

Ein unvergesslicher Tag



Bis heute konnte keine sichere und einheitliche Ursache des ALTE bewiesen werden. Man geht von einer multifaktoriellen Genese aus. Über 90% der Fälle ereignen sich im Schlaf.

Sekunden entscheiden in der Medizin manchmal über Leben und Tod. Eine Fehleinschätzung kann in solchen Notfallsituationen fatale Folgen haben. Auf den behandelnden Ärzten lastet ein riesiger Druck. Junge Ärztinnen und Ärzte müssen lernen, auch in dieser Lage schnell die richtige Entscheidung zu treffen. Die psychische Belastung in der Intensivmedizin oder der Onkologie ist groß. Von solchen schwierigen medizinischen Situationen handelt das folgende Kapitel. Mit der Zeit lernt man, wie man Patienten und Angehörigen das Gefühl gibt, dass sie fachlich und menschlich gut aufgehoben sind. Wie bei Ursula und Christian T. und ihrem Sohn Ruben.

Im Rettungswagen in die Klinik

Gegen 16 Uhr betritt Ursula T. das Schlafzimmer, in dem ihr zweimonatiger Sohn Ruben in seiner Wiege schläft. Sofort merkt sie, dass etwas nicht stimmt: Ruben atmet kaum noch und ist ganz blau angelaufen. Die junge Mutter schreit auf, reißt Ruben aus seinem Bett und versucht, ihn zu beatmen. Ihr Mann benachrichtigt gleichzeitig den Notarzt. Die Minuten bis der Rettungswagen eintrifft, scheinen Stunden zu dauern. Als der Arzt den Säugling untersucht, atmet dieser wieder normal und seine Hautfarbe ist blassrosa. Trotzdem nehmen die Notärzte die Sorge der aufgeregten Eltern ernst und bringen das Baby ins Krankenhaus. Die Eltern begleiten ihr Kind. Im Krankenwagen wird ein EKG abgeleitet

und die Sauerstoffsättigung des Blutes gemessen. Zum Glück ist alles normal. Das Baby beobachtet ein wenig verschlafen die Lichter an der Decke des Rettungswagens und scheint sich recht wohl zu fühlen. Nur Ursula T. und ihr Mann Christian sind noch immer aufgereggt. Sie sind behandlungsbedürftiger als das Kind.

Ein traumatisches Erlebnis

In der Klinik angekommen, wird Ruben gründlich untersucht. Die Ärzte versuchen mit viel Einfühlungsvermögen, die fassungslosen Eltern zu beruhigen. Erst nach einigen Stunden gelingt ein sachliches Gespräch über den Zustand des Kindes. Acute life threatening event (ALTE) nennen die Ärzte das, was Ruben durchgemacht hat. Dieses bedrohliche Ereignis ist möglicherweise eine Vorstufe zum „Plötzlichen Kindstod“, einem plötzlichen, unerwarteten Tod bei Säuglingen, dessen Ursache nicht eindeutig geklärt ist. Risikofaktoren sind beispielsweise das Schlafen in Bauchlage, Überwärmung oder verminderte Zuwendung. Manche Babys haben zuvor an Schlafapnoe (Atemaussetzern während des Schlafes) gelitten oder sind als Frühgeborene auf die Welt gekommen. Der beinahe Tod eines Kindes ist für die Eltern selbstverständlich ein traumatisches Erlebnis, und ihre Betreuung ist eine der schwierigsten Aufgaben für Ärzte.

Am Monitor

Zum Glück hat Ruben den Vorfall gut überstanden. In der Klinik wird das Kind rund um die Uhr überwacht. Doch alles ist unauffällig. Da Babys nach einem ALTE stärker gefährdet sind, unerwartet zu versterben, besprechen die Ärzte mit den Eltern alle Risikofaktoren für den plötzlichen Kindstod. Außerdem erhält Ruben ein Überwachungsgerät, das Herzfunktion und Atmung überprüft. Es dient auch der Beruhigung der Eltern, die sonst vermutlich in den darauf folgenden Wochen nachts kein Auge mehr zugetan hätten.

