

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PSYCHOONKOLOGIE

Krebserkrankung und seelische Folgen aus wissenschaftlich kritischer Sicht

Krebs – ein Schreckens-Wort für die, die gesund bleiben durften – und ein ggf. folgenschweres Schicksal für die Opfer. Darüber muss nicht weiter diskutiert werden. Doch unabhängig von seinen bisweilen gnadenlosen Konsequenzen, von denen praktisch jeder erschütternde Beispiele kennt, gibt es ein Phänomen, das die Betroffenen erheblich belastet – und doch fast unbekannt zu sein scheint. Denn dem Krebs haftet in der Tat etwas Unheimliches, ja Böses an. Krebs – so die Experten – heißt nicht nur schwindendes Leistungsvermögen, sondern auch die Gefahr von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, ja subjektiv empfundener Wertlosigkeit, Strafe, Schuld oder Sühne bis hin zum Gefühl des Ausgestoßen-Seins; und damit Rückzug und Isolation. Kurz: Krebs nicht nur als organisches, sondern auch seelisches Phänomen mit psychosozialen Folgen.

Das wird gerne übersehen, hat aber erhebliche Konsequenzen für Krankheits-Verarbeitung und Krankheits-Verlauf. Denn seelische Faktoren haben einen nicht unerheblichen Einfluss auf die organischen Funktionen, und damit so genannte psycho-neuro-endokrino-immunologische Mechanismen, oder kurz: die seelisch-körperlichen Abwehrkräfte des Betroffenen.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste und vor allem kritische Übersicht aus wissenschaftlicher Sicht über psychologische Aspekte der Krebs-Entstehung, kontrovers diskutierte Persönlichkeits-Grundlagen (Stichwort: „Krebs-Persönlichkeit“?), die Möglichkeiten und Grenzen entsprechender Untersuchungs-Verfahren mit ihren z. T. erheblich abweichenden Forschungsergebnisse, die Vor- und Nachteile bestimmter seelischer Abwehrmechanismen; aber auch gezielten Widerstand bis hin zur kämpferischen Einstellung gegen Krebs, die modernen psychoonkologischen Interventions-Techniken und die Ausbildung professioneller Krebs-Therapeuten auf seelischem Gebiet, wie sie die Psychoonkologie inzwischen erfolgreich anzubieten vermag.

Erwähnte Fachbegriffe:

Psychoonkologie – Onkologie – Krebs – Krebserkrankung – Krebs und seelische Folgen – Krebs- und psychosoziale Konsequenzen – Krebs aus historischer Sicht – Krebs als Begriff – Krebs als „personifiziertes Böses“ – Psychologie der Krebserkrankung – psychiatrische Aspekte der Krebserkrankung – Psychopathologie der Krebserkrankung – „Krebs-Persönlichkeit“ – retrospektive Krebs-Studien – semi-prospektive Krebs-Studien – prospektive Krebs-Studien – seelisches Beschwerdebild des Krebskranken – „Krebs-Typen“ – Laien-Vorstellungen zu Krebs-Ursachen – wissenschaftliche Hypothesen, Theorien und Diskussions-Themen zur Krebs-Entstehung – Krebs- und Immun-System – Krebs und immunologisches Abwehrsystem – Krebs und Stress – Krebs durch (Fehl-)Verhaltensweisen – Krebs durch Ernährungsfehler – Krebs durch Genussgifte – seelische Aspekte im Erkrankungs-Verlauf – Stabilisierungs-Faktoren bei Krebs – De-Stabilisierungsfaktoren bei Krebs – seelische Abwehrmechanismen bei Krebs – erfolgreiche Coping-Strategien bei Krebs – erfolgreiche Bewältigungs-Strategien bei Krebs – Therapietreue bei Krebs – Compliance bei Krebs – Resignations-Folgen bei Krebs – Fatalismus-Folgen bei Krebs – primitive Abwehrmechanismen bei Krebs – reife Abwehrformen bei Krebs – posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) bei Krebs – Depression bei Krebs – „Fighting Spirit“ bei Krebs – „kämpferische Einstellung“ gegen Krebs – emotionale Unterstützung bei Krebs – Krankheits-Verarbeitung bei Krebs – psychoonkologische Interventions-Möglichkeiten – psychoonkologische Beratung – Entspannungsverfahren bei Krebs – Musiktherapie bei Krebs – Kunsttherapie bei Krebs – komplementär-onkologische Maßnahmen bei Krebs – Psychotherapie bei Krebs – Einzel-Therapie bei Krebs – Gruppen-Therapie bei Krebs – Überlebenszeit bei Krebs – berufliche Qualifikation in der Psychoonkologie – professionelle Informationen in der Psychoonkologie – u.a.m.

„Ich habe Krebs ...“ Wer kennt sie nicht, wer hat sie nicht schon einmal gehört, diese drei bedeutungsschweren Wörter. Und wer erinnert sich nicht, dass er – irritiert, resigniert oder schockiert – nach Worten gesucht, um eine tröstliche Antwort gerungen hat.

Vielleicht ist er sogar selber derjenige, der diese drei Wörter „bekennen“ und mit seinen Folgen ringen muss.

Dabei handelt es sich in der Regel um immer den gleichen Ablauf, nur wenig modifiziert: Gesundheit und Leistungsfähigkeit - soweit man dies erwarten kann, vor allem im fortgeschrittenen Alter: „Es geht, man muss zufrieden sein, etwas ist immer“.

Dann erst lange und vor allem unbemerkte „Hinweise“, äußerlich oder innerlich. Schließlich ist es nicht das erste Mal, dass einen dies oder jenes beein-

trächtig; und früher wurde es auch wieder, ging zurück, konnte glücklicherweise vergessen werden – wie jetzt wahrscheinlich auch ...

Nun aber verdichten sich die Zeichen, kommen und gehen, aber kommen eben auch wieder und immer wieder, sind nicht mehr zu verleugnen, durch das „Prinzip Hoffnung“ zu verdrängen.

Die einen bleiben mit diesen Phänomenen allein, man sieht ihnen nichts an; die anderen werden vielleicht bereits vorsichtig darauf angesprochen, zum Arztbesuch gedrängt. Der geschieht dann auch mit ungutem Gefühl – und der vernichtenden Diagnose.

Wie lange sich das hinzieht, von „das muss man halt mal abklären“ über „da muss man noch einige Untersuchungen zusätzlich machen“ bis zu „da müssen wir mal darüber reden“ ist sehr unterschiedlich: zeitlich, von Form und Inhalt der Diagnose-Vermittlung bis zu den Konsequenzen: Kontrollen, organisches Beschwerdebild, gezielte Behandlungsmaßnahmen, vor allem seelisch und psychosozial, d. h. Partnerschaft, Familie, Beruf, Freundeskreis, Nachbarschaft. Und natürlich vor allem seelisch, schlicht gesprochen: „man selber“, d. h. meist allein (gelassen). Denn was sollen die anderen – trotz guten Willens – auch sagen oder gar konkretes tun. Zwar gibt es (bisweilen gewaltige) Unterschiede, was Zuwendung, Betreuung, konkrete Unterstützungsmaßnahmen anbelangt. Aber letztlich ist man allein, auf sich selber gestellt, „muss da durch“, wenn man nicht schon zuvor untergehen will. Wobei dieses „zuvor“ natürlich Bände spricht, deutet es doch einen „Abschluss“ und ein „danach“ an.

Unter diesem Aspekt stellt sich die Frage: Wer kann mir helfen, wo bekomme ich fachlich fundierte, aber hoffentlich allgemein verständliche Informationen, was bietet mir die Medizin?

Bei letzterem hört man von einem gigantischen Apparat, was Diagnose, Differentialdiagnose (was könnte es sonst noch sein), Therapie, Nachsorge, Rückfallverhütung u. a. anbelangt. Das ist tröstlich, hatten es doch schon unsere eigenen Eltern nicht, von den Generationen zuvor ganz zu schweigen. Aber gibt es auch etwas, was die seelische Last und ihre psychosozialen Konsequenzen mildert? Was weiß man darüber bzw. was sind reine Theorien oder Hypothesen, hoffnungsvoll, aber unbewiesen, sinnvoll im Ansatz und ggf. vielleicht sogar eines Tages eine gezielte Hilfe – aber wohl erst später? Und vor allem: Was nützt nur die Notlage der Betroffenen aus, sind leere Versprechungen oder gar eine kühl spekulierende Geldmacherei, letztlich Betrug am Kranken und seiner Familie?

Aufgeklärt werden möchte man über die heutigen Möglichkeiten und Grenzen auf organischer und psychischer Ebene. Zumindest die Mehrzahl. Andere ziehen die „Gnade der bewussten Unkenntnis“ vor oder schöpfen in der Tat Kraft aus Versprechungen, die die „harte Wissenschaft“ bisher leider noch nicht belegen kann. Aber immerhin: Auch die Hoffnung kann weiterhelfen, das ist eine

alte Erkenntnis, die man nicht unterschätzen sollte (und die auch die Medizin nutzt, allerdings nicht auf der Grundlage unbewiesener Erkenntnisse, unhaltbarer Empfehlungen oder gar leerer Versprechungen bzw. mysteriöser Theorien, sondern dann unter professioneller Anleitung, die auch die Grenzen respektiert).

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zum Thema *Psychoonkologie*, einer noch relativ jungen medizinischen Disziplin, die sich der Bedeutung psychischer Prozesse bei Krebserkrankungen widmet. Weitere Einzelheiten siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie.

Der Krebs und seine Folgen

„Psychische Aspekte im Zusammenhang mit einer Krebs-Erkrankung beschäftigen die Menschen seit jeher. Zu wohl keiner anderen Erkrankung gibt es so viele Theorien und Meinungen in der Bevölkerung wie speziell zur Krebserkrankung. Entsprechend vielgestaltig zeigen sich auch die Empfehlungen und Maßnahmen, die zur Heilung führen sollen. Mannigfaltige Angebote im klinischen Bereich leben von so genannten alternativen Therapien, von denen sich ein Großteil speziell auf die Krebs-Bekämpfung konzentriert (...). So ist das Interesse am Krebs seit jeher, so groß wie an keiner anderen Krankheit: „Krebs – eine Krankheit wie keine“ ist die gefürchtetste aller medizinischen Diagnosen“.

So beginnt der Arzt und Psychologe Professor Dr. Volker Tschuschke vom Institut für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitäts-Klinikum Köln seinen Artikel über *Psychoonkologie – zur Bedeutung psychischer Prozesse bei Krebserkrankungen* in der Fachzeitschrift *Nervenheilkunde* 9/2008. Hier also seine modifizierte Kurzfassung zum derzeitigen Wissensstand aus psychologischer, psychiatrischer bzw. nervenärztlicher, psychotherapeutischer und psychodynamischer Sicht, einschließlich ihrer Grenzgebiete und Fachbereiche – kritisch gesehen.

