

## 3.9 Psychosomatische Onkologie

M. Keller

### 3.9.1 Einleitung

Krebserkrankungen bleiben ungeachtet der beachtlichen Fortschritte in der onkologischen Behandlung weiterhin mit Bildern des Schreckens, mit Vorstellungen von Tod, Schmerzen und qualvollem Siechtum assoziiert. Gleichzeitig mit einer inzwischen weitaus aufgeklärteren Sichtweise im öffentlichen Bewusstsein – infolge verstärkter medialer Repräsentation und rückläufiger Stigmatisierung und Viktimisierung ist Krebs inzwischen „salonfähig“ geworden – löst der Begriff „Krebs“ zunächst Bedrohung und Erschrecken bei den Erkrankten, oft genug auch Vermeidung und Rückzug in ihrem Umfeld aus. Unverändert wirksam bleibt die „Metapher Krebs“ (Sontag 1979) als Sinnbild des Heimtückischen, Böartigen und Unvorhersehbaren nicht nur individuell, sondern auch im kollektiven Bewusstsein tief verwurzelt und knüpft an archaische Ängste vor Tod und Vernichtung an.

### 3.9.2 Probleme und Belastungen von Tumorpatienten

Eine Krebserkrankung stellt unweigerlich eine existenzielle Erschütterung, einen Einbruch im bisherigen Leben der Betroffenen dar, der die Alltags- und Lebenswelt in radikaler Weise verändert. Wer an Krebs erkrankt, ist zunächst ungeachtet von tatsächlichen Heilungs- und Überlebenschancen mit unmittelbarer Todesbedrohung, dem plötzlichen Verlust der schützenden Illusion von Unsterblichkeit und Unverletzlichkeit, von jeglicher Kontrolle über das eigene Leben konfrontiert.

Zusätzlich zu den realen Verlusten von körperlicher Integrität, Leistungsfähigkeit und Funktionen werden die bisherigen sozialen Rollen in Familie und Beruf sowie Zukunftsperspektiven infrage gestellt. Die Abhängigkeit von Ärzten, die Subordination unter Regeln und Abläufe des Medizinsystems schränken die Selbstbestimmung weiter ein; belastende und langwierige onkologische Behandlungen erfordern erhebliche Anpassungs- und Bewältigungsleistungen. Schließlich bleibt auch bei günstiger Prognose die anhaltende Ungewissheit über den weiteren Krankheitsverlauf.

### 3.9.3 Krebserkrankung im psychischen Erleben – Prozess der psychischen Verarbeitung

Die genannten Aspekte veranschaulichen, dass eine lebensbedrohliche Erkrankung zumindest in krisenhaften Phasen die gesamte Identität infrage stellt. Meerwein (1991) spricht von einem „Totalangriff auf das Selbst“, der den nachfolgenden seelischen Ausnahmezustand nachvollziehbar erscheinen lässt. Diesem Angriff gelten psychische Notfallreaktionen, die vorrangig das seelische Überleben sichern sollen. Eine psychosomatische Arbeit mit Krebspatienten setzt den Zugang zu ihrem psychischen Erleben voraus, das hier zunächst orientierend dargestellt wird.

► **Diagnoseschock.** Der „Diagnoseschock“ als initiale Reaktion auf die unmittelbar erlebte Todesbedrohung und einen umfassend erlebten Kontrollverlust ist charakterisiert durch Erstarrung, Betäubt- oder Gelähmtsein, Blockade oder Einengung von Wahrnehmung, Denken und Fühlen als regressive Schutz- bzw. Abwehrmodi. Derealisation („dann hat der Doktor nicht mehr mit *mir* geredet“) und dissoziative Phänomene („ich sitze im falschen Film“, „Hoffnung, aus diesem bösen Traum aufzuwachen“) weisen auf die Nähe zu Traumareaktionen hin, unterscheiden sich aber in der meist kurzen Dauer (wenige Stunden bis Tage) und der spontanen Rückbildung. Persistierende dissoziative Phänomene gehen meist mit ausgeprägter Angst und Verleugnung einher und weisen auf eine trauma- oder strukturbedingte Schwierigkeit hin, die Krankheitsrealität in das Selbst zu integrieren. Die Krankheit oder ihre Bedeutung bleiben „unannehmbar“.

► **Initiale Krankheitsverarbeitung.** Kennzeichnend für die folgende Phase der initialen Krankheitsverarbeitung sind emotionale Labilität sowie ausgeprägte Stimmungsschwankungen zwischen Euphorie und Verzweiflung als Epiphänomene der initialen, kaum bewussten Auseinandersetzung mit der Bedrohung. Sie schwächen sich im zeitlichen Verlauf meist ab und lassen gleichzeitig progressive und regressive Prozesse erkennen. Ent-

scheidend sind in dieser Phase alle Hilfen zur kognitiven (Informationen, Behandlungsperspektiven) und emotionalen Orientierung (das psychische Erleben ist einfühl- und nachvollziehbar). Zur Stabilisierung tragen Vertrauen in ärztliche Fähigkeiten und Hilfe, die Identifizierung mit einem kurativen Behandlungsziel und der Rückgriff auf eigene Erfahrungen erfolgreich bewältigter Krisen bei.