In den folgenden Monaten wächst Ruben zu einem wahren Wonneproppen heran. Alle Kontrolluntersuchungen in der Klinik und beim Kinderarzt sind völlig unauffällig. Dennoch: Vergessen wird Ursula T. den Augenblick nie, als sie Ruben blau und leblos in seiner Wiege liegen sah.

9 Besondere medizinische Situationen

9.1 Die medizinischen und die psychologischen Belastungsfaktoren



Lerncoach

Im folgenden Kapitel werden Ihnen einige Extremsituationen vorgestellt, die mit einer starken psychosozialen Belastung aller Beteiligten sowie mit besonderen Betreuungserfordernissen einhergehen. Machen Sie sich beim Lesen klar, welche Belastungsfaktoren sich aus diesen Situationen jeweils für die Patienten, die Angehörigen und das Klinikpersonal ergeben. Oft hilft schon das Wissen um die Sorgen und Ängste des Gegenübers, um besser damit umgehen bzw. gegensteuern zu können.

9.1.1 Der Überblick

Es gibt Situationen, die sowohl aus medizinischer Sicht, als auch aus psychologischer Sicht eine Besonderheit darstellen. Dabei ergeben sich sowohl für die Patienten, als auch für die Angehörigen sowie das Klinikpersonal psychische Belastungsfaktoren. Solche Extremsituationen entstehen z. B. auf der Intensivstation, in der Notfallmedizin, der Onkologie oder der Transplantationsmedizin.

9.1.2 Die Intensivmedizin

Der Patient auf der Intensivstation

Die Belastungsfaktoren

Die intensivmedizinische Betreuung ermöglicht eine optimale Behandlung der Organkrankheit vital bedrohter Patienten, stellt jedoch eine psychisch belastende Situation dar. Der Patient befindet sich in einer Situation, die durch Schmerzen, eventuell Luftnot und Sprechverlust **Angst** auslöst und in der er von der Außenwelt weitestgehend **isoliert** ist. Soziale Zeitgeber wie das Lärmen oder Ruhen der Bettnachbarn fallen als Hinweise weg, die Informationen über die Tageszeit liefern. Die Rund-um-die-Uhr-Betreuung und die krankheitsbedingte unregelmäßige Abfolge von Wachen und

Schlafen begünstigt die **Orientierungslosigkeit** hinsichtlich der Zeit. Durch ständige Überwachungs- und Therapiemaßnahmen wird die Schlafarchitektur vor allem zu Ungunsten der Tiefschlafphasen und des REM-Schlafes gestört, so dass die negativen Auswirkungen des **Schlafentzugs** (s.S. 27) noch hinzukommen.

Von vielen Patienten wird die **Entmündigung** und das Gefühl nicht selbst agieren und entscheiden zu können als belastend erlebt. Es besteht ein **Kontrollverlust** über die eigenen Körperfunktionen und die unter normalen Umständen gewohnte Kontrolle von Umgebungsfaktoren gelingt erst recht nicht. Weitere häufig ermittelte psychosoziale Belastungsfaktoren sind der **Verlust der Intimsphäre**, ein durch seltene situationsbezogene Auskünfte und durch ständig wechselnde Bezugspersonen bedingtes **Kommunikations- und Informationsdefizit** und das Ausgesetztsein einer **Reizmonotonie** optischer und akustischer Reize, zum Beispiel durch gleichmäßige Apparateräusche.

Die Reaktionen auf die Belastungsfaktoren

Der Patient erlebt seinen Aufenthalt auf der Intensivstation als eine Extremsituation, die er psychisch bewältigen muss. Das psychoanalytische Modell nimmt an, dass in solchen Situationen typische **Abwehrmechanismen** (s.S. 35) aktiviert werden.

■ | Beachte

Ein gewisses Ausmaß an Verleugnung und Verdrängung der Lebensbedrohlichkeit kann durchaus nützlich sein.

