

B. Hladschik

## Psychotherapie mit Krebspatienten: Erfahrungen und Eindrücke nach vierjähriger psychotherapeutischer Arbeit an einer onkologischen Abteilung

**Zusammenfassung** Parallel zu den großen Fortschritten in der medizinischen Behandlung onkologischer Patienten hat die Psychotherapie mit Krebspatienten in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Am Beispiel des integrativen psychoonkologischen Betreuungsmodelles an der Universitätsklinik für Innere Medizin I am Wiener Allgemeinen Krankenhaus wird aufgezeigt, welche Bedeutung die psychotherapeutische Arbeit mit Krebspatienten haben kann. Die Stellung der Psychotherapie und deren Auswirkungen auf Patienten, Angehörige und Behandlungsteam werden anhand einer ausführlichen Falldarstellung skizziert.

Weiters erfolgt eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Schwierigkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie, Psychoonkologie, Krebs.

### **Psychotherapy with cancer patients**

**Abstract** The remarkable progress in the medical treatment of cancer patients in the recent past has been accompanied by a psychotherapeutic care which is growing in importance.

The author describes the psychooncological program of the department for internal medicine at the University Clinic of Vienna's General Hospital (Wiener Allgemeines Krankenhaus). This program is indicative of the growing importance of psychotherapeutic support for cancer patients.

An in depth case study serves as a basis for a discussion of the position of psychotherapy and its effects on patients, their relatives and the medical personal. Furthermore the author considers the prospects of and barriers to interdisciplinary cooperation.

**Keywords:** Psychooncology, psychotherapy, cancer.

### **Le traitement psychothérapeutique de cancéreux: expériences et impressions dérivées de quatre ans de travail thérapeutique dans le cadre d'un service d'oncologie**

**Résumé** En même temps que ces dernières années, le traitement médical des cancers faisait d'importants progrès, le traitement psychothérapeutique des cancéreux a gagné en importance.

Nous décrivons le modèle intégré de soins de type psycho-oncologique appliqué à la clinique universitaire de médecine interne I de l'Allgemeines Krankenhaus de Vienne, pour montrer quelle peut être la signification du travail psychothérapeutique mené avec des patients souffrant d'un cancer.

En plus de souffrir d'atteintes physiques, ces derniers sont souvent confrontés à toute une série de problèmes psychologiques et sociaux. La question n'est toutefois pas tellement de savoir quels sont ces problèmes: il faut plutôt se demander de quelles ressources les patients disposent. Pour garantir à ceux-ci des soins optimaux, il est important de viser l'établissement d'un réseau entre

les différents services concernés: médecins, personnel soignant, assistants sociaux et psychologues/psychothérapeutes. En parallèle, il faudrait que toutes les personnes participant aux soins soient prêtes à faire face à leurs propres réactions émotionnelles; il s'agit d'encourager et de soutenir ce processus.

Nous présentons un cas en détail pour mettre en évidence les particularités du travail psychothérapeutique mené dans le cadre d'un service d'oncologie (flexibilité au niveau du setting et de l'horaire, prise en compte d'éléments dérangeant le traitement et de l'évolution de la maladie, coopération avec les médecins et le personnel soignant).

Nous discutons en outre de la place à attribuer à la psychothérapie dans le cadre de l'oncologie, ainsi que des potentiels et difficultés inhérents à une collaboration interdisciplinaire.

## 1. Einleitung

Wir haben durch die Forschung der letzten zwanzig Jahre (Überblick in Muthny et al., 1993; Faller, 1998), die sich intensiv mit den Fragen der Krankheitsverarbeitung in der Onkologie befaßt hat, gelernt, in welchem Ausmaß neben der medizinischen Therapie die individuelle Reaktion auf die Belastungen von Bedeutung ist, ja sogar den Krankheitsverlauf mitbestimmt. (Frischenschlager et al., 1992).

Beeinflusst wird die Krankheitsverarbeitung vor allem durch die Ressourcen des Betroffenen, die soziale Unterstützung durch Angehörige aber auch Behandelnde.

Nachdem besonders onkologische Patienten/innen\* durch die meist langwierigen Behandlungen, verbunden mit längeren Krankenhausaufenthalten, neben physischen und psychischen auch mit vielen sozialen Belastungen (Isolation, finanzielle Einschränkungen) konfrontiert sind, empfiehlt sich in der Onkologie ein *biopsychosoziales Betreuungskonzept*.

*Um eine optimale Versorgung und Behandlung der Patienten gewährleisten zu können, ist eine Vernetzung des medizinischen, des pflegerischen, sozialarbeiterischen und psychologisch/psychotherapeutischen Bereiches anzustreben. Parallel dazu sollte die Bereitschaft der Behandler, sich mit der eigenen Betroffenheit auseinanderzusetzen, gefördert und unterstützt werden.*

## 2. Psychosoziale Belastungen

Obwohl es sehr viele unterschiedliche Krebsarten gibt, erscheint es aus psychologischer Sicht angebracht, die Krebserkrankungen zu einer Einheit zusammenzufassen. Weswegen im Folgenden nicht zwischen verschiedenen Tumorarten unterschieden wird.

Unter dem Begriff psychosoziale Belastungen werden alle aversiv erlebten Affektlagen zusammengefaßt, die sich bei den Betroffenen selbst und ihrer sozialen Umwelt durch die negativen Auswirkungen der Erkrankung ergeben (Schulz und Hellhammer, 1994). Kaum eine andere Erkrankung wird so bedrohlich und belastend erlebt wie eine maligne Tumorerkrankung. Obwohl die Medizin in der Behandlung von malignen Tumoren große Fortschritte vorweisen kann, ist Krebs im Bewußtsein der Menschen mit Leiden, langwierigen Behandlungen, Hilflosigkeit, Abhängigkeit und baldigem Tod assoziiert.

Die Diagnose Krebs erweckt aber auch Mechanismen des magischen Denkens. Menschen suchen nach den Ursachen, die zu ihrer Erkrankung geführt haben könnten. Es ist ein natürliches psychologisches Phänomen, daß Menschen wissen möchten, warum etwas mit ihnen passiert. Wenn die Ursache bekannt ist, meint man die Situation besser bewältigen zu können, indem man die Ursache ausräumt. Oft wird eine Krebserkrankung von den Betroffenen auf bestimmte Haltungen in der bisherigen Lebensführung zurückgeführt. So ist z.B. die Ansicht weit verbreitet, daß das ständige Unterdrücken von Emotionen zu Magenkrebs führe. („Ich habe immer alles nur hinunter geschluckt.“) Krebserkrankungen werden von Betroffenen jedoch auch häufig als Strafe für

\* Wegen der flüssigeren Lesbarkeit wird im weiteren Text die konventionelle Maskulinform verwendet.

„Vergehen“ in der Vergangenheit zurückgeführt. Die Betroffenen leiden meist unter massiven Schuld- und Schamgefühlen.

Häufig quälen sich Krebskranke mit der Frage „Warum gerade ich?“ oder „Womit habe ich diese Strafe verdient?“.

Diese Assoziation von Krebs mit Schuld hat wesentlich dazu beigetragen, daß viele Menschen versuchen ihre Erkrankung zu verbergen, um sich vor einer Stigmatisierung zu schützen. Gerade diese Tabuisierung treibt Betroffene in Isolation und Hilflosigkeit, Mechanismen, denen durch einführende Betreuung entgegengewirkt werden kann, denn sie münden in psychologisches und somit immunologisches Gift für die Patienten.

