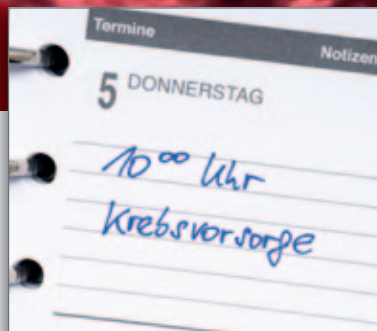


Martine Hoffmann / Simon Groß (Hrsg.)

RBS-Bulletin

Themenheft Nr. 2

Krebs im Alter



Aktuelle Forschungsergebnisse und neue Perspektiven für eine spezifische Versorgung älterer Krebspatienten



CENTER FIR
ALTERSFROEN

Herausgeber:

RBS – Center fir Altersfroen asbl
c/o Simon Groß
20, rue de Contern
L-5955 Itzig

Lektorat:

Vibeke Walter
Dr. Martine Hoffmann

Bestelladresse:

RBS – Center fir Altersfroen asbl
20, rue de Contern
L-5955 Itzig
Tel: 36 04 78
Fax: 36 02 64
www.rbs.lu

Produktion:

KA communications S.à r.l.
50, rue des Remparts
L-6477 Echternach

Druck:

FABER Print services & solutions
7, rue de Prés
L-7561 Mersch

► Inhaltsverzeichnis

Vorwort von Familienministerin Marie-Josée Jacobs	4
Editorial	6
<hr/>	
Disziplinäre Perspektiven und Kommentare	
<hr/>	
Altersonkologie, quo vadis? <i>Martine Hoffmann</i>	8
Komplementäre Medizin bei älteren Tumorpatienten <i>Jutta Hübner</i>	14
Sinn finden, wo keiner ist: Krebs, das Alter und die Psyche <i>Dieter Ferring</i>	18
<hr/>	
Praxisbezogene Betreuungskonzepte	
<hr/>	
Ältere Krebspatienten durch psychoonkologische Angebote besser erreichen <i>Barbara Strehler</i>	22
Soziale Unterstützung bei älteren Krebspatienten: Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen <i>Peter Aymanns</i>	25
Hypnose und suggestive Kommunikation in der Onkologie <i>Andreas König</i>	31
Entspannungsverfahren zur Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung im Alter <i>Gilles Michaux</i>	38
<hr/>	
Stimmen aus der Praxis	
<hr/>	
Ganzheitliche palliative Versorgung älterer Krebspatienten im Haus Omega in Luxemburg <i>Michel Keilen, Luciane Pauly, Marie-France Liefgen</i>	43
Mein unbändiger Wille zu leben <i>Danièle Michels</i>	46
<hr/>	
Autorenverzeichnis	49

Vorwort



Dank einer besseren physischen sowie geistigen Fitness im fortgeschrittenen und höheren Alter leben die heutigen Generationen wesentlich länger als dies früher der Fall war.

Laut deutschem Krebsforschungszentrum sind die meisten Patienten zum Zeitpunkt einer Krebserkrankung bereits im Rentenalter; Frauen sind bei der Diagnosestellung im Durchschnitt etwa 68 Jahre, Männer 69 Jahre alt. Durch die zunehmende Veralterung der Gesellschaft wird die Zahl der Krebserkrankungen in der Gruppe der Älteren sowie der Hochaltrigen während der nächsten Jahre weiterhin konstant ansteigen.

Mit zunehmendem Alter verändern sich die organischen Funktionen beim Menschen. So werden z.B. Nährstoffe und Medikamente anders aufgenommen und die Genesungsprozesse können sich verlangsamen.

Aus diesen Gründen widmen sich seit etwas mehr als zehn Jahren eine ganze Reihe von Medizinern und Forschern den spezifischen Fragen der Alternskologie.

Grundsätzlich können ältere, körperlich gesunde Krebspatienten genau so behandelt werden wie jüngere. Da altersbedingte Veränderungen der Körperfunktionen jedoch eine wichtige Rolle im Heilungsprozess eines jeden Einzelnen spielen, muss diesen ebenso Rechnung getragen werden wie eventuellen anderen Erkrankungen. Deshalb braucht es in allen Fällen eine spezifische, auf den individuellen Gesundheitsstatus und die jeweilige gesamte Lebenssituation der betroffenen Person angepasste Therapie.

Oberstes Ziel jeder Behandlung ist es, die Eigenständigkeit und die Lebensqualität des Betroffenen bestmöglich zu erhalten. Demzufolge kann die Behandlung sowohl die Heilung des Patienten als auch den Krankheitsaufschub sowie die Minderung belastender Symptome bezwecken. Hier ist u.a. zu bemerken, dass sich insbesondere die Schmerztherapie in den letzten Jahren qualitativ weiterentwickelt hat, so dass heute etwa 90% aller Tumorschmerzen zu lindern sind.

Insofern freue ich mich besonders darüber, dass sich der „RBS – Center für Altersfragen“ mit dem vorliegenden Themenheft „Krebs im Alter: Aktuelle Forschungsergebnisse und neue Perspektiven für eine spezifische Versorgung älterer Krebspatienten“ dieser Herausforderung stellt. Mein besonderer Dank gilt den verschiedenen Autoren, welche in ihren jeweiligen Artikeln unterschiedliche Aspekte der Erkrankung sowie der Versorgung aufgreifen und so auf die

besonderen Bedürfnisse der Betroffenen eingehen und diese diskutieren.

Ich bin der Ansicht, dass Sie alle uns Leser mit Ihrem Wissen bereichern und uns anhand der beschriebenen „Best Practice“ Beispiele viele Anregungen mit auf den Weg geben. Diese sollen allen Pflegenden helfen, das Leben von älteren Krebspatienten, auch derjenigen, die in Alten- oder Pflegeheimen leben, lebenswert zu erhalten und zu gestalten.

Sollten Sie selbst oder ein Familienmitglied von einer Krebserkrankung betroffen sein, so hoffe ich, dass die aufgezeigten Beispiele und Erfahrungen Ihnen Hoffnung und Kraft geben, weiterhin gegen die Krankheit anzukämpfen.

Marie-Josée Jacobs

Ministerin für Familie und Integration

Editorial



Vor zwanzig Jahren war, trotz der steigenden Professionalisierung der europäischen Altenhilfe, das Thema „Krebs im Alter“ meistens schnell abgehakt. Die vermeintlich tröstliche Nachricht war, dass einige Krebsarten im Alter angeblich langsamer fortschreiten sollen. Dann wurde in der Regel direkt die Frage nach der „Verhältnismäßigkeit“ verschiedener Behandlungsmethoden im Hinblick auf die noch verbleibende Restlebenszeit der Betroffenen diskutiert. Doch in einem Punkt war man sich einig: Bei der bereits damals prognostizierten steigenden Lebenserwartung der Menschen müsse man zukünftig auch diese Erkrankungen im Alter anders angehen!

Daher ist es erstaunlich, dass auch heute noch nicht alle – insbesondere psychologisch orientierte und allgemein anerkannte – Behandlungsmöglichkeiten bei älteren Krebspatienten voll ausgeschöpft, ja, teilweise sogar offensichtlich zurückgehalten werden. Und dies zu einem Zeitpunkt, wo die fundamentalen Veränderungen der Demografie in ganz Europa längst Realität geworden sind. Es liegt auf der Hand, dass dementsprechend auch der Anteil krebserkrankter Menschen im Lebensabschnitt „Alter“ deutlich angestiegen ist und sich deren – bei erfolgreicher Behandlung – zu erwartende

Restlebenszeit massiv verlängert hat. In diesem Sinn können sich „alternde“ Gesellschaften für die Alters-Krebs-Problematik zukünftig keine „Vogel-Strauß-Politik“ mehr leisten. Stattdessen muss proaktiv und zugleich nachhaltig gehandelt werden, um die ganzheitliche Versorgung von älteren Krebspatienten künftig garantieren und so die Würde auch dieser Bevölkerungsgruppe erhalten zu können.

Daraus ergeben sich große Herausforderungen für die vergleichsweise „junge Disziplin“ der **Geronto(psycho)-onkologie** – sowohl auf der Ebene der medizinischen Forschung als auch auf der praxisbezogenen Versorgungsebene. Das vorliegende Themenheft des RBS-Bulletin verfolgt die Zielsetzung, für die medizinisch-versorgungspolitische Bedeutsamkeit dieser Problematik zu sensibilisieren. Außerdem sollen Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Altersonkologie aufgezeigt und auf bestehende Forschungs- und Versorgungslücken hingewiesen werden.

Insgesamt zehn Expertinnen und Experten aus den Forschungs- und Praxisfeldern der Onkologie, Palliativ- und Komplementärmedizin, Psychogerontologie, Psychoonkologie und Psychotherapie beleuchten in ihren Beiträgen spezifische Aspekte der onkologischen Versorgung älterer Menschen. Dabei wird das Spannungsfeld „Alter und Krebs“ im Hinblick auf eine geforderte ganzheitliche onkologische Behandlungs- und Versorgungskultur multiperspektivisch und interdisziplinär angegangen.

Dr. Martine HOFFMANN, Diplom-Psychologin beim RBS – Center für Altersfragen, referiert in ihrem Überblicksartikel über den „state of the art“ der onkologischen Versorgung älterer Krebspatienten und problematisiert gängige Fehlvorstellungen und Mythen in Bezug auf Krebs und Alter – mit der vehementen Forderung jeder Form von Altersdiskriminierung („Ageismus“) in der onkologischen Forschungs- und Versorgungspolitik entgegenzutreten. Dr. Jutta HÜBNER, Leiterin des Bereichs Palliativmedizin, supportive und komplementäre Onkologie am UCT des Universitätsklinikums Frankfurt, beschreibt die Bedeutsamkeit komplementärer Therapiemethoden in der Onkologie unter den Kriterien der evidenzbasierten Medizin – dies vor allem mit Blick auf eine sichere und effektive individualisierte Therapieplanung. Im darauffolgenden Beitrag beleuchtet Dr. Dieter FERRING, Professor für Psychologie an der Uni Luxemburg und Direktor der Forschungseinheit INSIDE – aus psychogerontologischer und entwicklungspsychologischer Perspektive – die Bedeutung individueller Sinnfindungsprozesse bei der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung älterer Tumorpatienten.

Im zweiten, stärker praxis- und interventionsorientierten Teil des Themenheftes thematisiert Barbara STREHLER, Diplom-Psychologin und psychologische Psychotherapeutin bei der Fondation Cancer, Strategien und Möglichkeiten, wie ältere Krebspatienten künftig gezielter in psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote miteinbezogen werden können. Dr. Peter AYMANN, psychologischer Psychotherapeut und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fach Psychologie an der Universität Trier, diskutiert in seinem Beitrag die Funktion(en) sozialer Unterstützungssysteme im Kontext der Krankheitsbewältigung bei älteren Betroffenen. Dr. Andreas KÖNIG, Diplom-Psychologe, Systemischer Therapeut und Klinischer Hypnotherapeut, referiert über die Anwendungsmöglichkeiten der medizinischen Hypnose im onkologischen Behandlungskontext und skizziert mögliche

Fallstricke und deren Lösung bei der Arzt-Patient-Kommunikation.

Anschließend erläutert Dr. Gilles MICHAUX, Diplom-Psychologe und Hypnotherapeut im ZithaGesundheits-Zentrum, die Bedeutung von Entspannungsverfahren im Kontext der ganzheitlichen Gesundheitsvorsorge und Bewältigung chronischer Erkrankungen im Alter.

Im darauffolgenden Beitrag berichten drei Vertreter von Omega90 – Michel KEILEN, ehemaliger Direktor im Haus Omega, Dr. Luciane PAULY, Ärztin im Haus Omega, Marie-France LIEFGEN, MA Palliative Care – über Erfahrungen und künftige Herausforderungen der ganzheitlichen palliativen Versorgung von älteren Krebspatienten in Luxemburg.

Das Themenheft schließt mit einem Selbsterfahrungsbericht von Dr. Danièle MICHELS, Journalistin, die dem Leser Einblicke in ihre persönliche Odyssee im Kampf gegen den Krebs gibt und – vor diesem Hintergrund – Empfehlungen zur weiteren Optimierung der ganzheitlichen Versorgung von Krebspatienten ableitet.

Die Herausgeber bedanken sich an dieser Stelle ganz herzlich bei allen Autoren für ihr Engagement und die konstruktive Zusammenarbeit im Rahmen dieses Themenheftes. Ein gesonderter Dank gilt Vibeke Walter für ihre unverzichtbare Unterstützung beim Lektorat. Allen Leserinnen und Lesern sei eine anregende und aufschlussreiche Lektüre gewünscht.

Dr. Martine Hoffmann

Dipl.-Psychologin
RBS – Center für Altersfragen asbl

Simon Groß

Dipl.-Psychologe
Direktor, RBS – Center für Altersfragen asbl

Stand der Dinge in der Altersonkologie



„Altersonkologie, quo vadis?“

▼ Dr. Martine HOFFMANN,
RBS – Center für Altersfragen asbl

Über Fakten, Fiktionen und Herausforderungen in der Alters(psycho)onkologie

Die Statistiken sprechen eine eindeutige Sprache: Wir werden immer älter. An sich eine erfreuliche Nachricht, wäre da nicht dieses leidige „aber“. In der Tat weisen einschlägige Untersuchungen auf eine eindrucksvolle Verbesserung der allgemeinen körperlichen und geistigen Funktionstüchtigkeit bei den Kohorten der „jungen Alten“ (60- und 70-Jährigen) im Vergleich zu früheren Kohorten Älterer hin. Dennoch bleibt der relative Zugewinn an Lebenszeit nicht zwangsläufig auch frei von Krankheit. Betrachtet man die altersspezifischen Krebsinzidenzen (d.h. die Anzahl an Krebsneuerkrankungen in einem Jahr), so zeichnet sich jenseits der 65-Altersgrenze ein exponentieller Anstieg an Krebsneuerkrankungen ab: Dabei ist das Erkrankungsrisiko für Männer zirka 10-fach und für Frauen 6-fach höher als im gesamten Altersabschnitt zuvor (Mayrbäurl & Thaler, 2004).

Ist Krebs also möglicherweise ein Alter(n)s-schicksal oder gar der Preis, den man für ein hohes Lebensalter zahlen muss?

Eine brisante Frage.

Eine Frage die polarisiert und sich nicht eindeutig beantworten lässt.

Fakt ist, dass viele alte Menschen heute an Krankheiten leiden, die sie früher vielleicht gar nicht bekommen hätten, weil sie schon vor deren Ausbruch gestorben wären. Dies gilt insbesondere für neurodegenerative Erkrankungen (z.B. Demenz, Parkinson) sowie für bestimmte kardiovaskuläre und muskuloskelettale Pathologien. Auch Alter und Karzinogenese – beides genetisch gesteuerte Prozesse – hängen zusammen und dennoch ist Alter(n) *per se* nicht gleichbedeutend mit Krankheit! Viele Menschen werden alt, ohne an Krebs zu erkranken. Interessant ist dabei die Frage nach der „Resilienz“, d.h. warum diese Menschen trotz altersbedingter genetischer Defekte und/oder ungünstiger Umwelt- und Lebensbedingungen nicht erkranken? Solche Fragestellungen müssen in Zukunft verstärkt zum Gegenstand

wissenschaftlicher Untersuchungen werden. Gewiss ist allerdings, dass Altern einen multidimensionalen und universellen, aber keineswegs uniformen Prozess darstellt. Dies macht eine differenziertere Sichtweise erforderlich, die neben altersbedingten Beeinträchtigungen und Multimorbiditäten (d.h. gleichzeitiges Bestehen mehrerer Erkrankungen) auch den Ressourcen des Alterns gerecht wird. Wie günstig oder ungünstig der Alternsprozess im Einzelnen verläuft, wird durch eine Vielzahl weiterer person- und umweltbezogener Einflussfaktoren mitbestimmt.

Wie ist das Verhältnis zwischen Alter und Krebs zu beschreiben? Ist Krebs also doch (k)eine typische Alterskrankheit?

Krebs wird heute in den Medien oftmals vereinfachend als Zivilisationskrankheit oder Alterskrankheit abgetan. Dahinter steht die implizite Annahme, dass **„jede Gesellschaft Krankheiten hervorbringt, die für sie charakteristisch sind“**.

Eine Annahme, der man auf den ersten Blick intuitiv zustimmen könnte. In der Tat leben wir in einer alternden Gesellschaft und die Entwicklung der Altersverteilung geht zunehmend in Richtung einer „Altersurne“. Demographischen Schätzungen zufolge wird besonders die Anzahl an Hochbetagten weiterhin stark ansteigen. Da das Krebsrisiko nachweislich positiv mit dem Lebensalter korreliert, ist logischerweise zu erwarten, dass auch die Krebsinzidenzen in den nächsten Jahrzehnten stark ansteigen werden.

Auf den zweiten Blick jedoch birgt eine solche Haltung erhebliche Risiken. Zum einen ist sie zu reduktionistisch und wird der Komplexität der Lebens- und Krankheitswirklichkeit nicht gerecht: Krebs ist nämlich keineswegs eine Erscheinung der Neuzeit, sondern vielmehr eine Art „blinder Passagier der Evolution“ (Greaves, 2002). Zum anderen wohnt einer derartigen Sichtweise die Gefahr inne, gerade die Ansprüche der schwächsten Mitglieder der Gesellschaft (Alte und Kranke) – ganz im Sinne einer **„doppelten Stigmatisierung“** – zu beschneiden. Aber selbst bei Ausklammerung ethischer Fragen zur Gerechtigkeit in der Ressourcenverteilung, bleiben gesundheitsökonomi-

sche Fragen der Kosten-Effektivität bestimmter Therapieverfahren bei Krebspatienten höheren Alters weiterhin bestehen.

► **Ganz offensichtlich beschäftigt sich die Wissenschaft bislang viel zu wenig mit der Zielgruppe älterer Krebspatienten. Dabei lässt sich nicht länger leugnen, dass die demographische Entwicklung ganz unweigerlich neue medizinisch-versorgungs-technische, sozioökonomische als auch gesamtgesellschaftliche Herausforderungen an uns herantragen wird.**

Zum (Miss)Stand der Dinge in der Alterskrebsforschung: Historischer Abriss zur Entwicklung, State of the Art und künftigen Herausforderungen der Gerontoonkologie

In der Tat blickt die Onkologie auf eine lange Vergangenheit, aber vergleichsweise kurze (Erfolgs) Geschichte zurück. Noch bis vor wenigen Jahrzehnten kam die Diagnose „Krebs“ auch immer einem sicheren Todesurteil gleich, denn man kannte weder die Entstehungsursache(n), noch hatte man wirksame Behandlungsverfahren, um Krebserkrankungen zu heilen. Entsprechend tabubehaftet war der gesellschaftliche Umgang mit der Krankheit und den Erkrankten (Schwarz, 2008). Allein der Begriff Krebs war in dieser Zeit so stark angstbesetzt, dass er kaum jemals laut ausgesprochen wurde; wenn überhaupt, dann war vom „großen K“ die Rede. Es ist im Wesentlichen dem medizinisch-technologischen Fortschritt der letzten vier Jahrzehnte zu verdanken, dass sich Erscheinungsbild, Verläufe und Behandlungsprognosen vieler Krebserkrankungen drastisch verändert haben. Dank der Verfeinerung der diagnostischen Instrumente und der flächendeckenden Angebote an Vorsorge- und Früherkennungsscreenings können heute viele Krebserkrankungen in einem frühen Krankheitsstadium erkannt und relativ gut behandelt werden: Schätzungsweise jede zweite Krebserkrankung wird vollständig geheilt. Für chronische und unheilbare Krankheitsverläufe gilt i.a.R., dass mit Hilfe palliativer und supportiver Maßnahmen meist eine gute Symptom-/Schmerzkontrolle und Aufrechterhaltung der Lebensqualität über längere Zeiträume (Monate oder Jahre) bis zuletzt gewährleistet werden kann.

Stand der Dinge in der Altersonkologie

Mit den steigenden Behandlungserfolgen reduzierte sich der Pessimismus im Hinblick auf Krebs und ging einher mit einem gesellschaftlichen „Wandel“, der sich durch eine zunehmend größere Offenheit gegenüber Krebs und Krebspatienten auszeichnete.

Bemerkbar machten sich diese Veränderungen auch auf der Ebene der medizinischen Informationspolitik und der Arzt-Patient-Beziehung: Während sich die Onkologie lange Zeit dem paternalistischen, sprich bevormundenden Arzt-Patient-Rollenverständnis verschrieben hatte und Patienten ihre Diagnose meist – i.S. einer „barmherzigen Notlüge“ – verschwiegen wurde, bemühen sich Ärzte nun zunehmend um eine sorgfältige Aufklärung und Berücksichtigung des Autonomiebedürfnisses des Patienten beim therapeutischen Entscheidungsfindungsprozess (Holland & Lewis, 2001). Einschränkend bleibt jedoch darauf hinzuweisen, dass psychoonkologische Studien, die sich mit dem Thema der „Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie“ befassen, nahezu immer relativ junge Patientenkollektive untersucht haben. Wie aber ist es um ältere Krebspatienten bestellt?

