



Psychosoziale Beratung bei Erwachsenen -
Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung
in ambulanten Krebsberatungsstellen

Psychologische Leistungen in ambulanten Krebsberatungsstellen
Stand September 2021

Hanna Bohnenkamp · Annette Finke · Franziska Jahr · Antje Lehmann-Laue
Franziska Petridis · Angelika Wilkening-Scheck

BAK

Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante
psychosoziale Krebsberatung e.V.

Gasselstiege 13
48159 Münster

Tel.: 0251 - 625 620 11
Mail: info@bak-ev.org

1. Einleitung

Auf der Basis der berufsethischen Richtlinien in der Fassung vom 21.09.2016¹ bieten Psycholog*innen² (M. Sc./Diplom) in der ambulanten Krebsberatung ihre Leistungen an. Mit den genannten Abschlüssen im Studium der klinischen Psychologie erwerben die Absolvent*innen zuverlässiges, valides und wissenschaftlich fundiertes psychologisches Wissen. Dies beinhaltet die wesentlichen Methoden und ihren sachgerechten Einsatz ebenso wie den Transfer der wissenschaftlichen Theorien und Erkenntnisse in die Praxis. Es befähigt zur Analyse, Prognose und Beeinflussung von menschlichen Verhaltens- und Erlebensweisen und damit zur Diagnostik von Störungen des psychischen Erlebens und Verhaltens. Dabei sind sie sich der unterschiedlichen Grundverständnisse über den Menschen der einfließenden Theorien bewusst und berücksichtigen diese auf der Grundlage eines humanistischen Menschenbildes, geprägt durch die Orientierung an den Interessen, den Werten und der Würde des einzelnen Menschen.

Beratungskompetenzen werden ebenso erworben wie die Fähigkeit, Kontakte auch zu schwierigen und psychisch beeinträchtigten Individuen und Gruppen aufzunehmen und zu halten und die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit medizinischem Personal, Ämtern und anderen Teambeteiligten. Berufliches Erfahrungswissen wird vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Theorien und Erkenntnisse reflektiert. Die Dokumentation, das Abfassen von Berichten und Verlaufsprotokollen ist Standard.

Sie bilden sich kontinuierlich fort und halten sich auf dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse. Sie bieten nur Dienstleistungen an, für die sie qualifiziert sind und orientieren sich in Tätigkeitsfeldern, in denen es noch keine wissenschaftlich anerkannten Standards gibt, am Grundsatz der wissenschaftlichen Redlichkeit.

Psycholog*innen erbringen aufgrund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig Dienstleistungen im Interesse des Auftraggebers und der Allgemeinheit. Sie unterstützen Menschen in ihrem Streben nach einem bewussten Leben in Würde und gegenseitigem Respekt. Grundlage ist ein unbedingt wertschätzender Umgang und die respektvolle Berücksichtigung des kulturellen und traditionellen Hintergrundes der Ratsuchenden.

Psychologische Leistungen für Erwachsene in Krebsberatungsstellen werden in allen Phasen der Erkrankung, Behandlung und Nachsorge für Erkrankte und ihre Angehörigen und darüber hinaus für Angehörige in der Trauerphase angeboten.

1 <https://www.bdp-verband.de/binaries/content/assets/beruf/berfoederation-2016.pdf>, Download vom 20.01.2020

2 Die gewählte Schreibweise mit * schließt immer alle Geschlechter ein

2. Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung

Neben der sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Schwerpunktsetzung ist die Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung das zentrale Element einer ambulanten Krebsberatungsstelle.

Die psychologische Schwerpunktsetzung findet in Bezug auf Belastungen im Zusammenhang der Anpassung an die aktuelle Krankheits- und Behandlungssituation, ihrer Folgen und der Krankverarbeitung statt.

