

# PSYCHOTHERAPEUTISCHER UMGANG MIT STATIONÄREN ONKOLOGISCHEN PATIENTEN

## PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES TO ONCOLOGICAL PATIENTS SUFFERING FROM EXISTENTIAL CRISIS

*Christian Fazekas, Susanne Leonhardt, Walter Pieringer*

### Zusammenfassung

In der psychotherapeutischen Behandlung stationärer onkologischer Patienten spielt die existentielle Bedrohung eine zentrale Rolle. Diese ist methodisch unterschiedlich fassbar. Screening-Verfahren zur Erfassung von psychosozialer Belastung und Lebensqualität repräsentieren einen empirisch-analytischen Zugang. Der psychotherapeutischen Interaktion mit dem Patienten liegt eine phänomenologische Haltung zugrunde. Die Erwartungen des Patienten an psychotherapeutische Unterstützung ergeben sich aus der Persönlichkeitsstruktur des Patienten und seinem Umgang mit der Erkrankung. Die aktuelle physische und psychische Symptomatik, eine eventuelle psychiatrische Komorbidität, der Krankheits- und Behandlungsverlauf sowie die soziale Situation beeinflussen zusätzlich die Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Krankheitsbewältigung und Selbstregulation werden durch die Qualität der therapeutischen Beziehung wie durch das gesamte Versorgungsklima einer stationären Einheit in hohem Maß unterstützt. Innerhalb Versorgungseinheiten fördern psychosomatische Liaisondienste einen subjektorientierten Zugang zum Patienten. In diesem Sinn regen sie auch zu einem verstärkten Diskurs über den ärztlichen Umgang mit den Möglichkeiten und Grenzen der Medizin an.

**Schlüsselwörter** existentielle Krise – Psychotherapie – Psychoonkologie – Coping – Selbstregulation

### Summary

Existential threat plays a central role in psychotherapeutic approaches to oncological in-patients. Different epistemological avenues can be applied. Screening for distress and quality of life represents an empirical approach. Patient-therapist interaction is based on a phenomenological approach. The patient's expectations regarding psychotherapeutic interventions are intertwined with characteristics of personality and coping style. In addition, patient-therapist interaction is influenced by current symptoms, psychiatric co-morbidity, the course of disease and treatment and the social situation. Coping and self-regulation can be substantially supported by the quality of the patient-therapist relationship and the overall atmosphere of the in-patient unit. Liaison services foster patient-centered medicine in the unit and mirror the way medicine is currently dealing with its options and limitations in oncology.

**Keywords** existential crisis – psychotherapy – psycho-oncology – coping – self-regulation

### Existentielle Bedrohung und ihre Dynamik

Für Menschen, die existentiell erkranken, kommt es zum „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ (Gerdes, 1983). Diese krisenhafte Situation erschüttert subjektive Sicherheiten ebenso wie Identität, Selbstwert und Lebenssinn. Von manchen Autoren wird dafür die Bezeichnung existentielle Krise oder existentieller Stress verwendet (Wisiak, 1995; Cohen et al., 1998). „Wer oder was trägt mich jetzt?“, so formulierte diese Situation ein 42-jähriger Mann in Form einer Frage, der völlig unvorbereitet mit der Diagnose einer akuten Leukämie konfrontiert war. Am Morgen war er wegen eines grip-palen Infektes zu seinem Hausarzt gegangen, zwei Tage später wurde mit der Chemotherapie begonnen.

Einer anthropologischen Krankheitsordnung folgend (Pieringer und Fazekas, 2000) bedeutet existentielle Krise, Vergangen-

heit, Gegenwart und Zukunft aus einer somatopsychischen Grenzerfahrung heraus zu erleben und zu deuten. Das Wissen um die eigene Sterblichkeit aktualisiert sich. In Zusammenhang mit existentieller Bedrohung weist Merleau-Ponty (1974) auf die prinzipielle Unerfahrbarkeit des eigenen Todes hin, weil es kein Ich mehr gibt, das diesen erfahren kann. Erfahbar ist nur das eigene Sterben.

