

# Die psychische Bedeutung der Erkrankung und das Sprechen über die Diagnose

Zur Kommunikation mit Tumorpatientinnen

**Tumorpatientinnen befinden sich in einer schwierigen Situation, die erhebliche Anpassungsleistungen erfordert, insbesondere hinsichtlich des seelischen Schmerzes, der durch den Zusammenbruch von Lebensfantasien verursacht wird. Möglichkeiten der Kommunikation und des Sprechens mit Tumorpatientinnen werden aufgezeigt.**

Lutz Götzmann

## Verlust des weiblichen Selbstgefühls bei Tumorpatientinnen

Maligne Tumorerkrankungen bedeuten einen Verlust an körperlicher Intaktheit, Lebendigkeit, an Lebensmöglichkeiten und Zukunftsperspektiven und auch einen Verlust von Weiblichkeit, von Frausein. Dieser Verlust bewirkt seelischen Schmerz, der betrauert werden muss. Es können sich Symptome einer somatopsychischen Anpassungsstörung entwickeln (1, S. 138ff.) – psychische Beeinträchtigungen wie Angst, Verzweiflung, Depressionen, Scham und Schuld, Wut, Hass oder Resignation. Zu den vegetativen Symptomen zählen die Schlaf- und Appetitstörungen, sexuelle Probleme oder eine allgemeine Erschöpfung. Dazu mögen Auffälligkeiten im Verhalten treten, wie etwa ein sozialer Rückzug, Non-Compliance oder Suizidalität. Nach Juan David Nasio (2, S. 14 ff.) liegt die Grunderfahrung von seelischen Schmerzen in der Separation, also in der Trennung von einer anderen Person oder von einem positiven Selbstgefühl oder einem bestimmten Lebensentwurf. Ein solcher Schmerz bildet sich dadurch,

dass eine bestimmte Vorstellung oder auch Fantasie, zum Beispiel über die Anwesenheit des Anderen, Schaden nimmt: Es wäre also nicht die Abwesenheit der verlorenen Person, welche weh tut, sondern vielmehr die Aufgabe des Gedankens, dass es den Andern gibt, oder, im Falle einer Krebserkrankung, das Schwinden der Fantasie über den intakten, fruchtbaren, jugendlichen, schönen Körper. Dieser Schmerz fällt besonders stark aus, wenn Patientinnen traumatisiert sind: Affekte, die in der Kindheit durch Gewalt, Missbrauch oder Vernachlässigung verursacht wurden, können durch eine die Ganzheit und Integrität des Körpers bedrohende Erkrankung, wie dies bei malignen Tumoren der Fall ist, reaktiviert werden, ohne dass dies den Patientinnen selbst und den behandelnden Ärzten eigentlich bewusst ist. Sichtbar und spürbar ist lediglich der grosse Schmerz.

## Die Übermittlung der schlechten Nachricht (SPIKES-Modell)

Ein wesentlicher Aspekt in der Kommunikation mit Tumorpatientinnen ist die Übermittlung der Diagnose, die dazu führt, dass die Vorstellungen über sich, den Körper, das Selbstgefühl und die Zukunft in Frage gestellt werden. Im Grunde geht es um die tiefste Trennungserfahrung, welche in die Vorstellungswelt der Patientinnen einbricht, um den Tod. Vor diesem Hintergrund bedarf die Übermittlung schlechter Nachrichten einer sorgfältigen Vorbereitung und Durchführung. Der Arzt sollte sich bewusst sein, dass in diesem Gespräch Lebensfantasien kollabieren und alte, bisher vielleicht bewältigte Traumata reaktiviert werden. Im SPIKES-Modell (3) werden folgende Schritte vorgeschlagen, welche das Übermitteln schlechter Nachrichten beispielhaft verdeutlichen:

- ❖ Das «*Setting-up*» dient hauptsächlich der Vorbereitung des Gesprächs: dass der Arzt die Krankengeschichte kennt, das Fachwissen auffrischt und auf das «*Setting*» achtet, zum Beispiel, indem das Gespräch in einem separaten, dafür eingerichteten Raum durchgeführt wird. Dieses Setting vermittelt in einer Situation der Bedrohung durch die Mitteilung der Diagnose das unerlässliche Gefühl einer gewissen Geborgenheit. Auch die ersten Gesprächsminuten (Vorstellung, Frage nach dem Befinden, Mitteilung des Zeitbudgets, Frage nach Erwartungen) gehören zum «*Setting-up*».
- ❖ In der Phase der «*perception*» wird der bisherige Wissensstand der Patientin erfasst.
- ❖ Während der folgenden Phase («*invitation*») wird die Bereitschaft abgeklärt, ob die Patientin überhaupt über die medizinische Situation sprechen will, das heisst, ob die

## MERKSÄTZE

- ❖ Eine Krebserkrankung bedeutet den Verlust von Lebensfantasien; dieser Verlust verursacht seelische Schmerzen, welche die Tumorpatientinnen bewältigen müssen.
- ❖ Bei der Mitteilung der Krebsdiagnose sollten diese Schmerzen berücksichtigt werden.
- ❖ In der ärztlich-psychosomatischen Begleitung geht es für die betroffenen Patientinnen um die Entwicklung neuer Vorstellungen über sich selbst, den beschädigten Körper und die Zukunft.

