

Krebs und Psyche – Krankheitsverarbeitung und psychosoziale Interventionen

Ich möchte Ihnen in meinem Vortrag Antwort auf folgende Fragen geben:

Was können psychotherapeutische Interventionen bewirken?

Was wissen wir über Krankheitsverarbeitung?

Wer benötigt Psychotherapie? Wer soll die psychosoziale Unterstützung leisten?

Wie sieht diese aus?

Welche Behandlungspfade ergeben sich in einem Konzept integrierter Versorgung?

Was können psychosoziale und unterstützende psychotherapeutische Interventionen bei der Behandlung krebskranker Patienten bewirken?

Hierzu liegt eine Vielzahl von Studien vor. Diese Studien wurden überwiegend an Mamma-Karzinom-Patienten durchgeführt. Bei über 200 Mamma-Karzinom-Patienten wurde kein Effekt auf die **Überlebenszeit** gefunden, jedoch nachgewiesen, dass die **Lebensqualität** der Patienten sich deutlich besserte. Von 1999 stammt eine Studie im Hinblick auf die Fünfjahresüberlebensrate bei 578 Frauen mit Brustkrebs. Sie fanden ein signifikant **höheres Risiko für Rezidiv und Metastasen bei der psychischen Kategorie Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit**. Ein Jahr nach Stammzellentransplantation konnte gezeigt werden, dass die Depression signifikant korrelierte mit einer erhöhten Transplantationsmortalität, dies wies Kiss 2002 nach. Eine Untersuchung an über 100 Lungenkrebspatienten über 10 Jahre wies nach, dass aktives problemorientiertes Handeln mit einer längeren Überlebenszeit verbunden war und depressive Krankheitsverarbeitung eine kürzere Überlebenszeit vorhersagte.

Wie lässt sich die schlechtere Prognose erklären: Sicher ist, dass Depressionen mit einer schlechten Compliance verbunden ist, diese Patienten auch häufiger eine notwendige Therapie abbrechen.

Darüber hinaus wissen wir aus den neueren hirnbioologischen und psychoneuroimmunologischen Forschungen, dass Affekte an allen Regulationsprozessen des Körpers beteiligt sind, die Hormonachsen beeinflussen und auch in direkter Weise Einfluss nehmen auf Aktivität von immunkompetenten Zellen. Umgekehrt ist auch denkbar, dass die Tumorzellen bzw. Tumor assoziierte Faktoren über den Serotonin-Stoffwechsel einen depressiven Zustand bewirken (Mohr et al 2000).

Was wissen wir über Krankheitsverarbeitung ?

Anpassung an eine schwerwiegende Erkrankung ist ein lang andauernder Prozess, er ist vergleichbar der Trauerarbeit. Der Prozess braucht Zeit und er durchläuft verschiedene Phasen.

In diesem Prozess beeinflussen sich bewusste, willentliche, erprobte Strategien , wie man mit früheren Problemen umgegangen ist, das soziale Umfeld, die Beziehungsebenen des Patienten und unbewusste Prozesse und Affekte sich gegenseitig.

Krebserkrankung, wie jede andere chronische Erkrankung, bedeutet Verletzung des Selbstwertgefühls und Verlust der Selbstkontrolle.

Versetzen Sie sich einmal in die Lage eines schwer erkrankten Patienten, der die Diagnose einer Krebserkrankung mitgeteilt bekommt.

Bei der Krankheitsverarbeitung gilt als positiv :

problemzentriertes Handeln,

positive Umdeutung, und

als negativ :

realitätsfliehende Wunschphantasien,

passiv resignatives Verhalten und

Selbstvorwürfe.

Nachfolgende Folie zeigt Ihnen auf Ihrer rechten Seite die Patientenäußerungen, bei denen sie aufmerken und an eine depressive Krankheitsverarbeitung oder insgesamt ungünstige Krankheitsverarbeitungsstrategie denken sollen:

Es ist nicht mehr zu ändern!

Die wissen schon was sie tun.

Ich glaube, es hat alles keinen Sinn.

Ich verdiene es nicht besser!

Es ist alles halb so schlimm.

Das hat mich überhaupt nicht beunruhigt!

Das wird bestimmt schlimm ausgehen!

Verlust der Selbstkontrolle und Verletzung des Selbstwertgefühls, das scheint entscheidende Grundbedürfnisse des Menschen zu tangieren.