Als Erstes die Frage: Krebs – was ist das tatsächlich?

Krebs ist eine Sammelbezeichnung für unterschiedliche Erkrankungen mit ganz verschiedenen Prognosen (Heilungsaussichten), die alle lediglich eines gemeinsam haben: Auf Grund ungehemmten Zell-Wachstums kommt es – unbehandelt – zur nachhaltigen Beeinträchtigung lebenswichtiger Organ-Funktionen.

So wird Krebs mit dem Bösen schlechthin gleichgesetzt, obgleich auch andere schwere (und vor allem chronische) Erkrankungen tödlich verlaufen können.

Dabei sterben derzeit noch weit mehr Menschen in der westlichen Gesellschaft beispielsweise an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als am Krebs.

Zum Begriff „Krebs“

Wie kommt es aber dazu, dass man ein Tier als Synonym (also bedeutungsgleich) zu dieser meist bösartigen Erkrankung heranzieht? Diese metaphorische Assoziation (also bildliche Gedankenverbindung) geht schon auf den griechisch-römischen Arzt Galen vor fast 2.000 Jahren zurück. Ihm soll diese Verknüpfung gekommen sein, als er bei Frauen mit einem Mamma-Carzinom ein krebsartiges Gebilde auf deren Brust entdeckte.

Typisch dazu auch eine Reihe weiterer Verbindungen: Krebs-Tiere, meist unsichtbare Lebewesen der Nacht, die sich in unberechenbarem Krebs-Gang dann noch scheinbar widersinnig fortbewegen (manche Krebsarten laufen seitwärts, mit zum Teil erstaunlicher Geschwindigkeit). Außerdem sind sie durch harte Schalen geschützt, gleichsam unantastbar, dafür gnadenlos unersättlich zupackend, mit starrem Blick, stumm und unbeirrbar Qualen bereitend und den Tod des Opfers nicht mehr aus den Augen lassend. Vom Krebs-Tier zur Krebs-Geschwulst.

Da der Mensch sich kaum ein Bild machen kann von dem inner-organischen und deshalb unsichtbaren, dafür entgleisten Zellwachstum, braucht er einen sichtbaren Gegner bzw. ein nachvollziehbares Bild des „Bösen“; oder noch konkreter: des „Bösewichts“ schlechthin.

Vielleicht schmunzelt der eine oder andere bei diesem fast schon mittelalterlich anmutenden Vergleich für einen „Widersacher des Lebens“. Doch das Böse ist nicht nur ein „Rest-Posten“ des Katechismus, der Antwort auf christliche Glaubensfragen gibt. Es bleibt der Menschheit erhalten, wenn auch in variabler Gestalt. Man denke nur an das, was man täglich in der Zeitung zu lesen und im Fernsehen und Radio zu sehen und hören bekommt: Das Böse in mannigfaltiger Gestalt, als Person, Gruppe, Masse, schicksalhafte Auseinandersetzung, sogar mit den „bösen Mächten der Natur“, vom Erdbeben über den Vulkanausbruch bis zum Tsunami. Und wer es konkreter haben will, der unterziehe sich der Lektüre einiger z. T. notgedrungen umfangreicher Kapitel in dieser Serie, z. B. zum Thema „Fanatismus“ oder „gewissenloser Psychopath“ oder „Gewaltverbrecher – was sind das für Menschen“ usw.

Krebs – eine moderne Seuche?

Doch selbst in unserer aufgeklärten Welt und damit Sichtweise empfinden viele Menschen die Krebserkrankung wie eine „moderne Seuche“, gibt Prof. Tschuschke zu bedenken. Und wörtlich zitierend: „Krebs bedeutet einen schweren Schicksalsschlag, unheilbare, unbeeinflussbare Krankheit, sicheren

und nicht plötzlichen Tod, sondern langsames, qualvolles Dahinsiechen. Dem Krebs haftet etwas Unheimliches, Hinterlistiges und Böses an. Er kann Strafe, Schuld oder Sühne bedeuten. Krebs heißt auch fehlendes Leistungsvermögen, somit Wertlosigkeit und Verachtet-Werden, den anderen zur Last fallen. Krebs trägt die Zeichen des Aussatzes, des Ausgestoßen-Seins, der Isolation, der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit“ (nach Ch. Hürny und R. Adler, 1991).

Und weiter: „Nicht das dunkle unbekannte Böse, sondern gar der Böse, der Teufel oder das Teuflische in Gestalt des Krebses ist der personifizierte Gegner, der Feind des Lebens, der sich in den Leib eingeschlichen hat, der sich nun des Leibes und damit der Person bemächtigt.

So wird verständlicher, warum *der* Krebs seit der Antike mit dem Bösen im Menschen in Verbindung gebracht wird.

Und damit wird auch verständlich, warum viele Erkrankte davon berichten, dass sie sich auch in für sie unverständlicher Weise plötzlich von Freunden oder Bekannten gemieden fühlen.

Kein Wunder, dass die Betroffenen ins Grübeln geraten, vielleicht sogar im Grunde ihres Herzens Schuldgefühle entwickeln. Auf jeden Fall führt die „Emotionalisierung von Krebserkrankungen“ zur Suche nach Auswegen, und zwar nicht nur nachvollziehbar, sondern sogar mit dem durch unbewusste Schuldgefühle gespeisten Überlegungen, wie mit dem Bösen umzugehen sei. Oder noch konkreter: Wie das Böse in den Körper kommen konnte. Und nachvollziehbarerweise: Wie man es wieder hinausbringen, auf jeden Fall fernhalten kann.

Das hört sich zwar etwas verstiegen an, wird auch von vielen (aufgeklärt auftretenden) Betroffenen so weder formuliert noch akzeptiert, hält aber letztlich bei den meisten eine ungute Stellung inne – und wird von nicht wenigen Laien-Theorien sogar gestützt. Das muss keine hoch-geistigen Wurzeln haben, das macht sich ganz erd-verbunden fest an dem „Glauben“, dass man deswegen an einem Krebs erkrankt sei, weil irgend etwas in der Lebensführung im Vorfeld der Erkrankung nicht gestimmt habe (was mit Ausnahme einer selbstschädigenden Lebensweise, vor allem dem letztlich „gnadenlosen“ Nikotinkonsum, aber wissenschaftlich völlig unhaltbar ist – s. später).

Ist dies nun eine etwas weit hergeholte, längst vergangenen „dunklen“ Zeiten entlehnte Theorie? Oder Realität, selbst heute?

Nun, die Experten lassen hier keinen Zweifel aufkommen, indem sie auf den häufig zu beobachtenden Bruch in den sozialen Beziehungen vieler Betroffener hinweise, bis hin zu massiven Veränderungen in der Kommunikationsstruktur einer ansonsten vertrauten Umgebung. Oder schlicht gesprochen:

„Man geht auch dadurch dem Bösen aus dem Weg, indem man den Kranken meidet, in den ja das Böse Einzug gehalten hat“.

Aber handelt es sich hier nicht um eine primitive Interpretation in aufgeklärter Zeit und Gesellschaft? Die Realität können die Krebs-Patienten selber am Besten beurteilen. Ihr Urteil ist meist vorsichtig, auf gezielte Nachfrage aber allzu oft nachdenklich bis kummervoll bestätigend.

Dabei ist der – wie erwähnt – oft zu hörende Einwand gar nicht von der Hand zu weisen, nämlich: Die wachsende Distanz des Umfeldes gehe vor allem darauf zurück, dass man „im Trostgeben“ halt nicht sehr geübt sei“ oder einfach nicht wisse, wie man mit so etwas umgehen, was man sagen soll, auch noch dauernd und offensichtlich ohne ein sich abzeichnendes gutes Ende. Das mag alles stimmen. Doch das Unbehagen, das sich mit dem Phänomen des „Bösen“ in der Gestalt einer gnadenlosen Krebs-Erkrankung verbindet, dieses Unbehagen ist bei objektiver Innen-Schau (Fachbegriff: gute Introspektions-Fähigkeit) nicht wegzudiskutieren. Deshalb stellt sich eine neue Frage, nämlich:

Psyche und Krebs-Entstehung

Dass der Krebs viele Ursachen hat, muss nicht weiter erörtert werden. Eine - aber erstaunlich weit in der Bevölkerung verbreitete - Auffassung ist die seelische und/oder psychosoziale Verursachung einer Krebs-Erkrankung. Das hört sich auf den ersten Blick unrealistisch, ja abstrus an. Doch beim Begriff der „Krebs-Persönlichkeit“ (auch als Typ C-Persönlichkeit bezeichnet) wird der moderne Mensch erst einmal hellhörig.

Das ist nebenbei nichts Neues, sondern geht schon auf die historisch überlieferten Sichtweisen der beiden berühmtesten Ärzte des Altertums zurück, nämlich des griechischen Arztes Hippokrates vor rund 2.500 Jahren und des schon erwähnten Galen von vor fast 2.000 Jahren. Um was handelt es sich, und zwar nicht nur populär-medizinisch, sondern auch im Rahmen wissenschaftlich durchaus ernst zu nehmender Forschungs-Ansätze?

Als erstes muss geklärt werden, was man sich unter einer „Persönlichkeit“ vorzustellen hat. Darüber gibt es nebenbei eine ganze Reihe von Definitions-Vorschlägen. Eine davon lautet: Persönlichkeit als Konstrukt meint die „integrierte und dynamische Organisation der physischen, mentalen, moralischen und sozialen Qualitäten eines Individuums, wie sie sich in Beziehung zu anderen Menschen manifestiert“. Oder schlicht gesprochen: Eine mehrschichtige Konstruktion (im wahrsten Sinne des Wortes, in diesem Fall auf höherer Ebene) aus körperlichen, geistigen, seelischen, psychosozialen, moralischen und einer Reihe weiterer Aspekte, was sich vor allem zwischenmenschlich äußert. Dabei gibt es anlage-bedingte und erworbene Anteile, Impulse und Gewohnheiten.

Wie soll sich nun eine „Krebs-Persönlichkeit“ äußern? Auch hier gibt es verschiedene Überlegungen, Hypothesen, Theorien und sogar Untersuchungen an Krebskranken, wobei sich der am häufigsten genannte Persönlichkeits-Typus fast schon überdauernd mit folgenden extremen Charakteristika seiner Wesensart darstellt:

- Emotions-(gemüts-)arme bzw. -gehemmte Ausdrucksweise
- depressive Grund-Persönlichkeit
- Ärger-Unterdrückung

Das hört sich in vielen Fällen durchaus nachvollziehbar an, geht aber in der Regel auf die Zwänge der früheren onkologischen Forschungs-Ansätze zurück, bei denen man angesichts einer vielschichtigen Entstehungs-Weise an einem möglichst einfachen Ursache-Wirkungs-Mechanismus interessiert war. Oder kurz gesprochen: Hier spielen so viele Faktoren mit herein, von der „normalen“ Wesensart bis hin zur Persönlichkeitsstruktur des Krebs-Befallenen, dass man sich erst einmal auf einige wenige Aspekte beschränken wollte. Das ist gelungen – hat aber auch seine Gefahren entwickelt.

