

Begleitende Psychotherapie

Mit dem Krebs besser leben

VON E. FRICK

Jeder Krebspatient kann eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, wenn die Krankheit selbst oder die Belastung durch die Behandlung seine Kräfte übersteigt. Leider ist dies sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich bislang graue Theorie – die tatsächliche Versorgung ist unzureichend. Dabei kann die Situation eines Patienten mit einer dem Krankheitsstadium angepassten psychoonkologischen Betreuung oft stark verbessert werden. Studien belegen positive Effekte nicht nur auf die Lebensqualität, sondern auch auf die Lebenszeit.

**Dr. med.
Eckhard Frick, M.A.
(phil., theol.)**

Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Klinikum der
Universität München
– Innenstadt



— Die „Psychoonkologie“ beschäftigt sich mit den Fragen der Krankheitsverarbeitung, der subjektiven Patiententheorien, der sozialen Unterstützung und der fachpsychotherapeutischen Mitbehandlung. Patienten, Angehörige und sogar manche Ärzte scheuen oft eine psychoonkologische Mitbehandlung, weil sie eine mögliche Selbst- oder Fremdbezichtigung bei der Beschäftigung mit der „Schuldfrage“ ebenso fürchten wie ein vages Psychologisieren. „Ich bin doch nicht verrückt!“, halten viele Tumorkranke ihrem Arzt entgegen, wenn er einen Psychotherapeuten hinzuziehen will.

Indikationen zur psychoonkologischen Behandlung

Die psychotherapeutische Unterstützung von Krebskranken kann in drei Vorgehensweisen eingeteilt werden:

① Psychotherapie von Einzelsymptomen, z. B. Entspannung und Imagi-

nation zur Behandlung von Übelkeit und Situationsangst;

② Psychotherapie mit Risikogruppen, die durch Tumorprogredienz oder psychische Komorbidität belastet sind (z. B. hämatopoetische Transplantation);

③ Breitbandprogramme, die für alle Tumorpatienten zur Förderung der Krankheitsbewältigung, zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Linderung psychischer Belastungen angeboten werden [2].

Stressbelastung

Die besondere Belastung des Patienten kann mit einer quantitativen Methode gemessen werden (z. B. Distress-Thermometer nach Jimmie Holland, eine von 0 bis 10 reichende numerische Selbstbeurteilungsskala (Tab. 3/①, [3]). Liegt der Score bei 6 oder höher, kann der Arzt vorschlagen, einen Psychotherapeuten hinzuzuziehen. Wichtig: Belastung ist ein emotional besetztes Gesprächsthema. Die Patienten möchten weder „für verrückt gehalten“ noch als „Versager“ (im Kampf gegen den Krebs) eingeschätzt werden.

Lebensqualität

Eine Alternative stellt die Messung der Lebensqualität dar, entweder mit einem standardisierten Instrument (z. B. QLQ-C30: Tab. 4/②) oder individualisiert



Foto: Superbild

Auch Themen wie „Sinn“ und „Hoffnung“ müssen bearbeitet werden.

[4]. Hier sollten auch tabuisierte Themen zur Sprache kommen, z. B. Fragen nach dem Lebenssinn oder der Sexualität (etwa wenn die Wahrnehmung der eigenen Attraktivität, die Libido oder Teile der sexuellen Funktion beeinträchtigt sind).

Patientenwunsch

Auch der Wunsch des Patienten kann eine Überweisung zum Fachpsychotherapeuten rechtfertigen. Der Grund kann fehlende soziale Unterstützung sein. Ein Patient, der eine Psychotherapie mit den Worten ablehnt: „Ich brauche keine Psychotherapie, meine Frau ist mein Psychotherapeut!“, sagt etwas Richtiges, wenn er über hilfreiche Unterstützung verfügt. Ist diese hingegen maladaptiv (z. B. belehrend, überfürsorglich, ambivalent), kann eine psychotherapeutische Begleitung

sowohl den Patienten als auch seine Umgebung entlasten. Ähnliches gilt für die maladaptive Krankheitsverarbeitung, die oft erst auffällt, wenn der Patient unzuverlässig, nicht „compliant“ oder „uneinsichtig“ ist.