► **Psychische Regression.** Eine vorübergehende psychische Regression ist adaptiv und unter manchen krankheitsbedingten Umständen unumgänglich, um die reale Hilflosigkeit, Abhängigkeit und körperliche Beschwerden zu tolerieren. Sie äußert sich häufig in einer „Entdifferenzierung des Denkens“ (Meerwein 1991), in einem dichotomen Entweder-oder-Modus, der kaum Raum für Ambivalenz („sowohl als auch“) lässt.

► **Reaktivierung früher Verlusterfahrungen.** Gleichzeitig ist die Vulnerabilität für eine Aktualisierung früherer, mit Bedrohung und/oder Verlust assoziierter Erfahrungen (bzw. Aktualisierung ihrer affektiven Repräsentanz) erhöht: Erfahrungen mit Krankheit in Familie und sozialem Umfeld, Trennungen und Verluste sowie auch Erfahrungen von Gewalt und Missbrauch werden mit dem Erleben hilflosen Ausgeliefertseins reaktiviert. Ältere Patienten erinnern fast regelmäßig Erlebnisse von Todesnähe aus dem Krieg. Bei an Krebs erkrankten Holocaust-Überlebenden fand sich hinter vordergründiger Anpasstheit ausgeprägte Hilf- und Hoffnungslosigkeit (Baider u. Goldzweig et al. 2006). Hier sollten psychotherapeutische Interventionen ein ausreichendes Gefühl der Sicherheit sowie eine Differenzierung zwischen der jetzigen und der damaligen Situation ermöglichen, während die medizinischen Behandler Selbstbestimmung und Kontrolle fördern können.

► **Mobilisierung von Bewältigungsfähigkeiten.** Während der onkologischen Behandlung mobilisieren Patienten zumeist enorme Bewältigungsfähigkeiten, tolerieren schwerwiegende körperliche Beschwerden und bewältigen irreversible Verluste von Organen oder Funktionen. Erleichtert wird ihnen dies durch die Hoffnung auf Heilung, durch die Aussicht, auch physisch vom „Krebsmonster“ befreit zu werden, und schließlich durch die Einsicht in die unabwendbare Notwendigkeit. Gleichzeitig spielen Fantasien mit magischem Cha-

rakter eine Rolle: Je größer das Opfer – etwa der Verlust von Haaren, Organen oder Funktionen –, desto eher hat man sich Heilung „verdient“. Gelegentlich wird die Tumorthherapie dämonisiert, etwa in der Vorstellung von einer „mörderischen“ Chemotherapie, was jedoch psychisch durchaus entlastet, wenn die im eigenen Körper lokalisierte Bedrohung durch den Krebs externalisiert und auf die Therapie verschoben wird.

► **Abwehrvorgänge.** Funktionstüchtige Abwehrvorgänge sind in einigen Phasen von Krankheit und belastender Tumorbehandlung unverzichtbar: Vorübergehend gewährleistete Regression, Verleugnung und Affektisolierung Schutz vor dem Überwältigtwerden und ausreichende Angstreduktion. Extremsituationen, zum Beispiel auf der Intensivstation, werden häufig aus dem bewussten Erleben ausgegrenzt, ohne dadurch an psychischer Wirkung zu verlieren. Während belastender Tumorthérapien gehen Patienten „auf Tauchstation“, wobei ihnen unangenehme oder quälende Gefühle kaum zugänglich, wie „abgeschnitten“ sind. Dem kommt ein Trend seitens der onkologischen Behandler entgegen, behandlungsbedingte somatopsychische Belastungen zu bagatellisieren und zu tabuisieren: „Chemotherapie – ein Spaziergang“. Aus einer Kollusion der Abwehr resultieren häufig verzögerte psychische Reaktionen mit variabler Latenz, wobei Krankheit und Behandlung generell verzögert verarbeitet werden, und zwar erst, wenn das körperliche Überleben gesichert ist.

Scheinbare Bagatellauslöser können dann zu Belastungsreaktionen führen: Den Patienten fällt es beispielsweise unerwartet schwer, in ihr bisheriges Leben zurückzufinden, andere bleiben anhaltend verunsichert oder entwickeln scheinbar grundlose Ängste – oft genug so weit maskiert, dass kein unmittelbarer Zusammenhang mit der Krankheitserfahrung erkennbar ist. So notwendig und adaptiv eine vorübergehend „wasserdichte“ Affektisolierung in Phasen ausgeprägter Beanspruchung durch die Tumorthherapie ist, so ist das subjektive Erleben während und nach der Behandlung der bewussten Wahrnehmung zwar kaum zugänglich, aber dennoch anhaltend wirksam. Die Latenz bei der psychischen Verarbeitung sollte psychosomatischer Kenntnis und Aufmerksamkeit nicht entgehen, so wie psychische Störungen als Hinweis auf eine „Wiederkehr des Verdrängten“ zu verstehen sind.