Wie geht man heute wissenschaftlich mit diesem Problem um? Dazu Prof. Dr. Volker Tschuschke:

● **Retro-spektive Studien**

Die wohl einfachste, am besten nachvollziehbare und durchaus partiell ergiebige Strategie sind die so genannten retro-spektiven Studien, also rück-blickend. Dabei werden bestimmte Merkmale der Persönlichkeit untersucht, wenn eine Krebs-Erkrankung bereits vorlag. Hier müssen die Betroffenen beispielsweise bestimmte Aspekte bezüglich Wesensart, Kontakte mit dem Umfeld u. a. beschreiben, und zwar wie sie *vor* ihrer Erkrankung waren bzw. gewesen sein sollen.

Das Ergebnis solcher retro-spektiver Untersuchungen führte fast regelhaft zu einem Persönlichkeits-Typus, der durch Unsicherheit, Unterdrückung negativer Emotionen (speziell Ärger), mit einer angepassten und sich unterordnenden Einstellung gekennzeichnet ist.

Ein interessantes Beispiel dabei ist der Brust-Krebs der Frau, die am häufigsten auftretende Krebsart beim weiblichen Geschlecht in den westlichen Staaten mit vor allem hoher Todesrate (2. Stelle nach Lungenkrebs). Dabei ergab sich in einem Überblick über die bisher vorliegenden Studien allerdings die ernüchternde Erkenntnis, dass es keine valide (wissenschaftlich fundierte) Grundlage für die Annahme gebe, zwischen Brust-Krebs der Frau und Persönlichkeitsstruktur lasse sich ein wegweisender Zusammenhang erkennen. Dennoch muss nicht alles nur ins Leere gelaufen sein, denn man empfahl auch weiterhin die Untersuchung zur Frage: Liegt bei diesen Frauen nicht doch

eine Neigung zu „unterdrückten Aggressionen und Introversion (also einer eher nach innen gewandten Wesensart)“ vor?

Dieser Zusammenhang wurde nebenbei auch für andere Erkrankungen angenommen, z. B. Lungenkrebs. Dort heißt es beispielsweise: Einige frühe(!) Untersuchungen legen die Vermutung nahe, dass emotionale Unterdrückung und Konformität (in diesem Fall überzogene Anpassungsneigung) mit einem Lungenkrebs-Risiko verbunden seien; allerdings sei es schwierig, diese Variablen (veränderliche Messgrößen) vom Rauch-Verhalten abzutrennen, was auch für einige andere Erkrankungen gelte. Eindeutig waren diese Korrelationen (Wechselbeziehungen) zwar nie, aber man stieß dort immer wieder auf bestimmte, auch statistisch interessante Tendenzen.

Aber nicht nur Brust- und Lungen-Krebs, auch das colo-rektale Carcinom (also im Bereich von Dickdarm und Enddarm) zeigte eine signifikante Häufung von „unglücklicher Kindheit“. Und bezüglich jüngster Vergangenheit, jetzt als Erwachsener, ein „starkes Unwohlsein als Reaktion auf Ärger“, „Gefühle von Resignation und Depression“ bzw. „sich aufgewühlt fühlen“.

Nun sind Wissenschaftler schon einmal selber kritisch, nämlich bevor es die „lieben Kollegen“ sind. Und deshalb wird natürlich das potentielle Problem durchaus gesehen und bejaht, nämlich dass bei retro-spektiven Untersuchungen das ja inzwischen einflussreiche Wissen um die eigene Krebs-Diagnose die Antworten des Patienten auf solche Fragen durchaus beeinflusst haben könnte. Oder kurz: Rückblickend ist zwar ergiebig, aber möglicherweise auch durch ein „gelebtes Leben“ und vor allem die Krankheit geprägt. Und damit vielleicht doch nicht die ursprüngliche seelisch-körperliche Ausgangslage, was die wirkliche Wesensart zuvor anbelangt.

● **Semi-prospektive Studien**

Semi-prospektive Studien erfassen die Patienten vor der eigentlichen Diagnose. Dabei weiß entweder der Untersucher oder der Patient selber nicht um die Diagnose. So etwas ist methodisch durchaus möglich, wenngleich von der Anzahl der Betroffenen und den wissenschaftlichen Möglichkeiten begrenzt (und wohl auch nie ganz und in jedem Fall sauber trennbar).

Dabei standen schon in früheren Untersuchungen bestimmte Erkenntnisse zur Diskussion: Beispielsweise dass Patienten mit einem Lungen-Carcinom eine geringere Fähigkeit hätten, ihre Emotionen (Gefühle) auszudrücken. Ein ähnliches Bild in jüngerer Zeit ergab sich für Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs, wobei auch hier bestimmte Einschränkungen diskutiert werden müssen. Trotzdem von Interesse: charakteristisch ein eher unnormaler Ausdruck von Emotionalität, mehr rationalisierendes und emotions-unterdrückendes Verhalten, weniger Ärger und Aggressivität bzw. die Unfähigkeit, dem Ärger auch Ausdruck zu verleihen.

Wie immer man darüber denken mag, eines ist jedenfalls methodisch weniger angreifbar: Die Untersuchung betraf zwar Krebs-Patienten, die aber von der anschließenden Krebs-Diagnose noch nichts wussten (auch wenn sie sie ggf. befürchten mussten, denn deshalb ist zumindest ein Teil von ihnen ja entsprechend untersucht worden). Vor allem letzteres wird natürlich wissenschafts-kritisch angemahnt; denn mit den heutigen Informations-Möglichkeiten sind die Menschen auch sensibler und vor allem kenntnis-reicher geworden. Fazit: Wenigstens die „böse Ahnung“ oder gar Furcht vor einem Krebs-Befund kann durchaus eine Rolle gespielt haben. Kurz: Auch bei semi-prospektiven Studien ist Vorsicht geboten, was die Interpretation der gewonnenen psychologischen Erkenntnisse anbelangt.

Deshalb bemüht man sich heute vor allem um

● **Prospektive Studien**

In allen drei Begriffen, nämlich retro-, semi- und pro-spektiv kommt das lateinische Verb *pro-spicere* (*prospectus*) vor für ausschauen, in die Ferne schauen, vorausschauen, damit auch besorgen, herbeischaffen, Vorsorge treffen.

Rückwirkend (retro-) gesehen einschließlich semi-prospektiv (s. o.) ist also immer in Gefahr, den Menschen nicht in seiner ursprünglichen Wesensart, sondern bereits (von der Krankheit oder der möglichen Aussichten auf eine entsprechende Diagnose) verändert zu erfassen. Pro-spektiv dagegen heißt, diesen Nachteil zu umgehen. Der Betroffene fühlt sich noch nicht krank und ist auch noch nicht als krank diagnostiziert. Zwar gibt es dabei noch immer bestimmte Einschränkungen zu bedenken, aber die erwähnten Nachteile sind erst einmal hinfällig.

Prospektive Studien gelten deshalb als stärkste Unterstützung für jegliches psychologische Modell bei der Krebs-Entstehung. Leider lassen sich solche Untersuchungen an einer Hand abzählen. Die Mehrzahl von ihnen sind so genannte exploratorische epidemiologische Studien (*Exploration* vom lat.: *explorare* = ausfindig machen, erkunden, erforschen), die nach Faktoren *vor der* Manifestation (Äußerung, Ausbruch, Feststellung) einer möglicherweise späteren Erkrankung suchen, also auch nicht spezifisch auf Krebs-Leiden ausgelegt sind.

So wissenschaftlich untadelig solche Untersuchungen sein mögen, auch hier sind die Befunde leider uneinheitlich (da sie natürlich auch nicht auf eine spätere Krebs-Erkrankung zielen, weil man dies vorher in der Regel nicht wissen kann).

So finden sich deshalb bei einer Reihe von Untersuchungen keine weiterführende Beziehung zwischen Persönlichkeitsstruktur und nachfolgendem Krebs-Leiden, obgleich die Daten einen Trend zu einer „instabilen“ Persönlichkeit bei

Frauen nahe legen, was die spätere Krebs-Entstehung mit beeinflusst haben könnte.

In diesem Zusammenhang kann man dann auch besser die Bedeutung der früher oft diskutierten und vor allem in den Medien kolportierten Typ A- und Typ C-Persönlichkeits-Modelle prüfen. Dieses schon vor rund 30 Jahren erarbeitete und stark verbreitete, später auch überarbeitete und variierte Konzept einer Persönlichkeitsstruktur sieht beispielsweise folgendes vor:

- Typ A eine Risiko-Persönlichkeit für coronare Erkrankungen (Herzkranz-Gefäße) im Sinne von „stark emotional und aggressiv“
- und beim Typ C-Verhaltensmuster für Patienten mit Krebs-Erkrankungen Hinweise auf „unterwürfig, angepasst, unsicher, schwach in der Entäußerung negativer Emotionen, speziell von Ärger“.

Gerade prospektive Untersuchungen ergaben jedoch kein klares biologisches Bindeglied zwischen diesem Typ-C-Verhalten und Krebs, ganz abgesehen davon, dass Persönlichkeits-Typologien erst einmal reine Stereotype (also stetig wiederkehrende und unkritisch übernommene Vorurteile) seien, die naturgemäß nur einen Bruchteil der untersuchten Personen mit dem vollen Bild ihrer Wesensart charakterisieren könnten.

Ein weiterer Aspekt ist übrigens der Schwachpunkt, dass gerade beim Typ-C der Krebs-Persönlichkeit nur bzw. überwiegend der „reaktive Charakter, also die krankheits-bezogene Natur des Phänomens“ nachgewiesen wird. Oder schlicht gesprochen: Im Grunde hat man bisher immer nur dasselbe gemessen, nämlich letztlich die Reaktion der Betroffenen auf ihre Krebs-Erkrankung, nicht die Wesensart aus gesunden Tagen.

Zuverlässige psychologische Daten sind also im lebens-geschichtlichen Rückblick angesichts einer aktuellen Krankheits-Bedrohung nicht zu erwarten. Das zeigt sich schon in der unausweichlichen Frage der Krebs-Opfer: „Warum gerade ich?“ (was sich bei fast 60% der Befragten findet, nicht selten mit selbst-anklagender Tendenz und sogar schuldhafter Verarbeitung). Solche so genannten persönlichen Ursachen-Zuschreibungen, also eine Art subjektive Kausalität (wie ich als Betroffener die Ursachen meiner Erkrankung sehe) sind kein wissenschaftlich weiterführender Faktor hinsichtlich der Carcino-Genese (Krebs-Entstehung). Sie gelten eher als Ordnungs- oder Sinn-Stiftungs-Versuche im Zusammenhang mit der innerseelischen Auseinandersetzung, was Krankheits-Realität und Krankheits-Erwartungen anbelangt.

