

3.4 Krisenintervention

Im Zusammenhang mit einer Krebsdiagnose erleben praktisch alle Betroffenen eine Lebenskrise. Von einer **Krise** spricht man, wenn stark erhöhte psychische und physiologische Erregungsniveaus aufgrund von situativen Anforderungen auftreten, die die vom Individuum vermuteten eigenen Bewältigungsressourcen übersteigen. Man könnte auch von unauflösbarem **Stress** oder in manchen Fällen sogar von einem **Trauma** sprechen (Smith et al. 1999).

» Eine Krise ereignet sich, wenn eine Person ein Hindernis bei wichtigen Lebenszielen sieht, das – für eine gewisse Zeit – unüberwindbar für seine gewöhnlich eingesetzten Problemlösestrategien ist. « (Caplan 1961; Übers. v. Verf.)

Eine weitere Definition von Trauma ist folgende:

» Eine Krise ist insofern ein sehr einzigartiges Geschehen, als sie ein biologisches, psychisches, soziales und – für einige – spirituelles Ereignis ist, das buchstäblich jeder in seinem Leben zumindest ein Mal erfahren wird. Ungeachtet der Tatsache, dass eine Krise Individuen, Familien oder Gemeinschaften mitbetrifft, erlebt sich die in der Krise befindliche Person im Fokus der Anspannung und Isolation. « (Loscalzo u. Brintzenhofeszoc 1998, S. 662; Übers. v. Verf.)

Loscalzo und Brintzenhofeszoc (1998) zufolge ist eine Krise ein zeitlich begrenztes Phänomen, das ca. 6 bis 8 Wochen dauert und von Konfusion, Desorganisation und einer Unfähigkeit, die Situation mit den herkömmlichen Mitteln zu bewältigen, geprägt ist. Dem krisenhaften Zustand geht ein aktuelles oder bedrohliches, gefährliches Ereignis oder eine solche Situation voraus, ein Verlust oder eine schwere Herausforderung.

Dennoch ist im Falle der Krebserkrankung die initial erfahrene Diagnose der Malignität der Erkrankung nur der erste Punkt auf einem Krankheitskontinuum, das eine Menge an krisenhaften Unterpunkten aufweist, von denen jeder mit nachhaltigen Herausforderungen an Bewältigung und Anpassung befrachtet ist.

Ein sehr wichtiger Punkt ist, so die Autoren, die mittlerweile gegebene Erkenntnis, dass die eine Intervention zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung ein therapeutisches Klima schaffen kann, in dem zukünftige Hindernisse und Rückschläge antizipiert und gehandhabt werden können, bevor sich maladaptive Strukturen verfestigen können; mit maladaptiven Strukturen sind Resignation, Stress, Verzweiflung, fortgesetztes (*lifelong*) Trauma auf Seiten des Betroffenen, Belastungen für die soziale Umgebung und die familiären und partnerschaftlichen Beziehungen gemeint (Hofmann 1999) (vgl. Tab. 3-2).

Krisenintervention als Beratungsmethode ist eine prinzipiell zeitlich befristete Maßnahme und zielt direkt auf ein Überwinden der Probleme im Hier und Jetzt (Loscalzo u. Brintzenhofeszoc 1998). Die Aufmerksamkeit wird nicht auf ungelöste Probleme der Vergangenheit gerichtet, sondern darauf, möglichst schnell das Funktionsniveau des Patienten und der Angehörigen von vor der Krise wiederherzustellen.

Psychotherapeutische Hilfe bei Krebs dagegen hat verschiedene Ziele, u. a. die Aufrechterhaltung eines Fokus auf die Erkrankung und ihre Implikationen, während Aspekte der Vergangenheit und der Gegenwart exploriert werden, die eine Anpassung an die Krankheit beeinflussen (Sourkes et al. 1998). Ängste und Gefühle bezüglich der Erkrankung und ihres Ausgangs sind dominierend in den Gedanken des Patienten und häufig zu schmerzhaft und zu belastend, um Familie und Freunden gegenüber offenbart zu werden.

Einflüsse auf das Leben der Patienten und ihrer Familien sind in den Tabellen 3-3 und 3-4 aufgeführt.