► **Integration der Krankheitserfahrung.** Unter der Voraussetzung einer erfolgreichen Primärbehandlung und ausreichend restituiertem körperlichem Befinden kann die Krankheitserfahrung in den folgenden Monaten bis Jahren schrittweise in die eigene Lebensgeschichte integriert werden. Können Zuversicht, Selbstwert und Zukunftsperspektiven wieder gewonnen werden, gelingt vielen Patienten eine ausreichende psychische Stabilisierung, wobei vorübergehende Einbrüche mit Niedergeschlagenheit, Angst oder körperlichen Symptomen unvermeidlich, für die Patienten aber oft unerwartet auftreten. Schließlich wird die Konfrontation mit existenziellen Grenzen für einige Patienten zu einer bereichernden Erfahrung, die zu einer veränderten Lebensorientierung, Umbewertung von Prioritäten und intensiverer Bewertung von Beziehungen führen kann.

#### 3.9.4 Psychisches Erleben und Verarbeitung bei progredienter Erkrankung

► **Trauerarbeit.** Ist der Krankheitsverlauf weniger günstig, stehen Patienten immer wieder vor der Aufgabe, mit unwiederbringlichen Verlusten, Enttäuschung, Angst und der näher rückenden Möglichkeit des eigenen Todes zu leben und gleichzeitig die unausweichlichen realen Auswirkungen der Krankheit in allen Lebensbereichen zu tolerieren. Es bedarf ausreichender psychischer Stabilität und Verarbeitung, die lebendigen, „guten“ Seiten des Selbst (und der inneren Objekte) vor dem Überwältigtwerden von destruktiven Prozessen zu schützen, ohne die reale Ohnmacht gegenüber dem Krankheitsverlauf als persönliches Scheitern zu sehen. Im Zentrum steht der kontinuierliche Prozess der Trauerarbeit, der jedoch nicht gleichmäßig, sondern in sprunghaftem Wechsel zwischen Auflehnung, Widerstand und Akzeptanz, Hoffnung und Verleugnung, Trauer und Zuversicht verläuft.

► **Modelle.** Einige Modelle – von denen das Phasenmodell von Kübler-Ross (Köhle u. Obliers 2011) am besten bekannt ist – versuchen den Prozess der Annäherung an den eigenen Tod fassbar zu machen. Dabei wird die Auseinandersetzung mit dem Sterben als regelhafte Abfolge einzelner Phasen und schließlich der bewussten Annahme des eigenen Todes postuliert. Dies bestätigt die klinische Erfahrung jedoch nicht. Zudem ist eine nor-

mativ Forderung nach einem „richtigen“ oder gelingenden Sterben zweifelhaft. Die Vorstellung von einer linearen und absehbaren Abfolge einzelner Phasen wird der Komplexität und Gleichzeitigkeit von völlig widersprüchlichen Prozessen kaum gerecht und nährt darüber hinaus die Illusion, der eigene Tod könnte jemals begreifbar oder fassbar werden (Köhle u. Obliers 2011).

► **Verleugnung.** Die Verleugnung eigener Ohnmacht gegenüber einem nicht beeinflussbaren Krankheitsverlauf und dem nahen eigenen Tod sollte vor allem in ihrer lebensnotwendigen Funktion verstanden werden, die das Selbst vor Überwältigung durch destruktive Prozesse und Angst schützt und damit Leben *und* Wissen um den nahen Tod vereinbar macht. Als Faustregel kann gelten, dass die jeweilige Ausprägung von Verleugnung ein Indikator für das Ausmaß an Angst ist. Allerdings ist Verleugnung keineswegs eine statische Konstante, sondern äußerst veränderlich und fluktuierend, nicht nur im zeitlichen Verlauf.

Die Nähe zu bewusstseinsnäherer Vermeidung wird in sozialen Interaktionen deutlich, wobei Patienten ausgesprochen sensibel auf die Bereitschaft oder Vermeidung bei ihrem Gegenüber reagieren. Der Begriff „middle knowledge“ (Weisman 1976) veranschaulicht die Gleichzeitigkeit von „Wissen“ und Nichtwahrhaben als ein Oszillieren zwischen entgegengesetzten Polen, wobei die Inhalte von Hoffnung immer wieder angepasst werden und sich keineswegs auf die Hoffnung auf Heilung beschränken. Patienten lassen beispielsweise im selben Moment die Gewissheit des nahen Todes und Perspektiven einer fernerer Zukunft anklingen. Der Wahrnehmung von Psychotherapeuten sollte dieses Fluktuieren nicht entgehen, auch unausgesprochen entsteht damit ein Möglichkeitsraum für Veränderungen.



#### Merke

Es empfiehlt sich ein *antwortender*, weniger ein deutender *Umgang* mit Verleugnung, die immer so weit zu respektieren ist, solange sie weitgehende psychische Stabilisierung und Angstfreiheit gewährleistet. Ob Patienten schließlich zu einer bewussten Akzeptanz ihres Sterbens kommen, liegt außerhalb psychotherapeutischer Möglichkeiten in ihrer eigenen Person und Lebensgeschichte begründet.