So ist es kein Wunder, dass vor allem retrospektiv die Patienten nach einer Erklärung für das Unerklärliche suchen, was bereits eine Form der Bewältigung sein könnte, jedenfalls in der subjektiven Sichtweise. So ließ sich beispielsweise bei Knochenmark-Transplantationen im Rahmen einer Leukämie (bösartige Erkrankung der weißen Blutkörperchen) feststellen, dass bei jenen Patienten,

die sich rückwirkend eine Erklärung für ihre Erkrankung zurecht gelegt hatten und diese auch spontan äußerten, die Gefahr einer Depression deutlich geringer ausfiel.

Was bedeutet diese Erkenntnis für den Alltag, vor allem für das betreuende medizinische Personal, dass das „tägliche Elend“ im Rahmen ihrer Berufsausübung natürlich nicht nur distanzierter, sondern auch rationaler angehen muss?

Es bedeutet, dass man den Patienten ihre Laien-Vorstellungen nicht einfach nehmen sollte, und zwar unabhängig davon, wie realistisch oder absurd sie sein mögen. Entscheidend ist offenbar, ob diese Laien-Vorstellung hinsichtlich einer möglichen Ätiologie (Ursache) der Erkrankung stabilisierend auf den Betroffenen wirken, vor allem was die so genannte Therapie-Treue anbelangt (Fachbegriff: Compliance, im negativen Fall als Non-Compliance bezeichnet). Entscheidend ist also die dadurch erreichbare seelische und damit ggf. auch physische Stärkung, einschließlich Handlungs-Zuverlässigkeit.

Anders steht es bei jenen Patienten, deren Krankheits-Theorien nicht nur absurd wären (was im positiven Falle hinzunehmen ist – s. o.), sondern unruhig, nervös, fahrig, agitiert werden lassen, kurz: die sich selber destabilisieren. Hier müsste man eingreifen. Denn eine „Labilisierung der psychischen Verfassung ist das, was der Patient in seiner Lage nun am wenigsten gebrauchen kann“, so Prof. Tschuschke.

Einfluss oder nicht?

Wissenschaft ist nicht einfach. Wer diese Serie gelegentlich oder systematisch nutzt, wird deshalb wohl öfter in Ratlosigkeit versinken, als konkreten Nutzen aus einfachen Ursache-Wirkung-Erklärungen zu ziehen. Da haben es populärmedizinische Autoren, die ein bestimmtes Ziel im Auge haben (nicht zuletzt den Kauf ihres Buches, vielleicht auch die Anwendung bestimmter Verfahren) schon einfacher. Sie nehmen, was sie brauchen – den Rest, vor allem den für sie nicht ergiebigen Rest lassen sie auf sich beruhen, übergehen ihn, zitieren ihn bestenfalls (leicht) abwertend.

Für den unbefangenen Leser, der eigentlich nur einen konkreten Vorschlag oder eine Bestätigung seiner bisherigen Sichtweise sucht, ist das natürlich einfacher, bequemer, beruhigender. Die Medizin aber kann sich damit nicht abfinden, sie ist ständig auf der Suche, verifiziert oder falsifiziert, wie die Fachbegriffe heißen (schlicht gesprochen: nach den eigenen neuesten Befunden ja oder nein) – und muss sich vor allem ständig kritischer Einwände erwehren, oder sinnvoller: diese einbauen und nutzen – im Interesse der „Wahrheit“ bzw. realen Gegebenheiten. So auch bei der Frage: Persönlichkeitsstruktur und Krebs-Erkrankung.

Wie bereits erwähnt, hat sich die Theorie einer zur Krebs-Erkrankung neigenden Wesensart („Krebs-Persönlichkeit“) mittlerweile zu einem populären Mythos ausgewachsen, der sich hartnäckig in der Bevölkerung hält. Doch manche Wissenschaftler glaubten schon früher und nicht wenige tun dies auch heute noch, dass sich hier psychologisch tatsächlich nichts holen lässt. Wenn man allerdings die psychosozialen Einflüsse berücksichtigt, die den Krankheits-*Verlauf* maßgeblich mit beeinflussen, dann muss man sich schon die Frage stellen, ob psychosoziale, in Wechselwirkung stehende Faktoren nicht doch den Ausbruch einer Krebs-Erkrankung (mit-)beeinflussen können. Wenn man dies also bejaht bzw. wenigstens einige diskussionswürdige Aspekte als durchaus gegeben ansieht, dann stellt sich die zweite Frage: Warum sollten nicht auch psychische und/oder soziale Einflüsse die *Entstehung* einer Krebs-Erkrankung (mit-)bewirken?

Tatsächlich wird eine indirekte Wirkung von beispielsweise depressiven Gemüts-Zuständen auf den Organismus, speziell auf das Immun-System, immer wahrscheinlicher, ja sicherer. Das Immun-System, also Abwehr-System des Körpers (populär gesprochen: Polizei, Feuerwehr, TW, Sanität und Militär des Organismus) ist viel bedeutsamer, als man lange Zeit annahm, nicht zuletzt in seelischer Hinsicht.

So ergaben die Untersuchungen der Immun-Funktionen bei Depressiven im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen eine „dramatische“ Reduktion in verschiedenen Parametern, darunter den für die Abwehr wichtigen weißen Blutkörperchen. Dieser psycho-immunologische Zusammenhang im Rahmen depressiver Gemütszustände ist inzwischen eindeutig nachgewiesen.

Wenn man auf diesen Gebieten nun weiter geht, dann kann man sich gut vorstellen, dass Krebs-Zellen bei einem danieder liegenden Abwehrsystem des Körpers leichtes Spiel haben, d. h. das Immun-System überrumpeln könnten. Wissenschaftlich gesprochen heißt dies, dass depressive Zustände z. B. auf die Produktion entzündlichkeits-fördernder Zytokine zu maladaptiven immunologischen und endokrinen Veränderungen führen können. Solche Entzündungen aber stehen – wie man inzwischen weiß – in eindeutigem Zusammenhang nicht nur mit Alterungs-Prozessen, einschließlich kardio-vaskulärer (Herz-Kreislauf-)Erkrankungen, sondern möglicherweise auch im Rahmen kanzerogener (Krebs-)Entwicklung.

Inzwischen weiß man nicht nur über epidemiologische Studien (d. h. Häufigkeit, Geschlecht, Alter, sozialer Status u. a.), sondern auch durch eine wachsende Zahl von klinischen Untersuchungen, dass nicht nur Depressionen, sondern auch Angst-Störungen ein erhöhtes Krebs-Risiko nach sich ziehen können (z. B. Brustkrebs bei Frauen).

Nun werden aber auch solche Erkenntnisse wissenschaftlich in Frage gestellt, wer mag dies nach der Lektüre allein dieser Zeilen bestreiten. Die Gründe sind

meist methodischer Natur, und das ist gut so. Die Untersuchungs-Methoden müssen hieb- und stich-fest sein und alle Unsicherheiten auszuschließen versuchen (was sicher in toto nicht geht, aber wenigstens annäherungsweise).

Nicht aus den Augen verlieren darf man dabei aber den klinischen Eindruck, was auch die Kritiker akzeptieren. Sie sagen eben nur: „Das mag alles sein, aber wir müssen dafür „wasserdichte“ Beweise haben oder zumindest annäherungsweise erarbeiten. Einzelheiten dazu würden hier zu weit gehen und sind auch detailliert in der Publikation von Prof. Volker Tschuschke vom Institut für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Köln nachzulesen. Man darf eben nur nicht einem spezifischen monokausalen Erklärungs-Ansatz auf den Leim gehen, wobei das dann notwendige komplexe (mehrschichtige) Modell natürlich immer arbeits-aufwändiger wird. Dafür wird der Verstehens-Zugang klarer.

Beispiele: Dass negative Emotionen eine Wirkung auf das Immun- und endokrine System haben (können) und damit auch auf Verhaltensweisen in Richtung Anfälligkeit für Dauer-Stress, gestörtes Schlafverhalten, selbstzerstörerisches Risiko-Verhalten, unangemessene Ernährung, mangelnde körperliche Bewegung u. a., was wiederum Rückkoppelungs-Effekte auf das Immunsystem hat („Teufelskreis“).

Insofern kommt der Psyche nun doch eine möglicherweise wichtige (vielleicht sogar entscheidende) Rolle bei der Entstehung vieler Krankheiten und auch eines Krebs-Leidens zu.

Und um noch einmal auf das Problem der Krebs-*Entstehung* zurück zu kommen: Natürlich kann man die allermeisten Krebs-Erkrankungen nur als multifaktoriell bedingte Leiden interpretieren, zu deren Entstehen langfristig viele Stressoren (also stress-auslösende Belastungsfaktoren) im Organismus beitragen. Dazu gehören aber in allererster Linie auch psychische Aspekte, gibt Prof. Tschuschke zu bedenken, oder konkreter: psychosoziale (Fehl-) Verhaltensweisen wie mangelnde körperliche Bewegung, Fehl-Ernährung, Risikoverhalten bezüglich Rauchen, Alkohol oder gar Drogen, ein falscher Bio-Rhythmus u. a. Oder kurz:

Nur die Persönlichkeitsstruktur herauszulesen und mit Krebs-Entstehung in Verbindung zu bringen, dürfte ein zu einfaches Konzept sein, das ja nun – wie wir gesehen haben – auch nicht greift. Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale bzw. damit verbundene Eigenschaften und Verhaltensweisen hingegen können sehr wohl zu Konsequenzen führen, die ihrerseits dann eine Krebs-Entstehung bahnen.

So ist die Seele dann also doch beteiligt, wenngleich etwas komplizierter, mehrschichtig, multikausal, komplexer oder wie die Begriffe lauten mögen. Damit bestätigt sich, was ohnehin schon jeder annimmt. Das wissen zwar auch die Wissenschaftler, doch sie müssen es beweisen, auch über Umwege. Das

ist zwar mühsam und bisweilen frustrierend, kommt aber dafür wieder der Allgemeinheit zugute.