Die Konfrontation mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung oder einer unter Therapie fortschreitenden oder wiederkehrenden Erkrankung löst bei den meisten Menschen eine tiefe psychische Krise aus, die sie förmlich „aus der Bahn wirft“. Die bislang für normal gehaltene Lebenskonstruktion des Patienten wird erschüttert, Lebensperspektiven werden brüchig und ungewiß.

Die häufigsten psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung sind:

- Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufes
- Lebensbedrohung
- chronische Schmerzen
- Nebenwirkungen der medizinischen Behandlungen
- lange Krankenhausaufenthalte
- Herausgerissen-Sein aus dem beruflichen und privaten Alltag
- Unsicherheit in bezug auf den Umgang mit der Erkrankung
- Einschränkungen in Bezug auf körperliche und emotionale Belastbarkeit
- Verringerung des Selbstwertgefühls

Jedoch kommt es nicht nur auf die Belastung selbst an, sondern vielmehr, *wie* der Betroffene damit umgeht und welche Ressourcen ihm für die Bewältigung zu Verfügung stehen. Eine der Hauptaufgaben der psychotherapeutischen Betreuung besteht darin, den Erkrankten in der *individuellen* Optimierung der Krankheitsverarbeitung zu unterstützen.

Dazu müssen von Beginn an eine Reihe von Fragen abgeklärt werden:

- Was ist der Informationsstand des Patienten zu Diagnose und Therapie?
- Wie geht er mit der neuen Situation um?
- Wie hat er auf bisherige Belastungen reagiert?
- Kann er seine Gefühle wahrnehmen und ausdrücken?
- Sind die Bewältigungsformen adaptiv?
- Inwieweit erhält er Unterstützung durch seine Angehörigen?
- Wie weit ist er sozial integriert?
- Wie ist seine Beziehung zu Angehörigen und Behandlern?
- Welche Lebensperspektiven hat der Patient?
- Welche Hoffnungen, welche Erwartungen hat er?

### 3. Die onkologische Station an der Universitätsklinik für Innere Medizin I am Allgemeinen Krankenhaus in Wien

An der Klinik wurde vor vier Jahren, auf Initiative des Vorstandes (Univ.-Prof. Dr. Heinz Huber) der Versuch unternommen, eine klinische Psychologin und Psychotherapeutin in den stationären Betrieb zu integrieren. Das Pflegepersonal hatte auf die Notwendigkeit einer psychologischen Betreuung für die Patienten aufmerksam gemacht. Unterstützt wurde das Vorhaben weiters durch einen an der Station tätigen Assistenzarzt.

In der Regel werden an der Station onkologische Patienten mit den unterschiedlichsten Tumorarten und in den unterschiedlichen Stadien der Erkrankung chemotherapeutisch behandelt. Eine aktuelle österreichweit durchgeführte Erhebung zum Stand der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten in Österreich (durchgeführt von der österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie in Zusammenarbeit mit dem Institut für medizinische Psychologie) zeigte, daß der Prozentsatz von Patienten in fortgeschrittenen Stadien, die an unserer Station psychotherapeutisch behandelt werden, überdurchschnittlich hoch ist.

Standardmäßig dauert eine Chemotherapieerstbehandlung ca. sechs Monate. In dieser Zeit wird der Betroffene ca. alle drei Wochen für 3–5 Tage an der Station zur Chemotherapie aufgenommen. Anschließend folgt eine ca. dreiwöchige Erholungsphase mit ambulanten Kontrollen. Die Aufenthaltsdauer an der Station und die Therapiepausen variieren je nach Tumorart und Zustand des Patienten.

Die Erwartungen der Patienten, die an unsere Station kommen sind sehr unterschiedlich. Meist jedoch erhoffen sich die Betroffenen gerade von der Universitätsklinik eine besonders professionelle Behandlung und hegen große Erwartungen in den Therapieerfolg. Bezüglich der Informiertheit über die Erkrankung gibt es große Unterschiede.

Die Gespräche mit den Patienten können immer nur während des stationären Aufenthalts stattfinden. Das bedeutet, daß zwischen zwei Terminen mehrere Wochen liegen können, manchmal auch nur ein Tag.

Der Kontakt zwischen den Patienten und mir wird auf verschiedenen Wegen hergestellt:

1. Jeder Patient bekommt bei der Aufnahme ein Informationsblatt, das über die Möglichkeit der Inanspruchnahme informiert. Beiliegend sind ein Anmeldeformular für den Betroffenen selbst und eines für Angehörige. Dieses Informationsblatt wird von den Stationsschwestern ausgeteilt.
2. Ärztinnen und Pflegepersonal machen die Betroffenen auf das Angebot aufmerksam.
3. Ärzte und Pflegepersonal machen mich auf Patientinnen und Angehörige aufmerksam.
4. Ich spreche Patienten und Angehörige selbst an.
5. Betroffene wenden sich direkt an mich.
6. An der Station sind in den Gängen und in jedem Patientenzimmer Plakate ausgehängt, die darüber informieren, daß eine Psychotherapeutin und klinische Psychologin an der Station anwesend ist.

Die Station bietet Platz für 28 Patienten und ist meist voll belegt. Das Interesse an psychotherapeutischer Unterstützung von Seiten der Patienten ist sehr groß. Meist fragen die Patienten und die Angehörigen von sich aus, ob an der Station psychotherapeutische oder psychologische Betreuung angeboten wird. Täglich werden ca. acht Patienten neu aufgenommen bzw. entlassen. Ein enormer, auch bürokratischer Aufwand für Ärzte und Pflegepersonen. Erschwerend kommt dazu, daß die Assistenzärzte semesterweise rotieren. Einer der zwei stationsführenden Oberärzte bleibt über ein weiteres Semester.

Der Aufbau eines interdisziplinären Teams ist somit nur bedingt möglich.

Das Pflegepersonal und auch ich müssen uns jedes Semester auf ein neues Ärzteteam einstellen. Für die Patienten, die bei uns behandelt werden, bedeutet das, daß sie sich mitunter während eines Behandlungszyklus auf unterschiedliche Ärzte einstellen müssen. Die neuen Assistenzärzte sind mitunter erstmalig mit der besonderen psychischen Situation onkologischer Patienten konfrontiert.

### 4. Stellung der Psychotherapie in der Onkologie

Im medizinischen Alltag wird vor allem kuratives Helfen im Auge behalten und palliatives, d.h. linderndes, stützendes und begleitendes Helfen gering geschätzt. Bei onkologischen Patienten und anderen chronisch Erkrankten steht die professionelle Hilfestellung bei der Bewältigung der Situation im Vordergrund.

In den letzten zwanzig Jahren hat sich im onkologischen Bereich zwar der Ruf nach einer gezielten psychologischen und psychotherapeutischen Unterstützung der Patienten deutlich verstärkt. Trotzdem ist die Stellung der Psychoonkologie keineswegs klar umrissen, noch stabil in das medizinische System eingebunden.