Diese Abwehrmechanismen lassen überwältigende Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung nicht aufkommen. Zu stark ausgeprägte Abwehrmechanismen führen jedoch zu fehlangepasstem Verhalten, zum Beispiel zu einer Überschätzung der körperlichen Fähigkeiten, die in Frustration münden kann.

Auch die **Regression** auf eine passive Stufe, die der frühkindlichen Situation der mangelnden Fähigkeit zur Eigenversorgung bei absoluter Versorgung von außen ähnelt, ist ein durchaus förderlicher Mechanismus, der natürlich mit der Besserung des körperlichen Zustandes wieder aufgehoben werden muss.

Die Betreuungserfordernisse

Die Intensivmedizin begrenzt sich nicht auf die rein medizinische Betreuung des Patienten, sondern erfordert die Einbeziehung seines Umfeldes.

Die Einbeziehung der Angehörigen

Zum Behandlungskonzept intensivmedizinischer Betreuung gehört auch die Einbeziehung von Angehörigen, die ebenso wie Patient und Arzt einer Vielzahl von Belastungsfaktoren ausgesetzt sind. Sie sind **emotional belastet** durch ihre Sorge und Trauer, **ängstigen** sich vor einer ungewissen Zukunft, fühlen sich mit der aktuellen Lebenssituation **überfordert** oder fürchten, ihr zukünftiges Leben mit einem durch die Erkrankung behinderten Lebenspartner (z. B. durch Schlaganfall) nicht meistern zu können. Durch den Arbeitsausfall des Patienten können **finanzielle Einbußen** hinzukommen. Das eingebrachte Engagement und der zeitliche Aufwand bei der Betreuung eines Schwerkranken führen zu Einschränkung des eigenen sozialen Lebens und stellen gerade für ältere Menschen eine immense **körperliche Belastung** dar.

Durch **Gespräche** mit Ärzten und dem Pflegepersonal, in denen sie mit **Informationen** versorgt werden und in denen sie **positive Zuwendung, Empathie** und **Verständnis** erfahren, können einige der Belastungsfaktoren vermindert werden.

Merke

Dem Behandlungsteam muss es gelingen, die Angehörigen zur Kooperation zu motivieren und so deren Potenziale nutzbar zu machen: Die Angehörigen stellen für den Arzt wichtige Informationsquellen (z. B. für die Fremdanamnese) dar und tragen durch emotionale und praktische Unterstützung wesentlich zum Heilerfolg bei.

Die Einbeziehung anderer Hilfssysteme

Obwohl der Arzt durch angemessene Kommunikation auch zur psychischen Gesundheit des Patienten und der Angehörigen beisteuern kann, liegt sein Arbeitsschwerpunkt doch auf der medizinischen Versorgung körperlicher Beschwerden. Um auch andere Bereiche hinreichend abzudecken und dem Patienten als ganzheitliche Person gerecht

werden zu können, ist es nötig, andere Berufsgruppen wie **Psychologen**, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter oder Seelsorger mit anderen Arbeitsschwerpunkten einzubeziehen. Auch die Vermittlung von Informationen über **Selbsthilfegruppen** für den Erkrankten oder dessen Angehörige schafft eine Entlastung bei der Bewältigung der Erkrankung.

Die Belastungen beim ärztlichen und pflegerischen Personal

Die Belastungsfaktoren

Auch für die Ärzte und das Pflegepersonal stellt die Arbeit auf der Intensivstation eine körperliche und psychische Extremsituation dar: Die ständige **Konfrontation mit lebensbedrohlich erkrankten Menschen**, für die man eine hohe **Verantwortung** trägt und die zu jeder Zeit eine hundertprozentige **Leistungsfähigkeit** erfordern, schaffen eine heikle Situation auf dem engen Pfad zwischen Herausforderung und Stress.