Die Prävalenz der Depression bei Krebserkrankungen beträgt im Mittel 20 % nach vielfältigen Studien. Davon werden im Durchschnitt max. 50 %, die Hälfte also, erkannt und behandelt. Das ist ein recht schlechtes Ergebnis wenn man bedenkt, was ich zuvor gesagt habe, wie negativ die Depression den Krankheitsverlauf einer Krebserkrankung rezidive Metastasierung und auch die Lebensqualität beeinträchtigt. Dabei müssen Sie von einem Kontinuum emotionaler Belastung ausgehen, bei dem am Anfang normale Gefühle wie Trauer und Angst bei jeder schwerwiegenden Erkrankung stehen bis hin zur Depression und Angststörung manifest. Zum Darmkrebs gibt es wenig Daten, ich habe deshalb die Daten meiner eigenen Praxis angeschaut: In den letzten 15 Jahren erlitten insgesamt 0,6 % meiner Patienten eine Darmkrebserkrankung. Das sind 4 – 5 neue Erkrankungen pro Jahr. Die meisten dieser Patienten waren multimorbide und hatten andere schwere chronische Erkrankungen wie Diabetes, koronare Herzkrankheit, Hypertonus. Mehr als 1/3 von ihnen hatte eine behandlungsbedürftige Depression oder eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung. .

Depressiv Kranke haben ein herabgesetztes Selbstwertgefühl, ebenso einen herabgesetzten Antrieb. Sie schätzen ihre Kompetenz als gering ein und die Kompetenz der Ärzte wird überhöht. Sie zeigen ein passiv hinnehmendes Krankheitsverhalten. Sie neigen eher dazu den Arzt zu überfordern und alle Lösungen von ihm zu erwarten, oft jedoch nur, um sie wieder zu unterlaufen. Medikamente werden schlecht vertragen oder sie werden nicht eingehalten. Die Selbstvorwürfe des Depressiven zeigen sich auch darin, welche Bedeutung er der Krankheit erteilt. Sie wird gesehen als gerechte oder ungerechte Strafe, auch dies wird sein Krankheitsverhalten bestimmen. .

Es gibt auch andere Verhaltensmodi wie dem ängstlichen, zwanghaften Verhaltensmodus. Der ängstliche Krebspatient wird auch eher einen katastrophisierenden Blick auf den Verlauf seiner Erkrankung haben. Er wird häufiger auf wiederholte organmedizinische Abklärung und Metastasensuche drängen. Sein Krankheitsverhalten wird mehr durch das Vermeiden bestimmt sein, er wird sich eher zurückziehen wollen von körperlichen Belastungen, schneller ins Krankenhaus gehen, größere Abhängigkeitswünsche an den Arzt haben. Der Arzt soll möglichst immer verfügbar sein, stationärer Aufenthalt sollte länger und häufiger sein.

Patienten mit einem eher zwanghaften Modus einer Krankheitsverarbeitung gelten bei den Ärzten eher als idealer Patient. Er wird die Krankheit eher als eine Herausforderung

betrachten und alle Gefühle wie Ärger, Wut, Trauer vermeiden. Den Ärzten scheinen dies die einfachen Patienten zu sein, die nicht durch emotionale Dammsbrüche den Praxis- oder Klinikalltag gefährden, sie erscheinen einfacher, zeitsparender und kooperativer. Er protokolliert ausführlich seine Befindlichkeiten und verwickelt den Arzt manchmal in aggressive Verstrickungen weil er versucht, der bessere Experte zu sein. Die unterschiedlichen Affekte und Verhaltensmodi beeinflussen die Krankheitsverarbeitung und den Krankheitsverlauf.

Wer benötigt psychotherapeutische Hilfe?

Nicht alle Patienten benötigen eine fachpsychotherapeutische Intervention. Es gibt kein geeignetes sicheres Screening-Verfahren zur Erfassung der Behandlungsbedürftigkeit bei psychosozialen Belastungen von Krebspatienten. Psychotherapeutische Hilfe ist dann nötig, wenn Patienten dies wünschen, und bei schweren Anpassungsstörungen bei Angst und bei Depression.

Was alle Patienten brauchen ist eine hilfreiche ärztliche Beziehung in der Krankheitsverarbeitung.

Wer soll die psychische Unterstützung leisten?

Es ist eben nicht möglich, diese Verantwortung einfach an psychosoziale Fachkräfte zu delegieren. Die Patienten wünschen sich ihre psychische Unterstützung primär von dem somatisch tätigen Arzt. 1/3 von chronisch kranken Patienten, die in einer Klinik-Ambulanz vor und nach der Konsultation befragt wurden, es handelte sich um über 200 Patienten, wünschten sich mit dem Arzt der Klinik auch ihre emotionalen Probleme besprechen zu können. Ein weiteres Drittel wünschte sich das von ihrem Hausarzt und nur ganz wenige wünschten sich dies primär vom Pfarrer oder vom Psychotherapeuten. Immerhin gaben 2/3 an, dass dieser, ihr Wunsch, nicht erfüllt wurde. Die Hälfte wünschte sich, dass die Frage „Was kann ich selber tun?“ beantwortet würde und mehr als die Hälfte erhielt keine Antwort.

