

Psychoonkologie:

Ambulante Versorgung in der niedergelassenen Praxis

Klaus Lang

Praxis für Psychotherapie, München

Fallvignette Frau C.

36 Jahre, feste Partnerschaft, kinderlos, Informatikerin (öffentl. Dienst), sozial eingebunden, wenig spirituell

1/09 ED Ovarial-Ca, Total-OP (T3, N1, M1-Milz, R2)

2-6/09 Chemotherapie

7/09 Reha

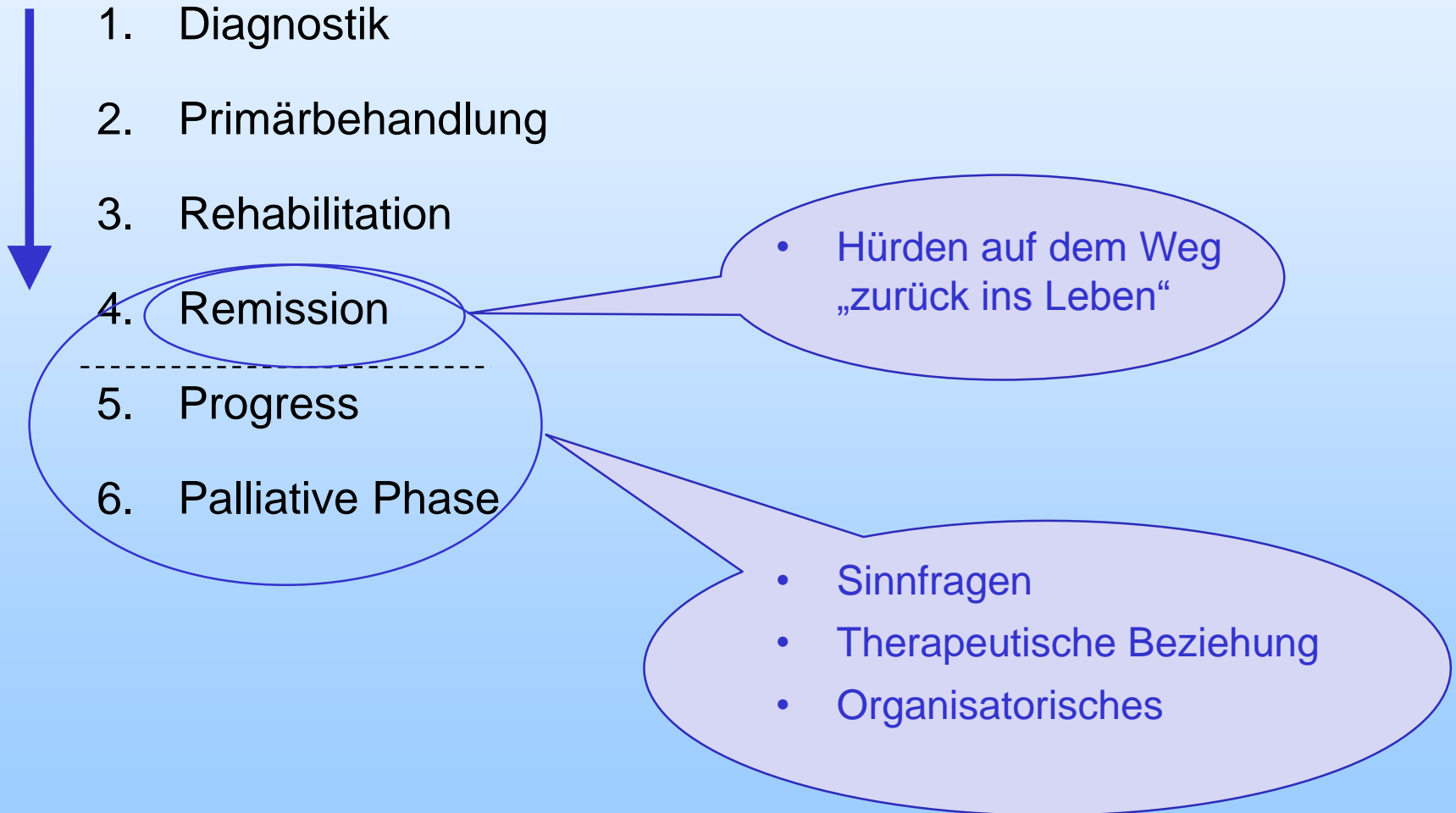
9/09 Tod d. Vaters (ALS)