Hinzu kommen weitere Belastungsfaktoren wie **Schichtdienste, Zeitdruck**, die trotz der Anstrengung **hohe Mortalitätsrate, chronischer Zeitmangel**, die hohen **Erwartungen** der Patienten und der Umgang mit emotional stark reagierenden Angehörigen.

Die Reaktionen auf die Belastungsfaktoren

Die besondere psychische Beanspruchung bei der Arbeit auf der Intensivstation bleibt nicht folgenlos: Der **Krankenstand** des Personals und die **Fluktuationsrate** sind auf Intensivstationen höher als auf anderen Stationen eines Krankenhauses. Die stressreiche Situation vergrößert die Gefahr eines **Burn-Out-Syndroms** (s. S. 199) und **psychosomatischer Beeinträchtigungen**.

9.1.3 Die Notfallmedizin

Die besonderen psychosozialen Merkmale des Notfalls für den Arzt

Ein **medizinischer Notfall** ist ein akuter vital bedrohlicher Zustand, der häufig in Intensivstationen, Notfallambulanzen oder bei Rettungseinsätzen direkt an Unfallorten vorkommt. Die meisten der oben genannten psychosozialen Belastungsfaktoren für Patienten, Angehörige und Ärzte auf einer Intensivstation treffen auch auf die Notfallmedizin zu.

Für den Arzt verschärft sich jedoch noch ein wichtiger Stressfaktor: der immense **Zeitdruck**. Ohne ausreichend Zeit für die Analyse der Situation zu haben, muss er von einer sehr eingeschränkten Informationsbasis aus wichtige Entscheidungen treffen. Zum **Entscheidungsdruck** gesellt sich der **Handlungsdruck** und die **Angst vor Fehlentscheidungen und Fehlhandlungen**.

Die Patientenreaktionen

Notfallsituationen können bei Patienten zu **extremen psychischen Reaktionen** wie Panikattacken, Aggression oder zu Gefühlen des absoluten Ausgeliefertseins führen.

Eine häufige Reaktion auf die Bedrohung des eigenen Lebens oder des Lebens anderer ist der **Schock**. Im psychologischen Sinne ist eine starke **psychische Erschütterung** durch das überraschende, unerwartete Auftreten einer bedrohlichen Situation (z.B. Verkehrsunfall) gemeint. Die **psychischen Reaktionen** sind hier **verzögert**. So tritt ein Gefühl der Betroffenheit, Angst oder Entsetzen oder andere der Situation angemessene Emotionen nicht unmittelbar nach dem Ereignis, sondern erst später auf. Vegetative Begleiterscheinungen sind z.B. starkes Schwitzen, Herzrasen oder Ohnmacht.

■ Beachte

Zur Milderung des Schocks ist die Kommunikation mit den Schockpatienten (z. B. am Unfallort) unbedingt erforderlich.

Das Gespräch als Intervention

Auch in der Notfallmedizin kann sich beim medizinischen Personal Routine einschleichen. Der Arzt sollte sich jedoch darüber bewusst sein, dass die Situation für die Angehörigen und den Patienten einen absoluten Ausnahmezustand darstellt, für den sie noch keinerlei Bewältigungsstrategien entwickelt haben.

Die Notfallsituation verlangt einen besonders sensiblen Umgang mit den Betroffenen. Möglichst frühe Gespräche zur Aufklärung über den gesundheitlichen Zustand, in denen gleichzeitig die Emotionen ernst genommen werden, dienen als erste **verbale Kriseninterventionen**.

Auch bei der **Übermittlung einer Todesnachricht** kann der Arzt durch ein **empfindsames gestaltetes**

Gespräch (unbedingt: Floskeln vermeiden) unter angemessenen Rahmenbedingungen (z.B. keine Zeitbegrenzung auf 2 Minuten, keine Übermittlung am Telefon) hilfreich sein.

