medizinischen Personals für die besonderen Probleme der Tumorpatienten, was dann zur eigenen Entlastung und zur Entlastung der Patienten beiträgt. Bei den Patienten wird das Prinzip Hoffnung gestärkt, was zu besserer Compliance, zu besserer Akzeptanz der Behandlung und schließlich zu einer besseren Lebensqualität führt.

Psychoonkologische Perspektive

Trotz der klaren Notwendigkeiten, Aufgaben und der nachgewiesenen Wirksamkeit hat es die Psychoonkologie noch schwer, sich im Medizinbetrieb im ausreichenden Umfang zu etablieren. Dafür sind nicht nur ökonomische Gründe verantwortlich zu machen. Es bestehen auch Schwierigkeiten, die sich aus den Besonderheiten der psychoonkologischen Perspektive ergeben. Entscheidend für das Gelingen der psychoonkolo-

gischen Versorgung ist, dass die spezifische psychoonkologische Perspektive verstanden, zumindest aber als spezifische Kompetenz anerkannt und akzeptiert wird.

Gefährlich ist vor allem die Erwartung, Psychoonkologen wären in der Lage, psychische Probleme ebenso rasch wie somatische beseitigen zu können. Etwa: Wenn der Psychoonkologe schon den Diagnoseschock mildern geholfen hat, so müsste das ebenso rasch möglich sein bei Verhaltensauffälligkeiten in Folge von Depression und Angstzuständen während des Krankenhausaufenthaltes, bei Verzweiflung und Protest infolge von Körpergliedverlust oder bei auftauchenden Partnerproblemen im Rahmen von Chemotherapien.

Verstärkt wird diese Gefahr noch dadurch, dass in der Krise der Psychoonkologe auch einmal die Sicht des Patienten übernehmen wird, wenn er sich unter dem Aspekt der Lösungsfindung stärker mit dem Patienten identifizieren muss. Übernimmt der Psychoonkologe aber die Sicht des Patienten und bringt er das Anliegen des Patienten auch noch zur Sprache, dann kann ihm das auch selbst die Etikettierungen einbringen, die seinen Patienten zum „nervenden Problemfall“ haben werden lassen.

Vom Helfer zum Störenfried

Dadurch, dass die Psychoonkologen zwischen zwei Funktionen eingezwungen sind, einer Assistenzfunktion einerseits und einer eigenständigen psychoonkologischen Funktion mit einer spezifischen Kompetenz andererseits, kann es im Arbeitsfeld der Psychoonkologen zu Spannungen mit dem medizinischen Personal kommen – es muss sogar dazu kommen. Der Psychoonkologe als „Helfer“ kann auch zum „Störenfried“ werden, entgegen dem verständlichen Wunsch nach einem reibungslosen Ablauf der Patientenbetreuung. Wie ist das zu verstehen?

Die psychoonkologische Arbeit setzt ein bei der Aufklärung des Patienten durch den behandelnden Arzt. Hier haben Psychoonkologen in erster Linie eine Assistenzfunktion⁹. Sie haben die Aufgabe, die Arzt-Patient-Beziehung zu unterstützen und zu fördern, also neben und hinter dem behandelnden Arzt zu stehen und ihm im Gespräch mit dem Patienten „die Vorfahrt zu lassen“. Das hören Psychoonkologen zwar nicht so gerne, unbezweifelbar ist aber, dass der Glaube und das Vertrauen des Patienten in die Sicherheit des behandelnden Arztes vor allem anderen dabei hilft, das Trauma der Diagnose und die Schwierigkeiten der Krankheit und deren Behandlung durchzustehen. In gleicher Weise unterstützen die Psychoonkologen als Assistenten die Arbeit des Pflegepersonals. Schwergewicht haben dabei alle Hilfen, die die Krankheitsverarbeitung und die Compliance verbessern.

Es gibt aber Situationen, in welchen die Psychoonkologen aus der Assistenzfunktion heraustreten und auf ihre eigene Kompetenz zurückgreifen müssen. Das geschieht immer dann, wenn es zu Beziehungskrisen in der Arzt-Patient-Beziehung oder zwischen Patient und Pflegepersonal kommt.