Zusätzlich zur empfundenen Bedrohung des Lebens taucht in einer solchen Krise potentiell auch eine Reihe weiterer Bedrohungserlebnisse auf: drohender Verlust der bisherigen körperlichen Integrität und Unversehrtheit, die Bedrohung des Selbstbildes und Selbstwertgefühls, die Angst vor einem neuen Selbstbild als onkologischer Patient, die Bedrohung von Sozialbeziehungen, eventuell vermutete verringerte körperli-

che Attraktivität, die Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz und des beruflichen Abstiegs sowie insgesamt die Bedrohung der bisherigen Möglichkeiten der eigenen Lebensgestaltung (Muthny et al., 2002).

Hinsichtlich der von Epstein (1990) geschilderten psychischen Grundbedürfnisse, für die im Unterschied zu einigen anderen Konzeptionen von psychischen Grundbedürfnissen auch das Vorhandensein neurobiologischer Korrelate angenommen wird (Grawe, 2004), bedeuten diese Bedrohungserlebnisse massive Einschränkungen in Bezug auf deren Erfüllbarkeit. Dies betrifft insbesondere das Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle. Bisher vorhandene Sicherheiten lösen sich auf und konfrontieren mit der „Unverlässlichkeit des Lebens“ und der begrenzten Planbarkeit des eigenen Lebensentwurfes. Aber auch die Grundbedürfnisse nach Selbstwerterhöhung sowie das Bedürfnis nach lust- und freudvollem Erleben drohen für lange Zeit oder für immer ungestillt zu bleiben.

Einzig das Grundbedürfnis nach Bindung scheint bei entsprechenden sozialen Beziehungen weiterhin erfüllbar zu sein, wenn auch mit Einschränkungen durch das stationäre Setting. Vor diesem Hintergrund ist die besondere Bedeutung des Grundbedürfnisses nach Bindung einfühlbar und verständlich.

Sellschopp (2001) berichtet von Untersuchungsergebnissen, die ebenfalls auf die besondere Bedeutung von Bindung und Beziehung im Kontext maligner Erkrankungen verweisen:

- 1.) Im Unterschied zu einer stationären Nicht-Tumor-Vergleichsgruppe werden Tumorpatienten nach Beginn ihrer Grunderkrankung früher als die Vergleichsgruppe zum psychosomatischen Konsil überwiesen.
- 2.) Bei Tumorpatienten wird dabei häufiger eine therapeutische als eine diagnostische Indikation gestellt.
- 3.) Tumorpatienten benötigen häufiger Konsile wegen Problemen der Krankheitsverarbeitung, seltener wegen primärer psychischer Störungen.
- 4.) Tumorpatienten erhalten häufiger bedarfsorientierte Psychotherapie.
- 5.) Sie erhalten mehr Therapiekontakte.
- 6.) Sie zeigen eine höhere Bereitschaft zur psychosozialen Behandlung.
- 7.) Tumorpatienten werden häufiger für eine Wiedervorstellung vorgesehen.

Muthny et al. (2002) weisen unter Bezugnahme auf das Herforder Modell darauf hin, dass sich die psychoonkologische Betreuung durch eine große Anzahl von Gesprächen kürzerer Dauer auszeichnet. In einem zweijährigen Betrachtungszeitraum der Betreuung von über 500 onkologischen Patienten dauerten fast 20 % der Gespräche bis 15 Minuten und ein weiteres Drittel bis 30 Minuten. Diese vielen kurzen Gesprächskontakte reflektieren nach Ansicht der Autoren zum einen die hohe Bedeutung regelmäßiger Kontaktaufnahme, zum anderen die Auswirkungen fortgeschrittener Erkrankung, die bekanntlich mit Einschränkungen in der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, aber auch mit der Trias Müdig-

keit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit einhergehen. 51% der Gespräche dauerten zwischen 40 und 60 Minuten und hatten damit vom zeitlichen Rahmen wie vom Inhalt her häufig den Charakter von psychotherapeutischen Sitzungen oder Kriseninterventionen.

Hinsichtlich des räumlichen Settings der psychotherapeutischen Einzelgespräche werden die meisten dieser Gespräche im Krankenzimmer des Patienten geführt. Im Herforder Modell sind dies etwa drei Viertel der Gespräche. Dabei werden als häufige, zentrale Themen der Gespräche angeführt: aktuelle Überforderung der Verarbeitungsmöglichkeiten (30 %), depressive Reaktionen (17 %), Angst (10 %) und Compliance-Probleme (7 %).