10/09 „Zusammenbruch“

11/09 Beginn Psychotherapie

Ziele: Innerer Abschied vom Vater, Verarbeitung Krebs

Schematischer Krankheitsverlauf



Remission: Hürden beim „Zurück ins Leben“

Körperliche Einschränkungen

(Fatigue, Körperfunktionen, Körperbild, Schmerzen, Lymphödeme, Sexualität, Haarwuchs)

Leistungsminderung,
Berufl. Abstieg, Armutsrisiko

Depressive Symptome

Antriebsmangel,
Niedergestimmtheit,
Freudlosigkeit, Pessimismus

Patient/in

Reaktionen des **sozialen**
Umfelds (Familie,
Freunde, Kollegen)

Angst vor Krankheitsprogress

Zerstörte Glaubenssätze
bzgl. der eigenen
Unverwundbarkeit

Zerstörte Glaubenssätze (shattered beliefs)

„Mein Leben ist planbar“

„Mein Körper funktioniert zuverlässig“, „Mein Körper ist mein Freund“

„Mir kann nichts passieren“

Häufiges Patientenanliegen: *„Ich wäre gerne wieder so unbeschwert wie früher!“*

Interventionen:

- Bewusstmachen, Worte dafür finden lassen („verlorene Unverwundbarkeit“, „verlorenes Urvertrauen“)

- Anerkennen, Validieren

- als Erklärungsmodell anbieten für Situationen, in denen sich Pat. „selbst nicht mehr kennt“ (insbes.: niedrige Angschwelle)

- Leitfragen:

1. Wo ist Wiedergewinnung von körperbezogener Selbstwirksamkeit und Kontrolle möglich? → *Entspannung, Achtsamkeit, Bewegung* („Was kann ich noch für mich tun?“)
2. Wo kann Verwundbarkeit integriert werden? → *Bewusstmachen, Validieren*
3. Welcher neue Glaubenssatz ist stimmig? → *Frau C.: „Ja, meine Sicherheit ist erschüttert worden. Aber ich finde einen Boden in mir.“*

Das Konzept der **Progredienzangst** (Herschbach 2009)

- reaktive, bewusste Angst im Rahmen einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung
- grundsätzlich funktional (kann Selbstfürsorge und Compliance erhöhen)
- behandlungsbedürftig, wenn durch die Angst die LQ eingeschränkt wird
vgl. Schulz 2012
- **Hauptbelastung** nach Abschluss der Primärbehandlung: 22-99%

Mehnert 2005, Simard 2010

PA-F (Herschbach 2000)

	nie	selten	manch mal	oft	sehr oft
1. Wenn ich an den weiteren Verlauf meiner Erkrankung denke, bekomme ich Angst.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Vor Arztterminen oder Kontrolluntersuchungen bin ich ganz nervös.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Ich habe Angst vor Schmerzen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
43 ...					

Psychotherapie bei Progredienzangst

Grundsätzlich: Angst validieren

Ggf. „shattered beliefs“ (zerstörte Grundüberzeugungen) als Erklärungsmodell anbieten

Suchhaltung 1: „Was können Sie gegen die Angst tun?“

- Bestehen Informationsdefizite? (bzgl. Prognose, Schmerztherapie etc.)
- Wann tritt Angst nicht auf? → Suche nach Ressourcen
- Ablenkungsstrategien möglich?
- Entspannung

Psychotherapie bei Progredienzangst (Forts.)

Suchhaltung 2: „Ist es möglich, die Angst da sein zu lassen?“

- **Vertrauen in Bewältigungskompetenz** stärken
 - Bewältigtes in bisheriger Krankengeschichte behutsam nutzen
 - **Selbstverbalisationen** entwickeln
 - Metapher: „Mein Weg entsteht beim Gehen“
- **Achtsamkeit**: Wohlwollendes, nicht-bewertendes Betrachten der eigenen Angst (*Frau C: MBSR-Kurs*)
- Betonen von Annehmen als aktivem Schritt (vs. Resignieren)
- Achtung auf Wortwahl und Konnotationen:
 - „Akzeptieren“
 - „Annehmen“
 - „Da sein lassen“

