

Beginn einer Psychotherapie mit körperlich Kranken: Motive – Indikation – Setting

W. Söllner

- 2.1 **Wege zur Psychotherapie – 20**
- 2.2 **Adaptive Indikation: Nicht die Patienten der Methode anpassen, sondern die Methoden den Bedürfnissen und Problemen der Patienten – 22**
- 2.3 **Das psychotherapeutische Setting – 23**
 - 2.3.1 Konsiliar-Liaison-Dienst – 23
 - 2.3.2 Ambulante Einzeltherapie – 28
 - 2.3.3 Interventionen mit Familien – 30
 - 2.3.4 Gruppentherapie – 32
 - 2.3.5 Integrierte stationäre Behandlung – 34

Die Initiative zur Aufnahme einer Psychotherapie kann von den Betroffenen, ihren Angehörigen oder von den behandelnden Ärzten oder Pflegepersonen ausgehen. Die dahinterliegenden Gründe sind mannigfaltig und erfordern eine differenzierte Antwort vonseiten des Psychotherapeuten. Die Indikation zur Psychotherapie sollte adaptiv gestellt werden, das heißt ausgehend von den Bedürfnissen und der konkreten Situation des Kranken. Vier Grundbedürfnisse kranker Menschen müssen beachtet werden: die Bedürfnisse nach Sicherheit und Geborgenheit, nach Kontakt und Beziehung, nach Wissen und Sinn und nach Hoffnung. Bei der Psychotherapie mit körperlich Kranken muss die Einbeziehung von Angehörigen, die Behandlung in Gruppen und die Kooperation zwischen medizinischen und psychotherapeutischen Behandlern besondere Beachtung finden. Kooperationsmodelle, wie der Konsiliar-Liaison-Dienst, Collaborative-Care-Modelle und integrierte internistisch-psychosomatische Stationen erfordern eine spezielle Adaption psychotherapeutischer Methoden.

2.1 Wege zur Psychotherapie

➤ 1. Der Ausbruch oder die Verschlechterung einer körperlichen Erkrankung ist der Anlass, eine Psychotherapie zu beginnen.

Die Motive von Patienten, eine Psychotherapie zu suchen und zu beginnen, sind mannigfaltig:

- der Wunsch, seelische Probleme, die mit der Erkrankung und den dadurch bedingten Veränderungen im Leben zusammenhängen, zu bewältigen;
- der Wunsch, nach oder neben einer intensiven medizinischen Behandlung selbst etwas zur Behandlung ihrer Krankheit beizutragen;
- der Wunsch, Angehörigen nicht mit psychischen Problemen zur Last zu fallen;
- die Hoffnung, dass die Psychotherapie zur Heilung der Krankheit beitragen könnte.

Oftmals geht die Initiative zu einer psychotherapeutischen Behandlung jedoch von Ärzten oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe aus. Durch die Etablierung psychosomatischer Abteilungen und

von Konsiliar-Liaison-Diensten in Krankenhäusern sowie von psychosozialer Mitbehandlung in Zentren für Schwerkranke (z. B. psycho-onkologische Unterstützung in Tumorzentren) geschieht dies zunehmend häufiger. Der Patient ist – auch wenn er dem psychotherapeutischen Gespräch zustimmt – zunächst ein „geschickter“ und nicht ein primär eigenmotivierter Patient (Argelander 1970a, Scheidt u. Herzog 1993). Die Motive zu einer solchen Empfehlung zur Psychotherapie aufseiten der Zuweiser sind einerseits geprägt von einer erwünschten psychosozialen Hilfestellung für den Patienten und andererseits von eigenen Bedürfnissen als medizinische Behandler. Diese Bedürfnisse werden nicht immer mit dem Psychotherapeuten kommuniziert und sind dem Zuweiser auch nicht immer bewusst. Thiel und Mitarbeiter (1997) haben in einer qualitativen Analyse von konsekutiven Konsilfällen die Wünsche der Zuweiser an den psychotherapeutischen Konsildienst untersucht. Sie haben dabei gefunden, dass in etwa der Hälfte der Fälle die Motivation, ein psychotherapeutisches Konsil anzufordern, wesentlich durch Bedürfnisse der Zuweiser geprägt war, die indes meist nicht offen kommuniziert wurden. Die folgenden häufigen Motive wurden identifiziert: Der Konsiliartherapeut solle

- Schwerkranken oder Sterbenden emotionale Unterstützung anbieten, welche zuweisende Ärzte oder Pflegepersonen wegen zu starker persönlicher Betroffenheit bzw. mangelnder Abgrenzung vermeiden;
- schwierige oder unkooperative Patienten dazu bewegen, die vorgeschlagene medizinische Behandlung zu akzeptieren bzw. er solle diese Patienten in seine Verantwortung „übernehmen“ (z. B. in einer psychosomatischen Ambulanz oder Station weiterbehandeln);
- im Fall von Therapieversagen, Nebenwirkungen der Behandlung oder Kunstfehlern das Behandlungsteam von Schuldgefühlen entlasten;
- bei Unstimmigkeiten zwischen Arzt und Patient oder im Behandlungsteam quasi als „Schiedsrichter“ fungieren.

Der Zuweiser wird damit zum „Mitspieler“ in der psychotherapeutischen Behandlung. Dieses triadische Beziehungsmuster ist zu reflektieren, um die

dadurch bedingten Einflüsse auf die therapeutischen Beziehungen und deren mögliche Störung zu erkennen (Söllner u. Lampe 1997).

- **2. Die körperliche Krankheit ist eine „Begleiterscheinung“ bei einem Patienten, der aus anderen Gründen (z. B. wegen einer Depression oder einer Partnerkrise) einen Psychotherapeuten aufsucht.**

Fallbericht Herr Tietze

Herr Tietze, ein 62-jähriger berenteter Steuerberater, kommt wegen einer Angststörung in Psychotherapie. Vor allem wenn er alleine unterwegs ist, überfallen ihn quälende Panikattacken. Er vermeidet deshalb Unternehmungen außer Haus. Seit Jahren nimmt er in niedrigen Dosen Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) ein. Der ebenfalls seit Jahren bestehende Bluthochdruck (essenzielle Hypertonie) wird durch die Angststörung verstärkt. Während der Panikattacken hat er systolische Blutdruckwerte über 200 mmHg. Andererseits löst es wiederum Angst bei Herrn T. aus, wenn er hohe Blutdruckwerte misst. Es kommt so zu einem Teufelskreis. Mit Hilfe der Psychotherapie wird versucht, diesen zu durchbrechen.

- **3. Ein Patient entwickelt im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung eine körperliche Erkrankung.**

Fallbericht Frau Ullmann

Die 46-jährige kaufmännische Angestellte ist wegen einer chronisch verlaufenden Depression in psychotherapeutischer Behandlung. Sie hat ausgeprägte Selbstzweifel, immer wieder Selbstmordgedanken, ist mit sich selbst und ihrem Leben unzufrieden und in ihrer Partnerbeziehung unglücklich. Die Erziehung der (inzwischen erwachsenen) Kinder und ihre Angst vor dem Alleinsein haben sie in der seit vielen Jahren dysfunktionalen Partnerbeziehung gehalten. Mit Hilfe der Psychotherapie kann sie für sich klären, was ihre Wünsche und Bedürfnisse sind. Sie tritt einem Wanderverein bei und nimmt wieder Kontakte zu alten Freundinnen auf. Nachdem sie sich entschlossen hat, sich von ihrem Mann zu trennen und ihre Berufstätigkeit wieder ganztagig aufzunehmen, wird bei ihr Brustkrebs festgestellt. Die Krebserkrankung löst eine

neuerliche depressive Krise aus und stellt ihre Pläne in Frage. Der Fokus der Psychotherapie verschiebt sich auf die Bewältigung der aktuellen Lebenskrise, ohne die Entwicklungsziele von Frau U. aus dem Auge zu verlieren.

- **4. Ein Angehöriger eines schwerkranken oder sterbenden Patienten kommt – allein oder gemeinsam mit dem Kranken – zur Psychotherapie.**

Schwerkranke Menschen kommen häufig gemeinsam mit Partnern oder anderen Angehörigen zum Erstgespräch. Dies drückt einerseits die gemeinsame Hilfsbedürftigkeit und die Dringlichkeit der Situation aus, andererseits das Signal „Wir stehen in dieser schweren Zeit zusammen“. Ich nehme diese Inszenierung immer ernst und versuche wahrzunehmen, was sie in mir auslöst. Dies ist – je nachdem, wie sich die Szene gestaltet – sehr unterschiedlich und reicht von Sympathie und Rührung über Erstaunen bis zu Mich-bedrängt-Fühlen und Ärger. In jedem Fall ist eine rasche Entscheidung nötig, wie damit umzugehen ist. Ich spreche noch im Wartebereich an, wie sich jeder das Gespräch bei mir vorstellt, ob der (designierte) Patient allein kommen möchte oder beide (oder mehrere) gemeinsam. Dann versuche ich, rasch für mich zu klären, ob ich das so will. In vielen Fällen habe ich eine Lösung für die Patienten und für mich sinnvoll gefunden, bei der wir vereinbaren, dass das Gespräch zunächst mit dem Patienten allein stattfindet und nach einer halben Stunde der bzw. die Angehörige(n) dazukommen. Dies betont, dass ich einerseits ganz individuell auf den (designierten) Patienten eingehen möchte und andererseits auch die Nöte der Angehörigen und deren Bedeutung in der aktuellen Krise für den Patienten wahrnehme. Aus dem Erstgespräch muss nicht immer eine Einzeltherapie resultieren, sondern möglicherweise auch eine Paar- oder Familienberatung oder -therapie.

Manchmal kommen Angehörige von körperlich kranken Patienten allein zum Erstgespräch und formulierend „stellvertretend“ für den Kranken ein Anliegen. Dann ist immer zu klären, was das Anliegen des Angehörigen ist. Ein Fallbeispiel dazu findet sich in ► [Abschn. 2.3](#) (Herr Ecker).

2.2 Adaptive Indikation: Nicht die Patienten der Methode anpassen, sondern die Methoden den Bedürfnissen und Problemen der Patienten

Diese Forderung wird in der Psychotherapieforschung und von gesundheitspolitisch engagierten Psychotherapeuten seit langem gestellt. Eine Indikationsstellung primär nach der Ausbildung des Therapeuten (Schulenorientierung) sollte durch eine adaptive Indikation, die sich an den Bedürfnissen des Patienten orientiert, ersetzt werden (Thomae u. Kächele 2006, Herpertz u. Herpertz 2013).

