



Schulz-Kindermann

2. Auflage

# Psychoonkologie

Grundlagen und  
psychotherapeutische Praxis



E-Book inside

**BELTZ**

# Inhalt

Geleitwort zur 2. Auflage	11
Vorwort zur 2. Auflage	13
<b>1 Einleitung</b>	17
<b>Teil I Medizinische Grundlagen</b>	27
<b>2 Was ist Krebs?</b>	29
2.1 Wodurch entsteht Krebs?	30
2.2 Epidemiologie	36
2.3 Krebsarten	39
2.4 Klassifikation von Krebserkrankungen	41
<b>3 Onkologische Therapiemöglichkeiten</b>	47
3.1 Operation	47
3.2 Strahlentherapie	49
3.3 Chemotherapie	51
3.4 Antihormonelle Therapie	54
3.5 Zielgerichtete Therapie durch neue Substanzen	55
3.6 Antikörpertherapie	55
3.7 Small molecules	58
3.8 Immuntherapie und zukünftige Entwicklungen	61
3.9 Supportivtherapie und Komplementärmedizin	62
3.10 Spätfolgen onkologischer Behandlung	64
<b>4 Onkologische Behandlungsstrategien</b>	68
4.1 Kurative und palliative Behandlung	68
4.2 Neoadjuvante Therapie	71
4.3 Adjuvante Therapie	72
4.4 Primär kurative Chemotherapie	75
4.5 Stammzelltransplantation	76
4.6 Primär kurative Strahlentherapie	78
4.7 Kombinierte Strahlen-Chemotherapie	79
4.8 Palliative Chemotherapie	80
4.9 Palliative Strahlentherapie	81
4.10 Palliative Chirurgie	81
4.11 Palliativmedizin	84

<b>Teil II</b>	<b>Psychoonkologische Grundlagen</b>	87
<b>5</b>	<b>Krebs und Psyche</b>	90
5.1	Psychologische Krebstheorien	90
5.2	Empirische Befunde	91
5.3	Konsequenzen für die psychoonkologische Praxis	95
5.4	Berufspolitische Überlegung	101
<b>6</b>	<b>Auseinandersetzung mit Krebs: Belastung und Behandlungsbedarf</b>	102
6.1	Faktoren der Auseinandersetzung mit Krebs	102
6.2	Psychische Störungen bei Krebs	115
6.3	Differenzialdiagnostik und Indikation	126
<b>7</b>	<b>Grundlagen psychoonkologischer Kontaktaufnahme und Intervention</b>	135
7.1	Besonderheiten der Psychotherapie bei Krebs	135
7.2	Besonderheiten der therapeutischen Beziehung in der Psychoonkologie	137
7.3	Der psychoonkologische Erstkontakt	146
7.4	Psychotherapeutische Interventionen in der Psychoonkologie	151
<b>8</b>	<b>Unterschiedliche Settings psychoonkologischer Arbeit</b>	164
8.1	Sektoren der Krankenversorgung	164
8.2	Akutkrankenhaus	166
8.3	Niedergelassene Praxis	172
8.4	Stationäre Rehabilitation	174
8.5	Palliativstation	175
8.6	Hospiz	177
8.7	Arbeit im multiprofessionellen Team	178
<b>9</b>	<b>Psychoonkologische Diagnostik</b>	185
9.1	Krankheits- und behandlungsbedingte psychische Komorbidität	185
9.2	Grundlagen psychoonkologischer Diagnostik	188
9.3	Methoden psychoonkologischer Diagnostik	191
9.4	Indikation zur psychoonkologischen Intervention: Bedarf und Bedürfnis	195
9.5	Qualitätssicherung	197
<b>10</b>	<b>Psychoonkologische Arbeit mit Familien</b>	199
10.1	Mit welchen Belastungen kommen Familien in die psychoonkologische Beratung?	200