9.1.4 Die Transplantationsmedizin

Man kann Transplantationen nach der Art der transplantierten Organe (Leber, Niere, Knochenmark, Herz) und nach der Übereinstimmung von Spender und Empfänger unterteilen. Die Übertragung von Organen oder Geweben auf eine andere, genetisch unterschiedliche Person kommt am häufigsten vor und wird als **Allotransplantation** bezeichnet. Wird das Transplantat von einer anderen Spezies übernommen, spricht man von einer **Xenotransplantation**. Stimmen Explantations- und Transplantationsort überein, wird von einer **orthotopen Transplantation** gesprochen. Kommt zur örtlichen die gewebliche Übereinstimmung hinzu, heißt sie **isotope Transplantation**. Liegt keine örtliche Übereinstimmung vor, ist die Transplantation **heterotop**.

Die Transplantationsmedizin wirft eine Reihe **ethischer Fragen** auf. Ist es z.B. gerechtfertigt, den gesunden Organismus des Spenders durch eine schwere Operation zu gefährden (z.B. bei Lebendspende einer Niere)? Jeder Versuch ein Leben durch die Transplantation eines kostbaren Spenderorgans zu retten, bedeutet gleichzeitig, dass man dieses Organ jedem anderen Patienten auf der Warteliste versagt und ihn weiterhin einem hohen Mortalitätsrisiko während der Wartezeit aussetzt.

Die psychischen Belastungen bei Transplantationen

Patienten, die sich vor einer Transplantation befinden, haben meist eine längere Zeit schwerer Krankheit und Beeinträchtigung (vor allem bei Nierentransplantationen) sowie eine **psychisch belastende Wartezeit** hinter sich. Diese Zeit stellt einen **Stresszustand** dar, in dem diese Patienten, bei ständiger **Angst um ihr Leben**, nur auf ein geeignetes Spenderorgan hoffen können. Ansonsten sind sie in eine **passive Rolle** gedrängt, in der sie häufig ein Gefühl der **Hilflosigkeit** erleben.

Hat eine Transplantation stattgefunden, ist zwar eine erste Hürde genommen, Grund zur **Sorge** und Angst besteht jedoch durch das Risiko der Abstoßung des Transplantats noch immer.

Zudem ist das eigene **Körpergefühl nicht stimmig**. Das transplantierte Organ wird zunächst als Fremdkörper („foreign body stage“) erlebt und erst nach und nach über die Stufe der teilweisen Zugehörigkeit („partial incorporation“) als vollständig zum Körper gehörend („complete incorporation“) empfunden.

Ein weiterer Belastungsfaktor ist die **Spender-Empfänger-Problematik**. Bei einer Lebendspende befürchten manche Patienten dem Spender gegenüber in eine **emotionale Abhängigkeit** zu geraten oder fühlen sich in einer **Schuld** stehend, die sie nie begleichen können. Aus dem Tod eines anderen Menschen (bei einer Leichenspende) eigene gesundheitliche Vorteile zu ziehen, löst bei vielen Transplantationsempfängern **Schuldgefühle** aus.



Um diese Problematik besser zu verstehen, können Sie versuchen nachzuempfinden, wie es ist, als 60-Jährige(r) mit dem Herz eines tödlich verunglückten 20-Jährigen weiterzuleben.

Die psychoimmunologischen Aspekte der Transplantation

Je nach Art der Transplantation ist mit unterschiedlichen **immunologischen Reaktionen** zu rechnen. Bei allogenen oder xenogenen Transplantationen bestehen Unterschiede im Antigenmuster bei Spender und Empfänger, die dazu führen, dass das Transplantat als fremd erkannt wird und eine Immunantwort auslöst (Lymphozyten- und Antikörperbildung), die sich gegen das Transplantat richten. Diese sogenannte **Abstoßungsreaktion** körperfremden Gewebes kann durch eine medikamentöse **Unterdrückung der Immunreaktion** gehemmt werden.

