

Praxis Psychoonkologie

Psychoedukation, Beratung und
Therapie

Gabriele Angenendt
Ursula Schütze-Kreilkamp
Volker Tschuschke

Mit einem Beitrag von Josef Beuth

2., unveränderte Auflage

12 Abbildungen
9 Tabellen
17 Kopiervorlagen

Haug Verlag · Stuttgart

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Anschrift der Autoren:

Dipl.-Psych. Dr. Gabriele Angenendt
salus klinik Hürth
Willy-Brandt-Platz 1
50354 Hürth

Dr. med. Ursula Schütze-Kreilkamp
Sinziger Str. 43
50968 Köln

Prof. Dr. Volker Tschuschke
Medizinische Psychologie im Klinikum der
Universität zu Köln
Kerpener Str. 62
50924 Köln

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

1. Auflage 2007 Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlage
Stuttgart GmbH & Co. KG

© 2011 Haug Verlag in
MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG
Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart

Unsere Homepage: www.hippokrates.de

Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagfotos: Diamar Interactive
Satz und E-Book-Produktion: medionet Prepress Services
l.t.d., Berlin
Satzsystem: Adobe Indesign CS2

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

E-Book ISBN 978-3-8304-7439-5

1 2 3 4 5 6

Vorwort

Psychoonkologie ist ein weites Feld und die Methoden, die in der Ausübung dieser Disziplin zum Einsatz kommen, sind das, was wir als „verfahrenübergreifend“ bezeichnen. Noch ist das Berufsbild des „Psychoonkologen“ offiziell nicht klar definiert, und die Kenntnisse derjenigen, die sich beruflich auf diesem Gebiet betätigen, sind noch sehr heterogen. Dies bildet sich unmittelbar ab in der Versorgungssituation, die zurzeit noch mehr als dürftig ist. Um das zu verändern, tragen verschiedene Institutionen (Gesundheitsministerium, Kammern, Berufsverbände etc.) Wissen zusammen, das dazu verhelfen soll, die psychologische Behandlung chronisch kranker Patienten (wozu definitionsgemäß auch die onkologischen Patienten zählen) zu verbessern.

Um den Kollegen fundiertes Wissen zur Verfügung zu stellen, das eine optimale Patientenversorgung auf diesem Gebiet gewährleistet, haben wir vor einigen Jahren eine zertifizierte Fortbildung „Kompaktkurs Psychoonkologie“ entwickelt (www.psy-kom.de). Die Inhalte dieses Buches sind zum großen Teil an diese Fortbildung angelehnt.

Es geht darum, eklektisch zu denken, über den Tellerrand hinweg zu schauen und aus den uns zur Verfügung stehenden Interventionen verschiedenster therapeutischer Verfahren diejenigen herauszufiltern, die uns und unsere Patienten effektiv unterstützen. In Kapitel 2 stellen wir Ihnen die Ergebnisse einer aktuellen Literaturrecherche dazu vor, die zeigt, welche Interventionen respektive Methoden sinnvoll sind und welche nicht.

Da es uns wichtig ist, ein Buch von Praktikern für Praktiker zu schreiben, finden Sie in jedem Kapitel konkrete Vorschläge für verschiedene Situationen, zudem einen ausführlichen Psychoedukationsteil (Kapitel 9) sowie Vorschläge für Interventionen in der psychoonkologischen Beratung und Therapie (Kapitel 10). Es ist jeweils beschrieben, wie, bei welchen Patienten und wann diese Übungen sinnvoll anzuwenden sind. Sie können das Buch also wie einen „Werkzeug-

kasten“ gebrauchen und sich für Ihre Patienten die richtigen Interventionen zur richtigen Zeit zusammenstellen.

Krebs ist eine körperliche Erkrankung. Dies steht unbestreitbar fest und alle Theorien darüber, ob die Psyche eine Krebserkrankung auslösen kann, gehören bis heute in das Reich der Spekulationen, auf die wir in Kapitel 2 und 4 näher eingehen werden. Fest steht: Psychische Belastungen und erst recht Dauerbelastungen werden als Stress erlebt und diese haben nachweislich einen negativen Einfluss auf das Abwehrsystem (siehe Kapitel 1). Ist aber das Abwehrsystem geschwächt, haben es Krebszellen leichter, sich zu vermehren und zum gefährlichen Feind heranzuwachsen. Krebs ist also immer ein multikausales Geschehen, bei dem Körper, Geist und Psyche ganzheitlich betrachtet werden sollten.

Was aber geschieht, wenn unsere Patienten – aus welchen Ursachen auch immer – an Krebs erkrankt sind? Wie reagieren sie und wann ist psychologische Hilfe erforderlich?

Wie in Kapitel 4 eingehender beschrieben, reagieren Betroffene häufig mit einer Vielzahl von Verhaltensweisen bzw. Symptomen. Mittlerweile ist in der Psychoonkologie weltweit intensiv geforscht worden (siehe Kapitel 2). Die meisten Forschungsansätze beschäftigen sich mit der Lebensqualität der Patienten während und nach der Krebserkrankung sowie der Überlebenszeit und damit, ob es verschiedene „Interventionen“ psychologischer Art gibt, beides für die Patienten zu verbessern.

Fakt ist: Bis zu 39 % der Patienten werden durch die Diagnosemitteilung traumatisiert. Ebenso viele leiden an behandlungsbezogenen Ängsten oder manifesten Depressionen, die sich während oder auch nach der Erkrankung einstellen. Dabei geht man mittlerweile davon aus, dass Distress mit einer ungünstigeren Prognose einhergeht.

Um den Distress zu reduzieren und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern, sind psychologische Maßnahmen sinnvoll. Hierbei geht

es in erster Linie darum, die Patienten in ihrer Erkrankung zu verstehen und sie bei der Wiederherstellung ihrer Lebensqualität zu unterstützen. Sollte dies einen günstigen Effekt hinsichtlich der Überlebenszeit haben, umso besser.

