Psychoonkologie – Stellenwert im Behandlungskonzept onkologischer Patientinnen

M.	Marianne	Springer-Kremser
----	----------	------------------

II. Univers.-Frauenklinik Wien (Vorst.: Prof. Dr. H. Janisch) Univers.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie Wien

Univ.-Doz. Dr. Marianne Springer-Kremser, Univ.-Klinik f. Tiefenpsychologie u. Psychotherapie, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien

Dieses Thema wirft zwei Fragen auf:

Spielen psychologische Faktoren eine Rolle bei der Ätiologie von Karzinomerkrankungen und gibt es einen nachgewiesenen Effekt der psychosozialen Interventionen auf die Überlebenszeit von bereits erkrankten Patientinnen?

ad 1. Aus zahlreichen methodologisch gut abgesicherten Untersuchungen, darunter auch prospektive Studien und einer eigenen Untersuchung ergibt sich, daß folgende Faktoren eine Rolle spielen: der Verlust einer geliebten Person oder der Verlust der Zuwendung wichtiger Personen, in der persönlichen Geschichte (also ein Ereignis, das in der Regel schon in der Kindheit stattfand und zu den sogenannten Katastrophen der Kindheit gezählt wird, die zwei weiteren sind körperliche Verstümmelungen und ein strenges drohendes Über-Ich) gefolgt von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit oder einer depressiven Symptomatik, hinter welcher diese Gefühle maskiert sind, bei Personen mit einer bestimmten von der durchschnittlich neurotischen Struktur abweichenden Struktur. Der Ausbruch der Krankheit erfolgt häufig in zeitlichem Zusammenhang mit einem aktuellen Verlust.

Einen besonderen Stellenwert nimmt hier die Unmöglichkeit oder auch Unfähigkeit zu trauern ein: Trauer verstanden als die normale Reaktion auf einen Verlust (Hürny, C. 1990).

ad 2. Psychosoziale Interventionen verlängern die Überlebenszeit von Patientinnen mit Metastasen nach Mamma-Carcinom signifikant (D. Spiegel et al., 1989). Aus dem nachgewiesenen positiven Effekt der psychosozialen Interventionen auf die Überlebenszeit von Patientinnen mit Metastasen nach Mamma-karzinom leitet sich die Forderung nach konsistenten in die organmedizinische Betreuung gut integrierten Nachsorgeprogrammen ab.

Die Inhalte der Nachsorgeprogramme

1. Die Art der Erkrankung, insbesondere das Nichtwissen oder das Wissen von der Erkrankung. Die Tatsache, daß eine klare, sachliche Information der Patientin über die Art ihrer Erkrankung wesentlich zu einer weiteren Kooperation und schließlich auch zu einem seelischen Wohlbefinden in der Konsequenz beitragen kann, ist weit über die spekulative Phase hinaus. Die Diskussion heute dreht sich nicht mehr um ob überhaupt aufklären, sondern um das wie oder auch um die Überlegungen des „richtigen Zeitpunktes“. Eng verknüpft mit dieser Information über die Erkrankung, welche schließlich laufend Thema des Kontaktes zwischen Arzt und Patient sein muß, ist

Information über vorgenommene Behandlungen: Wie ist der operative Eingriff abgelaufen, welche Organe oder Organteile muß-ten entfernt werden; welche konnten belassen werden. Wir erleben immer wieder, wie problematisch es für Frauen ist, sich überhaupt vorzustellen, wie es in ihrem kleinen Becken aussieht, wie diese Organe zueinander liegen, sodaß Unklarheiten über Veränderungen unglaublich bedrückend sind, unglaublich verunsichernd und verwirrend. Die zweifellos beste Methode mit der Patientin die Be-handlung zu diskutieren und zwar sowohl vor der Operation als auch postoperativ ist es, jeweils nachzufragen um von der Patientin zu erfahren, was sie glaubt, was jetzt in ihrem Körper verändert ist und sich dann anhand der Schilderungen der Patientin die Mühe zu ma-chen, ihre Vorstellungen zu korrigieren.

Die affektiven Reaktionen als Thema der Nachsorge

Der Umgang mit den affektiven Reaktionen der betroffenen Patientinnen kann, muß aber nicht das Einbeziehen von klinischen Psychologen oder Psychotherapeutinnen bedeuten.