Es sind vier Grundbedürfnisse, welche eine adäquate psychotherapeutische Behandlung zu berücksichtigen hat:

1. *Das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit:* Körperliche Krankheit erzeugt Ängste vor existenzieller Bedrohung, auch wenn die Prognose einer Erkrankung nicht infaust ist und die Erkrankung nicht bald zum Tod führt. Die Regression auf kindliche Erlebens- und Verhaltensmuster fördert den Wunsch nach Gehaltenwerden und Trost.
2. *Das Bedürfnis nach Kontakt und Beziehung:* Körperliche Krankheit erzeugt nicht nur Ängste vor Behinderung und Entstellung, sondern auch vor dem Verlassenwerden. Das Gefühl, verlassen zu werden, resultiert aus mangelnder offener Kommunikation und der Vorstellung, als kranker und hinfälliger Mensch nicht mehr geliebt werden zu können. Das Gefühl, ausgestoßen zu werden, basiert auf einer gesellschaftlichen Wertvorstellung, dass nur der Gesunde, Tüchtige, Leistungsfähige und Starke ein wertvolles Mitglied der Gesellschaft sei. Bei Menschen, die in der Kindheit die Erfahrung machen mussten, dass Liebe, Anerkennung und Zuwendung nur erlebt werden können, wenn sie als Kind die narzisstischen Bedürfnisse ihrer Eltern erfüllten, wird das Gefühl des Ausgestoßenseins im Fall einer körperlichen Erkrankung reaktiviert bzw. verstärkt, insbesondere dann, wenn die Erkrankung mit Behinderung und Entstellung einhergeht.
3. *Das Bedürfnis nach Wissen und Sinn:* Wir nehmen unseren Körper vor allem dann

verstärkt wahr, wenn er nicht mehr funktioniert. Im Fall einer schweren Krankheit wird der Körper von einer zuverlässigen „Heimat unseres Selbst“ (Sartre 1943) und einer Quelle der Lust plötzlich zu einer Quelle der Unsicherheit, der Angst und Unlust. „Der Körper [wird] als schlechter, das Selbst bedrohender Anteil des Subjekts erlebt“ (Rodewig 1994). Plötzlich wendet sich der Körper gegen das Selbst, wird von einem selbstverständlichen Teil des Selbst zu einem abgespaltenen Dritten, den der Kranke bekämpft, mit dem er verhandelt. Für die Behandlung hat Buchholz (1993a) ein Modell der triadischen Beziehung zwischen Selbst, krankem (bösem) Körper und Therapeut postuliert. Das Selbst müsse im Prozess der Heilung den abgespaltenen Körper wieder in Besitz nehmen, ihn wieder ins Selbst integrieren. Ein zentraler Aspekt dieser Integration ist das Verstehen der zunächst unerklärlichen Körperprozesse, das Verstehen sowohl auf einer realen Informationsebene als auch auf einer symbolischen Bedeutungsebene.

➤ **Jede Bewältigung einer Lebenskrise, wie eine schwere Krankheit sie immer darstellt, beinhaltet auch die Frage nach der persönlichen Bedeutung dieser Krise: Was bedeutet dies für mein Leben? Welche Schlussfolgerungen kann ich daraus ziehen?**

4. *Das Bedürfnis nach Hoffnung:* Hoffnung bezieht sich genauso wie die Angst auf die Zukunft. Sie ist ein Stück antizipierter Wunscherfüllung und der Gegenpol der Angst. Ein Leben völlig ohne Hoffnung, ohne (Tag-)Träume von einem besseren Leben ist schwer vorstellbar. Ernst Bloch schrieb im Vorwort zu seinem Buch „Das Prinzip Hoffnung“: „Die Hoffnungslosigkeit ist selber, im zeitlichen wie sachlichen Sinn, das Unaushaltbarste, das ganz und gar den menschlichen Bedürfnissen Unerträgliche“ (Bloch 1959). Für den körperlich Kranken könnte Hoffnung heißen: Hoffnung auf ein „heiles“ Leben nach der Krankheit oder ein möglichst gutes Leben mit der Krankheit. In der supportiven Psychotherapie geht es um das Entwickeln lösungsorientierter Ansätze und die Förderung selbstbestimmten Handelns in der

Bewältigung des (Krankenhaus-)Alltags oder bei familiären oder persönlichen Problemen. „Es geht um das Aufspüren aller verfügbaren Ressourcen [...]. Letztendlich geht es darum, dem Leben außerhalb der Erkrankung eine Chance zu geben“ (Gutberlet 2009, S.17).

2.3 Das psychotherapeutische Setting

Psychotherapie mit körperlich Kranken kann an verschiedenen Orten, in verschiedenen Phasen einer Erkrankung und in verschiedenen Settings erfolgen. Der unterschiedliche Zugang zur Psychotherapie ist mit unterschiedlichen Motivationen zur Psychotherapie verbunden und erfordert unterschiedliche Strategien des Beginns einer Psychotherapie.

2.3.1 Konsiliar-Liaison-Dienst

Mit der Zunahme von zertifizierten Zentren für die umfassende und interdisziplinäre Behandlung bestimmter Erkrankungen (Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schmerzkrankheit, neurologische Erkrankungen) findet der Erstkontakt zunehmend häufig in einem Krankenhaus durch einen

psychosomatischen, psychiatrischen oder psychologischen Konsiliar-Liaison-Dienst statt. Der Begriff stammt aus den USA, wo in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts erstmals solche Consultation-Liaison Services in „somatischen“ Krankenhausabteilungen zur psychiatrischen Mitbehandlung eingerichtet wurden (in der Folge wird der Begriff KonsiliarLiaison mit dem englischen Kürzel CL abgekürzt). Sie haben sich weltweit verbreitet (Huyse et al. 2009). In zertifizierten Zentren ist ihre Präsenz häufig verpflichtend (Söllner u. Stein 2017). Die **Abb. 2.1**, **Abb. 2.2** und **Abb. 2.3** zeigen beispielhaft die Zuweisungen und Interventionen des psychosomatischen Konsiliar-Liaison-Dienstes am Klinikum Nürnberg.

Die Zuweisung erfolgt zumeist durch die behandelnden Ärzte oder das Pflegepersonal (**► Abschn. 2.1**), seltener auf Initiative des Patienten oder seiner Angehörigen. Dem Patienten muss sich der Therapeut auch in seiner Funktion erst vorstellen und ihm – wenn dies durch die zuweisenden Ärzte nicht ausreichend erfolgt ist – erklären, warum er ihn aufsucht. Zudem ist der üblicherweise dyadische Kontakt zwischen Psychotherapeut und Patient von Beginn an als Triade gestaltet. Der Therapeut erhält immer schon mehr oder weniger Informationen von den zuweisenden Ärzten bzw. vom Pflfeteam. Dies gilt es beim Erstkontakt zu berücksichtigen.

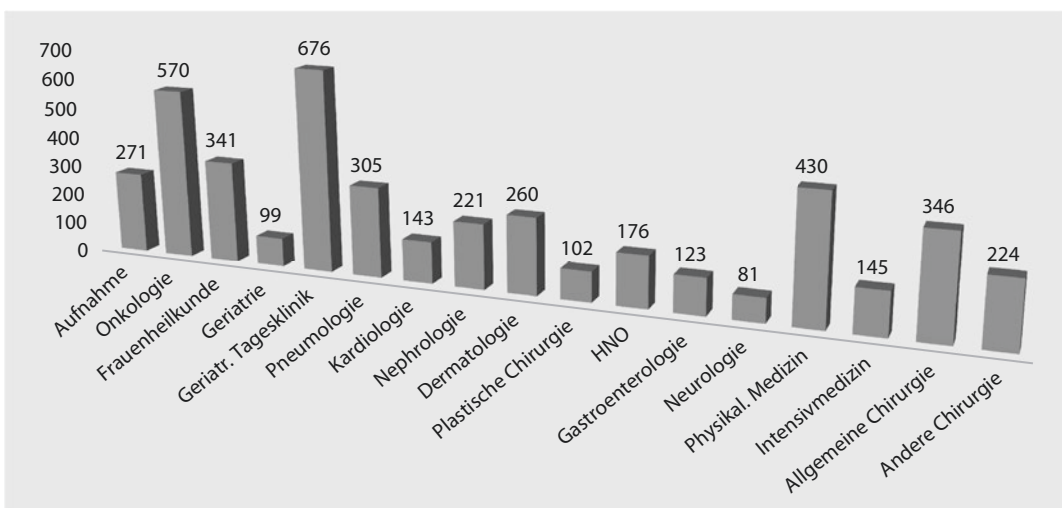
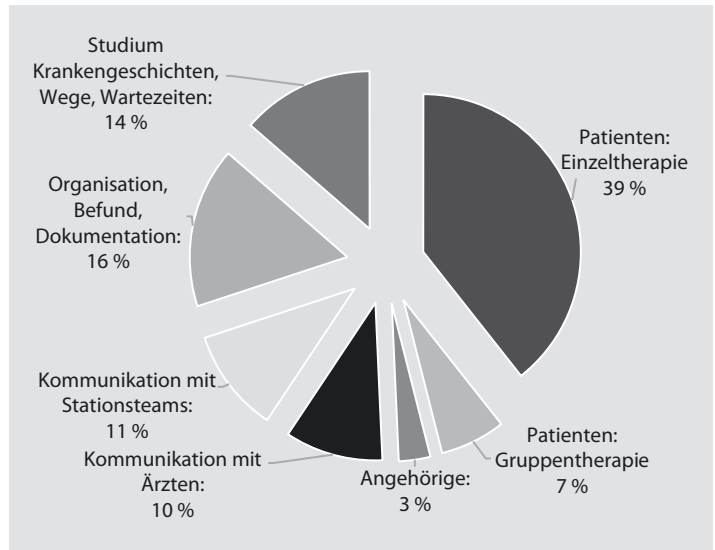


Abb. 2.1 Psychosomatischer Konsiliar-Liaison-Dienst am Klinikum Nürnberg im Jahr 2016: Zahl der Fälle pro Abteilung (insgesamt 4455 Fälle)

241 **Abb. 2.2** Verteilung der
242 Tätigkeitsbereiche im Konsiliar-
243 Liaison-Dienst (insgesamt 12.500
244 Stunden im Jahr 2016, dokumentiert
245 in der Datenbank CL-BaDo). (Söllner
246 et al. 2005)