### 3.9.5 Krebs und Psyche: ätiologische Konzepte

► **Psychosoziale Faktoren.** Krebspatienten unterscheiden sich in ihrer psychischen Konstitution nicht a priori von Gesunden. Psychosoziale Belastungen und Störungen sind überwiegend als Reaktion auf Tumorerkrankung und -behandlung anzusehen. Frühere Annahmen zu psychosozialen Ursachen von Krebserkrankungen konnten mit der empirischen Forschung nicht bestätigt werden. Dies betrifft sowohl die Annahme einer „Krebspersönlichkeit“ und den Einfluss traumatischer Lebensereignisse als auch belastende Lebensumstände („Stress“), Depressivität und mangelnde soziale Unterstützung.

Keiner dieser Faktoren geht mit einer nachweisbar höheren Inzidenz maligner Erkrankungen oder mit einem ungünstigeren somatischen Verlauf von Krebserkrankungen einher (Garssen 2004, Hürny u. Schwarz 2011). Das heißt andererseits nicht, dass psychosoziale Faktoren ohne Bedeutung für Entstehung und Verlauf von Tumorerkrankungen wären. Sie sind aber vermutlich zu komplex und heterogen, um mit den bisherigen Forschungsmethoden nachweisbar zu sein.

Für die Praxis resultiert daraus, dass Patienten keine „Schuld“ trifft und dass sie nichts „falsch gemacht“ haben, wenn sie an Krebs erkranken. Ebenso wenig haben sie sich Rezidive oder Krankheitsprogredienz als Resultat einer unzureichenden Verarbeitung selber zuzuschreiben, etwa weil sie nicht genug „gekämpft“ haben. Demgegenüber sind Patienten mit „Gewissheiten“ ihrer Umgebung oder der Populärpsychologie konfrontiert, die ihnen suggerieren, wie sie den Krebs mit „positivem Denken“ und „Kampfgeist“ „besiegen“ können. Dies mag sich als subjektive Wirklichkeit derer darstellen, die gesund sind oder bleiben, denen jedoch die quälende Überzeugung eigenen Versagens all derer gegenübersteht, deren Krankheitsverlauf weniger günstig ist.

► **Subjektive Krankheitstheorien.** Vorstellungen von Schuld, Versagen oder krankmachenden Lebensumständen als Krankheitsursache spielen auch in den subjektiven Krankheitstheorien der Patienten eine zentrale Rolle, obwohl sich der Einfluss des metaphorischen Denkens der 1970er-Jahre spürbar abgeschwächt hat. Aus therapeutischer Sicht haben sie – jenseits von Richtig- oder Falsch-Kategorien – als subjektive Wirklichkeit der

Patienten Gültigkeit und sollten keinesfalls aufgrund wissenschaftlicher Evidenz (d. h. einer gänzlich anderen Wirklichkeitskonstruktion) oder der persönlichen Überzeugung des Psychotherapeuten infrage gestellt werden.

Subjektive Krankheitstheorien sind weniger dezidierte kognitive Überzeugungen als vielmehr unterschiedlich bewusstseinsnahe Fantasien, die sich meist erst im therapeutischen Verlauf entfalten und verstehbar werden. Zudem sind sie in vieler Hinsicht funktional, etwa dadurch, dass eine Erklärung für das Unfassbare der Krankheit dazu beiträgt, es ansatzweise mental „in den Griff zu bekommen“ oder dass Patienten Veränderungen in ihrem Leben initiieren.



#### Merke

Diese Fantasien sind in hohem Maß biografisch geprägt und enthalten Ansätze für die individuelle Krankheitsverarbeitung. Nicht zuletzt sind sie als „Königsweg“ für einen verstehenden Zugang zum psychischen Krankheitserleben von Patienten anzusehen, weshalb nicht darauf verzichtet werden sollte, sie mit dem Patienten gemeinsam zu eruieren.

### 3.9.6 Psychische Störungen und Komorbidität

Während es vielen Tumorpatienten gelingt, die krankheits- und behandlungsbedingten Belastungen mithilfe eigener und sozialer Ressourcen ohne psychische Beeinträchtigung zu bewältigen, ist im Erkrankungsverlauf mit klinisch relevanten psychischen Störungen bei 20–30% der Betroffenen zu rechnen. Sie treten überwiegend als Reaktion auf Krebserkrankung bzw. Behandlung auf und sind in hohem Maß abhängig vom körperlichen Befinden und von biografischen Faktoren. Quantitativ überwiegen Anpassungsstörungen neben Depressionen und selteneren Angststörungen. Schwere depressive Störungen (im Sinne einer Major Depression) sind zwar insgesamt nicht wesentlich häufiger als in der Bevölkerung, häufen sich aber bei ausgeprägter körperlicher Beeinträchtigung (vor allem bei Schmerzen, Schwäche) und werden wegen der überlappenden Symptomatik von Tumorerkrankung und Depression leicht übersehen (Keller 2011, Rodin et al. 2007).