In vielen onkologischen Kliniken gibt es heute psychotherapeutische Konsiliar- oder Liaisondienste, die Betreuung anbieten. Die Psychotherapeuten sind meist für mehrere Stationen zuständig und kommen in der Regel dann zum Patienten, wenn sie von Ärzten oder Pflegepersonal gerufen werden. Bei Liaisondiensten ist der Kontakt zur Station enger. Das bedeutet, daß die Mitarbeiter bei Liaisondiensten z.B. auch teilweise an den Visiten teilnehmen und von sich aus mehr Kontakt zu Ärzten und Pflegepersonal suchen und halten.

Das integrative Modell, welches an der Universitätsklinik für Innere Medizin I in Wien etabliert wurde, bietet in Bezug auf die ganzheitliche Patientenversorgung viele Vorteile.

Oftmals erleben Krebspatienten die Konfrontation mit einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater (von der subjektiven Bedeutung wird von den Erkrankten wenig unterschieden) als zusätzliche Beeinträchtigung ihres Selbstwerterlebens. Sie haben das Gefühl, daß nicht nur mit ihrem Körper etwas nicht stimmt, sondern zusätzlich noch ihre psychische Integrität angezweifelt wird.

Zur Bewältigung einer Erkrankung und ganz besonders einer Krebserkrankung ist die Mobilisierung aller Ressourcen anzustreben.

Es ist keineswegs ein Zeichen schlechter Anpassungsleistung, wenn im Zuge einer körperlichen Erkrankung das emotionale Gleichgewicht gestört ist. Setzt die psychotherapeutische Unterstützung zu einem frühen Zeitpunkt ein, kann sie präventiv wirken und einer späteren Destabilisierung entgegenwirken.

Deswegen ist es wünschenswert, daß die Kontaktaufnahme mit den Patienten nicht erst erfolgt, wenn psychopathologische Reaktionen sichtbar werden, sondern so früh wie möglich. Diese Möglichkeit hat man als Psychotherapeut vor allem dann, wenn man in das Behandlungsteam eingebunden ist.

Die Onkologie ist eine Domäne von Chirurgie, Strahlentherapie und Chemotherapie. Es geht meist darum, „den Krebs zu besiegen“. Zu diesem Zweck hat sich die Schulmedizin auch mit sehr wirksamen „harten Waffen“ gegen das „Bösartige“, welches es zu bekämpfen gilt, gerüstet. Keine leichte Aufgabe für die Ärzte, da sie oft schon zu Beginn einer Behandlung wissen, daß sie, wenn überhaupt, nur einen Teilerfolg für sich verbuchen können. Denn von Heilung kann im onkologischen Bereich öfters nur bedingt gesprochen werden. Nicht immer zeigt die Therapie den gewünschten Erfolg. Für die Patienten bedeutet das eine Zunahme der existentiellen Bedrohung. Für die Ärzte heißt das, daß sich die Chance, den Patienten letztendlich doch noch heilen zu können, verringert. Über das Leiden der Ärzte wird jedoch in der Regel wenig gesprochen.

An den medizinischen ist der Pflegebereich angegliedert. Durch die pflegerischen Tätigkeiten am Patienten entsteht zwischen Pflegepersonen und Patienten oft ein sehr persönlicher Kontakt. Gegenüber den Pflegepersonen können Patienten oft viel freier über ihre Situation und ihre Sorgen und Ängste sprechen. Dadurch erweitert sich das Wissen der Pflegepersonen bezüglich eines Patienten über das rein medizinische hinaus. Das führt mitunter dazu, daß von Seiten des Pflegepersonal andere Prioritäten in der Behandlung gesehen werden.

Als dritte Berufsgruppe im Bunde kommen nun die Psychotherapeuten dazu. Von einem Psychotherapeuten wird in der Regel nicht Heilung vom Tumor erwartet, sondern vielmehr die gezielte Unterstützung bei der Bewältigung mannigfacher Belastungen und Hilfe im Umgang mit der existentiellen Bedrohung. Somit müssen wir Psychotherapeuten in der Behandlung von Tumorpatienten weniger gegen etwas kämpfen. Deswegen brauchen wir keine besonderen Waffen, dafür aber die Bereitschaft das „Unfaßbare“ auszuhalten und uns auf ständig wechselnde Bedingungen einzustellen, um dann optimal auf die Bedürfnisse des Patienten reagieren zu können.

Für den Psychotherapeuten selbst kann die Einbindung in stationären Betrieb schwierig sein, da er ständig den hier wirkenden Kräften ausgesetzt ist. Einerseits ist er Teil des Teams, andererseits nimmt er immer eine gewisse Sonderstellung innerhalb des Teams ein. Es ist nicht immer ganz leicht, seinen eigenen Platz zu finden, sich gegenüber den anderen Berufsgruppen einerseits abzugrenzen und andererseits gemeinsame Ziele anzustreben. Durch die intensive emotionale Auseinandersetzung mit den Patienten entsteht zwischen Psychotherapeut und Patient eine besonders enge Beziehung. Psychotherapeuten erhalten meist tiefen Einblick in die

innere Welt des Patienten. Sie wissen, woran sie leiden, wie es ihnen geht, was sie über die Behandlung, die Ärzte und Schwestern denken. Andererseits entsteht durch die enge Anbindung an das medizinische System Nähe zu Behandlern und zum Pflorgeteam. Man weiß nun auch Bescheid über die medizinischen Fakten, aber auch darüber, welche Beziehung Ärzte und Pflorgeteam zu einzelnen Patienten haben. Durch die unterschiedlichen Blickwinkel der verschiedenen Berufsgruppen kommt es dazu, daß die Meinungen bezüglich der Behandlung des Patienten und dessen Persönlichkeit divergieren. Es ist ein akrobatischer Seilakt, wenn es darum geht, die Intimität des Patienten nicht preiszugeben, gleichzeitig aber ein breiteres Verständnis der Behandler für die Patienten zu bewirken, wie auch umgekehrt.

## 5. Was bedeutet Psychotherapie mit Krebskranken?

In den Anfängen psychoonkologischer Bestrebungen gab es von Seiten der Psychotherapeuten einige Versuche, Psychotherapie gegen Krebs zu praktizieren. Psychotherapie sollte analog zur medizinischen Behandlung, den „Krebs bekämpfen“. Es wurden Theorien über die sogenannte Krebspersönlichkeit aufgestellt, die besagten, daß bestimmte psychologische Merkmale ein Tumorgeschehen eher begünstigen als andere. Deswegen sollten diese „Störungen“ erkannt und verändert werden um den Gesundungsprozeß optimal zu unterstützen.

Die Tendenz „Psychotherapie gegen Krebs“ hat sich in „Psychotherapie bei Krebs“ gewandelt. So geht es heute vor allem darum, den onkologischen Patienten bei der Verarbeitung seiner Erkrankung optimal zu unterstützen. Die Forschung im Bereich des Coping hat gezeigt, daß es Mechanismen bei der Bewältigung der Erkrankung gibt, die sich günstiger auf den Krankheitsverlauf auswirken, als andere. (Auf die einzelnen Copingstrategien möchte ich hier bewußt nicht näher eingehen. Der interessierte Leser sei an Heim [1988] verwiesen.) Jedoch zeigen aktuelle Studien, daß gezielte psychotherapeutische Unterstützung nicht nur zu einer Verbesserung der Anpassungsleistung und zu einer besseren Lebensqualität führt, sondern sich auch auf die Überlebenszeit von Tumorpatienten auswirkt (Spiegel, 1989; Küchler et al., 1996). Offensichtlich hilft Psychotherapie auch gegen Krebs!