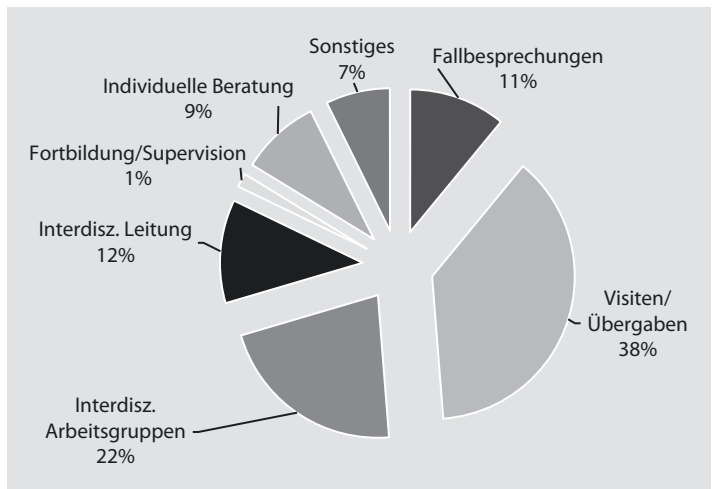
259 Fallbericht Herr Camaroli

260 Der behandelnde Onkologe ruft mich an und bittet
261 mich, bei Herrn Camaroli, einem 63-jährigen Gast-
262 wirt italienischer Abstammung, eine konsiliarische
263 Visite zu machen. Der Patient leide an Lungenkrebs.
264 Durch die Chemotherapie sei es zu einem unüb-
265 lich massiven Absturz der weißen Blutkörperchen
266 gekommen und in der Folge hätte Herr C. eine
267 Pneumonie und eine Sepsis entwickelt. Der Zu-
268 stand sei dadurch akut lebensbedrohlich gewesen,
269 und Herr C. hätte auf der Intensivstation behandelt
270 werden müssen. Er sei jetzt „über den Berg“. Die

Krebserkrankung sei von einem histologischen Typ,
der gut auf eine Chemotherapie anspreche; die Tu-
moren hätten sich auch schon zurückgebildet. Herr
C. sei über seine Krankheit offen informiert worden.
Es stehe in einigen Wochen ein weiterer „Stoß“ der
Chemotherapie bevor. Er, der Onkologe, habe den
Eindruck, dass Herr C. sehr unter Ängsten leide, aber
nicht darüber sprechen könne.

Als ich das Zimmer betrete, sitzt Herr C. im Bett, die
Rückenlehne hochgestellt. Er hängt an einer Infu-
sion. Er ist blass, schmal im Gesicht und wirkt älter
als 63 Jahre. Ich stelle mich vor. Herr C. begrüßt mich

273 **Abb. 2.3** Aktivitäten mit
274 Stationsteams (insgesamt 801
275 Stunden im Jahr 2016, dokumentiert
276 in der Datenbank CL-BaDo). (Söllner
277 et al. 2005)



2.3 · Das psychotherapeutische Setting

mit ernstem Gesicht, drückt mir die Hand, wobei ich den Eindruck habe, er versucht fester zuzudrücken als er kann, beobachtet mich mit großen Augen sehr aufmerksam, wie es mir scheint, etwas zweifelnd und misstrauisch. Er bietet mir einen Stuhl an, und als ich mich gesetzt habe, meint er, Prof. G. habe ihm geraten, mit mir ein oder vielleicht einige Gespräche zu führen; das könne den Genesungsprozess begünstigen. Er habe dem gleich zugestimmt und bitte mich, ihm zu sagen, was ich von ihm wissen wolle. Ich habe den Eindruck, dass er sich bemüht, seine Schwäche nicht zu zeigen und mir zu signalisieren, dass er trotz der schweren Erkrankung „Herr der Lage“ sei. Nachdem ich ihm gesagt habe, was ich von Prof. G. über ihn weiß und dass Prof. G. damit recht habe, dass durch psychotherapeutische Gespräche die Bewältigung einer schweren Erkrankung manchmal unterstützt werden könne, bitte ich ihn zu berichten, wie es ihm momentan gehe und was ihn beschäftige.

Man kann einen Schwerkranken, den der Psychotherapeut am Krankenbett aufsucht, natürlich nicht fragen: „Was führt Sie zu mir?“. Es ist immer notwendig zu erklären, wer man ist, warum man zu ihm kommt, was man von ihm bereits weiß und ihn zu fragen, ob er das Gespräch auch möchte.

- **Wenn dies der Fall ist, leite ich das Gespräch gerne mit einer doppelten offenen Frage ein: Wie es dem Patienten im Moment gehe und was ihn beschäftige. Damit erweitere ich gleich am Anfang die Perspektive und leite von einer medizinisch-klinischen zu einer psychologischen Ebene.**

Nicht alle Patienten sind psychotherapeutischer Unterstützung gegenüber so offen wie Herr C.. Manche stimmen einem Konsil dem Arzt zuliebe zu oder weil sie es gewohnt sind, ärztlichen „Verordnungen“ Folge zu leisten. Die Motivation dieser Patienten muss geklärt und sie müssen für eine psychotherapeutische Unterstützung unter Umständen erst gewonnen werden. Dazu benötigen sie zunächst einmal Information über diese Form der Unterstützung. Etwa in der Art: „Ich habe von Ihrem behandelnden Arzt, Dr. X., gehört, dass Sie an einer schweren Darmerkrankung leiden und deshalb kürzlich

operiert werden mussten. Dies ist sicher nicht einfach zu verarbeiten. Manchmal hilft es, darüber unter vier Augen oder auch im Beisein einer Vertrauensperson zu sprechen. Ich arbeite hier im Krankenhaus mit der chirurgischen Abteilung regelmäßig zusammen und biete solche psychotherapeutischen Gespräche an. Wenn Sie dies wollen, kann ich Sie während ihrer stationären Behandlung ein- oder zweimal pro Woche besuchen.“

Selten drücken Patienten offene Ablehnung aus („Ich komm doch allein zurecht und brauch keinen Psychiater!“). Dies ist meist Ausdruck eines starken Autonomiewunsches eines Patienten. Ich reagiere darauf meist, indem ich bekräftige, dass nur er selbst mit seiner Krankheit zurechtkommen könne und dass er mein Gesprächsangebot zu einem Zeitpunkt annehmen könne, den er für angebracht halte. Oft ergibt sich dann daraus spontan ein Gespräch. Wenn der Patient bei seiner Ablehnung bleibt, ist damit für einen eventuellen späteren Zeitpunkt ein Kontakt gebahnt.

Der Ausdruck „psychotherapeutische Unterstützung“ drückt den vorwiegend supportiven Charakter der Psychotherapie am Krankenbett aus. Sie ist meist von kurzer Dauer (mit Ausnahme der psychotherapeutischen Begleitung von Patienten, die viele Wochen oder Monate im Krankenhaus verbringen) und muss auf die Bewältigung der zunächst anstehenden Probleme fokussiert sein, z. B. die Angst vor einer bevorstehenden Behandlung oder die Frage, wie der Patient die Diagnose seinen Kindern mitteilen solle. Häufig gehen aber auch nur wenige Gespräche sehr „in die Tiefe“.

- **Eine schwere Erkrankung ist eine Lebenskrise, in der „wie im Brennglas“ oft existenzielle Themen oder lange ungelöst gebliebene Probleme an die Oberfläche drängen und vom Patienten zur Sprache gebracht werden. Die „Kunst“ der therapeutischen Gesprächsführung besteht darin, diesen Themen Raum zu geben, aber den Patienten immer wieder auf die zur aktuellen Bewältigung anstehenden Aufgaben zurückzuführen.**

Eine Besonderheit der Psychotherapie im Konsiliar-Liaison-Setting ist die Interaktion im Dreieck

zwischen dem Patienten (und evtl. seinen Angehörigen), den „somatischen“ Behandlern und dem Psychotherapeuten (Söllner u. Lampe 1997). Dies betrifft vor allem auch die Frage nach der Vertraulichkeit. Der Patient muss wissen, dass der CL-Therapeut Teil des medizinischen Teams ist und sich mit diesem austauscht. Dass er einerseits wichtige Informationen mit dem medizinischen Team teilt (z. B. über Belastungen des Patienten oder seiner Angehörigen neben seiner Erkrankung, welche aber für die medizinische Behandlung bedeutsam sein können; oder über Suizidgedanken des Patienten) und andererseits diejenigen Gesprächsinhalte, deren Besprechung mit dem Team für eine gute medizinische Behandlung nicht wesentlich sind, vertraulich behandelt. Ich vereinbare dies im Einzelfall mit dem Patienten.

- **Die Interaktion im Kontext des Systems Krankenhaus ermöglicht aber auch einen diagnostischen Blick auf das Verhalten von Patienten, Angehörigen und medizinischem Team. Die Krankenstation wird zur Bühne, auf der die bewussten und unbewussten Inszenierungen beobachtbar werden.**

Es bildet sich eine Szene der unbewussten Interaktionen ab, welche in einem Reflexionsprozess psychodynamisch verstanden werden kann („szenisches Verstehen“, Argelander 1970b, Lorenzer 1985, Laimböck 2015).

Der CL-Therapeut ist dabei als außerhalb des engeren Teams stehender professioneller Helfer einerseits ein Beobachter „von außen“, der die szenische Gestaltung beobachten und reflektieren kann, andererseits immer auch Teil der Inszenierung. Deshalb muss er komplizierte Inszenierungen auch im Rahmen der Supervision oder Intervention im CL-Team reflektieren. An unserer Klinik nutzen wir dazu eine wöchentliche Balintgruppe, in der die CL-Mitarbeiter diese szenischen Inszenierungen und ihre eigene Beteiligung daran im Kreis der Kollegen analysieren können. Dabei wird ein Konsil im „Feld“ einer Krankenstation oder Ambulanz wie auf einer Bühne mit verschiedenen Akteuren und deren bewussten und unbewussten Motiven und Handlungen („Inszenierungen“) verstanden (Oberhoff 2002).

Fallbericht: Herr Zumtobel und die Stations-„Szene“

Eine Mitarbeiterin berichtet in der Balintgruppe von Herrn Zumtobel, einem Patienten Anfang 40, der wegen eines Karzinoms erneut in der onkologischen Abteilung stationär zur Chemotherapie aufgenommen wurde. Die Metastasen würden nun „explodieren“. Sie kennt Herrn Z. schon von früheren Aufenthalten in der onkologischen Intensivstation, zuletzt vor einem dreiviertel Jahr. Sie habe mehrfach Gespräche mit ihm geführt und einen guten Kontakt zu ihm herstellen können. Er sei ihr zunehmend sympathisch geworden. Ihr sei aber aufgefallen, dass er auf der Station dazu geneigt habe, viele, eher oberflächliche Gesprächskontakte zu suchen. Diesmal sei er auf einer anderen Station aufgenommen worden, für die sie als Liaison-Mitarbeiterin nicht zuständig sei. Sie habe davon erfahren und beschlossen, ihn ohne Anforderung spontan aufzusuchen. Zu ihrer Überraschung habe Herr Z. abweisend reagiert und kritisiert, dass sie ihren Besuch nicht angemeldet habe. „Aber nachdem Sie nun schon einmal da sind, können wir auch sprechen.“ Nach einem kurzen Gespräch verabschiedet er sich herzlich und bittet die Therapeutin, wiederzukommen. Die Kollegin bringt diese Begegnung in die Balintgruppe ein, weil sie ein „Unbehagen“ gespürt habe. Sie möchte die Situation besser verstehen. Sie schildert die Begegnung detailliert, aber emotional distanziert.