► **Suizidgedanken, Suizid.** Dies gilt ebenso für Suizidalität: Die (vollendete) Suizidrate bei Tumorpatienten wird um den Faktor 1,6–2 erhöht angegeben, wobei die Risikofaktoren denen für Depression bei Krebskranken entsprechen (Robson et al. 2010). Davon zu unterscheiden sind *Suizidgedanken*, die viele Tumorpatienten beschäftigen, ohne dass aktuelle Suizidalität besteht. Sie sind als funktionale antizipatorische Bewältigungsversuche zu verstehen, mit denen Patienten Selbstbestimmung und Kontrolle für den Fall einer zukünftigen Situation unerträglicher Hilflosigkeit oder Abhängigkeit aufrechterhalten wollen.

► **Organische Ursachen.** Bei Krebskranken dürfen organische Ursachen für psychische Störungen nicht übersehen werden, wobei die psychische Symptomatik meist unspezifisch und variabel ist und keine sicheren Rückschlüsse auf die zugrunde liegende Ätiologie erlaubt. Plötzliches Auftreten von psychischen Symptomen (z. B. Ängste, Depression oder Störungen von Vitalität, Denken und Bewusstsein) sollte an einen Tumorbefall des ZNS (primäre Hirntumoren, ZNS-Metastasen, Meningeosis), an tumorbedingte endokrine (hormonell aktive Tumoren), metabolische (hepatische oder renale Enzephalopathie) und Elektrolytstörungen (Hyperkalzämie bei ossärer Metastasierung) denken lassen. Mit therapieinduzierten psychischen Störungen ist bei einigen Zytostatika und Hormonen zu rechnen, besonders häufig sind vor allem depressive Störungen unter Steroidmedikation und Interferon (Keller 2011).

► **Prämorbid Störungen.** Anders als Patienten mit psychogenen Erkrankungen wirken Tumorpatienten ungeachtet heftiger seelischer Irritationen nach außen hin zumeist gefasst und ruhig. „Stumme Krisen“ sind häufig und bleiben oft unerkannt und unbehandelt. Im Einzelfall ist kaum vorhersehbar, ob und in welchem situativen Kontext es zur Exazerbation einer vorbestehenden psychischen *Vulnerabilität* oder prämorbid Störung kommt. Als situative, mit Kontrollverlust assoziierte Auslöser prädisponieren diagnostische und therapeutische Maßnahmen (z. B. Computertomografie, Strahlentherapie) bei Patienten mit Phobien oder Angststörungen bis hin zu Panikattacken. Dies gilt auch für unerwartete Komplikationen der Behandlung. Andererseits werden unter dem Eindruck der krankheitsbedingten existenziellen Bedrohung durchaus auch Symptomverbesserungen

von vorbestehenden depressiven oder Angststörungen beobachtet.

► **Posttraumatische Belastungsstörung.** Obwohl posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) bei Krebspatienten insgesamt selten sind, kann früheres Erleben von Hilflosigkeit bzw. Ausgeliefertsein durch spezifische (häufig wenig dramatische) Auslöser reaktiviert werden. Dies können ein nochmaliger operativer Eingriff, ein komplizierter oder protraumatischer Heilungsverlauf, ausgeprägte körperliche Beschwerden oder subjektiv quälend erlebte Einschränkung von Selbstbestimmung und Abhängigkeit durch Versorgung und Pflege sein. Aus Sicht der medizinischen Behandler wirken solche Patienten häufig „unkooperativ“ oder „lassen sich hängen“. Typisch für das Erleben hilflosen Ausgeliefertseins der Patienten sind diffuse Ängste und Alpträume. Sie sollten aktiv exploriert werden, da sie keineswegs immer (da häufig schambesetzt) von Patienten geäußert werden. Therapeutisch gelten die Prinzipien der Behandlung von PTBS.

► **Angst und Angststörungen.** Angst begleitet nahezu jeden Tumorpatienten und bezieht sich in unterschiedlichen Ausformungen auf Bedrohung und erlebten oder befürchteten Kontrollverlust. Die reale, unvermeidliche Ungewissheit über den weiteren Krankheitsverlauf erfordert es, dass Patienten Strategien entwickeln, mit denen sie sich vor einer Wiederholung des initialen Krankheitserlebens – dem unvorhersehbaren Absturz aus heiterem Himmel und der Erfahrung, dass der Körper unbemerkt eine gefährliche Krankheit entwickelt hat – zu schützen versuchen. Progredienzangst, also die Angst vor neuerlichem Auftreten oder Fortschreiten der Krebserkrankung, ist vor allem Signalangst mit der Funktion, ein psychisches „Frühwarnsystem“ als Kontrolle gegen die reale Unsicherheit zu etablieren. Die innerliche Alarmbereitschaft äußert sich beispielsweise in anhaltender Anspannung, in einer „Habachtstellung“ und in einer erhöhten Wachsamkeit gegenüber dem eigenen Körper: Die Patienten gehen „Patrouille“ und registrieren aufmerksam alle Signale des Körpers (mit Übergängen zu sekundär hypochondrischen Ängsten).

**Merke**

Entscheidend ist es, mit Patienten den Aspekt der Kontrolle in der Angst zu verstehen, der übliche Strategien der Angstbewältigung wenig erfolgreich sein lässt. Auch um den Preis subjektiver Beeinträchtigung ist die Angst zumeist als der aktuell bestmögliche Kompromiss zu verstehen.