Die affektiven Reaktionen, die das Einbeziehen besonders dafür geschulter Personen notwendig machen, sind folgende: Angst, Depression, Schuld und Scham.

a) Angst: Angst ist definiert als die Antizipation. also die Vor-wegnahme von Gefahr in der Zukunft. Sehr häufig ist die Angst der Karzinompatienten eine Todesangst, die sich hinter den ver-schiedensten Maskierungen verstecken kann: Angst kann Patientinnen lähmen, sie völlig inaktiv und passiv scheinen lassen. Sie kann sie aber auch feindselig werden lassen. Ganz wichtig ist für die Nachsorge, der Patientin zu vermitteln, daß man ihre Angst ertragen kann. Daß der Ausdruck ihrer Angst, der Ausdruck ihrer Gefühle. seien sie feindselig oder unangenehm, nicht dazu angetan ist, den behandelnden Arzt oder auch das Pflegepersonal, von ihr zu ver-treiben, sie vereinsamen zu lassen, sie in der Isolation zu lassen. Be-schwichtigen. beschönigen ist sinnlos und wird als Verständnis-losigkeit erlebt. Angst kann natürlich auch schmerzverstärkend wir-ken, bzw. einen Einfluß auf die Schmerzwahrnehmung haben. Sehr häufig ist ein Inhalt der Angst auch die Vorstellung, „nicht normal zu reagieren“ und somit andere, deren Nähe gerade jetzt in einer Zeit der Unsicherheit, Abhängigkeit und Hilflosigkeit so wichtig ist, damit von sich abzustoßen. Diese Angst richtet natürlich auch -ohne daß die Patienten es wollen – Barrieren auf. Eine dieser Bar-rieren ist die Vorstellung von der Patientin, man solle nicht über seine Bedürfnisse, über Schmerzen, etc. sprechen, man habe zu „funktionieren“.

Depression: Depression ist die Reaktion auf vergangene Ka-tastrophen. Wichtig ist die diagnostische Abgrenzung einer re-aktiven Depression, also ein trauriger Verstimmungszustand oder auch ein Verstimmungszustand mit dysphorischen Merkmalen im zeitlichen Zusammenhang mit einem auslösenden Ereignis (Kar-zinomerkrankung) von einer Depression, die alle Merkmale einer schweren melancholischen Erkrankung aufweist. Die Abgrenzungs-kriterien sind: vorwiegend die Dauer und Intensität der Verstim-mung. sowie die Intensität der vegetativen Begleiterscheinungen und auch die Anamnese: d. h. bei jenen Patientinnen, welche schon ir-gendwann einmal in ihrem Leben an einer depressiven Verstimmung längerdauernder Art erkrankt waren, ist größere Vorsicht geboten. Eine reaktive Depression ist in der Regel mit einer kurzfristigen und auch nicht sehr hoch dosierten Antidepressivagabe oder auch nur mit Psychotherapie zu behandeln. Aber jedenfalls gehört auch eine reaktive Depression in die Hand eines ausgebildeten Psycho-therapeuten(in). Eine depressive Verstimmung schwerer Art bedarf einer nervenärztlichen Behandlung. Wichtig für die ärztliche Nach-sorge ist es, die Patientin zu ermuntern, über ihre körperlichen Veränderungen zu trauern, eine traurige Verstimmung im Zusammenhang mit einem derart einschneidenden und lebens-verändernden Ereignis als etwas Physiologisches, sozusagen Norma-les zu betonen.

Schuld: Es ist nicht unüblich, daß eine schwere Erkrankung, wie es ein Genitalkarzinom darstellt, in der betroffenen Patientin Schuldgefühle erweckt: denn Krankheit wird in der judaio-christ-lichen Tradition sehr häufig als Strafe angesehen für irgendwann begangene Fehler. Viele Patientinnen fühlen sich „schuldig“, über reale oder imaginierte sexuelle Sünden (in der Regel handelt es sich um absolute Bagatellen) oder über das Überschreiten von Grenzen (Donahu, V C. et al., 1977). Die Vorstellungen von Sünden oder Grenzüberschreitungen können sich auf Masturbation, Partner-wechsel, kontrazeptive Praktiken oder auch auf Schwangerschaftsabbrüche beziehen.

Scham: Scham hat eine wichtige adaptive Funktion: Scham deckt eine Schwäche zu (Schuld im Gegensatz dazu, begrenzt Stärke). Scham hat einen bipolaren Charakter: Man schämt sich vor jemandem und man schämt sich für etwas. In der Regel schämt man sich für soziale Schwäche, Armut, Behinderung, Abhängigkeit und Krankheit (Springer-Kremser, M., 1990).

