

H. Csef

Psychotherapeutische Interventionen bei Patienten mit malignen Lymphomen

Zusammenfassung Die malignen Lymphome machen nur etwa 2,3% aller Krebserkrankungen aus, weisen aber nach neueren Untersuchungen die zweithöchste Inzidenzsteigerung aller Tumorerkrankungen auf. Bislang liegen zu dieser Tumorart – im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen wie z.B. Mammacarcinom – relativ wenige psychoonkologische Studien vor. Der folgende Beitrag berichtet über Erfahrungen mit Lymphompatienten im Rahmen eines Konsiliar- und Liaisondienstes mit einer hämatologisch-onkologischen Station. Bei 47 der 66 untersuchten Lymphompatienten erfolgten psychotherapeutische Interventionen. Bevorzugt kamen Kriseninterventionen und supportive Einzeltherapien zur Anwendung. Aus den psychotherapeutischen Erfahrungen werden erste Ergebnisse zur Krankheitsverarbeitung von Lymphomkranken abgeleitet.

Schlüsselwörter: Psychoonkologie, maligne Lymphome, supportive Psychotherapie, Konsiliar- und Liaisonpsychotherapie, Krankheitsbewältigung.

Psychotherapeutic interventions in patients with malignant lymphomas

Abstract Malignant lymphoma comprise 2.3% of all tumors; recent studies suggest the second highest increase in the rate of all types of tumors. Up to now relatively few psychooncological studies focus on malignant lymphoma compared to other types of cancer such as breast cancer. Here we report our experiences with a liaison and consultation service for patients with malignant lymphomas. 47 of 66 patients received psychotherapy. Crisis interventions and supportive therapy were the main settings. Preliminary results concerning coping of patients with malignant lymphomas are conducted from the experiences with psychotherapy.

Keywords: Psychooncology, malignant lymphomas, supportive psychotherapy, consultant and liaison psychotherapy, coping.

Interventions psychothérapeutiques chez des patients souffrant de lymphomes malins

Résumé Les études épidémiologiques soulignent l'importance clinique des lymphomes malins. Bien qu'ils ne représentent que le 2,3% de tous les cancers, des travaux récents ont montré que leur fréquence occupe la seconde place dans l'augmentation du nombre total des tumeurs. Jusqu'à maintenant, la recherche psycho-oncologique s'est relativement peu intéressée aux lymphomes malins, comparé par exemple aux travaux sur les carcinomes mammaires. Du point de vue de la psycho-oncologie, il est particulièrement important de constater que les lymphomes malins peuvent être traités curativement par la chimiothérapie, qui fournit à certains sous-types un pronostic relativement favorable. Le grand nombre de survivants à long terme de la maladie d'Hodgkin et de certaines formes de lymphomes non-hodgkiniens rend possible, dans une perspective de très longue durée, l'étude de la manière dont des "cancéreux guéris" gèrent leur maladie et leur vie, ainsi que leur qualité de vie et leur adaptation psychosociale. L'essentiel de la contribu-

tion ci-dessous rapporte les expériences faites avec des patients souffrant d'un lymphome, ceci dans le cadre d'un bureau de conseil médical et de liaison intégré à un service d'onco-hématologie. La psychothérapie est intervenue durant le traitement d'urgence, en milieu hospitalier. La chimiothérapie, le plus souvent intensive, a des effets secondaires considérables; elle s'accompagne de problèmes et de complications. 47 des 66 patient/es atteints de lymphome étudié/es firent l'objet d'une intervention psychothérapeutique. Du fait qu'ils/elles se trouvaient en phase aiguë de la maladie, ces interventions furent surtout du type gestion de crise et thérapie individuelle de soutien. Ici se situe une différence fondamentale avec les interventions psychothérapeutiques ayant lieu durant les phases de rémission, de postcure ou dans le cadre de mesures de réhabilitation. Dans ces derniers cas, on applique le plus souvent des programmes de soutien en groupes alors qu'ici, en milieu hospitalier, préférence fut accordée aux interventions individuelles. Les

principales indications ayant incité les oncologues à demander une consultation psychosomatique expliquent cet aspect: dépressions requérant un traitement, risque de suicidalité et états aigus de panique. En ce qui concerne le processus psychothérapeutique, les principales caractéristiques de la "psychothérapie de soutien" (supportive psychotherapy) offerte à des cancéreux sont décrites. Même si les chances de guérison sont relativement élevées pour de nombreuses formes de lymphomes malins, ceux-ci demeurent une menace existentielle et peuvent abrèger considérablement la vie. Dans ce sens, le temps investi dans le processus psychothérapeutique ne devait pas être consacré à maîtriser le passé: il devait se centrer sur les perspectives d'avenir. La menace existentielle, l'affrontement à la mort, l'évolution du sentiment de soi provoquée par le cancer, l'équilibre narcissique et les relations à l'objet pertinentes constituent les principaux éléments

I. Die malignen Lymphome in der psychoonkologischen Forschung

Im Vergleich zu anderen Tumorarten, wie z.B. dem Mammakarzinom, über das intensive psychoonkologische Forschungsergebnisse vorliegen, sind psychoonkologische Forschungsbemühungen über die malignen Lymphome deutlich unterrepräsentiert. Die malignen Lymphome machen etwa 2,3% aller Krebserkrankungen aus und stehen in der Reihenfolge der häufigsten Malignome an der 12. Stelle. Bei den durch Krebs verursachten Todesfällen schlagen die malignen Lymphome mit einem Anteil von 1,7% zu Buche. Die Inzidenz der malignen Lymphome ist also größer als jene z.B. der Hirntumoren oder der malignen Melanome. Von allen Tumorarten haben die Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) nach dem malignen Melanom die zweithöchste Inzidenzsteigerung. Nach Henderson et al. (1991) stieg in den USA im Zeitraum von 1973 bis 1987 die Inzidenz der NHL um 50,9%.

Das bereits erwähnte Forschungsdefizit ist um so bedauerlicher, als gerade die malignen Lymphome forschungsstrategisch interessante Besonderheiten aufweisen:

1. Maligne Lymphome machen einen Großteil der Patienten aus, die primär mit Chemotherapie in einem kurativen Ansatz behandelt werden können.
2. Bei bestimmten Untergruppen der malignen Lymphome ist die Prognose relativ günstig, so daß es eine große Zahl von Langzeitüberlebenden dieser Tumorart gibt.
3. Hinsichtlich des biologischen Verlaufes ist die Varianz der einzelnen Untergruppen sehr groß, so daß die Diagnose „Lymphom“ ohne weitere Typisierung eine relativ große prognostische Streubreite von 20% Heilung bis 80% Heilung in sich birgt.

Gerade die klinische Tatsache, daß es bei Patienten mit malignen Lymphomen im Vergleich zu anderen Tumorarten relativ viele Langzeitüberlebende gibt, hat zu Untersuchungen über psychosoziale Spätfolgen geführt. Welch immense langfristige psychosoziale Fol-

de ce processus. En conclusion, nous décrivons certaines caractéristiques des expériences psychothérapeutiques que nous avons faites jusqu'à maintenant, caractéristiques qui ne sont pas les mêmes pour d'autres types de tumeurs et pour les lymphomes malins (par ex., impossibilité de localiser le cancer dans le soi corporel; théories de la maladie particulièrement subjectives; schémas d'assimilation spécifiques lorsqu'au début aucun traitement n'est entrepris; expériences considérables des survivants à long terme). Dans la mesure où, dans le cas des lymphomes malins, c'est le système immunitaire qui "dégénère pernicieusement", les patient/es concerné/es semblent se concentrer particulièrement sur ce système. Et puisque nombre d'entre eux croient pouvoir renforcer leur immunité physiologique en pensant ou en agissant de manière positive, ils sont particulièrement ouverts aux questions psycho-oncologiques et aux approches thérapeutiques.

gen Tumorerkrankungen haben können, zeigt sehr drastisch die Studie von Fobair et al. (1986), die an der Stanford University durchgeführt wurde. Sie untersuchten in einer großen Studie 403 Langzeitüberlebende, die an einem Morbus Hodgkin erkrankt waren und durchschnittlich 9 Jahre seit der Therapie überlebten. 98% waren zum Untersuchungszeitpunkt in Remission. Trotz dieses erfreulichen biologisch-somatischen Verlaufes klagten die Betroffenen über zahlreiche psychische Probleme, die sie meist als Folgen der Tumorerkrankungen beschrieben (s. Abb. 1).

