

## Der Begriff „KREBS“ bezeichnet eine große Gruppe von Erkrankungen (n. Schwarz & Stump, 2000)



### starke Unterschiede bezüglich:

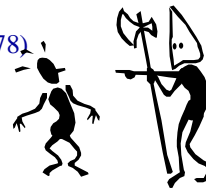
- Beschwerden,
- Verlauf,
- Prognose,
- Behandlungsformen (chirurgische, medikamentöse & strahlentherapeutische Maßnahmen);

### Gemeinsamkeiten:

- Unkontrolliertes Zellwachstum mit Ausbreitung abnormaler Zellen bei gleichzeitiger Veränderung der Zellstruktur und –differenzierung;
- Organismusschädigung durch Verdrängungserscheinungen infolge der Gewebewucherung, durch Gewebeerstörung oder durch tumorbedingte pathologische Hormonproduktion;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Kollektive & individuelle Metapher des Begriffs „Krebs“ (Sonntag, 1978)



- Geißel der Menschheit;
  - Aussatz unserer Zeit;
  - Siechtum verbunden mit der Angstvision einer heimlichen Zerstörung im eigenen Körper;
  - Der unvermeidlich erscheinende Krebstod gilt nicht als natürlicher Tod, sondern als vorzeitig und gewaltsam – als ein protrahiertes, qualvolles Leiden in totaler Ohnmacht gegenüber der Willkür destruktiver Kräfte;
- emotionale Gehalt dieser für eine medizinische Taxonomie ungewöhnliche Bündelung von Phänomenen

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Kollektive & individuelle Folgen bedingt durch diese Sichtweise

(n. Schwarz, 2000)

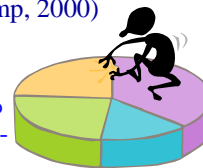


- Ausgrenzung und Isolation der Erkrankten;
  - (Noch) Gesunde „schützen“ sich teilweise durch Selbstverschuldungszuschreibungen → wissenschaftlich unhaltbare Annahme einer „Krebspersönlichkeit“;
  - Wenn der Kranke diese Sichtweise übernimmt, wird er zugleich zur Ausgrenzenden und Ausgegrenzten;
  - Den Krebskranken wird z.T. ihre Diagnose verheimlicht;
  - Der juristisch geforderte Aufklärungsprozedere über Diagnose, Behandlungsrisiken und Prognose wird öfters durch – das vom medizinischen Assistenzpersonal überreichten – schriftlichen Vordruck erledigt;
- Zyklus der Ausgrenzung und Isolation der Erkrankten

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Epidemiologie onkologischer Erkrankungen

(n. Schwarz & Stump, 2000)



- 1991 nahmen die bösartigen Neubildungen mit 23 % aller Sterbefälle den 2. Platz – nach Kreislaufsystemerkrankungen – in der Todesfallstatistik ein.
- Geschätzte Anzahl der an Krebs Neuerkrankten in 1993 – Männer: 173 000; Frauen: 163 000;
- Die häufigsten Krebstodesursachen sind nach ihrer Lokalisation bei Männern die Bronchien, dann Darm, Prostata & Bauchspeicheldrüse; bei den Frauen die Brustdrüse, gefolgt von Darm, Lunge, Eierstöcke & Magen;
- Psychische Komorbidität: über alle Krankheitslokalisationen und Stadien hinweg wird von einer fast 50 % Prävalenz psychischer Begleitdiagnosen ausgegangen.
- Jeder Dritte erkrankt an Krebs.

