

Depression, Angst, Trauer

Emotionale Reaktionen bei Palliativpatienten

Véronique Savioz^a, Psychologin, Psychotherapeutin; Prof. Dr. med. Patrice Guex^{b,c}

Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

^a Service des soins palliatifs, ^b Faculté de biologie et médecine, ^c Département de psychiatrie



Angesichts der Multimorbidität von Palliativpatienten, die es zu diagnostizieren und hierarchisieren gilt, empfehlen die internationalen Leitlinien, die «psychologischen» Reaktionen auf die schwere Krankheit regelmässig und systematisch zu untersuchen; dazu zählen Depression, Angst, Suizidgefahr, Delirium und Kognitionsstörungen.

Dies betrifft auch die Betreuung und das persönliche Umfeld des Patienten. Dazu eignen sich spezielle Fragebögen und teilstrukturierte Gespräche. Ungeachtet dessen empfehlen wir, dem Patienten vor allem aktiv und reflexiv zuzuhören und ihm Raum zur Aussprache zu geben, um seine Bedürfnisse, Wünsche, Sorgen und Emotionen abzuschätzen und zu verstehen. Auf diese Weise können sich die Beziehung Betreuungsperson-Patient und eine therapeutische Allianz entwickeln, mithilfe derer die Themen besser zugänglich sind, die in den meisten Fällen den anxio-depressiven Störungen zugrunde liegen: Gefühl des Kontrollverlusts, Trennungsangst, Furcht vor der mit dem Tod einhergehenden Ungewissheit und die Notwendigkeit, eine kurze «Lebensbilanz» zu ziehen, um dem Leben vor dem Ende noch einen Sinn zu geben.

Einschätzung anxio-depressiver Störungen in der Palliativmedizin

Unabhängig von der Grunderkrankung leidet ein Palliativpatient durchschnittlich an über zehn körperlichen und psychischen Symptomen gleichzeitig.

Um die Patientenversorgung zu standardisieren, kommt deshalb strukturieren, validierten, multidimensionalen Instrumenten zur Kontrolle der Wirkung und Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen in der klinischen Praxis eine immer wichtigere Rolle zu.

Dabei handelt es sich vor allem um die Bewertung der Ergebnisse einer Behandlung durch den Patienten («patient-reported outcome measures» [PROM]), welche die Wahrnehmung der Symptome sowie die psychologischen, sozialen und spirituellen Befürchtungen des Patienten berücksichtigen [4].

Eines der am weitesten verbreiteten Instrumente ist das «Edmonton Symptom Assessment System» (ESAS). Mithilfe des ESAS, das aus mehreren visuellen Analogskalen besteht, kann die Intensität der in der Onkologie und Palliativmedizin am häufigsten beobachteten Symptome bestimmt werden (dazu zählen Schmerzen, Fatigue, Atemnot, Übelkeit, Appetitverlust, Somnolenz, aber auch Depression und Angst) [5].

Darüber hinaus empfehlen die internationalen palliativmedizinischen Leitlinien, die psychologischen Reaktionen des Kranken und der Angehörigen auf die schwere Krankheit regelmässig zu untersuchen; dies umfasst nicht nur Depression, Angst, Suizidgefahr, Delirium und Kognitionsstörungen, sondern auch das Beziehungs- und Emotionsklima, in dem die Betreuung stattfindet und welches das sozio-affektive Umfeld des Patienten kennzeichnet [6].

Die Prävalenz anxio-depressiver Störungen ist bei Palliativpatienten erhöht (15 bis 50% der Patienten), besonders bei jenen mit Krebserkrankungen im fortgeschrittenen Stadium (Prävalenz im Vergleich zur Gesamtbevölkerung bis zu viermal höher). Aber auch das Suizidrisiko ist erhöht, was an der häufigen Nachfrage nach Sterbehilfe ersichtlich ist (beispielsweise mithilfe des Vereins Exit in der Romandie). Nur ein Viertel dieser Patienten erfüllt allerdings vollständig die Kriterien einer schweren Depression laut DSM 5 [7].

Ausserdem sollte beachtet werden, dass die in der Onkologie und Palliativmedizin häufig eingesetzten Arzneimittel (Chemotherapeutika, Opioide, Benzodiazepine, Kortikoide) depressive Symptome auslösen können [8].

Im Zuge einer Differenzialdiagnose ist stets ein hypotives Delirium in Betracht zu ziehen. Dieses tritt bei Palliativpatienten im fortgeschrittenen Stadium häufig



Véronique Savioz

auf und ist vor allem von Vigilanzstörungen mit psychomotorischer Verlangsamung oder gar Lethargie gekennzeichnet [9].