Psychische Komorbidität

Die eigentlichen psychopathologischen Störungen (z. B. depressive Syndrome, s. vorangehender Beitrag) verdienen besondere Aufmerksamkeit, da sie oft verkannt werden und abrechnungstechnisch noch immer die definierende Basis für störungsspezifische Interventionen darstellen. Außer depressiven und ängstlichen Syndromen sind Anpassungsstörungen, akute Belastungsreaktionen und posttraumatische Belastungsstörungen zu nennen [5].

Psychosoziale Krise

Häufiges Indikationskriterium ist auch eine akute psychosoziale Krise. Nicht immer steht ein psychopathologisches Symptom im Vordergrund (z. B. Suizidalität). Vielmehr können auch eine „normale“ Dekompensation von Partner-/Familienbeziehungen unter Extrembedingungen oder ein Konflikt zwischen Patient und Behandlungsteam auftreten.

Fatigue

Dass die gängigen psychopathologischen Indikationskriterien in der Onkologie unzureichend sind, wird besonders deutlich am Fatigue-Syndrom. Es beeinträchtigt die Lebensqualität von Tumorkranken enorm und lässt sich weder auf Depressivität noch auf internistische Ursachen reduzieren. Bedauerlicherweise ist der Krankheitswert des Fatigue-Syndroms noch immer nicht sozialrechtlich anerkannt [6].

Hauptziel: verbesserte Lebensqualität

Bei der Entscheidung über das psychoonkologische Behandlungsziel ist eine Abstimmung zwischen dem Onkologen und dem Psychotherapeuten wichtig. Denn auch für den Psychotherapeuten ergibt sich ein erheblicher Unterschied daraus, ob er mit einem Patienten arbeitet, dessen Tumorerkrankung mehrere Jahre in Remission

ist, oder mit einem Patienten im Terminalstadium.

Während der Onkologe zunächst vorrangig die Verlängerung der Überlebenszeit im Auge hat, ist die verbesserte Lebensqualität das Hauptziel des psychoonkologischen Therapeuten. Die Psychoonkologie unterstützt die Bemühungen um eine Krankheitsbewältigung [8]. Dabei müssen komorbide psychische Störungen diagnostisch ausgeschlossen bzw. pharmakologisch/psychotherapeutisch behandelt werden.

Subjektive Krankheitstheorie

Um eine optimale Krankheitsverarbeitung zu erreichen, genügt es nicht, den Patienten zu einem „kämpferischen“ Coping aufzufordern. Dieses wurde früher eher überbetont (vgl. nachfolgenden Beitrag). Auch ein depressiv-resignativer Copingstil kann vorübergehend hilfreich sein. Ähnliches gilt für – medizinisch gesehen – „falsche“ subjektive Krankheitstheorien. Hierzu rechnet man Überzeugungen bezüglich der Entstehung und Beeinflussbarkeit (Kontrolle) der Krankheit [9], die nur zum Teil durch die ärztliche Information zu „korrigieren“ sind. Am besten ist es, derartige aus wissenschaftlicher Sicht fragwürdige Überzeugungen im Gespräch ebenso zuzulassen wie die „harten Fakten“.

Mithilfe des Arztes entwickeln die Patienten ihr persönliches Konzept

von Krankheit und Behandlung. In der Psychoonkologie wird das emotionale Potenzial derartiger Theorien für die Krankheitsverarbeitung genutzt. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Patienten sich durch die „Schulmedizin“ missverstanden fühlen und kostbare Ressourcen (Lebenszeit und Geld) in „alternative“ Heilungsangebote investieren.

Hoffnungslosigkeit überwinden

Die Bewältigung von Gefühlen der Sinn- und Hoffnungslosigkeit wird zunehmend als wichtiges Thema gesehen. Dem dient eine orientierende Erfassung spiritueller Haltungen, Bindungen und Bedürfnisse [10]. Viele Patienten sind erleichtert, wenn der Arzt diese Fragen anspricht, andere wünschen dies nicht oder bevorzugen einen Seelsorger.