Neben der Immunsuppression durch Medikamente besteht die Möglichkeit, die Aktivität des Immunsystems durch **Konditionierungsprozesse** zu beeinflussen. Im Kapitel über das Lernen wurde bereits erläutert, dass durch die Kopplung eines neutralen Stimulus (Saccharinlösung) mit einem immunsuppressiv wirkenden Stimulus (Cyclophosphamid) eine klassische Konditionierung mit dem Ergebnis erreicht wurde, dass allein der ursprünglich neutrale Stimulus zu einer Unterdrückung der Immunfunktionen führt.

9.1.5 Die Onkologie

Die Verarbeitung einer Krebsdiagnose

Wie bei allen Erkrankungen gibt es auch bei der Verarbeitung einer Krebserkrankung unterschiedliche Formen der Krankheitsbewältigung. Die Diagnose einer Krebserkrankung löst beim Patienten und seinen Angehörigen häufig **existenzielle Krisen** aus. Von einem Tag auf den anderen erscheint die Zukunft viel unsicherer als vorher. Viele Patienten schwanken einerseits zwischen der Idee einer vernichtenden Katastrophe bestehend aus einer Zukunft aus Schmerzen, körperlichem Abbau und belastenden therapeutischen Maßnahmen sowie andererseits dem Optimismus und der Zuversicht wieder zu genesen.

Die Sensitization und die Repression im Umgang mit einer Krebserkrankung

Die Bewältigungsstile des „Sensitization“ und „Repression“ (s.S. 117) werden als stabile Persönlichkeitsmerkmale verstanden, die sich bei der Verarbeitung bedrohlicher Informationen, so also auch bei einer Krebserkrankung, bemerkbar machen. Der **Sensitizer** sammelt beispielsweise alle erdenklichen Informationen über seine Krebserkrankung und spricht häufig mit Angehörigen oder Ärzten über seine Erwartungen und sein erworbenes Wissen. Auch wird ein möglicher drohender Tod nicht als Tabuthema behandelt, sondern offen angesprochen. Ein **Represser** hingegen verhält sich genau gegenteilig. Er meidet wenn möglich die Konfrontation mit seiner Krankheit und will nicht informiert und erinnert werden. Beides sind Möglichkeiten mit einer Krankheit umzugehen, die von den Angehörigen und Ärzten akzeptiert und berücksichtigt werden sollten.

Das Coping-Modell

Ein einflussreiches Modell der Krankheitsverarbeitung ist das **Coping-Modell** von Lazarus (s.S. 21). Man kann es auch als **Krankheitsverarbeitungsmodell** betrachten: Die Krankheit stellt eine Anforderung dar, die die Fähigkeiten des Erkrankten beansprucht und übersteigt. Eine solche Situation führt zunächst zu einer **primären Bewertung**, in der eingeschätzt wird, ob sie relevant und stressreich ist und wenn ja, ob sie als Herausforderung betrachtet werden kann oder eine Bedrohung dar-

stellt. In der **sekundären Bewertung** werden die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten (z. B. persönliche und soziale Ressourcen, Unterstützung durch Ärzte) herangezogen und eingesetzt. Die Bewältigung kann **problembezogen** sein, also auf die Veränderung der Ursachen abzielen (regelmäßige Medikamenteneinnahme, Stress vermeiden, Immunsystem durch Sport stärken), oder **emotionsbezogen** sein, also die eigenen Emotionen zu regulieren versuchen (Hoffnung schöpfen, Ablenkung bei Verzweiflung und Trauer). Während des Bewältigungsprozesses finden ständig **Neubewertungen** der Situation und der Nützlichkeit der Bewältigungsmaßnahmen statt, die als Informationen bei der zukünftigen Bewältigung mit berücksichtigt werden.

Die Krebspersönlichkeit?

Ähnlich wie beim Persönlichkeits-Typ A, der ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen haben soll (s. S. 145), hat man auch Persönlichkeitsmerkmale zu identifizieren versucht, die mit einer Krebserkrankung zusammenhängen. Es wurde eine **Typ-C-Persönlichkeit** postuliert, die durch das Leugnen negativer Emotionen, die Unfähigkeit Ärger auszudrücken, die Neigung zu depressiver Verstimmung und das Sich-nicht-Zugestehen eigener Interessen und Wünsche gekennzeichnet sein soll.

