

Psychologische Aspekte chronischer Krankheiten am Beispiel des Mammakarzinoms

Ulrike Ehlert und Peter Schulz, Trier

Vorbemerkungen

Chronische Krankheiten können sowohl durch somatopathologische als auch durch psychopathologische Bedingungen verursacht werden. Karzinomerkrankungen stellen ein prominentes Beispiel chronischer somatogener Störungen dar. Einer der häufigsten gynäkologischen Tumore ist das Mammakarzinom; es rangiert in der Häufigkeit der Todesursachen bei Frauen hinter den Herz-Kreislaferkrankungen an zweiter Stelle (Knörr et al., 1989). 6–7 % aller Frauen in Europa und den USA sind davon betroffen, der Anteil an der gesamten weiblichen Karzinommortalität beträgt 25 %. Die Mehrzahl der erkrankten Frauen ist zwischen 50 und 70 Jahre alt, ein Drittel der Frauen ist jünger als 50 Jahre. Leitsymptom des Mammakarzinom ist ein Knoten bzw. eine ertastbare Verhärtung der Brustdrüse. Die somatische Therapie erfolgt durch eine Entfernung der erkrankten Brust (Mastektomie) oder durch brusterhaltende Tumorentfernung (Tumorektomie). In beiden Fällen werden gleichzeitig mindestens 10 Lymphknoten der homolateralen Axilla entnommen. In Abhängigkeit von der Tumorbeurteilung (Größe, Lymphknotenbefall, Metastasen) können zusätzlich Radiotherapie, Hormontherapie oder Chemotherapie erfolgen. Die Überlebenszeiträume von Patientinnen mit einem Mammakarzinom sind vom homolateralen axillären Lymphknotenstatus und der Tumorgöße abhängig. Beispielsweise beträgt die Überlebenswahrscheinlichkeit nach 5 Jahren bei einer Tumorgöße < 1, keinem Lymphknotenbefall, keiner Metastasierung circa 85 %. Bei einem Mammakarzinom mit generalisierter Metastasierung beträgt die mittlere Überlebenszeit bei erfolgreich gestaffeltem Therapieeinsatz > 2 Jahre, 15 % dieser Frauen leben > 5 Jahre (Senn et al., 1986).

Als psychoätiologische Einflußfaktoren auf die Entstehung des Mammakarzinoms wurde in retrospektiven Untersuchungen das Auftreten negativer kritischer Lebensereignisse untersucht. Die Befunde hierzu sind uneinheitlich (vgl. Priestman u. a., 1985; Forsen, 1991). Für den Krankheitsverlauf bei Frauen mit Mammakarzinom postuliert Levy (1989) ein prospektives, psychoneuroimmunologisches Modell. Demzufolge nimmt die Qualität der sozialen Unterstützung Einfluß auf das Ausmaß erlebter Hilflosigkeit und negativer Affekte, die wiederum zu einer Modulation neuroendokriner und immunologischer Funktionen führen, die dann den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen.

Eine psychologische Intervention bei Patientinnen mit einem diagnostizierten Mammakarzinom kann im Sinne einer Krisenintervention im Rahmen der medizinischen Akutbehandlung, in der Nachsorgephase, in der Rezidivphase und in der präfinalen Krankheitsphase erfolgen.

Im folgenden soll die Fallgeschichte einer Karzinompatientin dargestellt werden, deren psychische Krankheitsbewältigung sowohl von Settingvariablen der medizinischen Behandlung als auch der Chronizität des Karzinoms beeinflußt wurde.

Biographische Daten der Patientin

Frau P. war zum Zeitpunkt des psychologischen Erstgespräches 49 Jahre alt und verheiratet; sie hat zwei Kinder, die damals 16 und 17 Jahre alt waren. Die Patientin arbeitete freiberuflich als Übersetzerin, ihr Ehemann war in einer leitenden Managementposition beschäftigt.

Die Patientin wurde als zweites von drei Kindern 1943 geboren. Nach Angaben der Patientin führten ihre Eltern eine gute Ehe, was dazu beitrug, daß ihre Kindheit glücklich verlief. Sie erlangte problemlos die Hochschulreife und qualifizierte sich für ein Stipendium an einer französischen Universität. In Frankreich lernte sie 1963 ihren späteren Ehemann kennen. Da dieser Mann circa ein Jahr nachdem sie sich kennengelernt hatten, beruflich nach Brasilien versetzt wurde, entschloß sich das Paar, vorher zu heiraten und danach gemeinsam in Rio de Janeiro zu leben. Die Zeit, die sie in Südamerika verbrachten, sei sehr interessant und zufriedenstellend gewesen. In Südamerika begann Frau P. ihre Arbeit als Übersetzerin. 1974 wurde ihr Ehemann nach Deutschland versetzt. Nach einigen Umstellungsschwierigkeiten lebte sich das Ehepaar aber gut ein.

Bei beiden Partnern entwickelte sich bereits kurze Zeit nach dem Einleben in Deutschland der Wunsch nach Kindern. 1975 wurde die erste Tochter geboren, ein Jahr später die zweite Tochter. Das Leben zu viert sei zwar

für beide Ehepartner eine neue und anfangs „chaotische“ Erfahrung gewesen, jedoch habe es nie schwerwiegende Probleme gegeben. Beide Töchter hätten sich bisher „prächtig“ entwickelt und würden keine nennenswerten Sorgen bereiten. Die Patientin gab an, daß es in ihrer persönlichen Vergangenheit nie besondere Schwierigkeiten gegeben habe. Sie habe bisher ein ausgefülltes Leben mit einer zufriedenen Familie gehabt.