10.2	Kommunikation in der Familie	203
10.3	Pflegende Angehörige	206
10.4	Herausforderungen in der palliativen Phase und bei Trauer	207
10.5	Psychoonkologische Interventionen für betroffene Familien	208
10.6	Fazit	212
<b>11</b>	<b>Psychoonkologische Arbeit mit Paaren</b>	213
11.1	Die Doppelrolle von Partnern	213
11.2	Die Paardynamik nach Krebs	217
11.3	Paargespräche in der Psychoonkologie: wann und wie?	224
<b>12</b>	<b>Psychoonkologische Arbeit mit Gruppen</b>	229
12.1	Arten psychoonkologischer Gruppen	230
12.2	Für wen ist eine psychoonkologische Gruppe wann geeignet?	233
12.3	Voraussetzungen für gute Gruppenarbeit	234
12.4	Wirkfaktoren und Ziele psychoonkologischer Gruppenarbeit	241
12.5	Effekte psychoonkologischer Gruppen	245
12.6	Fazit	246
<b>Teil III</b>	<b>Psychoonkologische Begleitung im Krankheits- und Behandlungsverlauf</b>	249
<b>13</b>	<b>Diagnosestellung</b>	252
13.1	Konfrontation mit der Diagnose »Krebs«	252
13.2	Psychoonkologische Begleitung zur Zeit der Diagnosestellung	255
13.3	Edukativ-psychoonkologische Interventionen	257
13.4	Symptomorientierte Interventionen	267
13.5	Supportive und tiefenpsychologisch orientierte Interventionen	270
13.6	Krisen- und traumaorientierte Interventionen	276
13.7	Systemische Überlegungen	278
<b>14</b>	<b>Erstbehandlung</b>	280
14.1	Psychische Probleme während der Erstbehandlung	280
14.2	Edukative und symptomorientierte Interventionen	285
14.3	Supportive Begleitung während onkologischer Behandlung	302
14.4	Krisen- und traumaorientierte Interventionen	305
<b>15</b>	<b>Remission</b>	308
15.1	Die subjektive Bedeutung von »Remission«	309
15.2	Krankheitsbewältigung und Genesung	311
15.3	Supportives Ordnen	316

<b>16</b>	<b>Rezidiv</b>	326
16.1	Psychische Auseinandersetzung mit Ausmaß des Rezidivs	326
16.2	Mit der Angst umgehen	332
16.3	Systemische Aspekte	343
<b>17</b>	<b>Palliative Phase</b>	345
17.1	Anliegen der Patienten in der palliativen Phase	345
17.2	Therapeutische Herausforderungen	350
17.3	Therapeutische Strategien	359
<b>18</b>	<b>Sterben, Tod und Trauer</b>	364
18.1	Psychische Belastungen	364
18.2	Gestaltung eines »guten Sterbens«	367
18.3	Sterben – ein autonomer Prozess	371
18.4	Sterben in Institutionen	372
18.5	Sterben zu Hause	375
18.6	Trauer	379
<b>19</b>	<b>Endlich leben: Krebs und die Suche nach Sinn</b>	382
	<b>Anhang</b>	393
	Glossar medizinischer Fachbegriffe	395
	Literatur	401
	Autoren- und Mitarbeiterverzeichnis	432
	Sachwortverzeichnis	435

# 6 Auseinandersetzung mit Krebs: Belastung und Behandlungsbedarf

Die wenigsten Menschen stellen selbst fest, dass sie Krebs haben. Diese Diagnose wird ihnen – nach mehr oder weniger langwieriger und aufwändiger Diagnostik – von medizinischen Fachleuten mitgeteilt. Möglicherweise gab es im Vorfeld dieser Feststellung Ahnungen, Tastbefunde, andere Hinweise. Die Diagnose einer malignen Erkrankung aber kommt von außen.

## Definition

**Auseinandersetzung mit Krebs** bezeichnet alle psychischen und somatischen Prozesse, die sich im Körper des Betroffenen abspielen; eigene Versuche, dieses Geschehen zu bewerten, sind immer an subjektive Vorerfahrungen, Kenntnisse und den persönlichen Umgang mit somatischen Veränderungen gebunden.

Für das psychoonkologische Arbeiten ist entscheidend,

- ▶ welche Vorstellungen unsere Gesprächspartner selbst von ihrer Erkrankung haben,
- ▶ ob sie sich überhaupt mit ihrer Krankheit auseinandersetzen,
- ▶ ob sie sie als ein »Gegenüber« erleben können oder
- ▶ ob das maligne Geschehen untrennbar und unentwirrbar in ihren Erlebensstrom eingebettet ist und nicht »betrachtet« werden kann.

Maßgeblich für eine »gelingende Auseinandersetzung«, eine *Bewältigung* der Krebskrankheit, ist somit die Fähigkeit, sich einer Problematik, die sich im eigenen Körper abspielt, gegenüberstellen zu können; Fonagy et al. (2002) nennen dies die Fähigkeit zur »Mentalisierung«. Darüber hinaus wollen wir im Folgenden drei wesentliche Gesichtspunkte der Auseinandersetzung mit Krebs erläutern, nämlich Coping, Resilienz und psychische Komorbidität: Konzepte des Coping helfen zu erklären, wie der Prozess der Auseinandersetzung mit Stress im Allgemeinen und mit Bedrohungen im Besonderen gelingen oder misslingen kann.