Stabilisierung und Entlastung

Die aus der Psychoanalyse stammende konflikt- und fokusorientierte Berücksichtigung der (weitgehend unbewussten) Psychodynamik halten viele Onkologen für unangebracht. Über dem berechtigten Anliegen der Schonung von hochgradig belasteten Patienten darf jedoch der stabilisierende Effekt einer fokalen Vorgehensweise nicht vergessen werden: Die ärztlich-psychotherapeutische Begrenzung auf die gerade aktualisierte, biografisch verstehbare Thematik wirkt entlastend.

Tabelle 1
<p>Psychoonkologische Methoden und Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entspannungsverfahren, z.B. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, gestufte Aktivhypnose – Kognitive Verhaltenstherapie – Biofeedback – Imaginative Verfahren, z.B. kathym-imaginative Psychotherapie (Leuner), aktive Imagination (C.G. Jung), bipersonales Psychodrama (Moreno) – Sinnzentrierte (meaning-centered) Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte (analytisch orientierte) Psychotherapie – Kreative Verfahren (Musik-, Kunst-, Bibliothherapie usw.)

Tabelle 2
<p>Differenzielle psychoonkologische Indikationsstellung im Krankheitsverlauf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Erfahren der Diagnose (supportive Krisenintervention, ggf. Traumabehandlung) 2 Behandlungsbegleitung (einzeln supportiv oder Peer-Gruppe) 3 Erholung (Aufarbeitung von Schock, Angst, Depression, existenzielle Themen, Anpassung an Krankheit/veränderte Lebenssituation) 4 Rezidiv (wie 1, ggf. Gruppe) 5 Terminal-palliative Phase (Einzelbetreuung, ggf. Medikamente, Gruppe)

Modifiziert nach [17]

Tabelle 3

Weitere Informationen aus dem Internet

- | | |
|---|---|
| <p>① www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf</p> <p>② www.eortc.be/home/qol</p> <p>③ www.krebsinfo.de/ki/empfehlung/psychoo/870-Psychoonkologie.pdf</p> <p>④ www.dapo-ev.de: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie (Fort- und Weiterbildung, Therapeutenliste)</p> <p>⑤ www.pso-ag.de: Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft (Fort- und Weiterbildung, Forschung)</p> <p>⑥ www.ipos-society.org: International Psycho-Oncology Society (Fort- und Weiterbildung, auch online)</p> | <p>⑦ www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jhome/5807?CRETRY=1&SRETRY=0: Psychoonkologie (führende Fachzeitschrift)</p> <p>⑧ http://springerlink.metapress.com/content/1765-2863: Revue francophone de Psycho-Oncologie (französisch- und englischsprachig)</p> <p>⑨ www.haworthpress.com/store/product.asp?sku=J077: Journal of psycho-social Oncology (vorwiegend US-amerikanisch)</p> <p>⑩ www.n-psom.de: Netzwerk Psychoonkologie München</p> <p>⑪ www.psychoonkologie.org: Psychoonkologie, LMU München</p> |
|---|---|

Stand der Forschung

Die Psychoonkologie hat sich in Behandlung und Forschung anfänglich fast ausschließlich mit an Brustkrebs erkrankten Frauen beschäftigt [11]. Sicher sind die dort gewonnenen Ergebnisse teilweise geschlechts- und krankheitsabhängig. Offenbar besteht jedoch kein bedeutsamer Wirkungsunterschied zwischen den von verschiedenen psychotherapeutischen „Schulen“ entwickelten Interventionsformen [12].

Die besten Wirkungen werden im Affekt- und Copingbereich erzielt, nur selten zeigen sich Effekte bei der Compliance. Eine randomisierte Verhaltenstherapiestudie bei Brustkrebspatientinnen nach chirurgischer und vor adjuvanter Behandlung konnte bezüglich Angstminderung, Optimierung der sozialen Unterstützung, verbesserter Diät und Nikotionabstinenz eine signifikante Verbesserungen belegen [13].