Sowohl 1982 als auch 1986 wurden bei der Patientin Gewebeeränderungen in der Brust diagnostiziert. Es erfolgte jeweils eine Entfernung des entsprechenden Gewebes; in beiden Fällen handelte es sich um gutartige Tumore.

1 Kontaktaufnahme während der Phase der medizinischen Früherkennung und -behandlung

Im Dezember 1991 wurde Frau P. mit dem Verdacht eines malignen Tumors der linken Mamma in eine stationäre gynäkologische Behandlung eingewiesen. Nach der Durchführung einer entsprechenden Diagnostik wurde eine brusterhaltende Quadrantektomie (lateral oberer Quadrant) mit einer Lymphknotenausräumung in der Axilla durchgeführt. Entsprechend der Internationalen Klassifikation maligner Tumore der UICC (International Union Against Cancer, 1987) ergab sich ein $T_{1b}N_0M_0$ -Befund (T_{1b} = Tumor größer als 0,5 cm, aber kleiner als 1,0 cm; N_0 = keine regionalen Lymphknotenmetastasen; M_0 = keine Fernmetastasen).

Während der stationären Behandlung wurde uns die Patientin im Rahmen unserer Liaisonstätigkeit auf der gynäkologischen Station des Krankenhauses vorgestellt. Zu diesem Zeitpunkt wirkte die Patientin psychisch nicht auffällig. Sie berichtete, daß der – später als maligne diagnostizierte – Tumor im Rahmen einer regulären Krebsvorsorgeuntersuchung entdeckt worden sei. Sie habe nicht damit gerechnet, daß sie von einer bösartigen Tumorerkrankung betroffen sein könnte, da es sich bei den beiden früheren Tumorentfernungen jeweils um gutartige Geschwulste gehandelt habe. Nach einer Besprechung mit ihrem ambulant behandelnden Gynäkologen habe sie sich zu einer sofortigen stationären Behandlung entschlossen. Gemeinsam mit ihrem Ehemann habe sie sich im Krankenhaus von einem Operateur über die verschiedenen chirurgischen Verfahren und die Folgebehandlungen im Falle einer Karzinomerkrankung beraten lassen. Eine Woche später sei sie zur operativen Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen worden. Eine Entnahme von Tumorgewebe aus der erkrankten Brust ergab eindeutige Hinweise auf ein Karzinom. Diese Diagnose habe sie ge-

faßt aufgenommen. Zwar habe sie geweint und sich Sorgen um die Zukunft gemacht, jedoch habe sie sich selbst darüber gewundert, daß sie sich so vernünftig verhalten habe. Die eigentliche Operation sei problemlos verlaufen und sie sei 14 Tage später aus der stationären Behandlung entlassen worden. Sie habe sich während der stationären Liegezeit psychisch relativ stabil gefühlt, großes Vertrauen in ihren behandelnden Klinikarzt gesetzt und sie sei mit der gesamten Betreuung im Krankenhaus zufrieden gewesen. Bezüglich des Krankheitsverlaufs sei sie optimistisch gewesen, da ihr von ihrem Arzt gesagt worden sei, daß die histologischen Befunde bezüglich des Tumors auf eine eher günstige Prognose schließen lassen.

Die routinemäßige Durchführung des deutschsprachigen Depression-Status-Inventary (DSI; Zung, 1986a) (Interviewverfahren zur Fremdbeurteilung des Ausmaßes an depressiver Gestimmtheit) ergab keinen Hinweis auf eine depressive Verstimmung. Auch äußerte Frau P. eine realistische Einschätzung bezüglich ihrer Krankheitsprognose. Die Strahlentherapie, die nach der stationären Behandlung in einem anderen Krankenhaus der Stadt durchgeführt werden sollte, wurde von der Patientin als für sie nur wenig bedeutsam dargestellt.

Da zum damaligen Zeitpunkt eine weiterreichende psychologische Betreuung nicht erforderlich war, erfolgte vor der Entlassung aus der stationären Behandlung nur ein abschließendes Gespräch, in dessen Verlauf Frau R. angeboten wurde, daß sie sich jederzeit an uns wenden könne, falls in der Zukunft ein Bedürfnis nach psychologischer Unterstützung entstehe.

In den ersten Tagen nach der Entlassung aus der stationären Behandlung nahm die Patientin in ihrem Haushalt kaum Aufgaben wahr, da ihr Ehemann und die beiden Töchter sie liebevoll umsorgten. Sie verbrachte die meiste Zeit liegend, schlief viel und versuchte, sich die Zeit mit Lesen oder Fernsehen zu vertreiben.

Psychologische Intervention im Verlauf der medizinischen Rezidivprophylaxe

Aufgrund der brusterhaltenden chirurgischen Maßnahme wurde der Patientin eine adjuvante Radiotherapie zur Rezidivprophylaxe mit 30 Bestrahlungssitzungen empfohlen, die eine Woche nach der Entlassung aus der stationären Behandlung beginnen sollte. Circa drei Wochen nach Beginn dieser Strahlentherapie nahm die Patientin mit uns Kontakt auf, da sie nach ihren Angaben einen Partner zur Aussprache suche und sich auf ihren demnächst eintretenden Tod vorbereiten wolle.

Anamnese der weiteren Krankengeschichte

Frau P. wirkte zu diesem Zeitpunkt müde, angespannt und mimisch verarmt; sie war allseits orientiert, es lagen keine Anzeichen für eine psychotische Erkrankung oder eine akute Suizidgefährdung vor. Die Patientin gab an, daß sie vor dem ersten Bestrahlungstermin nur vage Vorstellungen darüber gehabt habe, was auf sie zukomme. Im Krankenhaus habe sie kaum Informationen über den Verlauf einer Bestrahlungsbehandlung erhalten, jedoch habe sie sich darüber auch kaum Gedanken gemacht, da sie sich durch die Operation ihrer Hauptsorge, „einen Tumor zu haben“, enthoben sah. Sie habe die Bestrahlungsbehandlung als notwendige Folgebehandlung der brusterhaltenden Operation gesehen und sei davon ausgegangen, daß sie die Therapie „halt durchstehen“ müsse; danach gehe das Leben schon weiter.