Die Kollegen in der Balintgruppe nehmen die Diskrepanz zwischen der Schwere der Erkrankung und der emotionalen Reaktion des Patienten und der Therapeutin wahr. Es fällt auch auf, dass die Therapeutin kaum etwas über die Angehörigen des Patienten und die Reaktionen des Stationsteams berichtet hat. Die Fantasien der Mitglieder der Balintgruppe drehen sich um den Besuch der Therapeutin bei Herrn Z., der „wie ein Privatbesuch“ wirke. Der Patient hätte sich eine Anmeldung gewünscht, um sich „herrichten“ zu können, um nicht als Schwerkranker zu erscheinen. Er habe die Therapeutin „wie zur Audienz empfangen und wieder entlassen“. Das von der Therapeutin berichtete Unbehagen wird nachvollziehbar. Einzelne Gruppenmitglieder empfinden Ärger auf den Patienten („Ich würde nicht mehr hingehen, wenn ich nicht gerufen werde“), andere drücken Gefühle von Ohnmacht und Trauer

2.3 · Das psychotherapeutische Setting

angesichts der aussichtslosen Situation des Patienten aus.

Es bilden sich Szenen auf verschiedenen Ebenen ab:

- Die Szene zwischen Patient und Therapeutin:
Der „Privatbesuch“ unter Ausschluss von Dritten, der Patient lädt die Therapeutin durch seine Offenheit bei früheren Aufenthalten ein, weist sie zurück und lädt sie erneut ein, wiederzukommen.
- Die Szene zwischen Patient, Therapeutin und den „Dritten“ (Stationsteam und Angehörigen):
Die Therapeutin ist „fremd“ im Team, sie meidet den Kontakt mit dem Stationsteam, geht zum Patienten, ohne vorher das Team kontaktiert zu haben. Sie hat Sorge, vom Team als „fremde Therapeutin“ nicht akzeptiert zu werden, gleichzeitig aber auch Angst, von diesem Team vereinnahmt zu werden und zusätzliche Arbeit aufgehalst zu bekommen.
- Die Szene in der Balintgruppe: Die Therapeutin klammert zunächst Gefühle von Angst, Verzweiflung und Trauer aus ihrem Bericht aus. Die Kollegengruppe hilft durch Mitteilen von Fantasien und Gefühlen (Ärger, Ohnmacht, Trauer).

Durch das „Zentrieren auf Interaktionsszenen“ (Lorenzer 1985) können Rückschlüsse auf unbewusste Wünsche, Ängste und Beziehungsfantasien des Patienten gezogen werden (Bedeutungen von Inszenierungen). Ereignisse, Vorstellungen und Gefühlszustände müssen „auf den verschiedensten Schauplätzen aufgespürt und miteinander verbunden“ werden (Oberhoff 2002). Einen wichtigen Zugang dazu bieten die szenische Gestaltung in der Balintgruppe und die Gegenübertragung des Therapeuten bzw. der Mitglieder der Balintgruppe (Bauriedl 1994, Söllner u. Lampe 1997). In der Balintgruppe wird aus dem Puzzle an Szenen unter Zusammenschließen mehrerer Materialteile eine psychologische Gestalt („Sinngestalt“) erarbeitet und daraus eine erste psychodynamische Hypothese gebildet. Leitmerkmal der Hypothesenbildung ist das „Verstehen in kleinen Schritten [...] einer sich immer wieder vollendenden Gestaltbildung“ (Devereux 1976).

Fallbericht Herr Zumtobel (Fortsetzung)

Aus den Szenen auf den verschiedenen Ebenen lässt sich die Hypothese ableiten, dass Herr Z.

einerseits Nähe in Beziehungen sucht und sie gleichzeitig abwehrt. Er versucht, Beziehungen zu kontrollieren (empfängt „Liebesobjekte“ und schickt sie weg), um heftige Affekte (Trauer und Wut) zu beherrschen. In der Gruppe taucht die Vermutung auf, Herr Z. gestalte aus der „Angst vor Vereinnahmung“ seine Beziehungen nach einem narzisstischen Modus. Hierzu fehlt aber noch „Material“ aus der Lebensgeschichte des Patienten. Im Kontext des Systems Krankenhaus zeichnen sich ähnliche konflikthafte und bezüglich der Gestaltung von Nähe und Distanz ambivalente Beziehungen ab. Die Therapeutin erlebt Angst vor Ausgrenzung und gleichzeitig vor Vereinnahmung durch das fremde Stationsteam. Gibt es darüber hinaus Rivalitäten zwischen den verschiedenen Stationen (Intensiv- und „Normal“station)?

Die beobachtbare psychologische Gestalt (Szene) ist durch Abwehrmechanismen „inkomplett“ (Devereux 1951). Sie kann erst durch Klärung und Deutung (Herstellen des „vollen psychologischen Spektrums“) mit dem Patienten bzw. mit dem Stationsteam komplettiert werden. Komplettiert werden müssen

- kognitive und affektive Anteile der beteiligten Akteure,
- die verschiedenen Anteile im System,
- die im Lauf des Lebens des Patienten/der Institution verlorengegangenen Bedeutungsanteile.

Ziel ist dabei, über das tiefere szenische Verstehen der Psychodynamik (Argelander 1970b, Lorenzer 2002) zu einer Reflexion und Veränderung des Handelns zu kommen.

Fallbericht Herr Zumtobel (Fortsetzung)

Am Ende der Balintgruppensitzung wird gemeinsam überlegt, wie die Therapeutin den Anliegen des Patienten und der Station besser gerecht werden und sich dabei selbst wohler fühlen kann. Es wird deutlich, dass die Therapeutin trotz der zunächst abgewehrten Ohnmachtsgefühle den Patienten nicht nur „privat“ besuchen, sondern auch weiter behandeln und in seiner schwierigen letzten Krankheitsphase begleiten möchte. Dazu ist eine Klärung mit dem Patienten, dem Stationsteam und der für diese Station zuständigen psychologischen Kollegin nötig.

Das Gespräch mit dem Stationsarzt und der Stationsschwester verläuft angenehm und konstruktiv. Die Kollegin ist erleichtert, dass die Therapeutin, die Herrn Z. schon kennt, die weitere Behandlung übernimmt. Die Therapeutin vereinbart einen Termin über das Pflegepersonal. Diesmal kommt sie in professioneller Funktion. Der Patient erwartet sie angezogen und im Rollstuhl sitzend, das Pflegeteam hat ein Schild „Bitte nicht stören“ gemalt und an die Tür gehängt. Auf die Frage der Therapeutin, ob es ihm recht sei, wenn sie auch auf dieser Station seine psychologische Unterstützung übernehme, reagiert Herr Z. erfreut. Er wünscht sich, dass die Therapeutin einmal pro Woche vorbeikommt und von sich aus einen Termin sucht.

Im weiteren Gespräch äußert Herr Z. Enttäuschung über seine Kinder, die ihn in den Weihnachtsferien nicht anriefen. Seine beiden Eltern seien vor drei Jahren gestorben. In seiner Familie habe nur Leistung gezählt. Gefühle seien „höchstens zu Weihnachten“ ausgedrückt worden. Vom Erbe habe er sich ein Wohnmobil gekauft, das die Familie wegen seiner Krebserkrankung noch nicht habe nutzen können. Es stehe jetzt im Garten. Er habe sich vorgenommen, das nächste Wochenende, an dem er nach Hause dürfe, allein im Wohnwagen zu verbringen. Die Therapeutin spürt nun mit aller Vehemenz die Einsamkeit und Trauer des Patienten. Als sie dies in der nächsten Sitzung der Balintgruppe berichtet, können sich alle besser in den Patienten einfühlen, den „Egoismus“ des Patienten besser akzeptieren. Die imaginierte Szene mit dem „Wohnmobil im familiären Garten“ ermöglicht das Verstehen, dass er „im Wohnmobil“, das heißt in seiner abgegrenzten Welt, deren Bewegung er kontrollieren kann, aufgesucht werden möchte.

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass auch sehr kurze Interventionen in der akuten Phase einer Krankheit die akute Bewältigung der Erkrankung verbessern und Angst und Depression sogar über längere Zeit vermindern können. Nicht nur Interventionen durch Konsiliarpsychosomatiker, -psychiater oder -psychologen sind hilfreich (Herzog et al. 2003), sondern auch solche durch geschultes Pflegepersonal. Die Wirkung solcher Kurzinterventionen ist bei Koronarpatienten (Thompson u. Meddis 1990, Rollman et al. 2009, Davidson et al.

2013), Diabetikern (Katon et al. 2010a) und Krebspatienten (Ell et al. 2008, Faller et al. 2013) gut belegt. Bei der Behandlung chronisch Kranker mit begleitenden Depressionen oder Angststörungen zeigen sogenannte Collaborative-Care-Ansätze die besten Effekte: Dabei kontaktieren geschulte Care Manager (Pflegepersonen oder Sozialarbeiter) die Patienten über längere Zeiträume, erheben die psychosoziale Belastung und führen unter der Supervision von Psychiatern oder Psychosomatikern einfache psychologische Interventionen durch (Psychoedukation, stützende und ressourcenorientierte Gespräche, Achtsamkeitstraining). Wenn dies nicht ausreicht, werden die Patienten im zweiten Schritt durch die CL-Spezialisten behandelt (Unützer et al. 2006, Katon et al. 2010b, Strong et al. 2008, Sharpe et al. 2014, Huffman et al. 2014).

2.3.2 Ambulante Einzeltherapie

In der psychotherapeutischen Praxis verläuft das Erstgespräch mit körperlich Kranken ähnlich wie Erstgespräche mit Patienten, die primär wegen psychischer Probleme zum Therapeuten kommen. Die Gestaltung des Erstinterviews in der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist ausführlich bei Argelander (1970a), Eckstaedt (1991) und Laimböck (2000) beschrieben. Auf einige Besonderheiten bei körperlich kranken Patienten sei im Folgenden hingewiesen.

Der „geschickte“, nicht selbstmotivierte Patient

Hinter dem Eröffnungssatz „Mein Hausarzt meint, ich solle zu Ihnen kommen“ oder „Meine Frau drängt mich, es mit Psychotherapie zu versuchen“, scheint sich der Wunsch zu verbergen, der Therapeut möge dem Patienten versichern, dass in seinem Fall Psychotherapie gar nicht angezeigt sei. Er selbst würde ja ganz gut mit der Situation zurechtkommen. Aber da er jetzt nun mal da sei ...