Kann man aber die Arbeit der Psychotherapeuten mit Krebspatienten als Psychotherapie bezeichnen, oder handelt es sich hier nicht mehr um Krisenintervention, Begleitung, Unterstützung und Sterbebegleitung?!

Zunächst stellt sich für mich nicht die Frage, ob Krisenintervention, Stützung und Begleitung Psychotherapie sind. Ich erachte sie als wesentliche Merkmale psychotherapeutischer Tätigkeit.

Die primäre Intention des Psychotherapeuten in der Arbeit mit Krebspatienten ist jedoch weniger das Aufdecken unbewußter Konflikte oder Traumata, sondern die Stützung und Begleitung des Patienten in der aktuellen Auseinandersetzung.

Trotzdem ist das Aufdecken von intrapsychischen Konflikten und schlecht angepaßten Verhaltensweisen oftmals für die Bewältigung der Situation unbedingt von Nöten und zielführend.

Die psychologische Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung ist durch einen phasenhaften Verlauf gekennzeichnet. Für den betroffenen Patienten bedeutet das, die schrittweise Annäherung an die subjektive Bedeutung der Erkrankung für sein Leben. Dabei durchleben sie meist sehr starke emotionale Schwankungen. Optimismus wechselt mit Aggression, Depression, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit aber auch Kampfgeist, Neuorientierung und Akzeptanz.

In einem hohen Ausmaß hängt die psychische Befindlichkeit eines Krebspatienten vom Erfolg bzw. Mißerfolg der medizinischen Behandlung ab.

Anhand einer Falldarstellung werden im Folgenden auch das Setting und die Besonderheiten der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebspatienten skizziert:

### *Falldarstellung*

(Angaben über Alter, Tumorart und Einzelheiten des Krankheitsverlaufes wurden verändert)

Im Folgenden beschreibe ich eine 40jährige Patientin, die postoperativ an unserer Station zur chemotherapeutischen Behandlung aufgenommen wurde. Sie fiel mir während der Visite auf, da sie auf mich sehr ängstlich, unruhig und nervös wirkte. Parallel dazu bat mich der bettenführende Arzt darum, mich der Patientin anzunehmen, da sie im Umgang schwierig sei und panische Angst vor Nadeln habe. Mein Angebot, mit ihr zu sprechen, wurde von der Patientin gerne angenommen. Sie wollte jedoch im Patientenzimmer mit mir sprechen, in dem noch eine andere Patientin war.

Es ist in der psychotherapeutischen Arbeit mit stationären onkologischen Patienten durchaus üblich und meinst gar nicht anders möglich, als daß die Gespräche quasi vor Publikum stattfinden. Viele unserer Patienten sind aufgrund ihrer Erkrankung und/oder der Chemotherapie in einem sehr geschwächten Zustand.

Oft fehlt es den Betroffenen an Kraft, auch nur eine halbe Stunde zu sitzen.

Die Patientin war über ihren Krankheitszustand voll informiert und betonte sogleich, daß es für sie sehr wichtig sei alle Befunde und Einzelheiten zu erfahren.

Auf ihr Nachfragen erhielt sie von den Ärzten an unserer Station auch alle Informationen über ihre Erkrankung und die Therapie.

Sie möchte in die Entscheidungen miteinbezogen werden. Ohne eine Frage meinerseits abzuwarten, berichtete sie mir über den bisherigen Krankheitsverlauf. Dabei stellte sich heraus, daß sie an der bisherigen medizinischen Behandlung zweifelte. Sie selbst sei jedoch sehr kämpferisch gegenüber dem Tumor eingestellt und habe es sich zum Ziel gesetzt, ihn zu besiegen.

Ich hatte bei der ersten Begegnung mit der Patientin den Eindruck, daß sie an sich den Anspruch stellte, besonders stark und optimistisch zu sein. Ohne zu fragen erhielt ich die Bestätigung meines Eindruckes. Sie sei bereits von Kindheit an immer auf sich alleine gestellt gewesen. Ihre Mutter sei zum Zeitpunkt ihrer Geburt sehr jung gewesen und aus finanziellen Gründen sei es notwendig gewesen, bereits einige Wochen nach der Geburt ihre Berufstätigkeit wieder aufzunehmen. In dieser Zeit sei die Patientin bei ihren Groß-

eltern gewesen. Sie berichtete weiter, daß sie eine wesentlich jüngere Schwester habe, für die sie immer die „Ersatzmutter“ gewesen sei und es auch nach wie vor sei. Sie könne sehr gut für sich selbst sorgen und auch für andere, was ihr offensichtlich auch sehr wichtig war.

Ihre große Leidenschaft sei das Fallschirmspringen, und sie hoffe sehr, daß das bald wieder möglich sein werde. Ich hatte dieses Hobby bei der Patientin nicht vermutet, denn sie war eine besonders zarte Person, die selbst zu Beginn der Erkrankung nicht mehr als 45 kg wog. Um so mehr ließ es ahnen, welche Kraft und Selbstüberwindungsfähigkeit in ihr steckten. Denn am Fallschirmspringen gefalle ihr am besten, daß man die „innere Angst“ immer wieder überwinden müsse.

Nach ihren ausführlichen Schilderungen erzählte ich der Patientin, daß mir der behandelnde Arzt geschildert habe, daß sie Angst vor Injektionen und dem Setzen von Venflons habe.

Es war mit dem Arzt zuvor geklärt, daß ich seine Beobachtung der Patientin mitteilen werde. Wenn man von allen Seiten Informationen erhält, ist es für mich immer wichtig, von vorne herein abzuklären, welche Informationen weitergegeben werden dürfen und welche nicht.

Ich erklärte der Patientin, daß ich ja deswegen hier sei, um ihr, soweit es mir möglich ist, bei auftauchenden Problemen zu helfen. Die Patientin kämpfte mit den Tränen und legte sich ins Bett zurück. Ich ermuntere sie, ihre Gefühle zuzulassen. Nun brach es förmlich aus ihr heraus. Es sei ihr alles einfach schon zuviel. Seit Monaten sei sie nun schon immer wieder im Krankenhaus, an verschiedenen Stationen mit immer neuen Ärzten und Behandlungen konfrontiert.

Um den maximalen Therapieerfolg zu erzielen, werden in der Behandlung onkologischer Patienten chirurgische, strahlentherapeutische und chemotherapeutische Therapien miteinander kombiniert. Das wirkt sich einerseits zwar günstig auf objektiven Krankheitsverlauf aus, andererseits bedeutet es für die Patienten, daß sie sich häufig an ein neues Umfeld anpassen müssen. Es kann ein Gefühl des „Hin-und-hergeschoben-Werdens“ entstehen.

Nach ihrer ersten Operation sei sie nach einem Monat bereits wieder arbeiten gegangen, und nun halte sie nicht einmal mehr „das Stechen“ aus. Die ganze Zeit versuche sie, stark zu sein und sich „zusammenzureißen“. Alle erwarteten das auch von ihr. „Ich bin doch die Starke in der Familie!“ Doch wenn etwas unvorhergesehenes passiere, verliere sie die Fassung. So eben auch, wenn ein Arzt die Vene beim Setzen eines Venflons nicht beim ersten Mal treffe. Dieser Kontrollverlust mache ihr große Angst. „Man muß doch positiv denken!“ Auch sie war wie viele Patienten der Meinung, daß das Zulassen von sogenannten negativen Gefühlen wie Angst, Zweifel und Unsicherheit den Krankheitsprozeß negativ beeinflussen.

