

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für  
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,  
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 26/2020

Psychoonkologie

Reflexion der Anwendung der Integrativen Therapie bei der  
ambulanten psychoonkologischen Arbeit\*

*Nathalie De Peri*

---

\* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, lic. phil. Lotti Müller. mailto: [info@integrative-therapie-seag.ch](mailto:info@integrative-therapie-seag.ch) ; oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de). Information: [www.integrative-therapie-seag.ch](http://www.integrative-therapie-seag.ch), Teilnehmerin der EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘. Betreuung: U. Mathias-Wiedemann, H.G. Petzold

# **Inhaltsverzeichnis**

## **1 Einleitung**

## **2 Tumorerkrankungen**

### **2.1 Krebs – eine allgemeine Einführung**

### **2.2 Onkologische Therapiemöglichkeiten**

- 2.2.1 Operation
- 2.2.2 Strahlentherapie
- 2.2.3 Chemotherapie
- 2.2.4 Antihormonelle Therapie
- 2.2.5 Antikörpertherapie
- 2.2.6 Supportive Therapie
- 2.2.7 Komplementärmedizin
- 2.2.8 Behandlungskonzepte
- 2.2.9 Spätfolgen der Krebsbehandlung

## **3 Psychoonkologie**

### **3.1 Psychosoziale Risikofaktoren**

- 3.1.1 Psyche und Krebsursache
- 3.1.2 Psyche und Krankheitsverlauf

### **3.2 Psychoonkologische Therapieansätze**

- 3.2.1 Menschenbild der Integrativen Therapie
- 3.2.2 Spezifisches bei der Psychotherapie mit Krebspatienten
- 3.2.3 Grundregel der Integrativen Therapie
- 3.2.4 Interventionen aus verschiedenen Psychotherapieansätzen
- 3.2.5 Interventionen aus der Integrativen Therapie
  - 3.2.5.1 Vier Wege der Heilung und Förderung
  - 3.2.5.2 Wirkfaktoren

## **4 Schlussfolgerung**

## **5 Zusammenfassung / Summary**

## **6 Literaturverzeichnis**

## **5 Anhang**

**5.1 Beispiel: Hautkrebs**

**5.2 Beispiel: Operation**

**5.3 Beispiel: Bestrahlung**

**5.4 Beispiel: Chemotherapie**

**5.5 Beispiel: Keine Antihormonelle Therapie**

**5.6 Beispiel: Antikörpertherapie**

# 1 Einleitung

Eine Krebserkrankung und deren Behandlung geht in den meisten Fällen mit Belastungen einher, die sich auf alle Lebensbereiche auswirken. So kann es zu körperlichen, psychischen, existenziellen und sozialen und ggf. ökologischen Problemen kommen. Bei einer solchen Erkrankung liegt die 4-Wochen-Prävalenz für irgendeine psychische Störung bei 31.8%, wobei Angststörungen, Anpassungsstörungen oder affektive Störungen im Vordergrund liegen. Demzufolge ist es erfreulich, dass sich die Teildisziplin Psychoonkologie seit den 70er Jahren systematisch zu entwickeln begann, die sich diesen Problemen annimmt (Mehnert & Koch, 2016).

Ebenfalls eine Veränderung der 70er Jahre war ein neues Integrationsparadigma im Fachbereich der Psychotherapie, bei dem Therapieforschende und Praktizierende methodenübergreifende Modelle zu entwickeln begannen. Unter den bestehenden europäischen Richtungen des Integrierens (z.B. Bastine, Grawe, Heim) stellt die Integrative Therapie eines der elaboriertesten Verfahren dar. Ihr Ziel ist es eine Psychotherapie anzuregen, die sich reflektiert und durch solide empirische Forschung fundiert. Die Integrative Therapie versteht sich als Humantherapie, das heisst, eine Psychotherapie, als Therapie von Menschen, die sich in einer bestimmten Lebenszeit und einem bestimmten Lebenskontext erleben und verhalten (Leitner, 2010; Petzold, 1993).

Daher ist es meiner Meinung nach lohnenswert, den bisherigen Forschungsstand der Psychoonkologie, der vorwiegend auf spezifische Psychotherapieverfahren und –schulen basiert, auf der Grundlage der Integrativen Therapie zu betrachten.

In dieser Arbeit werden nun die Erkenntnisse der Psychoonkologie mit denen der Integrativen Therapie reflektiert, um so einen allgemeinen Überblick für die psychotherapeutische Arbeit geben. Das Ziel ist es, einen Leitfaden für Psychotherapie von psychoonkologischen Patienten, wie ich ihn zu Beginn meiner psychoonkologischen Arbeit nützlich gefunden hätte, zu erstellen. Als erstes werden dabei ausgewählte Grundlagen zu Tumorerkrankungen dargestellt. In einem zweiten Schritt werden etablierte Konzepte der Psychoonkologie vorgestellt und danach mit Theorien und Techniken der Integrativen Therapie in Verbindung gebracht oder ergänzt. Beispiele aus der Praxis begleiten diese Ausarbeitung, um eine Verbindung zur Anwendung herzustellen. Im letzten Teil der Arbeit wird eine Schlussfolgerung wichtige Aspekte der Verknüpfung nochmals und von mir reflektiert zusammenfassen.