Das zur *Entstehung* von Krebs-Erkrankungen. Wie aber steht es mit dem Aspekt

Psyche und Verlauf von Krebs-Erkrankungen

Auch hier ist es schwierig, einen relevanten Überblick auf der Grundlage methodisch weniger angreifbarer Studien zu bekommen. Doch fällt es hier offenbar leichter, ein Profil des gut oder schlecht adaptierten (angepassten) Krebs-Überlebenden zu zeichnen. Zwar ist eine Verallgemeinerung der verfügbaren Ergebnisse auf Grund der sehr unterschiedlichen Krebs-Leiden und der überaus heterogenen (unterschiedlich zusammengesetzten) Personen-Stichproben schwierig, dennoch kann man scheinbar auf fünf sich heraus-schälende Faktoren zurückgreifen, deren Wechselspiel grundsätzlich die Vulnerabilität (Verletzbarkeit) im Hinblick auf Verschlimmerung oder Verminderung von Stress bzw. Lebensqualität beeinflusst. Dazu gehören

- medizinische Probleme, einschließlich prognostischer Aspekte der Heilungsaussichten und später die Wirkung des Krebses und/oder seiner Behandlung. Außerdem ko-morbide Begleiterscheinungen im Sinne zusätzlicher Leiden.
- Die soziale Unterstützung.
- Die ökonomischen Ressourcen (wirtschaftlichen Hilfsmöglichkeiten).
- Die intrapsychischen (innerseelischen) Aspekte wie Persönlichkeitsmerkmale (z. B. psychologische Haltung) sowie prämorbid psychologische Strukturen (vor der Erkrankung).
- Und schließlich die Zeitspanne seit Beendigung der Behandlung.

Wie aus den entsprechenden Untersuchungen ersichtlich, steigt die Wahrscheinlichkeit für eine schlechte Anpassung mit zunehmenden krebs-bezogenen physischen (körperlichen) Problemen und/oder ko-morbiden medizinischen Schwierigkeiten an, man kann es sich denken. Erschwerend kommen dabei noch geringe finanzielle Möglichkeiten hinzu, mit denen zu kämpfen war und vor allem eine geringere soziale Unterstützung, mit der der Stress hätte abgepuffert werden können. Außerdem natürlich eine schlechtere Anpassungs-Fähigkeit bereits vor der Diagnose, so die von Prof. Tschuschke zitierten Ergebnisse, zumeist aus dem angelsächsischen Bereich, insbesondere Nordamerika.

Letzteres ist wichtig zum Verständnis der einzelnen Bedingungen. Ein Beispiel dafür ist der Faktor „ökonomische Ressourcen“, zurückgehend auf die dort bekanntlich sozial schwächeren und damit weit weniger abgesicherten Schichten im US-amerikanischen Krankenversicherungs-System, was sich natürlich auch in den begrenzten medizinisch erreichbaren Leistungen niederschlägt.

Weniger schicht- bzw. versicherungs-rechtlich bedeutsam ist das erhöhte Risiko-Verhalten der dortigen schwächeren sozialen Bereiche wie Rauchen, einseitig-unzureichende Ernährung, allgemeines Gesundheitsverhalten u. a. Und natürlich ein verspäteter und dadurch prognostisch ungünstiger ärztlicher Kontakt, was neben der Wesensart auch die finanzielle Ausstattung widerspiegelt. Trotzdem kann diese ökonomische Variable auch in unserem Lande bei der Anpassung an die Erkrankung eine Rolle spielen.

Die Frage nach der Bedeutung bestimmter Coping-Strategien (s. später) bezüglich einer besseren Anpassung an die Krebs-Erkrankung und deren Begleiterscheinungen und Auswirkungen auf die weitere Lebensführung, enthält schon mehr persönlichkeits-spezifische Gesichtspunkte:

- Sie wird nämlich überwiegend dadurch gesteuert, dass so genannte „aktive“, „kämpferische“, „expressive“ Bewältigungs-Strategien als günstig gelten für die Lebensqualität und allgemeine Funktionsfähigkeit (mit diesbezüglich dann verminderter Beeinträchtigung).
- Als ungünstig empfunden werden dagegen „resignative“, „hilfs- und hoffnungslose“ sowie „ängstliche Grundhaltungen“ oder gar „Fatalismus“. Vor allem „Hilflosigkeit“ und zwanghafte Beschäftigung mit der Erkrankung wirken sich negativ auf das seelische Befinden aus. Auch „vermeidendes Coping“ (s. o.) hat noch nach Jahren psychisch belastende Konsequenzen.

Im Gegensatz dazu ist gerade „aktive Akzeptanz“ (oder schlicht gesprochen: ich nehme die Krankheit an und tue was dagegen) hilfreich, während „Vermeidung“ sogar mit erhöhter Rezidiv-Rate (größerer Rückfallquote) korreliert.

Diese Ergebnisse gehen vor allem auf Brustkrebs-Patientinnen zurück, stehen aber auch in Übereinstimmung mit den Befunden bei Leukämie-Patienten unter Knochenmark-Transplantations-Behandlung.

Damit ist wissenschaftlich bewiesen, was ebenfalls den meisten schon vorher einleuchten dürfte, jetzt in der Fachsprache: Vermeidungsstrategien sind ursächlich für maladaptive Anpassung und nachfolgend defizitäres Bewältigungsverhalten, was sich dann wiederum ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Oder kurz: annehmen → akzeptieren → das Notwendige konsequent tun → und damit seine Heilungsaussichten verbessern.

Exkurs: der Unterschied zwischen Abwehr und Coping

Zwar ist hier nicht der Ort, wissenschaftliche Methoden, Konzepte und vor allem Begriffe zu erläutern, doch geht der Autor V. Tschuschke dankenswerterweise in seinem Beitrag darauf kurz ein, was zum besseren Verständnis auch

hier wiedergegeben werden soll. Der Grund seiner Differenzierung liegt im „Wirrwarr der Untersuchungen und damit verfügbaren Forschungs-Ergebnisse. Warum? „Weil man ganz unterschiedliche psychische Adaptions-(Anpassungs-)Prozesse nicht auseinander hält, nämlich Abwehr und Coping. Was heißt das?

- *Abwehr* ist ein tiefenpsychologisches Konzept der Psychotherapie und bezeichnet unbewusste Wahrnehmungs-Operationen. Beispiele: Verleugnung, Projektion, Rationalisierung, Affekt-Isolierung oder Intellektualisierung sowie Verdrängung. Einzelheiten dazu siehe das ausführliche Kapitel über „Neurosen einst und heute“ in dieser Serie.

Auf jeden Fall handelt es sich hier um unbewusste Manipulationen von Situationen und Umständen, die der Betroffene innerhalb (innerseelisch) oder außerhalb erlebt und mit der die Psyche versucht der absehbaren Überforderung zu entgehen.

- *Coping* dagegen ist in der Regel ein bewusster Prozess, um Sicherheit und Kontrolle (und damit Bewältigung der belastenden Situation) zu erlangen. Beispiele: Bestimmte medizinische Behandlungsmaßnahmen über sich ergehen lassen bzw. gezielt mitzutragen durch Informationssuche, Problem-Analyse, Compliance (Therapietreue im Allgemeinen und Medikamenten-Einnahme, Bestrahlung u. ä. im Speziellen), Selbstkontrolle usw.

Und umgekehrt der Versuch Resignation, Problem-Grübeln, ständiges Hader mit sich und dem Schicksal, Fatalismus und am Schluss Vermeidung oder sozialer Rückzug in Grenzen zu halten.

Eine ungünstige, die Wahrnehmung der Realität verzerrende Abwehr (z. B. als Fachbegriff: Projektion oder Verleugnung bzw. Bagatellisierung) würde nämlich gar nicht mehr das Gefühl einer bedrohlichen Situation vermitteln, die Kognition (das bewusste Erkennen und damit Anerkennen) verzerren und somit den Betreffenden veranlassen, keine adäquaten Bewältigungs-Anstrengungen mehr zu unternehmen.

Und umgekehrt würde eine – die Realität jedoch nicht verzerrende – unbewusste Abwehr, z. B. in Form von Intellektualisierung oder Verdrängung, das Bedrohungsgefühl zwar zeitweise reduzieren, die kognitive Komponente der Bedrohung jedoch voll zulassen und damit zur Motivation beitragen, entsprechende Bewältigungs-Anstrengungen zu veranlassen und vor allem durchzuhalten, so die Wissenschaftler in ihrer Fachsprache.

Was heißt das konkret für das medizinische Personal und letztlich auch das engere Umfeld des Patienten zu Hause, fragt Prof. Dr. V. Tschuschke von der Abteilung für Medizinische Psychologie am Institut für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Köln?

Formen der Abwehr beim Krebs-Patienten

Die Experten unterscheiden in diesem Zusammenhang verschiedene Formen der so genannten Realitäts-Wahrnehmung, d. h. wie man die Wirklichkeit beurteilt, und zwar als Betroffener, was eine ganz andere Dimension von Erkennen und Reagieren darstellt:

- Zum einen, ob so genannte primitive Abwehrmechanismen am Werke sind, die die erwähnte Realitäts-Wahrnehmung verzerren und damit die Bewältigungs-Ressourcen behindern, vielleicht gar unmöglich machen. Letzteres hätte natürlich fatale Auswirkungen auf die notwendigen medizinischen Behandlungs-Entscheidungen.
- Oder ob eine eher reife Form der Abwehr am Werke ist. Dabei würde die Situation zwar richtig wahrgenommen und eingeschätzt, auch wenn zeitweise eine gewisse Vermeidung bzw. teilweise Verdrängung auftritt und letztlich auch hingenommen werden muss, weil der Patient nur dadurch im Augenblick stabilisierbar erscheint.

Diese zwei Faktoren sind typische Situationen in diesen Erkrankungsfällen und brauchen auch für den Psychoonkologen, also den Facharzt für die seelischen und psychosozialen Folgen einer Krebs-Erkrankung, ein hohes Maß an Fach-Kennntnis, vor allem einen guten zwischenmenschlichen Kontakt zum Patienten. Ein guter Kontakt setzt aber auch häufigere Kontakte voraus, besonders für solch schwierige Belange. Und das – so der Autor und mit ihm viele seiner psychotherapeutisch tätigen Kollegen – ist das Dilemma, da Ärzte immer weniger Zeit für persönliche Zuwendung aufbringen können.

Posttraumatische Belastungsstörungen, Depression, Angst und Stress

Ein weiteres Phänomen, mit dem zu rechnen ist, sind *posttraumatische Belastungsstörungen* (PTSD – Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie). Mit ihnen ist auch bei Krebs-Erkrankungen zu rechnen, obgleich sie von den Experten sehr uneinheitlich bewertet werden.

So sprechen die einen von immerhin 15% solcher Leidensbilder bei Langzeit-Überlebenden, in diesem Fall Frauen mit frühzeitig erkannter Brustkrebs-Erkrankung und immerhin noch 20 Jahren nach der Chemotherapie. Das sei – so manche Fachleute – eine „ganz normale, gewöhnliche Reaktion“ auf eine solche Erkrankung, der man also nicht unbedingt einen ernsteren Krankheitswert zusprechen sollte.