## 6.1 Faktoren der Auseinandersetzung mit Krebs

### 6.1.1 Konstruktion der Wirklichkeit

Wesentliche psychologische Grundlagen, die für die psychoonkologische Arbeit von besonderer Bedeutung sind, kommen aus der sozialen Lerntheorie und dem Konstruktivismus. Das, womit Menschen in ihrem Krankheits- und Behandlungsverlauf konfrontiert sind, stimmt in weiten Teilen nicht mit ihren bisherigen Erfahrungen

überein. Assoziationen können allenfalls mit Krisenszenarien hergestellt werden. In der Regel stammen diese Erfahrungen aus dem Bereich »normaler« Krankheiten der eigenen Person oder solcher in der eigenen Umgebung. Patienten haben Modelle für den Umgang mit Krankheit und Behandlung beobachtet. Solche Lernerfahrungen werden gegebenenfalls aktualisiert, d. h. auf die aktuelle Krankheitssituation angewandt. Häufiger werden die Betroffenen jedoch vor Unvergleichlichem, nie Dagewesenem stehen; hier gilt es, »Neues« zu lernen (was niemals ganz neu ist, sondern sogleich mit Bekanntem verknüpft wird).

Wie kann sich der Betroffene die neue Situation »aneignen«, wie »wirklich verstehen«, in welche Lage er nun geraten ist? In der Soziologie wird die subjektive Konstruktion der Wirklichkeit im Alltag seit langem thematisiert. Alfred Schütz (1971) z. B. nimmt mannigfaltige soziale Wirklichkeitskonstruktionen an; nur eine davon ist die der Wissenschaft, andere betreffen subjektive Welten. Für das Verständnis ausschlaggebend sei »dabei jene Schicht der Wirklichkeit, die das Individuum als Kern seiner Wirklichkeit erfährt, die Welt in seiner Reichweite« (S. 257). Diese Annahmen kommen in die thematische Nähe der subjektiven Krankheitstheorien, die in der Psychoonkologie eine wesentliche Rolle spielen. Subjektive Krankheitstheorien enthalten mehr oder weniger systematisch geordnete Wissens- und Überzeugungssysteme, die individuelle Vorstellungen über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten enthalten. Derartige Annahmesysteme festigen sich im Entwicklungsverlauf zu stabilen kognitiven Schemata, in die neu erfasste Informationen und Erlebnisse integriert werden müssen. »Auf dem Hintergrund dieser Schemata entstehen Annahmen über das Ausmaß der eigenen Betroffenheit, Einschätzungen über die Prognose sowie über die Erfolgsaussichten von Behandlungen. Die Stabilität dieser kognitiven Strukturen ist individuell unterschiedlich und von weiteren persönlichen Faktoren, wie der emotionalen Stabilität abhängig. In jedem Fall müssen diese psychologischen Bedingungen bei der Beurteilung der aktuellen Situation des Patienten berücksichtigt werden, insbesondere in Phasen, in denen er mit neuen Informationen konfrontiert wird« (Filipp & Aymanns, 1997, S. 3).

### 6.1.2 Coping, Resilienz und posttraumatisches Wachstum

Der englische Begriff des »Coping« legt nahe, dass die Auseinandersetzung mit einer Herausforderung, einer Bedrohung oder einem Verlust *gelingt*, daher wird er häufig mit »Bewältigung«, in der medizinischen Psychologie mit »Krankheitsbewältigung«, übersetzt. Damit wird Coping aber zu sehr eingegrenzt, denn die Auseinandersetzung kann auch misslingen und auch dieses Ergebnis kann im Copingkonstrukt erklärt werden. Moderne Copingmodelle beruhen auf sozialkognitiven Annahmen, nämlich, dass Menschen fortwährend mit ihrer Umgebung im Austausch stehen – in einem sozialen, kognitiv-emotional vermittelten Austausch (Bandura, 1979). Diese Interaktion per se wird als notwendig und unausweichlich angesehen: Menschen sind soziale, auf Lernen und Austausch angewiesene Lebewesen. Psychoonkologie beschäf-

tigt sich – ähnlich wie die allgemeine Stress- oder Traumatheorie – damit, warum die meisten Menschen offenbar unauffällig mit starken Belastungen, wie z. B. schweren Lebenskrisen, Unfällen oder einer Krebserkrankung umgehen können, während andere durch solches Geschehen in Verzweiflung und Ängste gestürzt werden. Wie lassen sich die individuellen Unterschiede in den Reaktionsweisen der Betroffenen erklären?

### **Verschiedene theoretische Ansätze**

Psychodynamische Modelle gehen davon aus, dass unangenehme Erlebnisse und die damit verbundene negative Energie durch geeignete Abwehrstrategien kanalisiert und bestenfalls unwirksam gemacht werden (z. B. Haan, 1977). Diese Abwehrmechanismen sind allerdings nicht unbedingt Veränderungen zugänglich, sie sind nicht im engeren Sinne erlern- oder verlernbar, sondern gleichsam unwillkürlich.