*Angststörungen*, die bei Krebserkrankungen auftreten, sind meist auf biografische Wurzeln (Konflikte, Erleben von Ohnmacht) zurückzuführen. Die Patienten kennen diese Art der Angst, die sich hier „verkleidet“ als Angst um die Krebserkrankung zeigt, von früher. Hier nutzt die Kenntnis subjektiver Krankheitstheorien (z. B. Krebs als eigenes Verschulden oder Strafe) für das Verständnis der aktuellen Angst und Ansätze zu ihrer Verarbeitung.

► **Depressive Störungen.** Übergänge zwischen vorübergehenden Phasen gedrückter Stimmung, die unvermeidlich jede Verarbeitung von Krisen und schwerer Krankheit begleiten, angemessenen Trauerreaktionen und quälenden Symptomen depressiver Störungen sind häufig. Eine diagnostische Zuordnung wird oft erst im zeitlichen Verlauf und im Kontakt mit dem Patienten möglich (Keller 2011).

Obwohl depressive Störungen keineswegs eine zwangsläufige Reaktion auf das Erleben einer Krebserkrankung darstellen, stehen sie in nachvollziehbar engem Zusammenhang mit dem körperlichen Befinden; mit überraschender Verbesserung, wenn körperliche Beschwerden (vor allem Schmerzen, Übelkeit) nachlassen. Zudem sind die vielfältigen inneren und äußeren Verluste, mit denen Patienten konfrontiert sind, Auslöser für die Entwicklung einer depressiven Störung, wobei die Depression gelegentlich im Dienst der Abwehr verhindert, reale Verluste anzuerkennen. Krankheitsunabhängig kommt es häufiger zu manifest depressiven Störungen, wenn bisherige Modi depressiver Konfliktverarbeitung (vor allem altruistische oder narzisstische Formen) durch die Auswirkungen der Krankheit nicht mehr in ihrer stabilisierenden Funktion genutzt werden können.

Wird die persönliche Identität durch die Krankheit so stark erschüttert, stellt ein umfassend erlebter Selbstwertverlust den Wert und Sinn der eigenen Person, entsprechend auch von Beziehungen, infrage, unter anderem mit der Folge, dass

sich Patienten für eine unzumutbare Belastung für die Umgebung halten. Therapeutisch ist auf eine Differenzierung hinzuwirken, die gesunde, von der Krankheit nicht zerstörbare Anteile des Selbst identifiziert (Keller 2011, Rodin et al. 2007).

### 3.9.7 Onkologischer Behandlungskontext – Arzt-Patient-Beziehung

Spezifisch für die psychotherapeutische Arbeit mit Tumorpatienten ist die zentrale Bedeutung von onkologischem Behandlungskontext und medizinischen Behandlern; sie sind ausdrücklich zu stützen und zu fördern und sind keinesfalls durch empathische Psychosomatiker ersetzbar. Unverändert sind die Herausforderungen an eine patientenzentrierte Aufklärung nur partiell eingelöst, obwohl die frühere Forderung nach „Wahrhaftigkeit am Krankenbett“ inzwischen besonders von jüngeren Ärzten in einer „Flucht nach vorn“ übererfüllt wird. Heilungschancen und Überlebenszeit werden anhand statistischer Daten in einer forcierten, nicht selten drastischen Weise vermittelt, orientieren sich aber nicht an individuellen Bedürfnissen und Befindlichkeiten der Patienten (Köhle u. Obliers 2011).

Obwohl „partizipative Entscheidungsfindung“ und „Patientenkompetenz“ in der Onkologie derzeit hoch im Kurs stehen, bleibt das subjektive Erleben der Patienten weitgehend aus der ärztlichen Wahrnehmung und Kommunikation ausgeklammert. Dazu kommt, dass die Arzt-Patient-Beziehung mit zunehmender Verfügbarkeit palliativer Tumortherapien bis weit in terminale Krankheitsstadien zum Handlungsdialog geworden ist, der die Verständigung über die reale Ohnmacht gegenüber einem unaufhaltsamen Krankheitsprozess scheinbar ersetzt (Keller 2012, Keller u. Barthel 2012).

### 3.9.8 Psychotherapeutische Interventionen

Psychotherapeutische Interventionen haben das übergeordnete Ziel, das Befinden der Patienten in biopsychosozialer Hinsicht zu verbessern bzw. auf Erhalt und Verbesserung einer angemessenen Lebensqualität in allen Krankheitsphasen hinzuwirken. Da ein Einfluss auf den somatischen Krankheitsverlauf (z. B. Überlebenszeit) fraglich und bisher empirisch nicht zu beweisen ist, zählt

dies nicht zu den eigentlichen Zielen psychotherapeutischer Mitbehandlung.

Psychotherapeutische Interventionen werden maßgeblich vom *Setting* bestimmt, in dem der Kontakt mit Tumorkranken stattfindet.

