Strukturbezogenes Arbeiten in der Psychoonkologie

Strukturdiagnostik und Strukturbezogene Psychotherapie in der psychosozialen Versorgung onkologischer Patient*innen

Karl Haller, Ulrike Dinger & Johannes C. Ehrenthal

Zusatzmaterial: Fallbeispiele

Fallbeispiel 1: Psychoonkologische Begleitung bei ausgeprägten strukturellen Defiziten (gering integriertes Strukturniveau nach OPD-3)

Ein Patient Anfang 50 wird während seiner stationären Chemotherapie konsiliarisch psychotherapeutisch-psychoonkologisch mit der Diagnose einer akuten myelotische Leukämie vorgestellt. Im Vorfeld intensive medizinische Behandlung, einschließlich mehrerer Zyklen Chemotherapie mit erheblichen Nebenwirkungen, darunter anhaltende Übelkeit, Erschöpfung, Haarausfall, Muskelschmerzen und ein geschwächtes Immunsystem, was zu wiederholten Infektionen führte. Der Patient erlebt den „ständigen Wechsel" im Behandlungsteam als sehr belastend. Dass sich niemand verantwortlich fühle, verärgere ihn sehr und er habe den Verdacht, dass schon mehrfach seine Medikamente vertauscht worden seien. Sowieso seien eigentlich alle inkompetent und die eine Hand wisse nicht, was die andere tue. Mit einer Pflegekraft sei es schon zum Streit gekommen. Inhaltlich ist es nicht leicht dem Patienten in seinen Schilderungen zu folgen, da er zeitlich und inhaltlich springt und beim Erzählen sehr aufgebracht wirkt. In der Gegenübertragung löst der Patient einerseits Mitgefühl, andererseits den Impuls, sich zu distanzieren, aus. Von einer Stationsärztin wird berichtet, dass eine Pflegekraft sich weigern würde, den Patienten zu versorgen, weil sie Angst vor ihm habe.

Anamnestisch ist neben einer von Instabilität und Gewalt geprägten Kindheit bekannt, dass der Patient mit der Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus mehrfach in stationärer psychotherapeutischer Behandlung war.

Aus einer strukturbezogenen Perspektive schien es wichtig, die Defizite in den Bereichen Impulskontrolle, realistischer Objektwahrnehmung und Affektdifferenzierung zu berücksichtigen, um die Wut des Patienten und auch die interpersonellen Schwierigkeiten während der Behandlung besser zu verstehen. Der Fokus der psychoonkologischen Unterstützung lag zum einen im Entwickeln und Stimulieren von Fertigkeiten zur Selbstberuhigung, Impulskontrolle und realistischen Objektwahrnehmung, zum anderen in der Kommunikation mit dem onkologischen Team. Hierbei schien es wichtig, ein Verständnis für das Erleben des Patienten zu generieren und gleichzeitig die interaktionellen Herausforderungen des Teams lösungsorientiert ernst zu nehmen.

Fallbeispiel 2: Psychoonkologische Begleitung einer Patientin mit mittleren strukturellen Defiziten (mäßig integriertes Strukturniveau nach OPD-3)

Eine Patientin, Mitte 30, stellt sich in der psychotherapeutisch-psychoonkologischen Sprechstunde im Kontext einer akuten Diagnose einer Darmkrebserkrankung mit Lebermetastasen vor. Die Ärzte seien aktuell noch recht abwartend in ihrer Einschätzung der Prognose, wären jedoch vorsichtig hoffnungsvoll bezüglich der geplanten Chemotherapie und Operation, verweisen jedoch auf die nächste Untersuchung zur besseren Einschätzung. Die Patientin fühlt sich seit der ersten Verdachtsdiagnose völlig panisch und ihren Gefühlen ausgeliefert; sie spüre manchmal den Impuls, einfach auf die Straße vor ein Auto zu laufen, um diese Gefühle zu beenden. Zudem ertrage sie den Gedanken nicht, vielleicht sterben zu müssen und ihre zwei kleinen Kinder allein zurückzulassen.

Schon seit ihrer Jugend stelle sie Schwierigkeiten bei sich fest, mit ihren eigenen intensiven Gefühlen umzugehen – vor allem Trennungssituationen und Abschiede fielen ihr oft sehr schwer. Herausforderungen habe sie seit ihrer Kindheit alleine begegnen müssen, ihre bisherige Strategie, sich immer penibel vorzubereiten, komme nun sehr an ihre Grenzen.

In der psychoonkologischen Beratung war wichtig, die konflikthaften Themen in Zusammenhang mit Bindung und Alleinsein mitzudenken, jedoch aufgrund der krisenhaften Belastung und der Destabilisierung durch Erkrankungs- und Behandlungssituation einen umgrenzten Strukturfokus zu wählen. Das gemeinsame Aushalten (Containing und Holding) von überflutender Angst sowie eine Zurverfügungstellung von Ich-Funktionen im Sinne der vorsichtigen Unter-

stützung bei Affektdifferenzierung, Selbstberuhigung und teilweisen inneren Distanzierung schienen dabei zentral. Mit der Patientin wurde nach einigen Sitzungen eine vertiefende psychotherapeutische Weiterbehandlung besprochen.