Während und nach einer Krebserkrankung und ihrer Behandlung können z.B. Konfliktsituationen entstehen oder alte, bisher gut kompensierte Konflikte erneut aufbrechen bzw. aktualisiert werden. Belastungen oder (subklinische) Störungen, treten auf, wenn den Betroffenen zur Lösung entweder keine angemessenen Strategien zur Verfügung stehen oder sie aufgrund einer akuten aktuellen Belastungssituation keine Ressourcen zu deren Verarbeitung frei haben. Letztes ist bei vielen an Krebs erkrankten Menschen so wie ihren gleichermaßen mitbetroffenen Angehörigen häufig der Fall.

Die psychodynamische Psychotherapie bildet dabei die wissenschaftliche Grundlage (Boll-Klatt/Kohrs, 2014). Zentrale Elemente dabei sind die wissenschaftlich fundierten entwicklungs-psychologischen Theorien zur Bindungstheorie (Bowlby, 1975,1980; Ainsworth, Blehar, Waters und Wall 1978) und Bindungsrepräsentation (Bretherton und Waters, 1985; Main, Kaplan und Cassidy, 1985), Entwicklung des Selbst (Winnicott, Fonagy), um wirksame psychologische Interventionen für derartige Konflikte anzubieten. Ergänzt werden diese theoretischen Ansätze durch Elemente die u.a. an die strukturbezogene Psychotherapie (z.B. Rudolf, 2006), die Praxis der Schematherapie (z.B. Roediger, 2011), die kognitive Verhaltenstherapie (z.B. Winiarski, 2004; Morschitzky, 1998), der systemischen Therapie (z.B. von Schlippe/Schweitzer, 2016) und an die Therapie von Trauma Störungen angelehnt sind (z.B. Wöller, 2006).

3. Aufgaben der Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung für krebsbetroffene Menschen

Aus den benannten Herausforderungen für krebsbetroffene Menschen ergeben sich unterschiedlichen Aufgaben.

Zunächst ist eine psychologische diagnostische Einschätzung der psychischen Belastung notwendig. Daraus kann sich die Notwendigkeit einer Unterstützung in der Orientierung mit dem Umgang der Krebserkrankung und ihrer Folgen ergeben. Wird deutlich, dass bestehende Konflikte die Verarbeitung der komplexen Informationen und Anforderungen des Krankheitsgeschehens und ihrer Folgen blockieren, ist eine darauf bezogene psychologische Unterstützung indiziert.

Auch die entlastende psychologische Unterstützung bei belastungsspezifischen Problemen (z.B. Umgang mit (Rezidiv-) Angst/Schmerzen) ist eine weitere Aufgabe, die sich häufig aus der diagnostischen Einschätzung ergibt.

Eine weitere zentrale Aufgabe ist die psychische Stabilisierung durch eine zeitnahe psychologische Versorgung in akuten psychoonkologischen Krisen.

Eingeschlossen in die spezifischen Aufgaben ist immer die psychische supportive Stabilisierung und Wiedergewinnung einer Lebensqualität - in allen Phasen der Erkrankung und danach für Erkrankte und Angehörige.

4. Psychologische Leistungen

Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung beschreibt eine theoriegeleitete, dialogische Interaktion zwischen einer psychologisch ausgebildeten Beratungsfachkraft und einer ratsuchenden Person, die psychisch belastet ist.

Aus den oben genannten Aufgaben ergeben sich folgende psychologische Leistungen in der ambulanten Krebsberatung:

4.1 Erhebung des Anliegens/ Diagnostische Einschätzung der psychischen Belastung

Am Beginn jeder Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung steht die Erhebung des Anliegens, der Belastung und dem sich daraus ergebenden psychologischen Bedarf. Hierzu wird diagnostisch die Vorgeschichte mit Schwerpunkt der (onkologischen) Krankheitsgeschichte erfragt. Dies dient auf einer ersten Ebene der Erfassung der individuellen Vulnerabilität. Die diagnostische Exploration der akuten Problematik bzw. Belastung, zudem eventuell vorliegender Risikokonstellationen gehören dazu ebenso wie die Erfassung vorhandener Ressourcen. Leitlinienorientierte Screenings zur Belastung, Angst und Depression und bei Bedarf der Einsatz vertiefender spezifischer Verfahren ergänzen das klinische Bild.