Es geht darum, die Ängste der Patienten zu verstehen und sie auf ein „gesundes“ Maß zu reduzieren. Dies kann häufig schon geschehen, indem Sie dem Patienten geduldig zuhören oder ihm Informationen über den Krankheitsverlauf und die Behandlung geben. Diese Informationen sollten in einer Art und Weise vermittelt werden, die es dem Patienten ermöglichen, trotz seiner Angst und Aufregung, das Wichtigste zu verstehen. Wie Sie dies tun können, wird in Kapitel 5 genauer beschrieben.

Grundsätzlich kommt der Kommunikation bei potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen eine besondere Bedeutung zu, da der Patient hier oft beeinträchtigt ist. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass auch das nähere Umfeld des Patienten nicht auf eine so schwere Erkrankung gefasst war. Nicht selten sind nahe Angehörige ebenfalls traumatisiert oder entwickeln ihrerseits psychische Symptome.

Es fällt den meisten Menschen immer noch schwer, sich angesichts der schwerwiegenden Erkrankung eines Familienmitgliedes oder Freundes „normal“ zu verhalten. So kommt oft ein unguter Kreislauf in Gang; der Krebsbetroffene möchte sich seiner Familie, seinen Freunden nicht „zumuten“, die Familie und die Freunde ihrerseits möchten den Erkrankten „schonen“ und versuchen alles, um das Thema „Krebs“ zu vermeiden. Nicht selten kommt es nach und nach zu Beziehungsabbrüchen und der Erkrankte zieht sich in eine Isolation zurück, die wiederum Depressionen und Ängste begünstigt und häufig sogar dazu führen kann, dass der Patient die notwendige medizinische Therapie oder Nachsorgetermine nicht mehr in Anspruch nimmt.

Wie brisant insbesondere Themen sind, mit denen selbst Gesunde ihre Schwierigkeiten haben, zum Beispiel beim Thema Sexualität, lässt sich leicht erahnen. So leiden viele Patienten nach medizinisch notwendigen Eingriffen unter verschiedenen Einschränkungen im sexuellen Bereich. Sie trauen sich aber häufig nicht, mit dem Arzt oder Therapeuten, und erst recht nicht mit dem Part-

ner, darüber zu sprechen. Ein Verlust an Lebensqualität über viele Jahre ist die Folge. Es ist daher für den Behandler von onkologischen Patienten ein „Muss“, sich über die veränderte körperliche Situation des Patienten nach einer Krebserkrankung sowie über deren Einschränkung zu informieren und mögliche Hilfen diesbezüglich zu kennen. In Kapitel 6 finden Sie Wissenswertes über die neue sexuelle Situation der Patienten nach Krebserkrankungen, Problemstellungen, die sich daraus ergeben, und entsprechende Lösungsvorschläge. Für viele praktische und naturheilkundliche Tipps zu diesem Kapitel bedanken wir uns bei Frau Dr. Dorothea Struck, Kiel.

Insbesondere in der Endphase der Erkrankung ist der Umgang mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen nicht leicht. Hier ist es gut zu wissen, welche Themen den Betroffenen vor allem beschäftigen und wie man als Arzt, Therapeut oder Berater vorgehen kann, um die Situation für alle Beteiligten möglichst fruchtbar und entwicklungsfördernd zu gestalten (Kapitel 7).

Die Arbeit mit onkologischen Patienten kann – trotz der oft schwierigen Situationen, mit denen wir konfrontiert werden – sehr bereichernd sein. Damit es auch so bleibt, ist es für uns professionellen Helfer äußerst wichtig, uns selbst nicht aus den Augen zu verlieren und gut auf uns zu achten. Dies gilt sowohl für den Arzt oder Therapeuten in der niedergelassenen Praxis als auch für diejenigen, die sich diesem Patientenklentel in Institutionen verstärkt widmen. Wir kennen nicht wenige Kollegen, die sich so weit verausgabt haben, dass sie ihre Arbeit nach einigen Jahren aufgeben mussten. Aus diesem Grund finden Sie in Kapitel 8 Hinweise darauf, wie Sie ein Burnout erkennen und wie Sie dem entgegensteuern können.

Um Ihnen für Ihre Patienten weiterführende Hilfen zu geben, haben wir im Anhang Listen mit verschiedenen Anlaufstellen zusammengestellt. Falls Sie weiterführende Literatur zu den einzelnen Themen, die in diesem Buch beschrieben sind, suchen, können Sie ebenfalls im Anhang nachschlagen. Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Arbeiten mit diesem Buch.