Cella und Tross (1986), Daiter et al. (1988), Devlen et al. (1987) und Kornblith et al. (1990) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Wasserman et al. (1987) fanden bei 40 Patienten, die in der Kindheit oder Adoleszenz einen Morbus Hodgkin durchgemacht hatten, durchschnittlich 12 Jahre nach der Diagnosestellung eine insgesamt positive Entwicklung, jedoch auch diskriminierende Reaktionen der Umwelt (z.B. Nachteile im Beruf oder bei Versicherungen). 95% betonten aber, daß die Krankheit ihr Leben insgesamt positiv beeinflusste.

Im deutschsprachigen Raum ist das Forschungsprojekt von J. Neuser (1990, 1991) erwähnenswert, das im Förderschwerpunkt „Rehabilitation von Krebskranken“ des Bundesministeriums für Forschung und Tech-

Abb. 1. Psychosoziale Probleme bei n = 403 Langzeitüberlebenden mit Morbus Hodgkin (nach Fobair et al., 1986)

43% eingeschränkte Aktivitäten
42% Probleme am Arbeitsplatz
37% Energieverlust
32% Eheprobleme
26% gestörtes Körperbild
20% verminderte sexuelle Aktivität
18% Depressionen
18% unerfüllter Kinderwunsch (Fertilitätsstörungen)
18% vermindertes sexuelles Interesse
18% eingeschränkte Arbeitsmotivation
14% schlechten Gesundheitszustand

nologie durchgeführt wird und sich mit der Krankheitsverarbeitung von NHL-Patienten beschäftigt. Fischer und seine Arbeitsgruppe (zit. bei Speidel, 1991) führten in der Abteilung Medizinische Onkologie der Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach ebenfalls eine Untersuchung zu Lebensstil, Lebensbedingungen, Krankheitsverarbeitung und Neuorientierung bei Patienten mit malignen Lymphomen durch. Pöhlmann (1988) und Leiberich et al. (1989) untersuchten, welche Copingstrategien von NHL-Patienten bevorzugt eingesetzt werden und welche günstiger bzw. ungünstiger erscheinen. Nach den ersten Ergebnissen erwiesen sich aktionsorientierte Copingstrategien (kognitive oder emotionale Kontrolle; kompensatorische und ablenkende Aktivitäten; Neuinterpretation der gegenwärtigen Situation) vorteilhafter als state-orientierte Strategien (z.B. regressives Verharren). Im Anschluß an diese Studien zur Krankheitsbewältigung legte dieselbe Arbeitsgruppe ein Interventionskonzept vor, das sie „bewältigungsorientierte Kurzzeittherapie“ nennt (Leiberich et al., 1991). NHL-Patienten machten dabei den Hauptanteil (54%) der psychotherapeutisch unterstützten Krebskranken aus. Harrer et al. (1993) untersuchten Coping und Lebenszufriedenheit von 61 M. Hodgkin-Patienten. Sie fanden nur wenige signifikante Korrelationen, was sie zu äußerst lesenswerten methodenkritischen Überlegungen veranlaßte. Csef und Jany (im Druck) untersuchten in einem Forschungsprojekt der Deutschen Krebshilfe den Einfluß familiärer Beziehungsstrukturen auf den Prozeß der Krankheitsverarbeitung bei Lymphompatienten. Auch hier ergab sich eine große Variabilität. Aus psychotherapeutischer Sicht ist der Behandlungsprozeß einer 4jährigen analytisch orientierten Psychotherapie sehr aufschlußreich (Frischenschlager, 1992). Dabei kam es zu einer bemerkenswerten Remission, die durch eine vorher durchgeführte Chemotherapie nicht möglich war.

In psychoonkologischen Studien, die sich besonders mit der Verarbeitung von primärer chemotherapeutischer Behandlung beschäftigen, stellen Patienten mit malignen Lymphomen oft die Hauptgruppe der Patientenstichprobe dar, da sie bevorzugt mit primärer Chemotherapie in einem kurativen Ansatz behandelt werden. In der Studie von M. Hasenbring et al. (1991), die die Krankheitsverarbeitung bei Patienten während der Chemotherapie untersucht, waren beispielsweise 38 der untersuchten 51 Chemotherapiepatienten an einem malignen Lymphom erkrankt. Die Autoren stellten zwischen biologischen und psychosozialen Variablen folgende korrelative Beziehungen her: „Je höher das Ausmaß an Alltagsbelastungen im Beruf, Freizeit oder in der Beziehung zu nahen Angehörigen desto stärker war das Ausmaß der Nebenwirkungen Übelkeit und Erbrechen im Verlauf der Chemotherapie, desto stärker war das Ausmaß antizipierter Übelkeit, desto weniger sprach der Tumor auf die Chemotherapie an und desto geringer war die Überlebensrate bis zum Abschluß der Chemotherapie.“ (Hasenbring et al., 1991).

Gerade weil sich die psychoonkologischen Forschungsbemühungen bei der Tumorart der malignen Lymphome noch in den Anfängen bewegen, sei auf drei hervorragende autobiographische Romane hingewie-

sen, die eindrucksvoll das Krankheitserleben und die seelische Verarbeitung bei Lymphomkranken wieder spiegeln. Dies ist zum einen der Roman „Mars“ von Fritz Zorn, der an einem malignen Lymphom starb. Zum anderen beschrieb Alexander Solschenizyn, der an einem Morbus Hodgkin litt, in seinem Roman „Krebsstation“ sehr realitätsnah den klinischen Alltag des Lymphomkranken. Theo Hosch (1986) lieferte ebenfalls einen autobiographischen Roman über die Verarbeitung seines M. Hodgkin.

II. Psychotherapie mit Lymphompatienten im Rahmen eines Konsiliar- und Liaisondienstes mit einer hämatologisch-onkologischen Station

Die psychotherapeutischen Erfahrungen mit Lymphompatienten, über die im folgenden berichtet wird, stammen aus einer fast vierjährigen Konsiliar- und Liaisonstätigkeit an der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg. Diese Innere Klinik hat als Schwerpunkt das Gebiet Hämatologie/Onkologie. In ihr sind Patienten mit malignen Lymphomen überrepräsentiert, da diese einen Großteil der Patienten in Inneren Kliniken ausmachen, die primär chemotherapeutisch in einem kurativen Ansatz behandelt werden. Pro Jahr werden hier durchschnittlich 70–80 maligne Lymphome *neu* diagnostiziert. Ein Großteil dieser Patienten wird stationär mit den in der Onkologie bewährten Chemotherapie-Protokollen behandelt. Zu den Neuerkrankungen hinzu kommen stationär mit Chemotherapie behandelte Lymphompatienten mit Rezidiven. Zusätzlich werden in der poliklinischen Ambulanz und in einer onkologischen Tagesklinik Lymphompatienten betreut, die entweder ambulant chemotherapeutisch behandelt werden oder sich in der Tumornachsorge befinden. Die Gesamtzahl der jährlich betreuten Lymphompatienten beträgt etwa 420. Davon wurden im psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst in vier Jahren insgesamt 66 Lymphompatienten vorgestellt.

Die diagnostische Aufgliederung der sehr heterogenen Krankheitsgruppe der malignen Lymphome differenziert sich in der betreuten Patientengruppe prozentual in folgende Untergruppen: 15% Morbus Hodgkin, 15% niedrig maligne Non-Hodgkin-Lymphome und chronisch lymphatische Leukämien (CLL) und schließlich 70% hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome (NHL). Zu welcher dieser Untergruppen der Patient gehört, hat sehr große Konsequenzen für die Prognose, die onkologischen Therapiestrategien und für die Lebensqualität des Patienten.

Institutionelle Rahmenbedingungen

Für das Fachgebiet Psychosomatik ist an der Universität Würzburg eine besondere institutionelle Struktur dadurch vorgegeben, daß die Psychosomatik in eine Innere Klinik mit dem Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie räumlich und personell integriert ist. Unter dem Aspekt der Krankenversorgung spielt schon aus dieser Struktur heraus die Psychoonkologie eine zentrale Rolle. Zu diesem Versorgungsauftrag hinzu kommen

jahrelange Forschungsaktivitäten, die sich besonders auf maligne Lymphome konzentrieren. Seit 1993 wird ein Forschungsprojekt durchgeführt, das von der Deutschen Krebshilfe unterstützt wird. Der Titel dieser Studie lautet: „Die Bedeutung familiärer Beziehungsstrukturen für die Krankheitsverarbeitung von Patienten mit malignen Lymphomen“.