Die sich daran anschließende Besprechung der Ergebnisse mündet in eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen einschließlich der bei Bedarf notwendigen Vermittlung an weiterführende Angebote (z.B. Beratung mit sozialem Schwerpunkt bei sozialrechtlichen Fragen und anderen sozialen Problemen; Psychotherapie/ Psychiatrie).

4.2 Orientierung zum Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen

Bei der Orientierung stehen je nach Erkrankungsphase unterschiedliche Schwerpunkte im Vordergrund. In der ersten Erkrankungs- und Behandlungsphase (Akutbehandlung) steht häufig zunächst die psychische Stabilisierung u.a. durch handhabbare, gezielte qualitätsgesicherte Informationsvermittlung im Mittelpunkt.

Beim Auftreten eines Rezidives, dem Eintritt oder Vorliegen der palliativen Phase kann z.B. die Aufrechterhaltung der Lebensqualität das vorrangige Anliegen darstellen, in der finalen Phase die gute Gestaltung der letzten Lebenszeit und nicht selten auch die Suche nach einem adäquaten Ort, wo diese verbracht werden kann.

Gemeinsam mit der/m Klient*in wird geklärt, welche Prioritätensetzung zur Bewältigung der jeweils vielfältigen Belastungen, unter Berücksichtigung der kognitiven und belastungsspezifischen Situation für den Ratsuchende die passende ist. Der Umgang und die Verarbeitung komplexer Informationen und Anforderungen krankheitsspezifischer Kommunikation mit dem sozialen Umfeld wird unterstützt, ebenso eine anstehende Therapieentscheidung, falls der/die Ratsuchende sich derzeit nicht in der Lage sehen,

diese nach der medizinischen Aufklärung/Beratung alleine zu fällen. Die Exploration, welche Behandlungsoptionen dem individuellen Ziel der Ratsuchenden am nächsten kommt, befähigt dann, eine eigenständige Entscheidung zu fällen.

Ein weiteres, immer Berücksichtigung findendes Element ist die Aktivierung von Ressourcen.

4.3 Beratung in psychischen Belastungs- und Konfliktsituationen

Im Fokus dieser Leistung steht neben einer notwendigen psychischen Stabilisierung die Förderung und Unterstützung der psychischen Bewältigungskompetenz. Wie oben beschrieben, können im Krankheitsverlauf bzw. der Behandlungsphase bestehenden, aktuell blockierenden innerpsychischen Konflikte den Verlauf spürbar negativ beeinflussen.

Leitthemen bei dieser Form von Belastungen sind häufig Körperbildveränderungen, die Veränderung des sexuellen Erlebens und die Bedrohung des Selbstwert- und Selbstwirksamkeitserlebens. Ein häufiger Konflikt entsteht durch krankheits- und therapiebedingte Einschränkungen und Belastungen, von denen sich Betroffene in ihrer Autonomie eingeschränkt bzw. behindert erleben. Dazu gehören auch die Ängste vor (notwendigen oder befürchteten) beruflichen Veränderungen und ein (drohender) Verlust der Arbeitsfähigkeit.

Weitere spezifisch thematische und belastende Probleme, die eine psychologische Unterstützung notwendig machen sind der Umgang mit krankheitsspezifischen Ängsten, mit Traurigkeit, Ohnmacht oder Schuld, der Umgang mit Stresserleben und Schmerzen sowie mit den Nebenwirkungen der Behandlung (bes. Übelkeit/Erbrechen/Fatigue). Krankheitsbedingte Paar- und/oder Familienkonflikten werden ebenso bearbeitet wie Belastungen in der Arzt-Patient-Beziehung bzw. – Kommunikation. Werden Schuld- und Schamerleben deutlich, ist es oft wichtig, die subjektiven Krankheitstheorien zu klären und bei maladaptiven Modelle der Klient*in Alternativen dazu entwickeln.

Die mit den meisten Krebserkrankungen einhergehende existentielle Lebensbedrohung (Angst vor Tod und Sterben) und den sich daraus ergebenden Belastungen werden bearbeitet.

