

Psychotherapeutische Schulen und Psychoonkologie

Gerhard Schüßler

Medizinische Universität Innsbruck

Was ist Psychotherapie?

H.S. Sullivan: „Eine Situation, in der zwei Menschen zusammenkommen, von denen der eine weniger Angst hat als der andere.“

Abgrenzung von Psychotherapie gegen andere Formen geplanter psychischer Intervention

Beratung erfahren Menschen, die in ihren Verhaltensmöglichkeiten nicht durch krankhafte Bedingungen soweit eingeengt sind, dass sie nicht durch kurzfristige Unterstützung des Beraters in die Lage versetzt werden, sich selbst weiter zu helfen

Pädagogik Förderung von Entwicklungsmöglichkeiten

Soziotherapie Verhaltens- und Erlebensänderungen werden über Änderungen des Lebens-"Milieus" angestrebt.

Historische Wurzeln der Psychotherapie

Magie Mediziner, Schamane, Heilpraktiker

Philosophische Anthropologie: Sokrates, Augustinus,
Thomas v. Aquin, Spinoza, Nietzsche

Medizin: Hippokrates, Paracelsus, Mesmer, Freud, Adler, Jung

Psychologie: Fechner, Wundt, Pawlow, Skinner

Geschichte der Psychotherapie

1. Wiener Schule – Sigmund Freud

2. Wiener Schule – Alfred Adler

3. Wiener Schule – Viktor Frankl

Psychotherapie ist

- ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
- die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden,
- mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal,
- in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptom-Minimalisierung und/oder Strukturveränderung der Persönlichkeit)
- mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.

Wichtige Psychotherapieverfahren

- Psychodynamisch (Tiefenpsychologische) - Psychoanalytische Therapieverfahren
- Klientenzentrierte Gesprächstherapie (GT)
(Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, Empathie und Echtheit sollen eine verbesserte Selbsterfahrung und -annahme des Klienten in aktuellen Konflikten erreichen)
- Verhaltens- und kognitive Therapie
(Trainingsverfahren, psycho-educative Verfahren, kognitive Therapie)
mittels Techniken wie systematische Desensibilisierung, Training, Entspannung, Biofeedback, um Veränderung von Verhaltensmustern zu erreichen
- Entspannungsverfahren
(Autogenes Training (AT), progressive Relaxation nach Jacobson)
- Nonverbale/körperbezogene Therapieverfahren
(Gestaltungstherapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie)

Ambulante Fachpsychotherapie

(nach Schüßler, 2001)

Setting

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie
- Paartherapie
- Familientherapie

Rahmen

- Krisenintervention, Kurztherapie
- Langzeittherapie (50-1000 Stunden)
- Stundenfrequenz (0,25 oder weniger bis 5 h pro Woche)
- Sitzen versus Liegen

Phasenmodell der Psychotherapie

Erstärken Hilfe bei der Klärung der Symptome und Probleme, Vermittlung von Hoffnung in der therapeutischen Beziehung

- a) der Patient erlebt den Therapeuten als kompetent und vertrauenswürdig
- b) der Patient kann seine Probleme schildern
- c) Aufbau einer therapeutischen Beziehung