Speziell auf anxio-depressive Störungen abzielende Fragebögen mit einer begrenzten Fragenanzahl und somit einfacher Anwendung werden in der Palliativmedizin eingesetzt, etwa die «Brief Edinburgh Depression Scale» (BEDS) oder die «Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS). Als bestes Mittel zur Erkennung (mit hoher Spezifität, Sensitivität und hohem Vorhersagewert) hat sich jedoch die Frage erwiesen: «Waren Sie in den letzten zwei Wochen die meiste Zeit des Tages niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos?» [10].

Im Rahmen schwerer somatischer Krankheiten werden in den in der Psychiatrie eingesetzten Depressionsskalen üblicherweise die körperlichen Symptome (Fatigue, Schlaf, Konzentration, Appetit) durch Punkte ersetzt, welche die Empfindung betreffen (etwa das Bedürfnis zu weinen oder still zu sein, sozialer Rückzug, Gefühle der Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Apathie und Pessimismus).

Angst wiederum bezeichnet eine übermässige Besorgnis im Hinblick auf kommende Aktivitäten oder Ereignisse, sei es auf persönlicher Ebene oder im Zusammenhang mit der Betreuung.

Angst ist vom Patienten nur schwer unter Kontrolle zu bringen und geht oftmals mit Unruhe, Fatigue, Reizbarkeit, Konzentrationsschwäche, innerer Anspannung und Schlafstörungen einher.

Angst ist vom Patienten nur schwer unter Kontrolle zu bringen.

In vielen Fällen besteht eine Verbindung zwischen dem Schweregrad der Depression und der Intensität der Angst sowie der somatischen Symptome (etwa der Fatigue und der Schmerzen).

Eine Depression bei einem Palliativpatienten muss also vor dem Hintergrund der Gesamtsituation des Betroffenen gesehen werden, die meist nicht optimal ist. Es sollte vermieden werden, die Symptome (beispielsweise die Depression, die Schmerzen, die Fatigue) einzeln zu betrachten, vielmehr sollten sie als zusammenhängende Einheiten oder Cluster angesehen werden, etwa «Depression/Schmerzen/Fatigue», «Schmerzen/Fatigue/emotionale und kognitive Funktion» oder «Depression/Übelkeit/Appetitlosigkeit». Dabei sollte beachtet werden, dass diese Komorbiditäten stark interagieren und voneinander abhängen.

Die Betreuungspersonen müssen sich also bewusst sein, wie wichtig das Erkennen und Behandeln von Depression und Angst ist, da diese – gemeinsam mit anderen, somatischen Störungen – wichtige Faktoren für die Lebensqualität von Palliativpatienten darstellen.

Wie aus der Fachliteratur hervorgeht, besteht eine beträchtliche Diskrepanz zwischen der im Rahmen eines psychiatrischen oder psychologischen Gesprächs gestellten Diagnose und der klinischen Bewertung durch die Betreuungspersonen. Deshalb sind einfache und verlässliche Diagnoseinstrumente unverzichtbar, um die Patienten gegebenenfalls an einen Spezialisten zu überweisen [10].

Alle Patienten sollten regelmässig bewertet werden, falls es die klinische Indikation erfordert, besonders wenn sich das Krankheitsstadium ändert, die Behandlung umgestellt wird oder eine neue Schwächung des Patienten festzustellen ist.

Psychologisches Leid von Palliativpatienten

Palliativpatienten durchleben eine Erfahrung starker Belastung und Trauer, im Zuge derer die im Laufe des Lebens konstruierten Werte und Sicherheiten ins Wanken geraten, insbesondere die sozio-affektiven Beziehungen und die Bezugspersonen.

Wenn man Depression und Angst nur aus einer Perspektive betrachtet, läuft man Gefahr, ein Phänomen vielfältigen psychosozialen Leids auf eine psychiatrische Diagnose zu beschränken. Vielmehr sollte der Blickwinkel erweitert werden, um das Phänomen zu verstehen.

In der Tat spielen persönliche und psychosoziale Faktoren eine grosse Rolle für die Lebensqualität des Patienten, seine zwischenmenschlichen Beziehungen, sein Verhalten (Adhärenz, Adaption, Konflikte), seine Einstellung, seine Wahrnehmung der Krankheit und seine affektiven Reaktionen und Hemmungen.

Ebenso wichtig ist es, die Fragen der Grenzen, des Verlustes und des Trauerprozesses in ihrer persönlichen, kulturellen und spirituellen Dimension zu bearbeiten.

Der Umgang mit den Belastungssymptomen und ihren negativen Folgen schliesst natürlich medikamentöse Therapien ein, besonders aber auch die Behandlung durch psychologische Unterstützung.