Die psychosoziale Unterstützung von Krebspatienten erfolgt in zwei Bereichen, die sich komplementär ergänzen:

1. Psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst für Krebskranke. Der Zugangsweg erfolgt hier über die Anforderung des Onkologen. Diagnostische Fragestellungen und psychotherapeutische Kriseninterventionen stehen hier im Vordergrund.
2. Das Gruppenunterstützungsprogramm „Aktiv leben trotz Krebs“ (Jany et al., 1992). Hierbei handelt es sich um ein strukturiertes, von einer Diplompsychologin geleitetes Gruppenprogramm, das auf acht Sitzungen begrenzt ist. Inhaltlich handelt es sich dabei um die deutsche Adaptation des „I can cope-Programmes“ der American Cancer Society, das seit 1977 in den USA erfolgreich durchgeführt wird. Diese Unterstützungsgruppen werden über das Interdisziplinäre Tumorzentrum angeboten und sind offen für alle Krebskranken der Region. Der Zugang erfolgt durch die eigene Anmeldung der Patienten, die über in den Universitätskliniken ausliegende Faltblätter informiert werden.

Methodik und Setting der psychotherapeutischen Interventionen

Die durchgeführten Psychotherapien erfolgten nach einem modifizierten analytisch-orientierten Therapiekonzept im Sinne einer supportiven Psychotherapie (vgl. H. Freyberger und H. Speidel, 1976). Es handelte sich dabei überwiegend um supportive Kurztherapien und Kriseninterventionen. Die psychotherapeutischen Interventionen wurden vom Autor (Psychoanalytiker) oder einer Diplompsychologin (psychoanalytische Ausbildung) durchgeführt. Fast alle im Konsultations- und Liaisondienst durchgeführten psychotherapeutischen Interventionen wurden als Einzeltherapie durchgeführt (43 von insgesamt $n = 47$).

Überweisungsprozeß und interdisziplinäre Interaktionen

Die Patientenzuweisung erfolgte ausschließlich über die behandelnden Ärzte, seien es die Stationsärzte oder die in der poliklinischen Ambulanz oder Tagesklinik tätigen Onkologen. Führt man sich die Gesamtzahl der Lymphompatienten von etwa 420 pro Jahr vor Augen (behandelte Lymphompatienten und Tumornachsorge), und setzt diese in Relation zu den im Konsiliar- und Liaisondienst vorgestellten Patienten – etwa 17 pro Jahr – so wird eine erhebliche Diskrepanz deutlich. Es wurden also durchschnittlich etwa 4% der betreuten Lymphompatienten vorgestellt. In dieser Zahl wird der psychoonkologische Versorgungsnotstand in der Akutbehandlung besonders deutlich. Im Vergleich zu ande-

ren Kliniken dürfte der Prozentsatz von 4% noch relativ hoch sein. Dieses Mißverhältnis verweist auf die dringende Erfordernis der Implementierung von psychotherapeutischen Unterstützungsangeboten in die onkologische Akutversorgung.

Daß psychotherapeutische Unterstützung von Krebskranken weit häufiger indiziert ist und von den betroffenen Patienten auch gewünscht und akzeptiert wird, läßt sich empirisch belegen. In Übersichtsarbeiten über den Bedarf an psychosozialer Betreuung (Weis, 1990; Schwarz, 1990) wird von einem erheblich höheren Versorgungsbedarf ausgegangen, der jedoch offensichtlich in ganz Europa bei weitem nicht erfüllt wird. Ein Zugang zum Versorgungsbedarf ist die Prävalenz behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Krebskranken. Hierzu liegen zahlreiche methodisch gut fundierte empirische Untersuchungen vor (Craig und Abeloff, 1974; Derogatis et al., 1983; Jancar, 1990; Levine et al., 1978; Massie und Holland, 1990; Noyes und Kathol, 1986; Ziegler und Müller, 1986). Auf der Symptomebene stehen dabei Ängste und Depressionen im Vordergrund. Alle empirischen Studien ergaben übereinstimmend eine Prävalenz psychischer Erkrankungen zwischen 40 und 60%. Versorgungsepidemiologisch interessiert weiterhin die Frage, inwieweit Krebskranke selbst psychische Betreuung wünschen oder spezifische Psychotherapieangebote akzeptieren. Auch hierzu liegen empirische Untersuchungen vor. Rossa und Robra (1991) ermittelten, daß 75% der von ihnen untersuchten Krebspatienten ($n = 304$) eine „psychische Begleitung“ wünschten, während es bei einer gleichgroßen Kontrollgruppe mit anderen Organerkrankungen nur 34% waren. Worden und Weisman (1980) identifizierten in einem „Screening-Interview“ aus 372 Krebspatienten jene mit hoher psychischer Belastung. Von diesen 87 Risikopatienten akzeptierten fast 70% ($n = 60$) das Psychotherapieangebot. Diese Daten sprechen dafür, daß es sich hinsichtlich der mangelnden Psychotherapieangebote in der Onkologie um einen echten Versorgungsnotstand handelt. Die o.g. empirischen Studien sprechen dafür, daß nicht nur die im Konsiliardienst überwiesenen Krebspatienten psychische Störungen aufweisen, sondern daß ein beträchtlicher Teil mit vergleichbaren behandlungsbedürftigen Störungen psychotherapeutisch unbehandelt bleibt. Hauptursache dürften hier strukturelle Defizite und die weitgehend fehlende Implementierung psychoonkologischer Dienste in der Akutversorgung sein.

Entsprechend des Liaisoncharakters und der gegebenen institutionellen Struktur ist die Kooperation durch große räumliche Nähe, zeitliche Präsenz und hohen interprofessionellen Austausch gekennzeichnet. Die häufige persönliche Begegnung und der tägliche Austausch in Fallkonferenzen etc. führte zwangsläufig zu einem intensiven Austausch zwischen den beteiligten Onkologen und Psychotherapeuten. Die Auswahl der Patienten erfolgte ausschließlich durch die Onkologen. Nach dem subjektiven Eindruck des Verfassers wurden besonders jene Lymphompatienten vorgestellt, die deutliche psychische Auffälligkeiten zeigten (Depressionen, Angstzustände, Suizidalität) oder die im Umgang besonders schwierig waren.

Die langen Erfahrungen unserer psychoonkologischen Arbeitsgruppe sprechen dafür, daß jene Krebspatienten, die am Gruppenunterstützungsprogramm teilnehmen, sich wesentlich von jenen im psychoonkologischen Konsiliar- und Liaisondienst unterscheiden. Die Gruppenteilnehmer melden sich selbst nach Empfehlungen des Onkologen oder nach Information über Faltblätter zum Gruppenunterstützungsprogramm an. Sie befinden sich zum Großteil nicht mehr in der onkologischen Akut- oder Primärbehandlung, sondern meist in der Phase der Tumornachsorge. Hinsichtlich der Tumorarten und der Krankheitsprognose handelt es sich hierbei um eine sehr heterogene Patientengruppe, während sich die Angaben der vorliegenden Arbeit über den Konsiliar- und Liaisondienst ausschließlich auf Lymphompatienten beziehen. Insgesamt erscheinen die Gruppenteilnehmer als gut informiert, stark motiviert und weniger psychisch auffällig. Die etwa 4% Lymphompatienten, die im psychoonkologischen Konsiliar- und Liaisondienst vorgestellt wurden, wiesen im Gegensatz dazu eine sehr hohe Selektion von Lymphompatienten mit sehr schweren psychischen Störungen auf (s. Fallbeispiel 1).

III. Ergebnisse

Von den insgesamt 66 vorgestellten Lymphompatienten wurden 47 psychotherapeutisch behandelt (Differenzierung in einzelne Interventionsmethoden s. unten, Abb. 6). Davon wurden 29 ausschließlich psychotherapeutisch unterstützt, während bei 18 Lymphompatienten zusätzlich Psychopharmaka (meist trizyklische Antidepressiva) zur Anwendung kamen (Abb. 2). Zwei Lymphompatienten mußten wegen akuter Suizidalität in eine Psychiatrische Klinik verlegt werden.