Wie steht es mit der medizinischen Vorsorge- und Informationspolitik der Ärzte gegenüber älteren Krebspatienten?

Inwiefern werden Krebsvorsorgeuntersuchungen bei älteren Personen (systematisch) durchgeführt bzw. werden ältere Patienten vom Arzt über ihre Erkrankung informiert und in medizinische Entscheidungsprozesse einbezogen?

Die Beantwortung dieser Fragen lässt die Kluft zwischen Theorie und klinischer Praxis virulent werden. Obschon die Krebsinzidenzrate bei älteren Menschen deutlich erhöht ist, erhält gerade diese Patientengruppe oftmals nur eine **sub-optimale Betreuung**.

(Mit)verantwortlich hierfür sind u.a. Zurückhaltung seitens der Patienten, inadäquate Versorgungsstrukturen, Altersvorurteile und Fehlvorstellungen sowie das Fehlen solider klinischer Daten (Monfardini & Aapro, 1993).

Auf der **Ebene der Krankheits- und Krebsvorsorge** werden paradoxerweise gerade im höheren Lebensalter häufig unzureichende Früherkennungsmaßnahmen durchgeführt. Dadurch erfolgt die Diagnosestellung oftmals erst in einem relativ fortgeschrittenen Krankheitsstadium und wird zudem auch weniger häufig durch histologische Untersuchungen abgesichert (Kolb, 2002). Fakt ist, dass sich die tumorbiologischen Eigenschaften einer Krebserkrankung, die in einem alten Körper entsteht, grundlegend von denen eines jungen Körpers unterscheiden können. Dies lässt die Forderung nach einer **systematischen differentiellen und altersangemessenen Krebsdiagnostik** bei älteren Personen laut werden. Neben der tumorspezifischen Diagnostik ist bei älteren Krebspatienten zudem unbedingt eine Art **geriatriisches Assessment** erforderlich, um altersspezifischen Faktoren (u.a. Multimorbidität, Mobilität, kognitiver Funktionszustand, affektiv-emotionale Befindlichkeit, soziale Unterstützung), die den Krankheitsverlauf und die Therapieverträglichkeit beeinflussen können, Rechnung zu tragen.

***Machen Sie sich keine Sorgen!
Statistisch gesehen ist Krebs in Ihrem Alter nichts Besonderes ...***



Die versorgungstechnischen Defizite im Umgang mit geriatriischen Krebspatienten beschränken sich jedoch keineswegs allein auf den diagnostischen Bereich, sondern setzen sich unweigerlich auf der Behandlungsebene fort. Das größte Problem auf der **medizinisch-onkologischen Versorgungsebene** ist v.a. im unzureichenden gerontoonkologischen Fachwissen bei Ärzten und anderen Fachkräften zu sehen, um

Risikopatienten richtig zu erkennen und Risikotherapien zu vermeiden. Wo faktisches evidenzbasiertes Wissen fehlt oder unzureichend rezipiert wird, bietet sich ein fruchtbarer Nährboden für Fehlvorstellungen und altersbezogene Vorurteile.

Dazu gehört, dass die Lebenserwartung bei alten Menschen – seitens der Ärzte, aber auch der Betroffenen selbst – meistens drastisch unterschätzt wird. Liegt die durchschnittliche Lebenserwartung eines Neugeborenen heute ungefähr bei 80 Jahren (plusminus 2 Jahre für Frauen bzw. Männer), so hat ein Mensch, der heute 80 Jahre alt ist, im Schnitt noch 8 Jahre vor sich (vgl. Oeppen & Vaupel, 2002).

Damit ist die Argumentation, dass **alte Menschen ja ohnehin nur noch eine geringe Lebenserwartung haben und sich eine Tumorthherapie deshalb kaum mehr lohne**, entkräftet. Wie auch immer diese Überlegungen motiviert und begründet sein mögen, sie sind – aus wissenschaftlicher und menschlicher Sicht – unzulässig.

► **Das Lebensalter eines Patienten allein betrachtet, ist ein schlechter Prädiktor, um Therapieerfolge vorherzusagen bzw. um Therapieentscheidungen zu treffen. Hier müssen weitere Faktoren v.a. funktionaler Status, kognitive, psychische und soziale Bedingungen mitberücksichtigt werden (vgl. Domingo et al., 2008).**

Auch werden die **tumorbiologischen Eigenschaften** oftmals falsch eingeschätzt; etwa dass Krebserkrankungen bei alten und hochbetagten Patienten generell **weniger aggressive** Verläufe annehmen würden. Hier ist jedoch eine differenziertere Sichtweise erforderlich: Fakt ist, dass das Verhalten einzelner Tumorentitäten mit dem Alter mehr oder weniger stark variiert und somit keine verallgemeinernden Aussagen zulässig sind. So stellt beispielsweise fortgeschrittenes Alter für hämatologische Neoplasien (Chronische lymphatische Leukämien ausgenommen) generell einen ungünstigeren Prognosefaktor dar (Mayrbäurl & Thaler, 2004), während sich mit Blick auf solide Tumoren ein sehr heterogenes, sprich uneinheitliches Bild abzeichnet.

Einschlägige Untersuchungen zusammenfassend, kann festgehalten werden, dass das biologische Verhalten der meisten Tumorerkrankungen im Alter zwar „anders“, aber keineswegs benigner geartet ist.

Auch die Fragen nach der **Zumutbarkeit** und dem **Nutzen** einer Tumorthherapie bei alten Patienten werden nicht selten vor dem Hintergrund von defizitärem Fachwissen bzw. Fehlüberzeugungen negativ beantwortet. Immer noch ist in den Köpfen vieler Menschen – Ärzte eingeschlossen – das **Vorurteil** verhaftet, eine Tumorbehandlung sei im Alter **zu risikoreich** oder **gar ineffizient**.

Dass ältere Krebspatienten dennoch **per se** nicht schlechter von einer standarddosierten Chemotherapie profitieren müssen als jüngere Patienten, verdeutlichen die metaanalytischen Befunde von Sargent und Kollegen (2001). In sieben Studien an (> 3000) Darmkrebs-Patienten konnten die Autoren eine durchaus gute Verträglichkeit sowie keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich unerwünschter Nebenwirkungen der meisten zytostatischen Wirkstoffe in allen Altersgruppen nachweisen. Folglich können chemotherapeutische Behandlungen durchaus auch bei älteren Patienten appliziert werden, wenn physiologische und pharmakokinetische¹ Besonderheiten berücksichtigt und begleitend supportive Behandlungsmaßnahmen angewandt werden.

► **Insgesamt bleibt jedoch für künftige Therapiestudien eine systematische (Mit)Berücksichtigung von geriatrischen Krebspatienten in den Forschungsdesigns zu fordern.**

Denn bis heute beschränken sich die meisten Therapiestudien – quasi ausschließlich – auf junge und relativ „gesunde“ Krebspatienten, was die Generalisierbarkeit der Befunde auf ältere Patienten grundsätzlich in Frage stellt.

Neben den rein medizinischen Herausforderungen, die die Versorgung älterer Krebspatienten an die Onkologie stellt, müssen auch den **psychosozialen Besonderheiten** dieser Patientengruppe im Kontext

¹ Bezeichnet die Resorption, Distribution und Verstoffwechselung eines Arzneistoffes im Körper.

► Disziplinäre Perspektiven und Kommentare

Stand der Dinge in der Altersonkologie

eines ganzheitlichen Betreuungskonzeptes Rechnung getragen werden. Dazu gehört u.a. die Fähigkeit, Patienten angemessen über ihre Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, schwerbelastete Patienten frühzeitig zu erkennen sowie Angehörige in die Behandlungsplanung einzubeziehen, um die bestmögliche Lebensqualität unter gegebenen Umständen zu gewährleisten.

Schwierige Patienten- und Angehörigengespräche stellen Mediziner immer wieder vor neue Herausforderungen und lassen selbst erfahrene Ärzte an ihre Grenzen stoßen. Nicht selten bestehen auf ärztlicher Seite unbewusste Voreingenommenheiten oder Annahmen gegenüber älteren Krebspatienten, die es kritisch zu reflektieren gilt. Dazu gehören typischerweise Vorstellungen, dass ältere Personen

- keine tumorspezifische Therapie **wollen**,
- nicht über den Krebs informiert werden **wollen**,
- nicht in den Entscheidungsprozess über die Behandlung einbezogen werden **wollen**.

Derartige Annahmen stellen nicht nur grobe Verallgemeinerungen dar, sie entbehren zudem jeglicher empirischer Grundlage: Zum einen ist „alt“ nicht gleichbedeutend mit stoisch, uninteressiert oder passiv. Zum anderen sind alte Menschen nicht alle „gleich“. Vielmehr stellen ältere Krebsbetroffene – gleichermaßen wie junge – eine sehr heterogene Patientengruppe dar, mit sehr unterschiedlichen Informationsbedürfnissen und medizinischen (Mit)Entscheidungsansprüchen.

*Vieles an Missverständnissen ließe sich vermeiden, wenn Ärzte weniger über und dafür mehr **mit** älteren Krebspatienten über ihre Krankheit, Behandlung sowie ihre Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse sprechen würden!*

Die Kommunikation mit älteren Patienten – sei es beim Aufklärungsgespräch, bei Therapieplanung oder medizinischer Entscheidungsfindung – verlangt den Ärzten einiges an Kompetenzen, Kraft und Energie ab: Neben den allgemeinen Hürden (z.B. Zeitdruck,

Arbeitsüberlastung, zunehmende Bürokratisierung), die Patientengespräche im klinischen Alltag oftmals erschweren, können zusätzlich spezifische (Kommunikations)Probleme im Umgang mit geriatrischen Patienten auftreten. Zu beachten sind in dem Zusammenhang besonders:

- kognitive Beeinträchtigungen (z.B. demenzielle Erkrankungen),
- affektive Störungen (z.B. Depression, Angststörungen),
- Hörminderungen,
- Sprachstörungen.

Eine altersgerechte Arzt-Patient-Kommunikation setzt folglich spezifische Kommunikationskompetenzen und gerontologisches Fachwissen voraus. Zu den Schlüsselfaktoren gehören neben Basiskompetenzen der Gesprächsführung (i.e. Fähigkeit zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zum Patienten, aktives Zuhören, empathisches Verstehen, wertschätzende Haltung) auch grundlegende psychologische und psychodiagnostische Kompetenzen. Bleiben nämlich komorbide psychische und/oder neurodegenerative Erkrankungen unerkannt bzw. unterdiagnostiziert, kann das schwerwiegende Folgen für das Krankheitsverständnis, die Compliance (d.h. Therapietreue), den Behandlungserfolg und die Lebensqualität des Patienten haben.

Bei Krebspatienten mit demenziellen Erkrankungen ist der psychosoziale Hintergrund besonders sorgfältig zu eruieren, um ggf. die Angehörigen frühzeitig in die Behandlungs- und Pflegeplanung miteinbeziehen zu können. Im Falle einer Urteilsunfähigkeit des Betroffenen sollen ggf. Patientenverfügungen und Lebenspartner konsultiert werden, um den mutmaßlichen Willen des Patienten bezüglich Behandlungswünschen respektieren zu können.



Das informierende Gespräch begrenzt sich nicht auf ein einmaliges Aufklärungsgespräch, vielmehr handelt es sich dabei um einen kontinuierlichen Begleit- und Evaluationsprozess, der während des gesamten Krankheits- und Behandlungsverlaufes in höchstem Maß bedeutsam für die Patientenzufriedenheit und den Behandlungserfolg bleibt.

Ergänzend sollte bei älteren Krebspatienten unbedingt ein geriatrisches Assessment routinemäßig in die klinisch-onkologische Behandlungspraxis integriert werden.

Schlussfolgerung

Für die medizinische und psychosoziale Versorgung von älteren Krebspatienten sind künftig verstärkt Forschungsanstrengungen nötig, um Fachkreise und die Öffentlichkeit für die Bedeutsamkeit des Problemfeldes „Krebs und Alter“ zu sensibilisieren und umfassend zu informieren.

Auf der **medizinischen Versorgungsebene** ist dabei in erster Linie der Forderung nach evidenzbasierten Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von geriatrischen Krebspatienten nachzukommen. Diese sollen fruchtbare Ansatzstellen und Orientierungshilfen für eine maßgeschneiderte Therapieplanung darstellen, bei der Entscheidungen auf der Basis einer multimodalen Diagnostik – einschließlich geriatrischer Assessment Tests – und unter (Mit)Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse des Patienten getroffen werden.

Auf der **psychosozialen Betreuungsebene** sind, neben einer patienten- und „senioren“-gerechten Auf-

klärung und begleitenden Gesprächsführung während des gesamten Behandlungsprozesses, eine systematische Eruiierung der psychosozialen Gesamtsituation des Betroffenen mit Blick auf Ressourcen und Defizite zu fordern. Bei älteren Patienten ist zudem eine frühzeitige Einbindung der Angehörigen in die Therapie- und Versorgungsplanung empfehlenswert, um emotional-affektive und instrumentelle Unterstützung zu gewährleisten und die bestmögliche (Über)Lebensqualität zu garantieren.

Um diesen Anforderungen künftig besser Rechnung tragen zu können, sollte gerontoonkologisches Fachwissen, das für die ganzheitliche Versorgung von alten Patienten unbedingt erforderlich ist, stärker Eingang in die Curricula der medizinischen und onkologischen Aus- und Fortbildungsgänge finden. Des Weiteren ist ein Ausbau der psychosozialen Versorgungsstrukturen – extramural als auch intramural – nötig, sowie die Ausarbeitung von gezielten Angeboten, die auf die spezifischen Bedürfnisse älterer Krebspatienten zugeschnitten sind.

Literaturverzeichnis:

Domingo, E., Suriñach, J. M., Murillo, J., Duran, M., Suriñach, J. et al. (2008). Prognostic factors in the diagnostic work-up of cancer patients in an internal medicine department: does age matter? *International Journal of Clinical Practice*, 62, 1723-1729.

Greaves, M. F. (2002). *Krebs, der blinde Passagier der Evolution*. Heidelberg: Springer.

Holland, J. C. & Lewis, S. (2001). *The human side of cancer. Living with hope, coping with uncertainty*. New York: Quill.

Kolb, G.F. (2002). Bösartige Erkrankungen im Alter – Der alte Tumorpatient. *Der Internist*, 43, 959-964

Mayrbäurl, B. & Thaler, J. (2004). Hämatologie und Onkologie im Alter. *Acta Medica Austriaca*, 31(2), 40-44.

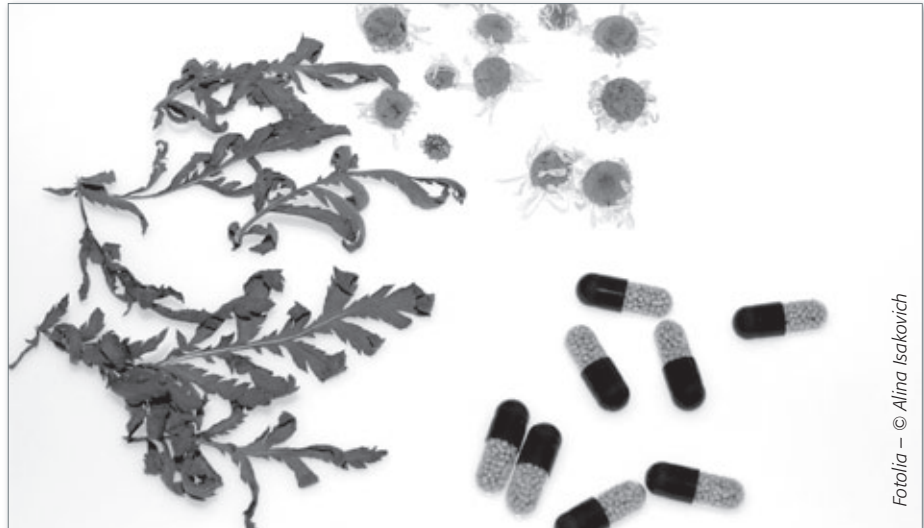
Monfardini, S. & Aapro, M. (1993). Commission of the European Communities „Europe against Cancer“ Programme. European School of Oncology Advisory Report. Cancer treatment in the elderly. *European Journal of Cancer*, 16, 2325-2330.

Oeppen, J. & Vaupel, J.W. (2002). Broken limits to life expectancy. *Science*, 296, 1029-1031.

Sargent, D. J., Goldberg, R. M., Jacobson, S. D., Macdonald, J. S., Labianca, R. et al. (2001). A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. *New England Journal of Medicine*, 345, 1091-1097.

Schwarz, R. (2008). *Psyche und Krebsentstehung: Psychoätiologische Theorien onkologischer Erkrankungen*. In M. Hoffmann & D. Ferring (Hrsg.), *Psychoonkologie in Luxemburg – Forschungsstand und Forschungsperspektiven*. Beiträge der 1. Interdisziplinären Fachtagung „Psychoonkologie“ in Luxemburg. Reports from the Research Unit INSIDE, No 5. University of Luxembourg.

Komplementäre Medizin



Komplementäre Medizin bei älteren Tumorpatienten

▼ *Dr. med. Jutta HÜBNER,*
Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen (UCT)
Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main

Zwischen 10 und 90 Prozent der Patienten mit einer Tumorerkrankung nutzen in Deutschland parallel zur konventionellen Therapie komplementäre und alternative Medizin (KAM). Meist erfolgt dies in Eigenregie, unter Anleitung durch den Hausarzt, eines Heilpraktikers, mit Empfehlungen durch Familie und Freunde oder aber aus dem Internet. Auch für Fachleute ist es kaum möglich, die umfangreichen Angebote im Auge zu behalten und vor allen Dingen wissenschaftlich zu bewerten. Die Bandbreite reicht von Substanzgebundenen Methoden, wie z. B. dem Einnehmen von Nahrungsergänzungsmitteln, Immunstimulantien, Phytotherapie¹ aus dem europäischen oder asiatischen

Kulturkreis bis hin zu psychisch oder spirituell orientierten Verfahren. Einige Methoden beruhen auf bestimmten weltanschaulichen Überzeugungen wie z. B. die anthroposophische Medizin², die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) oder Ayurveda.

Dabei scheint der Bedarf an diesen „unkonventionellen“ Methoden zuzunehmen. Ein Grund dafür ist offenbar folgendes Phänomen: Während wir es immer besser verstehen, Tumoren zu bekämpfen und Nebenwirkungen erträglicher werden zu lassen, vermissen viele unserer Patienten Menschlichkeit und Zuwendung.

¹ Pflanzenheilkunde

² Geisteswissenschaftliche Erweiterung der Schulmedizin, bei der die Berücksichtigung von Umwelt-, Leib-, Seele- und Geisteszusammenhängen für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit im Mittelpunkt stehen.

Die Frage „**Was kann ich sonst noch tun?**“ ist der erste und entscheidende Schritt auf der Suche nach einer Möglichkeit wieder Eigenverantwortung zu übernehmen. Viele unserer Patienten werden auf ihrer Suche jedoch oft sich selbst überlassen.

Was wünscht sich der Patient, wenn er selbst aktiv werden möchte? Er möchte:

- ▶ Nebenwirkungen vermindern
- ▶ Körpereigene Kräfte stärken
- ▶ Das Immunsystem stärken
- ▶ Eigenverantwortung übernehmen

Was ist komplementäre Onkologie?

Der Begriff „komplementär“ wird im medizinisch-onkologischen Behandlungskontext benutzt, um **begleitende** bzw. **ergänzende** Behandlungsmaßnahmen zu beschreiben. Die komplementäre Therapie wird parallel zur konventionellen „Schulmedizin“ angewandt – kann/soll jedoch eine konventionelle Therapie nicht ersetzen. Für einige Substanzen konnten in präklinischen Untersuchungen antitumorale Eigenschaften nachgewiesen werden.

Allerdings ist die Anzahl aussagekräftiger klinischer Untersuchungen bislang noch klein und die nachgewiesenen Effektstärken eher gering. Vergleichsweise mehr gesicherte Daten gibt es hinsichtlich diverser Anwendungsfelder von „supportiven“, d.h. symptomorientierten Begleittherapiemaßnahmen, durch die die krankheitsspezifische Therapie unterstützt werden kann (z.B. antiemetische Therapie).

Allgemein gilt, dass es onkologische Expertise braucht, um Methoden der komplementären und alternativen Medizin angemessen zu beurteilen.

Bei der komplementären Therapie sind korrekte Indikationsstellung und vor allen Dingen ein Einsatz, der Interaktion (sprich Wechselwirkungen) vermeidet, vorrangig.

Beratung der Patienten

Die Beratung orientiert sich an vier Fragestellungen, die grundsätzlich für die Bewertung einer Therapie sinnvoll sind:

- ▶ Wirkung (gibt es klinische Wirksamkeitsnachweise?)
- ▶ Nebenwirkungen (die auch in der „sanften“ Naturheilkunde vorkommen können)
- ▶ Wechselwirkungen (mit anderen Therapeutika)
- ▶ Kosten

Im Lauf einer Beratung ist es immer wichtig, Patienten umfassend und einfühlsam über Chancen und Risiken der Behandlung aufzuklären.

Dies hilft dem Patienten, sich psychisch auf die Behandlung einzustellen und das zu Erwartende besser einzuschätzen. Weiter ist bei der Therapieplanung unbedingt darauf zu achten, dass eventuelle Schäden, die durch die Behandlung beim Patienten entstehen können, möglichst ausgeschlossen werden.