Remission: Hürden beim „Zurück ins Leben“

Körperliche Einschränkungen

(Fatigue, Körperfunktionen, Körperbild, Schmerzen, Lymphödeme, Sexualität, Haarwuchs)

Depressive Symptome

Antriebsmangel, Niedergestimmtheit, Freudlosigkeit, Pessimismus

Patient/in

Probleme in der
familiären
Kommunikation

Beruflich: Abstiegs- und
Armutrisiko

Angst vor Krankheitsprogress

Zerstörte Glaubenssätze

bzgl. der eigenen
Unverwundbarkeit

Familiäre Kommunikation

Häufige Ressourcen:

1. Gegenseitige praktische und emotionale Unterstützung
2. Offene Kommunikation
3. Kohäsion aufgrund der Krankheitserfahrung

Häufige Probleme:

1. Enttäuschung aufgrund nicht wahrgenommener Unterstützung
2. Unterschiedliche Vorstellungen über künftigen Stellenwert der Krankheit
3. Unterschiedliche Umgangsstrategien mit Progredienzangst (Aufsuchen vs. Vermeiden)
4. Attraktivität, Sexualität
5. Neue Aufgabenverteilungen und Rollendefinitionen

Familiäre Kommunikation

Angebot eines Paargesprächs routinemäßig

- als Hilfe zum Bilanzieren
- ggf. an Zäsurdaten knüpfen (Ende Primärbehandlung, Jahrestag ED, Jahresausklang)

Frau C: nicht in Anspruch genommen

Leitfragen:

1. Wie haben Sie und Ihr Partner die zurückliegenden Monate erlebt?

2. Welche Spuren bleiben bei Ihnen? Bei Ihrem Partner?

a) Welche davon sollen bleiben?

b) Welche sollen verwischen?

Gespräch **zirkulär** führen

Ich	Partner
1	
2a	
2b	

Kommunikation in der Familie

Informationsmaterialien



Hilfen für
Angehörige

Deutsche Krebshilfe



Kommunikation mit Kindern krebskranker Eltern

www.tzb.de

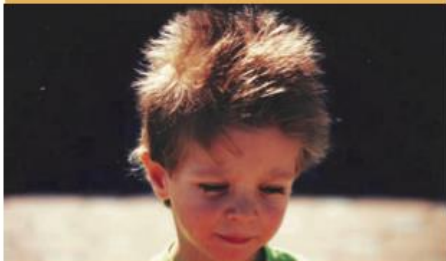


TumorZentrum Berlin e.V.

Dachverband der Berliner Tumorzentren

**Anregungen für den
Umgang mit Kindern
krebskranker Eltern**

**Eine Information für
Eltern und Angehörige**



**Projektgruppe
Psychosoziale Onkologie**

www.berliner-krebsgesellschaft.de



**Berliner
Krebsgesellschaft e.V.**

Durch Wissen zum Leben



**Krebsstiftung
Berlin**

**Hilfen
für Kinder und
erwachsene Angehörige
krebskranker
Menschen**



Kostenlose Elternbroschüre:
www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de

**Warum trägt Mama
im Sommer eine Mütze?**



Familienalltag mit der Diagnose Brustkrebs
Ein Ratgeber des Mehr Zeit für Kinder e.V.



Fallvignette Frau C.

1/09 ED Ovarial-Ca, Total-OP

7/10 PD: Lebermetastase, Aszites → spricht erstmals selbst von Unheilbarkeit

7-10/10 Chemotherapie; danach im Sono o.B.

12/10 Reha

1/11 reduziert Arbeitszeit auf 30 Std., intensiviert Malen/Plastizieren, Yoga, Wandern, Achtsamkeit; will „spirituelle Seite“ mehr entwickeln

3/11 Kreuzbandriss bei Skifahren → bremst Bewegungsaktivität, Abraten von OP konfrontiert mit begrenzter Lebenserwartung