Köln, im Frühjahr 2007

*Gabriele Angenendt, Ursula Schütze-Kreilkamp
und Volker Tschuschke*

Inhalt

1 Welche komplementär-onkologischen Verfahren sind wirksamkeitsgeprüft?	1	3 Leitlinien-Programm für psychosoziale (psychoonkologische) Betreuung bei Brustkrebs	23
1.1 Einleitung	1	3.1 Einleitung	23
1.2 Wirksamkeitsgeprüfte komplementäre Maßnahmen	2	3.2 Nutzen psychologisch-psychotherapeutischer Unterstützung bei Brustkrebs	24
1.2.1 Psychoonkologische Betreuung	2	3.3 Nachweis psychoonkologischer Versorgungsnotwendigkeit bei Brustkrebs	24
1.2.2 Körperliche Aktivierung (Sport)	3	3.4 Grundprinzipien der psychoonkologischen Versorgung (im Akutkrankenhaus)	25
1.2.3 Diätetik und Ernährungs-optimierung	4	3.5 Die fünf Phasen des Krankheitserlebens und ihre Erfordernisse	26
1.2.4 Selentherapie	5	3.5.1 Phase der Diagnoseerfahrung und Informationsvermittlung	26
1.2.5 Enzymtherapie	6	3.5.2 Phase der frühen medizinischen Behandlung	27
1.2.6 Misteltherapie	7	3.5.3 Phase der Rehabilitation – Zeit nach abgeschlossener medizinischer Behandlung	27
1.3 Nicht ausreichend geprüfte komplementärmedizinische Maßnahmen	8	3.5.4 Phase eines Rezidiverlebens bzw. Fortschreitens der Erkrankung	27
1.3.1 Orthomolekulare Medizin: bilanzierte Vitamin- und Spurenelementgemische	9	3.5.5 Terminal-palliative Phase	28
1.3.2 Thymustherapie	9	3.6 Psychologisch kompetente Vermittlung von Informationen bei Brustkrebs	28
1.3.3 Leber-Milz-Peptid-Therapie	9	3.6.1 Empfehlungen zum Vorgehen bei der Erfassung psychoonkologischen Betreuungsbedarfs	28
1.3.4 Hyperthermie	10	3.6.2 Mitteilung über die Diagnose Brustkrebs, ein Rezidiv oder Metastasen	29
1.3.5 Außenseiterverfahren	10	3.6.3 Gespräch über die Prognose der Erkrankung bzw. Gesundheit	29
1.4 Empfehlungen für die Praxis	11	3.6.4 Gespräch über Behandlungsoptionen	30
Literatur	11	3.6.5 Vorbereitung auf potenziell bedrohliche Maßnahmen	31
2 Psyche und Krebs – Ergebnisse wissenschaftlicher Studien	13	3.7 Psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung und Beratung bei Brustkrebs	31
2.1 Einleitung	13	3.7.1 Bereitstellung von emotionaler und sozialer Unterstützung	31
2.2 Wird Krebs durch psychische oder soziale Belastung ausgelöst?	13	3.8 Besondere psychologische Belastungen bei Brustkrebs	32
2.2.1 Viele Belastungsfaktoren wirken zusammen	14	3.8.1 Möglichkeiten und Strategien psychologisch-psychotherapeutischer Hilfsmaßnahmen	32
2.3 Was weiß man über die Anpassung an die Erkrankung?	15		
2.4 Stress und Krebs	16		
2.5 Psychoonkologische Beratung	17		
2.6 Entspannungsverfahren	18		
2.7 Musiktherapie	18		
2.8 Kunsttherapien	18		
2.9 Weitere Verfahren wie Aromatherapie und Massage	19		
2.10 Verhaltensmedizinische (behavioral-kognitive) Verfahren	19		
2.11 Einzeltherapeutische Interventionen	20		
2.12 Gruppentherapeutische Interventionen	20		
2.13 Fazit	21		
Literatur	22		

3.9	Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen und ihre Wirkungen bei onkologischen Erkrankungen	35	4.9	Idealtypischer Sitzungsverlauf mit MPTT-Akuttherapie bei der Krebsdiagnose . . .	67
	Literatur	35	4.9.1	Die MPTT-Phasen im Überblick . .	67
4	Grundlagen der psychoonkologischen Behandlung	39	4.9.2	Beziehungsaufbau und Stabilisierung	68
4.1	Mythos(?) Krebspersönlichkeit	39	4.9.3	Kognitive Strukturierung und Übersichtsbildung	69
4.1.1	Krebs als multifaktoriell bedingte Erkrankung	39	4.9.4	Gestaltbildung der traumatischen Situation	70
4.1.2	Die Art des Umgangs mit der Erkrankung beeinflusst deren Verlauf	40	4.9.5	Suche nach konstruktiver Lösung .	70
4.2	Psychoonkologische Diagnostik	41	4.9.6	Emotionales Durcharbeiten und Integration	70
4.2.1	Die psychoonkologische Basisdokumentation	41	4.9.7	Abschluss der Behandlung.	70
4.2.2	Die Breast-Cancer Psychosocial Assessment Screening-Scale	42	4.9.8	Traumatherapie als ganzheitliches Handlungsmodell	70
4.2.3	Das Hornheider Screening-Instrument und der Hornheider Fragebogen	42		Literatur	71
4.3	Mögliche Reaktionen des Patienten bei der Diagnosemitteilung	43	5	Kommunikation bei Krise und Psychotrauma in der Onkologie	74
4.4	Abwehr versus Coping	47	5.1	Grundsätze der Kommunikation	74
4.4.1	Abwehrmechanismen bei lebensbedrohlichen Erkrankungen	47	5.1.1	Wie sieht das „Weltbild“ unseres Patienten aus?	75
4.4.2	Krankheitsbewältigung (Coping) und ihre Formen	51	5.1.2	Konzept der Illusion von Alternativen	75
4.5	Die objektiven Phasen einer Krebserkrankung und die Anforderungen an die Krankheitsbewältigung	53	5.1.3	Benutzen Sie „Was-“ und „Welche-Fragen“.	75
4.5.1	Phase 1: Der Verdacht	53	5.1.4	Unterschiede in der Kommunikation zwischen Männern und Frauen . .	75
4.5.2	Phase 2: Die Diagnose	53	5.1.5	Nonverbale Kommunikation – Körpersprache	76
4.5.3	Phase 3: Medizinische Therapie . .	55	5.1.6	Interkulturelle Aspekte der medizinischen Kommunikation . .	77
4.5.4	Phase 4: Die Remission	56	5.2	Die Mitteilung der onkologischen Diagnose	78
4.5.5	Phase 5: Das Rezidiv	57	5.2.1	Gesprächsvorbereitung	78
4.5.6	Phase 6: Fortgeschrittenes Krankheitsstadium	59	5.3	Das Arzt-Patienten-Verhältnis	78
4.5.7	Phase 7: Die Terminalphase	59	5.3.1	Beziehungsgestaltung in Krisensituationen	79
4.6	Bewältigungsanforderungen an die Familie	60		Literatur.	80
4.7	Psychische Traumatisierung bei Krebs . .	61	6	Krebs an den Geschlechtsorganen und Sexualität	81
4.7.1	Kernsymptomatik der PTSD	62	6.1	OP bei Krebs an den Geschlechtsorganen der Frau	81
4.7.2	Der Zyklus der Traumaverarbeitung	62	6.1.1	Gebärmutter- und/oder Eierstockentfernung	81
4.7.3	Traumaschema und traumakompensatorisches Schema	63	6.1.2	Erweiterte Harnblasenentfernung	83
4.8	Die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie	66	6.1.3	Operation von Mastdarmkrebs . . .	84
4.8.1	Die Dimensionen der MPTT	66	6.1.4	Krebs der Vulva	84
4.8.2	Prinzipien der Therapieführung . .	67	6.1.5	Große Beckenoperation	85
			6.1.6	Brustkrebsoperationen	86