Aus Abb. 2 wird deutlich, daß bei 47 der 66 vorgestellten Lymphompatienten (= 71%) eine psychotherapeutische Intervention erfolgte, während bei 19 Patienten (= 29%) andere Maßnahmen eingeleitet wurden oder keine psychotherapeutische Intervention erfolgte. Keine Intervention erfolgte, wenn z.B. der Patient dezidiert psychotherapeutische Gespräche bei der Erstkonsultation ablehnte. Einige Patienten erlebten schon die Frage nach ihrer familiären Situation als Zumutung und zeigten entsprechend starke Abwehrhaltungen. Zwei Pati-

Abb. 2. Patienten mit malignen Lymphomen; Konsultations- und Liaisondienst

I. Anforderungen	66
II. Handlungssequenzen	
• Psychotherapie	47
davon:	
alleinige Psychotherapie	n = 29
Psychotherapie und Psychopharmaka	n = 18
• Psychopharmakotherapie innerhalb der onkologischen Station/Ambulanz	9
• Externe Psychopharmakotherapie	3
• Verlegung in psychiatrische Klinik	2
• Keine Intervention	5

enten mußten wegen akuter Suizidalität in eine Psychiatrische Klinik verlegt werden. Bei 12 Patienten wurde eine ausschließliche Psychopharmakotherapie für sinnvoll erachtet. Diese wurde dann entweder von der Psychiatrischen Poliklinik oder niedergelassenen Nervenärzten durchgeführt. Bei diesen 12 psychopharmakologisch behandelten Lymphompatienten bestand überwiegend schon vor der Krebserkrankung eine nervenärztliche oder psychopharmakologische Behandlung, meist mit der Überweisungsdiagnose „endogene Depression“. Auch dieses Vorgehen der Indikationsstellung und Selektion verweist auf den psychoonkologischen Versorgungsnotstand und die Engpässe in der personellen und zeitlichen Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten. Prinzipiell könnten bei gegebener Kapazität auch diese Patienten vom Psychoonkologen mit psychiatrischer Kompetenz durchaus behandelt werden, und zwar sowohl psychotherapeutisch als auch psychopharmakologisch. Krebskranke fühlen sich nicht selten unverstanden oder brüskiert, wenn sie dann, wenn es ihnen psychisch schlecht geht, einem Nervenarzt vorgestellt werden oder der psychiatrische Konsiliarius auf die onkologische Station gerufen wird. Die integrierte psychoonkologische Betreuung einschließlich Psychopharmakotherapie findet sicherlich höhere Akzeptanz seitens der Patienten. Die Kombination von Krebserkrankung und psychiatrischer Erkrankung (z.B. manisch-depressive Erkrankung oder schizophrene Psychose) stellt in der Akutversorgung ein großes Problem dar, da die onkologische Station mit dem psychiatrischen Krankheitsbild und die psychiatrische Klinik mit somatischen Komplikationen des Lymphoms schnell überfordert sein kann. Ein Fallbeispiel soll dies illustrieren.

Fallbeispiel

Ein jetzt 31 Jahre alter Patient erkrankte in seinem 23. Lebensjahr an einem Morbus Hodgkin, nodulär sklerosierender Typ, Stadium III BS. Die Primärmanifestation zeigte einen globalen Lymphknotenbefall und fokalen Milzbefall. Es erfolgte eine stationäre Chemotherapie mit 3 Zyklen COPP (Kombination von Cyclophosphamid, Oncovin, Procarbazin und Prednison) und 3 Zyklen ABVD (Kombination von Adriblastin, Bleomycin, Vinblastin und DTIC). Diese Primärbehandlung führte zur Vollremission. Bereits während dieser Primärbehandlung wurde der Patient im psychoonkologischen Konsiliardienst vorgestellt, und zwar wegen Angstzuständen und depressiven Verstimmungen. Die biographische Anamnese ergab, daß der Patient frühkindliche Belastungen, eine schwierige kindliche Entwicklung und in der Zeit vor der Diagnose des Morbus Hodgkin massive psychosoziale Belastungen hatte. Er wurde in eine zerstrittene Familie geboren und in seinen ersten zehn Monaten von der Mutter getrennt in einem Säuglingsheim aufgezogen. Der alkoholkranke Vater verließ die Familie im 2. Lebensjahr des Patienten. Der Patient hat noch einen sechs Jahre älteren und einen zwei Jahre jüngeren Bruder und eine vier Jahre ältere Schwester. Alle drei Söhne der Familie nahmen eine ungünstige psychosoziale Entwicklung:

Der große Bruder wurde kriminell, war wegen verschiedenster Delikte vor Gericht, hatte oft mit der Polizei zu tun und war wegen Rauschgiftdelikten im Gefängnis. Der jüngere Bruder schloß sich alternativen Randgruppen an, hat keine Berufsausbildung und ist dauerarbeitslos. Der Patient selbst hat keinen Schulabschluß und kam unter dem negativen Einfluß des Bruders in die Drogenszene. Wegen Handel mit Cannabis bekam er eine Jugendstrafe. Als die Primärdiagnose des Morbus Hodgkin erfolgte, war der Patient arbeitslos, wechselte häufig den Wohnsitz und verkehrte bevorzugt „mit Trunkenbolden und Spinnern“.

Wegen Kapazitätsengpässen auf der onkologischen Station wurden die letzten Chemotherapiezyklen im relativ weit entfernten Heimatkrankenhaus des Patienten durchgeführt. Eine langfristige psychotherapeutische Behandlung durch unseren psychoonkologischen Dienst konnte deshalb gar nicht eingeleitet werden. Nachdem die Primärbehandlung zu einer Vollremission geführt hatte, kam es nach sechs Jahren zu einem Spätrezidiv, weswegen der Patient erneut in unserer Klinik stationär aufgenommen wurde. Es erfolgte eine Chemotherapie mit vier Zyklen COPP (Kombination von Cyclophosphamid, Oncovin, Procarbazine und Prednison) und vier Zyklen ABVD (Kombination von Adriblastin, Bleomycin, Vinblastin und DTIC). Der Patient wurde erneut dem Psychoonkologen vorgestellt und zeigte sich psychisch stabilisiert. Wir erfuhren, daß der Patient während des sechs Jahre dauernden rezidivfreien Intervalles eine vierjährige ambulante Psychotherapie absolviert hat. Der Patient hatte jetzt eine feste Wohnung, lebte in einer Partnerbeziehung, hatte Arbeit gefunden und sich von seinen alternativen Randgruppen distanziert. Drogen- und Suchtprobleme bestanden offensichtlich nicht mehr. Es erfolgten von unserer Seite lediglich einige stützende Gespräche. Ein Jahr nach Abschluß der zweiten Chemotherapie wegen des Spätrezidivs begab sich der Patient in eine Spezialklinik zur onkologischen Rehabilitation. Dieser Aufenthalt mußte abgebrochen werden, weil dort ein erneutes Rezidiv diagnostiziert wurde. Der Patient wurde erneut in unserer Klinik aufgenommen und nach dem DEXA-BEAM-Protokoll (Kombination von Dexamethason, BCNU = Carmustin, Etoposid, Alexan und Melphalan) behandelt. Er hatte mittlerweile zwölf Krankenhausaufenthalte wegen seines Morbus Hodgkin hinter sich. Unsere Klinik kannte er mittlerweile in- und auswendig, auch die Behandlungszimmer der Psychotherapeuten. Kurz nach der stationären Aufnahme klopfte er eines Nachmittags unangemeldet und ohne Termin an meine Tür und trat unaufgefordert ein. Er machte einen getriebenen und verwirrten Eindruck und begann mit den Worten: „Mein Kopf ist so leer. Alles stimmt nicht mehr. Ich muß jetzt sterben. Ich habe furchtbare Angst, daß ich jetzt in ein tiefes Loch falle und mein Leben lang leiden muß.“ Er sprach wiederholt davon, daß in seinem Kopf alles zusammengebrochen sei, und leitete zu den Worten über: „Die ganze Welt bricht zusammen. Die Zeichen sind ganz deutlich. Ich will unbedingt bei der Rettung dabei sein.“ Zusätzlich äußerte er Ängste, seine Mutter könne sterben. Seine Beziehung zu ihr hatte sich nach der ambulanten Psychotherapie wesentlich

gebessert. Er brach in Weinkrämpfe aus und schluchzte: „Jetzt, wo ich endlich meine Mutter lieben kann, gerade jetzt muß sie sterben.“ Wir befürchteten eine psychotische Dekompensation und behandelten den Patienten mit Neuroleptika und Benzodiazepinen, die zu einer Beruhigung und Stabilisierung des Patienten führten. Gleichzeitig führten wir kurze unterstützende therapeutische Gespräche. Als der Patient nach dem ersten Zyklus des DEXA-BEAM-Protokolls (Kombination von Dexamethason, BCNU = Carmustin, Etoposid, Alexan und Melphalan) für einige Wochen nach Hause entlassen wurde, dekompensierte er zu Hause psychisch mit dem klinischen Bild von Panikattacken und depressiven Symptomen. Er wurde in ein heimatnahes psychiatrisches Krankenhaus notfallmäßig stationär aufgenommen und dort thymoleptisch behandelt. Wegen Leukopenie, Thrombopenie und Blutungsneigung mußte der Patient schließlich von der psychiatrischen Klinik wieder auf die onkologische Station der Medizinischen Poliklinik verlegt werden. Weder die onkologische noch die psychotherapeutische Betreuung dieses Patienten ist bislang abgeschlossen. Zum Zeitpunkt der Manuskripterstellung ist der Patient ohne Psychopharmaka psychisch relativ stabil. Psychotherapeutische Gespräche erfolgen im langen Abstand von vier Wochen, ggfs. zwischendurch auf Wunsch des Patienten. Panikzustände sind in der letzten Zeit nicht mehr aufgetreten, die depressive Symptomatik ist deutlich gebessert. Den Patienten beschäftigen in erster Linie die aktuelle Behandlung und seine eingeschränkten Heilungsaussichten.