Noch weiter gehen andere Experten, die klinisch relevante Ausmaße einer PTSD von Langzeit-Überlebenden bei Krebs-Erkrankungen überhaupt nicht feststellen konnten.

Umgekehrt finden sich in anderen Untersuchungen bei bis zu einem Viertel aller Betroffenen deutlich erkennbare depressive Störungen. Tatsächlich werden Depression und Angst schon generell als zumindest die Lebens-Qualität maßgeblich beeinflussende Größen bei Krebs-Erkrankungen diskutiert, und dies immer wieder und vor allem als Risikofaktoren für eine fehl-gelungene Langzeit-Anpassung an die notgedrungen veränderten Lebens-Umstände.

Kurz: Es gibt auch in Fachkreisen unterschiedliche Erkenntnisse, Schlussfolgerungen und wissenschaftlich publizierte Kommentare dazu, weshalb man sich fragt: Gibt es irgendwelche Faktoren, die möglicherweise ganz unterschiedlichen Reaktionen erklären könnten?

Tatsächlich spielen vor allem soziale bzw. psychosoziale Einflüsse eine wichtige Rolle bei an Krebs-Erkrankten. So weisen die meisten Untersuchungen nach, dass eine soziale bzw. emotionale Unterstützung mit besseren Krankheits-Verläufen bzw. rezidiv-freiem oder gar Langzeit-Überleben verknüpft sind. Oder kurz: Zuwendung = größere Chancen.

Interessanterweise wird die sozial-emotionale Unterstützung bzw. die Fähigkeit zum Entäußern von Affekten (Gemütsregungen) bei den Betroffenen offenbar mitbestimmt von der sozialen Schicht, aus der sie kommen. Daran ist wiederum die Fähigkeit geknüpft, hilfreichere Coping-Strategien zu aktivieren (s. o.). Oder wiederum kurz: In Mittel- und Oberschicht spricht man eher darüber; das entlastet und vermittelt weitere Bewältigungs-Strategien.

Die Rolle von Eu-Stress und Dis-Stress

Spielt dabei vielleicht auch Stress in unterschiedlicher Form eine Rolle, wird man sich fragen. Stress wird in der Wissenschaft gerne eingeteilt in Eu-Stress und Dis-Stress, also wenn man so will den guten, aktivierenden, konstruktiv nutzbaren und den zermürenden, die Reserven verschleißenden und schließlich zerstörerischen Stress. Dabei dürfte die Entscheidung leicht fallen, was welche Folgen hat, so der Laie.

Leider kann es sich die Wissenschaft auch hier nicht so leicht machen. Deshalb – so eine entsprechende Übersicht – ist die Rolle von Dis-Stress-Erleben für den weiteren Krankheits-Verlauf noch immer nicht ausreichend geklärt. Zwar gibt es Hinweise auf eine ungünstige Rolle jeglicher als negativ und belastend erlebter Stress-Formen im Zusammenhang mit Krebs-Krankheitsverlauf und vor allem Überleben, doch kritische Geister wünschen sich mehr Differenzierung und damit detailliertere Informationen zu Einteilung und Handhabung misslicher Stress-Reaktionen, was offenbar noch aussteht.

Eindeutiger ist allerdings die Erkenntnis, dass der Einsatz von günstigen Coping-Strategien mit einer Reduktion von Dis-Stress auch bei Krebs-Patienten verbunden ist, was im Einzelfall entscheidend sein kann.

Also wenigstens das, wird der Nicht-Fachmann sagen, während sich der Experte nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung halt zwischen positiven Erkenntnissen und weniger ermunternden Forschungs-Resultaten hin- und hergerissen fühlt, auch bei so genannten Meta-Analysen, die mehrere Publikationen zum gleichen Thema zusammenfassen, um damit auf eine aussagekräftigere Daten-Lage zurückgreifen zu können, was trotzdem nicht immer eindeutig ausfällt – leider.

Gerade letzteres wird immer häufiger herangezogen, weshalb man sich fragen muss, weshalb dann immer noch so diskrepante Ergebnisse herauskommen. Einer der Gründe lautet: Je mehr man sich mit solchen Studien beschäftigt, desto eher wird einem klar, dass hier ganz unterschiedliche Konzepte eine Rolle spielen können, unabhängig von der mitunter imposanten Zahl der erfassten Patienten. Dies hat vor allem methodische Gründe. Beispielsweise ob und wie viel und welche Fragebogen zur Erfassung solcher Coping-(Bewältigungs-)Strategien eingesetzt wurden; und ob vielleicht noch objektivere Interviews (also nicht nur Fragebogen, sondern auch persönlicher Kontakt) zum Einsatz kamen.

Doch auch hier lautet ein Einwand, dass der Interviewer nicht „blind“ gegenüber dem körperlichen Zustand seines kranken Interview-Partners bleiben könne. Das wiederum hängt natürlich von der Ausbildung und Routine solcher Interviewer ab; und zusätzlich, ob so genannte halb-standardisierte, voll-standardisierte oder freie Interviews genutzt werden, welche Themen im voraus festzulegen sind, wie das Verhältnis Interviewer-Patient zuvor war (bekannt oder fremd) u. a.

Gerade die so genannte „verhaltens-bezogene Forschung“ ist ein sehr sensibler Bereich, gibt der Experte Prof. Tschuschke zu bedenken, wobei vielfältige Verfälschungs-Möglichkeiten drohen. Man denke nur an den nachvollziehbaren Faktor „Emotionalität“, konkret: persönliche Betroffenheit oder gar Bedrohtheits-Gefühle, ferner Schamgefühle, soziale Erwünschtheits-Antworten, Wahrnehmungs-Verzerrungen, geringe Übereinstimmung zwischen Meinung/Einstellung und Verhalten, Abwehr u. a.

Unter diesem Aspekt bringen auch große Untersuchungen mit „viel Datenmasse“ kaum mehr Sicherheit, was die Objektivität der gewonnenen Befunde angeht. Vor allem der in letzter Zeit offenbar überstrapazierte Einsatz von kurzen Fragebogen, der den subtilen Forschungs-Gegenstand in keiner Weise gerecht werde und ausschließlich den bequemsten Weg nutze, weil personal- und zeit-einsparend, kann nicht als valides Forschungs-Instrument unkritisch

hingenommen werden, weil er vor allem – naturgemäß – nicht die feinen Veränderungen in puncto Scham und die damit unbewusste Abwehr erfasse.

So gesehen herrscht bei der psychoonkologischen Forschung schon in methodischer Hinsicht noch selber Forschungs-Bedarf; zumindest erweist sich – so der Autor – der Forschungsstand für die Bedeutung von Coping bei Krebs-Erkrankungen als noch ungeklärt. Dabei schiebt sich immer häufiger ein Fachbegriff in den Vordergrund (natürlich auf englisch), der zwar einleuchtet, aber auch so manche Fragen offen lässt, gemeint ist der Begriff

„Fighting Spirit“

Unter „Fighting Spirit“ versteht man das Konzept der „Kämpferischen Einstellung“ im Zusammenhang mit Überleben bzw. rezidiv-freiem Überleben, im Gegensatz beispielsweise zur Hilf- und/oder Hoffnungslosigkeit.

Theoretisch ergeben sich vier verschiedene Möglichkeiten, wie ein aktiveres, womöglich kämpferisches Coping mit dem biologischen Verlauf der Erkrankung in Zusammenhang stehen könnte:

- Die Krankheits-Verarbeitung kann sich auf die Therapietreue des Patienten mit entsprechenden Behandlungs-Konsequenzen auswirken und damit indirekt den Krankheits-Verlauf beeinflussen.
- Die Krankheits-Verarbeitung kann hauptsächlich durch den biologischen Verlauf bestimmt sein.
- Die Krankheits-Verarbeitung kann den biologischen Verlauf der Krankheit direkt beeinflussen über so genannte psycho-neuro-endokrino-immunologische Mechanismen (auf Deutsch: seelische Faktoren haben Einfluss auf organische Funktionen).
- Und schließlich: Krankheits-Verarbeitung und -Verlauf laufen unabhängig voneinander ab.

Diese Fragen sind wissenschaftlich zu klären, was nicht einfach sein dürfte, man kann es sich denken. Allerdings mehren sich die Hinweise, dass soziale Unterstützung eine positive Beziehung zum Überleben bei Krebs hat (obgleich diese Abläufe letztlich unklar bleiben). Doch weiß schon der Laie, dass ein soziales Netzwerk (Angehörige, Freunde, Berufskollegen, Nachbarn u. a.) über den zwischenmenschlichen Kontakt und die damit verbundene Unterstützung oder gar Zuwendung vertrauter Personen das Mortalitäts-(Todes-)Risiko bei Krebserkrankungen reduziert (bei anderen Leiden nebenbei auch).

Hierbei ist es vor allem die schon erwähnte emotionale Unterstützung, also letztlich Interesse, Zuwendung, und sei es nur Zuhören (was ohnehin immer weniger üblich wird). Emotionale Unterstützung scheint hilfreicher zu sein als jede andere sozial vermittelte Unterstützungsmaßnahme.

Doch auch hier – Forschung ist mühsam –, gibt es Studien, die derlei nicht beweisen können, wissenschaftlich gesprochen. Hier aber scheint es an methodischen Unzulänglichkeiten zu liegen (s. o.).

In diesem Zusammenhang schiebt sich die erwähnte „kämpferische Einstellung“ (Fighting Spirit) immer mehr in den Vordergrund der Diskussionen, auch wenn noch relativ kontrovers erörtert. Widersprüchliche Ergebnisse gibt es aber vor allem, was das Konzept anbelangt, nicht die zugrunde liegende Idee. Denn wer würde zweifeln, ob Laie oder Fachmann, dass Zuwendung Kräfte zu mobilisieren vermag, die dann auch den Überlebens-Willen und damit dem Überleben selber zu Gute kommen, auf welcher psychologischen oder biologischen oder wahrscheinlich kombinierten Ebene auch immer.

Deshalb stellt sich hier erneut die Frage:

Welche psychoonkologischen Interventionsmöglichkeiten empfehlen sich?

Die Forschung zu psychoonkologischen Interventionen kann sich inzwischen sehen lassen, beginnt Prof. Tschuschke dieses Kapitel seines Beitrages: Mehr als 20 Jahre wissenschaftliche Aktivität in der Psychoonkologie haben zu einigen 10.000 Studien geführt, die vor allem folgende Aspekte als empirisch evident (schlicht gesprochen: beweisbar) ausweisen:

- Professionelle psychoonkologisch durchgeführte Interventionen bewirken günstige Effekte, sei es auf Beratungs-, sei es auf therapeutischer Ebene (statistisch beweisbar).
- Es gibt einen großen Fundus an technisch möglichen Interventions-Formen, der sich bewährt hat.
- Angst und Depression lassen sich nachhaltig reduzieren (statistisch beweisbar).
- Stress und Über-Erregung lassen sich ebenfalls nachhaltig reduzieren (statistisch beweisbar).
- Fatigue (krankhafte Dauer-Müdigkeit bzw. -Mattigkeit) lässt sich insbesondere durch bewegungs-therapeutische Maßnahmen reduzieren.