■ Beachte

Wie auch bei Typ A konnte jedoch auch dieses Persönlichkeitskonzept empirisch nicht bestätigt werden.

Der Einfluss von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen wie Rauchen, übermäßiges Sonnenbaden (ultraviolette Strahlen) und Dauerstress (Kortisol wirkt als Immunsuppressivum!) auf die Krebsentstehung ist hingegen nachgewiesen. Dieses Wissen ist jedoch nur bei wenigen Menschen Anlass für eine Verhaltensänderung.

Einige psychologische Interventionsformen bei Krebserkrankungen

Eine Reihe empirischer Untersuchungen zeigen die positiven Effekte psychotherapeutischer Maßnahmen bei Krebspatienten. Sie erleichtern auf unter-

schiedliche Art und Weise die Krankheitsverarbeitung.

- **Entspannungstraining** dient der Angstreduktion und ist ein wirksames Mittel gegen Schlaflosigkeit.
- **Meditation**, also das Nach-innen-Wenden der Konzentration und zeitweise Außen-vor-Lassen aller Stressoren, erleichtert den Umgang mit Schmerzen.
- Auch **kognitive Interventionen** wie das Stressimpfungstraining erwiesen sich als nützlich. Der zuvor geübte Wechseln von negativen inneren Aussagen („Diesen Schmerz kann ich nicht länger aushalten“) zu bewältigungsorientierten Aussagen („Wenn der Schmerz kommt, bleibe ich ruhig und überlege, was als nächstes zu tun ist“) lassen dem Patienten chronische oder schwere Schmerzzustände weniger stark erscheinen.
- Die **systematische Desensibilisierung** kann erfolgreich gegen die „antizipatorischer Übelkeit“ (s. S. 100) eingesetzt werden.

Neben der Behandlung einzelner Patienten erwiesen sich auch **Gruppentraining** oder **Selbsthilfegruppen** als förderlich. Die Anwesenheit anderer Betroffener stellt durch den Erfahrungsaustausch und das Erlebnis, verstanden zu werden eine wichtige psychosoziale Unterstützung dar. Spiegel et al. (1981) konnten beispielsweise in einem angeleiteten Gruppentraining zeigen, dass Frauen mit Brustkrebs, die an einem mehrmonatigen, einmal wöchentlich stattfindenden unterstützten Gruppenprogramm teilnahmen, seltener unter Ängstlichkeit, Müdigkeit, Unruhe und Verwirrtheit litten als eine unbehandelte Kontrollgruppe. Das Programm sollte es den Frauen ermöglichen, auch während der Krankheit ein erfülltes Leben zu führen, die Beziehungen zu Angehörigen und Ärzten zu verbessern und alltägliche Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit zu lösen.

9.1.6 Die humangenetische Beratung

Die Humangenetik

Die Humangenetik ist ein Fachgebiet der Medizin, die sich mit den Ursachen genetisch bedingter Krankheiten befasst und sie zu vermeiden bzw. zu behandeln versucht. Mithilfe moderner humangenetischer Diagnostik können z. B. heute rund

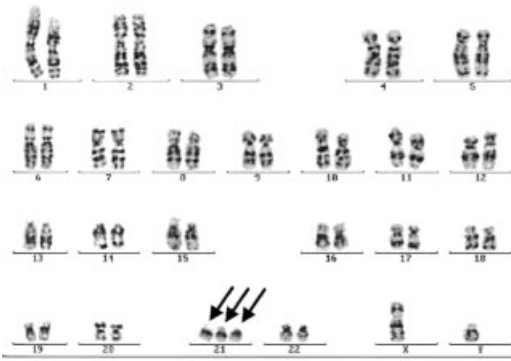


Abb. 9.1 Karyogramm eines Jungen mit Trisomie 21 (↓) (Karyotyp 47, XY + 21) (aus Sitzmann)

100 Stoffwechselkrankheiten und doppelt so viele Einzelgenerkrankungen festgestellt werden.

Zu den genetischen Krankheiten oder Erbkrankheiten zählen beispielsweise das Down-Syndrom (Trisomie 21, Mongolismus, Abb. 9.1) oder die Chorea Huntington (Veitstanz) (s. S. 259).