Liegt eine psychische Vorerkrankung mit einer Reaktivierung latenter Konflikte vor, ist die Hinzuziehung eines/er Psychiater*in indiziert. Hier steht daneben die Stabilisierung bis zur Aufnahme einer Psychotherapie im Vordergrund.

Ergänzt wird diese Form der Beratung durch das Vorstellen und Einüben von Entspannungsverfahren und Schmerzbewältigungsstrategien.

4.4 Supportive psychologische Interventionen

Bei hochbelasteten Klient*innen steht die psychische Stabilisierung im Vordergrund, eine Konfliktbearbeitung findet höchstens marginal statt. Das heißt, es geht um die Aufrechterhaltung der psychischen Funktionsfähigkeit. Dazu gehört auch die Entlastung, die Klärung offener (quälender) Fragen in der palliativen Situation und die weitest mögliche Erhaltung der Lebensqualität (besonders unter Berücksichtigung individueller, kultureller und religiöser Vorstellungen und Traditionen im Umgang mit Sterben und Tod).

Dies geschieht durch Interventionen zur Stärkung des Vertrauens in die eigene Bewältigungskraft, die Vermittlung der Normalität heftiger emotionaler Reaktionen bei Belastung und besonders auch die Unterstützung und Mobilisierung der individuellen und sozialen Ressourcen / des familiären Zusammenhalts. Gesunde Anteile werden ebenso gestärkt wie Autonomie und Selbstvertrauen.

Bei Betroffenen, die eine mangelnde Compliance bezüglich der medizinischen Behandlung zeigen, kann die Motivation zur (aktiven) Mitarbeit während der Therapie indiziert sein.

Immer miteinbezogen werden Interventionen zum Erhalt, Stabilisierung bzw. Wiedergewinnung der Lebensqualität und zur Verarbeitung und Integration der krankheitsbezogenen Erfahrungen in die eigene Lebensgeschichte. Dazu gehört auch der (Wieder-) Ausstieg aus der „Patientenrolle“.

Eine spezifische Form der supportiven Interventionen bezieht sich auf die palliative Situation bzw. die letzte Lebensphase. Vorrangig geht es dabei um Hilfen zur Gestaltung der letzten Lebensphase (einschließlich der Findung eines „passenden“ Ortes für die letzte Lebensphase), der Unterstützung des familiären Umgangs mit der palliativen Situation und bei der Klärung offener Fragen/ungelöster, quälender Konflikte. Auch und gerade Zugehörige erhalten ein Angebot zur Begleitung in der palliativen und letzten Lebensphase.

4.5 Psychische Stabilisierung durch zeitnahe Versorgung in akuten psychoonkologischen Krisen

Droht aufgrund der Erkrankung/Behandlung eine Dekompensation bzw. ist diese eingetreten, ist eine zeitnahe psychische Stabilisierung durch psychologische leitliniengerechte Krisenintervention (innerhalb von 24 bis max. 48 Stunden unter Berücksichtigung eines Krisenkonzeptes) erforderlich. Gleiches gilt für latent suizidale Krisen, die keine sofortige ärztliche/psychotherapeutische Krisenintervention erfordern und frühkindliche reaktivierte oder akute Traumata, die ebenfalls keine sofortige ärztliche/psychotherapeutische Krisenintervention erfordern.

Zentrale psychologische Bestandteile eines solchen Konzeptes sind das Einüben von Distanzierungstechniken/Stabilisierungsmaßnahmen, die Aktivierung von Ressourcen und die Verhinderung einer möglichen Eigengefährdung.

Vorrangiges Ziel ist die ausreichende psychische Stabilität, die Ratsuchende u.a. befähigt, für die notwendige Alltagsbewältigung eine genügende Handlungsfähigkeit wieder zu erlangen.