Argelander vermutet hinter diesem Modus des von anderen vorgeschickten Patienten eine „soziale Krankheit“, das heißt, dass das „sichtbare Phänomen“ des Vorgeschicktheins Ausdruck einer Dynamik ist, welche „mehrere Personen umfasst und deshalb

im Prozess eines sozialen Feldes ausgetragen wird“ (Argelander 1970a, S. 28 ff.). Argelander berichtet, dass er seine ursprüngliche Meinung revidieren musste, dass dieser Typus des Einstiegs in eine psychotherapeutische Behandlung prognostisch ungünstig sei, weil der Leidensdruck des Patienten fehle. Häufig liege eine unbewusste Motivation für eine Behandlung vor, die eben erst aufgedeckt werden müsse. Er biete in einem solchen Fall aber auch den zur Behandlung drängenden Angehörigen einen Gesprächstermin an, „wenn die Angehörigen die Beschäftigung mit dem Patienten zu sehr stören“ (ders., S. 29).

Der „klagsame“ Patient, der hartnäckig an seinen Körperbeschwerden festhält

Eigentlich ist dieses Verhalten für Patienten, die an einer schweren körperlichen Krankheit leiden, nicht typisch. Adler (1981) wies darauf hin, dass es geradezu ein Zeichen für den funktionellen (soma-toformen) Charakter von chronischen Schmerzen sei, wenn Patienten hartnäckig immer wieder ihre Körperbeschwerden in den Vordergrund rückten. Patienten mit einer organisch begründeten Schmerzstörung würden im Gegenteil dazu neigen, ihre Schmerzen stoisch zu ertragen. Dies stimmt zwar häufig mit der klinischen Erfahrung überein, ist aber für eine sichere differenzialdiagnostische Zuordnung nicht geeignet. Der chronische Schmerz kann – insbesondere wenn er mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht einhergeht – so überwältigend werden, dass er alle anderen Wahrnehmungen und Gedanken überschattet und in der Therapie zur stereotypen Klage wird. Hofmann und Egle (1989) weisen darauf hin, dass es in solchen Fällen zunächst notwendig ist, „die Körperklage entgegenzunehmen“, um eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung herzustellen.

Der Patient, der sich von der Psychotherapie eine Heilung seiner Krankheit erwartet

Fallbericht Herr Ecker

Herr Ecker hatte um einen dringenden Termin „zur Beratung“ gebeten. Es gelang ihm, meine Sekretärin

davon zu überzeugen, dass sie dies noch kurz vor meinem Urlaub möglich machte. Er erschien angespannt, wie von Gram gebeugt, und eröffnete das Gespräch mit dem Satz: „Meine Frau hat Krebs.“ Er berichtete, dass sie vor zehn Tagen operiert worden sei, jetzt vorübergehend nach Hause entlassen werde, um sich dann einer onkologischen Rehabilitationsbehandlung und der nachfolgenden Chemotherapie zu unterziehen. Er freue sich darauf, wenn sie jetzt nach Hause käme, mache sich aber große Sorgen wegen der Chemotherapie, weil man ja wisse, dass diese auch gesunde Körperzellen zerstöre. Er schloss den Bericht mit der Frage „Was kann ich tun, um ihr zu helfen?“

Ich wunderte mich zunächst, warum er nicht mit ihr gemeinsam gekommen sei, und hatte den Eindruck, dass er sich zwar auf ihr Heimkommen freue, aber auch in großer Not sei, wenn sie nach Hause entlassen würde. Ich entgegnete auf seine Frage, dass es wohl für sie beide ganz schwierig sei, mit der Situation zurechtzukommen und die richtigen Entscheidungen zu treffen. Dann fragte ich nach dem Befinden seiner Frau. Ich erfuhr lediglich, dass ihr in der Klinik eine psycho-onkologische Unterstützung angeboten worden sei, welche sie auch angenommen hätte. Er berichtete dann von seiner 30-jährigen Partnerbeziehung, die leider kinderlos geblieben sei. Sie seien sehr „zusammengewachsen“. Seine Frau sei 10 Jahre jünger als er. Er habe immer gedacht, dass er einmal vor ihr sterben würde. Jetzt wurde mir die Ursache für seinen inneren Druck klarer. Es wurde für mich nachvollziehbar, dass er große Angst hatte, seine Frau zu verlieren und allein zu bleiben. Ich spürte aber, dass dieses Thema noch nicht „spruchreif“ war. Im Verlauf des weiteren Gesprächs stellte sich heraus, dass Herr E. eine ausgeprägt psychologische Sichtweise (Kausalattribution) der Ursachen der Krebserkrankung hatte. Seine Frau und er seien überzeugt, dass psychische Faktoren zur Entstehung der Krebserkrankung wesentlich beigetragen hätten und dass deshalb psychologische Behandlungsmaßnahmen auch zur Heilung nötig seien. Diese sollten möglichst umgehend beginnen. Man warte ja auch mit der Chemotherapie nicht zu. Diese in meinen Augen überzogene Hoffnung und der damit verbundene Druck machten es mir nicht gerade einfach, mir eine Psychotherapie mit Herrn E. oder dem Paar

vorzustellen. Die starke Angst und die Ohnmachtsgefühle von Herrn E. weckten in mir jedoch „väterliche Gefühle“. Dahinter vermutete ich auch Schuldgefühle, ob er wohl im Leben und in der Partnerschaft alles „richtig“ gemacht habe, wenn seine Frau an Krebs erkrankt war. Zunächst aber schien es mir wichtig, die Angst anzuerkennen und zu benennen. Dies erleichterte Herrn E. sicher nicht, ermöglichte aber, dass er sich verstanden fühlte. So ließen sich die nächsten Schritte planen. Ich schlug Herrn E. ein Paargespräch nach meinem Urlaub vor. Zwischenzeitlich könnten er und seine Frau sich doch um weitere Gespräche bei der Psychologin, die seine Frau in der Klinik betreut hatte, bemühen. Rasch merkte ich, dass Herr E. damit nicht zufrieden war. Er erkundigte sich nach weiteren Therapeuten, die in der Behandlung von Krebspatienten erfahren seien. Er schien der jungen Psychologin keine ausreichende Kompetenz zuzutrauen.

Spontan würde ich in solchen Fällen dazu neigen, die primär psychologische Krankheitssicht der Patienten in Frage zu stellen bzw. zumindest zu relativieren. Aufzuklären, dass die bisherige Forschung keinen Nachweis für eine direkte psychologische Krebsverursachung gezeigt habe und dass biologische Faktoren ein großes Übergewicht in der Krebsentstehung und beim Verlauf einer Krebserkrankung haben (Söllner 2010). Dies würde mir als Therapeut viel Druck wegnehmen. Ich habe aber die Erfahrung gemacht, dass Patienten der Behandlung fernblieben, wenn ich dies tat. Offensichtlich habe ich mit solchen Aussagen, auch wenn sie wissenschaftlich belegt und korrekt sind, das Bedürfnis der Patienten nach Hoffnung, die primär auf das Überleben gerichtet war, missachtet. Und die Hoffnung, selbst etwas zur Heilung der Erkrankung beitragen zu können. Ich halte mich jetzt mit solchen Aussagen – zumindest zu Beginn der Behandlung – zurück, mache aber auch keine Hoffnung, dass mit Psychotherapie der Krebs zu heilen ist. Schwierig ist dies jedoch, wenn der Psychotherapeut dieselbe psychologische Krankheitstheorie hat wie der Patient und unrealistische Hoffnungen verstärkt. Dies führt häufig zu Enttäuschung und zur Entwicklung von Schuldgefühlen, wenn der Krebs wieder auftritt oder fortschreitet. Dann entwickeln sich bei Patient und Therapeut Gefühle, versagt zu haben (Söllner 2016).

Auch wenn mit Psychotherapie keine schwere körperliche Erkrankung heilbar ist, kann sie zu einer

besseren Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität und bei einigen Erkrankungen zur Verminderung von Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf der Erkrankung beitragen (z. B. über eine gesündere Ernährung, Alkohol- und Nikotinkarenz).

2.3.3 Interventionen mit Familien

Das obige Fallbeispiel zeigt, wie schwierig es oft ist, zu klären, wer der eigentliche Patient ist. Die systemische Therapie spricht vom sogenannten Indexpatienten, das heißt demjenigen Familienmitglied, dem von der Familie die Patientenrolle zugewiesen wird. In Krisensituationen rücken Menschen näher zusammen. So auch in Familien. Wenn dann schon vorher keine klaren Beziehungsgrenzen zwischen den Familienmitgliedern bestanden haben, führt dieses Zusammenrücken zu einem „Verschmelzen“ von Beziehungen. Es kann nicht mehr klar unterschieden werden, wer welche Wünsche und Ängste hat, wer welche Bedürfnisse hat und wer was braucht, damit es ihm/ihr wieder psychisch besser geht (siehe dazu die Konzepte des „enmeshment“ nach Minuchin 1974 und der Ersatzpartnerschaft nach Bauriedl 1994, S. 114). In solchen Familien ist es deshalb sinnvoll, zunächst ein oder mehrere klärende Paar- oder Familiengespräche vorzuschlagen, in denen die Gefühle und Bedürfnisse jedes Einzelnen immer wieder klar erfragt werden, um die Herstellung sicherer Beziehungsgrenzen zu fördern. Dann wird auch klarer, wer welche Form von Hilfe braucht und ob eine Paar- oder Familientherapie wirklich von allen gewünscht wird.

➤ **Eine besondere Situation ergibt sich, wenn ein Elternteil minderjähriger Kinder schwer erkrankt. Die Lebenskrise des Einzelnen ist dann immer auch eine Familienkrise.**

Jeder geht mit der Angst auf seine Weise um. Für den betroffenen Elternteil und seinen/ihren Partner stellen sich dann unter anderem Fragen wie

- „Wie sprechen wir mit unseren Kindern?“
- „Was sagen wir ihnen über die Krankheit und wie?“
- „Wie gehen wir mit der Krankheit und den Reaktionen der einzelnen Familienmitglieder um?“

In dieser Situation brauchen Eltern und Familien Beratung und Unterstützung. In einigen klinischen Zentren wurden dafür Beratungsmodelle für Familien eingerichtet. Als Beispiel für ein Beratungsangebot für Kinder krebskranker Eltern ist das COSIP-Beratungskonzept (Children of Severely Ill Parents) zu erwähnen, das von Hamburg ausgehend auch an anderen Zentren etabliert wurde (Möller et al. 2014). Es handelt sich um ein präventives, ressourcenorientiertes Angebot zur Unterstützung der vorhandenen Bewältigungsstrategien der Eltern und Kinder (Romer et al. 2007). Das Beratungsangebot wird von den betroffenen Familien gut angenommen. Die Evaluierung ergab ein verbessertes Kompetenzerleben der Eltern bei der Bewältigung der familiären Belastung und eine Steigerung aktiver Coping-Muster bei den Kindern (Paschen et al. 2007).