## 2 Tumorerkrankungen

In diesem Kapitel werden Grundlagen von Tumorerkrankungen vermittelt werden, die in der praktischen Arbeit als Psychotherapeutin von Nutzen sein können. So sind in der Arbeit mit psychoonkologischen Patienten beispielsweise auch immer medizinische Berichte zu bearbeiten und allenfalls in die Therapie miteinzubeziehen.

### 2.1 Krebs – eine allgemeine Einführung

Die Diagnose einer Krebserkrankung betrifft jeden zweiten Mann (51%) und etwa 43% aller Frauen im Laufe ihres Lebens. Sie gehört also zu den häufigsten Erkrankungen und ist auch eine häufige Todesursache. Obwohl die Therapieforschung erhebliche Fortschritte gemacht hat, bleibt die Diagnose für die Betroffenen ein (lebens-)bedrohliches Ereignis (Mehnert & Koch, 2016).

Geschwülste, Neoplasien, Tumore sind alles Synonyme und können in entweder gutartige (benigne) oder bösartige (maligne) Tumore unterteilt werden. Eine bösartige Neubildung wird auch als Krebserkrankung bezeichnet, wobei aufgrund der unterschiedlichen Lokalisationen und des beteiligten Gewebes über 100 verschiedene Differenzierungen von Krebserkrankungen bekannt sind. Ein gemeinsames biologisches Merkmal aller bösartigen Geschwülste ist die unkontrollierte, autonome Wucherung (Proliferation) einer entarteten Zelle. Die entartete Zelle hat also nichts mehr mit ihrem Muttergewebe gemein, sie teilt sich autonom und unkontrolliert weiter, dringt in benachbartes Gewebe ein und zerstört dieses (Infiltration). Dabei kann es zu Metastasen kommen, das bedeutet, dass die bösartigen Zellen über die Lymphwege oder die Blutbahnen zu entfernten Körperstellen gelangen. Auch können Rezidive entstehen, das heißt, dass ein Krebs nach einer operativen (unvollständigen) Entfernung erneut auftreten kann, beziehungsweise das Tumorgewebe nachwächst. Tumore werden anhand ihres Muttergewebes in verschiedene Arten unterteilt. So nennt man maligne Neubildungen, die aus dem Deckgewebe (Epithelgewebe) entstanden sind, Karzinome. Diese sind die häufigste Form von bösartigen Geschwülsten. Bösartige Neubildungen aus dem Bindegewebe (nicht-epitheliale Tumore) werden Sarkome genannt. Ausserdem gibt es auch Mischgeschwülste (Karzinome und Sarkome), Keimzellengeschwülste und endokrine Tumore (Ehlert, 2003).

Diese eben beschriebenen Tumorformen werden auch als solide Tumore bezeichnet, weil sie von einem Organ ausgehen. Die Wucherung in dem erkrankten Organ wird dann als Primärtumor bezeichnet und in allen (falls) auftretenden Metastasen kann der Gewebetyp des Primärtumors nachgewiesen werden. Nierenmetastasen bei einem Brustkrebs sind daher kein Nierenkrebs, sondern Absiedlungen des ursprünglichen Brustkrebses in der Niere. Die Behandlung richtet sich demnach nach dem Ursprungstumor. Dies führt bei Patienten dann häufig zur Verwirrung, da sie die

Diagnose Brustkrebs erhalten, aber beispielsweise an der Niere (wo sich Metastasen befinden) operiert werden. Ausserdem gibt es seltene Fälle (2-3%), bei denen Metastasen gefunden werden ohne einen sichtbaren Primärtumor. Diese Erkrankung wird dann als CUP-Syndrom (Carcinoma of Unknown Primary) bezeichnet. Eine metastasierte Erkrankung ist meistens unheilbar, unabhängig davon ob der Primärtumor gefunden wird oder nicht (Schulz-Kindermann, 2013).

Neben den soliden Tumoren gibt es auch hämatologische Krebsarten, die hier allerdings nur kurz erwähnt werden. Diese haben ihren Ursprung in der Regel im Lymphsystem inklusiv aller lymphatischen Organe (Lymphknoten, Milz) und im Knochenmark. Bei den Erkrankungen des lymphatischen Systems, entarten Abwehrzellen (Lymphozyten), die sich zu malignen Lymphomen entwickelt. Dabei wird aufgrund der unterschiedlichen Histologie zwischen Hodgkin-Lymphome und Non-Hodgkin-Lymphome unterschieden. Ist das Knochenmark betroffen, wo die Produktion der Blut- oder Abwehrzellen (Granulozyten, Monozyten) stattfindet, entarten diese neuen Zellen und es kommt zu einer akuten oder chronischen Leukämie. Durch weitere diagnostische Verfahren können diese Tumorarten noch weiter unterteilt werden, deren Vorstellung hier zu weit führen würde. Ausserdem unterscheiden sie sich auch in ihrem Verlauf. Es gibt aggressive (hochmaligne, schnell wachsend) und indolente (niedrigmaligne, langsam wachsend) Lymphome (Schulz-Kindermann, 2013).