5/11 „Spüre etwas in Leber und Becken“ → diagnost. Ungewissheit

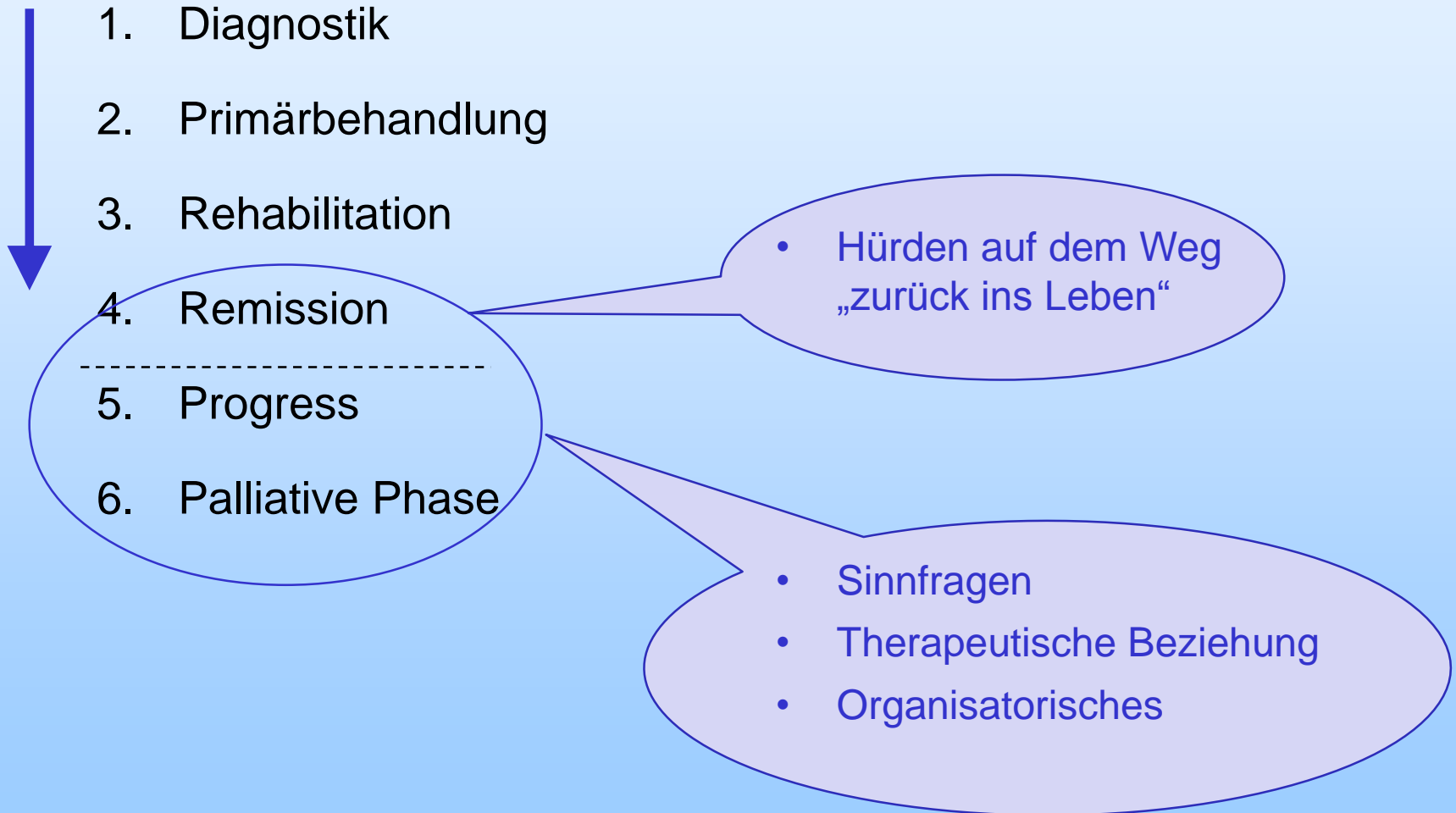
7-12/11 Pleura- und Peritonealkarzinose, Chemotherapie
3-monatige Sono-Kontrollen, o.B.

10/12 Peritonealkarzinose, Chemotherapie 10-1/13
3-monatige Sono-Kontrollen, o.B.

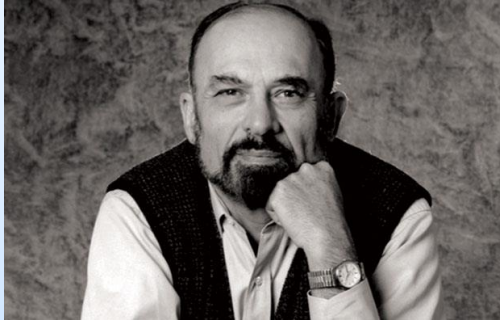
1/14 Tumormarker-Anstieg, Bildgebung o.B.