Dieses Fallbeispiel macht deutlich, daß der psychotherapeutische Prozeß wesentlich durch den biologischen Verlauf der Tumorerkrankung und die jeweilige Erkrankungsphase geprägt ist, in der die psychotherapeutische Intervention erfolgt. Bei den psychotherapeutisch behandelten 47 Lymphompatienten, über die hier berichtet wird, erfolgten die meisten Interventionen während der Phase der Chemotherapie und in der Rezidivphase (Abb. 3).

Auch vier „geheilte“ Lymphompatienten bzw. Langzeitüberlebende wurden im Rahmen der Tumornachsorge als psychotherapeutisch behandlungsbedürftig eingeschätzt oder baten von sich aus selbst um psychotherapeutische Unterstützung. Da fast alle Patienten (91,5%) durch Vermittlung oder Anforderung der Onkologen zur Psychotherapie kamen, liegen Angaben zu den Hauptindikationen vor (Abb. 4).

Die Indikation wurde jeweils von den Onkologen auf dem Anforderungsbogen angegeben. Es erfolgten hier

Abb. 3. Phase der Tumorerkrankung bei Erstkonsultation

Vor Diagnosemitteilung	3
Nach Diagnosemitteilung, vor Chemotherapiebeginn	2
Phase der Chemotherapie	18
Rezidivphase	13
Terminalphase	7
Mehrfachjährige Vollremission und Langzeitüberlebende	4

Abb. 4. Hauptindikatoren der Onkologen (keine Mehrfachnennungen)

	n	%
Suzidalität	9	19,1
Behandlungsbedürftige Depression	11	23,4
Panische Angst	9	19,1
Andere psychopathologische Symptome	3	6,4
Ablehnung der Chemotherapie durch den Patienten	2	4,3
Familiäre Probleme / Partnerprobleme	2	4,3
„Schwieriger Patient“ (Interaktionsprobleme)	3	6,4
Anhaltende psychische Störungen trotz Vollremission	4	8,5
Keine ärztliche Indikationsstellung (eigener Wunsch des Patienten)	4	8,5
	47	100

Abb. 5. Spontanklagen von Beschwerden der Patienten (Mehrfachnennungen)

	n	%
Krankheitsbezogene oder therapieinduzierte Beschwerden	43	91,5
Depression	33	70,2
Ängste	38	80,9
Selbstmordgedanken	11	23,4
Partnerprobleme	15	31,9
Familiäre Probleme	17	36,2
Sexuelle Probleme	13	27,7
„Probleme auf Station“ (mit Ärzten, Pflegepersonal oder Mitpatienten)	4	8,5
Andere psychische Störungen	5	10,6

keine Mehrfachnennungen, so daß die Angaben der Anforderungsbögen den in Abb. 3 genannten Kategorien zugeordnet wurden. Hier wird deutlich, daß aus der Sicht der Onkologen depressive Symptome, vermutete suizidale Gefährdung des Krebskranken oder panische Angst der Hauptgrund für die Vorstellung beim Psychotherapeuten waren. Psychosoziale Probleme wurden hingegen selten genannt. Ganz anders stellen sich die Spontanklagen und Beschwerdeangaben der Patienten selbst dar (Abb. 5).

Sie klagten am häufigsten über krankheitsbezogene oder therapieinduzierte Beschwerden, an Häufigkeit gefolgt von Depressionen und Ängsten. Im Gegensatz zu den Angaben der Onkologen berichteten jedoch eine wesentlich höhere Zahl von Krebskranken spontan im Erstgespräch von psychosozialen Problemen, insbesondere von familiären Problemen, Partnerkonflikten und Sexualstörungen. Die Spontanklagen der Patienten sind einem strukturierten Interview entnommen, das jeweils im ersten Gespräch durchgeführt wurde. Hier begegnet uns verständlicherweise bei den subjektiven

Abb. 6. Interventionsformen (Psychotherapiemethoden)

	n
Krisenintervention / Supportive Kurztherapie (< 5 Std.)	21
Supportive Psychotherapie (5–30 Std.)	13
Analytisch orientierte Psychotherapie (> 30 Std.)	5
Paar- und Familientherapie	4
Analytische Gruppentherapie	4

Beschwerdeschilderungen eine weit größere Vielfalt und Variabilität, so daß in Abb. 5 Mehrfachnennungen vorgenommen wurden.

Bei den psychotherapeutischen Interventionsformen waren Kriseninterventionen und supportive Kurztherapien am häufigsten (Abb. 6).

Die Indikationsstellungen für die einzelnen Interventionsformen erfolgten jeweils nach dem Erstgespräch, in dem auch das strukturierte Interview durchgeführt wurde. In diesen Entscheidungsprozess wurde meist der Onkologe mit einbezogen. Dies war unbedingt erforderlich, wenn externe Maßnahmen (z.B. Verlegung in Psychiatrische Klinik oder thymoleptische Behandlung beim niedergelassenen Nervenarzt) erforderlich erschienen. Der Entscheidungsprozess der Indikationsstellung dürfte im psychoonkologischen Bereich ähnlich komplex sein wie in allen Bereichen, in denen Kriseninterventionen erfolgen. Die aktuelle psychische Bedrohung des Patienten, die klinische Situation der Tumorerkrankung, die psychischen Störungen vor der Tumorerkrankung und die eigene Kapazität hinsichtlich psychotherapeutischer Versorgung sind hier wichtige Entscheidungskriterien.

Bei fünf Lymphompatienten wurden längere Psychotherapien im analytischen Setting durchgeführt. Es waren vorwiegend Patienten mit biologisch günstiger Verlaufsform und relativ guter Prognose, die jedoch langdauernde psychische Probleme und Krankheits-symptome boten. Diese Patienten waren von sich aus an einer psychotherapeutischen Bearbeitung ihrer meist schwierigen und konflikträchtigen Biographie interessiert. Diese länger dauernden Psychoanalysen und der sich vollziehende psychotherapeutische Prozeß erinnern den Verfasser sehr an die „Bearbeitung“ von Biographie, konflikthafter Lebensentwicklung und Krankheitssymptomen, wie sie bei Fritz Zorn im Roman „Mars“ zu lesen sind. Eindrucksvoll hierzu ist der von O. Frischenschlager (1992) publizierte Behandlungsprozeß einer vierjährigen analytischen Einzeltherapie eines Morbus Hodgkin-Patienten. Da derartige Fallberichte extrem selten sind, sei hier eine dreijährige analytische Gruppentherapie einer Morbus Hodgkin-Patientin skizziert.

Fallbeispiel

Die Patientin erkrankte in ihrem 40. Lebensjahr an einem Morbus Hodgkin Stadium III. Nach Splenektomie und zytostatischer Chemotherapie kam sie in eine Vollremission. Trotz dieses günstigen biologischen Ver-