Fallbeispiel 3: Patientin in ambulanter Therapie nach erfolgreicher onkologischer Behandlung (mäßig bis gering integriertes Strukturniveau nach OPD-3)

Eine Patientin, Anfang 40, stellt sich mit Symptomen von Ängsten, Erschöpfung, Impulsivität, sowie zunehmenden Schwierigkeiten, Erinnerungen an Verlusterlebnisse und Herausforderungen einer Krebserkrankung bewältigen zu können, was sich in Schwierigkeiten und Konflikten am Arbeitsplatz sowie im Umgang mit ihrer Tochter manifestiert, zur Aufnahme einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie vor: Anamnestisch besteht eine langjährige Angststörung; mehrere psychotherapeutische Vorbehandlungen sind erfolgt (mehrjährige ambulante Verhaltenstherapie, mehrere stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Reha- und Krankenhausbehandlungen, psychoonkologische Gespräche). Biographisch bedeutsam ist ein Aufwachsen in einer als von starker emotionaler Instabilität, Manipulation und Ohnmachtserleben geprägten familiären Atmosphäre, was die Patientin zunächst durch Unterwerfung unter den Vater zu bewältigen versucht. Mit dem Auszug aus dem Elternhaus beginnt eine Angstsymptomatik, während die Patientin gleichzeitig selber versucht, im Sinne einer „Vorwärtsverteidigung" in ihrem Umfeld mit Kritik nicht zurückzuhalten und zu dominieren, wahrscheinlich auch, um niemals wieder ähnliche Abhängigkeit und Ohnmacht zu erleben.

Vor mehreren Jahren erfolgten Diagnose und erfolgreiche Behandlung eines Schilddrüsenkarzinoms, wobei es der Patientin schwerfällt, mit der bestehenden Restunsicherheit umzugehen. Da ihr niemand eine Garantie geben möchte, gar keine Krebszellen mehr im Körper zu haben, fragt sie sich manchmal, ob ihr nicht bewusst etwas verschwiegen wird. Zudem Ängste, tatsächlich sterben zu können. Während der Behandlung der Krebserkrankung stirbt die als eher positiv, aber nicht wirklich durchsetzungsfähige beschriebene Mutter, möglicherweise an einer zu spät erkannten eigenen Krebserkrankung.

Aus einer psychodynamischen Perspektive war in der Behandlungsplanung wichtig, die geschilderte schwierige Beziehungsgestaltung um Kontrolle und Unterwerfung nicht primär als einen intrapsychischen Konflikt im Sinne einer Motivunsicherheit um das Lebensthema von Selbstwirksamkeit zu verstehen, sondern zuvorderst als Versuch des Schutzes des Selbst vor dem Hintergrund von strukturellen Defiziten des Persönlichkeitsfunktionsniveaus in den Bereichen von Internalisierung, Selbst-Objekt-Differenzierung und Antizipationsfähigkeit. In der Praxis bedeutete dies, beim von der Patientin gewünschtem Sprechen über ihre Lebensgeschichte und aktuelle Beziehungen darauf zu achten, diese zwar gemeinsam genau im Hinblick auf eigene Anteile und die anderer Personen zu untersuchen, sie dabei jedoch im übertragenen Sinne nicht allein zu lassen und auf affektmobilisierende und regressionsfördernde Haltungen, wie sie im konfliktbezogenen Arbeiten indiziert wären, überwiegend zu verzichten (Ehrenthal, 2024). Insbesondere im Kontext der regelmäßigen Kontrolluntersuchungen stand eine antizipatorische Fokussierung auf die Unterstützung beim Ausbau von Selbstregulationsstrategien im Fokus, mit dem Ziel einer zunehmenden Internalisierung von Fähigkeiten zur Selbstberuhigung (Ehrenthal & Grande, 2014).

Fallbeispiel 4: Paarintervention „Konfliktorientiert denken, strukturbezogen handeln"

Ein nicht mehr ganz junges Paar stellt sich nach Diagnose und Initialbehandlung eines Pankreaskarzinoms des Mannes mit sehr schlechter Prognose bei sehr hoher psychischer Belastung auf Vermittlung des behandelnden Onkologen vor. Sie seien kurz davor, sich zu trennen: Der Mann halte die Gefühle und als Anforderungen erlebten Wünsche der Frau nach mehr gemeinsamer Zeit nicht aus; die Frau sei kurz davor, vor dem emotionalen Rückzug des Mannes zu kapitulieren. Eigentlich wollten sie sich nicht trennen, da sie doch gerade erst ein gemeinsames Leben gefunden hätten, bevor die Diagnose über sie hereingebrochen sei.