4.6 Psychologische Trauerbegleitung

Diese Leistung beinhaltet die Unterstützung bei und Beistand in der Bewältigung der Verlusterfahrung, besonders bei offen gebliebenen Fragen bzw. nicht genügend geklärten Konflikten und (starken) Schuldgefühlen. Auch ambivalente Beziehung zu dem/der Verstorbenen und schwierige soziale oder familiäre Umstände erfordern häufig eine professionelle psychologische Unterstützung. Gleiches gilt für Betroffene mit belastenden Vorerfahrungen (z.B. früher Verlust eines Elternteils/Geschwisters; naher Todesfall in der jüngsten Vergangenheit; Verlust einer früheren Partnerin durch Krebs; lange/ quälende Pflege- oder Sterbephase). Auch bei schwieriger Trauerreaktion, die nicht einer ICD 10 Diagnose entsprechen, ist eine psychologische Trauerbegleitung indiziert.

5. Gruppensetting

- ◆ Die unter Punkt 4 aufgeführten Leistungen werden in der Regel Einzel- u./o. Paarsettingangeboten. Mögliche psychologische Leistungen im Gruppensetting sind:
- ◆ Psychoedukation (Motivationstraining)
- ◆ Entspannungsverfahren (Autogenes Training | PMR)
- ◆ Offene Gesprächsgruppe
- ◆ Gesprächsgruppen für bestimmte Zielgruppen, wie zum Beispiel Krebspatienten*innen mit chronischem Krankheitsverlauf, Rückkehrer in Beruf, Langzeitüberlebende, Junge Krebspatient*innen oder andere
- ◆ störungsspezifische Interventionen (Umgang mit Angst | Traurigkeit)
- ◆ problemorientierte Interventionen (Stressbewältigung | Schmerzbewältigung | Tabakentwöhnung).

Gruppenangebote sind fakultativ und gehören nicht zu den Kernleistungen einer den Qualitätskriterien konformen ambulanten Krebsberatungsstelle, die zukünftig gesetzlich finanziert werden soll.

6. Allgemeines/Ergänzungen

Die Beratungsziele und das Setting der Kontakte (Zeitraum; Frequenz; Einzel-, Paar- oder Familiengespräch) werden gemeinsam mit den Klient*innen festgelegt und im Verlauf bei Bedarf modifiziert. Eine entsprechende räumliche Ausstattung ist selbstverständlich.

Sind Klient*innen nicht mehr in der Lage in eine ambulante Krebsberatungsstelle zu kommen (bei fortgeschrittener Krebserkrankung; palliativer Situation), kann der Prozess in der Klinik/ dem Hospiz/im häuslichen Rahmen (weiter) geführt werden.

Psychologische Leistungen im Kinder- und Jugendbereich (einschließlich der Elternberatung) einer ambulanten Krebsberatungsstelle bleiben bei dieser Beschreibung unberücksichtigt und erfolgen gesondert. Alle Gespräche unterliegen der Schweigepflicht und werden auf Wunsch auch anonym angeboten.

"Literatur"

- "Bowlby, J. (1982): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler, Reinbek."
- "Boll-Klatt, A., Kohrs, M. (2014). Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart"
- "Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, L. E., Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart."
- "<https://www.bdp-verband.de/binaries/content/assets/beruf/berfoederation-2016.pdf>.
Download 20.01.2020"
- "Morschitzky, H. (1998): Angststörungen: Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst. Springer, Wien, New York."
- "Roediger, E. (2011): Praxis der Schematherapie. Schattauer, Stuttgart."
- "Rudolf, G. (2006): Struktur bezogene Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart."
- "Sachse, Rainer (1999): Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle."
- "Spangler, G., Zimmermann, P. Hrsg. (1995). Die Bindungstheorie. Klett-Cotta, Stuttgart."
- "Von Schlippe, A., Schweitzer, J. (2016). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I und II: Limitierte Studienausgabe. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen."
- "Winiarski, R. (2004): Beratung und Kurzzeittherapie. Belz, Weinheim, Basel, Berlin."
- "Winnicott, D. W. (2002): Reifungsprozess und fördernde Umwelt. Psychosozial-Verlag, Gießen."
- "Wöller, W. (2006): Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Schattauer, Stuttgart."