Insgesamt beinhaltet die psychosomatische Liaisonstätigkeit mit stationären onkologischen Patienten vielfältige Anforderungen, wobei immer wieder betont wird, dass der supportive Charakter der Psychotherapie in der therapeutischen Begegnung im Vordergrund stehen soll (Koch und Weis, 1998; Tschuschke, 2002).

Um die Merkmale des psychotherapeutischen Umgangs mit stationären onkologischen Patienten umfassender und zugleich präziser erfassen zu können, werden im Folgenden empirisch-analytische und phänomenologische Zugänge zum onkologischen Patienten beispielhaft beleuchtet. Anschließend erfolgt auf Basis der eigenen klinischen Erfahrungen eine Sichtung der unterschiedlichen Aufträge und Erwartungen an den psychosomatischen Liaisondienst. Erfahrungshintergrund ist dabei vor allem die langjährige psychosomatische Liaisonstätigkeit in den Bereichen Onkologie, Hämatologie, orthopädische Onkologie und Neuroonkologie.

## **Screening zu psychosozialer Belastung:**

### **Ein empirisch-analytischer Zugang**

Empirische Untersuchungen zur psychosozialen Belastungssituation stationärer onkologischer Patienten weisen darauf hin, dass bei einem Drittel bis zur Hälfte dieser Patienten die emotionalen Belastungen ein Ausmaß erreichen, das Zusatzdiagnosen von Angststörungen, depressiven Episoden und Anpassungsstörungen erfordert (Carlson und Bultz, 2003). Eine Vielzahl entsprechender Screening-Verfahren steht zur Verfügung. Diese beziehen sich entweder vorrangig auf die emotionale Belastungssituation mit einer Ausrichtung auf die Erfassung von Angst, Depression und Anpassungsstörung (z. B. Hospital Anxiety and Depression Scale -HADS). Andere umfassen ein breiteres Spektrum im Sinn von gesundheitsbezogener Lebensqualität, wobei auch körperliche Symptome und soziale Aspekte erfasst werden (z. B. European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - EORTC QLQ-C30; Medical Outcomes Study Short Form Survey Short-Form- SF-12). Im deutschsprachigen Raum sind als Screening-Verfahren zur Bedarfserhebung von psychoonkologischer Betreuung der Hornheider Fragebogen (Stritt-

matter, 1997) oder die PO-BADO (Herschbach, 2004) in Verwendung. Auch computerbasierte Versionen, die mittels Touchscreen bearbeitet werden, sind zunehmend im Einsatz.

Die Verwendung von Screening Instrumenten wird bei stationärer Aufnahme, danach in geeigneten Intervallen sowie bei klinischer Indikation empfohlen (Carlson und Bultz, 2003). Der empfohlene wiederholte Einsatz eines Screening-Verfahrens erscheint zwar nachvollziehbar, er ist jedoch in Hinblick auf eine bestehende Patient-Therapeuten-Beziehung problematisch, wenn er als artifizielle Intervention erlebt wird. Allerdings führt nach einer Studie von Detmar et al. (2002) der Einsatz eines „Quality of Life“- Screening-Instrumentes dazu, dass die behandelnden Ärzte signifikant häufiger mit den Patienten Themen der Lebensqualität ansprechen als vor Einsatz eines solchen Verfahrens.

Der beispielhaft angeführte empirische Zugang zur Bedarfserhebung für eine psychotherapeutische Behandlung onkologischer Patienten kann die Entscheidung, wer psychotherapeutisch betreut werden sollte, zwar wesentlich erleichtern, dennoch bleibt ein solches Screening-Verfahren eine Momentaufnahme in einem hoch dynamischen Verlauf subjektiver und objektiver Belastungen. Diese können sich entsprechend der aktuellen Befundlage, dem Ansprechen der Chemotherapie, dem Auftreten von Nebenwirkungen oder von Komplikationen und aufgrund der Psychodynamik rasch und dramatisch ändern.