laufes (fünf Jahre rezidivfrei), kam es bei der Patientin nicht zu einer psychischen Besserung. Während der Konsultationen in der Tumornachsorge wurde sie vom Onkologen wiederholt als depressiv eingeschätzt. An subjektiven Beschwerden äußerte sie meist Erschöpfung, Schwächegefühl, ausgeprägte Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Angst vor einem Rezidiv, Konzentrationsstörungen, erhebliche Leistungseinschränkungen, Libidoverlust im erotisch-sexuellen Bereich, Erleben von Sinnlosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Sie faßte ihre Situation mit folgenden Worten zusammen: „Ich habe alles, was man braucht: Einen guten Mann, gesunde Kinder und materiell geht es mir sehr gut. Wir können uns alles leisten und meine Krankheit ist gut verlaufen. Eigentlich müßte ich froh sein und dies als ein Geschenk betrachten. Aber ich bin unzufrieden und unglücklich. Seit meiner Erkrankung bin ich in einer Talsohle und komme alleine da nicht wieder heraus. Ich fühle mich wie in einem schwarzen Loch.“ Den behandelnden Onkologen beschrieb sie „wie eine Brücke zum Leben“. Wiederholt schon hatte er ihr eine psychotherapeutische Unterstützung vorge schlagen, zu der sie jedoch ambivalent war, weil sie fürchtete, dann für verrückt oder psychisch krank gehalten zu werden. Ein besonderes Problem war für sie, daß sie die ganzen Jahre mit ihrem Ehemann überhaupt nicht über ihre Krebserkrankung sprechen konnte. Das Thema sei in ihrer Partnerbeziehung „absolut tabu“ gewesen. Dies erklärte sie sich so, daß ihr Mann damit absolut nicht umgehen könne und „über solche Dinge“ nicht reden könne. Wenn es ihr im Verlauf der Chemotherapie oder jetzt im schon sehr langen Stadium der Vollremission schlecht ging und sie weinen mußte, habe ihr Mann entweder geschimpft oder sei wortlos einfach davon gelaufen. Das Psychotherapieangebot kommentierte sie wie folgt: „Das ist, wie wenn einem eine hilfreiche Hand hingehalten wird und man sich nach langem Zögern endlich entschließt, diese Hand zu ergreifen.“ Nach ersten stützenden Einzelgesprächen formulierte die Patientin für sich folgendes Therapieziel: „Ich will endlich so sein, wie ich wirklich bin. Ich will mich mehr nach meinen Bedürfnissen richten und nicht immer nach der Pfeife der anderen tanzen! Ich will selbstbewußter und weniger ängstlich werden und mich trauen, meine Wünsche durchzusetzen. Aus meinem inneren Gefängnis will ich endlich ausbrechen.“ Nach einigen Einzelgesprächen wurde der Ehemann in das Gespräch mit einbezogen. Er ließ mehrere Einladungen verstreichen, bis er schließlich nach längerem Zögern und Widerstand seine Ehefrau begleitete. Der Patientin war es jetzt in der Dreiersituation erstmals möglich, über ihr subjektives Erleben der Krebserkrankung zu sprechen. Und der Ehemann ist nicht davongelaufen. Die von der Patientin formulierten Therapieziele, ihre depressive Symptomatik und ein mir deutlich gewordener psychosozialer Rückzug und Kontaktarmut bewogen mich, ihr die Teilnahme an einer von mir geleiteten analytischen Gruppentherapie vorzuschlagen. Die Gruppe, in die sie eintrat, war eine sehr heterogene Gruppe, in der sie die einzige Krebskranke war. Die Gruppe reagierte mit sehr viel Zuwendung, nachdem sie ihre Lebens- und Krankengeschichte mitgeteilt hat-

te. Wenn die Patientin sprach, kam ihr viel Interesse entgegen, so daß sie mehr als andere Gruppenmitglieder ihre Biographie entfaltete: Sie erzählte von ihrer selbst sehr unzufriedenen Mutter, die ihr zahlreiche Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle „eingepflichtet“ habe. Die häufigsten Worte der Mutter seien „Schäm dich!“ gewesen. Der unsichtbare strafende Zeigefinger der Mutter sei ihr noch heute vor Augen, ebenso ihr besonderer Blick, den sie oft wie einen einzigen Vorwurf erlebt habe. Wenn sie nicht brav gewesen sei, habe sie die Mutter mit tagelangem unerbittlichen Schweigen und kühler Abweisung bestraft. Sie sei deshalb zunehmend ein zurückhaltendes und angepaßtes Kind geworden, sehr leistungsorientiert und später beruflich erfolgreich. Sie habe aber immer dann das Gefühl gehabt, selbst zu kurz gekommen zu sein. Es sei wie ein „Selbstverlust“ gewesen. Zu diesem psychischen Erleben des Selbstverlustes kam mit der Diagnose des Morbus Hodgkin die Todesdrohung hinzu und damit die Gefahr, auch die leibhaftige Existenz zu verlieren. Nachdem anfänglich im Gruppenprozeß ganz ihre Bedürfnisse nach Zuwendung im Vordergrund standen, entwickelte sie in der Gruppe zunehmend Bedürfnisse nach Abgrenzung und Konfrontation, wenn es um Anpassung, Außenorientierung oder Selbstbehauptung ging. Sie wurde zunehmend zu einer auseinandersetzungsfreudigen Mitstreiterin der Gruppe, entwickelte regelrecht eine „Lebensgier“ und sprach im Bilde davon, vom „Leben auf Sparflamme zum vollen Leben zu kommen“. Wie ein feinsinniger Seismograph achtete sie in der Gruppe darauf, daß nicht zuviel Zeit mit „oberflächlichem Palaver“ vergeudet wird und die wichtigen Lebensthemen besprochen werden. Oft betonte sie, daß sie seit ihrer Krebserkrankung wüßte, wie kostbar die Zeit sei und wie schlimm es sei, Zeit zu verplempern oder totzuschlagen. Im Gruppenprozeß wurde sie zunehmend aktiver und selbstbewußter. Als sie das Gefühl hatte, ihre zu Therapiebeginn formulierten Ziele erreicht zu haben, verließ sie die Gruppe. Beim Abschlußgespräch sagte sie: „Es ist schon komisch, daß ich erst Krebs bekommen mußte, um mich endlich mit mir selbst zu beschäftigen und auf mich selbst zu schauen. Seit ich mehr auf mich selbst achte, kann ich auch mit meinem Mann, meinen Kindern und meiner Mutter besser umgehen.“

Analytisch orientierte Psychotherapie mit Krebskranken erfolgt – wie bei anderen schweren chronischen Erkrankungen auch – unter besonderen Bedingungen. Die durch die Krebserkrankung vorgegebenen Besonderheiten erfordern eine Modifikation der klassischen psychoanalytischen Technik, auf die insbesondere schon Freyberger und Speidel (1976), Meerwein (1985), Renneker (1952, 1957) und Eissler (1955) hingewiesen haben. Supportives Therapeutenverhalten wird im psychotherapeutischen Umgang mit Tumorpatienten die Grundhaltung sein. Es ergeben sich hier durchaus Gemeinsamkeiten mit „stützender Psychotherapie“ in anderen Indikationsbereichen (Heim, 1980; Willi, 1989).

Therapietechniken, wie sie bei neurotisch Kranken Verwendung finden, sollten vermieden werden. Die Zeitperspektive ist angesichts der verkürzten Lebens-

zeit verändert (Verres, 1991; Meerwein, 1988). In der Psychotherapie mit Krebskranken steht selten die Bearbeitung einer unbewältigten Vergangenheit im Vordergrund. Aktuelle krankheitsbezogene Probleme und konkretes, gegenwartsbezogenes Bewältigungsverhalten haben vorrangige Bedeutung (Csef 1992). Das Mögliche der Zukunft erscheint den meisten Krebskranken bedeutsamer als das Unbewältigte der Vergangenheit. Intensive Auseinandersetzung mit den Konflikten der Vergangenheit oder biographische Aufarbeitung, wie wir sie bei Fritz Zorn („Mars“) finden, kommen durchaus im psychotherapeutischen Alltag mit Krebskranken vor, sind jedoch eher die Ausnahme.

Der psychotherapeutische Prozeß mit Krebskranken unterscheidet sich in vielfacher Hinsicht wesentlich von dem bei neurotisch und psychosomatisch Kranken (Csef 1994). Dies liegt an der Todesdrohung, die letztlich von der Diagnosemitteilung an wie ein Damoklesschwert über dem Krebskranken schwebt (vgl. Koocher und O'Malley, 1981). Diese existentielle Bedrohung prägt wesentlich das psychische Erleben. Das Selbstgefühl, das narzißtische Gleichgewicht und alle relevanten Objektbeziehungen stehen schlagartig im Banne jener Todesdrohung. Treffend spricht N. Gerdes (1986) von einem „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“, der das Leben des Krebskranken als „jenseits der Normalität“ ausweist. Trotz einer Besserung der Heilungsraten und trotz der relativ guten Prognose der malignen Lymphome fühlen sich auch Lymphompatienten im Banne dieser Todesdrohung. Krebserkrankung ist und bleibt die böartige und todbringende Krankheit schlechthin. Die psychische Wirklichkeit ist von der Diagnosemitteilung an eine andere geworden. Erlebnisweisen wie Todesangst, Depression, Trauer, Aggression, niedriges Selbstwertgefühl, narzißtische Kränkung („warum gerade ich?“) und Beeinträchtigungen des Körpererlebens stehen deshalb im Vordergrund (Csef, 1993). Dem Therapeuten selbst bringt die Psychotherapie mit Krebskranken besondere Herausforderungen, weil sie ihn mit intensiven existentiellen Ängsten, Ohnmachtsgefühlen, ambivalenter Aggressivität oder Schuldgefühlen konfrontiert (Meerwein 1985, 1988; Searles, 1981). Diese werden besonders deutlich, wenn sich der Psychotherapeut in einen therapeutischen Prozeß eingelassen hat und im Verlauf erleben muß, daß der biologische Verlauf sich ungünstig entwickelt und daß der Patient während der psychotherapeutischen Betreuung an Komplikationen der Chemotherapie oder durch die Tumorprogression verstirbt. Damit muß sich der Psychoonkologe bevorzugt bei den hochmalignen Lymphomen während der Akutbehandlung auseinandersetzen. Diese Konfrontation mit dem Tod des Patienten stellt für den Psychotherapeuten eine besondere Belastung und Anforderung dar, die ihm noch nicht vertraut ist, falls er vorher bevorzugt mit neurotisch oder psychosomatisch Kranken gearbeitet hat.