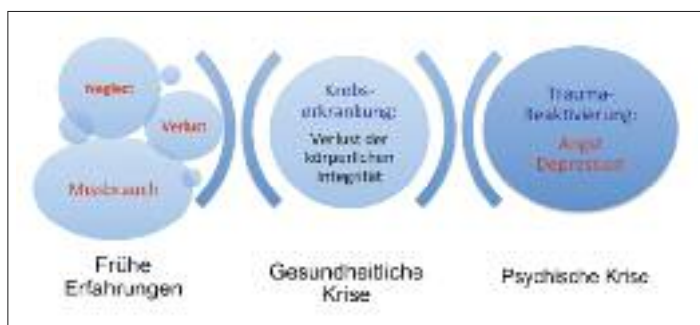


Abbildung: Somatische Erkrankungen können psychische Traumata reaktivieren.

Patientin tatsächlich bereit ist, sich einer Situation von Unsicherheit und Schmerz auszusetzen.

- ❖ «*Knowledge*»: Nun erst erfolgt die Übermittlung der Diagnose, eingeleitet durch die Ankündigung, dass die Nachricht schlecht sein wird («Es ist so, dass ich Ihnen leider keine gute Nachricht übermitteln kann»). Es sollten eindeutige, klare und keine relativierenden Worte («Krebs», nicht «Gewächs») gewählt werden. Man muss berücksichtigen, dass die Kognition der Patientin angesichts starker Affekte eingeschränkt sein kann. Die Information sollte deswegen nur in kleinen Schritten erfolgen, und es bedarf der Nachfrage, ob die Information verstanden wurde.
- ❖ «*Emotion*»: Der Arzt sollte nun den Gefühlen der Patientin Raum geben und auf die Gefühle eingehen. Typische Gefühle sind Schock, Verzweiflung, Angst, aber auch die Empörung, die sich in Vorwürfen und Schuldzuweisungen äussern kann. Die Bedürfnisse der Patientin mögen in dieser Situation unterschiedlich sein: Nichtalleinsein versus Alleinsein oder Sprechen versus Schweigen. Ein Grundbedürfnis ist, Sicherheit zu erhalten und verstanden zu werden. Daraus ergeben sich verschiedene Gesprächsstrategien: schweigen und zuhören, Gefühle ansprechen und aktiv nachfragen, Gefühle identifizieren, die Ursache der Gefühle klären. Der Arzt sollte auch auf die eigenen Gefühle achten: Es kann sowohl eine Überflutung von Affekten wie auch eine distanzierende Affektabwehr vorkommen.
- ❖ In der Abschlussphase des Gesprächs, die als «*strategy and summary*» bezeichnet wird, ist es nötig, die weiteren Schritte festzulegen (Gespräch mit Angehörigen, Behandlungsmöglichkeiten, Nachfolgegespräch). Die gesundheitliche Situation wird zusammengefasst, vielleicht für Nachfragen die Telefonnummer mitgeteilt, und man sollte auch die Frage nach dem Nachhausekommen stellen, etwa ob eine Begleitung vorhanden beziehungsweise nötig ist.

## Weitere Behandlung und Umgang mit dem Realen des Todes

In der weiteren Behandlung krebserkrankter Patientinnen geht es darum, dass diese ihren Schmerz in Worte fassen können, und auch, falls frühe Traumata bestanden, dass biografische Zusammenhänge benannt und verstanden werden. Dieses Einordnenkönnen führt sehr oft zu einer emotionalen Erleichterung. Es geht also um Sinnstiftung, vielleicht auch um Spiritualität, denn die Vorstellungen, welche die Krebserkrankung attackierte, können nun in einer modifizierten, der Situation angepassten Weise wiederhergestellt werden. Vielleicht zählt weniger die Zukunft als der erfüllte Augenblick – und dies angesichts einer Bedrohung, die der französische Psychoanalytiker Jacques Lacan dem «Realen» zuordnete (4). Nach Lacan setzt sich das Psychische aus drei Dimensionen zusammen:

- ❖ das Symbolische (also das Zeichenhafte, auch die Struktur)
- ❖ das Imaginäre (die Welt der Bilder)
- ❖ das Reale, das Unfassbare, Unsagbare, das im Zusammenhang mit Traumata, Gewalt und vor allem auch mit dem Tod spürbar wird, sich gewissermassen enthüllt.

Das Reale des Tumors ist die Anwesenheit des Todes (5). Als Arzt darf man deswegen nicht übersehen, dass die Begleitung von Tumorpatientinnen unweigerlich eine Konfrontation mit dem Realen des Todes beziehungsweise mit der Gewalt der Krankheit bedeutet. In der Begleitung der Patientinnen geht es nicht zuletzt darum, dieser äusserst unheimlichen Bedrohung mithilfe des Verstehens, des lebendigen Fühlens und des Kontakts entgegenzutreten, um den Schmerz des Verlusts zu verwinden und neue, adaptierte Vorstellungen über sich, das Leben und die, wie wir wissen, auf jeden Fall begrenzte Zukunft zu entfalten. ❖

Prof. Dr. med. Lutz Goetzmann

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Segeberger Kliniken

Am Kurpark 1

D-23795 Bad Segeberg

E-Mail: lutz.goetzmann@segebergerkliniken.de

### Literatur

1. Ermann M: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. Kohlhammer, Stuttgart, 2000.
2. Nasio JD: The Book of Love and Pain. Thinking at the Limit with Freud and Lacan. State University of New York Press, 2004; frz.: Le Livre de La Douleur et de L' Amour. Payot & Rivages, Paris, 1996.
3. Baile WF et al.: SPIKES – a six-step protocol für delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist* 5: 302–311.
4. Lacan J: Das Symbolische, das Imaginäre und das Reale. In: Miller JA (Hrsg): Jacques Lacan: Namen-des-Vaters. Turia + Kant, Wien, 2013.
5. Nasio JD: Mein Körper und seine Bilder. Turia + Kant, 2011.