Bisher 53 PT-Sitzungen, aktuell 6-wöchentlich

Schematischer Krankheitsverlauf



Existenziell-humanistischer Ansatz (Yalom 1980/1989)



Irvin D. Yalom (geb. 1931)



„Existenzielle Psychotherapie“ (1980/1989)



Noyon & Heidenreich (2012): „Existenzielle Perspektiven in Psychotherapie und Beratung“

Existenzialien menschlichen Lebens (Yalom 1980):

1. Tod
2. Freiheit
3. Sinnlosigkeit
4. Isolation

Existenzielle PT: Tod

Existenzieller Kernkonflikt:

Wissen um die eigene Endlichkeit vs. Wunsch, weiterzuexistieren

Grundfrage:

Wie gehen wir mit dem **Wissen um unsere Sterblichkeit** um?

Gedankenexperiment

Der Wert unendlichen Lebens: „Was wäre, wenn wir tatsächlich unsterblich wären?“

- Alle Lebensoptionen wären gleich-gültig, weil wir alles noch nachholen könnten
- Deckt sich mit Lebenserfahrung: kostbar sind die seltenen Dinge
- Transfer auf das Leben als Ganzes: Der Tod ist nicht mehr das, was unser Leben zerstört, sondern umgekehrt das, was unseren einzelnen Handlungen Wert verleiht.

Frau C:

„Ich verwende nicht mehr so viel Energie darauf, mir ein langes Leben zu wünschen. Vielmehr richte ich meine Kraft auf die **Gestaltung** meines, sehr wahrscheinlich begrenzten, Lebens. Darüberhinaus ist es ja nicht verboten, auf ein Wunder zu hoffen.“

Existenzielle PT: Sinn(losigkeit)

Differenzierung

kosmischer
Sinn

irdischer
Sinn

Yalom (1980)

Sinnobjektivismus

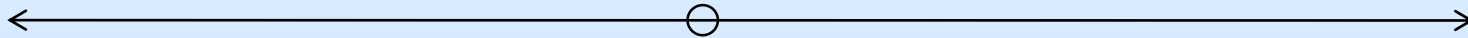
Sinnkonstruktivismus

Irdischer Sinn

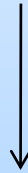
Vergangenheit

Gegenwart

Zukunft



Lebenssinn



**Sinnrelevante
Lebensbereiche**

(Reker&Wong 1988,
Fegg 2008)

Sinnrelevante Lebensbereiche (nach Reker & Wong 1988)

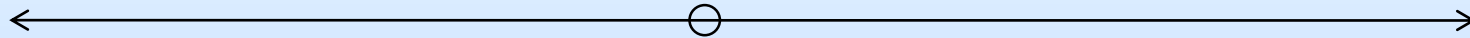
- Erfüllen eigener Bedürfnisse (Essen, Trinken, Sicherheit, Luxus, Genuss)
- Freizeitaktivitäten und Hobbies (z.B. Naturerlebnisse, Bewegung, Kultur)
- Kreatives Tun
- Persönliche Beziehungen (Familie, Freunde)
- Leistung und Erfolg
- Persönliches Wachstum (Bildung, Lebenserfahrung, Reife, Weisheit)
- Soziales oder politisches Engagement
- Altruismus (Anderen unmittelbar helfen)
- Ausrichtung an Werten und Idealen (z.B. Ehrlichkeit, Gerechtigkeit, Solidarität, Mut, Toleranz, Verlässlichkeit)
- Bewahren von Tradition und Kultur
- „Fußabdrücke“ für die Nachwelt (ideell, materiell)
- Religion, Spiritualität

Irdischer Sinn

Vergangenheit

Gegenwart

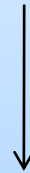
Zukunft



Lebensbilanz

Lebenssinn

Lebensziele



Dignity Therapy
(Chochinov 2005)

**Sinnrelevante
Lebensbereiche**
(Reker&Wong 1988,
Fegg 2008)

Lebenszielplanung
(z.B. Stavemann 2008)

Fotoalbum

Fragen zur Lebensbilanz (in der Dignity-Therapy, Chochinov 2005)