Mit dem ersten Besuch der Strahlenabteilung der Klinik sei in ihr eine „Welt zusammengebrochen“. Sie habe sich mit einer sterilen, technisierten Umgebung konfrontiert gesehen, in der sie als eine „Nummer“ behandelt worden sei. Sie habe verschiedene, durch ihre jeweilige Karzinomerkkrankung entstellte Menschen gesehen (insbesondere Patienten mit Pharynx- und Larynx-Tumoren) und durch diesen Anblick erkannt, daß Karzinomerkkrankungen mit gravierenden äußeren Anzeichen der Erkrankung einhergehen können. Sie habe sich eingestehen müssen, daß sie sich vor möglichen Metastasen ihrer Krebserkrankung fürchte und erwarte, daß sie durch ein Fortschreiten ihrer Erkrankung ebenfalls äußerlich entstellt würde. Auch habe sie Gespräche zwischen Mitpatienten über die unangenehmen Nebenwirkungen der Radiotherapie (Hautverbrennungen, Durchfälle etc.) gehört. Diese Informationen hätten sie zu der Überzeugung gelangen lassen, daß die Bestrahlungen bei ihr mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu negativen körperlichen Symptomen führen müssen und damit ein Fortschreiten der Erkrankung unausweichlich sei.

Wie sie an diesem Tag vom Krankenhaus nach Hause gekommen sei, wisse sie nicht mehr. Sie könne sich nur daran erinnern, daß sie sofort nach der Bestrahlung die Klinik fluchtartig verlassen habe. Sie sei vor Entsetzen innerlich völlig erstarrt gewesen. Über diese für sie erschreckende Erfahrung habe sie mit niemandem sprechen können. Zwar habe ihr Mann sie an jenem Tag mehrfach gefragt, ob die Strahlenbehandlung für sie sehr belastend gewesen sei, jedoch habe sie nur eine vage Auskunft gegeben. Sie habe sich in das Schlafzimmer zurückgezogen und dort über das Erlebte nachgegrübelt. Das Ausmaß ihrer Erkrankung und die möglichen letalen Folgen seien ihr an diesem Tag zum ersten Mal tatsächlich bewußt geworden. Sie habe eine schlaflose Nacht verbracht und darüber nachgedacht, wann sie sterben werde und was sie vor ihrem Tod noch erledigen müsse.

Seit jenem Zeitpunkt lebe sie wie in Trance. Sie habe an allen Dingen, die ihr wichtig gewesen seien, das Interesse verloren. Die vielen Aufmunterungsversuche seitens ihrer Familie oder seitens des Freundeskreises könne sie kaum ertragen. Sie könne es kaum verstehen, daß man sich noch um sie bemühe, wo das Todesurteil doch bereits über sie gefällt worden sei. Über ihre Gedanken und Gefühle könne sie mit niemandem sprechen, da sie den anderen ihren baldigen Tod verheimlichen möchte. Sie habe gehäuft über einen Suizidversuch nachgedacht, habe die Idee jedoch verworfen, da sie ihrer Familie ein derartiges Leid ersparen wolle.

Sie könne kaum etwas essen, in den Nächten liege sie fast ausschließlich wach im Bett. Selbst für kleinste Arbeiten im Haushalt habe sie keine Energie, an ihre Arbeit als Übersetzerin würde sie erst gar nicht denken. Seit Beginn der Bestrahlungsbehandlung (drei Wochen vor dem Erstgespräch) habe sie sechs Kilo Körpergewicht verloren. Während sie an den ersten Tagen der Bestrahlungstherapie noch darüber nachgedacht habe, wie sie die Vielzahl von Dingen, die vor ihrem zu erwartenden Tod noch zu regeln seien, erledigen solle, habe sie nun auch daran das Interesse verloren. Deshalb habe sie in den letzten Tagen vor dem psychologischen Gespräch ernsthaft erwogen, die Bestrahlungstherapie abubrechen. Sie gehe davon aus, daß sie in jedem Fall bald sterben müsse, deshalb sei es auch nicht mehr notwendig, die Bestrahlungen durchführen zu lassen. Falls sie sich zum Abbruch entschließen würde, habe dies zum einen den Vorteil, daß sie die körperlichen Beschwerden der Bestrahlungen nicht mehr ertragen müsse (Hautirritationen, Magen-Darmschmerzen), zum anderen habe sie dann keinen weiteren Kontakt mehr zu Krebsmitpatienten, wodurch sie sich erleichtert fühlen würde.

2 Psychologische Diagnostik

Nach der Anamnese der weiteren Krankengeschichte erfolgte eine testpsychologische Differentialdiagnostik. Es wurde erneut eine Fremdbeurteilung bezüglich des Ausmaßes an depressiver Gestimmtheit mittels des DSI (Zung, 1986a) durchgeführt. Frau P. bearbeitete folgende Selbstbeurteilungsskalen: Die deutsche Version der „Self-Rating-Depression-Scale“ (SRD; Zung, 1986b) und den „Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung“ (FKV102; Muthny, 1989).

Auf den beiden Skalen zur Depressionserfassung ergab sich jeweils ein Indexwert von 65 (SRD) und 63 (DSI). Beide Werte sprechen für eine mittelschwere Depression.

Die Ergebnisse der einzelnen Subskalen des FKV102 sind in Abbildung 1 dargestellt.