Vor allem in der englischsprachigen Fachliteratur wird der Begriff «Belastung» («distress») dem Begriff «psychische Störung» bei Onkologie- und Palliativpatienten vorgezogen [11]. Diese Belastung wird beschrieben als eine multifaktorielle emotionale Erfahrung psychologischer (kognitiver, verhaltensbezogener und affektiver), sozialer und spiritueller Natur, die sich auf die Fähigkeit eines Menschen zur angemessenen Adaption an seine Krankheit, deren Symptome und die Behandlung auswirkt. Dadurch lässt sich das Kontinuum besser umschreiben, das sich von normalen Gefühlen der Verletzbarkeit, Trauer und Furcht vor dem körperlichen Verfall bis hin zu einer viel umfassenderen Belastung

und zu moralischem Leid und zur Depression erstreckt, die eine psychologische oder psychiatrische Intervention erfordert.

Perspektiven für die Beziehung Patient-Betreuende-Angehörige

Die persönlichen, subjektiven Hindernisse, welche die betreuenden Fachpersonen, die Kranken und die Angehörigen dazu bringen, die Bedeutung der anxio-depressiven Störungen zu verneinen, sind wohlbekannt.

Manche Ärzte sind der Meinung, dass die Depression in der Palliativmedizin ein natürlicher Zustand sei. Angesichts schlechter Nachrichten oder einer Verschlimmerung des körperlichen Zustands ist es normal, Trauer zu empfinden oder eine kurze Phase der Niedergeschlagenheit zu durchleben; eine schwere Depression kann sich dagegen, wie oben beschrieben, auf die Entwicklung der Krankheit und das Ansprechen auf die Behandlungen auswirken. Die Lebensqualität wird dadurch ohne Zweifel beeinträchtigt.

Manche Ärzte sind der Meinung, dass die Depression in der Palliativmedizin ein natürlicher Zustand sei. Eine schwere Depression kann sich aber auch auf die Entwicklung der Krankheit auswirken.

Zeitmangel und die Befürchtung, als aufdringlich zu erscheinen, dienen als Rechtfertigung für das Unbehagen der betreuenden Fachperson, existenzielle Fragen zu stellen und sich den starken Emotionen des Patienten auszusetzen.

Auch der Patient verheimlicht möglicherweise seine Empfindungen, um die Angehörigen zu schonen oder gar um das Betreuungsteam zu unterstützen, aus Angst davor, zurückgewiesen zu werden oder nicht mehr die beste Behandlung zu erhalten.

Der sorgsamste Weg zum Umgang mit der Belastung ist das Angebot, dem Patienten vor allem aktiv und reflexiv zuzuhören, um so seine Bedürfnisse, Wünsche, Sorgen und Befürchtungen zu besprechen und zu verstehen.

Wenn einem Menschen mitgeteilt wird, dass er an einer schweren Krankheit leidet und langwierige Behandlungen erdulden muss, bedeutet das einen existenziellen Bruch, der anfangs die gesamte Kampfbereitschaft und Heilungshoffnungen des Betroffenen mobilisiert. In dieser Phase besteht zwischen dem Patienten und dem Betreuungsteam meist eine Allianz, die von einer Idealvorstellung geprägt ist.

Der Übergang von der kurativen zur palliativen Behandlung ist eine enorme Enttäuschung und ein weiteres Trauma. Der Betroffene ist plötzlich mit einer uner-

bittlichen Wirklichkeit konfrontiert und benötigt Zeit, um seine eigene Endlich- und Sterblichkeit zu begreifen und damit zurechtzukommen.

Das Fortschreiten der Krankheit bringt nach und nach weiteren, manchmal endgültigen Verlust mit sich (das Vertrauen in den eigenen Körper, die Mobilität, das Selbstbild, die sozioprofessionelle Einbindung usw.), begleitet von ambivalenten und depressiven Empfindungen [12].

Der Betroffene erlebt einen Bruch der Selbstpermanenz und erkennt sich unter Umständen nicht mehr wieder, weder körperlich noch im Hinblick auf seine üblichen Bezugspunkte und Überzeugungen. Dies kann ebenfalls Ursache grosser Belastung sein, für Van Lander handelt es sich dabei um eine wahre «Identitätskrise» [13].

Die Wiederherstellung von Kohärenz und der Erhalt der Selbstwahrnehmung erfordern Zeit und manchmal psychologische oder psychiatrische Unterstützung.