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Psychosoziale Belastungen & Auswirkungen

(n. Stump, 2000)



- Krebserkrankungen meist langfristig, häufig progredient bzw. mit phasenhaften Verschlechterungen oder tritt unvorhersagbar erneut auf; eine echte Heilung ist oft nicht möglich. Darüber hinaus weisen die Erkrankungen meist vielfältige und anhaltende Auswirkungen auf alle Lebensbereiche auf;
- Bis zur endgültigen Diagnosesicherung durchlaufen die Patienten einen langwierigen Prozess, der vielfach mit großen Unsicherheiten und wiederholten diagnostischen Abklärungen verbunden ist;
- Die Konfrontation mit der Diagnose Krebs kann eine tiefgehende Lebenskrise auslösen, der mit den drohenden Zusammenbruch bisheriger Lebensbezüge und das Gefühl existentieller Bedrohung verbunden sein kann;
- Während der Behandlung stehen deren Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen im Vordergrund. So leiden (je nach Tumorart und –stadium) 30 % der malignomen Erkrankten schon im Frühstadium & 60 % beim weiteren Fortschreiten an Schmerzen, die fast immer ausreichend behandelt werden können; 25 % der mit Chemotherapie Behandelten zeigen antizipatorische Reaktionen.
- Partner der Erkrankten weisen oft diffuse Schmerzzustände, Magenverstimmungen, etc. auf.

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Klassifikation psychischer Komorbidität

(n. Schwarz & Stump, 2000)



- **Psychische Vorerkrankungen:** a) manifeste psychische Erkrankungen – bestanden zeitlich vor dem Krebsleiden & haben Einfluß auf die Anpassung an die Krankheitssituation; b) latente psychische Erkrankungen (spezifische Konfliktlabilität / Persönlichkeitseigenheiten), die durch die Krebserkrankung manifest werden.
- **Psychische Begleiterkrankungen:** ausgelöst durch das Krebsleiden bzw. die Therapie bei vorbestehender unspezifischer Vulnerabilität, z.B. sekundäre Hypochondrie.
- **Psychische Folgeerkrankungen:** wären ohne Krebserkrankung nicht entstanden, d.h. durch diese verursacht (nicht nur ausgelöst), z.B. a) bei Chemotherapie: ANV-Syndrom (Anorexia, Nausea, Vomiting), Fatigue; kognitive Beeinträchtigungen, Delirien, organische Psychosen, Affektlabilität, innere Unruhe; b) Psychovegetative & kognitive Nebenwirkungen der Behandlung, z.B. Unspezifische Reaktionen auf Belastungen als Anpassungsstörungen (F43 – akute & posttraum. Belastungsstörung); c) für die jeweilige Tumorklassifikation typische psychosoziale Beeinträchtigung, wie beeinträchtigte Sexualität, soziale Isolation bei Gesichts- & Kehlkopftumoren, Selbstbildstörungen.
- **Störungen in Partnerschaft & Familie**

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Kontextbedingungen der psychosozialen Behandlung (Stump, 1978)



- **Strukturelle Spezifika:** a) Priorität der akutmedizinischen Behandlung: stationäre, psychosoziale Ansätze müssen sich dem institutionellen Rahmen anpassen; Behandlung muss teilweise wegen z.B. Nebenwirkungen unterbrochen werden; wegen kurzer Aufenthaltsdauer → begrenzte Kurzinterventionen; b) Aufgabenprofil: zwischen den Polen: isolierte, fachlich qualifizierte Einzelmaßnahmen – Versorgung durch Integration der Behandlungskompetenz verschiedener Professionen; c) Räumlichkeiten: oft kein Therapieraum oder Therapie im Mehrbettzimmer;
- **Personenbezogene Spezifika:** a) Körperliche Verfassung: je nach medizinischer Situation kann – unabhängig von den vereinbarten Therapiezielen – flexibles Vorgehen nötig sein, z.B. Krisenintervention, Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Schmerzbewältigung, Sterbebegleitung; b) Motivation neben der medizinischen Therapie noch Psychotherapie zu beginnen.
- **Therapeutenbezogene Spezifika:** a) Spezifische Voraussetzungen: Chronische Erkrankung bislang kaum in Richtlinien vorgesehen (15 Std.); kaum Fort-, Weiterbildungs- und Selbsterfahrungsangebote; b) Identifikation kurzfristiger, realistischer Behandlungsziele;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Stufenmodell für psychosoziale, onkologische Interventionen

(n. Leszcz, 2000; Schwarz, 2000)