IV. Formen der Krankheitsverarbeitung bei Lymphomkranken

Zweifellos gibt es hinsichtlich der Erlebnisweisen von Krebskranken tiefe Gemeinsamkeiten bei den sehr verschiedenen Tumorarten. Trotz dieser Gemeinsam-

keiten weisen Patienten mit malignen Lymphomen einige Besonderheiten auf, die in den Bedingungen der Grunderkrankung oder in der psychischen Verarbeitung liegen. Diese Besonderheiten sollen abschließend kurz skizziert werden. Sie entspringen den mehrjährigen intensiven psychotherapeutischen Erfahrungen mit Patienten dieser Tumorart und sollen Anreiz für künftige psychoonkologische Forschung sein, da gerade für die malignen Lymphome noch ein Forschungsdefizit besteht.

Auf dem oben beschriebenen psychotherapeutischen Erfahrungshintergrund werden folgende *Besonderheiten* der malignen Lymphome hervorgehoben:

1. Lymphompatienten unterscheiden sich von Krebskranken mit soliden Tumoren dadurch, daß sie die Krebserkrankung *nicht im Körper-Selbst lokalisieren* können. Wie Meerwein (1985, S. 104) analog bei den Leukämiekranken aufwies, wird dadurch „der Leib als Ganzes zum bösen, kranken, gefährlichen Objekt“. Im Unterschied zu den Tumorerkrankungen, bei denen der Tumor primär operiert wird, sind die Patienten dadurch höchst verunsichert, daß „die Knoten“, das „Bösartige“ oder „der wuchernde Krebs“ im Körper verbleiben. Sie fordern nicht selten die Ärzte auf, „die schlimmen Dinger“ herauszuoperieren. Das Bösartige bleibt also drinnen. Der Lymphomkranke bleibt permanent diesem bedrohlichen Bösen ausgeliefert, was nicht selten zu paranoid gefärbten Reaktionsformen führt.

2. Bei einem Teil der Lymphomkranken – insbesondere bei niedrig malignen Non-Hodgkin-Lymphomen und bei der chronisch lymphatischen Leukämie – besteht in bestimmten Fällen nach der Diagnosestellung keine Behandlungsindikation. Diese Patienten wissen um ihre oft ungünstige Prognose und können nur ganz schwer verstehen oder akzeptieren, daß „gar nichts gemacht wird“. Sie fassen es verständlicherweise als „böses Omen auf“, daß nichts gemacht wird.

3. Die *subjektive Krankheitstheorie* der Lymphomkranken prägt wesentlich deren psychische Verarbeitungsformen. Viele Lymphomkranke wissen, daß bei den Lymphomen die „böartige Entartung“ von den immunkompetenten Zellen selbst ausgeht, also vom Immunsystem und damit von der körpereigenen Abwehr. Es finden sich entsprechend häufig subjektive Erklärungen, daß die eigene *Körperabwehr* durch chronischen *Stress* oder durch akute zwischenmenschliche Belastungen (z.B. Scheidung oder Eheprobleme) *geschwächt* worden sei.

4. Der Anteil der *Langzeitüberlebenden* ist bei Lymphompatienten relativ groß. Beim Stadium I und II des Morbus Hodgkin und der hochmalignen Non-Hodgkin-Lymphome sind Heilungsraten zwischen 60 und 85% möglich. Wie die oben zitierte Studie von Fobair et al. (1986) jedoch beweist, haben gerade auch Langzeitüberlebende eine Fülle von psychischen Problemen, die psychotherapeutischer Interventionen bedürfen. Hierfür sind Gruppenstützungsprogramme sehr hilfreich (Jany et al., 1992; Kappauf und Gallmeier, 1992).

Die vorliegende Arbeit will die grundlegenden Unterschiede zwischen der Psychotherapie mit Lymphompatienten in der onkologischen Akutversorgung (Pri-

Abb. 7. Vergleichende Gegenüberstellung Akutbehandlung vs. Langzeitüberlebende

	Fobair et al., 1986	Harrer et al., 1993	Eigene Untersuchung
n	403	61	66
Tumorart	M. Hodgkin	M. Hodgkin	M. Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome
Fragestellung	Evaluation psychosozialer Probleme bei Langzeitüberlebenden	Coping und Lebenszufriedenheit in der Remissionsphase	Psychotherapeutische Interventionen während der Akutbehandlung (Chemotherapie) im Rahmen eines Konsiliar- und Liaisondienstes
Erhebungszeitraum	Ø 9 Jahre nach Behandlung	Ø 5 Jahre nach Behandlung	Ø 2–3 Monate nach Diagnose, meist während Primärtherapie
Erhebungsinstrumente	Interviews. CES-D (= self report depression scale) Items von Barofsky zur Compliance und therapeutischen Beziehung	FKV (Muthny) Fragen zur Lebenszufriedenheit (Herschbach und Henrich)	Fremdeinschätzung der Onkologen, Selbsteinschätzung der Patienten, strukturiertes Interview
Ergebnisse	Keine erhöhten Depressionswerte im Vergleich zur Normalbevölkerung 32% erlebten Scheidung (lifetime); 49% der 69 Geschiedenen führten die Scheidung auf den M. Hodgkin zurück; 42% hatten Probleme im Berufsfeld	Compliance-Strategien, Arztvertrauen und Selbstermutigung als bevorzugte Coping-Strategien; „depressive Verarbeitung“ selten (an 11. Stelle der Rangplätze) Höhere Lebenszufriedenheit als bei „Gesunden“	Hohe Selektion durch Setting (bevorzugt Kriseninterventionen in Akutphase); Depression, Suizidalität und Angstzustände stehen klinisch im Vordergrund Diskrepanz zwischen Fremdeinschätzung (Onkologen) und Selbsteinschätzung der Patienten

märtherapie oder Rezidivtherapie) und der Situation von Langzeitüberlebenden aufzeigen. Hier wird deutlich, welch großen Einfluß der biologische Verlauf, die voraussichtliche Überlebenszeit und die Prognose auf die psychotherapeutische Situation haben. In Abb. 7 werden deshalb die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen zwei Studien zur psychischen Situation von langzeitüberlebenden Lymphompatienten gegenübergestellt.

5. Das neue Forschungsgebiet der *Psychoneuroimmunologie* erfreut sich momentan großer Aufmerksamkeit die von einem Boom wissenschaftlicher Arbeiten hierzu bis zu einer spektakulären oder unkritischen Darstellung in den Massenmedien reicht. Die biologische Besonderheit der malignen Lymphome liegt darin, daß die immunkompetenten Zellen selbst maligne entarten, also gerade die Zellen, die sonst den Körper als hochwirksame Abwehrkräfte schützen sollen. Ein Patient mit einem hochmalignen Non-Hodgkin-Lymphom stellte dies bildhaft dar: „Es ist so, als ob ein Polizist zum Verbrecher wird.“ Positive Ansätze für eine hilfreiche therapeutische Unterstützung ergeben sich durch subjektive Krankheitstheorien. Die Verbreitung der Ergebnisse der Psychoneuroimmunologie hat u.a. den Effekt, daß die Krebskranken glauben, durch positives Denken oder Handeln die körpereigene Abwehr stärken zu können. Insofern begegnet uns im Bereich der Psychoonkologie zunehmend eine vertiefte Aufgeschlossenheit und Bereitschaft. Sie zeigt sich darin, daß Krebskranke selbst psychotherapeutische Unterstützung wünschen, weil sie davon überzeugt sind, daß dies ihre Erkrankung positiv beeinflussen kann. Als subjektive Erklärung hierfür wird nicht selten Stärkung der körpereigenen Abwehr durch psychische Einflüsse angegeben.