Hierbei ist noch zu ergänzen, dass die Krankheitsakzeptanz und bessere Krankheitsverarbeitung für Krebspatienten dadurch gefördert wird, wenn gleich am Anfang die Möglichkeit aufgezeigt wird, selber etwas zu tun.

Neben diesen in dieser Untersuchung aufgezeigten Kommunikationsdefiziten zeigen weitere Studien, dass Kommunikationsdefizite bei den Ärzten liegen in folgenden Situationen: bei der Mitteilung der Diagnose, beim Wechsel von kurativer zu palliativer Behandlung und bei Konfrontation mit Angst und Depression.

Um dies zu verbessern, bedarf es der Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten, aber das nicht nur. Es muss ein Rahmen geschaffen werden und Raum gegeben werden auch in den Krankenhäusern für Zuwendung und Zuhören. Es ist schwierig und belastend, eine schlechte Nachricht zu überbringen. Dieser Tätigkeit des Arztes muss genau dieselbe Bedeutung beigemessen werden wie anderen ärztlichen Tätigkeiten, die nicht gestört, nicht unterbrochen und gebührend berücksichtigt werden.

Welche Konsequenzen ergeben sich daraus? Psychosoziale Interventionen beginnen nicht erst mit der Nachsorge, sie lassen sich nicht aus der ärztlichen Tätigkeit ausgliedern und nur delegieren an Fachkräfte. Psychosoziale Interventionen beginnen mit Mitteilung der Diagnose und schon mit der Anamnese. Daher muss die kommunikative Kompetenz aller Beteiligten erhöht werden und ein Rahmen geschaffen werden, in dem Kommunikation möglich ist.

Welcher Art sind die psychotherapeutischen Hilfen?

Sie sind stabilisierend, schützen vor überflutenden Ängsten, Sie sind unterstützend indem Sie versuchen die Selbstkompetenz des Patienten zu erhöhen und seine Selbstwertgefühle zu unterstreichen. Sie intervenieren Ressourcen orientiert und sie intervenieren mit imaginativen Techniken, denen zugrunde liegt, dass wir wissen, dass Bilder und Vorstellungen heilsame Kräfte sind. Diese Interventionen sind studienmäßig in ihrer Wirksamkeit belegt.

Welche hilfreiche Beziehung kann der primär somatisch tätige Arzt in der Krankheitsverarbeitung bieten?

Wirksam ist , die Selbstkompetenz zu erhöhen,
wirksam ist Hilfe zur Sinnorientierung,
wirksam ist die Hilfe zum Ausdruck von Gefühlen,
wirksam sind Ressourcen orientierte Interventionen.

Was sind Ressourcen orientierte Interventionen?

Wir ermuntern den Patienten, sich auf die eigenen Kräfte zu besinnen. Wann ist es Ihnen schon einmal gelungen etwas zu verändern? Wie haben Sie das gemacht? Wer hat Ihnen dabei geholfen? Was haben Sie dazu gebraucht? Wer oder was kann Ihnen heute helfen?

Wenn wir das in einem integrierten Konzept von Betreuung von Krebspatienten erreichen wollen, dann sollten psychosoziale Interventionen strukturell verankert werden. Dazu brauchen wir ein niederschwelliges Angebot psychotherapeutischer Hilfe, d.h. sie muss einfach angeboten werden für alle, die es wollen.

Und wir brauchen auch mehr bezahlte Zeit für die primär somatisch tätigen Ärzte für die Kommunikation mit ihren Patienten. Ich möchte mich gegen jedes Modell wehren, in dem die primäre ärztliche Funktion der Kommunikation mit ihrem Patienten delegiert wird nach außen.

Ich schlage daher Behandlungswege vor, die folgende Elemente beinhalten: einen Konsiliardienst psychosomatisch tätiger Ärzte schon im Krankenhaus für alle Patienten die es wollen oder bei denen primär schwerere Anpassungsstörungen, Angst und Depressionen vorliegt. Die psychosomatische Grundversorgung durch den primär somatisch tätigen Arzt und dazu eine Balintgruppe, in der die schwierigen Patienten gemeinsam besprochen werden können und für die Patienten das Angebot einer Diagnose spezifischen Gruppe, in der ihre Bewältigungskompetenz unter fachärztlicher Anleitung gestärkt werden kann. Ich hoffe, dass ein solches Konzept nicht nur die Krankheitsverarbeitung und den Krankheitsverlauf unserer Patienten deutlich verbessert, sondern auch die Arbeitszufriedenheit von Ärzten.