**Social Readjustment Rating Scale.** In der Tradition von Stresskonzepten stehen unter anderem Life-events-Forschungen, in deren Interesse die »objektive« Wirksamkeit bestimmter Lebensereignisse steht (vgl. Spiegel & Kato, 2000). Mithilfe der »Social Readjustment Rating Scale« versuchten beispielsweise Holmes und Rahe (1967), den Einfluss signifikanter Lebensereignisse auf körperliche Krankheiten zu quantifizieren. Mit derartigen Annahmen konnte jedoch ebenfalls nicht beantwortet werden, warum Betroffene mit identischen Lebensereignismustern ganz unterschiedlich auf vergleichbare Stresssituationen reagieren.

**Transaktionales Copingmodell.** Das Transaktionale Copingmodell, das auf Richard Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984) zurückgeht, wurde von Susan Folkman (2011) zuletzt revidiert. Es hat zwei Kernstücke: Appraisal (Bewertung) und Coping (Bewältigung).

Appraisal meint die Bewertung der persönlichen Bedeutung eines bestimmten Ereignisses sowie die Angemessenheit der zur Verfügung stehenden persönlichen Ressourcen. Die initiale Bewertung eines Ereignisses gleicht einer unwillkürlichen Reaktion, ähnlich der Stressreaktion im Sinne Selyes (Selye, 1950): Ein Geschehen wird danach bewertet, ob es eine Schädigung heraufbeschwören könnte, eine Bedrohung bedeuten oder als Herausforderung aufgefasst werden kann. Abhängig von dieser primären Einschätzung prüft der Betroffene die ihm zur Verfügung stehenden persönlichen Bewältigungsressourcen (sekundärer Appraisal).

Den eigentlichen Copingprozess unterteilt Folkman (1997) in zwei Hauptgruppen:

- (1) Problembezogene Copingstrategien
- (2) Emotionsbezogene Copingstrategien

Problemorientierte Copingstrategien sind z. B. konkrete Handlungsplanungen oder die Konzentration auf weitere Schritte. Emotionsorientierte Copingstrategien sind z. B. ablenkende Aktivitäten, Gebrauch von Drogen oder Alkohol oder die Suche nach emotionaler Unterstützung. Derartige Bewältigungsbemühungen ziehen bestimmte Ergebnisse nach sich, die befriedigend oder unbefriedigend sein können; es kann auch zu einem Offenhalten, zu einer »Nicht-Lösung« der Situation kommen. Unbefriedigende oder ungelöste Ergebnisse führen entweder zu Distress oder zu einer Verände-



rung der Bewertung im Meaning-based Coping (Folkman, 1997). Zuletzt hat Susan Folkman vor allem positive Elemente des Copingprozesses wie Hoffnung (Folkman, 2010) sowie entsprechende Interventionsmöglichkeiten herausgearbeitet (Folkman, 2011)

Traumatheoretische Ansätze fokussieren auf Belastungen, die die normalen Bewältigungsmöglichkeiten von Menschen übersteigen und zu nachhaltigen, möglicherweise sogar organisch wirksamen Spuren im ZNS führen (Bremner et al., 1995). Schließlich trägt ein weiterer Forschungsbereich wesentlich zur Erklärung menschlichen Anpassungsverhaltens in hochbelastenden Situationen bei, nämlich die Resilienz- und die Traumatic-growth-Forschung« (Cordova et al., 2001). Diese geht von einem anderen Fokus, nämlich der Gesundheit und der dem Menschen innewohnenden Fähigkeit zur Selbstaktualisierung aus – besonders gut ausgearbeitet ist dieser Ansatz bei Aaron Antonovsky mit der Theorie der Salutogenese (Antonovsky & Franke, 1997; Bengel et al., 1999). Die Ideen von Antonovsky folgen der umfassenden Auffassung der Weltgesundheitsorganisation, dass Gesundheit nicht allein als Abwesenheit von Krankheit angesehen werden kann (Verfassung der WHO 1946). Dabei wird betont, dass nicht nur nach krankmachenden, sondern auch nach gesundheitsförderlichen, protektiven Bedingungen gesucht werden müsse.

In den letzten Jahren wurde das Konzept der Resilienz wieder aufgegriffen; umfassende Forschungsprogramme sind auf dem Weg zu theoretischer Fundierung und empirischer Operationalisierung. Der Psychotherapeut und Traumaforscher George Bonanno beschäftigt sich seit fast 30 Jahren mit der Frage, warum sich bis zu 65 Prozent der Menschen trotz des Erlebens zum Teil massivster potenziell traumatischer Ereignisse psychisch stabil entwickeln – er hat dies gut verständlich in seinem Buch »Die andere Seite der Trauer« zusammengefasst (Bonanno, 2012). Besonders beeindruckend sind dabei Bonannos Berichte über Traumaverarbeitung bei Überlebenden oder Zeugen des World-Trade-Center-Anschlags am 11. September 2001.