Am Klinikum Nürnberg haben wir eine Initiative „Familien Leben mit Krebs“ ins Leben gerufen. Eine Psychotherapeutin und eine Sozialarbeiterin bieten den betroffenen Eltern und Familien niederschwellig und kostenlos Beratung an. Dies kann von einem Telefonat über eine kurze Krisenintervention bis zu einer längeren Paar- oder Familienberatung gehen.

Fallbeispiele aus dem Projekt „Familien leben mit Krebs“¹

Herr Diepold hat erfahren, dass er Bauchspeicheldrüsenkrebs hat. Er hat zwei Söhne im Alter von 6 und 13 Jahren. Seine Ehefrau kümmert sich während seines Krankenhausaufenthaltes zuhause allein um die Kinder. Die Kinder wurden von den Eltern gemeinsam über die Erkrankung des Vaters aufgeklärt. Es wurde offen über das Thema Krebs gesprochen, Fragen wurden beantwortet. Die Kinder dürfen den Vater im Krankenhaus besuchen. Herr D. wünscht ein Gespräch mit der Psychotherapeutin, da er unsicher ist, ob dieser Umgang mit den Kindern richtig ist. Bestätigung von einer „Fachkraft“ ist sehr wichtig für ihn und hilft ihm, seine Sorgen zu reduzieren.

Frau Lieber ist seit 5 Jahren an Brustkrebs erkrankt. Nun haben Metastasen die Leber massiv befallen. Sie hat zwei Söhne von 11 und 13 Jahren. Die Patientin ist alleinerziehend. Im Rahmen der ambulanten

Chemotherapie erfährt sie, für sie überraschend, dass sie in der Klinik bleiben muss. Sie wird 5 Tage später verstorben sein. In der Zeit dazwischen wird sie von der Psychotherapeutin unterstützt und darin bestärkt, ihre Söhne über die palliative Situation aufzuklären und mit ihnen gemeinsam zu trauern. Die projektzugehörige Sozialpädagogin klärt mit Frau L. die Versorgung der Söhne in der Zeit der palliativen stationären Behandlung und nach ihrem Tod. Die Kinder werden bis zum Tod der Mutter bei vertrauten Personen untergebracht und können die Mutter besuchen. Der neue Partner der Patientin, der zu den Kindern keine enge und vertraute Beziehung hat, wird zudem in seiner Trauer begleitet. Er wird informiert, wo er sich auch nach dem Tod von Frau L. Hilfe holen kann (Krisendienst, Klinik für Psychosomatische Medizin, Hospizverein). In einem Angehörigengespräch nach dem Tod von Frau L. wird er schließlich wegen Suizidalität in der Klinik für Psychiatrie vorgestellt.

Nachdem bei **Herrn Oberhauser** die Diagnose akute myeloische Leukämie gestellt und er stationär aufgenommen worden war, verschlechtert sich sein Zustand innerhalb von zwei Tagen dramatisch. Er hat drei Kinder, zwei Töchter (18 und 13 Jahre) und einen Sohn (15 Jahre). Die Ehefrau ist schockiert und völlig überfordert, wie sie mit den Kindern umgehen soll. Die Kinder sind kaum über die Erkrankung aufgeklärt, da bisher noch gar keine Klarheit über die Diagnose bestand. Die beiden Projektmitarbeiterinnen werden vormittags hinzugezogen, der Patient wird gegen 20 Uhr verstorben sein. Herr O. ist kaum mehr ansprechbar. Er wird dennoch von der Psychotherapeutin informiert, dass sie und ihre Kollegin sich um seine Familie kümmern werden, was ihn sichtbar entspannter atmen lässt. Seine Unruhe lässt nach. Im Gespräch mit der Ehefrau sind zunächst die sie überwältigenden Gefühle das Hauptthema. Als sie halbwegs stabil erscheint (soweit wie in dieser Situation möglich), wird besprochen, ob und wie die Kinder informiert werden sollen. Ein Tagesplan wird erstellt, wer wann bei den Kindern sein wird. Die Psychotherapeutin erscheint wie vereinbart erneut nach einer ca. einstündigen Unterbrechung. Die Ehefrau hat wie besprochen die älteste Tochter informiert; diese ist auch anwesend. Der Schwiegervater hat, wie besprochen, die jüngste Tochter von der Schule geholt und ihr angeboten,

1 Die Fallbeispiele wurden von Frau Dipl.-Psych. Barbara Frank, die lange Jahre dieses Projekt als Psychotherapeutin betreut hat, zur Verfügung gestellt.

sie zum schwerkranken Vater zu bringen. Sie ist ebenfalls am Krankenbett des Vaters. Die Ehefrau selbst und der Sohn sind – entgegen der Absprache – nicht anwesend. Die Töchter sind allein und emotional völlig überfordert beim sterbenden Vater. Die Psychologin begleitet die Töchter von ca. 13 bis 17 Uhr, zieht nach zwei Stunden auf Wunsch den Seelsorger hinzu, mit dem sie dann als Team arbeitet. Er übernimmt die Betreuung der älteren, sie die der jüngeren Tochter. Im Laufe des Nachmittags fassen sich die Töchter, halten es schließlich gut aus, beim Vater am Sterbebett zu sein und sich bewusst zu verabschieden. Die Ehefrau erscheint schließlich gegen 17 Uhr gemeinsam mit dem 15-jährigen Sohn und Verwandten. Durch die Möglichkeit, sich diese „Auszeit“ zu nehmen, ist die Ehefrau stabil genug, um nun mit der Familie gemeinsam Abschied von ihrem Mann zu nehmen.

2.3.4 Gruppentherapie

Martin Grotjahn, ein 1936 aus Berlin in die USA geflohener Psychoanalytiker, hat sich besonders für die analytische Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Störungen und körperlichen Erkrankungen interessiert und solche Patienten gemeinsam mit ihren internistischen Hausärzten in deren Praxis erstinterviewt (Grotjahn 1956/57). Er war einer der Pioniere der analytischen Gruppentherapie und hat diese als besonders geeignet für diese Patienten gefunden. In seinem Buch „Kunst und Technik der Analytischen Gruppentherapie“ schreibt er:

- » Noch ein Thema wird in Gruppen in größerer Tiefe durchgearbeitet, als es in der Zweierbeziehung gewöhnlich möglich ist. Nicht nur Altern und Krankheit, sondern auch Tod und Sterben lassen sich in Gruppen besser besprechen als in der Einzelanalyse. Wenn nur zwei Personen an solchen Dialogen beteiligt sind, klingt oder wirkt es fast immer so, als rede der eine über den Tod des anderen. Bald endet das Zwiegespräch in Schuldgefühlen und Schweigen. In der Gruppe werden die Assoziationen zu Tod und Sterben zwar tief empfunden, aber sie wecken weniger Schuldgefühle und Ängste als in der einsamen

Situation der Einzelanalyse. Ich komme immer mehr zu der Überzeugung, dass die Analyse der Angst vor dem Tod in der Psychotherapie bisher vernachlässigt worden ist. (Grotjahn 1977, S. 275)

Menschen, die unter ähnlichen Problemen leiden, teilen leidvolle Erfahrungen, fühlen sich spontan verstanden und können sich gegenseitig unterstützen. Dies hat zur Entwicklung vieler Selbsthilfegruppen von chronisch Kranken geführt. Die gegenseitige Unterstützung von Menschen, die an ähnlichen Krankheiten leiden, kann auch für die psychotherapeutische Behandlung in Kleingruppen genutzt werden. Am bekanntesten wurden die von Spiegel und Mitarbeitern (1999) initiierten Gruppen mit Krebspatienten. In Anlehnung an das psychodynamische Gruppentherapiemodell von Yalom und Leszcz (2005) bezeichneten sie diese Gruppentherapie als supportiv-expressiv, um damit auszudrücken, dass dabei sowohl das Fördern des Ausdrucks von Emotionen (expressiv) als auch die stützende Haltung der Therapeuten und die gegenseitige Unterstützung in der Gruppe (supportiv) zur Anwendung kommen.

Die supportiv-expressive Gruppentherapie (SEGT) ist eine auf Menschen, die durch schwere Krankheit bedroht sind, ausgerichtete Form der Gruppenpsychotherapie, die insbesondere existenzielle Themen aufgreift. Für Patientinnen mit Brustkrebskrankungen wurden dazu von den Autoren Behandlungsanleitungen (Manuale) entwickelt (Spiegel u. Classen 2000, Classen u. Spiegel 2011, Reuter u. Spiegel 2016).

In der SEGT werden die folgenden Ziele verfolgt:

- Förderung der Kommunikation mit Familienangehörigen und Freunden, um die emotionale und praktische Unterstützung durch sichere Beziehungen zu verbessern;
- Unterstützung des Ausdrucks von Emotionen in der Gruppe und dabei insbesondere der Ängste vor dem Tod und dem Sterben;
- Überdenken der Prioritäten im Leben;
- Unterstützung der Kommunikation mit den medizinischen Behandlern.

Der Gruppenprozess entfaltet sich frei, aber die Therapeuten achten bei den spontan von den Gruppenteilnehmern eingebrachten Themen darauf, die oben

skizzierten Themen und Emotionen aufzugreifen. Die Gruppen finden meist einmal wöchentlich doppelstündig statt und werden durch zwei in der SEGT geschulte Therapeuten geleitet. Spiegel und Classen bauten am Ende der Gruppensitzungen ein Selbsthypnose-Training (ähnlich dem in Mitteleuropa verbreiteten Autogenen Training) ein, damit die Teilnehmerinnen mit Ängsten und Schmerz besser umgehen lernen.

Die Gruppen sind meist halboffen, das heißt wenn ein Gruppenmitglied ausscheidet oder stirbt, rückt ein neues Mitglied nach. Die Dauer der Gruppentherapie richtet sich unter anderem nach der Schwere und Prognose der Erkrankung. Bei guter Prognose wird die Behandlung oft auf einige Monate begrenzt (Classen et al. 2008), bei schwererer Erkrankung oder unsicherer Prognose meist auf mindestens ein Jahr geplant. Den Patienten wird dann aber meist eine längere Teilnahme angeboten. So haben einzelne Patientinnen der von Spiegel und Classen durchgeführten Gruppen bis zu 12 Jahre an der Gruppentherapie teilgenommen (Spiegel et al. 2007). Treffen der Gruppenteilnehmer außerhalb der Gruppentherapie und praktische gegenseitige Hilfe werden gefördert. Das unterscheidet diese Gruppenbehandlung von der analytischen Gruppentherapie, bei der „alles in der Gruppe bleiben soll“, um die Gruppeninteraktionen und die im Verhalten der einzelnen Gruppenteilnehmer in der Gruppe deutlich werdenden Übertragungsmuster quasi „wie in einem Labor“ zu identifizieren und zu deuten.