- **Beratung und Instruktion** in bezug auf geeignetes Krankheits-/Gesundheitsverhalten inklusive Informationen (→ Angstreduktion) zu Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten, Ernährung sowie sozialen und sozialrechtliche Unterstützungsmöglichkeiten für alle Patienten;
- **Kognitiv-behaviorale Ansätze** zur supportiven Symptomreduktion (z.B. Entspannungsverfahren gegen Therapienebenwirkungen oder Schmerzen), korrigierende Neubewertung bei depressiven Reaktionen sowie das Einüben von Copingfertigkeiten. Die Mehrzahl dieser wissenschaftlich evaluierten Programmen sind stark strukturiert und werden in Gruppensettings angeboten. Diese Ansätze sind bei etwa 33 % der Betroffenen indiziert;
- **Psychodynamische Ansätze** für ein individuelles, personen-, familien- und konfliktorientiertes Vorgehen; Der Bedarf hier liegt bei schätzungsweise 5 % der Krebskranken;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Verhaltenstherapeutische Ansätze in der Onkologie

(n. Stump, 2000)



- **Progressive Muskelrelaxtion:** Durch aktive An- und Entspannung einzelner Muskelpartien lernt der Patient sich zu Entspannen;
- **Imaginative Verfahren:** Visuelle, symbolhafte innere Bilder werden mittels der Vorstellungskraft erzeugt. Diese gedanklichen Vorstellungen umfassen das gesamte Sinnessystem & bestehen aus inneren Aufmerksamkeitslenkungen;
- **Systematische Desensibilisierung:** für die Entkoppelung vor allem isolierter Reize von Angstreaktionen. Durch eine hierarchisch angeordnete Konfrontation in der gedanklichen Vorstellung mit dem angstauslösenden Reiz (z.B. Bei Blick auf Kalender Wahrnehmung des nächsten Klinik Termins → Fahrt in die Klinik → Wahrnehmen weißer Kittel....) soll eine Habituation erfolgen. Wird oft zusammen mit Entspannungstechniken eingesetzt.
- **Biofeedback:** basiert auf der kontingenten Rückmeldung physiologischer Prozesse, die über die Sinnesorgane nur schlecht wahrzunehmen sind. Um willentliche Kontrolle zu erreichen, erfolgt eine visuelle, auditive oder taktile Rückmeldung dieser Prozesse. Grundsätzlich sind muskuläre, zentralnervöse & autonome Prozesse durch Biofeedback beeinflussbar;
- **Ablenkungstechniken:** Aufmerksamkeit auf positive Reize lenken, um von negativen abzulenken (z.B. Musik, angenehme Vorstellungen, Videospiele).

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Interventionsprogrammbeispiel: Adjuvant Psychological Therapy

(n. Stump, 2000)



- **Dauer:** 6 x wöchentlich ca. 1. Std. / Einzeltherapie eventuell mit Partner;
- **Ziele:** (jeweils orientiert an Bedürfnissen des Einzelfalls) Reduktion von Angst, Depression und anderen psychiatrischen Symptomen; Verbesserung der mentalen Anpassung an Krebs durch Induktion einer positiven kämpferischen Haltung; Förderung des Kontrollgefühls über das Leben sowie über aktive Teilnahme an Behandlung; Entwicklung von Copingstrategien für krankheitsbezogene Probleme; Verbesserung der Patient/Partner-Kommunikation; Zulassung unterdrückter Gefühle;
- **Struktur & Inhalt:** a) durch nondirektives Vorgehen: Ausdruck emotionaler Empfindungen; 2) zur Emotionsregulation: Entspannung- und Ablenkungstechniken; 3) zur Reduktion der Hoffnungslosigkeit: Aktivitätsplanungen; 4) Kognitive Techniken, wie Kognitionsevozierungen, um krankheitsbezogene, automatische Gedanken zu entdecken (z.B. nach Entfernung der Brust bin ich behindert), Katastrophisieren – Verbalisierung der schlimmsten Vorstellung oder Kognitive Probe – Problemlösungen im Rollenspiel einüben;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

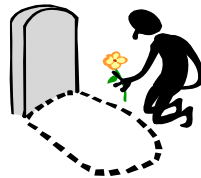
## Psychodynamische Therapie in der Onkologie