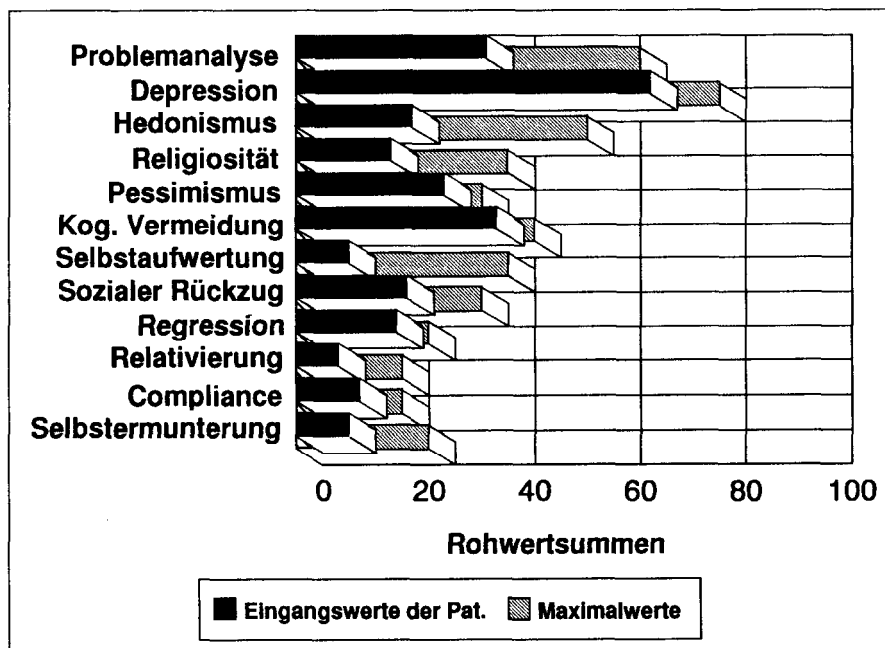


Abbildung 1: Eingangsbefund der Patientin auf den Subskalen des FVK102

Die Patientin beschrieb sich im FKV102 als stark depressiv, pessimistisch, kognitiv vermeidend, sozial sehr zurückgezogen, deutlich regressiv, kaum selbstermutigend. Weiterhin gab sie an, daß sie sich kaum in der Lage sähe, sich selbst etwas Gutes zu tun oder sich selbst aufzuwerten, in einer religiösen Hinwendung eine durchschnittlich ausgeprägte Hilfe sehe, durchschnittlich problemlöseorientiert sei, ihre eigene Situation durch den Vergleich mit anderen durchschnittlich gut relativieren könne und eine durchschnittlich ausgeprägte Compliance gegenüber der somatischen Therapie zeige. Unter Berücksichtigung der Befunde von Herschbach & Henrich (1987) sowie Filipp (1987) bezüglich positiver Formen der Krankheitsbewältigung bei Karzinompatienten läßt sich die geringe Selbstermutigungsneigung und das nur durchschnittlich ausgeprägte Vermögen der Patientin, die aktuelle Situation zu bagatellisieren, in engem Zusammenhang mit der negativen Gesamtstimmung der Patientin sehen.

Folgende Kriterien einer Major Depression gemäß DSM-IV (nach Saß, Wittchen & Zaudig, 1996, S. 387 f.) lagen bei der Patientin über eine längere Periode als zwei Wochen vor:

1. depressive Verstimmung die meiste Zeit des Tages,
2. deutlich vermindertes Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten,
3. Gewichtsverlust ohne Diät von mehr als 5 % des Körpergewichts in einem Monat,
4. Schlaflosigkeit,
5. wiederkehrende Gedanken an den Tod.

Es ergaben sich keine Hinweise auf einen organischen Faktor, der die Depression hervorgerufen hatte (wie z. B. hirnorganische Veränderungen), es handelte sich um keine Trauerreaktion oder um ein wahnhaftes Erleben.

Unter Berücksichtigung der Explorationsergebnisse und der o. g. Fragebogenwerte bzw. des Interviewergebnisses wurde bei der Patientin eine Einzelepisode einer „Major Depression“ mittleren Schweregrades (Achse 1: 296.22, DSM-III-R) diagnostiziert. Nach dem DSM-III-R handelte es sich nicht um eine Anpassungsstörung mit depressiver Gestimmtheit, da vor dem Explorationsgespräch länger als zwei Wochen ein voll ausgeprägtes depressives Syndrom bestand.

3 Erklärungsansätze für das Entstehen der psychischen Beeinträchtigung

Um die Auslösung der depressiven Symptomatik zu erklären, müssen zwei Antezedenzbedingungen berücksichtigt werden:

1. Das diagnostizierte Mammakarzinom stellt eine schwerwiegende körperliche Erkrankung dar und ist als ein negatives kritisches Lebensereignis zu bewerten.
2. Trotz der Beurteilung der Erkrankung als extrem belastendes Lebensereignis verleugnete die Patientin zunächst das Ausmaß ihrer Krankheit (über die Schwere der Erkrankung machte sich die Patientin keine Gedanken, krankheitsbezogene Informationen wurden ignoriert, die Auswirkungen der Krankheit auf das tägliche Leben unterschätzt). Diese Verleugnung erlaubte es der Patientin, während der stationären Behandlung so zu tun, als wäre kaum etwas geschehen. Die emotionale Belastung konnte dadurch in Grenzen gehalten werden.