- Behandlungs-Nebenwirkungen durch Chemotherapie oder Bestrahlung lassen sich mit entspannungs- und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen nachhaltig senken (statistisch beweisbar).
- Die Lebensqualität lässt sich verbessern auf Grund aller dieser genannter Effekte (statistisch beweisbar).

Schlussfolgerung

Was heißt das im Einzelnen, wiederum wissenschaftlich nachweisbar?

- Die *psychoonkologische Beratung* gehört zu den Fundamenten einer solchen Therapeuten-Patienten-Beziehung – ist aber wissenschaftlich kaum untersucht. Das Problem sind Studien, die lediglich zeitlich begrenzt und mit sehr unterschiedlich qualifiziertem Personal vorgenommen wurden. Immerhin lässt sich zeigen, dass ein professionell ausgebildeter psychoonkologischer Berater gute Stabilisierungs-Effekte erreichen kann, vor allem in den Bereichen Stress- und Angst-Reduktion.

- Die Wirkung von *Entspannungsverfahren*, z. B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Meditativ-Imaginative Techniken, deuten darauf hin, dass diese Entspannungs-Verfahren eher keine Therapie an sich darstellen, dafür aber unerwünschte und schließlich belastende Nebenwirkungen von Chemo- und Bestrahlungs-Therapie sowie erhöhte Erregungs- und Anspannungs-Zustände wirksam bekämpfen können.

- *Musik- und Kunsttherapien* sind im onkologischen Bereich wissenschaftlich praktisch nicht untersucht, von sehr wenigen Ausnahmen abgesehen. Einige Studien verweisen darauf, dass ausgebildete Musiktherapeuten kurzfristig günstige Effekte in den Bereichen Erregungsniveau, Anspannung und Schmerzen erzielen können, wenn sie sich auf die Bedürfnislage des Patienten einzulassen vermögen und ihre Angebot mit seinen Wünschen abgestimmt ist.

Demnach könnte Musiktherapie sehr gut in akut belastenden Situationen eingesetzt werden. Man denke nur an die Behandlungszyklen mit Chemo- und Bestrahlungs-Therapie mit entsprechenden Belastungen oder gar an den terminalen (End-)Zustand. Namhafte onkologische Kliniken bieten mitunter sehr ausgefeilte kunsttherapeutische Behandlungskonzepte an, was aber wissenschaftlich bisher nicht adäquat untersucht werden konnte, so Prof. Tschuschke.

- Ähnliches gilt für *verschiedene „komplementär-onkologische Maßnahmen“* wie Aroma-Therapie, Massage, Geist-Körper-Konzepte, Akupunktur und Yoga.

Sie alle sind bei Krebs-Patienten wenig empirisch untersucht, weshalb man wissenschaftlich dazu keine fundierte Aussage machen kann (am ehesten eine Kombination aus Aroma- und Massage-Therapie). Was sich aber durchaus zeigt, ist eine zumindest kurzfristige Angst-Reduktion.

- Wissenschaftlich gut gesichert sind in *psychotherapeutischer Hinsicht* verhaltens-medizinische Verfahren, vor allem behavioral-kognitiv orientiert. Einzelheiten dazu siehe die Spezial-Literatur. Das Spektrum dieser Techniken umfasst jedenfalls Methoden, die zu Entspannung, Schmerzreduktion, dem Abbau von Angst und Stress sowie der positiven Beeinflussung ungünstig-negativer Gedankenkreise beitragen.

Das Gleiche gilt für die so genannte Adjuvant Psychological Therapy, ein kompaktes Kurzprogramm behavioral-kognitiver Interaktionen, das Partner bzw. Angehörige mit einbezieht, negative Befindlichkeiten nachhaltig günstig beeinflusst und Coping aufbauen kann. Diese Verfahren, so der Experte Tschuschke, reduzieren wissenschaftlich nachweisbar Stress, Depressionen, Angst, Tumor-Schmerzen, behandlungsbedingte Beeinträchtigungen, Übelkeit und Erbrechen – und gestatten damit ein günstigeres Coping-Verhalten.

- Aber auch hier wieder das Problem: Je fundierter die professionelle Qualifikation des Behandlers (vor allem psychotherapeutisch plus psychoonkologisch) und je länger die Therapie, desto erfolgreicher die Wirkungen, vor allem was die Reduktion von Angst, Depression, Stress und die Verbesserung körperlicher Befindlichkeit im Sinne von Schmerz, Übelkeit und Erbrechen angeht – und damit die Erhöhung der Lebensqualität.

Einzel- oder Gruppen-Therapie?

Der persönliche Kontakt zwischen Patient und Therapeut ist nach wie vor das Optimum – vorausgesetzt, das Therapeut-Patient-Verhältnis („populär: die „Chemie“ zwischen den beiden) stimmt und der Therapeut ist ausreichend qualifiziert. So schreibt auch Prof. Tschuschke: „Einzel-therapeutische Interventionen bewirken immer dann sehr gute Effekte, wenn die professionelle Qualifikation des Behandlers gegeben ist (also nochmals: psychotherapeutische plus psychoonkologische Qualifikation).

Im speziellen Fall geht man außerdem davon aus, dass längere Behandlungsmöglichkeiten noch bessere Wirkungen erzielen können, was einerseits bei einer Krebs-Krankheit auch dem Laien nachvollziehbar ist, andererseits wissenschaftlich bisher kaum untersucht wurde.

Auf jeden Fall finden sich sehr gute Therapie-Erfolge bei Angst, Depression, Stress und zur Verbesserung körperlicher Beeinträchtigungen wie Schmerz,

Übelkeit oder gar Erbrechen – und damit eine generelle Erhöhung der Lebensqualität (s. o.).

Die größte Zahl an wissenschaftlichen Evaluationen (populär gesprochen: objektivierbarer Wirk-Nachweis) liegt jedoch für die diversen Gruppen-Therapien mit Krebs-Patienten vor. Tatsächlich bieten Gruppen gerade in diesem Fall einzigartige Wirkfaktoren, die im therapeutischen Einzelkontakt nicht zu erwarten sind. Dazu zählen beispielsweise (in wissenschaftlichen Stichworten, danach eine allgemein verständliche Darstellung): Die Universalität des Leidens (man ist nicht mehr alleine, sondern andern geht es genau so), die Kohäsion (Zusammenhalt in der Gruppe) und das Feedback (die Rückmeldung von ebenfalls Erkrankten, möglichst noch in einem vergleichbaren Alter; da nimmt man es unbewusst leichter an als von einem jungen und gesunden Therapeuten).

Leider ist es mitunter schwierig, Patienten im Allgemeinen und Krebs-Patienten im Besonderen zur Teilnahme an Gruppen zu motivieren. Die Gründe sind nachvollziehbar: Da ist erstens die Angst vor dem Leiden anderer – und damit harter Konfrontation mit Sterben und Tod. Und zum zweiten äußert man vor allem die scham-besetzten Belastungen lieber einem einzelnen Therapeuten als sich vor mehreren Menschen zu outen.

Aber – so die Experten – genau darin liegt der Vorteil von Gruppen: Es muss um die Auseinandersetzung mit dem Unvermeidlichen und Schmerzhaften gehen, um zu einer wirklichen Bewältigung zu kommen. Es muss in der Tat um die „Entgiftung“ des Themas Tod und Sterben gehen. Eine Vermeidung der Auseinandersetzung mit den Ängsten oder realen Bedrohungen durch die Erkrankung führt zu nachweislich problematischeren und schlechteren Verläufen, von einer völligen Verleugnung des Problems ganz zu schweigen.

So hat sowohl die Einzel- als auch Gruppentherapie ihre spezifischen Vor- und Nachteile, wobei aber einsichtig ist: Therapie sollte, ja muss sein.

Die Furcht vor Sterben und Tod klang schon an, deshalb drängt sich auch die Frage auf:

Psychoonkologische Intervention und Überlebenszeit

Eigentlich dürfte es keine offene Frage sein, ob die Betreuung - hier vor allem von einem spezialisierten Therapeuten - das seelisch-körperliche Leiden nicht nur erleichtert, sondern damit auch die Überlebenszeit zu verlängern vermag. Und doch finden sich gerade bei diesem Themen-Bereich in der Psychoonkologie derzeit die heftigsten wissenschaftlichen Kontroversen. Denn bevor diese Frage beantwortet werden kann, gilt es eine andere zu klären, nämlich:

Können seelische Befindlichkeiten und psychosoziale Folgen die Überlebenschancen bei Krebs-Erkrankungen überhaupt beeinflussen – oder nicht?

Speziell an diesem Punkt scheiden sich die Geister und entzünden sich die heftigsten ideologischen Auseinandersetzungen, so F. Tschuschke. So gibt es die Fraktion der Verneinenden auf der einen und die der zwar nicht unkritischen, aber eher optimistischen Bejahenden auf der anderen Seite. Beide lassen sich von ihren eigenen Sichtweisen und Überzeugungen leiten, kritisiert der Experte und befassen sich leider wenig bzw. gar nicht mit der objektiven Datenlage.

Dabei gibt es inzwischen und ständig zunehmend empirisch sehr aufwändige Studien, die auf hohem wissenschaftlichem Niveau fundierte Aussagen zum Zusammenhang zwischen psychoonkologisch-therapeutischen Hilfen und Krankheitsverlauf (und damit Überlebenszeit) gestatten. Dabei lautet die Kern-Frage:

Kann der menschliche Organismus durch die Aktivierung von Hoffnung und Lebenswillen über entsprechende Auswirkungen auf die hormonellen und immunologischen Systeme den Tumor günstig beeinflussen oder nicht? Die Antwort der so genannten Mediations-Hypothese (vom lat.: medius = vielfältige Bedeutung, u. a. neutral bzw. vermittelnd, also Vermittlung, beispielsweise im zwischenmenschlichen Bereich einen beidseits akzeptierten Kompromiss suchen) lautet: Ja, die einzelnen Glieder dieser Überlegung sind sogar empirisch nachweisbar, nämlich:

Die psychische Erlebnisqualität beeinflusst das Immun-System. Denn es ist bekannt, dass Stress die Immun-Aktivität drosselt, während Freude, vor allem aber Hoffnung und Optimismus aktivierend wirken. Das Immun-System selber beeinflusst das Tumor-Gewebe. In negativem Falle wäre es zu schwach und könnte gar nichts ausrichten. Im positiven ist es stark und attackiert damit die Tumorzellen. Warum also sollte eine Verbesserung des Lebenswillens (siehe Coping) und Lebensmutes (z. B. durch psychoonkologische Intervention) nicht neuro-immunologische Mechanismen günstig beeinflussen, die wiederum gegen das Tumorgewebe aktiv vorgehen?