► **Akutversorgung.** Im Rahmen von *Konsil- und Liaisondiensten* in der onkologischen Akutversorgung haben sich Struktur und Formen psychonkologischer Mitbehandlung an das Primat der medizinischen Behandlung und die Bedeutung von Ärzten und Pflegekräften ebenso flexibel anzupassen wie an die körperliche Verfassung der Patienten mit ihren somatopsychischen Wechselwirkungen. Konsil- und Liaisonpsychoonkologen sollten über die Befähigung zu interdisziplinärer Kooperation, über gute medizinische Kenntnisse von Tumorerkrankungen und aktuellen Behandlungsmodi sowie über eine klare, von somatischen Behandlern abgegrenzte, professionelle Identität verfügen. Sie sollten ein breites Spektrum an supportiven und symptomorientierten Interventionen variabel kombinieren können, das auf die jeweilige Situation des Patienten mit den häufigen, meist unvorhersehbaren Veränderungen abgestimmt ist, und sie sollten das medizinische Team durch Rückmeldung und Supervision mit einbeziehen (Söllner u. Keller 2011).

Im klinischen Akutsetting wird der Kontakt zum Psychosomatiker meist von Ärzten oder Pflegekräften, selten von Patienten selber initiiert, die ihrerseits häufig Vorbehalte oder verzerrte Vorstellungen von Psychotherapie haben (daher sollten eventuelle Befürchtungen vor psychischer Pathologisierung aktiv thematisiert werden). Sie haben kaum Zugang zu ihrem psychischen Erleben und nehmen häufig ihre Verunsicherung, depressive Hoffnungslosigkeit oder Sinnverlust als befremdlich oder als zwangsläufige Folge der Tumorerkrankung wahr. Nur wenige verfügen über Erfahrungen hilfreicher Kommunikation, deshalb kann Motivation nicht vorausgesetzt werden, sondern ist gemeinsam mit dem Patienten zu erarbeiten.

Ungeachtet zugrunde liegender psychischer Konflikte oder Störungen ist zunächst von einem vorübergehenden Missverhältnis zwischen krankheits- und behandlungsbedingten Belastungen und aktuell verfügbaren psychosozialen Ressourcen auszugehen. Generell empfiehlt sich ein supportives Vorgehen, das sich vorrangig an den aktuellen Problemen und Belastungen des Patienten orientiert. Dies setzt den Aufbau einer hilfreichen Bezie-

hung voraus, die dem Patienten den Zugang zu seinem subjektiven Erleben, seinen Affekten und Fantasien erleichtert. Aus dem Narrativ der subjektiven Krankheitsgeschichte im biografischen Kontext ergeben sich wichtige Hinweise auf das individuelle Krankheitserleben und seine Bedeutung, auf subjektive Krankheitskonzepte, prägende Vorerfahrungen (nicht beschränkt auf frühkindliche Erfahrungen) und auf Beziehungen zu nahen Personen. Sie erlauben zudem eine diagnostische Orientierung über vorwiegende Abwehrformen, Konflikte und strukturelle Schwächen, Vulnerabilitäten und Ressourcen sowie eine mögliche Aktualisierung von belastenden oder traumatischen Erlebnissen.

Häufig geht es darum, die wesentlichen Bereiche des psychischen Krankheitserlebens und vor allem die individuelle Bedeutung von realen und subjektiv erlebten Verlusten mit dem Patienten zu verstehen, sie anzuerkennen und ansatzweise einer Veränderung durch Trauerarbeit zugänglich zu machen. Dies setzt voraus, dass die unvermeidlich begleitenden Affekte – Schmerz, Trauer, Enttäuschung, Wut – wahrgenommen und kommuniziert und vom Therapeuten im Sinne eines „containments“ gehalten und reflektiert werden können. Damit wird es Patienten wieder möglich, eigene verschüttete Fähigkeiten zu nutzen (Söllner u. Keller 2011).

Psychotherapeutische Interventionen im Akutsetting sollten dem Patienten eine unmittelbar wirksame Entlastung und Abmilderung von psychischem Leiden erfahrbar machen, als Voraussetzung dafür, dass ein basales Gefühl der Selbstwirksamkeit und Kontrolle anstelle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein entstehen kann. Im Fall von Problemen mit dem medizinischen Team geht es darum, deren Beziehungs- und Handlungsfähigkeit zu erhalten (Beutel 2005).

► **Ambulantes Setting.** Im ambulanten Bereich suchen Patienten häufiger aus eigener Initiative nach psychotherapeutischer Unterstützung. Sie kommen in die Praxis mit psychischem Leidensdruck, mit dem Wunsch nach Verarbeitung bzw. Integration der Krankheitserfahrung in die eigene Lebensgeschichte und mit dem Wunsch nach persönlicher Veränderung. Gerade angesichts realer Begrenzungen wird das oft unterschätzte Potenzial in persönlichen Krisen deutlich, das einige Patienten für tief greifende Entwicklungsprozesse und Veränderungen nutzen können, und zwar ungeachtet real begrenzter Lebensperspektiven.