Der Erfolg einer Tumorthherapie darf auf keinen Fall durch eine Wirkungsabschwächung – infolge von Wechselwirkungen zwischen den Therapeutika – gefährdet werden.

Eine unbedachte Verabreichung mehrerer Wirkstoffe birgt erhebliche Risiken und kann u.a. zu Veränderungen des Enzymstoffwechsels führen bzw. die Prozesse der Resorption, Freisetzung und Ausscheidung des Wirkstoffes verändern. Häufig bezieht sich unser gesichertes Wissen nur auf laborexperimentelle Daten, was die Übertragung der Befunde auf natürliche Lebensbedingungen grundsätzlich erschwert.

Da die Sicherheit des Patienten immer an erster Stelle steht und bereits geringgradige Wirkungsabschwächungen den Gesamterfolg der Therapie vermindern können, wird man in der Beratung eher zurückhaltend sein und häufiger vom Gebrauch einer Substanz abraten.

► Disziplinäre Perspektiven und Kommentare

Komplementäre Medizin

KAM bei älteren Patienten

Untersuchungen zur Nutzerrate von KAM zeigen, dass der typische Nutzer eher weiblich und im Alter zwischen 40 und 55 Jahren ist. Zunehmend sind auch ältere Patienten gut informiert, möchten aktiv an Therapieentscheidungen teilnehmen und informieren sich über Medien, wie z.B. das Internet, über die verschiedenen alternativen Möglichkeiten.

Das besondere Augenmerk in der Onkologie bei der Versorgung von älteren Patienten liegt auf der **Komorbidität**, d.h. dem Vorliegen von zusätzlichen Erkrankungen neben einer definierten Grunderkrankung. Zwei Problemkreise, die auch im Kontext der komplementären Onkologie Bedeutung haben, sind:

1. Eingeschränkte Organfunktionen und damit erhöhte Gefahr von Nebenwirkungen durch die onkologische Therapie.
2. Hoher Anteil von Patienten mit z. T. ausgiebigen Komedikationen und damit Gefahr unkontrollierbarer Wechselwirkungen zwischen den Therapeutika.

Da ohnehin ein wesentliches Problem der komplementären Medizin im Interaktionspotenzial der Therapeutika besteht, wird dies aufgrund der durch Komorbiditäten bedingten Medikation noch zusätzlich verstärkt.

Meistens ist es möglich, älteren Patienten von einer Polypragmasie³ abzuraten. Schon die wichtigen konventionellen Medikamente sind vielen älteren Patienten oft bereits zu viel, so dass eine Beschränkung auf maximal ein oder zwei komplementäre Präparate sinnvoll ist. Häufig haben ältere Patienten eine gute Erinnerung an die alten Hausmittel aus der Kindheit, die dank ihrer unterstützenden Eigenschaften segensreich wirken und zudem frei von Interaktionen sind. Hierzu gehören Maßnahmen wie Wickel und Umschläge sowie Aromastoffe, aber auch einfache Mittel, die z. B. eine hervorragende Wirkung im gastrointestinalen Bereich haben, wie Kamillentee, Pfefferminztee, Haferschleim, gekochte Möhren, geriebener Apfel oder Honig.

Ausschlaggebend für den Gebrauch von KAM ist in erster Linie der Wunsch des Patienten, selbst etwas zur Linderung der Krankheitssymptome beitragen zu können bzw. ein Stück weit die Kontrolle über den eigenen Körper wiederherzustellen. In der Beratung der älteren Patienten wird jedoch häufig deutlich, dass der Wunsch nach der komplementären und alternativen Medizin weniger vom Patienten, als vielmehr von der Familie ausgeht. In diesen Fällen ist eine einfühlsame Beratung notwendig, die die Autonomie des älteren Patienten stärkt und der Familie deutlich macht, dass in der Naturheilkunde **keinesfalls** „viel hilft viel“ gilt.

Gerade bei älteren Patienten sollte der Fokus auf der supportiven, sprich **unterstützenden** Komponente liegen. Hier sind insbesondere gesunde Ernährung und die Aufrechterhaltung der Bewegung wichtige Aspekte. Allerdings muss der beratende Arzt, ebenso wie eventuell begleitende Pflegekräfte die eingeschränkten Möglichkeiten berücksichtigen.

Viele ältere Patienten weisen bereits eine Mangelernährung auf, bevor die onkologische Therapie überhaupt beginnt und laufen deshalb sehr schnell Gefahr, dass diese sich noch verstärkt. Auch die Beweglichkeit ist häufig eingeschränkt. Es ist wichtig, Patienten und ihre Angehörigen darauf hinzuweisen, dass eine möglichst gute Ernährung sowie körper-

Werden durch die komplementäre Medikation die biochemischen Prozesse (z.B. Aufnahme, Freisetzung, Ausscheidung) eines anderen Arzneistoffes verändert, so sind zahlreiche und z.T. schwerwiegende Komplikationen möglich. Ziel einer Beratung zu KAM sollten deshalb **überschaubare Empfehlungen** sein.

► **Kaum ein Arzt oder Apotheker wird in der Lage sein, mögliche medikamentöse Wechselwirkungen bei Patienten vorzusehen, wenn mehr als fünf oder sechs Präparate eingesetzt werden.**

³ Therapeutisches Vorgehen, das durch eine Vielzahl verschiedener und oft unkoordinierter ärztlicher Maßnahmen gekennzeichnet ist

liche Aktivität (sei es ein kleines Gymnastikprogramm oder Spaziergänge an der frischen Luft) ganz wesentlich zu einer besseren Verträglichkeit und damit auch einem besseren Erfolg der Therapie beitragen. Sie stellen somit eigentlich die Basis jedweder naturheilkundlichen Behandlung dar.

Patienten sind oft erstaunt, wenn sie bei dem Thema Naturheilkunde Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil erhalten und ausführlich Fragen von Bewegungsprogrammen und gesunder Ernährung besprochen werden. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass Patienten, die während einer onkologischen Behandlung ein Bewegungsprogramm durchführen, eine deutlich bessere allgemeine Verträglichkeit der Therapie aufweisen und insgesamt weniger an kurz- und langfristigen Erschöpfungssymptomen (Fatigue) leiden.

Fazit

Im Interesse einer sicheren und effektiven Therapie sollten wir die Patienten mit dem Thema komplementäre Therapie nicht alleine lassen. Als Ärzte können wir unmittelbar profitieren und zwar nicht nur, indem wir die Compliance (d.h. Therapietreue) und die Patient-Arzt-Bindung verbessern, sondern auch im Sinne einer unterstützenden und die Nebenwirkungen abschwächenden Therapie. Für einige Substanzen aus der komplementären Onkologie gibt es klinische Studien, die als erste Belege für den supportiven Nutzen gelten können und bei denen ausreichend Daten vorliegen, um negative Wirkungen mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Dieser unterstützende Einsatz erfordert in jedem Fall eine individuelle Beratung des Patienten und ggf. auch ein entsprechendes Monitoring.

Literaturempfehlungen:

Hübner, J. (2012). *Komplementäre Onkologie: Supportive Maßnahmen und evidenzbasierte Empfehlungen* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Psychologische Krankheitsbewältigung



Sinn finden, wo keiner ist: Krebs, das Alter und die Psyche

In dem vorliegenden Beitrag will ich in einem ersten Schritt klären, was unter dem Begriff und dem Feld der Psychoonkologie zu verstehen ist, bevor ich in einem zweiten Schritt auf die spezielle Thematik des vorliegenden Heftes eingehen werde. Der Akzent wird dabei auf die Krankheitsbewältigung im Alter gelegt werden.

▼ *Prof. Dr. Dieter FERRING,
Universität Luxemburg*

Was ist eigentlich Psychoonkologie?

Als Entwicklungspsychologe beschäftigte mich vor 27 Jahren die Frage, wie Menschen ihre Krebserkrankung bewältigen und welche Folgen dies für ihre weitere Entwicklung haben kann. Im Rahmen meiner Doktorarbeit untersuchte ich, welche Antworten Menschen auf die Fragen nach dem „Warum“ und dem „Wozu“ ihrer Erkrankung finden, und welche Folgen diese Antworten für ihr Wohlbefinden haben (Ferring, 1987). Zu dieser Zeit war die sogenannte Psychoonkologie innerhalb der Medizin und auch der Psychologie noch ein relativ neues und unbekanntes Themengebiet.

Ausgangspunkt für die Betonung der Psychologie – oder zutreffender eigentlich der Psyche – im Umfeld einer Krebserkrankung waren mehrere Beobachtungen. Aus der ätiologischen Forschung war berichtet worden, dass – vergleichbar zu den kardiovaskulären Erkrankungen – bestimmte psychische Merkmale und Eigenschaften zu der Entstehung von Krebserkrankungen beitragen könnten. Zudem war vor dem Ausbruch von Krebserkrankungen eine Häufung von kritischen Lebensereignissen beobachtet worden, die die Bedeutung der individuellen Belastung und Belastungsverarbeitung als weitere Ursache der Krankheitsentstehung thematisierten. Auf der Grundlage solcher Beobachtungen wurde angenommen, dass Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen eher Krebs entwickeln würden. Diese Annahme ist allerdings bis heute durch keine ernstzunehmende Studie belegt und wartet noch auf ihre wissenschaft-

liche Bestätigung. Ich persönlich erwarte auch nicht, dass die Hypothese einer „Krebspersönlichkeit“ jemals bestätigt werden wird.

Mit Sicherheit wissen wir allerdings inzwischen, dass psychische Faktoren vor allem in dem Bereich der **Krankheitsverarbeitungen** eine entscheidende Rolle spielen. Seit den 80er Jahren wurde in vielen Studien untersucht, welche Strategien der Krankheitsbewältigung zu einem günstigen Krankheitsverlauf beitragen können. Ausgangspunkt dieser Bemühungen war die Beobachtung, dass Patienten mit einer vergleichbaren Diagnose bezüglich Tumorlokalisation und -wachstum ganz unterschiedliche Krankheitsverläufe zeigten. Sie unterschieden sich nicht nur in der Krankheitsprogredienz (gemessen über Tumorwachstum, Rezidivbildung, Metastasierung), sondern auch in Indikatoren der Lebensqualität. Ziel der psychoonkologischen Studien, in denen das individuelle Bewältigungsverhalten untersucht wurde, war es denn auch, funktionale und dysfunktionale Bewältigungsformen zu identifizieren.

Die Befundlage, die daraus resultierte, weist in der Zusammenschau auf, dass es **keine einfachen Antworten** im Sinne von „guten“ und „schlechten“ Strategien gibt. „Gute“ oder „schlechte“ Bewältigung hängt zum einen immer auch davon ab, welches Bewertungskriterium angelegt wird. Medizinische Indikatoren des Krankheitsverlaufs und Indikatoren des psychischen Wohlbefindens müssen so z.B. nicht zwangsläufig harmonieren. Eine medizinisch notwendige Behandlung mag für das psychische Befinden der Person aufgrund ihrer Nebenwirkungen negative Folgen haben, obwohl sie das Wiedereintreten der Erkrankung verhindern kann. In dem Sinne können auch Handlungen des Patienten, die zur Steigerung seiner Lebensqualität beitragen sollen (wie z.B. ein gutes Essen, der Genuss von Alkohol), abträgliche Konsequenzen für den medizinisch zu beschreibenden Krankheitsverlauf haben.

Auch **direkte** positive oder negative Effekte einer Bewältigungsform lassen sich nicht klar identifizieren. **Indirekte** Effekte sind allerdings belegt: Ruminieren – im Sinne des nachhaltigen Grübelns und Nachdenkens über Erlebnisse, die nicht mehr verändert werden können – kann zu depressiver Verstimmung und

Hoffnungslosigkeit führen. Hoffnungslosigkeit beinhaltet das Fehlen von Zielen, negative Erwartungen an die Zukunft und die Annahme, dass sich alles zum Schlechten wenden wird. Patienten, die unter Hoffnungslosigkeit leiden, vernachlässigen natürlich oft Verhalten, das ihnen gut tun könnte bzw. zeigen Risikoverhalten. Dies lässt sich z.B. an der Compliance mit der medizinischen Behandlung festmachen, da viele Patienten nicht mehr motiviert sind, an belastenden Behandlungsmaßnahmen teilzunehmen, die aus der medizinischen Perspektive heraus allerdings erforderlich sind. Risikoverhalten zeigt sich auch in der individuellen Lebensführung, wenn etwa gesundheitsförderliches Verhalten unterlassen wird. Vermittelt über solche Pfade kann Ruminieren somit den Krankheitsverlauf indirekt beschleunigen.

Psychologie spielt nicht zuletzt auch in der Interaktion zwischen dem erkrankten Menschen und seinen Familienangehörigen ebenso wie in der Interaktion mit dem Arzt und dem Pflegepersonal eine entscheidende Rolle. Auch hier gibt es in der Zwischenzeit eine Vielzahl von Erkenntnissen zu Kommunikationsformen, die sich als förderlich für das Befinden aller Beteiligten erwiesen haben. Und dies ist ein weiterer Verdienst der psychoonkologischen Forschung.

Aber auch die medizinische Forschung hat in den letzten 30 Jahren erhebliche Fortschritte in der Früherkennung und Behandlung von Krebserkrankungen erzielt. Viele Formen der Erkrankung lassen sich – wenn sie rechtzeitig erkannt werden – sehr gut behandeln und z.T. sogar heilen. Menschen können also mit „ihrer“ Erkrankung altern. Die Frage ist, wie sie das tun – und hier liegt die nächste offene Frage, auf die ich im Folgenden eingehen will.

Krankheitsbewältigung im Alter

Um sich der Thematik Krebs und Alter zu nähern, muss vorerst geklärt werden, was unter Altern zu verstehen ist. Dazu sei – in aller gebotenen Kürze – auf die von Rowe und Kahn (1998) aufgestellte Behauptung verwiesen, dass **Altern zwar universell, aber nicht uniform sei**. Thomae (1970) hat dies bereits in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts als differentielles Altern beschrieben. Menschen altern dem-

► Disziplinäre Perspektiven und Kommentare

Psychologische Krankheitsbewältigung

nach unterschiedlich, je nachdem welche Dimension wir betrachten (z.B. körperlich, geistig, sozial, psychisch). Ich kann geistig sehr fit sein und eine gute Moral haben, auch wenn ich körperlich beeinträchtigt bin. Auf der anderen Seite gibt es Schicksale, die bei guter körperlicher Verfassung einen massiven geistigen Abbau zeigen. Auch das chronologische Alter erlaubt nicht unbedingt eine zuverlässige Diagnostik der physischen und psychischen Verfassung. Um bei der körperlichen Leistungsfähigkeit zu bleiben: Trainierte 80-Jährige haben eine bessere körperliche Verfassung als untrainierte 50-Jährige.

Was passiert aber nun, wenn ich im Alter die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung erhalte? Zum einen ist die Wahrscheinlichkeit von körperlichen Erkrankungen und funktionalen Beeinträchtigungen mit steigendem Lebensalter erhöht – es kann sich bei der Diagnose also um etwas handeln, womit man rechnen konnte. Dies kann in einigen Fällen schon zu der psychischen Bewältigung der Erkrankung beitragen, da die Krankheit nicht unerwartet und damit non-normativ wie in jüngeren Lebensaltern auftritt. Aber dies kann nicht mit Sicherheit darüber hinwegtäuschen, dass die Krankheit nicht doch lebensbedrohlich ist. Hier wird nun auf Seiten der Medizin versichert, dass Tumore im fortgeschrittenen Alter langsamer wachsen, was insgesamt die Belastung für den Organismus verringern mag. Auch dies ist aber – um es mal provokativ zu sagen – ein schwacher Trost.

Wie in jedem anderen Lebensalter muss sich also die betroffene Person der Frage stellen, wie sie mit der Erkrankung und den möglicherweise reduzierten Handlungsspielräumen umgehen wird. Nun haben ältere Menschen im Laufe ihres Lebens in den meisten Fällen einige, um nicht zu sagen relativ viele Erfahrungen im Umgang mit kritischen und belastenden Ereignissen erworben. Dabei haben sie Strategien erlernt, die ihnen auch in anderen Lebenslagen helfen konnten. Dies ist ganz klar eine positive Seite des Alters: Ich verfüge über Wissen im Hinblick auf die Bewältigung von Krisen und Belastungen, das mich bei der Auseinandersetzung unterstützt und bin demnach nicht hilflos. Solche Krisen und Belastungen beinhalten fast immer auch Verlustereignisse, die Menschen wohl am stärksten fordern, da sie stets

irreversibel sind. Der Verlust eines geliebten Menschen oder – weniger dramatisch – der Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit oder der Wegfall der Berufstätigkeit sind Ereignisse, die nicht rückgängig gemacht werden können, sondern von der betroffenen Person erfordern, dass sie ihr Leben neu arrangiert. Dies kostet Kraft und der Mensch, der einen Verlust erlebt und bewältigt hat, hat eine Vielzahl neuer Erfahrungen gesammelt und dabei neue Kompetenzen erworben.

Wenn wir also über Krankheitsbewältigung im Alter sprechen, sind fast immer Verhaltensweisen angesprochen, die ich bereits in jungen Jahren angewendet habe. Eine ältere Dame versicherte mir einmal, dass sie in ihrem Leben bereits sehr früh gelernt habe, sich über die sogenannten „Kleinigkeiten“ im Leben zu freuen und ihr Glück nicht an materielle Werte zu binden. Einen Sonnenaufgang zu erleben, mit freundlichen Menschen zu tun zu haben, sich an den Jahreszeiten zu erfreuen – dies ist eine Sammlung der Kleinigkeiten, die sie mir nannte. Diese Fähigkeit helfe ihr auch, mit „ihrer“ Erkrankung umzugehen. In der Tat sind wir hier dann auch bei dem Konzept der „Altersweisheit“ angelangt. Eine Weisheit, die darin besteht, sich an den wesentlichen Aspekten des Lebens zu erfreuen. Was aber sind diese wesentlichen Aspekte in unserer heutigen Wohlstandsgesellschaft? Einige haben wir in dem obigen Beispiel bereits genannt. Was aber noch? Zum einen ist hier die Befriedigung unserer Grundbedürfnisse zu nennen. Dies betrifft Nahrung und Schlaf, ein Gefühl der Sicherheit und die Abwesenheit von Angst, aber auch soziale Nähe und Eingebundenheit – vieles, was uns in jungen Jahren als selbstverständlich erscheint, sich im Alter aber verändern kann. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang auch, das Bedeutsame vom Unbedeutsamen zu unterscheiden – positive und vertrauensvolle Beziehungen zu seinen Mitmenschen zu haben, wird so im Alter ungleich wichtiger als alles Streben nach Materiellem – um nur ein Beispiel zu geben. Die Frage zu beantworten, was wir mit der Zeit tun, die uns gegeben ist, und wie wir sie mit für uns sinnvollen Aktivitäten ausfüllen, spielt hier ebenfalls eine wichtige Rolle. Hierfür gibt es kein Patentrezept, sondern jeder Einzelne wird seine persönliche Antwort finden (müssen). Viele ältere Menschen haben auf diese Frage –

aufgrund ihrer Lebenserfahrungen – bereits eine Antwort gefunden, die ihnen bei der Bewältigung der Erkrankung helfen kann.

Damit sind allerdings Phasen, in denen es dem Einzelnen schlecht geht, und sie oder er mit dem Schicksal hadert, das ihm neben dem Altern nun auch noch eine Erkrankung auferlegt hat, nicht ausgeschlossen. Natürlich wird es auch solche Phasen der Irritation und der Verzweiflung geben – wichtig ist aber, wieder „aus dem Tal der Tränen heraus an die Sonne zu kommen“ – wie einmal eine Patientin zu mir sagte. Entscheidend ist hier der Wille, und dieser Wille hängt immer von dem subjektiven Kalkül ab, ob es sich wirklich lohnt, noch einmal eine Anstrengung zu wagen und sein Leben weiter zu leben. Es sind dies Momente, die jeder chronisch kranke Mensch erlebt, und jeder, der aus solchen Tälern herauskommt, wird versichern, dass dies nur deshalb erfolgt, weil Ziele da sind, für die sich das Leben lohnt.

Solche Ziele muss der Einzelne selber sehen und kein noch so gut gemeinter Rat kann uns diese vermitteln. Gelingt dies nicht, versinken wir in Depression, deren eigentliches Wesen das Fehlen von Zielen ist. Leben und Überleben ist damit nicht nur eine Frage der medizinischen Behandlung – auch wenn dies in manchen europäischen Ländern inzwischen für viele ältere Menschen ein Problem darstellt, da

sie die Kosten, die hierfür aufzubringen sind, nicht mehr zahlen können. Leben und Überleben beginnt auch da, wo wir uns die Frage stellen, was unser Leben lebenswert macht, und das Weiterleben wird entscheidend davon beeinflusst werden, welche Antworten wir hier finden. Eine solche Sicht unterstreicht, dass es zwar Medikamente geben mag, die unserem Körper in einer vergleichbaren Art und Weise helfen, es gibt allerdings keine Medikamente, die uns Ziele geben und uns den Sinn unseres Lebens vermitteln. Hier ist jeder selbst gefordert. Dies schließt natürlich nicht aus, dass wir uns – auch und gerade im Alter – Hilfe und Beratung suchen. Dies kann ein Gespräch mit Freunden sein, vor allem aber auch eine professionelle psychologische Beratung.