Die Depression wurde ausgelöst, als Frau P. zu Beginn der ambulanten Strahlentherapie mit der Krankheit „Krebs“ durch die Beobachtung betroffener Mitpatienten massiv konfrontiert wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt konnte sie aufgrund ihrer Informationen und Kognitionen über die Behandlung ihres Mammakarzinoms davon ausgehen, daß die Krankheit

durch die operative Maßnahme behoben ist und die Bestrahlung eine Präventivmaßnahme darstellt. Die Erfahrung, daß Karzinomerkrankungen progredient sein können und mit sichtbaren Krankheitszeichen einhergehen können, führen zu einer dramatischen Veränderung ihrer Annahmen über den Verlauf von Karzinomerkrankungen. Dabei ist die Patientin nicht in der Lage, die möglicherweise völlig anderen Krankheitsvoraussetzungen ihrer Mitpatienten zu berücksichtigen. Vielmehr attribuiert sie alle negativen Ereignisse, die mit einer Karzinomerkrankung in Zusammenhang stehen können, automatisch auf ihre eigene Situation.

Folgende Faktoren waren dafür mitverantwortlich, daß die Konfrontation so massiv erfolgte:

Die Bestrahlungsbehandlung wird erst nach geraumer Wartezeit durchgeführt. Es erfolgt keinerlei psychische Zuwendung durch das medizinische Personal. Die Patientin ist mit einer Vielzahl weiterer Karzinompatienten konfrontiert, die zum Teil sichtbare Zeichen ihrer Krankheit tragen. Die Patientin

1. ist enttäuscht darüber, daß sich niemand um sie kümmert,
2. stellt fest, daß eine Karzinomerkrankung sichtbare Zeichen an Patienten hinterlassen kann und diese Krankheit möglicherweise tödlich sein kann,
3. empfindet Angst und Niedergeschlagenheit bei dem Gedanken, daß u. U. auch sie sichtbare Zeichen der Krankheit tragen und daran versterben kann.

Frau P. läßt sich zwar bestrahlen, verhält sich jedoch passiv. Anweisungen des Personals müssen mehrfach wiederholt werden, da sich die Patientin nicht in der Lage sieht, auf die entsprechenden Anweisungen sofort zu reagieren. Im Anschluß an die Behandlung verläßt sie fluchtartig die Klinik. Die Patientin empfindet eine massive Niedergeschlagenheit über ihren körperlichen Zustand, sie antizipiert für die nähere Zukunft ihren Tod und erwägt den Abbruch der Radiotherapie, um sich mit den möglichen Folgen der Erkrankung nicht mehr unmittelbar auseinandersetzen zu müssen.

4 Psychologische Intervention

Um das tatsächliche Ausmaß der Erkrankung und die Prognose zu erfahren, wurde in Absprache mit der Patientin zunächst Kontakt zu dem behandelnden Gynäkologen aufgenommen. Dieser beurteilte die Prognose der Patientin aufgrund der Tumorgröße, dem homolateralen axillären Lymphknotenstatus und dem Hormonrezeptorstatus durchweg günstig. Die Pa-

tientin sei aufgrund ihres körperlichen Zustandes „alles andere als präfinal“. Seitens des Gynäkologen wurde jedoch die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Bestrahlungsbehandlung zur Rezidivprophylaxe mehrfach betont.

Unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientin und den Angaben des behandelnden Gynäkologen wurden folgende Ziele für die psychologische Intervention definiert:

1. Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu der Patientin und Akzeptanz sowie Reflexion der Todeserwartungen.
2. Auseinandersetzung mit der Diagnose und Verdeutlichung der Aussage, die sich aus den objektiven Befunden ergibt.
3. Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung für oder gegen den Abbruch der Radiotherapie im Sinne des Problemlösevorgehens nach D’Zurilla & Goldfried (1971).
4. Modifikation irrationaler Kognitionen anhand des Tagesprotokolls negativer Gedanken (Beck et al., 1981) und der Reattribuierungstechnik.
5. Aktivitätsaufbau und Veränderung des Schlafverhaltens.

Da sich die Patientin in einer akuten Krisensituation befand, war eine intensive Betreuung der Patientin zu Therapiebeginn im Sinne einer Krisenintervention vonnöten. Deshalb wurden mit Frau P, wöchentlich zwei Termine vereinbart. Im Verlauf der ersten beiden Sitzungen wurde der Patientin die Möglichkeit gegeben, ihre Ängste und Todesgedanken sowie ihre Vorstellungen über ihre weitere gesundheitliche Entwicklung zu verbalisieren. Die therapeutische Intervention wurde auf ein Paraphrasieren und Reflektieren der Äußerungen der Patientin beschränkt. Die Patientin nahm jedoch weiterhin in dem vorgesehenen Rhythmus die Bestrahlungstermine wahr. Frau P. gab in der folgenden Sitzung an, daß sie nach wie vor unentschieden sei, ob sie die Bestrahlungen weiter „ertragen“ solle oder nicht. Sie berichtete, daß sie über die vorangegangenen psychotherapeutischen Gespräche nachgedacht habe und ihr aufgefallen sei, daß ihr seitens der Therapeutin bezüglich ihrer pessimistischen Gesundheitseinschätzung nicht widersprochen worden sei. Dies sei zu allen übrigen Gesprächen, die sie mit Angehörigen oder Ärzten geführt habe, inkongruent.