Supportiv-expressive Gruppen ermöglichen einen Lern- und Entwicklungsprozess durch den offenen Austausch über das emotionale Erleben, Fantasien und Gedanken. Die Gruppenteilnehmer müssen gemeinsam Krisen bewältigen, wenn ein Gruppenmitglied schwerer erkrankt oder stirbt. Für viele ist die Gruppe der einzige Ort, an dem sie sich mit ihren Ängsten, Wünschen und Hoffnungen frei und ohne die Angst, andere allzu sehr zu belasten, ausdrücken können. SEGTs wurden nicht nur mit Krebspatienten durchgeführt, sondern auch mit Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Maunder u. Esplen 2001), multipler Sklerose (Mohr et al. 2001) und HIV-positiven Patienten (Kelly et al. 1993). Für die Anwendung in der ambulanten Versorgung in Flächenstaaten der USA und Kanadas wurden auch telefonbasierte und internetbasierte Formen solcher Support Groups entwickelt

(Winzelberg et al. 2003, Classen et al. 2013, Wiljer et al. 2011, Heckman et al. 2013).

Neben der gegenseitigen Unterstützung ermöglichen Gruppen von Patienten mit derselben Erkrankung auch gegenseitigen Informationsaustausch und gemeinsames Lernen. Deshalb wurden stärker psychoedukativ und verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Gruppentherapien für viele verschiedene Patientengruppen, die an chronischen Erkrankungen leiden, entwickelt. Dabei stehen als Ziele die bessere Kenntnis der Erkrankung und deren Behandlung und damit eine bessere Mitarbeit bei der Behandlung (Adherence) sowie das Erlernen adaptiverer Formen der Krankheitsverarbeitung im Vordergrund. Da Gruppentherapien oft mehrere Ziele verfolgen, werden häufig verschiedene methodische Elemente kombiniert, wie Edukation, verhaltenstherapeutische Ansätze, Entspannungsverfahren, themenzentrierte Interaktion und expressiv-supportive Verfahren. Manche Gruppenbehandlungen – zumeist psychoedukative und verhaltenstherapeutische – sind stärker thematisch strukturiert und eher von kürzerer Dauer (6–20 Sitzungen), andere – meist psychodynamisch supportiv-expressive – sind weniger strukturiert und lassen den Gruppenprozess sich freier entwickeln. In der Gruppentherapie mit schwerkranken Patienten kommen regelmäßig Sinnfragen und spirituelle Fragen zur Sprache, weshalb in einigen psychodynamisch und auch in kognitiv-verhaltenstherapeutisch begründeten Gruppentherapien solche existenzialistischen Themen aktiv aufgegriffen werden (Yalom 2004, Kissane et al. 2003). Manchmal kommen in multimodalen Programmen insbesondere bei schwerkranken Patienten auch kreative, musiktherapeutische oder gestaltungstherapeutische Verfahren zum Einsatz. Diese nonverbalen Verfahren sind besonders gut geeignet, den Ausdruck von Gefühlen zu unterstützen (Söllner et al. 2002, Müller et al. 2007; siehe dazu auch ► [Kap. 6](#)).

Prinzipien der Gruppentherapie mit körperlich Kranken

- Die körperliche Krankheit ausreichend berücksichtigen; deshalb eher homogene Gruppen
- Information (Edukation)

- Hilfestellung bei Gruppenpsychotherapie: Information über die Therapie und mehr Strukturierung
- Arbeit im Hier und Jetzt hat Vorrang
- Angstreduktion durch
 - haltgebende Beziehung („holding function“),
 - strukturierteres Vorgehen und
 - angstreduzierende Interventionen (imaginative Verfahren, Medikation)
- Ausdruck von Gefühlen fördern
- Gegenseitige Unterstützung fördern
- Körpernahe und kreative Verfahren integrieren: Entspannung, Malen, Gestalten, Musik

Empirische Untersuchungen zeigen, dass Gruppentherapien bei Krebspatienten (Fawzy u. Fawzy 1998, Classen et al. 2001, Weis et al. 2007, Faller et al. 2013), Koronarpatienten (Tully u. Baumeister 2015, Herrmann-Lingen et al. 2016), Diabetikern (Kulzer et al. 2013), chronischen Schmerzpatienten (Kamper et al. 2014, Arnold et al. 2014), Tinnituspatienten (Jasper et al. 2014) und HIV-positiven Patienten (Kelly et al. 1993, Heckman et al. 2013) die psychische Belastung reduzieren und die Kenntnis über die Erkrankung und deren Behandlung verbessern können. Auswirkungen auf den biologischen Verlauf einer schweren körperlichen Erkrankung konnten jedoch bislang nicht sicher nachgewiesen werden (siehe die Metaanalysen von Edwards et al. 2009 und Faller et al. 2013). Vergleiche zwischen Einzel- und Gruppentherapien zeigten keinen Vorteil der einen oder der anderen Therapieform (Faller et al. 2013). Viele scheinen von Gruppentherapien zu profitieren, aber nicht alle Patienten können oder wollen sich auf eine solche Behandlung einlassen. Je nach vorwiegend zu bearbeitender Problematik, Vorerfahrungen mit Psychotherapie und Persönlichkeit des Patienten ist die Indikation auch hinsichtlich des therapeutischen Settings (Einzel-, Paar-, Gruppen- oder Familientherapie) adaptiv zu stellen.

2.3.5 Integrierte stationäre Behandlung

Für schwer körperlich Kranke, die einer stationären medizinischen und psychosomatischen/psychiatrischen Behandlung bedürfen, wurden eigene Behandlungseinrichtungen geschaffen. Im deutschsprachigen Raum waren dies in die Innere Medizin integrierte psychosomatische Stationen, in den USA gemeinsame Einrichtungen der Inneren Medizin und der Psychiatrie, sogenannte Med-Psych Units. Je nach dem Grad der Integration von Mental Health Services in die somatische Medizin unterschieden Kathol und Mitarbeiter (1992) vier Stadien der Integration.

Modelle der Integration von Mental Health in die somatische Medizin in den USA (nach Kathol et al. 1992)

- Integrierte Programme, Typ I: Psychiatrische Station mit medizinischem Konsildienst
- Integrierte Programme, Typ II: Psychiatrische Konsiliar-Liaison-Dienste in somatischen Abteilungen
- Integrierte Programme, Typ III: Medical-psychiatric units (MPU type III); psychische Beschwerden und Behandlung stehen im Vordergrund (z. B. die Behandlung von Suchterkrankungen oder Depressionen bei körperlich Kranken); internistische und psychiatrische Fachärzte im Team, meist unter psychiatrischer Leitung
- Integrierte Programme, Typ IV: Medical-psychiatric units (MPU type IV); internistische Beschwerden und Behandlung stehen im Vordergrund; internistische und psychiatrische Fachärzte im Team, meist unter internistischer Leitung

In Anlehnung an das amerikanische Modell entstanden Med-Psych Units auch in Kanada und Holland (z. B. die Typ-III MPU in Maastricht, Leue et al. 2010). Im deutschsprachigen Raum entstanden an einigen Zentren als Antwort auf die Kritik an einer rein naturwissenschaftlich ausgerichteten und nicht

patientenzentrierten Medizin integrierte psychosomatische Stationen in der Inneren Medizin. Die folgenden drei Zentren hatten Modellcharakter und Vorbildfunktion für in den letzten Jahren entstandene integrierte Einheiten:

- **Das Heidelberger 3-Stufen-Modell der integrierten Psychosomatik** mit simultaner internistischer und psychosomatischer Diagnostik und Behandlung gründet auf die in Heidelberg entwickelte holistisch-psychosomatische Sichtweise von Viktor von Weizsäcker und Paul Christian (Hahn 1980). Die erste Stufe entspricht einer üblichen internistischen Station mit zusätzlicher psychosomatischer Grundversorgung (psychosomatisch qualifizierte Stationsärzte, wöchentliche Visite durch einen psychosomatischen Oberarzt und regelmäßige Balintgruppe), die zweite Stufe einer integrierten internistisch-psychosomatischen Station und die dritte Stufe einer Psychotherapiestation für Patienten mit psychosomatischen Störungen (Herzog et al. 2003, Herzog u. Schwab 2017).
- In den 70er Jahren etablierten von Uexküll und seine Mitarbeiter an der damaligen Reformuniversität Ulm an der neugeschaffenen Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik einen Konsiliar-Liaison-Dienst mit besonderer Kooperation mit der Onkologie (Kubaneck u. Köhle 1979) und eine integrierte internistisch-psychosomatische Station. In der von 1972 bis 1979 bestehenden Ulmer Modellstation wurden neue Modelle der patientenzentrierten Visite und der interdisziplinären Kooperation erprobt und evaluiert. Dabei erhielt das Pflegeteam neue Aufgaben in der psychologischen Patientenbetreuung, Psychologen und Sozialarbeiter wurden in das Team integriert und eine wöchentliche Fallbesprechung aller Patienten eingerichtet (Köhle et al. 1979, Westphale u. Köhle 1982). Elemente dieser neuen Interaktion mit den Patienten und im Team gehören heute zum Standard vieler internistischer Stationen (Weber 2011).
- In Bern gründete Rolf Adler eine integrierte psychosomatisch-internistische Station auf der Basis des bio-psycho-sozialen

Krankheitsmodells von George Engel. Das Behandlungsspektrum reichte dabei von der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten bis zur Behandlung chronischer Schmerzpatienten (Adler et al. 1994, 2000).


Neuere integrierte Modelle wurden an einigen universitären Zentren und großen kommunalen Krankenhäusern in Kooperation mit verschiedenen internistischen Abteilungen etabliert. Der Grad der Integration ist dabei unterschiedlich und reicht von internistischen Bettenstationen mit psychosomatischer Ausrichtung (z. B. im Klinikum Saarbrücken) zu psychosomatischen Spezialbetten in internistischen Stationen (z. B. am Universitätsklinikum Marburg). Allen gemeinsam ist das Vorhalten internistischer und psychosomatischer Kompetenz, die Präsenz von Ärzten (z. T. Doppelfachärzten) der Gebiete Innere Medizin und Psychosomatische Medizin und die Rotation von Weiterbildungsassistenten beider Fächer. Beispiele dafür sind:

- Universitätsklinikum Marburg: psychosomatische Betten in einer internistischen Station
- Klinikum Saarbrücken: Schwerpunkt integrierte Psychosomatik in einer internistisch-gastroenterologischen Station (Häuser et al. 2004)
- Klinikum Benjamin Franklin der Charité Berlin: Internistisch-psychosomatische Station in der Inneren Medizin
- Universitätsklinikum Göttingen: Psychosomatisch-kardiologische Station (mit einem kardiologischen Rotationsassistenten und kardiologischen Oberarztvisiten)
- Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg: Die Station Integrierte Klinische Psychosomatik (IKP) im Rahmen einer internistischen Station mit onkologischem Schwerpunkt sei im Folgenden kurz beschrieben.