Entscheidend für die Bewältigung von körperlicher Krankheit im Alter – sei dies Krebs oder andere Formen physischer Erkrankungen (z.B. Arthrose, Rheumatismus) – wird also stets sein, ob wir unser Leben als lebenswert betrachten. Die Beantwortung dieser Frage hängt entscheidend von unseren Erwartungen und Ansprüchen ab. Gerade das Alter lehrt uns oftmals Ansprüche zu ändern und uns von Zielen zu lösen, die wir nicht mehr erreichen können. Wenn wir dies ohne (allzu große) Trauer schaffen, kann dies für alle Lebenslagen hilfreich sein, und – wie es der Aphorismus des *carpe diem* sagt – ist dann jeder einzelne Tag als Geschenk zu leben.

Literaturverzeichnis:

Ferring, D. (1987). *Krankheit als Krise des Erwachsenenalters. Zur Rolle wahrgenommener Kausalität und Kontrolle in der Befindlichkeitsregulation*. Regensburg: Roderer Verlag.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.

Thomae, H. (1970). *Theory of aging and cognitive theory of personality*. *Human Development*, 13, 1-16.

Psychoonkologische Beratung



Ältere Krebspatienten durch psychoonkologische Angebote besser erreichen

▼ **Barbara STREHLER,**
*Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
Fondation Cancer*

Das Risiko an Krebs zu erkranken, nimmt mit steigendem Alter zu. Nach den Angaben des Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) sind Frauen bei der Diagnosestellung im Schnitt 68 Jahre, Männer 69 Jahre alt. Auch die seit Ende 2010 vorliegenden Angaben zur Inzidenz von Krebserkrankungen in Luxemburg für das Jahr 2008, erhoben durch das „Registre Morphologique des Tumeurs“ (vgl. Info-Cancer N° 65), zeigen den Trend, dass die meisten Patienten bereits im Rentenalter sind, wenn sie die Diagnose erhalten. Als häufige psychische Folgen von Diagnose und Behandlung lassen sich dann vor allem verschiedene Ausdrucksformen von Angst und Niedergeschlagenheit beschreiben. Expertenschätzungen gehen von psychischen Beeinträchtigungen bei 20-40 Prozent aller Krebspatienten aus (Schwarz & Singer 2008).

Im Hinblick auf die Häufigkeit seelischen Leidens bei Krebspatienten ist das Ziel aller psychoonkologischen Unterstützungsangebote klar: Linderung der psychischen Belastung, die eine Krebserkrankung und deren Behandlung (für die Patienten sowie für die Angehörigen) mit sich bringt, Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung, Stabilisierung der Lebensqualität, Vorbeugung von psychischen Fehlentwicklungen und ggf. eine Verbesserung der Überlebensprognose, etwa dann, wenn der Patient aufgrund seelischen Leidens die medizinische Behandlung abbrechen möchte (Sellschopp et al. 2002).

Dazu stehen den Fachleuten verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung: von niedrigschwelligen Angeboten wie Informationsgesprächen über Psychoedukation, Methoden der Stressbewältigung bis hin zur

gezielten psychotherapeutischen Unterstützung der Krankheitsverarbeitung und der Behandlung seelischer Begleiterkrankungen.

In Luxemburg bietet die Fondation Cancer als ambulanter psychosozialer Dienst für Krebspatienten und deren Angehörige ein breitgefächertes Unterstützungsangebot, das niedrig- und höherschwellige Möglichkeiten beinhaltet. Mit dieser Vielfalt schließt die Fondation Cancer eine wichtige Lücke in der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten außerhalb der Kliniken.

Auffällig ist jedoch, dass diese Angebote insgesamt zwar gut genutzt werden (vgl. Jahresbericht der Fondation Cancer 2010), dies aber vorwiegend von „jüngeren“ Krebspatienten.

Ältere Patienten über 65 Jahre stellen die Ausnahme dar. Allenfalls die Telefonberatung wird gelegentlich von älteren Patienten genutzt.

Die Gründe für diese mangelnde Inanspruchnahme mögen vielfältig sein. Im Folgenden werden einige Aussagen von älteren Krebspatienten aufgelistet, die exemplarisch auf verschiedene Ursachen hinweisen:

- ▶ „Neben den Arzt- und Behandlungsterminen noch weitere Gesprächstermine? Dazu fühle ich mich einfach zu müde und kraftlos.“
- ▶ „Was soll ich denn bei einer Psychologin? Das bringt ja doch nichts. Ich muss damit alleine zurechtkommen!“
- ▶ „Ich möchte meinen Angehörigen nicht noch mehr zur Last fallen. Außerdem sollen sie nicht wissen, dass es mir so schlecht geht.“

Auffällig ist weiterhin, dass die Abbruchquote bei den Beratungsgesprächen in dieser älteren Population im Vergleich zu jüngeren Klienten hoch ist. Resignation und Hoffnungslosigkeit sind oft im Vorfeld des Abbruchs zu beobachten.

Obwohl häufig betroffen, nutzen ältere Krebspatienten somit nur in geringem Maße psychoonkologisch orientierte Beratungsgespräche.

Vielfach, weil ihnen allein schon die Motivation oder die Möglichkeit fehlt, ein Orientierungsgespräch zur Feststellung des (psychosozialen) Bedarfs und zur Erörterung der Möglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Denn viele Krebspatienten leiden in fortgeschrittenem Alter noch unter weiteren **gesundheitlichen Problemen**, die zusätzlich **motivationshemmend** wirken können: Sie haben Bluthochdruck und Herz-Kreislaufprobleme, sie sind zuckerkrank oder ihre Nieren arbeiten nicht mehr einwandfrei. Sie fühlen sich in ihrer Kommunikation durch einen Verlust der Hörfähigkeit oder der Konzentration gehemmt. Sie machen sich Sorgen, eventuell für ihre Kinder zu einer Belastung zu werden. Depressive Störungen sind ein häufiges Phänomen.

Vor diesem Hintergrund einer **schlechteren Erreichbarkeit** älterer Krebspatienten durch individuelle psychoonkologische Angebote im ambulanten Dienst sowie bei gleichzeitiger Annahme der psychischen Belastung und des Leidens, gewinnt für diese Zielgruppe der Ansatz der Familienberatung und -therapie an besonderer Bedeutung (Wibmer et al., 2002). Im Verlauf der Erkrankung frühzeitig durch den Arzt oder durch eine Krankenschwester angeregt und als integrativer Bestandteil der medizinischen Behandlung und psychosozialen Betreuung des älteren Krebspatienten verstanden, ließe sich mit diesem erweiterten Ansatz diese Zielgruppe sicherlich besser erreichen.

Die Familie (bei der älteren Zielgruppe vor allem der Partner, die erwachsenen Kinder sowie eventuell Enkelkinder, aber auch andere Verwandte und Freunde) wird dabei als Gesundheits- und Krankheitsgemeinschaft gesehen, die sich an die durch die Krankheit hervorgerufenen Veränderungen anpassen muss. Jeder Angehörige erscheint dabei belastet durch das Mitbetroffensein sowie durch die Auswirkungen auf den eigenen Lebensalltag. Für alle Beteiligten stellen sich Fragen, für die meist keine klaren

► Praxisbezogene Betreuungskonzepte

Psychoonkologische Beratung

Antworten / Vorerfahrungen vorliegen und welche in dem geschützten Rahmen eines „Familien“-Settings besprochen werden könnten:

- Was hat sich im Leben der Familie durch die Krankheit des alten Menschen verändert?
- Wodurch könnte es besser werden?
- Wer kann wen, in welchem Umfang und wie lange unterstützen?
- Wie sieht das soziale Netz aus? Wie die Entlastungsmöglichkeiten?
- Welche Ängste, Wünsche und Hoffnungen sind vorhanden?
- Wie stellen sich die Beteiligten die Zukunft vor?
- Wie spricht man über das Sterben?

Psychoonkologisch orientierte Familienberatung und -therapie erleichtert es, das individuelle Erleben in Bezug auf die Erkrankung und deren Folgen in der Familie zu besprechen, angemessene Kommunikationsformen zu entwickeln und Konfliktsituationen zu bearbeiten.

Von der Arbeit mit dem ganzen System (oder mit Teilen des Systems) profitiert dabei nicht nur der ältere Patient. Dieser erfährt vor allem Wertschätzung durch die Bereitschaft von (jüngeren) Familienmitgliedern, sich in diesem Rahmen mit der Krankheit auseinanderzusetzen. Dies kann sich positiv auf das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit bei älteren Patienten auswirken. Die Kinder des älteren Patienten können von dieser Konstellation profitieren, indem sie Unterstützung darin finden, wie sie diese Lebensphase und die Auseinandersetzung mit der Situation eines Elternteils bewusst angehen können. Dies kann nicht zuletzt positive Impulse für die eigene Lebensgestaltung bringen.

Möglichkeiten für eine solche psychoonkologisch orientierte Familienberatung und -therapie sind in Luxemburg vorhanden (etwa in der Fondation Cancer) und könnten für ältere Krebspatienten stärker in die (psycho)soziale Versorgung miteinbezogen werden. Wäre eine solche von vornherein in ein „Gesamt-Behandlungskonzept“ integriert, würde sie mit Sicherheit eine noch größere Akzeptanz bei den Betroffenen finden.

► Dabei geht es ausdrücklich nicht um die Unterstellung einer familiendynamischen Krankheitsentwicklung (etwa: die Familie sei Mitverursacher der Krankheit), sondern es geht um eine ressourcen- und bewältigungsorientierte Perspektive, die die Familie frühzeitig miteinbeziehen möchte.

Literaturverzeichnis:

Fondation Cancer (2010). Jahresbericht „Rapport d'activité“. Info-Cancer, 16, 65.

Schwarz, R. & Singer, S. (2008). Einführung Psychosoziale Onkologie. München : UTB Ernst Reinhardt.

Sellschopp, A., Fegg, M., Frick, E., Gruber, U., Pouget-Schors, D., et al. (Hrsg.) (2002). Manual Psychoonkologie. Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Tumorzentrum München: Zuckerschwerdt Verlag.

Wibmer, W. & Rechenberg-Winter, P. (2002). Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. In: Psychoonkologie (S. 84-88). Tumorzentrum München.

Soziale Unterstützung



Soziale Unterstützung bei älteren Krebspatienten: Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen

Es gehört zu den Grunderfahrungen des Menschen, dass Belastendes leichter zu ertragen ist, wenn man sich auf nahestehende Personen verlassen und seine Sorgen mit anderen teilen kann. Die psychologische und soziologische Forschung der zurückliegenden Jahre hat vielfach den Nachweis dafür erbracht, dass eine gute Einbindung in soziale Netze und die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung auch unabhängig vom Vorliegen außergewöhnlicher Belastungen ein wesentlicher Grundpfeiler für seelisches und körperliches Wohlbefinden ist (Taylor, 2007). Daher werden die sogenannten sozialen Ressourcen immer in den Blick genommen, wenn man erklären will, warum Menschen sich unterschiedlich „erfolgreich“ mit sehr belastenden Lebenssituationen auseinandersetzen, und sie angesichts vermeintlich auswegloser Lebenslagen nicht in Verzweiflung und tiefe Depression verfallen (vgl. Filipp & Aymanns, 2010). Dies gilt für vielfältige kritische Lebensereignisse, insbesondere aber für den Umgang mit schweren körperlichen Erkrankungen wie z.B. Krebs.

▼ *Dr. Peter AYMANNS,
Universität Luxemburg*

Krebs – eine alterstypische Erkrankung

Krebs ist eine Erkrankung, von der vor allem Menschen über 65 Jahre betroffen sind (Robert Koch-Institut, 2010). Trotz der hohen Prävalenz von Krebserkrankungen im Alter hat sich die Forschung kaum

mit der Frage befasst, ob soziale Unterstützung bei älteren im Vergleich zu jüngeren Krebspatienten unterschiedlich ausgestaltet und wirksam ist. Die wenigen vorliegenden Studien – so etwa eine Untersuchung von Pinquart, Fröhlich und Silbereisen (2006) an über 350 neu diagnostizierten Krebspatienten in einem mittleren Alter von 58 Jahren – deuten jedoch darauf hin, dass ältere Krebspatienten nicht weniger soziale Unterstützung durch ihr Umfeld erhalten als jüngere. Zu beachten ist zudem, dass in vielen Studien ältere Patienten ohnehin relativ stark

► Praxisbezogene Betreuungskonzepte

Soziale Unterstützung

vertreten sind, da über 50 Prozent der Krebspatienten älter als 65 Jahre sind. Man wird daher die allgemeinen Befunde zur sozialen Unterstützung bei Krebspatienten wohl auch auf die Gruppe der älteren Patienten übertragen können. Zwar mag die Diagnose „Brustkrebs“ bei einer 40-Jährigen Mutter unerwarteter sein und in dieser Hinsicht eher ein non-normatives kritisches Lebensereignis darstellen als die Diagnose „Prostatakrebs“ bei einem 70-Jährigen Mann. Gemeinsam teilen die Betroffenen und ihre Angehörigen aber die Erfahrung, dass das Leben bedroht ist, und sie fortan oft mit großer Unsicherheit und Angst über den weiteren Verlauf hinweg werden leben müssen.

Im Folgenden wird zunächst der Frage nachgegangen, was soziale Unterstützung im Kontext der Auseinandersetzung mit Krebserkrankungen kennzeichnet und wodurch die günstigen und mitunter ungünstigen Folgen sozialer Unterstützung zustande kommen. Dabei wird die besondere Situation älterer Menschen verstärkt berücksichtigt. Abschließend werden Rahmenbedingungen und Grenzen der Unterstützung v.a. bei älteren Tumorkranken thematisiert.

Zugänge zur Erfassung sozialer Unterstützung

Will man soziale Unterstützung erfassen, so haben sich zwei Zugänge bewährt. Zum einen kann man sehr allgemein danach fragen, wie gut ein Mensch sozial eingebunden ist, indem man z.B. die Anzahl seiner Freunde und Bekannten, die Häufigkeit des Kontakts zu Familienangehörigen oder seine aktiven Vereinszugehörigkeiten ermittelt. Zum anderen kann man direkt danach fragen, ob und in welcher Weise eine Person tatsächlich von nahestehenden Menschen unterstützt wird. Dabei wird häufig danach unterschieden, inwieweit jemand in emotionaler Hinsicht (emotionale Unterstützung), in praktischen Dingen (instrumentelle Unterstützung) und im Sinne des Ratgebens und der Informationsvermittlung (kognitive oder informationelle Unterstützung) Hilfe erfährt. Soziale Unterstützung wird insbesondere dann relevant, wenn sich ein Mensch an schwierige Lebenslagen anpassen muss; daher wird eine wichtige Aufgabe sozialer Unterstützung darin gesehen, den Betroffenen in konstruktiver Weise in seinen Bewälti-

gungsbemühungen zu unterstützen (coping assistance; Thoits, 1986).

Einbindung in soziale Netzwerke

Soziale Unterstützung zu erhalten, setzt voraus, dass Menschen in gutem Kontakt und Austausch mit ihrem sozialen Umfeld stehen. Wer wenig soziale Kontakte hat oder gar sozial isoliert ist, wird weniger Zuspruch von anderen erhalten. Er fühlt sich häufiger depressiv und hoffnungslos und lebt zumeist weniger gesundheitsbewusst. Eine gute soziale Einbindung ist auch für Krebspatienten ein bedeutsamer protektiver Faktor. Dies zeigt etwa eine sorgfältig kontrollierte Längsschnittstudie von Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes und Kawachi (2006), in der die soziale Einbindung sowie der Krankheitsverlauf von 2.835 Frauen mit Brustkrebs über 10 Jahre hinweg verfolgt wurden. Danach hatten jene Frauen, die **vor** der Krebsdiagnose sozial isoliert waren, d.h. die kinderlos waren, kaum verwandtschaftliche Kontakte oder keine engen Freunde hatten, bei Kontrolle des Krankheitsstadiums ein deutlich höheres Risiko, an der Krebserkrankung zu versterben, als jene, die eigene Kinder oder Freunde hatten. Auch in anderen Untersuchungen fanden sich für Brustkrebspatientinnen (nicht aber für andere Tumorerkrankungen) Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen einer guten sozialen Einbindung und dem Krankheitsverlauf und der Überlebensrate (zum Überblick Naushen, Gidron, Peveler & Moss-Morris, 2009). Hält man sich vor Augen, dass ältere kinderlose Menschen etwa nach dem Tod des Lebenspartners einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt sind, zu vereinsamen, wird man die zusätzliche Gefährdung abschätzen können, die mit einer Krebsdiagnose für diese Personengruppe einhergeht. Vor diesem Hintergrund müssen gemeindenähe psychosoziale Anlaufstellen v.a. für ältere Menschen erhalten und ausgebaut werden (Otto, 2005).

Zugleich wird deutlich, welche schützende Wirkung von einer guten Einbindung vor allem in familiäre Beziehungen ausgeht. Im höheren Alter sind es in aller Regel die Familienangehörigen, also der Partner und die erwachsenen Kinder, die soziale Unterstützung bei schweren Erkrankungen gewährleisten.

Diese relative Exklusivität familialer Unterstützung hat fraglos mit dem Wandel der Netzwerkstruktur und der Verringerung außerfamiliärer Kontakte im Alter zu tun (Tesch-Römer, 2010). Hinzukommt, dass sich die Funktion sozialer Beziehungen im höheren Alter wandelt. Nach der sozioemotionalen Selektivitätstheorie von Laura Carstensen (Carstensen, 2006) bestimmt v.a. das subjektive Empfinden, wieviel Lebenszeit einem verbleibt, welche Erwartungen Menschen an ihre sozialen Beziehungen haben und welche Ziele sie dort verfolgen. Wird der verbleibende Zeithorizont des eigenen Lebens als eng erlebt, und dies dürfte ältere wie jüngere Krebspatienten in gleicher Weise betreffen, werden soziale Beziehungen nicht mehr dafür genutzt, das Wissen über sich und die Welt zu erweitern. Vielmehr sollen soziale Interaktionen dann dazu beitragen, die eigenen Emotionen zu regulieren und emotional bereichernde, positive Erfahrungen zu ermöglichen. Diese Erfahrungen werden v.a. bei vertrauten Personen, also alten Freunden und Familienmitgliedern gesucht.

Emotionale Unterstützung

Damit rückt die emotionale Unterstützung, die zu Recht als die wichtigste Form sozialer Unterstützung gilt, in den Mittelpunkt. Das mehr oder minder explizite Ziel der emotionalen Unterstützung ist es, die emotionale Befindlichkeit des Patienten zu erkennen – seien es Ängste bezüglich der Diagnose, der Nebenwirkungen von Behandlungsmaßnahmen oder des Fortgangs der Erkrankung, seien es Anzeichen von Niedergeschlagenheit, Aufregung oder fortwährendes Grübeln – und ihm den Raum zu geben, seine Gefühle zu äußern. Aufgabe des unterstützenden Umfeldes ist es, den Patienten in seinen Gefühlen ernst zu nehmen, ohne damit die Gefühlseinschätzungen zwangsläufig auch teilen zu müssen. Vielfältige Reaktionen der Angehörigen können dem Patienten helfen, einengende aversive Gefühle abzumildern oder besser mit ihnen umzugehen. Hierzu gehören beispielsweise Nähe geben und Trost spenden, Mut machen, neue Sichtweisen anbieten, das Erklären und „Normalisieren“ des aktuellen Befindens, aber auch Humor oder Ablenkung, indem man den Patienten „auf andere Gedanken bringt“. Eine weitere wichtige Funktion emotionaler Unterstützung liegt darin, möglicher Isola-

tion entgegenzuwirken und dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, weiterhin dazuzugehören und für andere wichtig zu sein. Gleichfalls kann in Zeiten starker krankheitsbedingter Veränderungen und möglicher Lebensbedrohung die adaptive Funktion des autobiografischen Erinnerns genutzt werden. Indem in emotional unterstützenden Gesprächen unter „alten“ Freunden und Angehörigen gemeinsame Episoden der Lebensgeschichte nacherzählt und nacherlebt werden, kann das Empfinden persönlicher Kontinuität und Identität gestärkt werden (Habermas, 2005).

Inzwischen kann als eine gesicherte Erkenntnis gelten, dass jene Krebspatienten, die sich in hohem Maße von ihren Familienangehörigen emotional unterstützt sehen, sich an die Veränderungen, die die Erkrankung mit sich bringt, besser anpassen: Sie bewahren eher ihre Zuversicht auf einen guten Ausgang der Erkrankung, sie sind weniger niedergeschlagen und behalten ein positives Selbstwertgefühl. Vieles vor ihnen liegende erscheint weiterhin durch eigenes Zutun beeinflussbar, weil sie ein Gefühl der persönlichen Kontrolle über viele Belange ihres eigenen Leben behalten (z. B. Aymanns, 1992; Shapiro, McCue, Heyman, Dey & Haller, 2010; zum Überblick Knoll, Scholz & Rieckmann, 2011). Emotionale Unterstützung hilft offenkundig, Belastungen besser zu bewältigen, indem negative Affekte leichter abgemildert werden können. In der Tat geht eine hohe emotionale Unterstützung mit nachweislichen körperlichen Veränderungen einher: Menschen, die von hoher emotionaler Unterstützung berichten, erweisen sich in Stresssituationen als belastbarer, da sie ihre Herz-Kreislauf-Reaktionen besser herunterregulieren können, d.h. sie sind entspannter und können Herausforderungen gelassener begegnen (Uchino, Holt-Lunstad, Uno, Betancourt & Garvey, 1999).