Ich ließ die Patientin weinen und blieb einfach schweigend neben ihr sitzen. Anschließend meinte sie, daß ihr das sehr gut getan habe, doch es schien ihr auch etwas peinlich zu sein. Sie hatte an sich den Anspruch, sich der Erkrankung tapfer und mutig gegenüber zu stellen. Schwäche zulassen kam einer persönlichen Niederlage gleich. In ihrer Familie war das Weinen ab dem vierten Lebensjahr verboten. Es gab keinerlei körperlichen Kontakt und wenig emotionale Nähe.

Derzeit belaste sie zusätzlich die große Unsicherheit bezüglich der Chemotherapie. Es waren einige Untersuchungen notwendig, um die Art der Therapie genau festlegen zu können. Die Patientin litt sehr darunter, einfach nur zu warten und das Gefühl zu haben, nichts tun zu können. Sie war es gewöhnt, alles immer selbst in die Hand zu nehmen. Nun fühlte sie sich ausgeliefert und abhängig.

Dieses Ausgeliefertsein und Darauf-vertrauen-Müssen, daß die anderen schon wissen was sie tun, fällt naturgemäß den meisten Betroffenen sehr schwer. Besonders jedoch jenen Patienten, die in ihrem bisherigen Leben kaum Vertrauen zu anderen Menschen entwickeln konnten und meist auf sich alleine gestellt waren.

Sie warte nun schon sehr auf den Beginn der Chemotherapie, damit endlich etwas geschehe. Es war der Patientin von den Ärzten wiederholt erklärt worden, daß man eine Tumorerkrankung so rasch wie möglich behandeln müsse, um eine weitere Ausbreitung der Tumorzellen zu verhindern. Nun versicherte man ihr im Widerspruch dazu, daß es keine Rolle spiele, daß sie seit zwei Wochen auf den Beginn der Chemotherapie warte. Die Verwirrung der Patientin in bezug auf diese gegensätzliche Aussagen erlebte ich als verständlich und normal.

Das zweite und dritte Gespräche mit der Patientin erfolgten wieder im Zimmer. Die Chemotherapie hatte bereits begonnen. Die Patientin freute sich darüber, denn nun werde der „Krebs bekämpft“ wird und sie wieder gesund. Sie versuchte, sich den Tumor und die Chemotherapie bildlich vorzustellen. In ihrem Kopf sähe das aus wie in einem Videospiele, in dem die „Guten“ (Chemotherapie) gegen die „Bösen“ (Tumorzellen) kämpften. Sie habe über unser erstes Gespräch nachgedacht, und es sei ihr noch einiges aus ihrem Leben eingefallen. Eigentlich habe sie sich nie fallen lassen können. Es wäre niemand da gewesen, der stärker war als sie. Auch in ihren Beziehungen zu Männern habe sich das wiederholt.

Sie glaube, daß sie sich immer um die andern bemüht habe, um geliebt zu werden. Heute sei das ein Automatismus. Wenn jemand etwas von ihr verlange, könne sie einfach nicht „Nein“ sagen.

Heute freue sie sich auf die morgige Entlassung. Da ihre jüngere Schwester in derselben Wohnung lebe, werde jemand da sein, falls sie nach der Chemotherapie geschwächt sei.

Es ist eine häufig zu hörende Ansicht der Ärzte, man dürfe den Patienten nicht die ganze Wahrheit über ihren Zustand sagen, aus Sorge ihnen dadurch die Hoffnung zu nehmen und Complianceprobleme befürchten zu müssen. Am Beispiel der hier beschriebenen Patientin zeigt sich deutlich, daß die Hoffnung darauf, trotz allem wieder gesund zu werden, durch Information nicht zerstört wird. Weiters ist der Begriff „Hoffnung“ in der Onkologie viel weiter gefaßt, als die alleinige Hoffnung darauf, wieder gesund zu werden. Viele Betroffene, und auch die hier beschriebene Patientin hoffen vor allem darauf, daß man ihnen die Wahrheit sagt, daß man sie in die Entscheidungsprozesse miteinbezieht, daß sie ernst genommen werden und man sie nicht alleine läßt. Situations- und phasengerechte Information führt auch keineswegs zu Complianceproblemen. Diese tauchen eher dann auf, wenn Menschen nicht die Möglichkeit haben, durch entsprechende Informationen zu verstehen, warum diese oder jene (zumeist sehr belastende) Behandlung ihren Krankheitsverlauf positiv

beeinflussen. In der Onkologie werden Patienten oftmals erst durch die Therapie subjektiv krank gemacht. Die Nebenwirkungen der Therapie sind in frühen Stadien viel stärker spürbar, als die Tumorerkrankung selbst.

Beim nächsten Gespräch teilte sie mir mit, sie habe tags zuvor einen Weinkrampf bekommen, als ihr ein Venflon gesetzt werden mußte. Sie sei schockiert darüber, daß ihr so etwas passiere. Ich sprach mit ihr darüber, daß die emotionale Bewältigung einer Krebserkrankung sehr viel Energie und Kraft fordert. Ich versuchte ihr zu vermitteln, daß bei ihr durch den bisherigen Krankheitsverlauf und ihre private Situation noch eine Reihe zusätzlicher Belastungen hinzugekommen sind. Die Patientin hatte große Angst, ihre Ängste zuzulassen, aus Sorge, sie könnte von ihnen überwältigt werden. Je sicherer sich die Patientin in der therapeutischen Beziehung fühlte, desto offener konnte sie ihre Gefühle verbalisieren. Mit der Zeit gelang auch eine vermehrte Abgrenzung gegenüber den Bedürfnissen der anderen. Parallel nahm die Angst vor dem Setzen von Venflons deutlich ab.

Leider hat sich der Gesundheitszustand der Patientin trotz kleineren Therapieerfolgen stetig verschlechtert. Sie war in regelmäßigen Abständen an der Station aufgenommen.

Nach der fünften Sitzung sprach sie mit mir zum ersten Mal darüber, daß sie Angst habe, doch nicht mehr gesund zu werden. Als es ihr körperlich besonders schlecht geht, erfolgt ein depressiver Einbruch. Es sind neue Metastasen aufgetreten, ein Gefühl der Sinn- und Hoffnungslosigkeit macht sich breit. Zweifel an der Therapie treten wieder auf.

Sie habe Angst, nicht mehr genug Kraft zu haben, um den Krebs zu besiegen. Aufgrund von Problemen im Verdauungstrakt konnte sie tagelang keine feste Nahrung zu sich nehmen. Während ich bei ihr war, erbrach sie häufig. Sie fühle sich nutz- und wertlos, weil sie den ganzen Tag nur im Bett läge. Sie möchte etwas leisten. Daß es mitunter die größere Leistung ist, etwas zu lassen, konnte sie nur schwer akzeptieren. Sie akzeptierte dann jedoch, daß sie ihrem Körper mehr helfen konnte, wenn sie ihm nun Zeit gab, sich zu erholen. Sie nahm mein Angebot einer Entspannungsübung und schlief in deren Folge ein.