### **Phänomenologischer Zugang zum onkologischen Patienten in der therapeutischen Begegnung**

Die existentiell bedrohliche Dimension der Erkrankung führt den onkologischen Patienten an den Abgrund des Lebens und konfrontiert ihn mit diesem. Der „Abgrund“ erweist sich als persönlich zunächst nicht verstehbare und vom Ich nicht verantwortbare Grenz- bzw. Fremderfahrung. Existentielle Hilfe, Übermenschliches wird erhofft. Diese Grenzerfahrung erzwingt eine persönliche Positionierung zur eigenen Sterblichkeit.

Der psychotherapeutische Umgang mit existentiell bedrohten Menschen beinhaltet auch für den Therapeuten die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit. Das bewusste Eingeständnis der eigenen Endlichkeit kann es dem Therapeuten erleichtern, sich in die existentiell bedrohliche Situation des Patienten besser einzufühlen. Dadurch kann sich auch im Patienten eher eine gewisse Bejahung der „Unverlässlichkeit des Lebens“ entwickeln. Radikales Erleben existentieller Wirklichkeit bedeutet, sich zu einer bewussten Lebensgestaltung aufgefordert zu fühlen und sich mit der eigenen Sterblichkeit zu versöhnen.

Die Psychoanalyse hat diese existentielle Lebenswirklichkeit als „früh-orales Thema“ angedeutet und mit der Bezeichnung *eines Da-Seins „sub specie aeternitatis“* (Gemeinschaft unter dem Blickwinkel der Unendlichkeit) belegt (Adler, 1973). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein phänomenologischer Zugang zum onkologischen Patienten bedeutet, diesem von Existenz zu Existenz zu begegnen, sich für seine

phänomenale Welt zu öffnen und ihn zu begleiten, ohne etwas für ihn zu wollen.

## **Spannungsfeld Erwartungen**

### **Patientenperspektive**

Gemäß unseren Erfahrungen nehmen 30 % bis 50 % aller stationären hämatoonkologischen Patienten psychotherapeutische Betreuung in Anspruch, Fritzsche et al. (2003) berichten in diesem Zusammenhang von 23 %.

Bei jenen Patienten, die nicht psychotherapeutisch betreut werden, lassen sich zwei Gruppen unterscheiden. Während die eine Gruppe über ausreichende Coping-Strategien verfügt, steht die zweite Gruppe vor allem zu Beginn der Erkrankung einer psychotherapeutischen Begleitung eher skeptisch gegenüber. Häufige Gründe hierfür liegen in der Befürchtung einer psychischen Destabilisierung oder einer Psychiatisierung. Ausserdem spielen persönliche Vorerfahrungen mit Psychotherapie, aber auch die Qualität der Einbindung des Liaisonmitarbeiters in das Behandlungsteam dabei eine wesentliche Rolle, ob Patienten ein therapeutisches Gesprächsangebot annehmen.

Eine dritte Gruppe von Patienten erlebt sich subjektiv zwar nicht als besonders belastet, interpretiert aber die Möglichkeit zu psychotherapeutischer Unterstützung als potentiell hilfreich und nimmt eine solche Möglichkeit gern in Anspruch. Einer im späteren Verlauf der Erkrankung drohenden Destabilisierung kann so des öfteren frühzeitig entgegengewirkt werden. Die vierte Gruppe von Patienten ist entweder im Screening-Verfahren oder klinisch auffällig und vor diesem Hintergrund zu psychotherapeutischen Gesprächen bereit.

Jene Gruppe von Patienten, die schließlich betreut wird, wünscht sich in erster Linie Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Ausreichend wirksame Coping-Strategien müssen oft erst entwickelt werden. Persönliche Ressourcen sind angesichts der belastungsbedingten Einengung oft nicht zugänglich. Dies gilt besonders nach Diagnosestellung oder nach Überbringung schlechter Nachrichten.

Konkrete Hilfestellung erhoffen sich die Patienten für ihren Umgang mit diversen Ängsten, Verzweiflung, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, depressiver Verstimmung, Trauer, Wut und mit unspezifischen Gefühlen der Überforderung. Vom Liaisonmitarbeiter wird häufig auch Unterstützung beim Umgang mit starken körperlichen Schmerzen oder anderen belastenden körperlichen Symptomen erwartet.