Literatur

- Cella DF, Tross S (1986) Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *J Consult Clin Psych* 54: 616–622
- Craig TJ, Abeloff MD (1974) Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. *Am J Psychiat* 131: 1323–1326
- Csef H (1992) Strategien zur Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten. *Med Klinik* 87: 599–601
- Csef H (1993) Krankheitsbewältigung als Selbstfindung bei Krebskranken. *Psychologie in der Medizin* 4: 17–22
- Csef H (1994) Psychotherapie, psychosoziale Unterstützung und Selbsthilfegruppen. In: Wilmanns W, Huhn D, Wilms K (Hrsg) *Internistische Onkologie*. Thieme, Stuttgart New York
- Csef H, Jany L (1996) Die Bedeutung familiärer Beziehungsstrukturen für die Krankheitsverarbeitung von Patienten mit malignen Lymphomen. Projektbericht Deutsche Krebshilfe (im Druck)
- Daiter S, Larson RA, Weddington WW, Ulmann JE (1988) Psychological symptomatology, personal growth and development among young adult patients following the diagnosis of leukemia or lymphoma. *J Clin Oncol* 6: 613–617
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 6: 751–757
- Devlen J, Maquire P, Philipps P, Crowther D, Chambers H (1987) Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. *BMJ* 295: 253–257
- Eissler KR (1955) *The psychiatrist and the dying patient*. International Universities Press, New York
- Fobair P, Hoppe RT, Bloom J, Cox R, Varghese A, Spiegel D (1986) Psychosocial problems among survivors of Hodgkin's disease. *J Clin Oncol* 4/5: 805–814
- Freyberger H, Speidel F (1976) Die supportive Psychotherapie in der klinischen Medizin. *Bibliothek Psychiatrica* 152: 141–169
- Frischenschlager O (1992) Psychotherapie mit einem an Morbus Hodgkin erkrankten Patienten. *Prax Psychother Psychosom* 37: 326–334

- Frischenschlager O, Brömmel B, Russinger U (1992) Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker – eine methodenkritische Literaturübersicht. *Psychother Psychosom Med Psychol* 42: 206–213
- Gerdes N (1986) Der Sturz aus der Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. In: Schmidt W (Hrsg) *Jenseits der Normalität: Leben mit Krebs*. Kaiser, München, S 10–34
- Harrer ME, Mosheim R, Richter R, Walter MH, Kemmler G (1993) Coping und Lebenszufriedenheit bei Patienten mit M. Hodgkin in Remission. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43: 121–132
- Hasenbring M, Schlegelberger T, Arp K (1991) Belastungen, Ressourcen und Krankheitsverarbeitung bei Patienten während der Chemotherapie. In: Schwarz R, Zetl S (Hrsg) *Psychosoziale Krebsnachsorge in Deutschland*. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, Heidelberg
- Heim E (1980) „Stütztherapie“ – neu entdeckt? Plädoyer für adaptive Psychotherapien. *Psychother Med Psychol* 30: 261–273
- Henderson BE, Ross RK, Pike MC (1991) Toward the primary prevention of cancer. *Science* 254: 1131–1137
- Hosch T (1986) Krebs von Januar bis August? Stationen einer Morbus Hodgkin-Erkrankung. Medizinischer Verlag, Heidelberg
- Jancar J (1990) Cancer and mental handicap. A further study. *Br J Psychiat* 156: 531–533
- Jany L, Csef H, Rückle H (1992) Active living with cancer. A support program for cancer patients and their families. *Onkologie* 15: 405–408
- Kappauf HW, Gallmeier WM (1990) Bei Krebs Gruppentherapie verordnen? *Münch Med Wochenschr* 132: 276–277
- Koocher GP, O'Malley JE (1981) *The Damocles syndrome – psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. McGraw Hill, New York
- Kornblith AB (1990) Quality of life assessment of Hodgkin's disease survivors: a model for cooperative clinical trial. *Oncology* 4: 93–101
- Leiberich P, Pöhlmann K, Olbrich E, König HJ (1989) Forms of effective coping with NHL. Poster P-0224. 5th European Conference of Clinical Oncology, London 1989
- Leiberich P, Kreuzer E, Olbrich E, Kalden JR (1991) Psychosomatische Gespräche mit Krebskranken – bewältigungsorientierte Kurzzeittherapie. *Onkologie* 14: 524–528
- Levine PM, Silberfarb PM, Lipowski ZJ (1978) Mental disorders in cancer patients: a study of 100 psychiatric referrals. *Cancer* 42: 1386–1391
- Massie MJ, Holland JC (1990) Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: Holland JC, Rowland JH (eds) *Handbook of psychooncology*. Oxford University Press, New York Oxford, pp 273–282
- Meerwein F (Hrsg) (1985) *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Huber, Bern
- Meerwein F (1988) „Spüte dich, Kronos, fort den rasselnden Trott ...“. Überlegungen zum Zeiterleben. *Z Psychosom Med* 35: 156–174
- Muthny FA, Koch U (1989) Künftige Aufgabenfelder des Psychosomatikers bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Psychoätiologischer Spurensucher oder Diener der Organmedizin? In: Speidel H, Strauß B (Hrsg) *Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Neuser J (1990) Rehabilitation von Patienten mit Non-Hodgkin-Lymphomen: Kontrollierbarkeit, Bewältigungsverhalten und Rehabilitationsergebnis. In: Koch U, Potreck-Rose F (Hrsg) *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Neuser J (1991) Kontrollierbarkeit, Bewältigungsverhalten und Krankheitsbewältigung bei Patienten mit Non-Hodgkin Lymphomen. In: Potreck-Rose F, Koch U (Hrsg) *Projekt-darstellungen „Rehabilitation von Krebskranken“*. Statusseminar zum Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Forschung und Technologie vom 24.–26. November 1991 in Bonn
- Noyes R, Kathol RG (1986) *Depression and cancer*. Psychiatric developments, vol 2. Oxford University Press, pp 77–100
- Pöhlmann K (1988) Die Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit: Formen der Effektivität. Aus dem Forschungsprojekt „Chronische Krankheit und Krankheitsbewältigung“ der Medizinischen Universitätskliniken und des Psychologischen Instituts I, Erlangen 1988
- Renneker R (1957) Countertransference reactions to cancer. *Psychosom Med* 19: 409
- Renneker R, Cutler M (1952) Psychological problems of adjustment to cancer of the breast. *JAMA* 148: 833
- Rossa B, Robra B-P (1991) Erwartungen von Krebspatienten. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 1: 10–14
- Schwarz R (1990) Bedarf an psychosozialer Betreuung von Krebskranken und Anforderungen an die psychosoziale Personalfortbildung. In: Koch U, Potreck-Rose F (Hrsg) *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Searles HF (1981) *Psychoanalytic therapy with cancer patients*. In: Goldberg JG (ed) *Psychotherapeutic treatment of cancer patients*. The Free Press, Collier Macmillan, London
- Solschenizyn A (1971) *Krebsstation*. Rowohlt, Reinbek
- Speidel H (1991) Therapeutische Schlußfolgerungen aus den psychoneuroimmunologischen Forschungsergebnissen. *Onkologie* 14: 36–38
- Verres R (1991) *Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche*. Piper, München Zürich
- Wasserman AL, Thompson EJ, Wilimas JA, Fairclough DL (1987) The psychological status of survivors of childhood/adolescent Hodgkin's disease. *AJDC* 141: 626–631
- Weis J (1990) Bedarf an psychosozialer Versorgung von Tumorpatienten. Theoretische Aspekte zum Begriff des Bedarfs und die Problematik der Bedarfsplanung. In: Koch U, Potreck-Rose F (Hrsg) *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Willi J (1989) Psychoökologische Aspekte der stützenden Psychotherapie. *Psychother Med Psychol* 39: 225–231
- Worden JW, Weisman AD (1980) Do cancer patients really want counseling? *General Hospital Psychiatry* 2: 100–103
- Ziegler G, Müller F (1986) Zur Prävalenz und Ätiologie psychischer Probleme bei Tumorpatienten. *Onkologie* 9: 18–26
- Zorn F (1977) *Mars*. Fischer, Frankfurt

Korrespondenz: Professor Dr. med. Herbert Csef, Arbeitsbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Poliklinik der Universität, Klinikstraße 8, D-97070 Würzburg, Bundesrepublik Deutschland.

Professor Dr. med. Herbert Csef, Universitätsprofessor für Psychosomatik an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Leiter des Arbeitsbereiches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Medizinischen Poliklinik der Universität. Jahrgang 1951. Arbeitsschwerpunkte: Psychoonkologie, supportive Psychotherapie, Krankheitsverarbeitung bei schweren Organerkrankungen, Psychosomatik der Eßstörungen, Psychotherapie von Angst- und Zwangserkrankungen, anthropologische Aspekte der Psychotherapie und Psychosomatik, Grundfragen der Beziehung und Kommunikation. Seit 1993 Projektleiter eines von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojektes mit dem Thema: „Die Bedeutung familiärer Beziehungsstrukturen für die Krankheitsverarbeitung von Patienten mit malignen Lymphomen“.