Die Verschlechterung der Krankheit steigert die Abhängigkeit des Patienten von seinem Umfeld, manchmal auf regressive Weise, die unter Umständen an ein Mutter-Kind-Verhältnis erinnert. Dies kann frühere traumatische Erfahrungen reaktivieren und dadurch weitere Schwierigkeiten auslösen, auch in der Beziehung mit den Betreuungspersonen.

In vielen Fällen tritt Angst auf; für den Patienten ist es beruhigend, regelmässig mit dem Arzt und den Pflegenden darüber zu sprechen und gegebenenfalls Massnahmen festzulegen, um Angst auslösende Situationen zu vermeiden. Beispielsweise wird empfohlen, dass der Patient häufiger vom Ärzte- und Pflegeteam besucht wird, wenn er an Ängsten des Verlassenwerdens leidet, auch um ihn daran zu erinnern, dass man sich um ihn kümmert, obwohl nicht ständig jemand an seinem Krankenbett ist [13].

In diesen Situationen der Konfrontation mit dem Tod können einige psychologische Konzepte dazu dienen, die Quellen von Angst oder von Inadaptation zu beschreiben.

Stiefel und Krenz [1] sprechen von Kontrollverlust, Trennung von den Angehörigen, vom der Ungewissheit, die der Tod mit sich bringt, und schliesslich von der «Lebensbilanz».

Für Roth und Massie [14] handelt es sich mehr darum, den Patienten dabei zu unterstützen, die Angst vor dem Tod unter Kontrolle zu halten, und konkrete Befürchtungen über die Fristen auszuräumen, als um die Frage allfälliger Abwehrmechanismen gemäss der klassischen psychotherapeutischen Praxis.

In der klinischen Praxis kann der Arzt das eine oder andere Konzept anwenden, abhängig davon, was er von dem Patienten wahrgenommen hat (Persönlichkeitszüge, Lebensgewohnheiten, Anamnese).

Wir möchten diese unterschiedlichen Aspekte, die eher klinisch-psychologischer und zwischenmenschlicher Natur sind, mithilfe von zwei realen und entsprechend angepassten Fallbeispielen beleuchten.

Danach schlagen wir eine Reflexionsmethode vor, die dem Arzt dazu dienen kann, bestimmte subjektive und beziehungsbezogene Blickwinkel zu dem Patienten zu öffnen.

Fallbeispiel 1

Fallbeschreibung und Kommentare

Es handelt sich um einen 63-jährigen, verheirateten, kinderlosen Journalisten, der es gewohnt war, bei guter Gesundheit zu sein. Vor zweieinhalb Jahren wurde bei ihm ein Karzinom im Verdauungstrakt diagnostiziert. Daraufhin wurde er mit einer Chemotherapie und einer chirurgischen Intervention behandelt, die er mit Kampfbereitschaft und Optimismus erduldet. Er vertraut die Behandlung gut, weshalb seine Zuversicht und Stimmungslage stabil blieben. Ein Jahr später erlitt er ein Rezidiv, das eine neuerliche Chemo- und Bestrahlungstherapie erforderte. Plötzliche, massive Gehschwierigkeiten bedingen eine Hospitalisierung. Als ihm mitgeteilt wird, dass Knochenmetastasen festgestellt wurden, die zu einer fortschreitenden und endgültigen Lähmung führen, bittet er um ein psychologisches Gespräch.

Das erste Treffen findet bei dem Patienten zuhause statt. Die Psychologin findet einen eleganten, intelligenten, eloquenten und redgewandten Mann vor. Er spricht viel und lässt wenig Raum für einen Austausch; er beobachtet die Psychologin in regelmässigen Abständen, besonders nach dem schmerzhaften Bericht über die rasche Entwicklung der Krankheit und den damit einhergehenden Verlust. Während sie zuhört, hinterfragt die Psychologin dieses Verhalten des Patienten und das, was es in ihr auslöst: «Warum spricht er so viel und weshalb kann ich ihn so schwer unterbrechen?» Seine Äusserungen sind kohärent und kontrolliert, obwohl er über sehr Schmerzhaftes spricht. «Was geht in ihm vor, wenn er mich beobachtet?» Sie schätzt den intellektuell anregenden Austausch mit ihm, gleichzeitig fühlt sie sich bewertet, geprüft, gar herausgefordert: Sie muss sich vor diesem intelligenten und anspruchsvollen Mann beweisen. Im Laufe des Gesprächs erkennt sie wichtige Themen, die sie durch Umformulierung, Kontextualisierung und Kommentare wiedergibt; im Mittelpunkt stehen dabei die rasche und beängstigende Zustandsverschlechterung nach dem Rezidiv, der dadurch ausgelöste Schock und die Unsicherheit, die Krise im Hinblick auf die identitätsstiftenden Bezugspunkte (bisher war er ein sehr

unabhängiger und auf sein Äusseres bedachter Mann), schliesslich die unvorhergesehene Abhängigkeit von anderen.