- Wie verlief Ihre Lebensgeschichte? Vielleicht schildern Sie insbesondere die Phasen, die Sie am besten erinnern bzw. von denen Sie meinen, dass sie am wichtigsten waren.
- Gibt es bestimmte Dinge, von denen Sie möchten, dass Ihre Familie sie von Ihnen weiß? Gibt es Dinge, von denen Sie möchten, dass Ihre Familie sie besonders erinnert?
- Welches sind die wichtigsten Rollen / Funktionen, die Sie in Ihrem Leben innehatten (in der Familie, im Beruf, in der Gemeinde, Vereinen oder anderen Gruppierungen)?
Warum waren Ihnen diese Rollen wichtig?
Wie, glauben Sie, haben Sie sie erfüllt?
- Welches sind Ihre wichtigsten Erfolge? Worauf sind Sie am meisten stolz?
- Gibt es Dinge, von denen Sie das Bedürfnis haben, Sie Ihren Liebsten zu sagen? Oder für die Sie sich die Zeit nehmen möchten, um sie nochmal zu sagen?
- Was sind Ihre Hoffnungen und Träume für Ihre Liebsten?
- Was haben Sie über das Leben gelernt, das Sie anderen mitgeben möchten? Welchen Rat möchten Sie ihre(m) [Mann, Frau, Sohn, Tochter, Vater, Mutter, anderen] geben?
- Gibt es Worte oder vielleicht sogar Anleitungen, die Sie Ihrer Familie anbieten möchten, um sie auf die Zukunft vorbereiten zu helfen?
- Gibt es weitere Dinge, die Sie in diese Aufzeichnung einbeziehen möchten?

Therapiebeziehung

Wie nehmen Palliativpatienten die Einzelpsychotherapie wahr?

(Interviewstudien Nissim et al. 2012, Scheffold et al. 2013)

- Sicherer Ort zur Reflexion der eigenen Krankheits- und Behandlungserfahrung
- Erlaubnis, über Sterben und Tod zu sprechen
- Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung und im Navigieren durch das Behandlungssystem
- Klären von Spannungen in sozialen Beziehungen
- Als „ganze Person“ innerhalb des Medizinsystems gesehen werden
- Beschreibung der Person des Psychotherapeuten:
„erfahren mit Krebs“, „hat sowas schon mal gesehen“, „führt mich behutsam dabei, tiefer zu gehen“, „stellt konkrete und relevante Fragen“, ist dabei „nicht eindringend“ und „führt mich nicht auf Wege, die ich momentan nicht beschreiten will“

Therapiebeziehung

Unterschiede zur PT in frühen Krankheitsstadien oder bei körperlich Gesunden

- Begegnung stärker „auf Augenhöhe“, geringerer Wissensvorsprung unsererseits
- Dosierte Selbstöffnung (hinsichtl. Betroffenheit, Ratlosigkeit, Trauer)
- Beziehung kontinuierlich und aktiv anbieten (z.B. auch nachtelefonieren), sich aber nicht unentbehrlich fühlen

Organisatorisches

Gutachterverfahren:

„*Begleitung*“ keine Indikation!

Therapieziele (Beispiele):

- Kognitive Therapie dysfunktionaler Befürchtungen zur Atemnot (Erstickungsangst)
- Erlernen von Atementspannung
- Entwicklung von Prioritäten für die verbleibende Lebenszeit (z.B. Intensivierung der Beziehungen zur Ehefrau und einem engen Freund)
- Ausloten und Nutzen von Spielräumen zu Genussaktivitäten
- Unterstützung im Reflektieren der Lebensbilanz
- Planen von Vermächtnissen (Was möchte er an persönlichen Botschaften hinterlassen, wie soll man sich an ihn erinnern?)
- Unterstützung beim Formulieren von Bedürfnissen bzgl. seiner letzten Lebensphase (Wo möchte er sterben? Welche Verfügungen sind ihm wichtig?)