Als implizites Anliegen besteht oft der Wunsch nach empathischer Begegnung und ermutigender Präsenz. Zugleich hat der Patient oft nur mit dem Liaisonmitarbeiter die Möglichkeit, seinem Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle Ausdruck zu verleihen und sich gegebenenfalls auch abzugrenzen, ohne dass dies die Behandlung gefährdet. Weitere implizite oder explizite Erwartungen betreffen Wünsche nach Konfliktbearbeitung oder Unterstützung bei der Konfliktabwehr. Der Liaisonmitarbeiter ist aber auch Ansprechperson für die Klärung unklarer medizinischer Befunde oder Handlungs-

abläufe. Häufig wird Unterstützung bei familiären Problemen erwünscht. Manchmal besteht aber einfach der „Wunsch nach einem Glas Wasser“.

Manchmal werden psychotherapeutische Gespräche auch mit Heilserwartungen verknüpft. Dies ist besonders dann der Fall, wenn sich die medizinischen Behandlungserfolge nicht wie erhofft einstellen. In solchen Situationen treten Patienten an den Psychotherapeuten oft mit dem Wunsch nach Selbstheilung heran. Hier gilt es allerdings zu klären, was dieser Begriff im individuellen Fall bedeuten und leisten kann.

### **Angehörigenperspektive**

Wenn ein Familienmitglied lebensbedrohlich erkrankt ist, betrifft dies stets das ganze Familiensystem. Die familiäre Kohärenz und die Familienidentität werden in einem solchen Zusammenhang massiv bedroht, vielfach kommt es zur Zerreißprobe für die Familie. Abhängig vom familiären Bewältigungsstil halten Menschen in bedrohlichen Situationen oft rigide an bestehenden Strukturen fest, andere Familien zeigen Auflösungstendenzen. Stierlin spricht von der Entwicklung familiärer Coping-Mechanismen.

Die Funktion des Therapeuten könnte die eines „Dialogermöglichlers“ sein, seine Aufgabe ist es, einem befreienden Austausch und Dialog den Weg zu ebnet (Stierlin et al., 1984).

Gerade zu Beginn einer Erkrankung wünschen sich die Angehörigen Entlastung für den Patienten und Unterstützung bei dessen Krankheitsbewältigung. Erst sekundär nehmen sie auch für sich eine therapeutische Hilfestellung in Anspruch. Ist es bereits gelungen, eine tragfähige Beziehung zwischen Patient, Angehörigen und Therapeut zu installieren, und gibt es bereits funktionierende Coping-Strategien für die jeweils aktuelle Situation, geht es häufig um Beziehungskonflikte, die durch die existentielle Bedrohung anfänglich in den Hintergrund getreten waren.

Häufig kommt es auch in den unterschiedlichen Verarbeitungsphasen, die zu innerfamiliären Kommunikationsproblemen führen, zu Gesprächen zwischen Therapeut und Angehörigen. In anderen Fällen gibt es durch die veränderte Lebenssituation Anpassungsprobleme mit neuen Rollen, wie zum Beispiel bei einer erforderlichen Umverteilung der innerfamiliären Aufgaben.

Vielfach werden auch die immer wieder anstehende Trauerarbeit und Ängste, oft Verlustängste, in die psychotherapeutischen Gespräche verlegt, um den betroffenen Patienten nicht zusätzlich zu belasten. Die Angehörigenbegleitung von sterbenden Patienten ist erfahrungsgemäß intensiv, vor allem wenn die psychotherapeutischen Beziehungen bereits länger bestehen. Oft schließt sich in diesen Fällen eine Trauerbegleitung an.

### **Teamperspektive**

Psychologische beziehungsweise psychotherapeutische Behandlungsangebote sind in Österreich seit 1995 als Bestandteil der stationären medizinischen Versorgungsstruktur generell gesetzlich verankert.

Im Zusammenhang mit der Betreuung stationärer onkolo-

gischer Patienten weist Sellschopp auf den Begriff des Versorgungsklimas hin. Darunter versteht sie „die von allen Beteiligten wahrgenommene Angemessenheit von Umgebung und Interaktionsqualität im Betreuungsprozess“ (Sellschopp, 2001). Diese Angemessenheit ist nach Ansicht der Autorin der entscheidende Faktor dafür, ob der Patient sich in der Krankheitsbewältigung als ausreichend unterstützt erlebt. Das Versorgungsklima umfasst ein ganzes Bündel von Variablen wie die Qualität des ärztlichen Gesprächs, ausreichende Kommunikation innerhalb des Teams, Einbeziehung der Angehörigen, effiziente organisatorische Abläufe.