► **Einbeziehung der Angehörigen.** Von einer Krebserkrankung ist zwangsläufig das gesamte Familiensystem betroffen; Partner und Angehörige von Krebspatienten werden aber mit ihrer eigenen Belastung und ihrer Bedeutung als wichtigste Unterstützungsquelle für Patienten oft nur unzureichend wahrgenommen. Eine wechselseitige Schonhaltung erschwert eine offene Kommunikation mit der häufigen Folge von Missverständnissen und Fehlwahrnehmungen.

### Merke

Daher sollten Angehörige wann immer möglich in gemeinsame Gespräche mit einbezogen werden, um die Kommunikation untereinander zu erleichtern und die wechselseitige Unterstützung zu fördern (Geigges 2011).

► **Medikamentöse Therapie.** In Fällen ausgeprägter psychotherapeutisch unzureichend beeinflussbarer psychischer Symptome (vor allem Depression und Angst) ist eine ergänzende medikamentöse Behandlung indiziert und notwendig. Mit ihr werden oft erst die Voraussetzungen für einen effektiven psychotherapeutischen Zugang geschaffen. Am häufigsten ist eine antidepressive Medikation angebracht, seltener (vor allem situativ) Anxiolytika oder Neuroleptika. Nebenwirkungsspektrum und Interaktionen mit Tumorerkrankung und -therapie sind zu berücksichtigen und mit den Patienten eingehend zu besprechen (Keller 2011).

► **Hinweise für den Therapeuten.** Im psychotherapeutischen Kontakt mit Schwerkranken und sterbenden Patienten sind Therapeuten unvermeidlich mit eigenen Gefühlen lähmender Hilf- und Hoffnungslosigkeit konfrontiert, was sich manchmal hinter kompensatorischer Überaktivität oder Rückzug aus der Beziehung verbirgt. Da die Grenzen des Machbaren oft eng gesetzt sind, sollten eigene überhöhte Ansprüche kritisch reflektiert werden. Enttäuschung und scheinbare Misserfolge sind in der Arbeit mit Schwerkranken unvermeidlich, sollten aber nicht als persönliches Versagen bewertet werden.

Meerwein (1979) und Schwarz (2005) empfehlen in Anlehnung an das Winnicott'sche Modell, dem depressiven Sog im Kontakt mit sterbenden Patienten einen intermediären „Möglichkeitsraum“ in der eigenen Psyche entgegenzusetzen. Kompetente Supervision sollte ergänzend zu einer

fundierten psychotherapeutischen und psychosomatischen Weiterbildung eine Selbstverständlichkeit für Psychotherapeuten in der Onkologie sein, um ihre Handlungs- und Beziehungsfähigkeit zu erhalten.

## Literatur

- [1] Baider L, Goldzweig G et al. Psychological distress and coping in breast cancer patients and healthy women whose parents survived the Holocaust. *Psycho-Oncology* 2006; 15: 635–646
- [2] Beutel M. Psychodynamische Therapieansätze bei chronisch Kranken. In: Faller H, Hrsg. *Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme; 2005: 32–41
- [3] Garssen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 315–338
- [4] Geigges W. Systemische Therapie und Familiendynamik. In: Adler R, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W, Hrsg. *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer; 2011: 457–469
- [5] Hüry C, Schwarz R. Psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf von Krebserkrankungen. In: Adler R et al., Hrsg. *Psychosomatische Medizin* 7. Aufl. München: Urban & Fischer; 2011: 974–983
- [6] Keller M. Depression. In: Aulbert E, Nauck C, Radbruch L, Hrsg. *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2011: 1077–1095
- [7] Keller M. Krebspatienten im Sterbeprozess – Perspektiven und Erfahrungen der Psychoonkologie. In: Anderheiden M, Eckart WO, Hrsg. *Handbuch Sterben und Menschenwürde*. Berlin: De Gruyter; 2012 [im Druck]
- [8] Keller M, Barthel Y. Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie – Erfahrungen mit dem KoMPASS Training In: Weis J, Brähler E, Hrsg. *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer; 2012 [im Druck]
- [9] Köhle K. Sprechen mit unheilbar Krebskranken. In: Adler R et al., Hrsg. *Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München: Urban & Fischer; 2011: 989–1007
- [10] Köhle K, Obliers R. Psychotherapie mit Sterbenden. In: Aulbert E, Nauck C, Radbruch L, Hrsg. *Lehrbuch der Palliativmedizin* 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2011: 1023–1036
- [11] Meerwein F. *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Bern: Huber; 1991
- [12] Robson A, Scrutton F, Wilkinson L et al. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology* 2010; 19: 1250–1258
- [13] Rodin G, Katz M, Lloyd N et al. Treatment of depression in cancer patients. *Curr Oncol* 2007; 14: 180–188
- [14] Schwarz R. Psychotherapie bei Krebs. In: Faller H, Hrsg. *Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme; 2005: 168–183
- [15] Söllner W, Keller M. Psychotherapie mit Krebskranken. In: Adler R et al., Hrsg. *Psychosomatische Medizin* 7. Aufl. München: Urban & Fischer 2011: 1008–1015
- [16] Sontag S. *Krankheit als Metapher*. München: Hanser; 1979
- [17] Weisman AD. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am J Med Science* 1976; 271: 187–196