Instrumentelle Unterstützung

Emotionale Unterstützung wird ergänzt durch die praktische Unterstützung, die von Kindern älterer Menschen ohnehin zunehmend geleistet wird, wenn altersbedingte Funktionseinschränkungen ausgeglichen werden müssen. Bemerkenswert ist, dass eine hohe praktische Unterstützung es Patienten offensichtlich leichter macht, die ärztlichen Anweisungen zu

► Praxisbezogene Betreuungskonzepte

Soziale Unterstützung

befolgen (**Compliance**). In einer Metaanalyse, also einer zusammenfassenden Auswertung vieler empirischer Studien, konnte DiMatteo (2004) bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern zeigen, dass diejenigen, die über ein hohes Maß an praktischer Unterstützung berichteten, ärztliche Anweisungen zur Medikamenteneinnahme oder zum Durchführen körperlicher Übungen zuhause dreimal häufiger befolgten, als Patienten, die wenig praktische Unterstützung erhielten. Diese Art der Unterstützung hilft offenkundig, zeitliche und verhaltensorientierte Strukturen aufzubauen, in die alltägliche medizinische Routine einzubetten und aufrecht zu erhalten.

Informationale Unterstützung

Informationale oder kognitive Unterstützung kommt dann zum Tragen, wenn das Geschehen „richtig“ einzuschätzen ist und Entscheidungen über weitere Behandlungsmaßnahmen zu treffen sind. Die Kommunikation mit Ärzten, das Verstehen und Verarbeiten der medizinischen Informationen und das Ziehen der „richtigen“ Schlüsse, ist für viele Patienten jeden Alters eine große Herausforderung. Oft brauchen Patienten eine „Übersetzungshilfe“, um die medizinischen Informationen mit eigenem Vorwissen in Verbindung bringen zu können. Mit Blick auf die Informationsverarbeitung neigen ältere Patienten im Unterschied zu jüngeren dazu, positive Informationen besser zu behalten als emotional bedrohliche (**positivity effect**). Dies gilt auch für bedrohliche und entscheidungsrelevante medizinische Informationen, die von älteren Menschen eher „ausgeblendet“ und schlechter behalten werden, wie Löckenhoff und Carstensen (2007) in einer experimentellen Studie herausfanden. Im Sinne der erwähnten sozioemotionalen Selektivitätstheorie mag eine solche selektive Informationsverarbeitung für die Emotionsregulation dienlich sein und als Bedrohungsabwehr kurzfristig eine durchaus effektive Bewältigungsstrategie darstellen (Filipp, Klauer, Ferring & Freudenberg, 1989). Allerdings besteht die Gefahr, dass für die weitere Behandlung wichtige, aber negativ gefärbte Informationen nur unzureichend aufgenommen werden. In diesem Zusammenhang ist ein weiteres Ergebnis des Experimentes von Löckenhoff und Carstensen bemerkenswert, demzufolge der Unterschied zwi-

schen älteren und jüngeren Menschen hinsichtlich der Zuwendung zu negativen Informationen verschwand, wenn sie aufgefordert wurden, ihre Aufmerksamkeit gezielt auf die Fakten und Details zu richten. Eine Unterstützung älterer Krebspatienten im Umgang mit wichtigen medizinischen Informationen durch Angehörige kann daher darin bestehen, sie daran zu erinnern, während der Informationsvermittlung durch den Arzt ihre Aufmerksamkeit v.a. auf die mitgeteilten Fakten und weniger auf die eigene gefühlsmäßige Befindlichkeit zu lenken bzw. selbst bei der Informationsvermittlung anwesend zu sein.

Rahmenbedingungen und Grenzen sozialer Unterstützung

Fraglos ist soziale Unterstützung hilfreich und dennoch ist festzuhalten, dass das Geben und Empfangen sozialer Unterstützung in chronischen Belastungssituationen durchaus störanfällig ist. Es müssen bestimmte Rahmenbedingungen gegeben sein, damit soziale Unterstützung langfristig funktional bleibt. Einige dieser Aspekte seien abschließend genannt. Soziale Unterstützung wird nur dann als hilfreich erlebt, wenn sie auf die jeweiligen Unterstützungsbedürfnisse des Adressaten zugeschnitten ist. Wer z.B. ständig in guter Absicht von belastenden Themen abgelenkt wird, aber eigentlich seine Ängste äußern will, wird sich auf Dauer nicht wirklich unterstützt fühlen. „Passende“ Unterstützung kann zudem nur gegeben werden, wenn der Patient sich mitteilt und offen legt, was ihn beschäftigt. Dies scheint insbesondere für Krebspatientinnen zu gelten, die v.a. dann über eine zufriedenstellende Unterstützung durch ihren Partner berichteten, wenn sie sich ihrerseits dem Partner gegenüber öffneten (Ayman, 1992). In diesem Sinne muss Unterstützung auch aktiv vom Patienten mobilisiert werden.

Dass bestimmte Formen der Selbstmitteilung aber problematisch sein können, zeigt ein Blick auf jene Patienten, die mit erhöhter Klagsamkeit auf ihre Situation aufmerksam machen. Diese lässt die Unterstützungsbemühungen anderer häufig schnell zum Erliegen kommen, da sie sie als vergeblich und den Zustand des Anders nicht wirklich verändernd wahrnehmen. In der Folge kommt es häufig entweder zu bagatellisierenden Unterstützungsreaktionen oder der

Unterstützer zieht sich verärgert zurück (Klauer & Winkeler, 2005). Insofern ist eine hohe Klagsamkeit für die Beziehung zwischen Geber und Empfänger nicht förderlich. So hatten Personen im mittleren Erwachsenenalter, die bei ihren alten Eltern ein klagendes und problemleugnendes Muster der Lebensbewältigung wahrnahmen, eine deutliche schlechtere und konflikthaftere Beziehung zu ihren Eltern als jene, die deren Bewältigungsverhalten als offensiv und problemzugewandt erlebten (Mayer, Filipp & Aymanns, 2004). Insofern haben Patienten durch ihr eigenes Bewältigungsverhalten und durch die Art und Weise, wie sie Unterstützung mobilisieren, zumindest partiell Einfluss darauf, welche Art von Unterstützung sie am Ende erhalten.

Das Geben sozialer Unterstützung kann auch in anderer Hinsicht durchaus eine Gratwanderung sein. Viele Angehörige älterer Patienten stehen vor dem Problem, deren Autonomie und Selbstständigkeit erhalten zu wollen, ohne ihnen die notwendige Unterstützung völlig zu verwehren oder sie zu überfordern. Ein Zuviel an Unterstützung kann in ein überprotektives Verhalten münden, so beispielsweise wenn einem Patienten Aufgaben abgenommen werden, die er selbst hätte erledigen können. Patienten, die sich in diesem Sinne anhaltend überfürsorglich von ihren Familienangehörigen entlastet sehen, erleben über die Zeit eine Einbuße ihres Selbstwertgefühls und sie haben das Empfinden, weniger Kontrolle über ihre Lebenssituation zu haben (Kuijjer et al. 2000).

Schließlich geht eine hohe Unterstützungsbedürftigkeit häufig mit dem Bestreben einher, etwas von dem zurückzugeben, was man an Hilfe und Unterstützung von anderen erhalten hat. Diese Reziprozität mag in engen Familienbeziehungen nicht die gleiche Relevanz haben wie in freundschaftlichen Beziehungen, allerdings wird das Annehmen von Unterstützung selbst in der Familie dann leichter, wenn der

Empfänger eine Möglichkeit sieht, etwas zurückgeben zu können. Auch in Familien gibt es eine langfristige Bilanzierung von Geben und Nehmen zwischen den Generationen und obschon in den meisten Fällen das Konto ausgeglichen ist, kann eine Barriere, familiäre Unterstützung in Anspruch zu nehmen, darin begründet sein, eine „Wiedergutmachungsschuld“ zu vermeiden (Newson, 1999).

Unterstützung anzunehmen ist oft nicht nur für den „Empfänger“ mit Schwierigkeiten verbunden, auch der „Geber“ stößt hin und wieder an seine Grenzen. Brix und Strauß (2009) haben die Belastungen bei Ehepartnern, Kindern und Schwiegerkindern von älteren Tumorkranken untersucht und kamen zu dem Ergebnis, dass die Angehörigen durch die Erkrankung selbst hochgradig emotional und körperlich belastet sind. Diese teilen die existenziellen Ängste, die mit der Krebsdiagnose verbunden sind, ebenso wie die Hoffnungen der Patienten auf Heilung. Zudem trifft die Tumorerkrankung eines älteren Menschen den Angehörigen häufig in einem Lebensabschnitt, in dem er sich selbst in einer altersbedingten Umbruchphase befindet – sei es, weil die eigenen Kinder das Haus verlassen oder sich mit dem Eintritt in den Ruhestand die eigenen sozialen Netzwerke verändert haben. Besonders hoch belastet waren Angehörige über 50 Jahre und solche, die mit zunehmendem Pflegeaufwand konfrontiert waren; letztere berichteten vermehrt von Erschöpfungs- und Überforderungsgefühlen. Zu Recht machen Brix und Strauß (2009) daher darauf aufmerksam, dass die Angehörigen älterer Tumorkranken professionell unterstützt werden müssen, da vom Erhalt ihrer Unterstützungsleistung auch das Bewältigungsverhalten des Patienten nachhaltig beeinflusst wird. So gilt letztlich für die Angehörigen, dass sie ihre eigenen sozialen Ressourcen und Netzwerke ebenfalls pflegen und erhalten müssen, um einer drohenden Isolation aufgrund der intensiven Pflege- und Unterstützungsleistungen zu begegnen.

Literaturverzeichnis:

Aymanns, P. (1992). *Krebserkrankung und Familie: Zur Rolle Familialer Unterstützung im Prozeß der Krankheitsbewältigung*. Bern: Huber.

Brix, C. & Strauß, B. (2009). *Belastungen und Belastungsverarbeitung bei Angehörigen in der Geriatrischen Onkologie*. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung* (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Band 22) (S. 114-128). Göttingen: Hogrefe.

Carstensen, L. L. (2006). *The influence of a sense of time on human development*. *Science*, 312, 1913-1915.

► Praxisbezogene Betreuungskonzepte

Soziale Unterstützung

- DiMatteo, M. R. (2004). *Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis*. *HealthPsychology*, 23(2), 207-218.
- Filipp, S. H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Filipp, S. H., Klauer, T., Ferring, D. & Freudenberg, E. (1989). *Wohlbefinden durch Krankheitsbewältigung? Untersuchungen zur "Effektivität" von Bewältigungsverhalten bei Krebspatienten*. In R. Verres & M. Hasenbring (Hrsg.), *Psychologische Onkologie (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 3, S. 115-126)*. Berlin: Springer.
- Habermas, T. (2005). *Autobiografisches Erinnern*. In S.-H. Philipp & U. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters (= Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich C, Theorie und Forschung, Serie V, Entwicklungspsychologie, Band 6)* (S. 683-713). Göttingen: Hogrefe.
- Klauer, T. & Winkler, M. (2005). *Mobilisierung sozialer Unterstützung: Konzepte, Befunde und Interventionsansätze*. In U. Otto & P. Bauer (Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band I: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive* (S. 157-180). Tübingen: DGVt Verlag.
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2011). *Einführung Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D. & Kawachi, I. (2006). *Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis*. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), 1105-1111.
- Kuijter, R. G., Ybema, J. F., Buunk, B. P., De Jong, G. M., Thijs Boer, F. & Sanderman, R. (2000). *Active engagement, protective buffering, and overprotection: Three ways of giving support by intimate partners of patients with cancer*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(2), 256-275.
- Löckenhoff, C. E. & Carstensen, L. (2007). *Aging, emotion, and health related decision strategies: Motivational manipulations can reduce age differences*. *Psychology and Aging*, 22(1), 134-146.
- Mayer, A.-K., Philipp, S.-H. & Aymanns, P. (2004). *Formen der Lebensbewältigung älterer Menschen aus Sicht ihrer erwachsenen Kinder und die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung: Eine clusteranalytische Untersuchung*. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 36, 95-104.
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R. & Moss-Morris, R. (2009). *Social support and cancer progression: A systematic review*. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 403-415.
- Newsom, J. T. (1999). *Another side to caregiving: Negative reactions to being helped*. *Current Directions in Psychological Science*, 8(6), 183-187.
- Otto, U. (2005). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung älterer Pflegebedürftiger: Potenziale, Grenzen und Interventionsmöglichkeiten im Lichte demografischer Befunde*. In U. Otto & P. Bauer (Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band I: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive* (S. 471-513). Tübingen: DGVt Verlag.
- Pinquart, M., Fröhlich, C. & Silbereisen, R. K. (2006). *Altersunterschiede in psychosozialen Ressourcen und im Befinden von Krebspatienten am Beginn einer Chemotherapie*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(5), 344-349.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2010). *Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends (7. Auflage)*. Berlin: Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.
- Shapiro, J. D., McCue, K., Heyman, E. N., Dey, T. & Haller, H. S. (2010). *Coping-related variables associated with individual differences in adjustment to cancer*. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 1-22.
- Taylor, S. E. (2007). *Social Support*. In H. S. Friedman & R. C. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology* (pp. 145-171). New York: Oxford University Press.
- Tesch-Römer, C. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Thoits, P. A. (1986). *Social support as coping assistance*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.
- Uchino, B. N., Holt Lunstad, J., Uno, D., Betancourt, R. & Garvey, T. S. (1999). *Social support and age-related differences in cardiovascular function: An examination of potential mediators*. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 135-142.



Hypnose und suggestive Kommunikation in der Onkologie

Der folgende Beitrag befasst sich mit den Möglichkeiten der modernen Hypnotherapie im onkologischen Behandlungskontext. Dabei wird auf Potenziale und mögliche Gefahren suggestiver Kommunikation hingewiesen – die nicht nur mit interventiver Absicht im Rahmen formaler Hypnosesitzungen angewandt wird – sondern häufig auch unbeabsichtigt in Form sogenannter „Wachsuggestionen“ in der medizinischen Alltagskommunikation erfolgt.

▼ **Dr. Andreas KÖNIG,**
Universität Luxemburg

Medizinische Hypnose in der Onkologie

Während psychotherapeutische Hypnose im engeren Sinne Teil eines umfassenderen, oft stärker problemorientierten Vorgehens ist, steht bei der medizinischen Hypnose in der Regel eine rein *symptomorientierte* Vorgehensweise im Vordergrund. Bei beiden Formen wird der Patient meist über ein Induktionsritual (z.B. mit den Augen einen Punkt fixieren) und eine Vertiefungsphase in eine hypnotische Trance geleitet. Dieser eigenständige, von Schlaf, Wachzustand oder Entspan-

nung abgrenzbare Zustand (vgl. Bongartz, 2000) lässt sich dann therapeutisch mittels verschiedener Techniken nutzen. Er ist durch Veränderungen auf verschiedenen Ebenen gekennzeichnet: *Äußerlich* erscheinen Patienten in einem schlafähnlichen Zustand mit ruhiger, tiefer Atmung und geschlossenen Augen. *Physiologische* Veränderungen betreffen z.B. die Dämpfung des sympathischen Nervensystems, Veränderungen der Gehirnaktivität sowie verschiedene endokrinologische und hämatologische Veränderungen. *Subjektiv* findet eine Einengung der Aufmerksamkeit mit Ausblendung irrelevanter Umweltreize statt, eine veränderte Körperwahrnehmung (Schwere oder Leichtigkeit, muskuläre Entspannung, Scheinbewegungen) und eine Verbesserung des visuellen Vorstellungsvermögens. Auch die Toleranz gegenüber logischen

► Praxisbezogene Betreuungskonzepte

Medizinische Gesprächsführung

Widersprüchen steigt an („Trancelogik“) und oftmals ist die Zeitwahrnehmung verzerrt. Es kommt zur Verbesserung dissoziativer Prozesse (z.B. Ausblenden der Empfindungen in einem Körperteil) und zu einer erhöhten Suggestibilität¹.

Trancezustände sind ein natürliches Phänomen, das im Alltag oft spontan eintritt, etwa beim Joggen, beim versunkenen Blick aus dem Fenster während einer Zugfahrt oder bei Flow-Erleben während der Arbeit, wenn unsere Aufmerksamkeit eingeengt ist, wir völlig die Zeit vergessen und zunächst gar nicht merken, dass uns jemand anspricht.

Die Effektivität von Hypnose zur Unterbindung der **Nebeneffekte von Chemotherapien** ist mittlerweile gut belegt. Diese ist oft von Übelkeit und Erbrechen begleitet, die nicht nur während oder nach der Chemotherapie auftreten: etwa 30% der Krebspatienten erleiden diese Nebeneffekte, bevor diese überhaupt begonnen hat. Solche antizipatorischen Reaktionen kann man als „konditionierte Reaktionen“ erklären: Nach den ersten Chemotherapien tritt Übelkeit/Erbrechen als unkonditionierte Reaktion auf, die dabei z.B. auf visuelle (Vorstellung des Behandlungsraumes) oder olfaktorische (erinnerter Krankenhausgeruch) Reize konditioniert wird. Marchioro et al. (2000) belegten in einer Studie die Wirkung von Hypnose an einer Patientengruppe, die mindestens vier chemotherapeutische Behandlungszyklen durchlaufen hatten, und bei denen bereits mindestens 6 Stunden vor einer Chemotherapie Übelkeit und/oder Erbrechen auftraten. Unmittelbar vor den beiden Folgebehandlungen wurde eine einstündige Hypnosesitzung durchgeführt, in der u.a. Suggestionen zum Ausblenden des Bauchbereiches gegeben und auf individuellen Erfahrungen beruhende, positive emotionale Erfahrungen vermittelt wurden. In der Folge trat bei *allen* Patienten *keine* antizipatorische Übelkeit/Erbrechen auf. Richardson

et al. (2007) untermauern mit einer Metaanalyse, dass Hypnose gegenüber der Standardbehandlung äußerst effektiv gegen Übelkeit und Erbrechen bei Chemotherapie ist.

Bei Brustkrebs-Patientinnen durchgeführte Biopsien/ Lumpektomien gehen **postoperativ** oft mit **Schmerzen, Übelkeit und starker Müdigkeit** einher. In einer Studie von Montgomery et al. (2007) wurden 200 Patientinnen zufällig auf zwei Gruppen verteilt, von denen die eine psychologische Betreuung und die andere Hypnose erhielt (jeweils präoperativ 15 Minuten für jede Person). Die Hypnosegruppe benötigte im Vergleich intraoperativ 33% weniger Narkose- und 22% weniger Schmerzmittel, sowie weniger Zeit für den chirurgischen Eingriff, was die Operationskosten stark senkte. Zudem fielen die subjektiven Neben- und Folgewirkungen der Hypnosegruppe im Vergleich viel geringer aus: Insgesamt berichteten Patientinnen aus der Hypnosegruppe über deutlich weniger Schmerzen und schmerzbedingtes Unwohlsein, Übelkeit, Müdigkeit, emotionale Verstimtheit sowie allgemeines Unbehagen als die andere Gruppe. Elkins und Kollegen (2008) berichten über eine signifikant effizientere Reduktion von Hitzewallungen bei Brustkrebspatientinnen durch Hypnose, als üblicherweise mit Medikamenten erreicht wird. Zusätzlich konnte eine deutliche Verbesserung des Schlafes erreicht werden sowie weniger Angst und Depressivität.

Mit Blick auf das Wohlbefinden auch außerhalb des engeren onkologischen Behandlungssettings belegten Barling und Raine (2005) den Nutzen von Hypnose zur **Steigerung der Lebensqualität**: Von den zufällig auf eine unbehandelte Kontrollgruppe, eine Gruppe mit progressiver Muskelrelaxation (PMR) und zwei Hypnosegruppen (leichte vs. tiefe Trance) verteilten Patienten führten letztere zunächst nach Anleitung eines Therapeuten (Woche 1) und anschließend selbst zuhause anhand einer standardisierten Tonaufnahme (Woche 2-4) Hypnose durch. Als später (Woche 5) die auch vor Beginn der Studie erfassten Variablen verglichen wurden, zeigten sich in der Kontrollgruppe erwartungsgemäß keinerlei Änderungen während sowohl die

¹ Fähigkeit suggestiv übermittelte Gedanken, Gefühle, Vorstellungen in die eigenen kognitiven Systeme zu integrieren bzw. als Selbsterlebes mitzuteilen.

PMR- als auch die Hypnosegruppen signifikant weniger Burnout und Ängstlichkeit aufwiesen. Aber nur die Hypnosegruppen wiesen auch signifikant geringere Depressivität auf und darüber hinaus weniger Stress (leichte Trance) bzw. ein Anstieg des sekretorischen Immunglobulins A (tiefe Trance).