Von Seiten des Teams wird dem psychosomatischen Liaisondienst entweder eine additive oder eine integrative Funktion zuerkannt (Fazekas et al., 2003). Dabei verstehen wir unter additiv, dass der Liaisonmitarbeiter vorrangig als jemand gesehen wird, an den psychosoziale Belange delegiert werden können. Gerade im onkologischen Bereich besteht nicht selten eine Teamtendenz, die psychosozialen Probleme im Sinn individueller oder auch kollektiver Abwehr möglichst an das psychotherapeutische Personal zu übertragen. Bei integrativer Sichtweise hingegen wird die Kompetenz des Liaisonmitarbeiters auch dazu genutzt, das eigene biopsychosoziale Verständnis zu erweitern und zu vertiefen. Sowohl bei integrativer als auch additiver Einbindung ist durch die Präsenz des Liaisonmitarbeiters die psychosoziale Komponente im Behandlungssystem verstärkt verankert.

Häufige an den psychosomatischen Liaisondienst gerichtete Anliegen der Behandler beziehen sich auf:

- Unterstützung im Umgang mit „schwierigen“ Patienten
- Wunsch nach persönlicher Entlastung
- Verständnis für das Verhalten des Patienten und die zugrunde liegende Psychodynamik
- psychiatrische Fragestellungen

Aus Teamperspektive wird die Behandlung stationärer onkologischer Patienten immer wieder als stark belastend erlebt. Der Wunsch nach optimistischen, unkomplizierten und kooperativen Patienten ist daher groß. Dies führt nicht selten zu überhöhten und unrealistischen Erwartungen an die Psychotherapie.

### **Merkmale des psychotherapeutischen Umgangs**

Die existentielle Krise muss keineswegs explizit zum Inhalt der therapeutischen Gespräche werden, dennoch ist sie der Begegnung inhärent. Vor dieser Ausgangslage gilt hinsichtlich des psychotherapeutischen Umgangs mit stationären onkologischen Patienten in besonderem Maße das, was für die Psychotherapie allgemein zutrifft: Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist zentraler Wirkfaktor. Der therapeutischen Beziehung kommt in erster Linie eine stabilisierende und tragende Funktion zu, die es dem Patienten erleichtert, für die inneren und äußeren Belastungen einen Umgang zu entwickeln und sich selbstregulativ neu zu organisieren.

Spezifische Abwehrmechanismen und regressive Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten sowie Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene erfordern gezielte psychotherapeutische Interventionen.

In der psychoonkologischen Literatur wird auch immer wieder auf die Vorteile eines methodenintegrierenden Zugangs, der Entspannungstechniken oder imaginative Verfahren mit einbezieht, hingewiesen (Weis et al., 1998).

Neben der psychotherapeutischen Begleitung ist das Versorgungsklima von hoher Relevanz. Der Mitarbeiter im psychosomatischen Liaisondienst ist in Bezug auf die Betreuung des Patienten, der Angehörigen und des Teams mit unterschiedlichsten und eventuell rasch wechselnden Erwartungen konfrontiert. Diese Vielzahl von Aufträgen und Erwartungen und die ständige Beziehungsarbeit in Verbindung mit emotionalen Belastungssituationen benötigen eine achtsame Psychohygiene im Sinn von *self care*.

Für deutlich narzisstische Therapeuten kann die Diskrepanz zwischen großem emotionalem Einsatz und dem, was an beruflichem Erfolg wahrnehmbar ist, subjektiv enttäuschend sein. Erstens, trotz intensivster Bemühungen von allen Seiten versterben Patienten. Zweitens wird der Behandlungserfolg bei jenen Patienten, die als geheilt entlassen werden können, realistischere den medizinischen Interventionen zugeschrieben. Drittens kehren Patienten, welche die Klinik nach abgeschlossener Behandlung endlich verlassen können, nur ungern wieder dorthin zurück, so dass auch diese Beziehungen oft abbrechen, sofern keine weitere ambulante Betreuung vereinbart wurde.