Von diesem körperlichen und emotionalen Tief konnte sich die Patientin wieder erholen. Vor dem nächsten Chemotherapiezyklus wurde sie nach Hause zu ihrer Mutter entlassen. Zehn Tage später kehrte sie sichtlich erholt und gestärkt zurück. Bei unserer Begegnung wirkte sie fast glücklich, jedenfalls sichtlich gelöst. Sie schwärmte von der Zeit bei ihrer Mutter. Die Beziehung zu ihrer Mutter habe sich in den letzten zehn Tagen intensiviert. „Wir sind uns nahe gekommen, und das ist irrsinnig schön.“ Sie wurde von ihrer Mutter gefüttert, gebadet und rund um die Uhr versorgt und gepflegt.

Sobald es ihr körperlich etwas besser ging, wuchsen auch Perfektionsansprüche wieder. Davon loszulassen fiel sehr schwer.

Am nächsten Tag war die fröhliche Stimmung wie weggeblasen. Die nächste Chemotherapiebehandlung hatte wieder begonnen. Sie litt unter massiver Übelkeit und Müdigkeit.

Dieser rasche Stimmungswechsel während einer Krebserkrankung und -behandlung ist charakteristisch. Die Patienten erleben das als sehr belastend. Für den Psychotherapeuten bedeutet das, daß stabile Stimmungslagen bei den Patienten eher selten sind. Die Stimmung ist sehr stark vom Therapieerfolg bzw. -mißerfolg abhängig. Die existentiell bedrohliche Krankheit steht meist im Vordergrund.

An diesem Tag fühlte sich die Patientin so schlecht, daß sie die Therapie abbrechen wollte. Gerade habe sie sich ein wenig besser gefühlt und schon ginge die „Quälerei“ wieder los. Sie wisse, daß sie sterben würde, wenn sie die Therapie beende. Es sei ihr jedoch genauso bewußt, daß sie trotz Therapie wahrscheinlich an der Erkrankung sterben werde.

Die Möglichkeit, die Therapie beenden zu können, kann als Kontrollversuch gedeutet werden. Wenn es nicht mehr aushaltbar ist, kann man wenigstens noch selbst bestimmen, wann es zu Ende sein soll.

Immer wieder, wenn es der Patientin körperlich sehr schlecht ging, sprach sie darüber, „aufzuhören“ bzw. die Therapie abbrechen. Sobald es ihr wieder etwas besser ging, schöpfte sie neuen Mut und wollte „weiter kämpfen“. Ich habe ihr empfohlen, diese schwerwiegende Entscheidung nicht in einer Krisensituation zu treffen.

Am nächsten Tag war ein „Therapieabbruch“ kein Thema mehr für die Patientin. Es ging ihr besser und sie sehnte sich der bevorstehenden Entlassung entgegen. Die folgenden Therapiepausen verbrachte die Patientin fortan immer bei ihrer Mutter, was sie sichtlich genoß.

Recht bald zeigte sich eine neuerliche Verschlechterung des klinischen Zustandes der Patientin. Es traten epileptische Anfälle auf, in deren Folge sprachliche und motorische Ausfälle. Es war ihr in der Zwischenzeit so gut wie noch nie gegangen. Sie blühte auf, als sie mir erzählte, daß sie nach sechs Monaten das erste Mal wieder in einem Geschäft war. Als es ihr so gut ging, ist die Hoffnung, letztendlich doch gegen den Krebs zu siegen, wieder aufgeflammt. Ich habe das Auf und Ab im Krankheitsverlauf der Patientin nur am Rande miterlebt, doch ich spürte auch eine gewisse Hilflosigkeit in mir aufsteigen. Alles, was man sagen möchte, erscheint schal und banal.

Beim nächsten Gespräch saßen wir am Gang. Sie fühle sich sehr aggressiv, sagte sie. Sie wäre vor allem auf das Krankenhaus wütend. Sie war sehr frustriert, weil sie wegen eines neuerlichen epileptischen Anfalles früher als geplant wieder aufgenommen worden war. Sie könne das hier alles nicht mehr sehen.

Ich hörte eine Weile zu, dann fragte ich, sie was sie jetzt am liebsten tun würde. „Laut schreien“, ist die spontane Antwort. Warum sie es nicht tut, fragte ich. Aggression zeigen, sei für Mädchen verboten. Als Kind sei sie jähzornig gewesen, doch das habe man ihr abgewöhnt.

Dann erinnerte sie sich an die Situation, als sie nach dem letzten epileptischen Anfall ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Ihre Schwester sei bei ihr gewesen. Sie sei so verzweifelt gewesen, daß sie geschrien und geweint habe. Danach habe sie sich erleichtert gefühlt. Im Nachhinein sei sie ganz erstaunt, daß ihre Schwester das so gelassen hingenommen habe.

Wir sprachen wieder darüber, sich anderen zuzumuten und nicht ständig Rücksicht zu nehmen.

Die sprachlichen Schwierigkeiten nahmen zu, parallel dazu die Verzweiflung und die Angst der Patientin. Es war ihr immer besonders wichtig, über alles informiert zu werden und mitbestimmen zu können. Nachdem sie nun unter massiven Sprachstörungen litt und auch nicht schreiben konnte, fühlte sie sich dem System hilf- und wehrlos ausgeliefert. Die während der Erkrankung gewonnene Nähe zu ihrer Mutter erlebte sie nun als besonders hilfreich. „Die Mama weiß, was ich brauche.“

Während der Visite waren die Sprachstörungen meist besonders ausgeprägt. Die Patientin suchte nach Worten, die sie nicht fand und geriet zunehmend in Verzweiflung. Nach einer solchen Visite setzte ich mich zu ihr ans Bett. Sie lag wie ein Embryo zusammengerollt und hielt ihre „Krebszellenkillerkatze“ fest umschlungen. Sie sei sehr unglücklich und habe große Angst, gab sie mir zu verstehen. Bedrückend war die Einsamkeit der Patientin in ihrer Sprachlosigkeit zu spüren. Ich blieb fast eine Stunde bei ihr sitzen. Es gab nichts zu tun, außer zu bleiben. Es nützte auch nichts, viel mit ihr zu sprechen, da sie das Gesagte zu diesem Zeitpunkt nur teilweise verstand.

Dann brach sie das Schweigen mit einem Satz: „Wenn Sie da sind, bin ich nicht mehr einsam. Sie sind immer so lieb zu mir.“

Dieses offene Bekenntnis von Zuneigung berührte mich sehr.

Während der Betreuung der Patientin hatte ich die Gelegenheit, ihre Schwester, ihre Mutter, ihren Lebensgefährten und einige andere Personen ihres sozialen Umfeldes kennenzulernen.

Ich habe bereits zu Beginn meiner Tätigkeit an der Klinik eine Angehörigenrunde und später eine Angehörigensprechstunde eingerichtet. Die Menschen, die den Erkrankten nahe stehen, haben bei der Krankheitsbewältigung eine ganz wichtige Funktion für die Betroffenen. Sie geben Halt und Stütze, sind wichtige Gesprächspartner, die versuchen, den Erkrankten so gut wie möglich zu unterstützen. Gleichzeitig sind sie aber mit vielen offenen Fragen konfrontiert. Von mir möchten sie meistens wissen, ob ein bestimmtes Verhalten eines Patienten bedenklich ist oder Anlaß zur Sorge gibt. Im Mittelpunkt des Interesses von Angehörigen steht meist das Bedürfnis, das Beste für den Erkrankten zu tun.