Beziehungskrisen zwischen Arzt und Patient resultieren oft allein schon aus der Tatsache, dass Fakten allein noch keine Wahrheit machen: Der Mensch ist nicht selbstverständlich in der Lage, sachlich vorzutragen und objektiv richtige Fakten angemessen in seine persönliche Lebenswirklichkeit zu übertragen. Und das gilt in besonderer Weise für Tumorkranke.

Naturgeschichte der Krankheit – Lebensgeschichte des Kranken

Jeder Arzt kennt Patienten, die trotz geheimer Behandlung und guter Prognose auf jede gute Nachricht mit Misstrauen und Vorwürfen reagieren oder die auf Schmerzzuständen beharren, die klinisch nicht er-

klärbar sind, oder Patienten, die depressiv werden, obwohl ihr Leben gerettet ist und es ihnen aus medizinischer Sicht wieder gut geht. Um solche unverständlichen Verhaltensweisen und Verhaltensauffälligkeiten, die die Beziehung zwischen medizinischem Personal und Patienten stark belasten können, zu verstehen, muss zwischen der äußeren Realität und der inneren Realität des Kranken unterschieden werden.

Äußere Realität meint die Naturgeschichte der Krankheit mit all ihren medizinischen und psychosozialen Folgen.

Innere Realität meint die subjektive Bedeutsamkeit, die der Kranke seiner Erkrankung vor dem Hintergrund seiner eigenen Lebensgeschichte erteilt.

An der folgenden Fallgeschichte soll erläutert werden, wie die spezifischen psychoonkologischen Kompetenzen die Naturgeschichte der Krankheit mit der Lebensgeschichte des Kranken verbinden können.

Bei einer Patientin mit einem hoch differenzierten Liposarkom einer Gesäßhälfte mit Resektion im Bereich der rechten Glutealmuskulatur ist das von ihr geklagte Ausmaß an Schmerzen weder aus dem klinischen Befund noch aus der Medikation erklärbar. Sie verlangt immer stärkere Medikamente, die sie dann aber nicht zuverlässig einnimmt. Vorwurfsvoll fordert sie Termine in immer kürzeren Abständen, für die Onkologen wird sie zunehmend zur Belastung.

Erst das ausführliche Gespräch kann zutage fördern, dass der Schmerz auch eine andere Ebene hat, die mit ihrer Lebensgeschichte zusammenhängt. Sie war immer stolz auf ihren als „makellos“ erlebten Körper. In ihrer durch Kränkung und Entwertung belasteten Kindheit und Jugend hatte sie sich immer mit der geheimen Phantasie geträumt, dass sie einmal Tänzerin werde – was sie auch vorübergehend war, allerdings unter nicht sehr glücklichen Umständen –, um damit Aufmer-

samkeit zu bekommen und bewundert zu werden, eine Phantasie, mit der sie sich auch als Erwachsene in seelischen Nöten und bei Krisen trösten konnte.

Nach der Operation erlebte sie nicht nur tiefe Scham darüber, dass sie ihren Körper als unwiederbringlich beschädigt erlebt und sich deshalb entwerthen muss, sondern sie kann auch nicht mehr auf die sie tröstende Phantasie, Tänzerin zu sein, zurückgreifen. Bedrohlich für sie ist dabei, dass sie nicht mehr über einen Bewältigungsmechanismus bei Krisen verfügen kann, der sich für ihr Leben bewährt hat.

Vor diesem Hintergrund hat das Schmerzerleben eine existenziell wichtige Funktion für die Patientin: Es schützt sie vor der Scham. Auch vermeidet sie mit dem Schmerz, mit dem Arzt über sie beschämende Dinge sprechen zu müssen. Zudem hat das Schmerzerleben – so paradox das auch erscheinen mag – die sie tröstende Funktion ihrer ehemals narzistischen Phantasie übernommen. Das Schmerzerleben ist zum Inhalt ihres Lebens geworden, wobei sie sich darüber gleichzeitig in der Phantasie – und sogar in der Realität – Aufmerksamkeit und Zuwendung sichern kann. Es ist übrigens in der Psychotherapie aus den genannten Gründen nicht gelungen, ihr die Schmerzen zu nehmen. Es war aber die Aufgabe des Psychoonkologen, in dieser Krise in der Arzt-Patient-Beziehung zwischen beiden zu vermitteln und Verständnis für das Verhalten der Patientin zu erwirken.