Auch andere Autoren konnten positive Effekte von Hypnose auf das **Immunsystem und die Stressresistenz** nachweisen, z.B. eine Zunahme natürlicher Killerzellen bzw. eine verminderte stressbedingte Abnahme derselben (Bongartz, 1986; Gruzelić, 2001). Die grundsätzliche Beeinflussbarkeit des Immunsystems durch Hypnose gilt experimentell als gut belegt (Kossak, 2004).

► **Achtung ist bei anekdotischen Berichten über die direkte Einwirkung von Suggestionen auf die Krebsbehandlung geboten, für die kein direkter, experimentell erbrachter Wirksamkeitsnachweis existiert.**

Programme zur Immunstärkung bei Krebserkrankungen durch (Selbst-)Hypnose (z.B. Simonton et al., 1978) sind daher immer nur als begleitende, nicht als alternative Maßnahmen zur medizinisch vorgesehenen Therapie zu verstehen.

Ferner ist die Wirksamkeit **hypnotherapeutischer Schmerztherapie** hinreichend belegt (Revenstorf, 2008), sowohl zur Reduktion der sensorischen als auch der emotionalen Komponente (Faymonville et al., 2000). Im Rahmen von Magenspiegelungen wurde nachgewiesen, dass eine unmittelbar vorausgehende fünfminütige Hypnoseinduktion vergleichsweise effektiver ist als die ebenso zeitaufwändige Verabreichung eines Beruhigungsmittels (Junker, 2004).

Insgesamt kann Hypnose hinsichtlich der Reduktion von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln sowie bestimmter Psychopharmaka nachweislich einen Beitrag leisten. Eine Reduktion der Anzahl und Menge verabreichter Medikamente erscheint zur Minimierung potenzieller Wechselwirkungen gerade bei älteren Patienten erstrebenswert, die häufig bereits wegen Komorbiditäten unabhängig von einer Krebserkrankung verschiedene Medikamente erhalten.



Berücksichtigt man die wenigen Kontraindikationen, so ist Hypnose, von qualifizierten Therapeuten durchgeführt, quasi frei von Nebenwirkungen.

Hypnose und Selbsthypnose kann zudem nicht nur allgemein die Lebensqualität steigern und die Immunantwort verbessern, sondern gibt Patienten insbesondere auch etwas in die Hand, mit dem sie aktiv mitarbeiten können und über das Erleben der herbeigeführten hypnotischen Phänomene wieder ein Gefühl von Kontrolle erhalten.

Hypnotische Sprachmuster: Wachsuggestionen im medizinischen Kontext

Suggestion stammt vom Lateinischen „sub-gerere“ bzw. „suggerere“, was im Deutschen wörtlich mit dem überwiegend negativ konnotierten „unterschreiben“ übersetzt wird, während die englischen und französischen Begriffe, „to suggest“ bzw. „suggérer“, eher im positiven (und auch passenderen) Sinne von „vorschlagen“ gebraucht werden.

Bislang wurde ausschließlich von formaler Hypnose gesprochen, innerhalb derer Suggestionen zum Einsatz kommen. Unter bestimmten Bedingungen ist diese aber gar nicht nötig. Krebserkrankungen bedeuten für die Betroffenen und ihre Angehörigen einen Sturz aus der Alltagswirklichkeit. Während sich Dinge, die sich alltäglich wiederholen und sich nicht oder wenig verändern kaum im Gedächtnis verankert werden, wird das Besondere, das einen Unterschied zum Alltäglichen macht und uns vielleicht nur ein oder wenige Male im Leben widerfährt (z.B. die Geburt eines Kindes, ein Hauskauf, eine traumatische Erfahrung), besonders gut eingespeichert und man erinnert sich ein Leben lang daran. Aufgrund der hohen subjektiven Bedeutsamkeit und starken emotionalen Aktivierung findet dabei nicht nur das Ereignis selbst, sondern oft auch (scheinbar) nebensächliche Begleitumstände, zufällig Vorhandenes oder beiläufig Geäußertes in gleicher Weise Eingang in unser Gedächtnis, und kann dort auch Jahre später noch als „Suggestion“ wirken (Meiss, 2010).

Eine Krebserkrankung ist ein prototypisches Beispiel für ein traumatisches Lebensereignis. Dabei sind die Aufregung vor und während der Verkündung von Dia-

► Praxisbezogene Betreuungskonzepte

Medizinische Gesprächsführung

gnosen, Schmerzen, unangenehme Untersuchungen, Nebenwirkungen von Therapien etc. mit Angst und Stress verbunden. Bejenke (1995, 1996) weist darauf hin, dass Patienten bereits bei offenbar normalem Bewusstseinszustand in Stresssituationen hochsuggestibel sind. Dabei wird das Ausmaß an Stress meist unterbewertet. Viele Patienten geraten dabei auch spontan in einen natürlichen Trancezustand (oft in eine „negative Trance“, z.B. während einer Chemotherapie). Neben der eingeeengten, fokussierten Aufmerksamkeit treten oft weitere typische Trancephänomene wie *Dissoziation* („ich war ganz außer mir“, „stand neben mir“), *Regression* („ich fühlte mich ganz klein und hilflos wie früher“), *Katalepsien* („ich war wie erstarrt und konnte nichts tun“) sowie Verminderung der Urteilsfähigkeit auf. In solchen Situationen kann auch ohne formale Hypnoseinduktion jede Aussage des Behandlungsteams und jede nonverbale Kommunikation (z.B. Seufzer oder bedeutungsvolle Pausen) als Suggestion wirken.

wendung negativer Begriffe („War es sehr schlimm?“, „Haben Sie den Schmerz gemerkt?“) mitfühlend geäußert wurde, führte dies zu einer größeren Angst vor weiteren Eingriffen.

Älteren Patienten sind häufig neue Möglichkeiten der Krebstherapie nicht bekannt, die heute präziser und oft weniger nebenwirkungsreich geschehen kann, als dies Patienten noch von Beobachtungen und Berichten früherer Jahrzehnte kennen. Gerade bei ihnen sollte neben einer guten Aufklärung das Behandlungs- und Versorgungsteam ein Gespür für unbemerkte **direkte Negativsuggestionen** entwickeln („Ist Ihnen *übel*? ... ist Ihnen *wirklich* nicht *übel*? Hier haben Sie die Brechschale, wenn Sie sich *übergeben* müssen...“).

Das Ergebnis lässt sich zumindest zum Teil über den Nocebo-Effekt erklären: Die Ankündigung suggeriert, dass das Erlebnis stattfinden wird, was zu erhöhter Erwartungsangst führt, die wiederum spezifische schmerzverarbeitende Areale im Gehirn aktiviert und die Schmerzempfindlichkeit erhöht (Benedetti et al., 2007). Eine gute Absicht alleine garantiert offensichtlich nicht auch eine positive Wirkung.

Scheinbar unverfängliche Bemerkungen

Patienten werden auf Unannehmlichkeiten im Zusammenhang mit medizinischen Prozeduren oft mittels Beschreibung des Schmerzes und unangenehmer Erfahrungen vorbereitet. Intuitiv könnte man annehmen, dass man bei schmerzhaften Manipulationen dem Patienten etwas Gutes tut, wenn man diese ankündigt und sich im Falle des Eintreffens mitfühlend äußert. Lang et al. (2005) analysierten 159 Videos von interventiven radiologischen Prozeduren auf derartige Äußerungen. Die Autoren fanden, dass im Vergleich zu einer Kontrollgruppe sowohl der von Patienten berichtete Schmerz als auch ihre Angst vor künftigen Eingriffen signifikant *größer* war, wenn diese vor einer schmerzhaften Manipulation gewarnt wurden („kleiner Stich“, „das kann ein bisschen brennen“). Auch wenn sich nach dem Eingriff unter Ver-

In den stressbedingt spontan entstehenden Problemtrancen sollten **starke Worte** wie „Schmerz“, „Brennen“, „Risikopatient“ möglichst vermieden werden. Aus einem „Das tut jetzt einmal kurz richtig weh“ hören Patienten dann „*richtig weh!*“ heraus, das suggestiv wirksam wird. Ein „Damit Sie das aushalten, müssen wir...“ impliziert: „*Das bevorstehende Ereignis wird so furchtbar sein, dass Sie es möglicherweise nicht aushalten können*“.

Auch von **Unsicherheit** geprägte Formulierungen wie „Versuchen wir mal dieses... merken Sie schon was?“ sind der Angstreduktion und des Sicherheitserlebens bei Patienten nicht förderlich (Patient denkt: „*Weiß der/die Behandelnde auch nicht, was da jetzt eigentlich passiert?*“). Die erhöhte Suggestibilität

► *Insgesamt ist das medizinische Milieu hochgradig suggestiv und beinhaltet leider viele unbeabsichtigte negative Suggestionen, denen Patienten prinzipiell während ihrer gesamten Behandlung ausgesetzt sind.*

eröffnet dem gesamten Behandlungsteam auf der anderen Seite auch **Möglichkeiten zum bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit Suggestionen**.

Oft scheitern Beruhigungsversuche wie „Sie brauchen keine Angst zu haben, machen Sie sich keine Sorgen“, weil in Trance **Negationen nicht verstanden** werden (Patient hört „Angst! Sorgen!“). Daher sollten möglichst nur **positive Formulierungen** verwendet werden (z.B. „Sie können zuversichtlich sein, dass...“). Ein „Es dauert nicht lange“ (Patient hört „es dauert!“) könnte z.B. ersetzt werden durch „Sie werden überrascht sein, wie schnell die Zeit vorübergegangen sein wird!“.

Das **wortwörtliche Verstehen** in Trance² führt dazu, dass mehrdeutige Aussagen wie „Bald ist alles vorbei!“ oder „Wir legen Sie jetzt schlafen“ gefährlich fehlinterpretiert werden („...zur letzten Ruhe“) und zu Angstzuständen und kardiovaskulären Reaktionen führen können. Oft erlaubt die Situation deutlich unproblematischere Formulierungen (z.B. „Unser (Anästhesie)-Team kümmert sich jetzt um Ihre Sicherheit und Ihr Wohlbefinden“). „Entspannen Sie sich einfach!“ ist eine oft gehörte Empfehlung an Patienten in Untersuchungs- oder Behandlungssituationen, die auf der **falschen Ebene** ansetzt. Gerade in den betroffenen Situationen ist Entspannung für Patienten nicht einfach spontan willentlich herstellbar, weshalb das Misslingen dem Patienten seine eigene Unfähigkeit bestätigt und Gefühle von Hilflosigkeit sowie mangelnder eigener Einfluss- und Kontrollmöglichkeit weiter verstärkt.

►
Besser ließe sich Entspannung indirekt über den Rückgriff auf Ressourcen der Patienten in Form innerer Bilder fördern (z.B. „Ich wette, Sie können sich jetzt auch einen schöneren Ort als hier vorstellen... vielleicht aus einem Urlaub?... Was für ein Ort kommt Ihnen denn da am ehesten in den Sinn? ... Beschreiben Sie mir doch mal, wie es dort aussieht!“)

Indem man Patienten auch während routinemäßiger, wiederholter Behandlungen³ oder Untersuchungen über Fragen einbindet und positive Reaktionen verstärkt („Gut so!“, „Danke!“), hilft man ihnen hingegen zu einem stärkeren **Gefühl von Kontrolle**, das bei Krebserkrankungen häufig stark reduziert ist. **Direkte positive Suggestionen** (z.B. „Was ich Ihnen jetzt gebe, hat schon vielen Patienten geholfen“) unterstützen die Herausbildung positiver Erwartungen, deren über die Medikamentenwirkung hinausgehende Bedeutsamkeit die Placebo-Forschung immer wieder belegt hat. Auch die stets suggestive Art und Weise der Beschreibung von Medikamentenwirkungen lässt sich für Patienten zum Positiven modifizieren, indem z.B. anstelle von „Das Medikament macht jetzt etwas schwindelig... Sie fühlen sich dann wie besoffen“ formuliert wird: „*Das Medikament, das Sie jetzt bekommen, macht alles etwas leichter und bewirkt manchmal, dass man sich etwas beschwingt fühlt*“.

Auch erforderliche **Aufklärungsgespräche** enthalten häufig Negativsuggestionen. Viele Patienten befürchten, bei einer Operation zu sterben. „Die Angst, dass Sie nicht mehr aufwachen, ist unbegründet, das trifft nur jeden 200.000sten Patienten“ beruhigt oft weder Patienten noch Angehörige (gehört: „Zweihunderttausend!“). Nach Hansen und Bejenke (2010) kann man Negativsuggestionen auch innerhalb der Aufklärungspflicht mildernd entgegentreten, in dem man einen naturalistischen Bezugsrahmen herstellt (z.B. die Nennung eines Komplikationsrisikos um den Zusatz „Das ist wie mit allen Dingen im Leben, so wie man sich auch beim Essen verschlucken und ersticken kann. Aber wie oft haben Sie sich trotzdem schon mit Genuss ein gutes Abendessen gegönnt!“) oder Hinweise zu medizinischen Maßnahmen explizit mit positiven Inhalten verknüpft (z.B. einen möglichen Harnwegsinfekt bei Anlage eines Blasenkateters mit „Denken Sie nicht auch, dass ein solch seltenes Risiko bei Weitem durch Ihren Vorteil, sich gar nicht mehr um eine übervolle Blase kümmern zu

² Der Anästhesist Hansen (2008) berichtet von einer Frau Mitte Zwanzig, die nach einer Operation im Aufwachraum liegt. Als er die OP-Schwester auffordert, den verwendeten Intubationsschlauch statt ihn zu entsorgen zum Sterilisieren zu bringen, schreckt die Patientin plötzlich auf und ruft: „Nicht sterilisieren! Nicht sterilisieren!“ – sie war offensichtlich noch an Familienplanung interessiert.

³ Es darf nicht vergessen werden, dass das, was für die professionell Tätigen Routine und Alltag ist, für die betroffenen Patienten hochbedeutsame Ausnahmesituationen sind.

► Praxisbezogene Betreuungskonzepte

Medizinische Gesprächsführung

müssen, wettgemacht wird?“). Der Angst, bei einer OP zu sterben lässt sich ferner über Fragen begegnen, die eine Zeitprogression beinhalten („Wenn Sie nach Ihrer Operation zurückblicken, ... dann können Sie vielleicht feststellen, dass...“).

Die beispielhaft geschilderten Modifikationen suggestiver Kommunikation im Umgang mit älteren Patien-

ten können in der Regel ohne zusätzlichen Zeitaufwand begleitend zur routinemäßigen Versorgung eingesetzt werden. Dabei geht es keinesfalls darum, Patienten falsche Eindrücke zu vermitteln oder unrealistische Versprechungen zu machen – aber es sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, ihre Erwartungen zu modifizieren und das Erlebte positiver interpretieren zu können.

Literaturverzeichnis:

Barling, N. & Raine, S. (2005). Some effects of hypnosis on negative affect and immune system response. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 33 (2), 160-177.

Bejenke, C. J. (1995). Use of hypnosis with surgical oncologic patients. In: E. Bölcs, G. Guttman, M. Martin, H. Kanitschar & H. Walter (Hrsg.): *Hypnosis: Connecting Disciplines*. Pukersdorf: Medizinische Pharmazeutische Verlagsgesellschaft.

Bejenke, C. J. (1996). Painful medical procedures. In: J. Barber (Ed.): *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain – A clinical Guide*. Norton, New York, pp. 209-266.

Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L. & Colloca L (2007). When words are painful: unraveling the mechanisms of the placebo effect. *Neuroscience* (147), 260-271.

Bongartz, W. (1986). Abnahme von Plasmacortisol und weißen Blutzellen nach Hypnose. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 2, 101-108.

Bongartz, B. & Bongartz, W. (2000). *Hypnosetherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Elkins, G., Marcus, J. & Stearns, W., Perfect, M., Rajab, M. H. Ruud, C., Palamara, L. & Keith, T. (2008). Randomized Trial of a Hypnosis Intervention for Treatment of Hot Flashes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26(31), 5022-5026.

Faymonville, M. E., Laureys, S., Degueldre, C., Delfiore, G., Luxen, A., Franck, G., Lamy, M. & Maquet, P. (2000). Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 92 (5):1257-1267.

Gruzelier, J., Smith, F., Nagy, A. & Henderson, D. (2001). Cellular and humoral immunity, mood and exam stress: The influence of self-hypnosis and personal predictors. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 55-71.

Hansen, E. (2008). Worte wie Medizin – Hypnotische Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei OPs. *Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Hypnose und Hypnotherapie*, 13.-16.11.2008 in Bad Lippspringe.

Hansen, E. & Bejenke, C. (2010). Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie. *Anästhesist*, 59 (3), 199-209.

Junker, S. (2004). *Hypnose und Magenspiegelung. Eine teilrandomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie*. Heidelberg: Carl-Auer.

Kossak, C. (2004). *Hypnose. Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte*. Weinheim: Beltz PVU.

Lang, E.V., Hatsiopoulou, O., Koch, T., Berbaum, K., Lutgendorf, S., Kettermann, E., Logan, H. & Kaptchuk, T.J. (2005). Can words hurt? Patient-provider-interactions during invasive procedures. *Pain*, 114, 303-309.

Marchioro, G., Azzarello, G., Viviani, F., Barbato, F., Pavanetto, M., Rosetti, F., Pappagallo, G.L., Vinante, O. (2000). Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology*, 59, 100-104.

Meiss, O. (2010). Kontext und Wirkung von Suggestionen. In: D. Revenstorf, & B. Peter (Hrsg.): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*, S. 92-103. Heidelberg: Springer.

Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J. B., David, D. & Goldfarb, A (2007). A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99, 1304-1312.

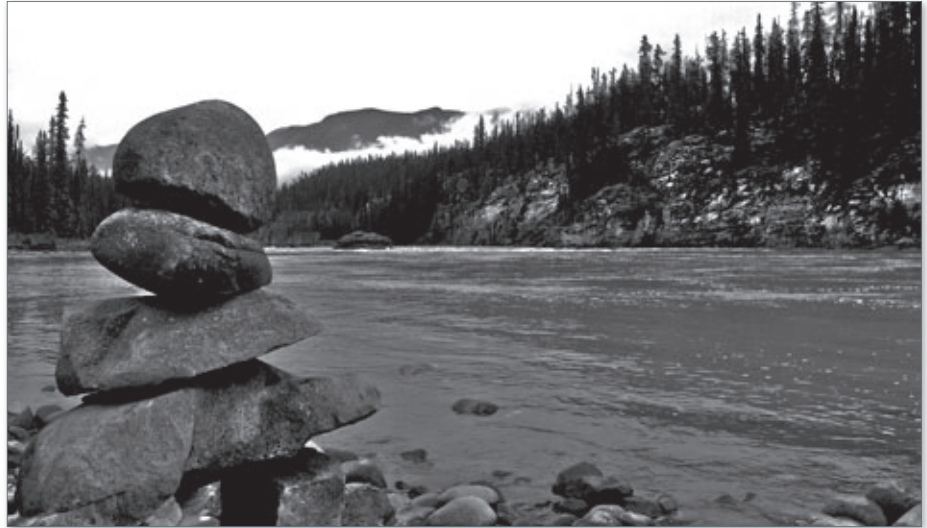
Revenstorf, D. (2008). Hypnotherapie bei körperlichen Symptomen. *Psychotherapie im Dialog*, 9(3), 238-244.

Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K. & Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16(5), 402-12.

Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S. & Creighton, J. L. (1978). *Getting well again*. Los Angeles: Tarcher-McMartin.

► Praxisbezogene Betreuungskonzepte

Entspannungsmethoden



Entspannungsverfahren zur Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung im Alter

Entspannungsmethoden werden im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsvorsorge vor allem als Maßnahmen zum besseren Umgang mit alltäglichen, wie z.B. beruflichen, Stressbelastungen eingesetzt. Die Wirksamkeit von Entspannungstechniken geht jedoch weit über eine allgemeine Entspannungswirkung hinaus und kann gerade bei Senioren in vielfältiger Weise zur Prävention, Begleitbehandlung und Rehabilitation von altersbedingten bzw. -assoziierten Beschwerden eingesetzt werden.

▼ Dr. Gilles MICHAUX,
ZithaGesondheetsZentrum

Systematische versus spontane Entspannung

Nach einer körperlichen Beanspruchung oder seelisch-mentalener Belastung kehrt unser Körper in aller Regel in einen entspannten Ruhezustand zurück (Anspannung-Entspannung-Zyklus). Dieser entspannte Zustand kann durch Ausruhen, Dösen und andere Erholungsaktivitäten (wie z.B. beruhigende Musik hören) noch zusätzlich gefördert werden.

Unter bestimmten Bedingungen, wie beispielsweise einer erhöhten Stressbelastung infolge beruflicher Überbeanspruchung, Jobunzufriedenheit oder sozia-

len Konflikten, kann es jedoch vorkommen, dass unser Organismus nicht mehr oder nur schwer in der Lage ist, diesen Entspannungszustand in gewünschtem Maße herzustellen. Anhaltende körperliche Anspannung kann dann die Folge sein und im Extremfall zur Entstehung von Erschöpfungssyndromen (d.h. Burnout) beitragen.