Das Ansprechen von Fragen des Umgangs mit Sexualität in Zusammenhang mit der Karzinomkrankung und den erforderlichen Behandlungsmaßnahmen kann der Patientin helfen, Schamgefühle einzugrenzen.

e) Die derzeitige Lebenssituation ist ein weiteres wichtiges Thema der Nachsorge. Lansky, S. H. (1983) stellte fest, daß ein Drittel des Gehaltes eines Normalverdieners zusätzlich gebraucht wird, wenn ein Krebskranker in der Familie ist und oft länger in Behandlung steht und versorgt werden muß. Es ist daher unbedingtnotwendig für den Arzt, die sozialrechtlichen Hilfen, die Möglichkeiten der Krankenkassen und die besonderen Rechte, aber auch die Problematik des Behindertenstatus, seiner Patientinnen zu kennen. Viele Patientinnen sind nach einer Operation oder einem anderen Heilverfahren auch weitgehend geheilt – also auch wieder arbeits-fähig und wünschen sich auch wieder in das Arbeitsleben eingegliedert zu sein. In diesem Zusammenhang ist es oft wichtig, ärztliche Hilfestellung zu geben. Auch wenn die Patientin selbst sich mit einer Erkrankung arrangiert hat, kann die Konfrontation mit Anderen, mit Arbeitskollegen, wieder starke Befürchtungen hervor-rufen.

Diese Befürchtungen bestehen häufig zu recht. Es gibt immer wieder ungerechtfertigte Kündigungen von Krebspatientinnen. In diesem Zusammenhang hat es sich als sehr sinnvoll erwiesen, wenn behandelnde Ärzte sich mit dem Arbeitgeber ins Einvernehmen setzen, diesen über die durchgemachte Erkrankung und den Ge-sundheitszustand der Patientin, selbstverständlich mit ihrem Ein-verständnis, informieren. Damit kann die Wirklichkeit angesprochen werden, Scheu und Isolierung, die viele Gesunde vor Krebs oder auch ehemaligen Krebspatienten haben, als Mythologie entschleiert werden.

4. Eigene Effizienzuntersuchung

Von alien Patientinnen, die in einem bestimmten Zeitraum die psychosomatische Ambulanz der II. Univers.-Frauenklinik auf-suchten, wurden beim Erstinterview die demographischen Merkmale und die gynäkologische Anamnese erhoben. Zusätzlich wurden den Patientinnen psychometrische Tests vorgelegt, unter anderem der FAPK (Fragebogen zur Abschätzung psychosomatischen Krankheitsgeschehens). Außerdem wurde im Rahmen einer rück-blickenden Bewertung mit den Patientinnen 6 Monate nach Beendi-gung ihres Kontaktes mit der Ambulanz ein ausführliches Interview erhoben, die Testbatterie wiederholt und ein Katamnesefragebogen ausgefüllt.

Auch bei den gynäkologisch-onkologischen Patientinnen (10 Patientinnen, das sind 10%) zeigten sich signifikante Veränderungen in Skalen des FAPK, insbesondere im Realitätsbezug, eine Skala, welche die Ich-Stärke abbildet. Ebenso hatte sich die Skala „Emotionale

Beziehungslehre" dem Mittelwert angenähert und die Regressionsneigung (Abhängigkeit, Unselbständigkeit) hat sich ebenfalls signifikant verbessert.

Es zeigt sich also, daß auch zeitlich befristete psycho-therapeutische Interventionen die Fähigkeiten, welche eine Krank-heitsverarbeitung erleichtern, bei Patientinnen mit Mamma- und Genitalkarzinomen deutlich verbessern können (Springer-Kremser et al., 1993).

5. Forderungen an das Nachsorgemanagement

Interdisziplinarität

Anstelle von Nachsorge sollte man den Begriff „Begleitung" setzen

Maßnahmen ergreifen, welche ein „Burn-out" des Pflege-personals und der Ärzte auf onkologischen Stationen im Sinne einer Schadensbegrenzung möglichst gering halten, z. B. durch das Ange-bot von Balintgruppen.

Literatur

Hürny C: (1990) Psyche and Cancer. Anals of Oncology 1: 6–8.

Lansky SH et al.: (1983) Childhood Cancer. Medical Costs. In: Cancer 52.

Spiegel D, Kramer HC, Bloom JR, Gottheil E: (1989) Effects of Psychosocial Treatment on survival of Patients with Metastatic breast cancer. The Lancet, Oct. 14th. Springer-Kremser M:

(1991) Der Umgang mit der Scham. In: Stauber M, Conrad M, Ha-selbacher G (Hrsg.): Psychosomatische Gynä-kologie und Geburtshilfe 1990/1991. Sprínger-Verlag, Berlin-Heidelberg.

Springer-Kremser M

Jandl-Jager E

Presslich E

Maritsch F

Nemeskeri N

Eggeling P: Evaluation der psychotherapeutischen Möglich-keiten einer klinisch-psychosomatischen Ambulanz am Beispiel der psychosomatischen Ambulanz der II.