6.2 Nebenwirkungen der Standardtherapien bei der Frau	89	7.1.3 Zum Umgang mit „Wahrheit“ und Information	113
6.2.1 Chemotherapie	89	7.2 Zentrale Themen des sterbenden Patienten	114
6.2.2 Bestrahlung	91	7.2.1 Thema Zeit	114
6.2.3 Hormontherapie	92	7.2.2 Thema Trauer	114
6.3 Lösungsvorschläge für Sexualprobleme der Frau	93	7.2.3 Thema Schuld, Selbstunter- drückung und Ängste	115
6.3.1 Schwierigkeiten, einen Orgasmus zu bekommen	93	7.3 Die Phasen des Sterbens bis zum Tod . . .	115
6.3.2 Inkontinenz.	94	7.3.1 Phase des Nicht-wahrhaben- Wollens und der Verleugnung . . .	118
6.3.3 Schmerzen	94	7.3.2 Phase des Verhandeln und des Haderns mit dem Schicksal	119
6.3.4 Einsatz eines Scheidendilatators . .	95	7.3.3 Phase des Zorns	119
6.3.5 Tipps zum Umgang mit Urostoma	95	7.3.4 Phase der Depression	120
6.3.6 Tipps zum Umgang mit einem künstlichen Darmausgang.	96	7.3.5 Phase der Zustimmung	120
6.4 OP bei Krebs an den Geschlechtsorganen des Mannes	96	7.3.6 Das Wechseln der Phasen im Sterbeprozess	120
6.4.1 Krebs des Penis	96	7.4 Psychohygiene für Sterbebegleiter.	121
6.4.2 Prostatakrebs	97	Literatur.	122
6.4.3 Hodenkrebs	98	8 Helfer- und Burnout-Syndrom	123
6.4.4 Harnblasenkrebs	98	8.1 Die Motivation des Helfers	123
6.4.5 Mastdarmkrebs	99	8.1.1 Wie entwickelt sich ein Helfersyndrom?	123
6.4.6 Operationsauswirkungen auf die Sexualität	99	8.2 Das Burnout-Syndrom der Helfer	124
6.5 Nebenwirkungen der Standardtherapien beim Mann	100	8.2.1 Phasen des Burnouts	125
6.5.1 Bestrahlung im Beckenbereich . . .	100	8.2.2 Burnout-Gefährdung erkennen. . .	126
6.5.2 Chemotherapie	101	8.3 Burnout: Vorbeugung und (Selbst-)Hilfe .	126
6.5.3 Hormontherapie und Auswirkungen auf die Sexualität	102	8.3.1 Ziehen Sie die Notbremse!.	126
6.6 Lösungsvorschläge für die Sexualprobleme des Mannes	103	Literatur.	127
6.6.1 Vorstellungen über Männlichkeit und Sexualität	103	9 Kurzprogramm Psychoedukation für die Einzelberatung	128
6.6.2 Verlust der Lust – körperliche oder seelische Ursachen?	104	9.1 Einleitung	128
6.6.3 Erektionsprobleme	105	9.2 Sitzung 1: Gesundheitsförderung bei Krebs	128
6.6.4 Medikamentöse und technische Hilfen bei Erektionsproblemen . . .	105	9.2.1 Ablauf der ersten Stunde	129
6.6.5 Vorzeitiger Samenerguss	107	9.3 Sitzung 2: Krankheit und Stress	129
6.6.6 Harninkontinenz	108	9.3.1 Lerninhalte zum Thema Stress . . .	131
6.6.7 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	108	9.3.2 Entspannungsmethode einüben . .	131
Literatur	109	9.4 Sitzung 3: Coping – Krankheitsbewältigung	135
7 Umgang mit Tod und Sterben	110	9.5 Sitzung 4: Bedürfnisse und Ressourcen. .	137
7.1 Behandler und Begleiter im Sterbeprozess	110	9.5.1 Planen konkreter Aktivitäten anhand des Gesundheitskreises . .	137
7.1.1 Selbstreflexion	111	9.5.2 Belastende Gedanken durch heilsame austauschen	137
7.1.2 Unsere Werte, Ziele und Utopien . .	112	9.5.3 Prüfen und Korrigieren der Glaubenssätze	138