Der Kognitionswissenschaftler Raffael Kalisch treibt in Deutschland und mit internationalen Experten ein umfassendes Programm zur Resilienzforschung voran. Auch er hat ein gut verständliches, empfehlenswertes Buch verfasst: »Der resiliente Mensch« (Kalisch, 2017). Entscheidend ist bei einer modernen Auffassung von Resilienz, dass sie als dynamischer Prozess und nicht als Trait definiert wird und damit veränderbar ist. Die Fähigkeit, auch bei ernster Bedrohung positiven Appraisal aufbringen zu können, zeigt sich aktuell in einer Studie bei über 15.000 Menschen weltweit, die während des Lockdowns im März 2020 nach ihrer Reaktion auf die COVID-19-Pandemie befragt wurden: Das weit überwiegende Muster ist Resilienz (Veer et al., 2020).

Entwicklungspsychologen wie Piaget, Kohlberg oder Erikson (Erikson, 1980; Kohlberg, 2000; Piaget, 1992) haben die Bedeutung von Krisen für die jugendliche, aber auch die lebensspannenübergreifende Entwicklung hervorgehoben. Prinzipien der Äquilibration, der Akkommodation und der Assimilation spielen eine Rolle für kognitive, moralische oder soziale Entwicklungsfortschritte. Mit diesen Prinzipien wird die menschliche Tendenz angesprochen, nicht in ungelösten Problemen zu verharren, sondern Lösungen zu suchen, die das innere Erleben wieder ins Gleichge-

wicht, in ein Äquilibrium, bringen können. Diese Bewegung ins Gleichgewicht kann mithilfe der subjektiven Annäherung an Problemlagen (Akkomodation) bzw. der Anpassung dieser kritischen Situationen an das eigene Erleben (Assimilation) bewerkstelligt werden. Solche Prozesse sind also nicht nur für die menschliche Entwicklung in Krisenphasen normal, sie sind vielmehr notwendig, um Fortschritte im individuellen Reifungsprozess zu erzielen. Ähnliche Fragen werden auch im Bereich der Psychoonkologie aufgeworfen. Ein »berühmter« Titel spricht von »Schicksal als Chance« (Dethlefsen, 1979). Können Krisen dazu führen, bestimmte Erkenntnisse, die die Lebensgestaltung betreffen, zu überprüfen? Viele Betroffene berichten, dass ihnen im Lichte ihrer akuten Erkrankung Alltagsbereiche, die ihnen vielleicht diffus, unwichtig oder überfordernd erschienen, nun klar und wie in einem neuen Fokus begegnen. Sie lernen, das Hier und Jetzt zu schätzen und mit den kleinen Freuden des Alltags achtsamer und bewusster umzugehen. Die Zahl der Studien über Wachstum in Krisen ist mittlerweile lang: Neben die fraglos extreme Belastung tritt regelmäßig die Chance, dass sich nachhaltige Entwicklungsmöglichkeiten ergeben. Diese Prozesse werden in jüngerer Zeit unter dem Stichwort *Posttraumatic growth* behandelt (Tedeschi & Calhoun, 2004; Casellas-Grau et al., 2017), das sich im Sinne einer salutogenetischen Sichtweise (Antonovsky, 1979) von einer nur belastend-traumazentrierten Sichtweise abhebt (vgl. Joseph & Linley, 2006).

Diese kurze Skizze verdeutlicht, dass die Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung auf dem Hintergrund unterschiedlicher, zum Teil widersprüchlicher theoretischer und empirischer Modelle verstanden werden kann: Frühe Erfahrungen können sich tief eingraben und – insbesondere als Folge von kritischen Bindungsprägungen – zu psychosozialen Verletzlichkeiten führen. Wenn Krebspatienten sich Situationen gegenübersehen, die ihnen hochgefährlich und nicht kontrollierbar erscheinen, werden diese alten Bindungsmuster und damit die Frage aktiviert, ob dem professionellen Gegenüber, von dem das eigene Überleben abhängt, vertraut werden kann (vgl. Scheffold et al., 2017).

Für die psychoonkologische Praxis bedeutet dies vor allem, dass die Auseinandersetzung von Krebspatienten mit ihrer aktuellen Erkrankungssituation (in der wir sie antreffen) nicht ohne die jeweilige Lebens- und Lerngeschichte verstanden werden kann. Das Drama und die Tragik einer lebensbedrohlichen Erkrankung, gerade wenn sie in fortgeschrittenem Stadium und bei jungen Betroffenen auftritt, dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in dieser Lage biografische Spuren zur Klärung und psychoonkologischen Modifikation essenziell sind.