Sie beschliesst, den Patienten über seine Empfindungen zu ebendieser Abhängigkeit zu befragen. Er verweist als Antwort auf seine Persönlichkeit und sein bisheriges Leben: Er war stets autonom, organisiert, sorgte sich um die anderen und ein untadeliges Bild von sich selbst. Der Bruch mit dieser Lebensart destabilisiert ihn stark; dies zeigt sich in einer häufigeren Reizbarkeit, einer für ihn ungewohnten Herrschsucht in den Beziehungen und einer Hypervigilanz und Besorgnis hinsichtlich seines Körpers, die durch das Unwissen über die weitere Krankheitsentwicklung bedingt sind. Als einziger Abwehrmechanismus bleibt ihm eine noch stärkere Fixierung auf sein Wissen. Er war schon immer ein Intellektueller und ist es weiterhin, was ihn ausserordentlich beruhigt; der Verlust der geistigen Fähigkeiten wäre ihm unerträglich. Falls diese Bedrohung eintreten sollte, denkt er an ärztlich assistierten Suizid. Am Ende des Gesprächs zeigt sich der Patient dankbar dafür, dass er die Möglichkeit hatte, zu zweit nachzudenken und sich frei zu äussern, ohne auf den Gesprächspartner Rücksicht nehmen zu müssen.

In diesem Erstgespräch kommen also sofort wichtige Beziehungsthemen zum Vorschein: das Bedürfnis des Patienten, die Kontrolle zu behalten sowie einerseits die «Kompetenz» seiner Gesprächspartnerin und andererseits ihre Fähigkeit zum Ertragen eines schmerzhaften Berichts zu prüfen. Im Laufe des Gesprächs sowie der folgenden verliert der Patient immer mehr seine Befürchtungen und bringt sich vier Monate lang bis zu seinem Ableben stark in diese psychologische Betreuung ein.

Auch wenn die Angst- und Depressionssymptome dieses Patienten klinisch überprüft werden mussten, hätte eine klassische Herangehensweise in Form von teilstrukturierten Gesprächen oder von Fragebögen das Entstehen dieser therapeutischen Allianz sicherlich nicht begünstigt, da die für den Patienten wesentlichen Themen nicht greifbar gewesen wären.

Darum entschied sich die Psychologin für eine analytische Position und liess den Patienten frei sprechen. Dieses Zuhören schuf für ihn einen Raum, in dem er über sich sprechen und gleichzeitig eine beruhigende Kontrolle über seine Gesprächspartnerin bewahren konnte. Zudem war er so in der Lage, ihre inhaltsbezogenen Fähigkeiten auf die Probe zu stellen (das heisst die Fähigkeit, anxiogene oder triviale Themen des Patienten zu ertragen). In den ersten Gesprächen konnte ein gemeinsames Hauptziel «ko-konstruiert» werden, nämlich zu versuchen, mit der Krankheitsprogression und der Angstzunahme umzugehen.

Aufgrund dieser Charakterelemente ist eine psychologische Einschätzung möglich: Es handelt sich um einen intelligenten, couragierten Menschen, der in der Lage ist, seine Situation realistisch zu sehen, und der über narzisstische und kontrollierende Persönlichkeitszüge verfügt; er ist einerseits mit steigender Angst angesichts der Verschlechterung der Krankheit konfrontiert, andererseits mit einer intimen Verletzung aufgrund des körperlichen Verfalls und des Autonomieverlusts. Schlüsselemente, die es zu verarbeiten gilt, um bis zum Ableben das Gefühl von Sinnhaftigkeit zu erhalten, sind Identität, Ungewissheit, Trauer, Abhängigkeit und Tod.

Fallbeispiel 2

Fallbeschreibung und Kommentare

Es handelt sich um einen 62-jährigen, ledigen Maurer, der seit 30 Jahren in derselben Firma arbeitet. Vor sechs Monaten teilte man ihm mit, dass bei ihm ein Margenkarzinom im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wurde. Aufgrund der raschen Verschlechterung seines Allgemeinzustands und starker Abdominalschmerzen wird er hospitalisiert. Der Arzt hat Schwierigkeiten, die Schmerzen genau zu untersuchen, da sich der Patient reserviert und wenig kooperativ zeigt und das Spital auf der Stelle verlassen möchte. Es wird vereinbart, dass die Psychologin beim nächsten Gespräch mit dem Arzt anwesend sein soll.