Die Schwester der Patientin und deren Gatte kamen zu mir, als die Patientin ihre wahren Gefühle weniger versteckte und offener über ihre Ängste und Zweifel zu sprechen begann. Die Angehörigen sorgten sich, die Patientin würde sich nun „fallen lassen“ und wußten nicht, wie sie sich verhalten sollten. Die Schwester berichtete, die Patienten habe in ihrem ganzen Leben nie gezeigt, wenn es ihr nicht gut gegangen sei. Sie selbst erlebe es einerseits sehr positiv, daß ihre Schwester sich nun mehr öffne, andererseits wolle sie wissen, ob ihr das nicht doch schaden könne. Ich vermittelte den Angehörigen, daß es für die Patientin sehr wichtig sei, sich endlich nicht mehr „verstecken“ zu müssen. Weiters erklärte ich ihnen, daß das Unterdrücken von Ängsten und Zweifeln sehr viel mehr Energie erforderten, als wenn sie ausgedrückt werden können.

Es ist eine weit verbreitete Meinung von Angehörigen und Patienten, man müsse ständig „positiv denken“ und dürfe sich nur nicht „gehen lassen“. Das Zulassen sogenannter negativer Gefühle wie Angst und Zweifel, meinen sie, würden zu einer

Verschlechterung des Krankheitsverlaufes führen. Häufig sprechen die Betroffenen deswegen nicht über ihre wahren Gefühle und versuchen „stark“ zu sein.

Der Schwager und die Schwester der Patientin besuchten sie fast jeden Tag, an dem sie an unserer Station aufgenommen war, ebenso ihre Mutter. Ich wußte, wie sehr ihr das half und gab diese Information auch an die Angehörigen weiter. Gleichzeitig wußte ich jedoch auch um die Sorge der Patientin, diese intensive Betreuung könnte für ihre Angehörigen zu belastend sein. Ich ermunterte die Angehörigen, sich in der Betreuung der Patientin abzuwecheln und auch auf die eigenen Kräfte zu achten.

Meist stellen Angehörige von Krebspatienten alle eigenen Bedürfnisse zurück, ja getrauen sich nicht einmal über ihre Belastungen zu sprechen. Oft geschieht es, daß beide, Patient und Angehörige, miteinander nicht über ihre Ängste und Sorgen sprechen, aus Angst, den anderen damit unnötig zu belasten. So entsteht eine tiefe Kluft zwischen zwei Menschen, die sich vielleicht bisher sehr nahe standen. Aus diesen Gründen halte ich die spezielle Unterstützung und Information Angehöriger von Krebspatienten als wichtige Aufgabe der Psychoonkologie.

Ärzte sind für kranke Menschen ebenso wichtige Bezugspersonen. Patienten sind von der Kompetenz und dem Einfühlungsvermögen des behandelnden Arztes abhängig. Es ist ein existentielles Bestreben onkologischer Patienten, auf die Beziehung zu ihrem Arzt bauen zu können. Auch hier kann von psychotherapeutischer Seite unterstützend gewirkt werden. Die spezifische Weitergabe von beziehungsfördernder Informationen an den Arzt kann zu einem besseren Verständnis beitragen.

Während ich die beschriebene Patientin begleitet habe, habe ich immer wieder mit den behandelnden Ärzten und Pflegepersonen gesprochen. Um der Patientin, die, aufgrund ihrer Sprachstörungen für sie besonders belastenden Visiten, zu ersparen, regte ich an, der behandelnde Arzt möge alleine zu der Patientin gehen.

Ich fand heraus, daß die Patientin, wenn sie Dialekt sprechen konnte, viel weniger sprachliche Probleme hatte. Jedoch war es ihr peinlich, mit Ärzten und Pflegepersonal im Dialekt zu sprechen. Nachdem die Ärzte und das Pflegepersonal von sich aus die Patientin im Dialekt ansprachen, konnte diese Hürde überwunden werden. Mit den zunehmenden kommunikativen Schwächen der Patienten wurde ich immer mehr zum Informationsvermittler zwischen der Patientin und ihren Behandlern. Nachdem ständig die Gefahr bestand, daß sie einen neuerlichen epileptischen Anfall erlitt, durfte sie nicht alleine das Zimmer verlassen. Sie war jedoch trotz aller Schwierigkeiten bis zum Schluß hoch motiviert, an der Verbesserung ihrer Situation zu arbeiten. In einem unserer Gespräche, vermittelte sie mir, daß sie gerne öfter aufstehen würde, doch es habe keiner Zeit. Nach Rücksprache mit den Ärzten, ersuchte ich die Angehörigen der Patientin mit ihr ein wenig am Gang spazieren zu gehen, wenn sie zu Besuch wären. Die Angehörigen waren froh, aktiv etwas zum Wohlbefinden der Patientin beitragen zu können und die Patientin freute sich darüber, sich bewegen zu können.

Durch die Zusammenarbeit aller gelang es, den größten Wunsch der Patientin, noch einmal nach Hause zu können, zu erfüllen. Ein neuerlicher epileptischer Anfall führte die Patientin leider recht bald wieder an die Klinik zurück. Wiederum verschlechterte sich ihr Zustand. Sie konnte nun gar nicht mehr sprechen. Die

weitere Begleitung der Patientin erfolgte schweigend, bis sie wenige Tage später an der Klinik verstarb.

## 6. Möglichkeiten und Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen bringt für Patienten und Behandler viele Vorteile mit sich, jedoch ist sie mitunter für alle Beteiligten sehr schwierig.

Ich habe durch die Teilnahme an den Visiten und die vielfältigen Möglichkeiten zum informellen Informationsaustausch viel über verschiedene Krebserkrankungen und deren medizinischer Behandlung gelernt. Die vielen informellen Kontakte sind gleichzeitig eine wichtige Gelegenheit dafür, Pflegepersonen und Ärzten meine Eindrücke und Vorstellungen näher zu bringen.

In der Onkologie sind besonders die Themen der Diagnose- und Prognosemitteilung sehr schwierig. Viele Patienten fühlen sich nicht ausreichend über ihre Erkrankung und deren Behandlung informiert. Mit diesen Sorgen wenden sie sich jedoch häufig nicht an die Ärzte, sondern an das Pflegepersonal oder an mich.

Werde ich mit diesem Thema konfrontiert, versuche ich abzuklären, wo die Ursache dafür zu finden ist. Oftmals trauen sich Patienten nicht, ihren Arzt zu fragen, aus Angst, ihn mit ihren Fragen zu belästigen. Es ist jedoch genauso möglich, daß der Betroffene Angst vor der Wahrheit hat und sich mit seinen Fragen an jemanden wendet, der ihm die entsprechende Auskunft nicht geben kann. Genauso häufig kommt es jedoch vor, daß Patienten vom Arzt trotz wiederholter Fragen nicht oder nur unzureichend informiert werden. In diesem Fall versuche ich, mit dem behandelnden Arzt darüber zu reden und ihn zu motivieren, mit dem Patienten zu sprechen. Häufig sagen Ärzte ihren Patienten nicht die Wahrheit über deren Zustand, aus Sorge, dieser würde das nicht verkraften. Wenn man ihnen jedoch glaubhaft versichern kann, wozu der Patient diese oder jene Information benötigt, können diese Ängste meist ausgeräumt werden. Doch das Schweigen der Ärzte kann auch andere Gründe haben, die ich als Psychotherapeutin nicht beeinflussen kann. Im Zusammenhang mit den Themen der Aufklärung der Patienten kann es in der interdisziplinären Zusammenarbeit immer wieder zu Spannungen und Konflikten kommen. Nachdem die Aufklärung der Patienten zu den ärztlichen Tätigkeiten gehört, kann ich als Psychotherapeutin nur meine Vorschläge einbringen. Ob diese angenommen und umgesetzt werden, entscheidet der Arzt.