Verschiedene psychosoziale Aspekte scheinen ähnlich zu sein für beide betroffene Seiten: das Gefühl der Bedrohung während der Behandlung und des weiteren Krankheitsverlaufs, die Konfrontation mit Sterblichkeit, der Verlust von Zielen und von Träumen für sich selbst und die Familie usw.

Loscalzo und Brintzenhofeszoc (1998) sind der Auffassung, dass einige der Einstellungen gegenüber Krebs das Leben des Patienten und seiner Familie noch bis lange nach der Bewältigung der Erkrankung beeinträchtigen könnten, wenn sie nicht frühzeitig im Erleben der Erkrankung korrigiert oder neu eingeordnet würden. Zum Beispiel könne die Unsicherheit über die Diagnose und die Behandlung zu Beginn gegenseitige Beschuldigungen auslösen, was zu Konflikten und eingeschränkter Kommunikation führe.

Ein Defizit an Information und falschen Annahmen auf Seiten der Familie bezüglich der Verursachung der Erkrankung könnte zu der Auffassung führen, dass Stress die Krankheit bewirkt hat, sie könnte als eine Bestrafung für vergangene Sünden angesehen werden oder gar als Wunsch von irgendetwas. Deshalb müssten in den frühen Stadien der Erkrankung der Patient, seine Familie wie auch das behandelnde Team genaue Informationen erhalten (Loscalzo u. Brintzenhofeszoc 1998).

Die im Folgenden angerissenen Probleme mit den (möglichen) unterschiedlichen Stadien von Diagnose bis eventuellem terminalen Zustand für Betroffene und Familienangehörige sind Loscalzo und Brintzenhofeszoc (1998) entnommen und sind im Überblick in den Tabellen 3-3 (S. 150 f.) und 3-4 (S. 152) dargestellt.

Tab. 3-3 Psychische Probleme, Belastungen und Erwartungen von Krebspatienten an das soziale Umfeld (Krischke et al. 1999)

	Partnerschaft	Kinder	Freunde, Bekannte, Kollegen
Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • Liebermann 1982 • Peters-Golden 1982 • Buddeberg et al. 1986 • Murcia und Steward 1990 	<ul style="list-style-type: none"> • Beutel 1988 • Murcia und Steward 1990 • Schafft 1984 	<ul style="list-style-type: none"> • Tausch 1981
Ergebnisse	<p><i>Probleme des Partners:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verzweiflung, Depression, Schuldgefühle, Schwierigkeiten, die Krebserkrankung zu akzeptieren • Rollenveränderungen als Belastung erlebt • Beeinträchtigung der Kommunikation, des Sexuallebens • verminderte gemeinsame Unternehmungen und Sozialkontakte 	<p><i>Probleme der Kinder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Folgeerscheinungen der Krebserkrankung als belastend und schwer verständlich erlebt • Verständnislosigkeit über verminderte Zuwendung und Verfügbarkeit der Eltern • Verhaltensstörungen, Schulprobleme • Überforderung durch zusätzliche Aufgaben und verstärktes Verantwortungsgefühl • Rückzug von Gleichaltrigen und verstärkte Aggressivität 	<p><i>Probleme der Freunde, Bekannten und Kollegen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Angst und Rückzug • Angst, Zuneigung zu zeigen • Angst vor Konfrontation mit der Krebserkrankung • Verschllossenheit, Unwissenheit