Im Verlauf der nächsten Sitzung wurde mit der Patientin ein „sokratischer Dialog“ zur Verdeutlichung der Diskrepanz zwischen den objektiven medizinischen Befunden zu der Karzinomerkkrankung und der Bewertung der Erkrankung durch die Patientin geführt. Die Patientin konnte am Ende des Gespräches nachvollziehen, weshalb ihre subjektive Bewertung des Krankheitsverlaufes kaum den realen Begebenheiten entspricht. In weiteren Therapiesitzungen wurden der Patientin, in Absprache mit ihrem behandelnden Gynäkologen, Informationen über ihre Erkrankung gegeben

und es wurden mit ihr die kurz- und langfristigen Vor- und Nachteile der Fortführung der Bestrahlungsbehandlung besprochen. Zu Beginn der folgenden Therapiesitzung berichtete die Patientin: „Der Verstand sagt mir, mach’ weiter mit der Bestrahlung.“ Gefühlsmäßig fühle sie sich bei dieser Entscheidung jedoch sehr unglücklich, da sie nicht wisse, wie sie ihre Niedergeschlagenheit und ihre Antriebslosigkeit bekämpfen solle. Aus diesem Grund wurde der Patientin das Tagesprotokoll negativer Gedanken (Beck et al., 1981) erklärt und die von der Patientin vorgenommenen Eintragungen in der jeweils nächsten Sitzung besprochen. Der therapeutische Prozeß wurde ab diesem Zeitpunkt durch die Tatsache, daß die Patientin bereits mehr als zwei Drittel der Bestrahlungen absolviert hatte, erheblich unterstützt. Es konnte ein Aktivitätsaufbau durchgeführt werden und die Patientin wurde zur Einhaltung von Regeln für die Schlafhygiene motiviert.

Nach der Beendigung der Bestrahlungstherapie wurden die Therapiesitzungen auf wöchentliche Termine ausgedehnt. Zwar bestanden bei der Patientin nach wie vor deutliche depressive Symptome, jedoch hatte sich die Stimmung im Vergleich zum Beginn der Behandlung deutlich aufgehellt und sie hatte ihre Kognitionen bezüglich eines baldigen Todes verändert. In dieser Phase der Therapie wurde mit der Patientin mehrfach der bevorstehende Untersuchungstermin zur Krebsnachsorge thematisiert. Die Patientin berichtete, daß sie in ihrer häuslichen Umgebung immer wieder über ein mögliches Rezidiv der Karzinomerkrankung nachgrüble. Die z. T. irrationalen Kognitionen wurden gemeinsam mit der Patientin besprochen und reattribuiert.

Nachdem die Krebsnachsorgeuntersuchung ohne Befund abgeschlossen war, rückte die Patientin nach ihren eigenen Angaben verstandesmäßig und emotional von der Annahme einer infausten Prognose ihrer Erkrankung ab. Sie könne nun wieder in die Zukunft blicken, ohne sofort an ein Rezidiv der Erkrankung oder ihren baldigen Tod zu denken. Aus diesem Grund habe sie sich mit ihrem Ehemann zu einem gemeinsamen Urlaub entschlossen.

Nach ihrer Rückkehr von der Urlaubsreise berichtete Frau P., daß sie wieder Appetit verspüre, ausreichend lange schlafen könne und Mut bezüglich ihrer Zukunft schöpfe. Ihre psychische Verfassung erwies sich in den folgenden Therapiesitzungen als stabil. Aus diesem Grund wurde die Therapie im gegenseitigen Einverständnis beendet.

Evaluation der Intervention

Die Abschlußdiagnostik mittels der Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen zur Einschätzung der depressiven Gestimmtheit (SRI, DSI) und des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV102) ergab die in den Abbildungen 2 und 3 dargestellten Ergebnisse.

Das Ausmaß an depressiver Gestimmtheit wurde im DSI mit 41, im SRD mit 42 Indexpunkten beurteilt. Beide Werte liegen entsprechend der Normierungsvorgaben (Zung, 1986a, 1986b) unter dem kritischen Wert (Indexwert 50) für eine depressive Verstimmung.

Im FKV102 beschrieb sich die Patientin im Vergleich zur Ersterhebung als deutlich weniger depressiv verstimmt (Summenwert pre 67; Summenwert post 37), weniger pessimistisch (pre 30; post 20) und weniger regressiv (pre 20; post 15). Weiterhin gab sie an, weniger kognitives Vermeidungsverhalten bezüglich ihrer Erkrankung zu zeigen (pre 38; post 15), schilderte sich als sozial weniger zurückgezogen (pre 31; post 13), deutlich problemlöseorientierter (pre 36; post 53), stärker selbstermutigend (pre 10; post 17) und selbstaufwertend (pre 10; post 28) sowie hedonistischer (pre 22; post 34). Das Ausmaß an Religiosität wurde als gleichbleibend bewertet (pre 18; post 18). Die Compliance gegenüber ärztlichen Behandlungsempfehlungen wurde als größer beurteilt (pre 12; post 17) und Frau P. gab an, daß sie ihre eigene Situation im Vergleich mit anderen besser relativieren könne (pre 8; post 15).

Psychologische Betreuung in der Rezidivphase

Circa sechs Monate nach Abschluß der oben beschriebenen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung meldete sich Frau P. bei uns, da ihr Gynäkologe erneut einen „Knoten“ in der bereits operierten Brust diagnostiziert hatte und sie deshalb wieder in die stationäre Behandlung kam. Seitens der behandelnden Gynäkologen war eine operative Entfernung des Knotens geplant. Präoperativ konnte keine Aussage darüber getroffen werden, ob es sich um einen malignen Tumor oder um eine gutartige Verhärtung in der Brust handelte.