Vermeidung menschlicher „Zwischenfälle“

Beziehungskrisen in der Arzt-Patient-Beziehung sind menschliche „Zwischenfälle“, die zu vermeiden eine der vordringlichen Aufgaben psychoonkologischer Versorgung ist, wie sich an der folgenden Fallgeschichte aus der psychosomatischen Ambulanz aufzeigen lässt¹⁰.

Der beratende psychoonkologische Arzt wird zu einem an Krebs erkrankten Patienten mit schlechter Prognose gerufen. Wegen „schwerer Depression und aggressiven Verhaltens“ wurde um Mitbehandlung bzw. um geeignete Medikation gebeten. Bei der Vorbesprechung auf der Station kommen die zunehmend heftigen aggressiven Auseinandersetzungen mit dem Stationspersonal zur Sprache. Alle fühlen sich in die Konflikte des Patienten mit seiner Ehefrau hineingezogen: Man befürchtet, sie wolle ihn in seiner Krankheit verlassen. Auf der Station ist eine gespannte Stimmung zwischen Besorgnis und Entrüstung wahrzunehmen.

Der Patient, Mitte 50, wirkt bei der vorsichtigen psychosomatischen Untersuchung keineswegs „schwerdepressiv oder gar „unkontrolliert“ aggressiv, er ist sehr traurig, verzweifelt und – wütend. Das Gespräch bringt seine Enttäuschung und Wut darüber zum Ausdruck, dass er wegen seines körperlichen Zustandes zu Recht befürchtet, sein Haus nicht mehr fertig sanieren zu können. „Mein Lebenswerk“ für die zahlreichen Kinder, wie er es nennt. Der Konflikt mit seiner Frau entpuppt sich als eine tiefe Beschämung, sie „unbehaust zurückzulassen“. Die Vertiefung der psychosomatischen Untersuchung fördert ein wichtiges biographisches Detail zutage: Der Vater hatte die Mutter mit den zahlreichen Geschwistern „unerwartet plötzlich im Stich gelassen“. Als der Älteste hatte er „der Mutter geschworen, es dem Vater nie gleichzutun“. Bei dieser Erinnerung weint der Patient. Er spricht über seine Beschämung und Wut über sich selbst, „mich wie der Vater aus dem Staube zu machen“.

Nach zwei weiteren therapeutischen Gesprächen fasst der Patient den Entschluss, sich mit aller ihm verbleibenden Kraft gemeinsam mit seiner Frau um die Fertigstellung des Hauses zu kümmern. Gleichzeitig kann er sich im Besein seiner Frau der tiefen Traurigkeit und Beschä-

mung stellen. Eine Medikation erübrigt sich, die aggressiven Auseinandersetzungen hören auf.

Was war geschehen? Der Patient hatte seine Trauer, Verzweiflung, Beschämung und Wut als begründete bzw. sinnvolle Affekte über seinen körperlichen Zustand zur Sprache bringen und dann als berechtigt akzeptieren können, was dann auch seine Familie und das Stationspersonal nachvollziehen konnten. Das hat in seiner Krankheit zu einer deutlichen Erhöhung seiner Lebensqualität geführt.

Lebensqualität

Mit der psychoonkologischen Perspektive hat sich in der Bewertung onkologischer Therapie ein Paradigmenwechsel vollzogen: Nicht mehr nur die Besserung der klinischen Symptomatik oder die Verlängerung des Lebens sind alleinige Bewertungskriterien für die Therapie. Bewertungskriterium ist ebenso die Art und Weise, wie der erkrankte Mensch seinen körperlichen Zustand bzw. seinen Zustand in oder nach einer medizinischen Behandlung subjektiv erlebt.

Aus somatisch-medizinischer Sicht ist der Begriff der Lebensqualität manchmal zu sehr an einem gesellschaftlich verbreiteten Wunschbild eines weitgehend normalen Lebens orientiert. Ein Leben mit progressivem Krebs verliert aber immer an Lebensqualität, gemessen an einem „normalen“ Leben. Es fehlt in diesem Konzept die Dimension, dass das Leben auch sinnvoller werden kann, obwohl körperliche Verfassung und Funktionstüchtigkeit abnehmen und Schmerz, Trauer, Depression und Angst das Leben bestimmen. Es fehlt auch die Dimension, dass das Erlebnis, krebskrank gewesen zu sein, den Wunsch nach einer Veränderung der Werte und der Lebensgestaltung nach sich zieht. Hier liegt eine weitere wesentliche psychoonkologische Perspektive, die sich an dieser Stelle mit

philosophischen Fragen und Fragen der Ethik überschneidet.