9.6 Sitzung 5: Umgang mit belastenden Gefühlen	141	10.7 Yoga-Übungen	172
9.6.1 Welches „Hauptgefühl“ hat der Patient und was folgt daraus?	141	10.8 Übungen in Anlehnung an Tai-Chi und Chi-Gong	173
9.6.2 Gemeinsames Erstellen eines seelischen Notfallkoffers	141	10.8.1 Grundübungen mit Stöcken (Stockarbeit)	173
9.7 Sitzung 6: Unterstützende Kontakte pflegen	144	10.8.2 Grundübungen aus dem Chi-Gong und Tai-Chi	175
9.8 Sitzung 7: Umgang mit tumorbedingter Fatigue (Müdigkeit)	146	10.9 Wahrnehmungsübungen	175
9.8.1 Informieren Sie den Patienten über Müdigkeit und Fatigue	146	10.9.1 Sensorische Wahrnehmung	176
9.8.2 Was tun? Energie einsparen und weitere Therapiemaßnahmen	147	10.9.2 Kinästhetische Empfindungen	177
9.9 Sitzung 8: Sexualität	153	10.9.3 Körperwahrnehmung	178
9.9.1 Einleitung	153	10.9.4 Übung zum Erforschen der eigenen Grenzen	180
9.9.2 Möglicher Schulungsinhalt für Patientinnen	153	10.10 Imaginationsübungen	180
9.9.3 Möglicher Schulungsinhalt für männliche Patienten	154	10.10.1 Imaginationsübungen bei Schmerzen und als Schutz	181
9.10 Sitzung 9: Der kompetente Patient – Möglichkeiten der Selbsthilfe	156	10.10.2 Imaginationsübung gegen Nervosität und Übererregung	182
9.11 Sitzung 10: Abschluss	157	10.10.3 Imaginationsübungen zur Ressourcenaktivierung	183
Literatur	159	10.10.4 Imaginationsübungen bei Strahlen- und Chemotherapie	184
10 Vorschläge für Interventionen in der psychoonkologischen Beratung und Therapie	160	10.11 Interventionen bei psychischer Traumatisierung	186
10.1 Einleitung	160	10.11.1 Gedankenreise zur Stabilisierung und Distanzierung	186
10.2 Das Erstgespräch	160	10.11.2 Unterstützende Übung zur Traumabearbeitung	187
10.2.1 Selbstregulation	161	10.11.3 Visualisierungsübung zur Integration der traumatischen Erfahrung	187
10.3 Gesprächsanleitungen zu Ressourcen und Zielen	164	10.11.4 Übung, die bei Flashbacks hilft	188
10.3.1 Ziele finden und verfolgen	164	10.11.5 Hilfreiche Körperübung bei Dissoziationen	189
10.3.2 Energien freisetzen	165	Literatur	190
10.4 Werte und Glaubenssätze ergründen	165	Anhang	191
10.4.1 Finden neuer Glaubenssätze	166	Über die Autoren	192
10.5 Umgang mit belastenden Emotionen und Konflikten	167	Adressen	193
10.5.1 Wie geht der Patient mit Konflikten um?	167	Allgemeine Beratung	193
10.6 Körperarbeit in der Onkologie	168	Ernährungsberatung	193
10.6.1 Übungen bei Bewegungseinschränkungen des Oberkörpers	169	Sport	193
10.6.2 Übungen bei Schmerzen und eingeschränkter Beweglichkeit von Rücken und Hüfte	170	Psychologie/Psychoonkologie	194
10.6.3 Übungen zur Atemlenkung und Dehnung	171	Selbsthilfe	194
		Partnerschafts- und Sexualberatung	195
		Trauer	195
		Literaturempfehlungen	196
		Literaturempfehlungen für Patienten	198
		Kopiervorlagen	199
		Sachverzeichnis	200

1 Welche komplementär-onkologischen Verfahren sind wirksamkeitsgeprüft?

Josef Beuth

Bei Ihrer Arbeit mit Krebspatienten werden Sie immer wieder mit Schlagworten wie „Selen-therapie“ oder „Hyperthermie“ konfrontiert, um nur zwei der zahlreichen komplementär-onkologischen Verfahren zu nennen. Ohne allzu sehr in medizinische Details zu gehen, stellen wir Ihnen in diesem Kapitel die wichtigsten Behandlungsmethoden vor und geben einen Überblick über die aktuelle Studienlage.

1.1 Einleitung

Unter dem Begriff der Komplementär-onkologie werden alle Verfahren verstanden, die die Standardtherapie der Krebsbehandlung ergänzen. Das Ziel der komplementären Therapien ist es, die Standardtherapien zu unterstützen und im Idealfall zu verbessern. Allerdings genügen längst nicht alle der zahlreichen komplementärmedizinischen Therapieverfahren tatsächlich diesem Anspruch.

Aufgrund des verständlichen Wunsches der Patienten, nichts unversucht zu lassen, um Heilung zu erzielen oder die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern, hat sich ein großer Markt komplementärmedizinischer Angebote entwickelt. Die (angebliche!) Wirkung vieler Verfahren soll über Immunstimulation, antioxidative Aktivitäten oder Zellmembranstabilisierung erfolgen. Ein Nachweis zur Wirksamkeit und Unbedenklichkeit fehlt meist. Zirka 80 % aller Tumorpatienten wenden zum Teil kontraindizierte bzw. gesundheitsgefährdende komplementäre Maßnahmen an, oft ohne das Wissen der behandelnden Ärzte [24].

EBM-Richtlinien

Um Qualität und Unbedenklichkeit einer Therapie zu prüfen und deren Wirksamkeit zu belegen, gibt die evidenzbasierte Medizin (EBM) ganz klare Richtlinien vor. Die EBM teilt die Untersuchungsergebnisse in fünf Evidenzgrade

ein, je nach Design der Studie und Quellen der Information.

Gemäß EBM können ausschließlich

- **EBM-Grad-I-Studien** (randomisierte, kontrollierte Studien) und
- **EBM-Grad-II-Studien** (epidemiologische Kohortenstudien)

die Wirksamkeit einer medizinischen Maßnahme belegen.

Untersuchungen der **Grade III–V** (nicht kontrollierte Studien, Kasuistiken, Expertenmeinungen) können u. a. Trends aufzeigen, keinesfalls aber Unbedenklichkeits- sowie Wirksamkeitsnachweise führen [30].