Die Beratung

Bei einer humangenetischen Beratung werden die Eltern über das Risiko einer möglichen Erkrankung ihres Kindes und deren Auswirkungen aufgeklärt. Sie werden in einem **sensiblen Beratungsprozess** bei der Entscheidungsfindung unterstützt, ob sie sich trotz eines hohen Risikos für ein eigenes Kind entscheiden oder welche alternativen Möglichkeiten (z. B. Adoption) bestehen.

Wenn die Frau bereits schwanger ist, benötigt sie ebenfalls Informationen darüber, wie hoch das Risiko einer erblichen Erkrankung ihres Kindes ist und welche Auswirkungen eine solche Erkrankung für dessen und ihr Leben haben wird. Gegebenenfalls muss die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs überdacht werden.

Die Grundlage für die Beratung bilden Informationen, die aus einer ausführlichen **Familienanamnese** (Aufstellen eines Familienstammbaumes) gewonnen werden, die **Erkrankungswahrscheinlichkeit** und **Möglichkeiten der Diagnose und Therapie**.

In einem **interdisziplinären Beratungsteam**, bestehend aus Fachärzten und Psychologen kann **psychosozialen Aspekten** die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt werden, indem beispielsweise

auf die individuelle Situation der Eltern und deren Ängste und Erwartungen eingegangen wird. In Gesprächen können Faktoren wie der soziale Rückhalt, die persönlichen und finanziellen Ressourcen sowie ethische und religiöse Überzeugungen herausgearbeitet werden, die eine tragbare Entscheidung erst möglich machen.

Die Pränataldiagnostik und die prädiktive Medizin

Unter den Begriff **pränatale Diagnostik** fallen alle Untersuchungen am ungeborenen Kind, um Abweichungen vom normalen Verlauf der Schwangerschaft festzustellen. Hierzu dienen Routineverfahren, wie zum Beispiel die **Ultraschalluntersuchung**. Liegt ein genetischer Defekt bei den Eltern vor, ist die Mutter älter als 35 Jahre oder der Vater älter als 50 Jahre, kann zusätzlich eine **Fruchtwasserdiagnostik** (z. B. Amniozentese) durchgeführt werden.

Die **prädiktive Diagnostik** macht **Vorhersagen** über zukünftige Erbkrankungen und wird zumeist bei Familien mit Erbkrankheiten eingesetzt. Sie dient dazu, mögliche präventive und therapeutische Maßnahmen initiieren zu können, vor allem aber liefert sie die Informationsgrundlage für den humangenetischen Beratungsprozess.

9.1.7 Die Reproduktionsmedizin

Die psychosozialen Faktoren der Fertilität und Infertilität

Sowohl die **Fruchtbarkeit (Fertilität)**, als auch die **Unfruchtbarkeit (Infertilität)** können je nach Lebenssituation und Lebensplanung eine psychische Belastung darstellen. Bei einer **ungewollten Schwangerschaft** erleben die Frauen und deren Partner aufgrund des Entscheidungskonfliktes, das Kind zu bekommen oder einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen, häufig Gefühle von Angst, Schuld und Überforderung.

Ungewollt Kinderlose leiden hingegen darunter, dass ihr Lebensplan mit einem gemeinsamen Kind nicht in Erfüllung geht. Viele fühlen sich schuldig oder hilflos, weil sie glauben, den Anforderungen der Gesellschaft oder ihren eigenen Erwartungen an die Rolle einer Frau oder eines Mannes nicht gerecht zu werden. Häufig wird über sexuelle Schwierigkeiten berichtet, die sich durch den hohen psy-