Aufbau Lösung der Symptome und Probleme

Wiederherstellung Durcharbeiten der lang bestehenden maladaptiven Muster

nach Frank/Howard

psychotherapy versus no-treatment = 0.82

psychotherapy versus placebo = 0.48

placebo versus no-treatment = 0.42

Therapieerfolg in der Psychotherapie

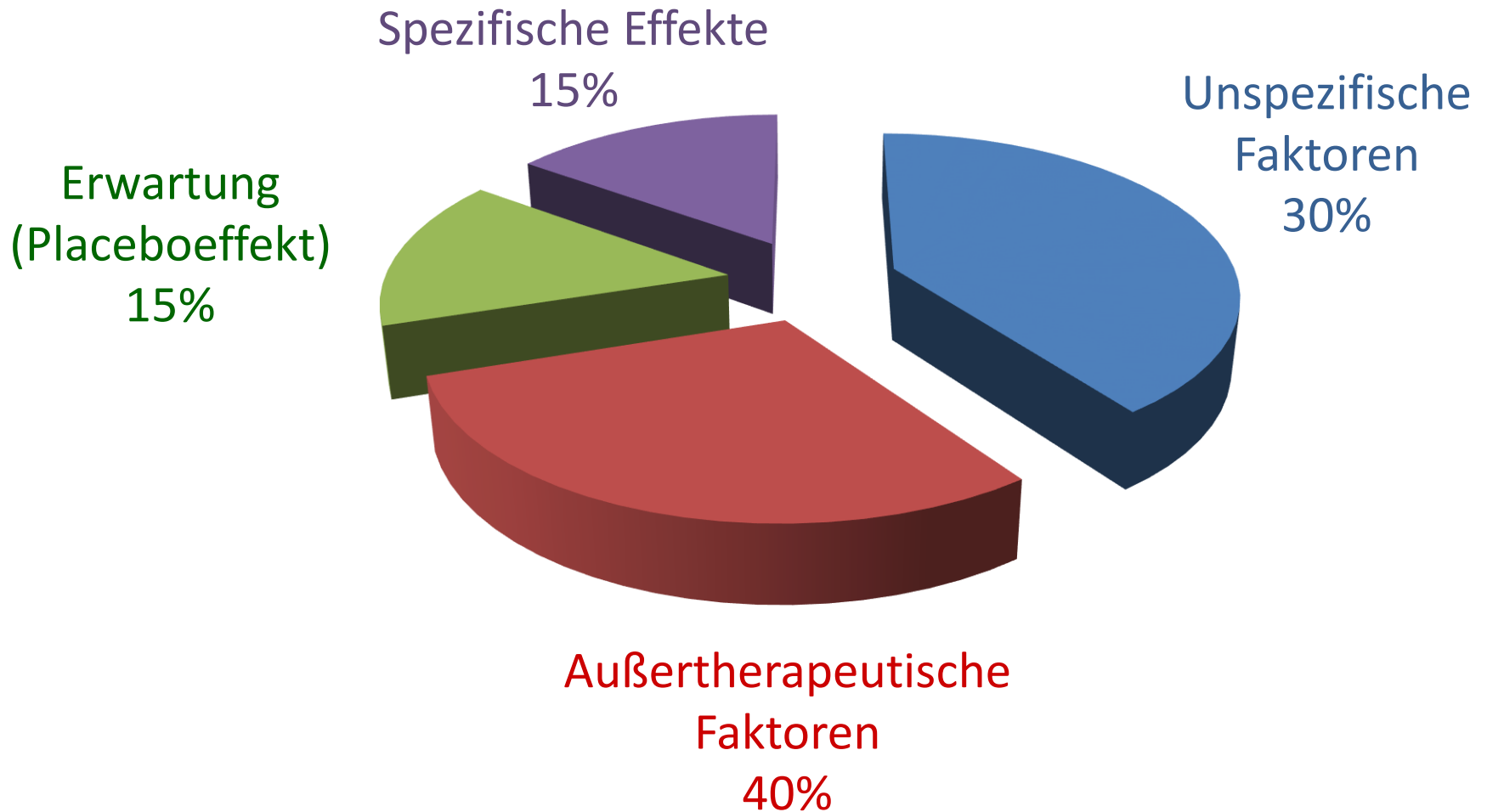
Akute Belastung 50 % der Betroffenen
erreichten Besserung
nach 10 Sitzungen

Chronische Belastung 14 Sitzungen und mehr

Persönlichkeitsstörungen > 50 Sitzungen

ausgeprägte seelisch Störungen

Wirkfaktoren in der Psychotherapie (nach Lambert, 1992)



„Unspezifische“ Wirkfaktoren in der Psychotherapie

(nach Wampold, 2001)

- **Therapeutische Beziehung ($d \approx 0.5$)**
- **Person des Therapeuten ($d \approx 0.6$)**
- **„Loyalität“ des Therapeuten mit seiner Therapieform ($d \approx 0.65$)**

Grundprinzipien der Psychotherapie

- Kein wesentlicher Effektivitätsunterschied zwischen den Therapierichtungen
- Psychotherapie folgt einer Dosis-Wirkungsbeziehung
- Die individuelle Therapeutenqualifikation ist entscheidend
- Die Debatte Allgemeine vs. Spezifische Therapie ist noch nicht abschließend geklärt
- Für die wichtigsten Störungen (Angst – Depression) ist Psychotherapie wirksamer als Medikamente