Standardtherapien

Diesen Forderungen entsprechend haben sich für die Therapie von Krebserkrankungen Operation, Chemo-, Strahlen- und Hormontherapie als Standardtherapien bewährt. Allein diese Therapieformen erwiesen sich bislang in Studien der EBM-Grade I oder II als tumordestruktiv und abhängig von Tumorart und Tumorstadium als kurativ. Demnach haben sie als wissenschaftlich begründete Tumorthherapie absolute Priorität [15].

Definitionsgemäß sind komplementärmedizinische Maßnahmen Ergänzungen oder Optimierungen der onkologischen Standardtherapien. Sie sind mit Nachdruck zu unterscheiden von „alternativen Therapien“, die erprobte Standardtherapien ersetzen sollen.

In den vergangenen Jahren wurden bereits bestimmte komplementäre Therapiemaßnahmen in wissenschaftlichen Untersuchungen und randomisierten, kontrollierten, klinischen Studien erforscht, um sie bei Wirksamkeit in die Standardtherapiekonzepte zu integrieren [5; 7].

Vereinzelte evidenzbasierte komplementärmedizinische Maßnahmen können die konsensierten onkologischen Standardtherapien optimieren und sind in das für Kassenärzte verpflichtende Curriculum des Disease Management Programms (DMP) Mammakarzinom der KV Nordrhein integriert.

Im Folgenden erhalten Sie eine kurze Einführung in wichtige komplementärmedizinische Verfahren mit besonderem Augenmerk auf die derzeitige Studienlage und EBM-Bewertung.

1.2 Wirksamkeitsgeprüfte komplementäre Maßnahmen

Therapeutische Maßnahmen, die komplementär zur konsensierten Standardtherapie empfohlen werden, erheben den Anspruch, diese optimieren zu können. Für definierte komplementäre Therapiemaßnahmen (Behandlungsintensität und -dauer in Abhängigkeit von Tumorart, -stadium bzw. individuellen Risiko- und Prognosefaktoren) liegen Daten aus Wirksamkeitsnachweis relevanten klinischen Studien der EBM-Grade I oder II vor. Sie belegen deren Wertigkeit, erkennbar am Patientenbenefit, insbesondere verbesserte Lebensqualität durch Reduktion tumor- bzw. therapieinduzierter Symptome und Auswirkungen.

Alle nachfolgend beschriebenen Therapieansätze werden in randomisierten, kontrollierten, klinischen Studien weiter evaluiert, da Unbedenklichkeits- und Wirksamkeitsnachweise für einzelne Tumorarten und -stadien zu führen sind [7].

Hierzu zählen

- psychoonkologische Betreuung
- körperliche Aktivierung (Sport)
- Diätetik und Ernährungsoptimierung
- Selentherapie
- Enzymtherapie
- Misteltherapie

Um weitere komplementärmedizinische Therapiemaßnahmen in die wissenschaftlich begründete Onkologie integrieren zu können, müssen deren Unbedenklichkeit und Wirksamkeit zunächst in relevanten klinischen Studien belegt werden.

1.2.1 Psychoonkologische Betreuung

Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und -mitteilung erleiden Krebspatienten eine Vielzahl psychischer Traumen und Beschwerden.

Psychoonkologie ist die professionelle Begleitung und Behandlung psychischer Beschwerden während und nach einer Krebserkrankung [38].

Die in der Praxis angewandten psychoonkologischen Verfahren sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit (Reduktion von individuellen Beschwerden im körperlichen, seelischen und geistigen Bereich) noch nicht definitiv belegt. Es fehlen bislang wissenschaftlich fundierte klinische Studien der EBM-Level I oder II, die die Wirksamkeit der psychoonkologischen Begleitung von Krebspatienten belegen (siehe Kap. 2). Pilotstudien und Kasuistiken (siehe Kap. 3) legen allerdings die Vermutung nahe, dass eine psychoonkologische Behandlung viel versprechende Effekte zeitigen kann, insbesondere für Mammakarzinompatientinnen [28; 37], u. a.

- verbesserte psychosoziale Kompetenz,
- vermehrtes eigenverantwortliches Handeln,
- verlängerte rezidivfreie bzw. Überlebenszeit.

Laut Definition der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein soll unter einer psychoonkologischen Betreuung „die Wiederbefähigung der Betroffenen zur Teilnahme am beruflichen und sozialen Leben“ verstanden werden. Sie sollte für alle Krebspatienten gewährleistet sein und insbesondere die patientenorientierte (empathische) Begleitung während des gesamten Versorgungsablaufes umfassen.

Wer benötigt psychoonkologische Betreuung?

Die Aufnahme einer psychoonkologischen Behandlung ist angezeigt, wenn Patienten den Wunsch nach Begleitung oder Behandlung äußern bzw. wenn körperliche oder psychische Störungen im Rahmen einer Krebserkrankung aufgetreten sind. Der Beginn einer psychoonkologischen Behandlung sollte möglichst zeitnah

zur Diagnosestellung erfolgen, bei Bedarf aber auch nach Abschluss aller Therapiemaßnahmen. Dies setzt voraus, dass die Patienten über psychoonkologische Behandlungsmöglichkeiten informiert werden, was im Rahmen des DMP Mammakarzinom in NRW konsequent umgesetzt wird.

Die psychoonkologische Betreuung sollte von Psychologen oder speziell ausgebildeten Ärzten durchgeführt werden. Welche Form der psychoonkologischen Therapie (u. a. Gesprächstherapie, Entspannungsübungen, Visualisieren) für den jeweiligen Patienten die richtige ist, sollte individuell und in Absprache mit dem Patienten entschieden werden [38].

Welche Ziele werden verfolgt?