Während die Frage, ob auch positive Entwicklung in schweren Lebenskrisen möglich ist, beantwortet scheint, ist die, unter welchen individuellen und sozialen Bedingungen dies befördert oder erschwert wird, weitgehend ungeklärt. Von Bedeutung sind hier sicher spezifische Vorerfahrungen im Umgang mit Krisen, insbesondere mit Krankheiten sowie frühkindliche Erfahrungen des Umsorgtwerdens, der elterlichen Resonanz auf Hilfsuche und Zeichen von Unwohlsein, Krankheit und Schmerz. Zu diesen frühen Erfahrungen zählen auch erste Kontakte mit dem medizinischen System, wie Voruntersuchungen, mehr oder weniger kleine Eingriffe, Unfälle oder

etwaige Krankenhausaufenthalte. Wir beobachten hier große Unterschiede bei Patienten früherer oder späterer Geburtsjahrgänge, die eine erhebliche Entwicklung in der Pädiatrie widerspiegeln: Während heute ein Elternteil in aller Regel mit kleineren Kindern mitaufgenommen wird, berichten Patienten der Geburtsjahrgänge bis etwa 1970 wiederholt von ernststen Zumutungen bei stationären Aufenthalten, von der Abwesenheit beider Eltern über längere Krankenhausaufenthalte hinweg oder von Kuraufenthalten ohne Mutter oder Vater, die sich zum Teil über Monate erstrecken. Dies hat bei älteren Patienten erhebliche Konsequenzen für den Umgang mit heutigen Erfahrungen im Gesundheitssystem. Nicht selten werden als traumatisch erlebte frühere Erfahrungen reaktualisiert, teilweise zur großen Überraschung der Betroffenen, denen diese Erinnerungen nicht mehr bewusst zugänglich waren.

### Beispiel

#### **Auswirkungen frühkindlicher Traumatisierung auf aktuelles Krankheitserleben**

Eine etwa 60-jährige Brustkrebspatientin, die wegen panischer Ängste, Alpträumen und latenter Suizidalität in die psychoonkologische Spezialambulanz kommt, wurde von ihrer Großmutter mütterlicherseits großgezogen. Ihre ersten fünf Lebensjahre verbringt die Patientin bei dieser Oma, bis das Kind schweres Asthma entwickelt und mehrere Monate im Krankenhaus verbringen muss. Die Großmutter besucht sie regelmäßig; eines Tages taucht sie nicht mehr auf, die Enkelin erfährt zunächst nicht, was los ist, bis sie später hört, dass ihre Oma selbst wegen einer akuten Infektion ins Krankenhaus musste und innerhalb weniger Tage verstarb. Sie kommt zur Großmutter väterlicherseits, mit der sie nie eine besonders herzliche Beziehung verband, und verlebt dort ein weiteres knappes Jahr, bis auch diese Großmutter unvorhergesehen stirbt. Sie wird in ein Kinderheim gegeben, bis sie im Alter von etwa 10 Jahren wieder zu ihrer leiblichen Mutter zieht. Diese Kindheitserfahrungen haben die Patientin tief geprägt. Sie ist seit Jahrzehnten ohne Paarbeziehung und hat größte Mühe, verlässliche Sozialkontakte aufzubauen. Bezüglich der aktuell anstehenden mehrzyklischen Chemotherapie ist sie äußerst misstrauisch und kann sich nicht auf vertrauensvolle ärztliche Beziehungsangebote einlassen.

### 6.1.3 Entwicklungsaufgaben

Angesichts der Konfrontation mit einer Krebserkrankung sind je nach Alter, Entwicklungsstand und onkologischer Diagnose der Betroffenen große Erlebensunterschiede zu erwarten: Es macht einen Unterschied, ob ein junger Erwachsener von einer Leukämieerkrankung betroffen ist, ob eine Mutter von zwei kleinen Kindern fortgeschrittenen Brustkrebs bekommt oder ob bei einem 60-jährigen Mann ein lokal begrenzter Darmkrebs diagnostiziert wird. Für alle drei kann zunächst die »objektive Botschaft« ähnlich sein: Sie haben Krebs, eine Krankheit, die zum Tode führen kann.

Die subjektive Bedeutung, die dieser Diagnose zugeschrieben wird, wird aber von somatisch-medizinischen Merkmalen beeinflusst: Im angesprochenen ersten Fall handelt es sich um eine systemische Krankheit, im zweiten um eine chronische, nicht mehr heilbare Brustkrebskrankung, im dritten um eine operable Darmkrebskrankung. Die drei Krankheitstypen sind mit unterschiedlichen Therapieangeboten verbunden, wahrscheinlich auch mit verschiedenen Prognosen. Sie haben unterschiedliche Auswirkungen auf Körperbild und körperliche Integrität. Geschlechtsbezogene Funktionen und Identitäten sind in verschiedener Weise und differenziertem Ausmaß betroffen.