Frau P. wirkt zum Zeitpunkt der stationären Einweisung äußerlich sehr gefaßt. Sie gab an, daß sie sich während der vorangegangenen Monate intensiv darum bemüht habe, wieder ein normales Alltagsleben zu führen. Zum Großteil sei ihr dies gelungen; sie habe sich um ihre Familie gekümmert, erneut Übersetzungsarbeiten erledigt und wieder mit dem Geigenspiel begonnen. Ihre Gedanken und Befürchtungen über das Auftreten von

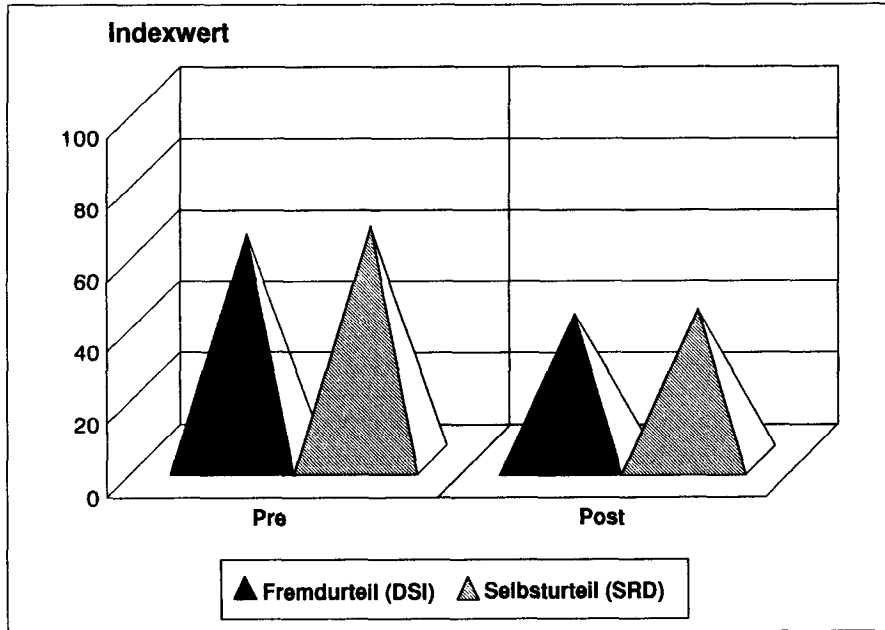


Abbildung 2: Vergleich der Depressionsmaße

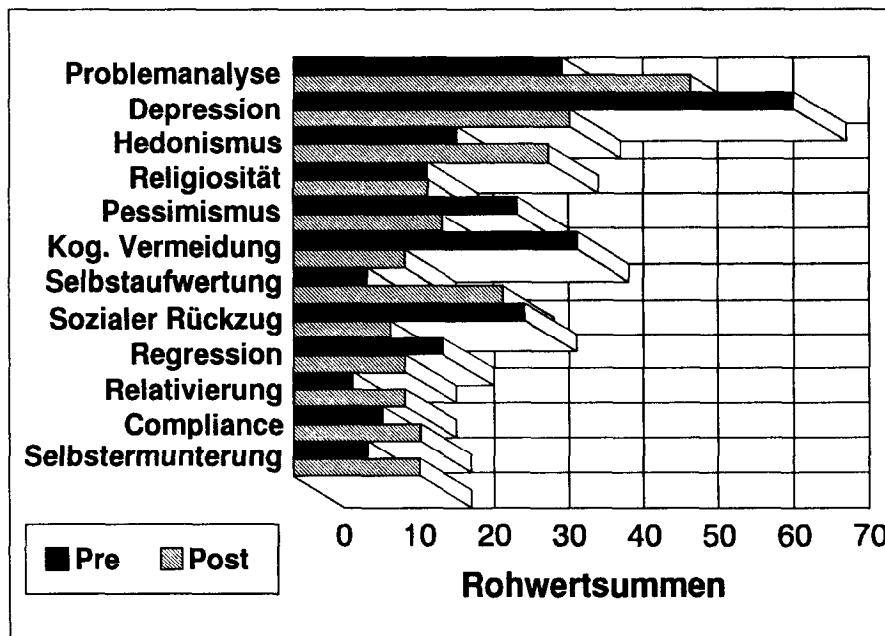


Abbildung 3: Pre-Post-Vergleich auf den Subskalen des FKV102

Metastasen oder einen erneuten Primärtumor habe sie ihrem Mann mitteilen können, der eine „erstaunlich große Geduld“ gezeigt habe. Allerdings habe sie in den letzten Wochen vor der erneuten Befundung Angst vor der wöchentlichen Selbstpalpation gehabt, die ihr seitens des ambulant behandelnden Gynäkologen nahegelegt worden war. Es sei ihr schwer gefallen, ihre Brüste gründlich abzutasten und sie habe ihren Mann bei sexuellen Kontakten davon abgehalten, sie am Busen zu berühren. Sie könne nicht genau erklären, weshalb sie plötzlich Angst vor Berührungen der Brust empfunden habe.

Um die vertrauensvolle Beziehung zu der Patientin nicht zu gefährden, wurde im Verlauf des Explorationsgesprächs darauf verzichtet, die genauen Ursachen der Angst vor der Selbstpalpation zu eruieren. Eine mögliche Ursache der geschilderten Angst lag u. U. darin, daß die Patientin den Knoten bereits vor Wochen ertastet hatte und aus Angst vor den Konsequenzen seine Existenz leugnete.

Die Operation erfolgte bereits am zweiten Tag nach Aufnahme in die stationäre Behandlung. Am gleichen Tag wurde Frau P. mitgeteilt, daß es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um eine gutartige Gewebsveränderung handle. Eine exakte Aussage lasse sich jedoch erst nach genauer histologischer Untersuchung der Gewebsprobe treffen. Am ersten postoperativen Tag berichtete die Patientin von ihrer großen psychischen Erleichterung über den vorläufigen Befund. Sie gab jedoch an, daß sie ein starkes Vermeidungsverhalten zeige, wenn es um das Anschauen des Verbandes auf der operierten Brust oder um eine Berührung der Brüste gehe, da sie jedesmal denke, „jetzt ist schon wieder was los“.

In den verbleibenden Tagen der stationären Behandlung wurde die Patientin in einem gemeinsamen Gespräch mit dem behandelnden Gynäkologen und uns ausführlich über die Notwendigkeit regelmäßiger Selbstpalpationen der Brüste und Lymphknotenregionen informiert. Darüber hinaus wurde mit der Patientin vor einem Spiegel in einem gestuften Vorgehen das Anschauen, Berühren und Abtasten der Brüste und Lymphknotenregionen geübt.