Partnerschaft	Kinder	Freunde, Bekannte, Kollegen
<p><i>Erwartungen an den Partner:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verständnis, Trost, Aufrichten in Krisensituationen, Annehmen des Partners mit der Krebserkrankung, Geborgenheit, Sicherheit • eheliche Zufriedenheit • unveränderte Liebe, Berührungen • Besuche, Aufmerksamkeit, Einfühlbarkeit • Zukunftspläne, Mut zu Veränderungen 	<p><i>positiver Umgang mit Kindern:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Angstabbau durch Beschäftigung und Information • Vermeiden von irrationalen Schuldgefühlen • Nutzen von Gelegenheiten, Fragen stellen zu lassen • altersgerechtes Helfen macht Kinder stolz und stärkt das Selbstbewusstsein • Vertrauen, Verständnis, Offenheit • gewisse Belastbarkeit voraussetzen 	<p><i>Erwartungen an Freunde, Bekannte und Kollegen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuneigung durch Besuche, Blumen, besprochene Kassetten, Anrufe, Briefe • gemeinsames Lernen, den Umgang mit der Krebserkrankung und das Leben nach der Behandlung üben • Gespräche, Hilfsbereitschaft
<p><i>Ängste bezogen auf Partner:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlust des Vertrauens darauf geliebt zu sein, emotionaler Rückzug, Distanz, Verständnislosigkeit, Einsamkeit 	<p><i>Patientenängste bezogen auf das Kind:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • beim Kind selbst die Angst vor einer Krebserkrankung zu induzieren • Überforderung, Überbelastung, Zurückgezogenheit, Verständnislosigkeit 	<p><i>Ängste bezogen auf Freunde, Bekannte und Kollegen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rückzug, Verminderung der Sozialkontakte, Verlassenwerden, Verharmlosung der Krankheit

Tab. 3-4 Soziale Unterstützung durch Bezugspersonen anhand der Studie von Dunkel-Schetter (1984) im Vergleich zur aktuellen Studie. (In der aktuellen Studie waren Mehrfachantworten möglich, wodurch die Prozentangaben nicht unmittelbar vergleichbar sind.) (Krischke et al. 1999)

Verteilung sozialer Unterstützung (Dunkel-Schetter 1984)	Personen, die Ihnen bisher ziemlich bis sehr stark bei der Bewältigung der Krebskrankheit geholfen haben	Welcher Mensch ist bezogen auf die Krebs-erkrankung für Sie am wichtigsten?
Ehepartner, Kinder, Geschwis- ter	Ehepartner 34,0 %	Freund, Freundin 77,8 % 96,1 %
Ärzte, Krankenschwestern	Kinder 30,0 %	Kind 64,4 % 86,4 %
Freunde	Freund, Freundin 16,0 %	Partner, Partnerin 61,7 % 52,4 %
andere Krebskranke	Freunde, Bekannte 9,0 %	Mutter 60,2 % 9,7 %
Vorgesetzter, Kollegen	Krankenpflegepersonal 6,0 %	Vater 47,7 % 5,8 %
verschiedene andere	Verwandte 5,0 %	
	Arbeitskollegen 22,2 %	
	Eltern 34,3 %	
	Psychotherapeut 13,5 %	

3.5 Soziale Unterstützung

Klinische Beobachtungen wie Ergebnisse von zahlreichen Studien weisen in dieselbe Richtung, nämlich dass *soziale Unterstützung* dem betroffenen Patienten sehr behilflich sein kann. Unter sozialer Unterstützung versteht man die Präsenz eines anderen Lebewesens derselben Spezies, die für das betroffene Individuum beschützend wirkt (Cassel 1976) bzw. die sozialen Bedürfnisse des betroffenen Individuums nach Zuneigung, Sicherheit, Zustimmung und Zugehörigkeit durch soziale Interaktion erfüllt (*social support*) (Kaplan 1977; beide zit. nach Krischke et al. 1999).

Krischke et al. (1999) haben die Ergebnisse verschiedener Studien bezüglich psychischer Probleme, Belastungen und Erwartungen von Krebspatienten an ihr soziales Umfeld in einer übersichtlichen Tabelle aufgelistet (Tab. 3-4, S. 152).