Ausblick

Das Erscheinen dieses Beitrages an dieser Stelle zeigt auf, für wie ernst und wichtig die ganzheitliche Betreuung von Tumorpatienten und damit die psychoonkologische Perspektive und Arbeit an dem Onko-

logic, i.e. the ability to sustain patients not only physically but also psychologically. Therefore psycho-oncology plays a crucial role in the treatment of cancer patients. Psychooncological practice includes the support of medical staff with Balint work, team counselling, supervision and training, psychosocial counselling for patients, integration of self-help groups,



Edvard Munch: Tod im Krankenzimmer (1895, Oslo, Nationalgalerie)

logischen Zentrum der Medizinischen Einrichtung an der Universität Essen genommen wird. Dennoch: diese Perspektive fällt Sparzwängen häufig zuerst zum Opfer.

Summary

The diagnosis of cancer presents patients and their families with a huge challenge to cope with psycho-oncology gets to the basis of medi-

counselling for relatives, deathbed counselling, and psychotherapeutic care of problem patients in acute psychic crisis as well as psychotherapy for patients with psychological disorders.

Anmerkungen:

1) Sellschopp A (1989): Die gegenwärtige Lage der Psychoonkologie. In: Brähler E, Dahme B, Klapp B F (Hrsg.): Psychosoziale Onkologie. Jahrbuch der medizinischen Psychologie

- 2) Dornheim J (1983): Kranksein im dörflichen Alltag – Soziokulturelle Aspekte des Umganges mit Krebs. Bd. 57. Ludwig-Uhland-Institut, Tübingen
- 3) Schwarz R, Stump S (2000): Onkologische Erkrankungen. In: Senf W, Broda M (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. Thieme
- 4) Herschbach P (1991): Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. VHC, Weinheim
- 5) Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ (1997): Psychological sequelae of cancer-diagnosis: a metaanalytical review of 58 studies after 1980. Psychosom Med 59, 280–293
- 6) Übersicht bei: Heim E (1998): Coping – Erkenntnisstand der 90er Jahre. PpMP Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 48, 321–337
- 7) Holland JC (1989): Clinical course of cancer. In: Handbook of Psycho-oncology 8) z. B.: Ferrell B, Dow KH (1997): Quality of life among long-term cancer survivors. Oncology 11, 565–571. Larbig W (1998): Psychoonkologische Interventionen – Kritisches Review. PpMP Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 48, 381–389
- 9) Sellschopp (1989), siehe 1)
- 10) aus: Neuser J, Senf W (1992): Psychosoziale Probleme in der Therapie des onkologisch-orthopädischen Patienten. Jahrbuch der Orthopädie 1991/91. Bierman Verlag, FRG

Der Autor:

Wolfgang Senf studierte Medizin und Psychologie in Saarbrücken und Heidelberg. Nach einer klinischen Weiterbildung an der Psychosomatischen Klinik in Heidelberg und dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Wiesloch wurde er Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse und Psychotherapie. Er promovierte 1975 mit dem Thema „Afterloading-Technik mit Caesium-137 im Vergleich zur konventionellen Kontakttherapie mit Radium-226“ und habilitierte in Heidelberg 1987 über „Behandlungsergebnisse bei stationärer Psychotherapie. Eine empirische Nachuntersuchung zur differentiellen Wirksamkeit stationär-ambulanter Psychotherapie“. Seit 1990 ist er in Essen Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ärztlicher Direktor der Hochschulklinik für Psychotherapie und Psychosomatik. Daneben ist er General Secretary der International Federation for Psychotherapy. Er bekleidete für mehrere Jahre das Amt des Prorektors für Struktur und Planung an der Universität Essen. Seine Arbeitsschwerpunkte sind empirische Psychotherapieforschung, Versorgungsforschung und die Integration verschiedener Therapieverfahren zur Entwicklung multimethodaler Konzepte etwa für die Psychotherapie mit Migranten oder psychosomatische Fragestellungen wie Essstörungen, Diabetes, funktionelle Herzsyndrome und Psychotherapie in der Transplantationsmedizin.