Als Psychotherapeutin befinde ich mich damit oft in einer ähnlichen Situation wie das Pflegepersonal. Bekommen die Patienten die entsprechenden Informationen nicht vom Arzt, suchen sie sie oft bei den Pflegepersonen, die einerseits selbst häufig nicht genau über die aktuellen Befunde und Therapiemaßnahmen informiert sind. Andererseits dürfen die Pflegepersonen nur Auskunft über pflegerische, nicht aber über medizinische Maßnahmen geben. So kommt das Pflegepersonal oft in schwierige Situationen.

Die psychotherapeutische Arbeit mit onkologischen Patienten führt nicht immer nur zu einer Entlastung des

stationären Betriebes. Es kann zu Reaktionen von seiten der Patienten kommen, die für das medizinische und pflegerische Personal nicht unmittelbar verständlich sind. Menschen, die sich verstärkt mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen, beginnen mehr Fragen zu stellen, sie möchten mehr in die Entscheidungen bezüglich ihrer Therapie einbezogen werden. Ein weiterer Effekt der Psychotherapie ist, daß Gefühle offener gezeigt und emotionale Beeinträchtigungen ausgesprochen werden. Das zwingt die Behandler mitunter, sich damit vermehrt zu konfrontieren.

Die Integration der Psychotherapeutin an der Station bietet die Möglichkeit zu häufigem informellem Informationsaustausch. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß es nötig ist, von sich aus auf die einzelnen Personen zuzugehen und Probleme von sich aus anzusprechen.

Doch braucht gelebte Interdisziplinarität auch einen formalen Rahmen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit an unserer Station wird durch eine regelmäßige interdisziplinäre Teamsitzung, die von einem externen Psychotherapeuten geleitet wird, begleitet.

Im Rahmen der Teamsitzung werden die Behandlung und Pflege einzelner Patienten interdisziplinär besprochen und gemeinsame Lösungswege erarbeitet. Die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Teamsitzung wurde und wird immer wieder in Frage gestellt. Durch den ständigen Ärztechsel ist es für den Rest des Teams ermüdend, sich jedes Semester wieder mit denselben Fragen zu beschäftigen. Weiters ist das Interesse für biopsychosoziale Zusammenhänge sehr unterschiedlich ausgeprägt und innerhalb der verschiedenen Ärztgruppen sehr verschieden.

Die Integration der Psychotherapie in den stationären klinischen Betrieb ist als prozeßhaftes Geschehen zu betrachten, welches eine ständige Herausforderung für alle Beteiligten bedeutet.

## 7. Reflexion und Ausblick

Die psychotherapeutische Arbeit an einer onkologischen Station bedeutet für mich viel mehr, als die alleinige Betreuung der Patienten. Ich bin der Meinung, daß die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der offenen Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen wesentlicher Bestandteil der Psychoonkologie ist. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bedeutet für den Psychotherapeuten einerseits eine große Herausforderung, ist andererseits aber auch eine große Bereicherung.

Um sich in ein so komplexes System, wie ein Krankenhaus, in dem Psychotherapie ja nie vorgesehen war, zu integrieren, erfordert es die Bereitschaft, sich auf die Bedürfnisse, Meinungen und Einstellungen derjenigen, die das System seit je her verkörpert haben, einzulassen. Die Grenzen sind hier sicherlich enger gesteckt, als

wenn man alleine mit seinen Klienten ungestört arbeiten kann.

Als Psychotherapeut muß man nicht nur in bezug auf das Setting (Zustand des Patienten, Zuhörer, Störungen verschiedener Art) besonders flexibel sein, sondern auch seine Ziele immer wieder den sich ständig wechselnden Gegebenheiten anpassen.

Großteils bleibt die psychotherapeutische Arbeit mit den Patienten im Hintergrund. Denn harte Daten und Studienprotokolle, wie sie in der Medizin zum Erfolgswachweis verwendet werden, gibt es in der Psychotherapie kaum. Trotzdem, oder gerade deswegen, erlebe ich die Arbeit mit den Patienten als äußerst befriedigend. Dadurch, daß ich sie nicht von ihrer somatischen Krankheit heilen muß, eröffnen sich für mich viele Möglichkeiten, um mit den Betroffenen eine Verbesserung ihrer Situation zu erreichen. Es erstaunt mich immer wieder, wozu Menschen in dieser schwierigen Situation fähig sind.

Ich habe mich vor vier Jahren in ein für mich völlig fremdes Feld vorgewagt. Zudem an eine Klinik, an der bis dahin noch nie ein Psychotherapeut tätig war. Mittlerweile sind an der Universitätsklinik für Innere Medizin I eine weitere Psychotherapeutin, eine klinische Psychologin und eine Psychotherapeutin in Ausbildung halbtags an verschiedenen Stationen und Ambulanzen beschäftigt. Es beginnt sich ein psychotherapeutisches Team zu etablieren.

## Literatur

- Faller H (1998) Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Hogrefe, Göttingen
- Frischenschlager O, Brömmel B, Russinger U (1992) Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker – eine methodenkritische Literaturübersicht. *Psychother Psychosom Med Psychol* 42: 206–213
- Heim E (1988) Coping und Adaptivität. Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychother Psychosom Med Psychol* 38: 8–18
- Küchler Th, Rappat S, Holst K, Graul J, Wood-Dauphinee S, Henne-Bruns D, Schreiber HW (1996) Zum Einfluß psychosozialer Betreuung auf Lebensqualität und Überlebenszeit von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. *Forum Deutsche Krebsgesellschaft* 1: 452–466
- Muthny FA (1993) Quality of life in oncology patients. *Psychother Psychosom* 54:154–160
- Schulz P, Hellhammer D (1994) Psychologische Aspekte chronischer Krankheiten. In: Reinecker H (Hrsg) *Lehrbuch der klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*. Hogrefe, Göttingen, S 565–589
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* ii: 888–891

**Korrespondenz:** Mag. Birgit Hladschik, Institut für Medizinische Psychologie der medizinischen Fakultät der Universität Wien, Severingasse 9, A-1090 Wien, Österreich, e-mail: birgit.hladschik@univie.ac.at

*Mag. Birgit Hladschik, Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Supervisorin, Psychotherapeutin (Logotherapie und Existenzanalyse), als Klinische Psychologin und Psychotherapeutin an der onkologischen Abteilung der Klinik für Innere Medizin I am Wiener AKH tätig; Assistentin am Institut für medizinische Psychologie der medizinischen Fakultät der Universität in Wien; Psychotherapeutin in freier Praxis.*