Als therapeutische Ziele der psychoonkologischen Begleitung von Krebspatienten gelten [2]:

- Stabilisieren und verbessern der psychischen Situation,
- erkennen, erlernen und anwenden von Abwehrstrategien,
- wiederherstellen und verbessern des Selbstwertgefühles,
- auseinandersetzen mit Körperbild, Körperfunktionen, Körperempfindungen,
- vermitteln von Copingstrategien (Krisenbewältigung),
- verbessern von sozialen Beziehungen und Aktivitäten bzw. des Bindungsverhaltens,
- fördern der Eigenverantwortung,
- unterstützen bei der Suche nach neuem Lebenssinn bzw. von neuen Lebenszielen.

1.2.2 Körperliche Aktivierung (Sport)

Bewegungsmangel ist neben Fehlernährung ein gesundheitspolitisch und ökonomisch ernstzunehmendes Problem unserer Gesellschaft und mitverantwortlich für diverse Zivilisationskrankheiten, u. a. Krebserkrankungen. Dem Sport, d. h. der individuell angepassten körperlichen Aktivität, kommen vor allem folgende Aufgaben zu:

- **Prävention:** Moderates Ausdauertraining kann das Krebsrisiko signifikant senken.

- **Rehabilitation:** Wiederherstellen von Körperfunktionen, Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer. Individuell angepasstes, moderates Ausdauertraining kann nach abgeschlossener Therapie u. a.
 - das Immun-, Hormon-, Herz-Kreislauf-System stabilisieren bzw. aktivieren,
 - das therapieinduzierte Fatiguesyndrom mildern,
 - die psychische Befindlichkeit und die Lebensqualität verbessern,
 - die psychosoziale Integration erleichtern bzw. verbessern,
 - das Selbstwertgefühl wiederherstellen bzw. stabilisieren [21].

Die derzeitige Studienlage bezüglich Prävention und Rehabilitation des Mammakarzinoms durch Sport belegt den Wert von moderatem Ausdauertraining [21; 32]).

Erste wissenschaftlich abgesicherte Daten aus kontrollierten Studien (EBM-Level I) zur Wertigkeit von körperlicher Aktivierung (Sport) bei Karzinompatienten unter laufender Chemo- und Strahlentherapie dokumentieren eine signifikante Reduktion des Fatiguesyndroms, die mit einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität korreliert [33].

Moderates Ausdauertraining ist empfehlenswert

Sportliche Aktivitäten sollen in Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Landessportbünde zur Erhaltung bzw. Verbesserung der physischen, psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit beitragen. Moderates Ausdauertraining sollte ausschließlich im aeroben Bereich erfolgen. Orientierend entspricht dies dem Erreichen einer Herzfrequenz von 180 Schlägen pro Minute minus Lebensalter für die Dauer der Belastung. Dabei sollte die Trainingseinheit länger als 20 Minuten andauern, da kürzere Intervalle nicht effektiv sind.

Tipp Nachdem die Sporttauglichkeit Ihres Patienten überprüft wurde, könnten Sie ihm z. B. empfehlen, zwei- bis dreimal pro Woche für 30–60 Minuten moderates Ausdauertraining zu betreiben. Dies entspricht einem Verbrauch von ca. 2000 kcal

pro Woche. Weiterführende Empfehlungen können Sie beispielsweise beim Landessportbund NRW [21] kostenlos anfordern (Anschrift siehe Anhang).

1.2.3 Diätetik und Ernährungsoptimierung

Alle verfügbaren Untersuchungen deuten darauf hin, dass unausgewogene und übermäßige Ernährung (u. a. zu wenig Obst, Gemüse, Getreideprodukte, Ballaststoffe; zu viel tierisches Fett, Fleisch, Alkohol) wesentliche Ursachen für die Entstehung von Krebserkrankungen sind. Änderungen der Ernährung bzw. ernährungsbedingter Gewohnheiten könnten die Karzinomhäufigkeit um ca. 30–40 % senken [26]. Somit scheint die allgemeine Ernährungsberatung und -optimierung, u. a. nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), zur Prävention sinnvoll zu sein.

Obwohl es keine Ernährungsform gibt, die Krebs mit Sicherheit verhindern kann und obwohl die wissenschaftlich gesicherte Datenlage zu den Zusammenhängen von Ernährung und Krebs noch lückenhaft ist, lassen sich Ernährungsempfehlungen aufstellen, die das Risiko für Krebserkrankungen zumindest senken. Welche Mechanismen diesen Effekten zugrunde liegen, ist immer noch Gegenstand der Forschung.

Obst und Gemüse wirken krebsvorbeugend

Die krebspräventive Wirkung beispielsweise von Obst und Gemüse scheint nicht auf einzelne Inhaltsstoffe zurückführbar zu sein. Eher beeinflusst das Ernährungsmuster, d. h. die Nahrungsmittelauswahl, -zubereitung und -menge, das Erkrankungsrisiko für Krebs. Erste Untersuchungen lassen vermuten, dass sich die mit den einzelnen Nahrungsbestandteilen zu erzielenden Effekte addieren bzw. beeinflussen und somit das Krebsrisiko bestimmen. Welches die relevanten Wirkmechanismen beim Menschen sind, ist bislang nicht eindeutig geklärt [41].

Als Schutzfaktoren hinsichtlich Karzinomentstehung werden diverse Substanzen diskutiert, die natürlicherweise in Nahrungsmitteln vorkommen, u. a. β -Karotin, die Vitamine A, C, E und Folsäure, die Spurenelemente Selen und Zink, Ballaststoffe sowie definierte sekundäre Pflanzenstoffe, z. B. Farb- und Aromastoffe [39].

Welche Nahrungsmittel und Substanzen nach dem derzeitigen Wissensstand das Krebsrisiko senken oder erhöhen, ersehen Sie aus **Tab. 1.1**.