**Es kommt weniger darauf an, welche
Therapiemethode eingesetzt wird,
sondern vielmehr darauf, welcher
Therapeut mit welchem Patienten
arbeitet**

Psychotherapeutische Hilfen bei Krebskranken

Psychotherapeutische Hilfen bei Krebskranken sind:

- stützende Kurzzeittherapie als Einzel- oder Familientherapie bei psychischen oder psychosomatischen Störungen
- strukturierte Kurzzeitgruppentherapie (8 bis 12 Stunden) für grundsätzlich alle Krebspatienten

Strukturierte stützende Gruppentherapien unterschiedlicher Ausrichtung (emotionale Unterstützungsgruppe, Informations- und Behandlungsgruppe, Bewältigungsgruppe, Entspannungsgruppe, fokussierte Interventionen usw.) haben im Gegensatz zu unstrukturierten Gruppen in vielen Untersuchungen einen eindeutig positiven Effekt auf die Gesamtbefindlichkeit des Patienten.

Seelische Störungen

Die wesentlichen Kennzeichen einer seelischen Störung sind:

- affektive Verletzbarkeit und emotionale Ambivalenz
- Selbstwertprobleme
- aktuelle Lebenskrisen als auslösende Bedingung
- biographische Belastungen, insbesondere in der Kindheit, aber auch im weiteren Leben
- familiäre Auffälligkeit
- subjektives Leiden von Krankheitswert mit seelischen Symptomen wie Angst, Depression, Zwang und begleitenden körperlichen Symptomen

Jenseits der beschriebenen, vorübergehenden depressiven Symptome (als Ausdruck der Trauer und Trauerarbeit) ist damit zu rechnen, dass bei etwa 10-20 % aller Tumorpatienten ausgeprägte **depressive Verstimmungen** (meist Anpassungsstörungen, siehe Depression-Bewältigung) bestehen. Hinzu kommen Patienten, die bereits vor der Erkrankung seelische Auffälligkeiten bzw. Persönlichkeitsstörungen zeigten, die also ihr bisheriges Leben bereits nicht zu meistern wussten, und die meist durch die Erkrankung noch stärkere seelische und psychosomatische Beschwerden entwickeln. In der folgenden Tabelle sind Risikofaktoren, die zu einer erhöhten Verletzbarkeit (also einer hohen emotionalen Belastung durch die Krebserkrankung) führen, eher "schützenden" Faktoren gegenübergestellt.

Risikofaktoren

- Pessimismus
- Vorgeschichte seelischer Störungen
- hohe Ängstlichkeit
- Partnerschaftsprobleme vor der Krebserkrankung
- niedrige soziale Schicht

"schützende Faktoren"

- Optimismus
- keine seelischen Störungen
- geringe Ängstlichkeit
- Partnerschaftszufriedenheit
- höhere soziale Schicht

Therapieintervention

Gestuftes Vorgehen – je nach Schwere (Symptomatik: keine, mild, schwer), Verlauf, dem Patienten und den Möglichkeiten

- supportive psychologisches Angebot für alle PatientInnen (Aufklärung und Information, Stressreduktion – Entspannung, soziale Unterstützung u.a.)
- psychosoziale Gruppen / psychotherapeutische psychoonkologische Behandlung
- antidepressive Behandlung bei schweren Depressionen, bei ausgeprägter Angst kurzfristig Anxiolytica

Anderson et al 2014

Depression bei Krebserkrankungen

Depression häufiger →

schlechtere Behandlungsergebnisse,
mehr Schmerz/Behinderung

- 1) Prävention
optimale Versorgung mit Unterstützung,
Kommunikation und Information
- 2) Erkennung: Bewältigungs/Anpassungsstörung—Klinische Depression
- 3) Behandlung

milde Depression	PU
mäßige Depression	PU + PT oder AD
schwere Depression	PU + PT oder AD
Psychoonkologische Unterstützung	PU
Psychoonkologische Therapie	PT
Medikation Antidepressiva	AD

Nature of the cognitive distortion

Catastrophization: 'The cancer is certain to return. My situation is hopeless. I might as well give up'.