Die Erwartungen an das engere soziale Umfeld sind demnach eher emotionaler Natur. In der Ulmer Studie zur Knochenmarktransplantation (KMT) war die Bewältigungsstrategie »emotionale Unterstützung« eine der wichtigsten: Nur Patienten, die spontan von erlebter emotionaler Unterstützung **bereits vor allen Behandlungsmaßnahmen** durch Angehörige oder wichtige Personen sprachen, waren unter den Langzeitüberlebenden zu finden, dagegen sprach nicht ein einziger der innerhalb von ein paar Jahren nach Transplantation verstorbenen Patienten diesen Gefühlsaspekt *vor* den Konditionierungsmaßnahmen zur KMT-Behandlung an (Grulke et al. 1998). Diese psychischen Inhalte von Langzeitüberlebenden wurden bereits vor allen Behandlungsschritten und weit vor den möglichen Folgen der invasiven Behandlung ausgedrückt, also zu einem Zeitpunkt, an dem die Patienten ohne Kenntnisse des weiteren Behandlungs- und Rehabilitationsverlaufs waren, zu einem Zeitpunkt vor den Konditionierungsmaßnahmen (Bestrahlung und Chemotherapie) und vor der kritischen Phase der ersten 100 Tage nach KMT (die Graft-versus-Host-Reaktion [Transplantat-gegen-Wirt-Abstoßungsreaktion nach Knochenmarktransplantation] und Rezidive treten hier mit hoher Wahrscheinlichkeit auf). Diese Tatsache unterstreicht die prospektive Bedeutung dieser Empfindensweisen für den weiteren Krankheits- und Genesungsverlauf (Grulke et al. 2005; Tschuschke et al. 2001).

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der sich aus Tabelle 3-4 (S. 152) ersehen lässt, ist die Bedeutung der Kommunikationsstörung (vgl. auch Tschuschke 1996). Der Erwartung an das soziale Umfeld – meist an Freunde und gute Bekannte – nach Freundschaft und Aufrechterhaltung des Kontakts in der Not steht häufig genug der Rückzug dieser Personen entgegen, sei es aus Verständnislosigkeit der Situation des Patienten, sei es aus irrationalen Ängsten wie einer Ansteckungsgefahr.

Tabelle 3-3 (S. 150 f.) verweist auf die Bedeutung der engsten Familienangehörigen, die »... die wichtigsten Quellen sozialer Unterstützung für Krebspatienten ... « (Krischke et al. 1999) darstellen.

Soziale Unterstützung (*social support*), wie oben definiert, ist eine gar nicht zu unterschätzende Komponente im Zusammenhang mit einer onkologischen Erkrankung. Wie in allen Lebenskrisen erweist sich auch hier die emotionale Zuwendung wichtiger Bezugspersonen als enorm hilfreich. Sei es, dass es um das Gefühl des Nichtausgestoßenseins, des Weiterhin-wertvoll-Seins geht, sei es um das Gefühl der Unterstützung bei der Bewältigung oder anderes: Menschen sind primär soziale Wesen und benötigen für das Gefühl eines sinnvollen Lebens den anderen. Man kann nach Martin Buber (1979) davon sprechen, dass »der Mensch am Du zum Ich« wird. Dies dürfte umso mehr für Situationen großer Not und Verzweiflung Gültigkeit haben. Tatsächlich zeigt eine Studie von Koopman und Mitarbeitern (1998), dass die soziale und emotionale Unterstützung von nahen Angehörigen eine abpuffernde Wirkung (*buffering hypothesis*) gegenüber dem Stresserleben hat. Allerdings ist die Kehrseite der Medaille, dass aversive Unterstützung – z. B. nicht ausreichende oder geringe soziale Unterstützung – sogar zu einem Anwachsen von Stresserleben führe.

Psychosoziale Hilfen für an Krebs Erkrankte bedürfen unbedingt begleitender sozialer Unterstützung durch wichtige Bezugspersonen. Ohne eine solche – natürliche und parallel erfolgende – Hilfe und Unterstützung kann professionelle Hilfe wahrscheinlich nicht sehr erfolgreich sein.

3.6 Fatigue

Unter *Fatigue* (Ermattung, Ermüdung) wird eine »quälende Form der Müdigkeit« (Dietzfelbinger et al. 2009) verstanden, die bei Krebspatienten eine ungeheuer große Prävalenzrate hat und zur höchsten Stressbelastung gehört (Breitbart u. Alici 2010). Fatigue bei Krebspatienten ist signifikant verbunden mit Depression, Hoffnungslosigkeit, genereller Stressbelastung und Todeswunsch. Die berichteten Prävalenzraten variieren sehr stark zwischen 4 und 100 %. Bereits zum Diagnosezeitpunkt, noch vor Beginn der Therapien, berichten 23,5 % von schwerer Fatigue (Goedendorp et al. 2008), 71 % der Patienten geben Beeinträchtigungen bei alltäglichen Lebensaktivitäten (z. B. im Haushalt) an (Dietzfelbinger et al. 2009), 30 % leiden unter sexuellen Problemen, 71 % sind aufgrund der Fatigue jeden Monat mindestens für einen Tag arbeitsunfähig, 31 % bleiben krankheitsbedingt fast eine Woche pro Monat der Arbeit fern und 28 % müssen ihre Arbeitsstelle ganz aufgeben.