Hier können systematisch eingeübte Entspannungstechniken hilfreich sein, die gerade auch unter erschwerten Bedingungen ein schnelles Abschalten vom Alltagsstress erlauben und einen tiefen, angenehmen Entspannungszustand auslösen, der Überspannungen entgegenwirkt.

Systematische Entspannungsmethoden führen nachweislich zu einer Senkung der Muskelspannung im ganzen Körper sowie einer Beruhigung der Herzkreis-

lauf- und Atmungsaktivität. Die dadurch erzielte regenerierende und revitalisierende Wirkung wird weitestgehend über eine Stärkung des parasympathischen Astes des vegetativen Nervensystems vermittelt. Der gezielt herbeigeführte vertiefte Entspannungszustand geht zudem mit einer charakteristischen hirnelektrischen Aktivität einher und ist von einem angenehm harmonischen Gefühl körperlich-seelischer Gelöstheit begleitet. Entspannungsverfahren steigern neben der Stressresistenz auch die Eigenwahrnehmung des Körpers (Proprio- und Viszeroseption) und erlauben dem/der Praktizierenden somit eine Früherkennung körperlicher Erschöpfungszeichen.

Entspannungsverfahren sind somit als ganzheitliche Methoden zur Förderung der Selbstregulation einer Vielzahl neurophysiologischer Prozesse zu verstehen. Sie wurden in diesem Sinne auch treffend als „Aspirin der Psychotherapie“ bezeichnet (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991; Rehfish, 2001; Rehfish & Basler, 2007).

Indikation im Alter

Wenngleich entsprechende Entspannungskurse hauptsächlich von Berufstätigen besucht werden, um einen besseren Umgang mit beruflichem Stress zu erlernen oder arbeitsbedingter Erschöpfung entgegenzuwirken, ist das Erlernen von Entspannungstechniken auch für die Zeit nach der Erwerbstätigkeit in vielerlei Hinsicht äußerst empfehlenswert.

So bringt gerade der Eintritt in den Ruhestand oftmals stark einschneidende Veränderungen in der gewohnten Lebensführung (etwa durch reduzierte finanzielle Ressourcen infolge der Pensionierung) und des sozialen Gefüges (bedingt u.a. durch den Verlust des kollektiven Beziehungsumfeldes) mit sich. Die Anpassung an die Zeit nach dem aktiven Berufsleben mag zudem neue Sinngebungen erfordern und kann je nachdem von negativen Affekten, wie dem Gefühl nicht mehr gebraucht zu werden, begleitet sein. Möglich ist auch, dass die im Laufe eines belastungsreichen Arbeitslebens erworbenen physiologischen Reaktionsmuster unseres neuronalen und hormonellen Stresssystems im Ruhestand nachwirken und somatische Beschwerden (sog. Post-Stress-Symptome) bewirken.

Mit steigendem Alter nimmt die Kontaktarmut durch den todbedingten Verlust von altersgleichen Freunden und Bekannten zu, begleitet von Einsamkeitsgefühlen und Trauer. Zukunftsbezogene Ängste vor drohender Pflegebedürftigkeit, Invalidität oder weiteren Trennungserlebnissen können auftreten und depressive Verstimmungen bewirken.

Körperliches Altern erhöht zudem das Risiko einer Vielzahl an Erkrankungen, insbesondere spezifischer Krebsleiden sowie der Akkumulation von Krankheitsbeschwerden und altersbedingten Gebrechen (d.h. Multimorbidität).

Indem sie eine Dämpfung negativer Affekte sowie eine Zunahme an Gelassenheit und Stärkung gesundheitsfördernder Körperprozesse bewirken, können systematische Entspannungsverfahren als sinnvolle unterstützende Ressource für Senioren bei der Anpassungsleistung an Krankheit oder andere kritische Lebensereignisse fungieren und deren Selbstwirksamkeit erhöhen (Hirsch & Hespos, 2000; Ohm & Mittag, 2000).

Ausgewählte Entspannungsverfahren

Aus erfahrungswissenschaftlicher Sicht haben sich dabei vor allem folgende Verfahren bewährt: **Progressive Relaxation** (PR), **Autogenes Training** (AT) und **Biofeedback** (BF).

Die PR wurde Ende der 1920er Jahre von dem amerikanischen Internisten und Psychiater Edmund Jacobson vorgestellt.

Zur Auslösung eines vertieften Entspannungszustandes wird hierbei die natürlich auftretende muskuläre Entspannungsreaktion genutzt, die auf eine kurze Anspannung der Willkürmotorik (z.B. durch Ballen der Faust oder Runzeln der Stirn) erfolgt, und die Aufmerksamkeit bewusst auf die dabei auftretenden körperlichen Empfindungen (wie beispielsweise Kribbeln oder Wärmegefühl) lenkt. Man fängt dabei in der Regel bei den Muskeln der Extremitäten an und geht dann zu den Muskeln und Muskelgruppen des gesamten Körpers über, bis man nachher förmlich von Kopf bis Fuß entspannt ist.

► Praxisbezogene Betreuungskonzepte

Entspannungsmethoden

Obwohl die PR an den Haltungs- und Bewegungsmuskeln ansetzt, beschränkt sich die Entspannungsreaktion nicht auf die **Skelettmuskeln**, sondern es kommt auch zu Senkungen der Aktivität der „glatten“, sprich nicht willkürlich steuerbaren Muskulatur und des Herzmuskels und somit zu Reduktionen des Blutdrucks sowie der Herzschlag- und Atemfrequenz.

Das AT wurde in etwa zeitgleich zur PR von dem Berliner Psychiater Johannes Heinrich Schultz entwickelt. Durch die Konzentration auf innerlich gesprochene Entspannungsformeln (z.B. „Die Atmung ist ruhig“ oder „Das Herz schlägt ruhig und regelmäßig“) bringt sich der/die Übende selbst (d.h. **auto-**)suggestiv in einen Zustand tiefer körperlicher Entspannung.

Die durch die inneren Vorstellungsbilder erzeugten Entspannungseffekte haben nichts mit Selbsttäuschung zu tun, sondern sind mit physiologischen Methoden, wie etwa dem **Elektrokardiogramm** (EKG) objektiv feststellbar.

Bei dem in den 1960er Jahren entwickelten BF nutzt man entsprechende physiologische Aufzeichnungsmethoden wie das EKG oder das **Elektromyogramm** (EMG), um der Person ihre vegetativen Körperfunktionen zurückzumelden. So wird beispielsweise die Herzrate auf einem Bildschirm in Form eines Balkens dargestellt, dessen Länge in Abhängigkeit von der Herzfrequenz variiert. Auf diese Weise lassen sich unbewusste interozeptive Körpersignale – die man sonst meist nur in starken Anstrengungssituationen erlebt, in denen z.B. der Pulsschlag am Hals zu spüren ist – der bewussten Wahrnehmung (d.h. Perzeption) zuführen. Die Person erhält dann die Aufgabe die Balkenlänge zu verkürzen und kann somit teilweise die willentliche Kontrolle über autonom regulierte Körperprozesse wie den Herzschlag erlangen.

Zur Vertiefung des Entspannungsgeschehens wurde vor allem das **respiratorische Feedback** zur Atemrhythmisierung vorgeschlagen bzw. zur Begleitbehandlung der Migräne das sogenannte **Vasokonstriktionstraining**: Dabei lernt der/die PatientIn, z.B. mittels Temperaturfeedback in Kombination mit einem Entspannungstraining, seine/ihre vasomotorische Aktivität (Durchblutung) gezielt zu beeinflussen.

Biofeedback kann in der Regel sehr einfach mit AT und PR kombiniert werden, deren Entspannungseffekte sich u.a. auch noch durch **imaginative** Techniken (z.B. visuell vorgestellte Fantasie- oder Körperreisen) verstärken lassen.

PR zeichnet sich vor allem durch seine Wirksamkeit zur Reduktion von körperlichen Verspannungen oder Verkrampfungen, etwa im Vorfeld von belastenden diagnostischen Maßnahmen sowie spannungsbedingten Schmerzen aus. AT eignet sich besonders gut bei Schlaf-, Durchblutungsstörungen (z.B. Morbus Raynaud) und stark ausstrahlenden bzw. generalisierten Schmerzen. Durch Lenkung der Aufmerksamkeit auf angenehme Körperprozesse kann eine Ablenkung vom Schmerzempfinden bewirkt werden und eine Einengung der Wahrnehmung auf letzteres vermieden werden. Der apparative Aufwand beim BF schränkt dessen Einsatz etwas ein und wird daher meist nur von Kliniken angeboten. BF empfiehlt sich aber gerade, wenn starke Unruhezustände oder psychosomatische Symptome (z.B. nächtliches Zähneknirschen [Bruxismus] oder chronischer Kopfschmerz) vorherrschen (Doubrawa, 2000, 2001; Krause & Wesirow, 1999; Vaitl & Petermann, 2000; Rehfish, 2001).

Spezielle Anwendung bei älteren Menschen

Zwar liegen insgesamt nur wenige empirische Studien zum Einsatz von Entspannungsverfahren bei Menschen im höheren Alter vor, doch deuten diese allesamt auf einen hohen Nutzen im Rahmen der Begleitbehandlung einer Vielzahl an psychovegetativen (Schlafprobleme o.ä.) und Alterserkrankungen hin.

So zeigt sich u.a., dass durch die Selbstruhigstellung von Körper und Geist die Einnahme von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln deutlich gesenkt werden kann. Die beruhigenden Effekte auf den Herzkreislauf sprechen generell für den Einsatz von Entspannungstechniken in der kardiologischen Rehabilitation (außer bei kardialer Dekompensation; siehe unten).

Weiter kann mit Hilfe von imaginativ-unterstütztem AT eine Reduktion des stressbedingten Augeninnendrucks erzeugt werden – eine Methode, die

sich besonders im Kontext der adjuvanten, d.h. ergänzenden Behandlung vom Grünen Star (Glaukom) bewährt hat. AT sowie Temperatur-BF bieten sich zudem durch ihre gefäßerweiternde Wirkung für die Behandlung des durch minderdurchblutete Finger und Füße gekennzeichneten Raynaud-Syndroms an.

Im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen konnten bei Krebspatient(inn)en, die regelmäßig PR übten, unerwünschte Behandlungsnebenwirkungen (wie z.B. Übelkeit bei Chemotherapie) reduziert werden. Auch konnten im Vorfeld von Operationen Angst abgebaut und die emotionale Anpassung an Tumorerkrankungen optimiert und somit eine deutliche Verbesserung der Befindlichkeit und Lebensqualität beobachtet werden. Darüber hinaus und von besonderer Wichtigkeit sind für Krebsleiden auch Befunde, wonach AT und PR in der Lage sind, die Immunkompetenz des Organismus (z.B. durch Senkung des immunschwächenden Stresshormons Cortisol und Erhöhung der Immunzellzahl) zu stärken.

Über eine Senkung des Muskeltonus und eine generelle Steigerung der Grundgelassenheit mittels AT, PR oder EMG-BF lassen sich auch Teufelskreise aus Stressangst, Anspannung und Schmerz (wie sie u.a. bei Spannungskopfschmerzen auftreten können) durchbrechen und die Anzahl schmerzfreier Tage erhöhen. Gerade auch bei Belastungsschmerzen im Falle nicht-entzündlicher degenerativer Gelenkerkrankungen (Arthrosen), wie sie im höheren Lebensalter vermehrt auftreten, hat sich AT als sehr wirkungsvoll gezeigt, die PR vor allem bei chronischen Rückenschmerzen. Auch bei tumor- oder therapiebedingten (z.B. durch Knochenmarkpunktion) ausgelösten Schmerzen erwiesen sich durch Imaginationen unterstützte Kombinationen aus AT- und PR-Kurzformen als äußerst wirkungsvolle Ergänzungen zur medizinischen Routinebehandlung.

Die konzentrierte Selbstentspannung beim AT führt allgemein auch zu Verbesserungen der Konzentration und Merkfähigkeit, so dass auch bei Gedächtnisstörungen im Frühstadium leichter Demenz davon zu profitieren ist.

Im Falle fortgeschrittener Demenz dagegen ist AT nur unter Vorbehalt einzusetzen, genauso wie Entspan-

nungsverfahren auch bei vorliegenden Psychosen und Zwangsstörungen kontraindiziert sind. Gleiches gilt auch für PR im Fall kardialer Dekompensation bei chronischer Herzinsuffizienz, aufgrund der möglichen Pressatmung und Selbstüberforderung während zu starker Muskelanspannung.

Beim Erlernen von Entspannungstechniken können anfangs eine Reihe von Begleiterscheinungen (z.B. Muskelzuckungen) oder eine stärkere Wahrnehmung vorhandener Schmerzen auftreten, die zum Teil auf die Abfuhr von Restspannungen und auf die verstärkte Sensibilität für körperliche Vorgänge zurückgehen, jedoch mit zunehmender Übungserfahrung nachlassen.

Obwohl solche vorübergehenden Missempfindungen bei älteren Teilnehmer(inn)en von Entspannungskursen durchschnittlich nicht häufiger auftreten als bei Jüngeren, empfiehlt es sich für Senioren systematische Entspannungstechniken nicht autodidaktisch, sondern in einem Kurs zu erlernen. Der/die Trainer/in kann dann auf entsprechendes hinweisen und gegebenenfalls auch einzelne Übungen (z.B. der PR-Kiefermuskel-Übung bei Zahnprothesen) speziell auf den altersspezifischen Bedarf der Teilnehmer(inn)en abstimmen.

Die Gruppensituation kommt zusätzlich dem Wunsch nach geselligen Kontakten entgegen und kann somit auch sozialer Isolation entgegenwirken. Studien mit älteren Menschen (d.h. 60-Jährige und älter) zeigen, dass sie Entspannungstechniken genauso gut lernen können wie Jüngere und es ihnen aufgrund der stärkeren und langanhaltenderen Motivation sogar besser gelingt, die Übungen in ihr tägliches Leben einzubinden.

Entspannungsverfahren sind zwar nicht als Allheilmittel oder Jungbrunnen zu werten, können aber durch ihre gesundheitsfördernde (salutogenetische) Wirkung körperliche und psychische Beschwerden lindern und Verschlimmerungen vorbeugen. Damit stellen sie nicht zu vernachlässigende Interventionsmaßnahmen im Rahmen der geronto(psycho)logischen Versorgung dar. (Doubrawa, 2001; Hirsch & Hespos, 2000; Jungnitsch, 1994; Kaluza & Stempel, 1994; Krampen & Ohm, 1994; Michaux, 2008; Ohm & Mittag, 2000).

► Praxisbezogene Betreuungskonzepte

Entspannungsmethoden

Literaturverzeichnis:

Doubrawa R. (2000). Biofeedbacktherapie. Klinische Anwendung – Wirksamkeitsstudien.

Entspannungsverfahren, 17, 32-46.

Doubrawa R. (2001). Biofeedbacktherapie und Entspannung – Forschungsergebnisse.

Entspannungsverfahren, 18, 86-93.

Hirsch R. D., Hespos M. (2000). Autogenes Training bis ins hohe Alter (Reinhardts Gerontologische Reihe, Bd. 9).

Basel: E. Reinhardt.

Jungnitsch G. (1994). Rheumatische Erkrankungen.

In: F. Petermann, Vaitl D. (Hrsg.), Handbuch der Entspannungsverfahren (Bd. 2: Anwendungen). Weinheim: PVU.

Kaluza G., Stempel I. (1994). Autogenes Training in der Augenheilkunde. Heidelberg: Kaden.

Kanfer F. H., Reinecker H., Schmelzer D. (1991). Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer.

Krampen G., Ohm D. (1994). Prävention und Rehabilitation. In: F. Petermann, Vaitl D. (Hrsg.),

Handbuch der Entspannungsverfahren (Bd. 2: Anwendungen). Weinheim: PVU.

Krause W.-R., Wesirow S. (1999). Einführung in die Biofeedbackmethode. Entspannungsverfahren, 16, 14-7.

Michaux G. (2008). Entspannungsverfahren bei onkologischen Erkrankungen. In: M Hoffmann, Ferring D. (Hrsg.).

Psychoonkologie in Luxemburg – Forschungsstand und Forschungsperspektiven (S. 37-48).

Luxemburg: Universität Luxemburg.

Ohm D., Mittag O. (2000). Progressive Relaxation bei älteren Menschen.

In: R. D. Hirsch (Hrsg.), Autogenes Training bis ins hohe Alter (Kap. 5). Basel: E. Reinhardt.

Rehfishch H. P. (2001). Körperliche Reaktionen bei Entspannung und Biofeedback.

Entspannungsverfahren, 18, 70-85.

Rehfishch H. P., Basler H.-D. (2007). Entspannung und Imagination.

In: B. Kröner-Herwig et al. (Hrsg.), Schmerzpsychotherapie (S. 551-64). Berlin: Springer.

Vaitl D., Petermann F. (2000). Handbuch der Entspannungsverfahren

(Bd. 1: Grundlagen und Methoden). Weinheim: PVU.

Erfahrungsbericht aus dem Hospiz



Ganzheitliche palliative Versorgung älterer Krebspatienten im Haus Omega in Luxemburg

▼ Michel KEILEN & Dr. med. Luciane PAULY,
unter Mitarbeit von Marie-France LIEFGEN

Haus Omega ist eine stationäre Betreuungseinrichtung, die in fünfzehn geräumigen Einzelzimmern schwerkranken und sterbenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase Behandlung, Pflege, Sicherheit und Geborgenheit bietet. Haus Omega hat den Status

einer spezialisierten Krankenhauseinrichtung nach dem gleichen Profil wie eine krankenhausinterne Palliativstation. Als Palliativeinrichtung¹ bietet Haus Omega seinen Bewohnern ein kompetentes und familienfreundliches Umfeld mit dem Ziel, die Lebens-

¹ Definition der Weltgesundheitsorganisation (2002): Palliativpflege versucht, die Lebensqualität von Kranken und ihren Angehörigen zu verbessern, die den Folgen einer potentiell tödlichen Erkrankung ausgesetzt sind, durch die Vorbeugung und die Linderung der Leiden, die frühzeitig erkannt und präzise evaluiert werden, sowie durch die Behandlung von Schmerzen und anderen dazugehörigen Problemen, körperlicher, psychologischer und spiritueller Natur. Palliativpflege:

- lindert die Schmerzen und andere unangenehme Symptome,
- unterstützt das Leben und betrachtet den Tod als normalen Prozess,
- will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern,
- beinhaltet die psychologischen und spirituellen Aspekte der Pflege,
- bietet ein Unterstützungssystem für den Kranken, um so aktiv wie möglich bis zu seinem Tod zu leben,
- unterstützt die Angehörigen bei der Verarbeitung der Krankheit ihres Angehörigen sowie in ihrer eigenen Trauer,
- baut auf Interdisziplinarität, um auf die Bedürfnisse des Kranken und seiner Angehörigen einzugehen und schließt die Trauerverarbeitung mit ein,
- kann die Lebensqualität verbessern und manchmal den Verlauf der Krankheit positiv beeinflussen,
- ist frühzeitig im Verlauf der Krankheit einzusetzen, zusammen mit anderen lebensverlängernden Behandlungen, wie z.B. der Chemotherapie oder der Strahlentherapie, und beinhaltet die notwendigen Untersuchungen, um störende Komplikationen zu verstehen und zu behandeln.

► Stimmen aus der Praxis

Erfahrungsbericht aus dem Hospiz

qualität zu wahren oder zu verbessern. Das Betreuungsteam besteht aus palliativ geschulten Fachkräften verschiedener Gesundheitsberufe, einem Ärzteteam sowie ehrenamtlichen MitarbeiterInnen.

Seit der Eröffnung, Mitte Oktober 2010, bis zum 31. Dezember 2011, wurden im Haus Omega 81 Bewohner aufgenommen. Hiervon waren 51 Personen (63 % aller Bewohner) an Krebs erkrankt. Mehr als die Hälfte der Krebskranken (29 Personen) war über 70 Jahre alt.

Dieser Artikel befasst sich ausschließlich mit dieser Gruppe älterer, an Krebs erkrankten Menschen. Der Großteil dieser Betroffenen (83%) wurde vom Krankenhaus ins Haus Omega überwiesen, 17 % kamen von Zuhause.

Keiner von ihnen zeigte nur ein Krankheitsbild: Auf Grund der Krankenakten wurden im Schnitt **sieben verschiedene Krankheiten pro Bewohner** festgestellt, wobei es sich mehrheitlich um chronisch degenerative Erkrankungen handelte, Tumorkrankheiten inbegriffen.

Hinzu kommen alterstypische Beschwerden wie Schwerhörigkeit, Seh- und Sprachstörungen Schwindel, Gangunsicherheit und Risiken wie erhöhte Sturzgefahr. Die vorhandenen sensorischen Probleme der Bewohner erschweren zudem die Anamnese.

Ältere Krebspatienten leiden neben den Symptomen ihrer Tumorerkrankung zusätzlich unter den verschiedenartigsten Symptomen anderer, oft chronisch degenerativer Krankheiten – eben ähnlich wie altersgleiche, nicht an Krebs erkrankte Menschen.

Dieses Bild der sogenannten **Multimorbidität** traf auf alle Menschen dieser Gruppe zu.