Bei allen dreien aber sind auch altersspezifische Entwicklungsaufgaben betroffen:

- ▶ Für den jungen Mann mag gerade die Phase der Studien- und Berufswahl abgeschlossen sein; er geht erste Schritte wirtschaftlicher Selbstständigkeit, befindet sich in der Findung seiner virilen Geschlechtsidentität und verfügt über ein hohes Maß an körperlicher Kraft. Nun hat er seit Monaten gespürt, dass diese wie selbstverständlich zur Verfügung stehende Kraft schwindet, dass er extrem infektanfällig geworden ist und zu spontanen Blutungen neigt. Die Leukämieerkrankung wird diagnostiziert, und nach und nach registriert der junge Mann, dass er nicht nach wenigen Wochen wieder an seine Karriere anknüpfen kann, sondern ums Überleben kämpft und sein Lebensweg unwiderruflich einen kritischen Einschnitt verbucht.
- ▶ Die Mutter zweier kleiner Kinder steht vor ganz anderen Aufgaben. Sie hat möglicherweise gerade den Schritt in die Familiengründung gewagt, hat vielleicht Schwierigkeiten, den erlernten und langjährig ausgeübten Beruf weiterzuführen und konzentriert sich zurzeit auf die Betreuung ihrer Kinder. Auch hier sind im Zuge der Krebserkrankung entwicklungsaufgabenbezogene Umstellungen und Herausforderungen vonstatten gegangen, die nun aber eine Perspektiven- und Verantwortungsteilung innerhalb der Familie mit sich gebracht haben. Bei längeren Krankenhausaufenthalten haben andere Familienmitglieder Betreuungsaufgaben zu übernehmen, die Kinder müssen in kürzester Zeit lernen, selbst Verantwortung zu tragen, der Partner steht vor der Aufgabe, Beruf und Haushalt zu vereinbaren. Vor allem aber muss es der Patientin gelingen, ihre subjektive Perspektive einer sich entwickelnden Familie mit der unmittelbaren Lebensbedrohung zusammen zu bringen.
- ▶ Der ältere Herr mit einer Darmkrebskrankung wird mit wieder anderen Entwicklungsaufgaben konfrontiert: Er steht am Ende seiner beruflichen Tätigkeit, bereitet sich möglicherweise auf ein Leben »nach der Arbeit« vor, strebt Ziele an, die er vielleicht jahrzehntelang aufgeschoben hatte, und merkt, dass er sich um den Erhalt seiner körperlichen Kraft kümmern muss. Die erlebte Bedrohung durch die Krebserkrankung lässt sich individuell durch das Ausmaß der Bedrohung dieser und weiterer Entwicklungsaufgaben erklären.

Jeder der Betroffenen hat – auf ganz unterschiedliche Weise – mit dieser Herausforderung zu kämpfen und dafür zu sorgen, dass sie in angemessener Weise angegangen und in den Lebenskontext integriert werden kann.

**Coping der Person im Entwicklungsverlauf.** Julia Rowland hat bereits in der ersten Ausgabe des Handbook of Psychooncology (1990) einen nützlichen Vorschlag unterbreitet, mit dem die vielen denkbaren Einflussvariablen auf den Prozess der Auseinandersetzung mit Krebs geordnet und für die klinische Arbeit mit Patienten genutzt werden können (Holland & Rowland, 1990): Neben die intra- und interindividuellen Faktoren stellt Rowland die Entwicklungsstufe der Person. Sie beschreibt individuelle Entwicklungsaufgaben, denen sich Menschen in bestimmten Lebensphasen gemeinhin zu stellen haben und die durch die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung unterbrochen bzw. deren Bewältigung gefährdet sein kann.

**Junge Erwachsene (jünger als 30 Jahre).** Eine objektive Bedrohung durch onkologische Erkrankungen kann zunächst danach unterschieden werden, ob die Betroffenen an alters- und geschlechtstypischen Malignomen erkranken: Im jungen Erwachsenenalter sind Hodgkin-Lymphome, akute Leukämien und (bei Männern) Hodenkrebs, (bei Frauen) Brustkrebs am häufigsten (Robert-Koch-Institut, 2010). Das heißt, wir haben es mit zum Teil schwer versteh- und fassbaren hämatologischen Erkrankungen einerseits und mit Erkrankungen der Geschlechtsorgane andererseits zu tun. Die Erkrankung bricht in eine Lebensphase ein, die in der Regel gekennzeichnet ist durch den Abschluss der mehr oder weniger turbulenten Adoleszenz, den Höhepunkt der körperlichen Kraft und eines Gefühls der Unverwundbarkeit und Widerstandsfähigkeit. Alle Türen erscheinen dem jungen Menschen offen, zuweilen ist es auch eine Qual der Wahl, welchen Weg er einschlagen sollte. Wenn in dieser Situation eine lebensbedrohliche Krankheit auftritt, sind all diese Gefühle prallen Lebens geradezu in ihr Gegenteil verkehrt. Junge Krebspatienten äußern sich nicht selten sarkastisch angesichts dieser Umkehrung all dessen, was sie eigentlich als Perspektive vor sich glaubten. Ebenso häufig lässt sich aber auch beobachten, wie junge Menschen die neue, lebensbedrohliche Situation als Herausforderung annehmen und in ähnlich agiler Weise mit ihr umgehen, wie sie es vielleicht mit intellektuellen oder karrierebezogenen Themen tun würden. Sie nehmen die Krankheit in einer für ihre Lebensphase typischen, noch egozentrischen Weise an. Ihr Streben nach endlich gewonnener Unabhängigkeit und Autonomie wird dagegen konterkariert durch die nun einsetzende Abhängigkeit von Ärzten, Pflegenden und deren Mitteln, möglicherweise auch wieder von denen, die sie gerade zu verlassen suchten, nämlich ihren Eltern. Zuweilen kämpfen junge Erwachsene noch eine Weile damit, die Unterbrechung ihrer eigentlich anstehenden Entwicklungsaufgaben nicht zuzulassen und so weiter zu machen, als sei nichts geschehen. Manchmal gelingt diese Strategie auch, häufiger aber ist der zur Heilung benötigte Zeit- und Energieaufwand derart beträchtlich, dass ein »einfach weiter so« nicht möglich ist. Dann kann es zu einem verzögerten und nun möglicherweise umso tieferen psychischen Absturz mit großer Verzweigung, Depression und Suizidalität kommen.