Fatigue tritt bei bis zu 75 % aller Patienten mit Knochenmetastasen und bei 60 bis 96 % aller in Krebsbehandlung befindlichen Patienten auf (Breitbart u. Alici 2010). Eine große Umfrage unter 197 Onkologen, 200 Pflegekräften und 419 Krebspatienten mit unterschiedlichen Erkrankungen in verschiedenen Stadien der Erkrankung ergab, dass mehr als 78 % aller Patienten während der

Erkrankung und Behandlung unter Fatigue litten (Flechtner u. Bottomley 2003).

Die ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten in der 10. Fassung) hat unter der Ziffer G93.3 und unter der Bezeichnung chronisches Müdigkeitssyndrom eine eigene Kategorie für die krebsbezogene Fatigue eingerichtet. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe von verfügbaren Tests, die es gestatten, relativ zuverlässig eine vorhandene Fatigue zu erkennen (Mehnert et al. 2006).

Die Ursachen werden in vielfältigen Aspekten gesehen und sind noch nicht ausreichend geklärt (vgl. Abb. 3-2). Eine sehr enge Beziehung besteht zwischen dem Auftreten einer Fatigue und einem niedrigen Hämoglobinwert, was Anämie bedeutet. Niedrige Hämoglobinwerte sind sehr häufig festzustellen bei Patienten mit einer fortschreitenden Tumorerkrankung (Dietzfelbinger et al. 2009).

Breitbart und Alici (2010) sehen folgende ätiologische Faktoren – einzeln und in Kombination – als grundlegend für eine Fatigue an:

- gegebene Bedingungen: auf einer Gefäßerweiterung beruhende Herzinsuffizienz, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
- direkte Auswirkungen der Krebserkrankung
- direkte Auswirkungen der Behandlung: Operation, Chemotherapie, Bestrahlungstherapie, biologische Therapien
- Immobilität: Schlafstörungen
- krebsbezogene Symptome: Schmerzen, Übelkeit

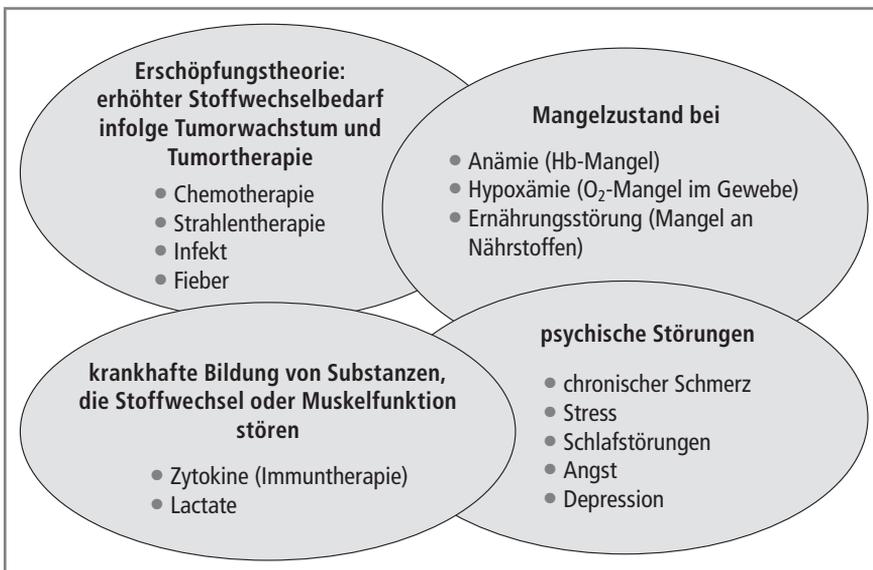


Abb. 3-2 Mögliche Ursachen für die krebsbezogene Fatigue