Organisatorisches

DMP Brustkrebs

- PT ohne Antragsverfahren, ohne Kontingentierung

Umgang mit Ausfallstunden

- Im Falle einer Ausfallsregelung körperliches Befinden ausnehmen
- Sorgfalt bei Terminvergabe nach Chemo und stationären Aufenthalten

Besuche

- Zuhause, Hospiz:** abrechenbar inkl. Besuchsziffer und Wegegeld
- Krankenhaus:** in GKV nicht abrechenbar, in PKV ja;
von KH-Seite idR offiziell verboten, inoffiziell aber möglich

Jeder der geht
belehrt uns ein wenig
über uns selber.
Kostbarster Unterricht
an den Sterbebetten...
(Hilde Domin)

Kontakt

Dr. Klaus Lang

Psychotherapeutische Praxis
Sendlinger-Tor-Platz 11
80336 München

www.klauslang-online.de
mail@klauslang-online.de



Zitierte Literatur

- Beck AT (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper.
- Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 8, 417-428.
- Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H et al. (2000). Depression, hopelessness, and desire for death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 284, 2907-11.
- Breitbart W (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care Cancer* 10, 272-280.
- Calman K (2005). Emotional issues in palliative medicine. In: D Doyle, G Hanks, N Cherny, K Calman (eds), Oxford Textbook of Palliative Medicine.
- Chochinov HM, Hack T, Hassard T et al. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 23, 5520-5525.
- Chochinov HM (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *Cancer J Clin* 56, 84-103.
- Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z et al. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer* 17, 573-579.
- Dinkel A (2012). Progredienzangst – eine Angststörung? Vortrag auf dem Update Psychoonkologie, München: 10.10.12.
- Ellis A (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
- Engel GL (1967). A psychological setting of somatic disease: the "giving up given up complex." *Proc R Soc Med* 60, 553-555.
- Fegg MJ, Kramer M, L'hoste S, Borasio GD (2008). The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE): Validation of a New Instrument for Meaning-in-Life Research. *J Pain Symptom Management* 35, 356-364.

Zitierte Literatur (Forts.)

- Fegg MJ, Brandstätter M, Kramer M et al. (2010). Meaning in Life in Palliative Care Patients. *J Pain Symptom Management* 40, 502-509.
- Griffith JL & Gaby L (2005). Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics* 46, 109-116.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford.
- Hayes SC & Smith S (2007). In Abstand zur inneren Wortmaschine. Tübingen: dgvt.
- Heidenreich T & Noyon A (2011). Existenzielle Therapienansätze: Entwicklungen und Potenzial für die Kognitive Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 43, 571-582.
- Kabat-Zinn J (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta.
- Kissane DW, Clarke DM, Street AF (2001). Demoralization syndrome: a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 17, 12-21.
- Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V (2012), Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors—a systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*. doi: 10.1002/pon.3022
- Lazarus AA (1958). New methods in psychotherapy: A case study. *South African Medical Journal* 32, 660-664.
- Linehan M (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford.
- Lloyd-Williams M, Reeve J, Kissane D (2008). Distress in palliative care patients: Developing patient-centered approaches to clinical management. *Europ J Cancer* 44, 1133-1138.

Zitierte Literatur (Forts.)

- May R, Angel E, Ellenberg HF (eds) (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books.
- Meichenbaum D (1975). Self-instructional methods. In FH Kanfer & P Godstein (eds), *Helping people change: A textbook of methods*. New York: Pergamon.
- Meier D, Emmons C, Wallenstein S, Quill T, Morrison R & Cassel C (1998) A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *New England Journal of Medicine* 338, 1193-1201.
- Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, Skummy A & Dutcher J (1999) Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology* 8, 378-385.
- Ninnemann-Ohligschläger B (2012). Somatopsychische Symptome. In Fegg, Gramm, Pestinger (eds), *Psychologie und Palliative Care*, 204-213. Stuttgart: Kohlhammer.
- Puchalski C, Romer AL (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*, 3, 129-137.
- Reker G & Wong P (1988) Aging as an individual process: Towards a theory of personal meaning. In Birren J & Bengtson V (eds) *Emergent theories of aging* (220-226). New York: Springer.
- Schulz C (2012). Angst. In Fegg, Gramm, Pestinger (eds), *Psychologie und Palliative Care*, 191-197. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stavemann H (2008). *Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung in Therapie und Beratung*. Weinheim: Beltz.
- Wolpe J (1958) *Psychotherapy and reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford Univ. Press.
- Yalom I (1980/1989). *Existenzielle Psychotherapie*. Köln: Ed. Humanist. Psychologie.