Beispiel: Frau E., Blasenkarzinom, Knochenmetastasen, Osteoporose, Arthrose, Hüftgelenkprothese, Bandscheibenleiden, Hypertonie, Depression.

An diesem Krankheitsbild zeigt sich, dass die **ganzeheitliche Versorgung von älteren Krebspatienten oft viel komplexer ist als die von jüngeren Patienten**. Ältere Patienten haben einen anderen Bedarf bzw. Verbrauch an Medikamenten. Durch die Verschreibung von mehreren Medikamenten können Neben- und Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Mitteln auftreten. Es kann zur veränderten Wirkung eines Medikamentes kommen, weil ein anderes den Abbau deutlich verringert oder beschleunigt, oder weil sich Organfunktionen im Alter vermindern und somit auch die Metabolisierung der Medikamente.

Bei multimorbiden Bewohnern im Haus Omega wird jede Medikation kritisch überdacht um Dank einer fundierten Auswahl eine möglichst geringe Anzahl an Medikamenten zu verschreiben.



Bei dieser Gruppe Patienten waren folgende schwere chronische Grunderkrankungen bekannt oder wurden im Verlauf des Aufenthaltes, zusätzlich zu der bestehenden Krebserkrankung, diagnostiziert:

- **Herz-Kreislauf-Krankheiten:**
Insuffizienz, Rhythmusstörungen, ischämische Herzprobleme, Aortenstenose, erhöhter Blutdruck, Herzschrittmacher, Arteritis
- **Atemwegserkrankungen:**
Chronische broncho-pulmonale Obstruktion, Emphysem, Pleura-Erguss
- **Gastroenterologische Erkrankungen:**
Divertikulose, Subokklusion
- **Endokrinologische Erkrankungen:**
Hyper- / Hypothyreose, Diabetes I und II
- **Urologische/gynäkologische Erkrankungen:**
Harnwegsinfekte, Hysterektomie
- **Muskuloskelettäre Erkrankungen:**
Osteoporose, Arthrosen, Rheuma, Rückenmarkkanalverengung, Bein- und Armamputationen
- **Neurologische Erkrankungen:**
Hirntrauma, Apoplex, Epilepsie, Parkinson, Demenz
- **Andere Organerkrankungen:**
Niereninsuffizienz, Blindheit, Taubheit
- **Psychische Probleme:**
Angst, Schuldgefühle, Depression, Einsamkeitsgefühle, psychotische Symptome

►
Die ganzheitliche Behandlung gründet sich auf folgende Prinzipien:

- die vielschichtigen Bedürfnisse physischer, psychischer, mentaler, spiritueller und sozialer Natur der Bewohner stehen im Mittelpunkt der interdisziplinären Zusammenarbeit. Die Angehörigen werden soweit wie möglich miteinbezogen. Im Haus Omega arbeiten Ärzte, Krankenpfleger, Psychologen, Physiotherapeuten, ehrenamtliche Mitarbeiter eng zusammen in einem **partizipativen Miteinander, also nicht nur in einem akzeptierenden Nebeneinander**,
- Ziel der Behandlung und Pflege ist nicht eine optimale Restitution, sondern der **Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität**, die jeder nur für sich selbst definieren kann,
- die medikamentöse Behandlung allein ist unzureichend, zum Einsatz kommen auch unterstützende Behandlungen aus dem Bereich der sogenannten **Komplementär-Methoden** wie basale Stimulation, Fußreflexzonenmassage, Klangmassage, Aromatherapie, Snoezelen, Musiktherapie, Kunsttherapie, Hypnose, Sophrologie, Reiki.

Die mittlere Verweildauer der älteren, krebserkrankten Bewohner im Haus Omega betrug im Untersuchungszeitraum 49 Tage. Wir haben die Hypothese, dass die umfassende Betreuung im häuslichen, familienähnlichen Ambiente von Haus Omega dazu beiträgt, die Lebensdauer dieser Patientengruppe zu erhöhen.

Beispiel: Herr L. Lungenkarzinom, Hirnmetastasen, Schlaganfall, vaskuläre Demenz, Amputation des linken Arms, insulinabhängiger Diabetes, Psychose.

Als Herr L. ins Haus Omega kam, konnte er nicht mehr gehen, er war im Krankenhaus bettlägerig geworden, konnte nicht mehr sprechen und kaum noch essen. Als Folge seines Schlaganfalls bestand eine hohe Sturzgefahr. Herr L. hatte vergessen, wie man die Klingel bedient, wenn er aufstehen wollte. Er reagierte aggressiv auf den Verlust seiner Autonomie.

Die überweisenden Ärzte waren sich einig, dass die Lebensdauer von Herrn L. drei Wochen nicht überschreiten würde.

Die Grundhaltung des interdisziplinären Teams basierte auf der These, dass Herr L. nicht mehr viel Zeit zu leben hatte. Es ging also darum, das Beste aus dieser Zeit zu machen.

Die Medikation wurde sorgfältig überprüft und reduziert. Die Physiotherapie brachte Herrn L. wieder auf die Beine, in Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Mitarbeitern wurde er geübt und sicherer beim Gehen, so dass die Sturzgefahr wesentlich reduziert wurde. Ein neues Autonomiegefühl entstand. Durch den Einsatz von verschiedenartigen professionellen Angeboten, kombiniert mit ehrenamtlichen Engagement, konnten die Ressourcen von Herrn L. mobilisiert werden und er bekam wieder Freude am Leben. Durch den regelmäßigen Einsatz komplementärer Methoden, wie z.B. Aromatherapie, Musik, Massagen, entspannende Bäder wurden seine Sinne stimuliert. Angesichts seines Allgemeinzustandes wurde sein Diabetes nicht mehr streng schulmedizinisch behandelt, sondern an seine Wunschkost angepasst, zu der in diesem Moment auch viel Süßes gehörte.

Die Ehefrau von Herrn L. wurde als Angehörige mitbetreut. Fragen nach dem – „wie geht es weiter“ – konnten zugelassen und besprochen werden.

Herr L. wohnte und lebte noch 169 Tage im Haus Omega.

Das Beispiel von Herrn L. ist kein Einzelfall. Anhand mehrerer Erfahrungen im Haus Omega haben wir erlebt, dass ältere, schwerkranke Menschen mit langjährigen, multimorbiden Leiden und einer zusätzlichen Krebserkrankung des öfteren eine zeitweilige Besserung ihres Allgemeinzustandes erfuhren und dank der Steigerung ihrer Lebensqualität oft wesentlich länger gelebt haben als die Prognose es vorgesehen hatte.

Wir nehmen an, dass neben einer palliativen medizinischen Behandlung zusammen mit komplementären Therapien sowie Pflege- und Begleitungsangeboten, auch das Klima der Aufrichtigkeit und der Geborgenheit im Haus Omega zu dieser Entwicklung beiträgt.

Selbsterfahrungsbericht



Mein unbändiger Wille zu leben

▼ Dr. Danièle MICHELS,
Journalistin

Aus allen Wolken bin ich nicht gefallen, als damals im Juni 2005 die Diagnose Brustkrebs kam. Meine Großmutter war an Brustkrebs gestorben, und tief in meinem Innersten hatte diese Krankheit mich seit langem verfolgt. Als ich dann einen Knoten in meiner Brust entdeckte, wusste ich, dass da etwas nicht stimmte. Hoffte natürlich doch, irgendwie würde sich das Ganze als gutartig herausstellen. Tat es aber nicht. Ganz und gar nicht. Auf mich wartete das „volle Programm“, sprich Amputation, Chemo- und Radiotherapie. Eine Horrormeldung, umso mehr ich immer davon ausgegangen war, dass Amputation gleichbedeutend mit Krebs im Endstadium ist. Eine „Fehlmeinung“ – eine von vielen, wie ich im Laufe der Krankheit merken sollte.

Körperlich am schlechtesten ging es mir während der Chemo: Mir war speiübel, und ich hatte das Gefühl innerhalb weniger Wochen um Jahrzehnte gealtert zu sein. Am meisten zu schaffen machte mir die damalige Ohnmacht: Ich war gewohnt, Sachen in die Hand zu nehmen, anzupacken – all das ging

nicht mehr, und ich musste mich erst an diesen Zustand gewöhnen. Angst, dass ich sterben könnte, hatte ich seltsamerweise zu keinem Moment. Nein, im Gegenteil, ich war überzeugt, das Ganze gut zu überstehen.

Was mich in der Zeit aufrecht hielt?

Ich weiß es nicht, wahrscheinlich mein unbändiger Wille zu leben und meine innerste Überzeugung zu überleben. Eine innere Kraft, über die ich mir nie Gedanken gemacht habe. Sehr geholfen hat mir allerdings die Unterstützung meiner Familie und meiner Freunde. Ich habe mich zu keinem Zeitpunkt alleine gefühlt. Vor allem mein Sohn, damals knapp fünf Jahre alt, hat mir sehr viel Lebenskraft geschenkt. Und von Freunden, die abspringen, wie man es oft hören kann, habe ich nichts gemerkt. Ganz im Gegenteil: Sie waren immer für mich da. Sicher mit ein Grund, warum ich die Krankheit relativ gut gemeistert habe.

Besonders schwierig war die Zeit nach der Therapie. Obwohl ich darauf hin gefiebert hatte, fiel ich in ein Loch. Als es soweit war, wusste ich nicht richtig, wie es weiter gehen sollte. Normal leben sollte ich, hieß es. Aber was ist schon normal? Na klar, die Haare waren nachgewachsen, rein äußerlich sah ich fast wieder wie vor der Krankheit aus, aber irgendwie hatte ich Schwierigkeiten, mich in meinem Kopf und Körper zurechtzufinden.

Erst allmählich fand ich zu mir, merkte, was mir gut tat, versuchte, bewusster zu leben. Nicht, dass ich mit der Malerei angefangen oder einen Hang zum Esoterischen entwickelt hätte – wie man das nur allzu gerne in „Après-Krebs-Büchern“ liest – dafür bin ich viel zu pragmatisch. Aber ich glaube doch, dass die Krankheit mich verändert hat: Ich bin konsequenter, vielleicht auch einfühlsamer geworden.

Manchmal werde ich gefragt, was ich Frauen mit ähnlicher Diagnose mit auf den Weg geben würde. Eine schwierige Frage, aber ich denke, dass es wichtig ist, sich selbst treu zu bleiben und seinen eigenen Weg aus der Krankheit zu finden. Ich zum Beispiel habe mich stets geweigert, eine Perücke aufzusetzen und habe auch sonst keinen Hehl aus meiner Erkrankung gemacht – das aber als Patentrezept zu empfehlen, scheint mir nicht richtig. Für mich war es die einzige Art, damit fertig zu werden, Allheil bringend ist sie aber sicherlich nicht.

Fast vier Jahre nach der Diagnose geht es mir gut. Ich hadere zwar immer noch mit den Anti-Hormon-Pillen, die ich noch mehr als ein Jahr einnehmen muss. Alles in allem weiß ich aber, dass ich ein verdammtes Glück gehabt habe: Ich habe meinen Krebs selbst und frühzeitig entdeckt und zwar zu einem Zeitpunkt, als ich schon ein Kind hatte und nicht wie jüngere Frauen mit ähnlicher Diagnose auf ein Leben als Mutter verzichten musste. Denn Tatsache ist, dass Brustkrebs heute immer mehr junge Frauen trifft und fast schon eine „banale“, weil so häufige Krankheit ist. Tatsache ist aber auch, dass Krebs nicht gleich Tod bedeutet und vor allem Brustkrebs so gut erforscht ist wie noch nie.

Was ich mir gewünscht hätte?

Die Möglichkeit einer aktiveren Teilnahme am Heilungsprozess, nicht das Gefühl ein kranker **Körper** zu sein, sondern ein **Mensch** mit all seinen Ängsten, Hoffnungen und Stärken, der in die Therapie miteingebunden wird. Diese ganzheitliche „prise en charge“ ist sicher für den Arzt wie auch für den Patienten zeit- und aufwändiger und zum Teil schwieriger. Ich bin aber davon überzeugt, dass sie sich positiv auf die Heilung auswirkt.

Möchte Sieger sein

*Ich möchte doch der Sieger sein
und ohne Schmerzen kehren heim
Ich möcht den schlimmen Krebs besiegen
er soll mich doch nicht unterkriegen
Ich möcht, dass er mich in Ruhe lässt
und möchte feiern ein freudiges Fest
Ich will, dass er von dannen geht
für mich ist es hoffentlich noch nicht zu spät*

*Ich möchte doch in die Rente gehen
und meine Enkel möcht ich später sehen
Ich möchte Regen, Sonne sehn
am schönen Strand spazieren gehen*

*Ich möchte schreiben kunterbunt
Gedichte bis die Finger wund
Ich möchte einmal Sieger sein
und ohne Krebs, für mich allein*

© Gerhard Ledwina (Nr. 658 aus Band 23)

The meaning of suffering

*Is there a reason, I cried
for a soul to bear –
all this suffering, all this fear?*

*Priests were nodding,
doctors turned a deaf ear,
and I had NO idea.*

*So I decided to ignore the question
for it seemed unedifying –
and continued to breathe in,
breathe out, breathe on,
for a reason or none.*

Martine Hoffmann © Private collection 2008

Autorenverzeichnis

Peter AYMANNs, Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.

Psychologischer Psychotherapeut
Universität Trier

Peter Aymanns ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Trier im Fachbereich I – Psychologie, Abteilung Pädagogische Psychologie. Er ist u.a. in Forschungsprojekte zur Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen und zu subjektiven Krankheitstheorien involviert.

Dieter FERRING, Prof. Dr. rer. nat. habil.

Professor für Entwicklungspsychologie und Gerontopsychologie
Universität Luxemburg

Dieter Ferring ist Direktor der Forschungseinheit INSIDE und wissenschaftlicher Direktor des Masterprogramms in Gerontologie an der Uni Luxemburg sowie Vorstandsmitglied des „European Master Program in Gerontology“. Seine Forschungsinteressen umschließen u.a. die Themenfelder der Lebensereignisforschung, Entwicklung über die Lebensspanne, Selbstregulation und Lebensqualität im Alter, intergenerationelle Beziehungen und Gerontechnologie. Dieter Ferring hat im Bereich der Psychoonkologie promoviert und ist u.a. als Gutachter für die Deutsche Krebsgesellschaft tätig. Er ist Autor und Mitautor von über 70 Fachpublikationen und Mitherausgeber einschlägiger internationaler Fachjournale, u.a. GeroPsych – The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry, European Psychologist und European Journal of Ageing.

Martine HOFFMANN, Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.

RBS – Center fir Altersfroen asbl

Martine Hoffmann arbeitet als Psychogerontologin im RBS – Center fir Altersfroen, wo sie sich u.a. mit anwendungsbezogenen Evaluations- und Forschungsprojekten zu gerontologischen und gesundheitsbezogenen Fragestellungen befasst. Sie hat an der Uni Luxemburg im Bereich Psychoonkologie promoviert und hat dort mehrere Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin zu gerontologischen und psychoonkologischen Themen geforscht und im Fach Psychologie gelehrt. Sie hat zudem eine Ausbildung in systemischer Familienberatung und ist u.a. Mitglied bei der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie Geriatrie (DGGG), der Canadian Association for Psychosocial Oncology (CAPO) sowie der International Psycho-Oncology Society (IPOS).

Jutta HÜBNER, Dr. med.

Leiterin Palliativmedizin, supportive und komplementäre Onkologie
Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen (UCT)
Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt

Jutta Hübner ist Leiterin der Palliativmedizin, supportiven und komplementären Medizin am Universitären Centrum für Tumorerkrankungen der J.W. Goethe Universität, Frankfurt/Main. Ihr Arbeitsschwerpunkt ist die integrative Onkologie. Seit 2010 ist sie die Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie der deutschen Krebsgesellschaft.

Andreas KÖNIG, Dr. phil. Dipl.-Psych.

**Systemischer Therapeut (SG) und Familientherapeut (DGSF)
Klinischer Hypnotherapeut (DGH), Medizinische Hypnose (MEG)**

Andreas König hat im Fachbereich Psychologie an der Uni Landau in Kooperation mit der Uni Luxemburg promoviert und unterrichtet derzeit an der Uni Luxemburg im Studienprogramm des Bachelor in Psychologie. Er ist zudem ausgebildeter systemischer Therapeut, Familientherapeut und Hypnotherapeut und in freier psychotherapeutischer Praxis tätig.

Gilles MICHAUX, Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.

ZithaKlinik, ZithaGesondheetsZentrum

Gilles Michaux arbeitet als Gesundheitspsychologe am Zentrum für Gesundheitsförderung (ZithaGesondheetsZentrum) der ZithaKlinik in Luxemburg. Er ist zuständig für die Leitung von Stressbewältigungs-, Entspannungs- und Raucherentwöhnungskursen sowie die psychologische Beratung und (Biofeedback-)Therapie bei stressbedingten Gesundheitsproblemen und psychophysiologischen Störungen. Er ist ausgebildeter Hypnotherapeut sowie Kursleiter für Autogenes Training, Progressive Relaxation und Entspannungsverfahren für Kinder und Jugendliche. Er ist Mitglied der Deutschen Gesellschaften für Entspannungsverfahren (DG-E), Biofeedback (DGBfb) und Hypnose (DGH). Zudem unterrichtet er an der Universität Luxemburg im Bereich der Klinischen Psychophysiologie sowie am Luxembourg Lifelong Learning Center im Bereich Entspannungstechniken und Sophrologie. Er hat an der Universität Trier im Fach Psychobiologie promoviert und einige Zeit zum chronischen Schmerz an den Universitäten Luxemburg und Mainz geforscht.

Danièle MICHELS, Dr. phil.

Danièle Michels studierte Germanistik und Romanistik an der Universität Innsbruck und promovierte in Germanistik. Anschließend arbeitete sie mehrere Jahre für die REVUE und ist seit 2003 für RTL Radio und Fernsehen tätig.

Barbara STREHLER, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin

Leitende Psychologin des Psychosozialen Dienstes der Fondation Cancer

Barbara Strehler ist mit Einzel-, Paar- und Familienberatung für Krebspatienten beauftragt. Des Weiteren befasst sie sich mit Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Psychoonkologie und leitet die Ausbildung und Supervision von Ehrenamtlichen bei der Fondation Cancer in Luxemburg.

**Michel KEILEN, Infirmier gradué,
ehemaliger Direktor des Haus Omega**

Michel Keilen war von 1990 bis 2002 Direktionsbeauftragter von Omega 90. In dieser Zeit hat er die Ausbildung der ehrenamtlichen Mitarbeiter sowie ihre Begleitung entwickelt und die Weiterbildung der professionell Pflegenden konzipiert. Er hat die Trauerbegleitung auf- und ausgebaut sowie das Konzept des stationären Hospizes Haus Omega entwickelt bis zur Eröffnung im September 2010. Er war Direktor des Haus Omega seit der Eröffnung bis zu seinem Ruhestand im März 2012.

Marie-France LIEFGEN, Infirmière graduée, Master européen en soins palliatifs et thanatologie

Marie-France Liefgen war Lehrerin für Krankenpflege an der staatlichen psychiatrischen Krankenpflegeschule in Ettelbrück von 1984 bis 1992 und in der Ecole de l'Etat pour Paramédicaux von 1992 bis 1995. Anschließend war sie Professorin für Krankenpflege am Lycée Technique pour Professions de Santé in Luxemburg bis 2005. Seit Oktober 2005 ist sie Weiterbildungsverantwortliche bei Omega 90 und beauftragt mit der Restrukturierung der Weiterbildungen in Palliative Care bei Omega 90 für Pflegeberufe und psychosoziale und -edukative Berufe. Des Weiteren ist sie Verantwortliche der Interregionalen Weiterbildungsakademie Palliative Care – IWAP.

**Luciane PAULY, Dr. med.,
Allgemeinmedizinerin, Ärztin im Haus Omega**

Der RBS – Center fir Altersfroen publiziert seit 20 Jahren das dreimal jährlich erscheinende „Bulletin – Das Luxemburger Fachblatt für Altersfragen“. Da der Bedarf an evidenz-basiertem, handlungsorientiertem Wissen – vor allem im Hinblick auf spezifische und teilweise noch wenig beleuchtete Aspekte im gerontologischen Bereich – stetig anwächst, veröffentlicht der RBS in unregelmäßigen Zeitabständen außerdem Sonderausgaben des Bulletin. Diese Themenhefte befassen sich ganz gezielt mit besonderen Fragestellungen, die dank verschiedener Fachautoren sowohl multiperspektivisch als auch interdisziplinär angegangen werden können.

Die vorliegende Ausgabe widmet sich der brisanten Thematik „Alter und Krebs“. Dabei geht es vor allem darum, für deren Bedeutsamkeit zu sensibilisieren, den Stand der Dinge und künftige Herausforderungen in der Altersonkologie zu skizzieren sowie neue Perspektiven für eine spezifische Versorgung älterer Krebspatienten aufzuzeigen.

Das Heft enthält acht Fachbeiträge sowie einen Selbsterfahrungsbericht, die das Themenfeld umfassend aus medizinisch-geriatischer, psychoonkologischer, pflegerischer und psychosozialer Sicht beleuchten.



9 782959 197219 5