Anamnestisch zeigt sich bei einer bewegten Lebensgeschichte beider Beteiligter ein zunächst stabilisiertes Paarmodell vor dem Hintergrund jeweils eigener Konfliktthemen, in dem die Klarheit, Tendenz zum Alleinsein (Autarkiethematik) und eigene Vorstellungen des Mannes (Kontrollthema) der Frau viel Stabilität gegeben und sie aus der vorher nicht unbekannten Rolle befreit hätten, instabile Partner ständig mitregulieren zu müssen. Gleichzeitig hätten Zugang zu Gefühlen und Fähigkeiten zur Kontaktaufnahme (auch im Kontext von lebensgeschichtlich bedeutsamen Versorgungsthemen) bei gleichzeitiger Unabhängigkeit, was die Frau mit in die Beziehung gebracht habe, den Mann sehr belebt und ihm geholfen, sich ihr gegenüber zu öffnen und weniger alles alleine machen zu müssen.

In der Behandlungsplanung war ein strukturbezogenes Arbeiten unter Berücksichtigung der jeweils

persönlichen Konfliktthemen und der kollusiven Stabilisierung im Vordergrund (Willi, 2000). Im Mittelpunkt stand das Arbeiten an Lösungen für Alltagssituationen und krankheitsbezogene Herausforderungen. Diese strukturbezogene Herangehensweise wurde vor dem Hintergrund der starken Begrenzung der vermutlich verbleibenden gemeinsamen Zeit und der merklichen Beeinträchtigung des aktuellen Zugriffs auf ansonsten tendenziell bestehende strukturelle Fähigkeiten insbesondere des Mannes gewählt und zeigte sich in einer Haltung, die einerseits leitend-beelternd war, dabei jedoch gleichzeitig die Ängste der Konfliktthemen berücksichtigte: In Bezug auf den Mann war bedeutsam, seine Kontrollbedürfnisse auch als Versuch der Bewältigung von basalen Nähe-Distanz-Themen zu verstehen. Dies impliziert auch immer, dass ihm plötzlich emotionale Themen auf eine Weise nahekommen und er starke Fluchtimpulse verspürt. In Bezug auf die Frau war wichtig, ihren Wunsch nach Halt und Versorgtwerden nicht hinter ihren eigenen Versorgungsangeboten zu übersehen und beide Positionen immer wieder als mögliche Erklärung für Schwierigkeiten in der Paarbeziehung zu benennen, jedoch in einer eher beschreibenden Weise, um die eingeschränkten regulativen Fähigkeiten im Angesicht des anstehenden Abschiedes und den reaktivierten Konfliktwünschen nicht zu überfordern.

Fallbeispiel 5: Fokale Paarintervention bei mäßig integriertem Strukturniveau nach OPD-3

Ein Paar, Anfang 60, stellte sich im Kontext eines Rezidivs einer lange bekannten Krebserkrankung einer der beiden Personen in einer paartherapeutischen Ambulanz vor. In Bezug auf das Rezidiv schildern beide, sie hätten gewusst, dass dies auf sie zukommen könnte; die Behandlung sei gut geplant und sie hätten die mehrjährige krebsfreie Zeit gut für sich nutzen können. Dennoch würden sie sich im Alltag zunehmend „auf die Nerven gehen", was sie dann, wenn sie wieder zusammengekommen seien, traurig mache, da sie eigentlich wüssten, dass sie diese schwierige Zeit in unterstützender Weise miteinander verbringen wollten. Sie hätten beide in der Vorgeschichte eigene Therapien gemacht und auch Paargespräche geführt, wovon sie auch als Paar profitiert hätten. Aufgrund eines langen Anfahrtsweges (die Vorstellung war noch vor den coronabedingten Lockerungen von teletherapeutischen Angeboten) und den bevorstehenden Behandlungen hätten sie den Wunsch nach wenigen Gesprächen.

Diagnostisch wurden aus einer psychodynamischen Perspektive jeweilige individuelle Lebens- bzw. Konfliktthemen deutlich, die wahrscheinlich auch ohne das Rezidiv im Kontext von Bilanzthemen (anstehendes Rentenalter) zu erwartbaren Reibungen in der Paarbeziehung geführt hätten. Vor dem Hintergrund des Auftrages, der anstehenden stationären Behandlung sowie der räumlichen Distanz wurde ein fokales strukturbezogenes Vorgehen gewählt, mit dem Fokus eines humorvollen Aufnehmens der einigermaßen bewussten Konfliktthemen vor dem Hintergrund des gemeinsamen Klärens aktueller lebens-, behandlungs- und beziehungsorientierter Aufgaben. Leitend war die Frage, auch vor dem Hintergrund eines möglichen Todes, wie sie als Paar die Dinge tun könnten, die sie (noch) gemeinsam tun wollten, ohne dass ihnen die eigenen konflikthaften Eigenheiten dabei allzu sehr im Weg stünden.