In einer eigenen Studie erwies sich eine maladaptive soziale Unterstützung als Risikofaktor für das Überleben nach autologer Stammzelltransplantation [14]. Die Inanspruchnahme der angebotenen (psychodynamisch orientierten) Imaginations-Psychotherapie war statistisch signifikant ($p = 0,003$) mit der Überlebenswahrscheinlichkeit verknüpft: Psychotherapiepatienten hatten einen Risikoquotienten von 0,3 (Sterbewahrscheinlichkeit = RQ x Gesamt-Todesrate).

Methoden und zeitliche Planung

Die Psychoonkologie zeichnet sich durch eine große Methodenvielfalt aus (Tab. 1, Tab. 3/③). Eine Metaanaly-

se zu Effekten psychosozialer Interventionen auf die Lebensqualität von Tumorpatienten [16] belegte die Überlegenheit längerer (> 12 Wochen) Interventionen im Vergleich zu kürzeren. Dabei ist die Zielsetzung psychoonkologischer Interventionen sowohl vom jeweiligen Zeitpunkt als auch von „extrem unterschiedlichen Bedrohungsszenarien“ abhängig [17], (Tab. 2).

Sicherstellung der Versorgung

Innerhalb der Rehabilitation erwachsener Krebspatienten hat die Psychoonkologie in Deutschland inzwischen einen festen Platz. Im stationären und ambulanten Bereich besteht dagegen, trotz einschlägiger Richtlinien, noch immer ein Versorgungsnotstand. Auf den ersten Blick mag dies verwundern, da Tumorpatienten wie alle anderen gesetzlich Versicherten Anspruch auf Psychotherapie haben (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder bei einem Psychologischen Psychotherapeuten).

Die Gründe für die erheblichen Schwierigkeiten tumorkranker Patienten, einen Psychotherapeuten zu finden, sind anderswo zu suchen. So muss der Psychotherapeut akzeptieren, dass er über weite Strecken „die zweite Geige spielt“, während der behandelnde Onkologe oder Hausarzt „tonangebend“ ist. Er muss sich ferner auf Besonderheiten einstellen, z. B. darauf, dass Stunden ausfallen oder er seinen Patienten im Krankenhaus aufsuchen muss. Er muss bereit sein, den Kontakt

zum Patienten aktiv zu halten [12]. Schließlich stecken strukturelle Versuche, die verschiedenen Segmente der Behandlungskette (stationär/teilstationär, Rehabilitation, ambulant) besser zu verzahnen, noch in den Anfängen.

Fazit

Bei der Einleitung einer psychotherapeutischen Mitbehandlung von Krebspatienten kommt den Hausärzten, Internisten und Onkologen die wichtige Aufgabe des Screenings und der Indikationsstellung zu. Dreh- und Angelpunkt hierfür ist die Einschätzung der krankheits- und behandlungsabhängigen Belastung (Distress) im Gespräch mit dem Patienten. Die Motivation des Patienten und sein „Ankommen“ beim Psychotherapeuten werden umso besser gelingen, je besser der behandelnde Arzt die psychoonkologischen Versorgungs- und Überweisungsnetze am Wohnort des Patienten kennt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Eckhard Frick, M.A. (phil., theol.)
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum der Universität München – Innenstadt, Nußbaumstr. 7, D-80336 München,
Fax: 018050/39 00 00 159
E-Mail: frick@psychoonkologie.org

Summary

Psychotherapy in Cancer Patients

The indication for complementary psychotherapy in cancer patients must be considered when the stresses of the disease and its treatment are more than the patient's reserves can cope with. The aims of psycho-oncological treatment include improvement of the patient's quality of life, management of comorbid psychological disorders, optimization of the patient's ability to cope, the provision of social support, the overcoming of feelings of helplessness and hopelessness, conflict- and focus-oriented stabilization, and prolongation of life. Since available psycho-oncological resources continue to be extremely thin on the ground, sound concepts must be developed with the aim of achieving a link-up of psycho-oncological resources with oncological services.

Keywords: Psycho-oncology – Cancer patients – Psychotherapy