Station Integrierte Klinische Psychosomatik (IKP) am Klinikum Nürnberg

Die IKP am Klinikum Nürnberg besteht aus 8 vollstationären und einem tagesstationären

psychosomatischen Behandlungsplatz im Rahmen einer internistischen Station mit onkologischem Schwerpunkt. Es werden dort zwei Gruppen von Patienten behandelt: einerseits Patienten mit schweren internistischen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität, die sowohl eine intensive internistische als auch psychotherapeutische Behandlung benötigen (z. B. Patienten mit onkologischen Erkrankungen, COPD, entzündlichen Darmerkrankungen mit begleitenden Angststörungen, depressiven Störungen oder Problemen der Compliance); andererseits Patienten mit funktionellen und dissoziativen Störungen, welche eine vorwiegend somatische Krankheitsursache haben, schwer beeinträchtigt sind (z. B. mit dissoziativen Lähmungen im Rollstuhl zur Aufnahme kommen) und oft noch nicht bereit sind, sich in einer psychosomatischen Spezialstation behandeln zu lassen. Neben einer Oberärztin mit Doppelfacharzt stehen ein Arzt in Weiterbildung zur Psychosomatischen Medizin und ein Rotationsarzt in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin (für die Dauer von 6 Monaten) sowie eine Psychologin und stundenweise eine Musiktherapeutin, eine Gestaltungstherapeutin und eine Physiotherapeutin zur Verfügung. Einige Mitglieder des Pflorgeteams der internistischen Station wurden speziell im Bereich der Psychosomatik geschult und fortgebildet.

Schwerpunkt des integrierten Behandlungskonzepts ist die simultane und gleichberechtigte Behandlung körperlicher und seelischer Krankheitsanteile durch ein umfassendes internistisch-psychosomatisches Therapiekonzept, welches in die ärztliche und pflegerische Sicherheit einer internistischen Station eingebettet ist. Das Behandlungsprogramm ist aus  **Abb. 2.4** ersichtlich und enthält neben den medizinischen Visiten Einzelpsychotherapie, Gruppentherapie, Musik- und Gestaltungstherapie, physikalische Therapie sowie Entspannungsverfahren. Die Behandlung erfolgt in einer kleinen Gruppe von acht Patienten über einen Zeitraum von 3–6 Wochen.

Fallbericht Frau Adler

Frau Adler, eine 72-jährige, nach Scheidung alleinlebende und berentete Angestellte, wurde wegen rezidivierender Niereninfarkte, Schlaganfälle und Lungenembolien in den letzten 15 Jahren mehrfach (intensiv)medizinisch behandelt. Dafür verantwortlich war eine seltene bösartige Krankheit

des blutbildenden Systems, die zu einer massiven Vermehrung der Blutplättchen führte (Thrombozythämie bei myeloproliferativer Erkrankung). Durch die dadurch verursachte Gerinnungsstörung kam es immer wieder zu einem Verschluss von Blutgefäßen (Thrombosen) bzw. zu Embolien. Die Niereninfarkte hatten zu einer Niereninsuffizienz und einem therapieresistenten Bluthochdruck geführt. Frau A. musste sich neben einer oral einzunehmenden Chemotherapie und den blutdrucksenkenden Medikamenten einer Behandlung mit blutverdünnenden Medikamenten unterziehen. Die Patientin hatte all die schweren Komplikationen der Erkrankung und die zum Teil lebensbedrohlichen Zustände auffallend gefasst und mit Kampfgeist bewältigt („Ich war immer eine Kämpferin“). Bei der letzten stationären Aufnahme in der Nephrologie wegen eines neuerlichen Niereninfarkts fiel auf, dass sie seit einigen Monaten zunehmend erschöpft, adynamisch und depressiv gestimmt war. Sie litt zudem an starkem Schwindel, chronischen Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen sowie nächtlichen Fieberzuständen. Hinweise auf eine infektiöse Ursache des nächtlichen Fiebers waren nicht zu erheben. Die Ärzte waren über die Veränderung von Frau A., die immer eine „Vorzeigepatientin“ war, beunruhigt, zumal Frau A. mehrfach fragte, wie lange sie noch zu leben habe. Die beigezogene Mitarbeiterin des psychosomatischen Liaisondienstes diagnostizierte eine begleitende Depression und motivierte die Patientin, sich auf die integrierte psychosomatisch-internistische Station (IKP) verlegen zu lassen. Nach kurzem Zögern stimmte Frau A. dieser Behandlung zu („Ich bin immer mit allen Problemen selbst fertig geworden und hätte mir nie träumen lassen, dass ich einmal psychische Hilfe brauche. Aber jetzt komm ich nicht mehr allein zurecht“).

Die biografische Anamnese brachte rasch ans Licht, was zur Entwicklung der Depression beigetragen hatte. Vor zwei Jahren war die Tochter von Frau A. an einer Leukämie erkrankt und musste sich einer langwierigen chemotherapeutischen Behandlung und schließlich einer Knochenmarkstransplantation unterziehen. Frau A. versorgte in diesen ein- einhalb Jahren die beiden Enkelkinder und führte den Haushalt ihrer Tochter. Sie versuchte in dieser Zeit immer „die lustige Oma“ zu sein und in der Familie Optimismus zu verbreiten. Doch wenn sie

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
8.00		Medizinische Visite		Medizinische Visite		Musiktherapie
8.30	Medizinische Visite	Interaktionell-psychodynam. Gruppentherapie	Kunst- und Gestaltungstherapie	Physiotherapie oder Einzeltherapie	Medizinische Visite	
9.00						
9.30						
10.00	Bewegungstherapie	Einzeltherapie	Therapiezielgruppe (OÄ)	Interaktionell-psychodynam. Gruppentherapie	Bewegungstherapie	
10.30		Einzeltherapie				
11.00		Einzeltherapie				
11.30		Einzeltherapie	Oberarzt-/ Chefarzt-Visite			
12.00						
12.30						
13.00	Entspannung	Entspannung	Qi-Gong	Entspannung	Imaginationsgruppe	
13.30	Einzeltherapie	Einzeltherapie	Zweitsicht Oberarzt 2x45 Minuten	Einzeltherapie		
14.00	Physiotherapie oder Biofeedback	Einzeltherapie		Einzeltherapie		
14.30		Einzeltherapie		Einzeltherapie	Stationsversammlung	
15.00		Psychoedukation	Imaginationsgruppe	Psychoedukation	Einzeltherapie	
15.30	Einzeltherapie				Einzeltherapie	

■ Abb. 2.4 Wochenplan der Station IKP am Klinikum Nürnberg

abends in ihre Wohnung zurückkehrte, war sie im Lauf der Zeit zunehmend erschöpft und konnte ihre Tränen nicht mehr zurückhalten. Sie vertraute sich in diesen Monaten niemandem an. Nachdem es ihrer Tochter wieder gut ging, brach bei ihr das Vollbild einer Depression aus. Sie ging kaum mehr außer Haus, wollte niemanden mehr sehen. Nicht einmal die geliebte klassische Musik, die ihr immer Kraft gegeben hatte, konnte sie noch erfreuen. Der lebensbedrohliche Zustand der Tochter hatte die bisher durch Kampfgeist und Aktivität geprägte Bewältigung ihrer eigenen existenziellen Bedrohung ins Wanken gebracht.

In der Einzeltherapie konnte sie erstmals ihre Trauer und Verzweiflung zum Ausdruck bringen. Mit zunehmender Freude nahm sie an der Gestaltungs- und Musiktherapie teil. Schritt für Schritt fasste sie Vertrauen und öffnete sich auch in den

Gruppentherapiesitzungen. Sie berichtete, dass sie durch Krieg und Flucht früh von den Eltern getrennt worden und bei der Großmutter mütterlicherseits im Osten Deutschlands aufgewachsen war. Im Alter von acht Jahren hatte die Mutter, die inzwischen neuerlich geheiratet hatte, sie zu sich in den Westen geholt. Die Trauer über die Trennung von der geliebten Großmutter, den Zorn über die Misshandlungen durch den Stiefvater und die mangelnde Unterstützung durch die Mutter musste sie ganz allein auf sich gestellt bewältigen. Sie wurde eine gute Schülerin, aber Geld und elterliche Unterstützung für eine gute Ausbildung fehlten. Sie heiratete früh und bekam bald zwei Kinder, in die sie ihre ganze Liebe setzte.

Im Laufe der mehrwöchigen Behandlung fasste Frau A. wieder Lebensmut, die Schmerzen wurden erträglicher, die Blutdruckwerte sanken, aber die

Erschöpfung plagte sie vor allem an Tagen, nachdem sie nachts Fieberschübe bis 40 °C hatte. Neben der psychotherapeutischen Behandlung wurde das nächtliche Fieber abgeklärt. Es konnte auch weiterhin keine infektiöse Ursache gefunden werden, und man vermutete als Ursache eine Nebenwirkung der Chemotherapie. Dies führte zu einer komplizierten und nicht unproblematischen Umstellung der medikamentösen internistischen Behandlung, die schließlich zur Besserung der Beschwerden führte.

Eine Evaluierung der von Januar 2012 bis Ende 2014 behandelten 244 Patienten zeigte, dass ca. die Hälfte der Patienten über den psychosomatischen Konsiliar-Liaison-Dienst aus den verschiedenen klinischen Abteilungen des Klinikums, die andere Hälfte durch niedergelassene Ärzte zugewiesen wurde. Die häufigsten somatischen Diagnosen waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, pulmologische Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen, gefolgt von Erkrankungen des Verdauungssystems, des Nervensystems und onkologischen Erkrankungen. Die häufigsten psychischen Diagnosen waren depressive Störungen, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen sowie somatoforme und dissoziative Störungen. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 35 (1–70) Tage. In einem Prä-post-Vergleich konnte gezeigt werden, dass sich die psychische Symptomatik mit hoher Effektstärke signifikant reduzieren ließ. Die Patienten gaben nach der Behandlung an, mit ihren Problemen und Beeinträchtigungen besser umgehen zu können (Wentzlaff et al. 2015).

Kranker Körper - kranke Seele

Psychotherapie mit körperlich Kranken

Söllner, W. (Hrsg.)

2018, XVIII, 149 S. 9 Abb. Book + eBook., Hardcover

ISBN: 978-3-662-54657-4