Häufige Gegenübertragungsmuster in dieser Tätigkeit sind eine hohe Bereitschaft zur Selbstaufopferung, Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht und Trauer oder autistischer Rückzug. Übliche und mögliche Abwehrmechanismen umfassen narzisstische Selbstüberschätzung mit übertriebener Fürsorge, inadäquate Übernahme von Aufträgen, die von den Patienten, den Angehörigen oder dem Team kommen können oder die sich der Therapeut selbst auferlegt.

Im Umgang mit onkologischen Patienten ist der Psychotherapeut zu einer phänomenologischen Grundhaltung herausgefordert, die es ihm ermöglicht, Sterblichkeit als Thema menschlichen Lebens zu erkennen, das über die Grenzen persönlicher Verantwortung hinaus führt. In diesem Sinn regt der psychotherapeutische Umgang mit onkologischen Patienten auch zu einer kritischen Reflexion des ärztlichen Umgangs mit den Grenzen der Medizin an. Ein diesbezüglicher Diskurs wird zunehmend auch interdisziplinär und gesellschaftspolitisch geführt.

## Literatur

Adler A (1973): Heilen und Bilden. Frankfurt/M: Fischer  
 Carlson LE, Bultz BD (2003): Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 55:403-09  
 Cohen MJM, Kunkel ES, Levenson JL (1998): Associations between psychosocial stress and malignancy. In: Hubbard JR, Workman EA (eds.): *Handbook of stress medicine*. New York: CRC Press, pp. 205-28

Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LDV, Aaronson NK (2002): Health-related quality of life assessments and physician-patient communication: a randomized controlled trial. *JAMA* 288(23):3027-34  
 Epstein S (1990): Cognitive-experiential self theory. In: Pervin LA (ed.): *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford, pp. 165-192  
 Fazekas C, Glawischnig-Goschnik M, Skacel J, Tritthart H, Stix P (2003): Unterwegs zu einem Leitbild für den CL-Dienst im LKH- Univ. Klinikum Graz. *Psychol Med* 2:3-7  
 Fritzsche K, Struss Y, Stein B, Spahn C (2003): Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Hematol Oncol* 21: 83-89  
 Gerdes N (1983): Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. <http://www.dapo-ev.de/originalart.html>  
 Grawe K (2004) *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe  
 Herschbach P, Keller M, Knight L, Brandl T, Huber B, Henrich G, Marten-Mittag B (2004): Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 91 (3): 504-11  
 Koch U, Weis J (Hrsg.) (1998): *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt „Rehabilitation von Krebskranken“*. Stuttgart: Schattauer  
 Merleau-Ponty M (1974): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter  
 Muthny FA, Bermejo I, Böhmelt AH, Koch U (2002): Somato-psychische Störungen – Psychotherapie mit körperlich Kranken. In: Ahrens S, Schneider W (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin*. Stuttgart: Schattauer, S. 482-495  
 Pieringer W, Fazekas C (2000): Grundzüge einer theoretischen Pathologie. In: Pieringer W, Ebner F (Hrsg.): *Zur Philosophie der Medizin*. Wien: Springer, S. 89-111  
 Sellschopp A (2001): *Karzinomerkrankungen*. In: Deter HC (Hrsg.): *Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Bern: Hans Huber, S. 466-473  
 Stierlin H (1984): Die Familie des Krebskranken. *Munch Med Wochenschr* 126:231-33  
 Strittmatter G (1997): *Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie*. Münster: Waxmann  
 Tschuschke V (2002): *Psychoonkologie*. Stuttgart: Schattauer  
 Weis J, Koch U, Matthey K (1998): Need for psycho-oncological management in Germany – a comparison of present status and future needs. *Psychother Psychosom Med Psychol* 48: 417-24  
 Wisiak UV (1995): *Schwerkrank sein*. In: Frischenschlager O, Hexel M, Kantner-Rumplmair W, Ringler M, Söllner W, Wisiak UV (Hrsg.): *Lehrbuch der psychosozialen Medizin*. Wien: Springer

**Dr. med. Christian Fazekas**

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie  
 und Psychotherapie  
 Auenbruggerplatz 43  
 A-8036 Graz  
 Tel.: 0043-(0)316 385 83045  
 Fax: 0043-(0)316 3155  
 E-Mail: christian.fazekas@meduni-graz.at