Die nun seit Anfang der 1980-er Jahre abgeschlossenen Studien zu dieser Frage weisen in genau der Hälfte entweder keinerlei Zusammenhänge mit der Überlebenszeit auf oder finden sogar hochsignifikant nachweisbar einen Effekt für die längere Lebenszeit derjenigen Patienten, die eine psychoonkologisch-therapeutische Unterstützung erhielten. Das eine macht nachdenklich, das andere gibt natürlich zu Hoffnung Anlass.

Aber warum dieser Unterschied? Möglicherweise sind die Ergebnisse so widersprüchlich, weil es sich um unterschiedliche Krebs-Erkrankungen handelt, mit naturgemäß unterschiedlichen Prognosen (Heilungsaussichten). Und weil die psychoonkologische Qualifikation der Therapeuten ebenfalls sehr unter-

schiedlich ist. Und natürlich die Häufigkeit der Sitzungen und eine Reihe weiterer Faktoren, die teils bekannt, teils noch unbekannt sind.

Was heißt dies in der Schlussfolgerung (und vor allem gegenüber dem Patienten)? Man muss abwarten, die wissenschaftlichen Bemühungen laufen ja, die Studien werden methodisch immer besser, die unbekannt Variablen weniger, die Ausbildung der beteiligten Therapeuten, von denen ja letztlich ein nicht geringerer Teil des Ergebnisses abhängt, immer professioneller. Deshalb – so Prof. Tschuschke – sollte man in der Diskussion um das pro oder contra zur Überlebenszeit sehr vorsichtig sein. Vor allem sollte man jenen Argumenten mit gebührender Skepsis begegnen, die einen zu eindeutigen Standpunkt vertreten, vielleicht sogar noch ideologisch befrachtet sind, einem bestimmten Glaubenssystem nachhängen oder ganz konkrete (dabei wenig transparente) Interessen vertreten, mit Sicherheit aber nicht wissenschaftlich fundiert genug erscheinen.

Berufliche Qualifikation: Was gilt es zu beachten?

Vielleicht wirkt es ein wenig irritierend, dass die Experten selber die berufliche Qualifikation ihrer Therapeuten mitunter in Frage stellen müssen. Einmal abgesehen von einer zu leichtfertig zugesprochenen Eignungs-Fähigkeit für dieses besonders heikle Gebiet, ist es andererseits auch nicht erstaunlich, dass bei einer relativ jungen medizinischen Disziplin wie der Psychoonkologie ein professioneller Stamm von Spezialisten erst heranwachsen muss, gleichsam vom Lernenden zum speziell Behandelnden (und später selber Lehrenden). Die Betonung – so V. Tschuschke – muss auf „psychoonkologischer Professionalität“ liegen. Das heißt: psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte und Psychologen mit angemessener Zusatz-Qualifikation in Psychoonkologie. Möglichkeiten dazu bestehen inzwischen, wenn auch erst in wenigen Fortbildungseinrichtungen in Deutschland. Solche von Ärzte-Kammern und Psychotherapeuten-Kammern zertifizierten Fortbildungen in Psychoonkologie sind beispielsweise die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. in Münster (www.dapo-ev.de), die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft, Berlin (www.pso-ag.de) und die Psychoonkologie-Fortbildung bei Psychologische Kompetenzsysteme GbR in Köln (www.psy-kom.de).

Zertifizierte psychoonkologische Beratungskompetenz an den genannten Instituten können auch nicht approbierte Berufe erlangen, z. B. Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pflegeberufe u. a.

Zurzeit gibt es noch kein konkretes Berufsbild des Psychoonkologen. Die Allgemeinheit und damit die Politik und sogar die Krankenkassen sind jedoch aufmerksam geworden, was zum einen die ungeheuer große Nachfrage auf Seiten der Betroffenen und ihre Angehörigen anbelangt, zum anderen die erwähnte Professionalisierung nahe legt. Die Diskussion hält aber noch an.

Denn zum einen ist eine psychotherapeutische Qualifikation allein nicht ausreichend. Bei einer Krebs-Erkrankung geht es erst einmal um ein schweres körperliches Leiden, nicht um eine psychosomatische Verursachung (die selbstverständlich auch organische Beschwerden auslösen kann, aber eben nicht biologisch verankert ist). Auch dürfen gerade bei Krebs-Erkrankungen existentielle Fragen nicht unterschätzt werden. Und natürlich ganz zu schweigen von der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod als plötzliche *Lebens*-Themen.

Seelische Störungen mit psychosomatischen Folgen (wenn unverarbeitete psychische Probleme sich körperlich äußern, aber ohne organischen Grund) benötigen eine spezifische Ausbildung, wenn man auf diesem Gebiet psychotherapeutisch tätig werden will. Liegt aber eine organische Erkrankung vor, dazu noch mit ggf. bedrohlichem Ausgang, vielleicht schon Sterben und Tod ankündigend, dann entwickelt sich daraus ebenfalls ein seelisches Leiden, das aber ganz anders gelagert und deshalb auch spezifisch angepasst behandelt werden muss, eben psychoonkologisch-psychotherapeutisch.

LITERATUR

Ständig wachsendes und inzwischen ausgesprochen umfangreiches Angebot an Fachliteratur, auch in allgemein verständlicher Form, überwiegend englischsprachig. Nachfolgend eine begrenzte Übersicht deutschsprachiger Fach(!)-Bücher. Weitere Hinweise siehe die psychoonkologische Fachliteratur.

Angenendt, G. u. Mitarb.: **Praxis der Psychoonkologie. Beratung, Psychoedukation, Therapie.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 2007

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland: **Krebs in Deutschland.** Robert-Koch-Institut, Saarbrücken 2004

Aymanns, P.: **Krebserkrankung und Familie.** Verlag Hans Huber, Bern 1992

Bartsch, H. H., J. Weis (Hrsg.): **Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie Basel.** Karger-Verlag, Basel 2004

Bartsch, H. H., J. Weis (Hrsg.): **Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie. Arzt und Patient im Spannungsfeld der Shared Decision.** Karger-Verlag, Basel 2004

Berg, L.: **Brustkrebs – Wissen gegen die Angst.** Kunstmann-Verlag München 2000

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): **ICF - Internationale Classifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.** DIMDI, Köln 2004

Faller, H. (Hrsg.): Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2005

Fischbeck, S.: Bedürfnisse der Brustkrebs-Patientin. Wie mein Arzt mir helfen könnte. Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2002

Fischer, G., P. Riedesser: Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt-Verlag, München 1999

Frommhold, W., P. Gerhard (Hrsg.): Das Mamma-Carcinom. Thieme-Verlag, Stuttgart 1982

Härter, B., H. Baumeister (Hrsg.): Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Springer-Verlag, Heidelberg 2007

Härter, M. u. Mitarb. (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005

Heinrichs, N., T. Zimmermann: Bewältigung einer gynäkologischen Krebserkrankung in der Partnerschaft. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2008

Höffken, K. u. Mitarb. (Hrsg.): Geriatrische Onkologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2001

Kächele, H., W. Steffens (Hrsg.): Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten. Springer-Verlag, Heidelberg 1988

Koch, U., J. Weis (Hrsg.): Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2009

Koch, U., F. Potreck-Rose (Hrsg.): Krebsrehabilitation und Psychoonkologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1990

Koch, U. u. Mitarb. (Hrsg.): Die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2006

Koch, U., C. Schmeling: Betreuung von Schwer- und Todkranken. Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1982

Koesters, W.: Selbsthilfe in Bewegung. Auf dem Weg zum erfolgreichen Patienten. Lambertus-Verlag, Freiburg 2000

Kusch, M. u. Mitarb.: Psychosoziale Folgen von Krebs im Kindes- und Jugendalter. Verlag empirische Pädagogik, Landau 1999

Lang, K. u. Mitarb.: Die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2007

Lanz, M.: Auswirkungen von Laientheorien auf Coping und emotionales Befinden bei Leukämie-Patienten vor der Knochenmark-Transplantation. Med. Diss., Universität Ulm 1999/2001

Larbig, W., V. Tschuschke (Hrsg.): Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. Reinhardt-Verlag, München 2000

Meerwein, F.: Die Psychologie des Krebskranken. Folia Psychopractica 7, Hoffmann-la Roche, Basel 1978

Meerwein, F. (Hrsg.): Einführung in die Psycho-Onkologie. Verlag Hans Huber, Bern 1991

Meerwein, P.: Der Krebspatient und sein Arzt im 19. Jahrhundert – Ursprünge der Psychoonkologie? Medizin-historisches Institut der Universität Zürich, Zürich 1980

Meinhold, W.J.: Krebs – eine mystifizierte Krankheit. Walter-Verlag, Olpe 1996

Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoonkologie der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie. Springer-Verlag, Wien 1997

Pawlis, S. u. Koch (Hrsg.): Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2006

Romer, G., H. Haagel: Kinder körperlich kranker Eltern. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2007

Rost, R.: Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern – ein Literaturüberblick. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg 1992

Siegrist, J. u. Mitarb.: Profil der Lebensqualität chronisch Kranker. Beltz-Verlag, Göttingen 1996

Schumacher, J. u. Mitarb. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2003

Schumacher, A., S. Broeckmann (Hrsg.): Diagnostik und Behandlungsziele in der Psychoonkologie. Pabst-Verlag, Lengerich 2005

Schwarz, R.: **Die Krebspersönlichkeit: Mythos und klinische Realität.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1994

Schwarz, R., Susanne Singer: **Einführung Psychosoziale Onkologie.** Ernst Reinhardt-Verlag München-Basel 2008

Tschuschke, V.: **Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2006

Uexküll, Th. v. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychosomatische Medizin.** Urban & Schwarzenberg, München 1996

Van Oorschot, B., R. Anselm: **Mitgestalten am Lebensende. Handeln und Behandeln Sterbenskranker.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2007

Verres, R.: **Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche.** Piper-Verlag, München 1991

Verres, R., M. Hasenbring (Hrsg.): **Psychosoziale Onkologie.** Springer-Verlag, Berlin 1989

Weeding, U., K. Höffken: **Einführung in die Geriatrische Onkologie.** In: A. M. Raem u. Mitarb. (Hrsg.): **Handbuch Geriatrie – Lehrbuch für Praxis und Klinik.** Deutsche Krankenhaus-Verlagsgesellschaft, Düsseldorf 2005

Weis, J. u. Mitarb.: **Psychoedukation mit Krebspatienten.** Schattauer-Verlag Stuttgart 2006