Bei diesem Gespräch hält sie sich im Hintergrund und überlässt dem Arzt die Gesprächsführung. Sie stellt fest, dass der Patient nicht auf seine Fragen antwortet, obwohl dabei vor allem die Schmerzen und die Angst im Mittelpunkt stehen. Die Psychologin stellt sich die Frage nach dem Grund dafür. Zudem bemerkt sie die ausweichenden und prüfenden Blicke des Patienten zu seinen Zimmernachbarn sowie zahlreiche Seufzer; er macht einen «verfolgten» Eindruck auf sie. Beim Kontakt mit ihm fühlt sie sich selbst ängstlich, und sie sagt sich, dass sie dies vor einem tiefgründigeren Gespräch unbedingt mit ihm besprechen muss. Plötzlich beginnt das Mobiltelefon des Zimmernachbarn zu läuten und das folgende sehr laute Telefongespräch stört das gesamte Zimmer. Diese Atmosphäre will die Psychologin kommentieren. In diesem Augenblick stösst der Patient einen tiefen Seufzer aus, blickt sie an und bemerkt, dass die Situation sehr schwierig ist, dass «man hier auf alles gefasst sein muss». Das ist der Beginn einer Beziehung und die Psychologin kann ihm vorschlagen, später nochmals vorbeizukommen, was er akzeptiert.

Bald stellt sich heraus, dass der Mann – trotz seiner starken Introversion und geringen Möglichkeiten zur Introspektion – dazu in der Lage ist zu äussern, dass ihn das Zusammenleben in einem Mehrbettzimmer sehr stört. Da er schüchtern und ein organisiertes und zurückgezogenes Leben gewohnt ist, fühlt er sich durch die zahlreichen Sozialkontakte in der Abteilung überfordert oder gar traumatisiert. Beispielsweise weckte ihn in der vorangegangenen Nacht eine Hand, die sein Ohr berührte: Es war sein Nachbar, der unter Demenz leidet. Dieses Ereignis schockierte ihn und erschütterte seine Vorstellung von einem Spital, das er bisher als einen heilenden, ruhigen und zuversichtlichen Ort sah.

Die Psychologin steht vor der Aufgabe, mit ihm eine Allianz zu aufzubauen. Sie beschliesst, zu Beginn jedes Gesprächs einen phänomenologischen Ansatz zu verfolgen: sich von der im Zimmer herrschenden Atmosphäre inspirieren zu lassen, dem Blick des Patienten, der häufig still bleibt und nonverbal auf Störendes hinweist, zu folgen. Nach und nach wirkt sich das Spitalumfeld nicht mehr so negativ auf ihn aus, sein reaktiver Beziehungsrückzug, die Kontaktangst und die ständige Hypervigilanz werden schwächer.

Vor diesem Hintergrund kann die Psychologin keine standardmässige psychologische Untersuchung mit teilstrukturierten Gesprächen vornehmen, da sich der Patient vor allem durch sein Verhalten äussert, später auch durch kurze Aussagen über seine konkrete Situation in dem Spital.

Schliesslich können seine Schmerzen besser untersucht werden. Der Patient bleibt jedoch sehr ängstlich und konkret in seinem Denken. Seine Angst kann nicht verringert werden, dagegen gelingt es, sein Vertrauen zu gewinnen, und schliesslich akzeptiert er die Psychologin an seinem Krankenbett. Bis zu seinem Tod ist die Angst zwar stets vorhanden, kann allerdings eingedämmt werden durch den Austausch mit den betreuenden Fachpersonen über das Trauma der Hospitalisierung und paradoxerweise über sein Bedürfnis nach einer stärkeren Präsenz des Teams an seinem Krankenbett.

Diese Situation wirft die Frage der Angst am Lebensende auf, die in diesem Fall aus mehreren Gründen auf indirekte Weise ausgedrückt wurde: mangelnde Introspektion des Patienten, mangelnde Gewohnheit des Austauschs von Emotionen, introvertierter und schamhafter Charakter, Angst vor Aggression oder Ablehnung durch die Betreuungspersonen aufgrund von Abhängigkeit und Verletzbarkeit. Der Patient hatte keinen Zugang zur Erzählung seines Lebens, dies hätte eine ausreichende Fähigkeit zur Mentalisierung und Trauerverarbeitung vorausgesetzt [15].



© Katarzyna Bialasiewicz | Dreamstime.com

Modell für den Arzt

Es ist wichtig, dass sich der Arzt auf ein Modell stützen kann, das die subjektive Wirklichkeit der Patienten widerspiegelt. Stiefel und Krenz [1] schlagen ein multidimensionales Modell vor, in dem berücksichtigt wird, dass die Ereignisse des Lebens und die Persönlichkeit des Patienten eine Ressource sein können, um sich an die Krankheit zu adaptieren, aber auch Belastungen und unerwartete psychische Reaktionen auslösen können. Dieses Modell schliesst die in Tabelle 1 genannten Dimensionen ein.