Tipp Das Deutsche Institut für Ernährungsforschung hat eine umfassende Anleitung „Krebsprävention durch Ernährung“ erstellt. Diese beruht auf der aktuellen Datenlage und ist mit Blick auf die Bedingungen in Deutschland erarbeitet worden. Sie können diese Anleitung kostenlos unter www.dife.de herunterladen.

Den optimalen Ernährungszustand anstreben

Die ernährungsmedizinische Betreuung von Karzinompatienten ist ein zentraler Bestandteil im multimodalen onkologischen Therapiekonzept, da eine adäquate Ernährung im Verlauf einer (fortschreitenden) Krebserkrankung eine wesentliche Voraussetzung zur Aufrechterhaltung des Allgemeinzustandes und der Lebensqualität ist. Darüber hinaus beeinflusst der Ernährungszustand des Patienten eine Vielzahl klinischer Parameter, u. a. Morbidität, Therapietoleranz, Nebenwirkungsrate sowie Immunität.

Obgleich eine ernährungsmedizinische Betreuung des Krebspatienten allein keine Heilung bzw. Beeinflussung des Tumorwachstums bewirken kann, kann bei rechtzeitigem Einsatz und konsequenter Umsetzung eine Verschlechterung des Ernährungszustandes und die sich daraus ergebenden klinischen Folgen wesentlich beeinflusst werden. Auch könnte die individuelle Ausgangssituation (u. a. Compliance, Einhaltung optimaler Zeit- und Dosierungsschemata der indizierten Standardtherapien) verbessert und Therapienebenwirkungen reduziert werden [41].

Tab. 1.1 Risikosenkende und risikofördernde Faktoren bei Krebs.

Krebsart	Förderung durch	Hemmung durch
Brustkrebs	Alkohol, tierisches Fett	Obst, Vitamin A, C, E, Selen, Olivenöl
Prostatakrebs	Fett	Gemüse, Selen, Vitamin E
Lungenkrebs	Tabak	Selen, Vitamine A, C, E, Carotinoide
Dickdarmkrebs	Fett, Fleisch	Ballaststoffe, Calcium, Selen, Folsäure, Vitamin C
Magenkrebs	Kochsalz, Nitrat, Nitrit, das Bakterium Helicobacter pylori	Selen, Vitamine A, C, E, β -Carotin
Bauchspeicheldrüsenkrebs	Fett, Fleisch, Alkohol, Tabak	Gemüse, Obst, Selen, Vitamin E
Harnblasenkrebs	Tabak, Kaffee	β -Carotin, Vitamine A, C, E, Selen
Eierstockkrebs	Fett, Fleisch	Obst, Gemüse, Selen
Speiseröhrenkrebs	Tabak, Alkohol	Obst, Gemüse, β -Carotin, Zink, Vitamine A, C

Quellen: Präventionsratgeber der Deutschen Gesellschaft für Ernährung von 2005 (www.dge.de), Empfehlungen der Deutschen Krebsgesellschaft von 2006 (www.krebsgesellschaft.de/ernaehrung_dem_krebs_vorbeugen) und Empfehlungen des National Cancer Instituts ICI, Division of Prevention von 2006 (www.cancer.gov/prevention).

! Es werden immer wieder so genannte Krebsdiäten empfohlen, deren Relevanz der Patient in der Regel nur schwer beurteilen kann. Äußerste Vorsicht ist geboten, wenn eine garantierte Vorbeugung oder Heilung der Erkrankung in Aussicht gestellt wird. Aus wissenschaftlicher Sicht ist von so genannten Krebsdiäten ausdrücklich abzuraten, da sie weder auf Unbedenklichkeit noch auf Wirksamkeit geprüft sind und lebensgefährlich sein können [6].

1.2.4 Selentherapie

Selen ist ein essenzielles Spurenelement und wurde 1817 von J. J. Berzelius entdeckt. Es galt zunächst als hochtoxisch, bevor in den 1950er Jahren nachgewiesen wurde, dass Selenmangel bei Tieren Krankheiten hervorruft und die Zufuhr von Selen lebensnotwendig ist.

Mit der Nahrung wird biologisch oder organisch gebundenes Selen aus Pflanzen (überwiegend als Selenomethionin) oder aus tierischen Nahrungsmitteln (überwiegend als Selenocystein) aufgenommen. Zu den selenreichen Lebensmitteln zählen insbesondere Steinpilze, Paranüsse sowie Fisch, Fleisch, Vollkornprodukte und Hülsenfrüchte.

In epidemiologischen und Interventionsstudien stellte sich heraus, dass Selen auch für Menschen essenziell ist. Mittlerweile ist Selen präventivmedizinisch und therapeutisch (u. a. bei Krebserkrankungen) evaluiert und als funktioneller Bestandteil diverser Proteine bzw. Enzyme dokumentiert [36].

Krebspatienten leiden häufig unter Selenmangel

Die Erforschung der Basismechanismen und klinischen Relevanz des Spurenelementes Selen (insbesondere in Form des Natriumselenits) wird international auf höchstem Niveau betrieben. Hieraus resultieren Anwendungsgrundlagen für die Onkologie. Natriumselenit-Präparate werden als komplementärmedizinische Maßnahme während einer Chemo- und Strahlentherapie empfohlen,

- denn sie verstärken die therapeutische Wirksamkeit definierter Chemo- bzw. Strahlentherapie,
- wobei sie die tumordestructive Wirksamkeit der Chemo- bzw. Strahlentherapie nicht reduzieren [17; 29].

Hauptzielkriterium der randomisierten, kontrollierten, klinischen Studien ist die Reduktion Chemo- und Strahlentherapie induzierter Nebenwirkungen und die damit einhergehende Verbesserung der Lebensqualität. Dies würde eine Optimierung (hinsichtlich zeitlicher Abfolge und Dosierung) der konsensierten Standardthe-