Die Ergebnisse der histologischen Gewebsuntersuchungen waren unauffällig. Am Entlassungstag gab die Patientin an, daß sie sich psychisch stabil genug fühle, ihr Alltagsleben wieder aufzunehmen und sie versuchen wolle, die Selbstuntersuchungen regelmäßig durchzuführen.

5 Resümee

Eine der Besonderheiten psychologischer Interventionen bei Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen zeigt sich in dem geschilderten Fall recht deutlich: Die Art und der Zeitpunkt des Beginns einer psychologischen Intervention wird nicht nur durch den Verlauf der Grunderkrankung, sondern auch durch das Gelingen der Krankheitsbewältigung maßgeblich beeinflusst. Bei der Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen ist es für Psychologen deshalb notwendig, neben einer guten Therapieausbildung auch über ein Basiswissen zur jeweiligen Erkrankung zu verfügen und im intensiven Informationsaustausch mit den jeweils behandelnden Ärzten zu stehen. Nur dadurch ist eine Ableitung sinnvoller Ziele für psychologische Interventionen und damit eine hilfreiche Beratung des Patienten gewährleistet. Psychologische Interventionen bei chronischen Erkrankungen können deshalb besonders gut im Rahmen psychologischer Konsiliar- und Liaisonarbeit geleistet bzw. angebahnt werden (vgl. Ehlert, 1998).

Bei allen psychologischen Interventionen, mit denen versucht wird, den Verlauf chronischer Erkrankungen positiv zu beeinflussen, ist – auch das zeigt der Fall recht deutlich – die individuelle Krankheitsverarbeitung bzw. – bewältigung zu berücksichtigen. In dem dargestellten Fall wurde eine psychologische Intervention notwendig, als die Patientin mit ihrer Krankheit massiv konfrontiert wurde und sie ihre Verleugnungstendenzen aufgeben mußte. Die Konfrontation entstand maßgeblich durch den Kontakt zu anderen Karzinompatienten während der Radiotherapie und ließ die irrationale Überzeugung entstehen, bald sterben zu müssen. Obwohl diese Überzeugung im Widerspruch zum medizinischen Befund stand, war sie Auslöser der Depression und Beweggrund, eine psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen. Entsprechend wichtig war es, während der Beratungsgespräche auf die irrationale Überzeugung Einfluß zu nehmen. Der Widerspruch zwischen objektivem medizinischen Befund und subjektiven Überzeugungen der Patientin ergab das Grundgerüst der Intervention.

Eine wichtige Einflußgröße bzgl. der psychischen Bewältigung chronischer Erkrankungen stellt das soziale Umfeld des Patienten dar. In unserem Fallbeispiel zeigte sich, daß die Familie eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung und Geborgenheit darstellte, aber nur solange, wie die Patientin selbst relativ hoffnungsvoll war. Die Grenzen familiärer Unterstützung wurden aber deutlich, als sich bei der Patientin als Reaktion auf die o. g. Überzeugung, bald sterben zu müssen, eine Depression entwickelte. In dieser Situation war es Frau P. dann nicht mehr möglich, die familiären Hilfsangebote anzunehmen. Möglicherweise erlaubte die emotionale Nähe

zu den einzelnen Familienmitgliedern es der Patientin nicht, ihre tatsächlichen negativen Empfindungen zu verbalisieren. Dies bedeutet, daß ein positives soziales Umfeld nicht immer die professionelle psychotherapeutische Hilfe ersetzen kann, wengleich häufig von Patienten mit chronischen Erkrankungen geäußert wird, daß die Familie eine wichtige Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung darstelle.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß eine psychologische Intervention bei chronischen Krankheiten weniger an einem schulenspezifischen Therapiemodell orientiert werden kann, als vielmehr versucht werden sollte, pragmatisch Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung anzubieten, wobei die Art der Betreuung dem Verlauf der Grunderkrankung folgen muß.

Literatur

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- D’Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
- Ehlert, U., (1998). *Psychologie im Krankenhaus*. Bern: Huber.
- Filipp, S.H. (1987) *Bewältigung kritischer Lebensereignisse im Erwachsenenalter: Befunde aus zwei Längsschnittstudien*. Trier: Forschungsbericht der Universität Trier.
- Forsen, A. (1991). Psychosocial stress as a risk for breast cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 176–185.
- Herschbach, R. & Henrich, G. (1987). Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 37, 185–192.
- International Union Against Cancer (1987). *TNM. Klassifikation maligner Tumoren*. Berlin: Springer.
- Knörr, K., Knörr-Gärtner, H., Beller, F.K. & Lauritzen, C. (1989). *Geburtshilfe und Gynäkologie* (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Levy, S. (1989). Kognitiv-behaviorale Risikofaktoren für den Verlauf von Karzinom-erkrankungen. In I. Hand & H.U. Wittchen (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Medizin* (S. 284–300). Heidelberg: Springer.
- Muthny, F.A. (1989). *FKV – Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Priestman, T.J., Priestman, S.G. & Bradshaw, C. (1985). Stress and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 51, 493–498.
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Senn, H.J., Drings, P., Glaus, A., Jungi, W.F., Sauer, R. & Schlag, P. (1986). *Checkliste Onkologie*. Stuttgart: Thieme.
- Zung, W.K. (1986a). DSI – Depression Status Inventory. In CIPS – Collegium Interna-

- tionale Psychiatriae Sclarium (Eds.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Zung, W.K. (1986b). SDS – Self Rating Depression Scale. In CIPS – Collegium Internationale Psychiatriae Sclarium (Eds.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz Test GmbH.