Ausgehend von der gründlichen Erfassung der Symptome und von gesicherten Referenzen kann der Arzt mit der Erkundungsarbeit beginnen, um nach und nach besser zu verstehen, wer der Patient in Abhängigkeit von seinem Umfeld ist. Aber wie sollte die Herangehensweise aussehen?

Quantitative oder qualitative Beurteilung? Strukturierte, teilstrukturierte oder offene Gespräche? Diagnose mit Bezug auf die psychiatrische Nomenklatur oder Versuch, das Leiden zu konzeptualisieren?

Schlüsselemente

Wie wir gesehen haben, ist der Arzt unweigerlich mit dem Leid des Patienten konfrontiert. Dieses äussert sich durch Zeichen und Symptome, etwa durch depressive oder ängstliche Stimmungen. Gemäss seiner Ausbildung stützt sich der Arzt zunächst auf einen wissenschaftlichen Rahmen, um eine objektive Diagnose zu stellen und das klinische Bild zu klassifizieren, anschliessend legt er die meist medikamentöse Behandlung fest. Dieses Vorgehen erwähnten wir zu Beginn des Artikels, als wir die palliativmedizinischen Empfehlungen in Erinnerung riefen. Auf diese Weise werden Fehler und falsche Methoden vermieden, wenn man sich allerdings zu rasch auf diese «Denkschablonen» beschränkt, besteht das grosse Risiko, keinen Zugang zum Innenleben des Patienten, zur abwehrenden oder regressiven Natur seiner Ängste und Emotionen und zu den Ressourcen zu erhalten, über die er möglicherweise verfügt und die uns eine Lösung aufzeigen könnten. In der Tat muss stets zwischen erklärender Objektivität (was geschieht und warum?) und verständnisvoller Subjektivität (wie erlebt die Person das Geschehen?) variiert werden.

Stiefel und Bourquin [16] erinnern daran, dass der Arzt, um dem Patienten zu begegnen, wissbegierig sein und die Mitteilungen des Patienten verstehen muss, seien sie verbal, szenisch oder nonverbal. Die Kommunikation dient also nicht nur dem Informationsaustausch. Sie verweisen ausserdem auf Studien, in denen die Hindernisse für diese Begegnung identifiziert wurden, etwa die Emotionen des Arztes, die Bewusstwerdung seiner Rolle, seiner Entscheidungen, seiner Berufsidentität, seiner Zwänge und Drucksituationen, und schliesslich die kollektiven, sozialen, wirtschaftlichen und institutionellen Werte, welche die Behandlungsbeziehung bestimmen.

Tabelle 1: Modell für den Arzt.

Krankheit	Verlauf der Behandlungen, aktuelle Phase, Krankheitseinsicht, Empfindungen gegenüber der Krankheit, Zusammenarbeit mit dem Ärzte- und Pflegepersonal, Auswirkungen auf die Angehörigen (Zusammenhalt, Hierarchie, Aufsplitterung, Rollenkehr)
Aktueller Kontext	Spitalsaufenthalt (Empfindungen), Abschnitte des Lebenszyklus, Umfeld.
Patientenpersönlichkeit	Durch Verhaltensbeobachtung und Analyse des positiven oder negativen Gegentransfers des Arztes (Empfindungen, Mitgefühl, Gereiztheit, Verdrossenheit usw.). Verschiedene Persönlichkeitstypen: abhängig, narzisstisch, ängstlich, somatisierend, rigid oder flexibel, planend, polarisierend, psychotisch usw.
Anamnese	Art der affektiven und sozialen Beziehungen, Ereignisse und Lebensgewohnheiten, Trauer-, Trennungs- und Veränderungserfahrungen usw.
Psychische Auswirkungen der Krankheit	Trauma, Abhängigkeit und Regression, Identitätskrise, Angst vor dem Tod, Trauer, Ungewissheit, Lebensbilanz
Kommunikation mit dem Patienten	Versuch, dem Patienten zu begegnen, sich an seine Art und seinen Rhythmus anzupassen, um mit ihm ein Therapieprojekt zu ko-konstruieren.