Magnification: 'This back pain will be the cancer back again. I'm in trouble'.

All-or-nothing thinking: 'If I *can't* be cured, there is no point in doing anything'.

Selective attention: 'I fear the side effects of chemotherapy will make me miserable'.

Pessimism, predicting the future: 'I'm sure to lose my hair and then my partner will leave me'.

Use of verbs 'should' and 'ought': 'I should be able to do everything I did before cancer. I ought to cope better than this'.

Labelling: 'I'm pathetic. I'm so spineless'.

Personalization: 'It's not surprising I got cancer. It must be my fault'.

Illogical thinking: 'If I *don't* feel happier soon, I'll *never* get better from this cancer'.

Emotional reasoning: 'Because I feel inadequate, I must be doing a poor job at work during this chemotherapy treatment'.

Realistic response upon reframing

'My oncologist gives me a good prognosis. I'm fortunate my cancer has been curable'.

'I've been gardening. The backache will likely be *gone* tomorrow. I'll tell my doctor if it persists next week'.

'Although my cancer is incurable, it can be contained by treatment for several years'.

'Chemotherapy reduces the risk of recurrence considerably. It is worth the burden of side effects to gain this benefit'.

'*Look good, feel better* teaches me confidence in wearing a wig. I'll have fun with my husband exploring new styles'.

'Chemotherapy causes a mild anaemia with resultant fatigue. Gentle exercise will protect against muscle wasting'.

'Actually, this radiation causes a lot of inflammation. It makes sense to use the painkillers prescribed. I'll get there'.

'Random DNA changes cause cancer. It affects every family. It is an old myth that stress causes cancer'.

'Antidepressants take a few days to begin working. I need patience for the medication to help'.

'I'm working on boosting my self-esteem. However, it is not connected to how others see me. My colleagues at work are supportive'.

Paartherapie

Paartherapie bei Brustkrebs:

Verbesserung der Beziehung, verbesserte Kommunikation, Nutzung der supportiven Möglichkeiten der Beziehung – RCT Nanze et al. 2005

Paartherapie bei Prostatakrebs:

Family Involvement **O**ptimistic Attitude **C**oping Effectiveness **U**ncertainty Reduction and **S**ymptom Management. Northowe 2007

Familientherapie

Ziel: Verbesserung der behinderten / schlechten Familienfunktion

4-6 Sitzungen bei leichten, 10 – 12 Sitzungen bei erheblichen Einschränkungen

Gruppentherapie

Supportiv-expressive Gruppentherapie begründet von Yalom & Spiegel:
Beziehungsaufbau, Gefühlsausdruck, den Tod „detoxify“, Coping verbessern,
Kognitiv-existenzielle Gruppentherapie. Kissane 1997

Dignity Therapy

Kurzzeittherapie fokussiert auf psychosoziale Belastungen am Lebensende.

C A L M

Cancer **a**nd **L**iving **M**eaningfully

Humanistische Therapie

Kurzzeittherapie für Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung aber einer Lebenserwartung über sechs Monate

Humanistisch-Supportiv

Interessant:

Afugrnud enier Sduite an enier Elingshcen Unvirestiat ist es eagl, in wleher Rienhnelfoge die Bcuhtsbaen in eniem Wrot sethen, das enizg wcihitge dbaei ist, dsas der estre und lzete Bcuhtsbae am rcihgiten Paltz snid. Der Rset knan ttolaer Bolsdinn sien, und du knasnt es torztedm onhe Porbelme lseen. Das ghet dseahlb, wiel wir nchit Bcuhtsbae fur Bcuhtsbae enizlen lseen, snodren Wroetr als Gnaezs.

Psychotherapie und Psychopharmaka

- Psychotherapie und Pharmakotherapie können **synergistisch** wirken
- Psychopharmaka können psychopathologische **Symptome bessern** aber keine Probleme lösen
- Psychopharmaka sind dann indiziert, wenn belastende ausgeprägte psychopathologische Symptome das **Beschwerdebild** bestimmen
- Psychopharmaka wirken **initial** schneller, Psychotherapie hat **langfristige** Wirkungen
- Psychopharmaka können in bestimmten Fällen eine Psychotherapie **behindern**