- **Fokus:** Die Behandlung von krebserkrankten Patienten nimmt meist – vorausgesetzt es geht nicht um eine posttraumatische Anpassungsstörung - von anderen Lebensproblemen ihren Ausgang; Da es sich meist um Patienten in der akuten Krankheitsphase oder um infausten Verläufen handelt, stellt die aktuelle Auseinandersetzung mit der unmittelbaren existentiellen Bedrohung den Hauptfokus dar;
- **Ziele:** Verstehen des individuellen Leidens; Supportive Begleitung (Holding- und Containmentfunktionen des Therapeuten); Auseinandersetzung mit möglichen prä-existenten psychischen Erkrankungen, Schuldzuweisungen sowie Krankheits- und Behandlungsfolgen; Entmythologisierung und Reintegration des Kranken; Aufbau individueller Lösungsstrategien; Bei Überlebenden: Bearbeitung des sog. Damokles-Syndrom (Angst vor Rezidive); Neue Haltung gegenüber Krankheit & Zukunftsperspektiven entwickeln.
- **Typische psychische Störungen:** (gerade bei fortschreitenden malignen Erkrankungen) borderlineähnliche „frühe“ Abwehrformationen (Ich-Regression) mit Spaltung, Verleugnung, Idealisierung, Entwertung (auch der med. Behandlung). Das Abwehrgeschehen sollte hier als existenzhaltende Anpassungsleistung begriffen werden.

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Tod & Sterben



- Der Tod gehört nicht mehr zu den Selbstverständlichkeiten des Lebens und wurde in die Krankhäuser verlagert.
- Bei den Ärzten & Pflegepersonal scheint der Tod massives Unbehagen auszulösen & stellt eine schwere narzistische Kränkung (weil nicht heilbar) dar. Folgendes wurde gefunden:
- Sterbende werden seltener von Ärzten und Krankenschwestern aufgesucht.
- An den Krankenbett von Sterbenden wird weniger Zeit verbracht, es wird auch weniger gesprochen.
- Im Endstadium vermeiden alle das Zimmer.
- Auch Gespräche mit Angehörigen werden vermieden.

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## 5 Stufen von Kübler-Ross

- Nicht-wahrhaben-wollen (Verleugnen, Verdrängen)
- Wut, Auflehnung gegen das Schicksal (Aggression)
- Hilf- & Hoffnungslosigkeit, Leere (Depression)
- Verhandeln mit dem Schicksal
- Resignation, Rückzug & Akzeptieren



© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Bedrohungsgefühle beim Sterben

(n. Schüßler, 1995)

- Furcht vor dem Alleinsein
- Furcht vor dem Verlust der Familie & Freunde  
-man muß sich in einem Trauerprozeß voneinander ablösen.
- Furcht vor dem Verlust des Körpers - als wesentlicher Teil des Selbst
- Furcht vor dem Verlust der Identität
- Furcht vor dem Verlust der Selbstkontrolle
- Furcht vor der Regression auf frühere Verhaltensweisen



© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Grundsätze für die Betreuung Sterbender



- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zum Patienten
- Akzeptieren auch schwieriger Gefühle wie Trauer, Ärger, Rückzug...
- Eingehen auf die Wünsche & Bedürfnisse des Sterbenden
- Einbeziehen der Familie des Sterbenden
- Vermittlung von Linderung und Gewißheit, daß alle medizinischen & pflegerischen Maßnahmen ergriffen werden.

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

## Fragen zum Tod & Sterben



- Was soll alles noch vor dem Tod erledigt werden?
- Will man lebensverlängernde Maßnahmen (welche)?
- Wie will man sterben?
- Ist ein Testament (finanziell & geistiges Vermächtnis) gemacht?
- Wie soll die Todesanzeige aussehen?
- Wer soll alles benachrichtigt werden?
- Wie soll die „Trauerfeier“ und/oder „Leichenschmaus“ gestaltet sein?
- Was soll mit der Leiche passieren (Beerdigung, Krematorium, Ruhestätte, Grabstein...)?

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de