Korrespondenz:
 Prof. Dr. med. Patrice Guex
 Centre Hospitalier
 Universitaire Vaudois
 Les Allières
 CH-1011 Lausanne
 Patrice.Guex[at]chuv.ch

Nachstehend weisen wir auf drei Schlüsselemente hin, die während des Gesprächs die therapeutische Allianz begünstigen:

1. Der Arzt zeigt, dass er dem Patienten zur Verfügung steht, indem er offene Fragen stellt und den Raum und die Zeit achtet, in denen sich der Patient äussern kann.
2. Ausgehend von den verbalen oder nonverbalen Äusserungen des Patienten versucht der Arzt eine sprachliche Erfassung in Form von Umformulierungen, Rekontextualisierungen und Ansprechen eines der oben genannten Themen. Wenn der Patient darauf positiv reagiert, kann der Arzt versuchen, eines der identifizierten Themen zu ergründen.
3. Bei starken Emotionen des Patienten muss der Arzt eine beschwichtigende und beruhigende Haltung einnehmen. Es geht nicht darum, eine starke Emotion zu «neutralisieren»; vielmehr soll gezeigt werden, dass man sie aushält, sie sollte anerkannt, kontextualisiert oder mit persönlichen Themen des Patienten verbunden werden.

Im ersten Fallbeispiel wurde der unabhängige, kontrollierende und narzisstische Charakter des Patienten durch die Abhängigkeit und den körperlichen Verfall erschüttert.

Stiefel und Razavi [2] unterstreichen, wie wichtig es ist, dass der Arzt beispielsweise im Falle eines Rezidivs die Enttäuschung des Patienten beschwichtigen und sie legitimieren kann und dass er es wagt, darüber zu sprechen; oftmals fürchten die Ärzte den psychischen Zusammenbruch des Patienten, was jedoch eher eine Projektion der eigenen Vorstellungen über die Schwere der Krankheit ist als die Realität des Patienten, da es dem Grossteil der Patienten schliesslich gelingt, sich an ihre Situation zu adaptieren.

In ihrem Artikel verweisen Stiefel und Bernard [17] auf die palliativmedizinische Relevanz der narrativen Therapie bei Patienten, die durch ihre Krankheit psychisch destabilisiert sind; diese spezielle Therapie schlägt vor, zwischen den intensiven psychologischen Reaktionen des Patienten und seinem Lebensweg eine Verbindung herzustellen, um mit ihm eine korrekte Vorstellung davon, was mit ihm geschieht, zu ko-konstruieren und dabei Elemente der Kohärenz und des Verständnisses einzubauen. Auf dieser Ebene ist ein hohes Mass an Fachwissen erforderlich, aber auch der Nichtpsychiater kann gemeinsam mit dem Patienten durchaus bestimmte Elemente herausarbeiten, die in diese Richtung gehen. Dazu muss der Arzt in der Lage sein, einerseits eine gute Kommunikation mit dem Patienten zu gewährleisten, andererseits sich auf eigene Vorstellungen und/oder ein inneres Modell zu stützen, das ausreichend umfassend im Hinblick auf die Auswirkungen der Krankheit auf die Psyche des Patienten ist [18].

Zwar kann der Arzt den Zugang zu allen biografischen Elementen nur schwer vertiefen; er kann jedoch durch seine Sensibilität, teilnahmevolle Beobachtung und durch Zuhören ausreichenden Zugang zu nützlichen Elementen hinsichtlich des Charakters und der Lebensgewohnheiten des Patienten erhalten, um in erster Linie dem Leid des Patienten auf individuelle Weise zu begegnen.

Danksagung

Wir danken Simon Menny für seine hilfreichen Kommentare.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.medicalforum.ch.

Das Wichtigste für die Praxis

- Die psychologischen Veränderungen von Palliativpatienten sind individuell verschieden; der Zugang zur subjektiven Dimension kann nicht allein mittels Fragebögen und teilstrukturierter Gespräche erfolgen, die auf die Erstellung einer psychiatrischen Diagnose ausgerichtet sind.
- Zur Konzeptualisierung des Falles ist ein multifaktorielles Modell nötig: Entwicklung der Krankheit, Persönlichkeitszüge, aktueller Kontext, Anamnese.
- Der Arzt muss sich auf theoretische Begriffe stützen, welche die Auswirkungen der Krankheit auf die Psyche verdeutlichen: Identitätskrise, Abhängigkeit–Regression, Trauma, Trennung, Verlust, Trauer, Ungewissheit, Lebensbilanz.
- Im Zuge des Gesprächs kann sich der Arzt auf die affektreiche Erzählung des Patienten stützen, um mit ihm den Anfang einer Konzeptualisierung dessen, was mit ihm geschieht, zu entwickeln. Dies ist eine wichtige Phase des Gesprächs, da sie die therapeutische Allianz und den Zugang zum Patienten begünstigt.
- Es wird empfohlen, einen Denkansatz zu verfolgen, der sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte berücksichtigt.