## Beispiel

### Auseinandersetzung einer 18-jährigen mit CML

Die 18-jährige Marita steht kurz vor dem Abitur, als bei ihr eine Chronische Myeloische Leukämie diagnostiziert wird. Sie lebt noch zu Hause, ist aber immer wieder tageweise bei einer Freundin, die bereits eine eigene Wohnung bezogen hat. Marita hat eine drei Jahre jüngere Schwester, ihre Eltern sind beide berufstätig und arbeiten in einer öffentlichen Einrichtung in unmittelbarer Nachbarschaft.

Marita sieht ihre Erkrankung zunächst eher als Herausforderung (primäre Bewertung). Nach relativ kurzem Aufbegehren gegen die Unterbrechung ihrer normalen Schullaufbahn – sie ist eine recht gute Schülerin – »wechselt« sie gleichsam ihr anstehendes Abitur durch die beginnende Stammzelltransplantation aus. Sie meistert die Belastungen der Akutphase, setzt sich aktiv mit ihrem häufigen Alleinsein auseinander und murrst insgesamt sehr selten. Im Gespräch betont sie allerdings immer wieder, dass sie für diese Phase ein Jahr, eben ein *Schuljahr*, eingeplant habe und sie davon ausgehe, nach dieser Zeit wieder an ihre alten Pläne anknüpfen zu können. Als dann die Folgen der Stammzelltransplantation nachhaltig und chronisch körperbehindernd werden, schlägt die offensive Herangehensweise Maritas in ihr Gegenteil um: Sie zieht sich zurück, ist kaum noch aus dem Bett zu holen und gerät in eine mittelgradige depressive Episode.

**Reife Erwachsene (31–45 Jahre).** Die Entwicklungsaufgaben, die häufig in der Lebensphase der 30- bis Anfang 40-Jährigen anstehen und die durch eine Krebserkrankung irritiert werden, sind die Etablierung einer unabhängigen Existenz und eigener materieller Grundlagen, die Anwendung erworbener Wissens- und Handlungsmöglichkeiten und ggf. die Gründung einer stabilen Partnerschaft und Familie. Manchmal sind minderjährige Kinder im Haushalt, der familiäre Alltag ruht häufig auf den Schultern eines Partners, während der andere für das Familieneinkommen aufkommt. Oder beide Eltern sind berufstätig und der Familienalltag ist entsprechend aufwändig organisiert, insbesondere was die Betreuung der Kinder angeht. Eine Krebserkrankung in dieser Lebensphase bringt erhebliche spezifische Belastungen mit sich. Ob der Betroffene berufstätig oder auf die Kinder- und Haushaltsversorgung konzentriert ist, die Krebserkrankung führt zu materiellen und sozialen Belastungen, die alle Familienmitglieder betreffen. Häufig kommt es zu – wenig hinterfragten – Rollenverschiebungen, sodass z. B. die minderjährigen Kinder dauerhaft bestimmte Aufgaben übernehmen, die nicht in ihr normales Entwicklungsprofil gehören. Die Sorge der Erkrankten gilt nicht nur dem eigenen Befinden, sondern z. B. auch dem der Kinder, die nun seelisch belastet sind oder die durch den vorgestellten Verlust von Vater oder Mutter in Nöte gestürzt werden könnten. Soziale Systeme dienen dazu, Menschen in ihrem Rollenverständnis zu unterstützen und ihnen Handlungssicherheit zu vermitteln. Wenn ein Mitglied eines solchen Systems seiner Handlungs- oder Rollenoptionen beraubt wird, verändert sich zwangsläufig auch das Gesamtsystem. Bei Systemen, die bereits fragil waren, wirken sich diese Veränderungen umso stärker aus.