#### **Beispiel: Hautkrebs**

Eine 40-jährige Patientin suchte mich wegen einer Angstsymptomatik auf. In den ersten Stunden erwähnte sie nebenbei, dass sie Hautkrebs habe. Sie ging nicht weiter darauf ein und ich fühlte eine stärker werdende Irritation. Ich äusserte meine Resonanz und fragte sie, wie sie zu der Krebsdiagnose stehe. Sie meinte, dass es sie nicht weiter belaste, der schwarze Hautkrebs wurde frühzeitig operativ entfernt und sie gehe einmal im Jahr zu einer Kontrolluntersuchung. Sie finde es richtig entlastend jetzt eine gute Ausrede zu haben, wenn andere Personen sie auf ihre helle Haut ansprächen. Früher musste sie sich immer anhören, dass sie mehr an die frische Luft gehen solle oder kränklich aussehe wegen ihrer weissen Haut.

Ihre Sichtweise beruhigte mich nicht wirklich und es machte mich nachdenklich, dass eine Angstpatientin keine Angst vor Krebs haben kann. Aber da ich ihr auch keine Ängste einreden wollte behielt ich meine Gedanken für mich. Ich tauschte mich stattdessen mit meinem delegierenden Psychiater aus. Dieser teilte meine Irritation und schlug vor, einen Bericht des behandelnden Onkologen anzufordern. So würden wir wissen, um was für eine Art Hautkrebs es sich handelt (bedrohlich oder nicht) und würden die Erkrankung der Patientin ernstnehmen, ohne ihre Sichtweise direkt anzugreifen.

Im onkologischen Bericht wurde ein malignes Melanom (schwarzer Hautkrebs) sowie ein solides Basalzellkarzinom (weisser Hautkrebs) diagnostiziert. Das bösartige Gewebe wurde operativ mit einem Sicherheitsabstand von 1cm entfernt. Danach waren keine weiteren Anzeichen von Malignität mehr sichtbar. Eine medikamentöse, chemo-, oder immuntherapeutische Behandlung war aus Sicht der behandelnden Ärzte bei dieser frühen Form nicht notwendig. Regelmässige Kontrolluntersuchungen werden im Abstand von 6 Monaten durchgeführt.

Diese Informationen beruhigten mich. Es war mir nicht bewusst, dass eine Krebserkrankung auch relativ unkompliziert aussehen kann. Allerdings bleibt mir durch die Darstellung der Patientin: "Zum Glück habe ich Hautkrebs, so werde ich weniger genervt", ein Gefühl der Irritation und es warf einige Fragen und Hypothesen auf, die im Blick behalten werden sollten. Was könnte das über die therapeutische Beziehung aussagen? Handelt es sich dabei um eine Verdrängung oder Dissoziation im Sinne der Vermeidung einer notwendigen Krankheitsverarbeitung? Könnte hinter dieser Art der Auslegung eines negativen Sachverhalts ein wiederkehrendes Muster liegen?

## **2.2 Onkologische Therapiemöglichkeiten**

In der Krebsbehandlung gibt es verschiedene Therapiemöglichkeiten, die individuell für die Patienten zusammengestellt werden. In den nächsten Kapiteln werden die verschiedenen Methoden kurz erläutert werden.

### **2.2.1 Operation**

Eine operative Massnahme (chirurgische Therapie) ist meist die zentrale Behandlungsmöglichkeit und die Qualität der Operation ist mitentscheidend für die Heilungschancen. Die operativen Techniken haben sich in den letzten Jahren stark entwickelt, so dass die Eingriffe immer weniger belastend für die Patienten sind. So wird heute beispielsweise bei Brustkrebs meist brusterhaltend operiert, da es keinen Wirksamkeitsunterschied im Vergleich zur kompletten Brustentfernung gibt. Es kommt auf das Brust-Tumor Grössenverhältnis an, damit der Tumor mit ausreichendem Sicherheitsabstand entfernt werden kann. Zusätzlich zur Entfernung des Tumors wurden früher normalerweise auch die Wächterlymphknoten entfernt. Das sind diejenigen Lymphknoten, die im Lymphabflussgebiet eines bösartigen Tumors an erster Stelle liegen. Werden Tumorzellen in den Lymphknoten gefunden, ist die Wahrscheinlichkeit von Metastasen erhöht. Da das Ausmass der Operation nicht nur einen Einfluss auf die Wundheilung und das Wohlbefinden der Patienten hat, sondern auch die zukünftige Belastbarkeit und die damit verbundene berufliche Perspektive beeinträchtigt, wird häufiger auf eine Entfernung der Lymphknoten verzichtet, wenn nach der Operation eine Bestrahlung sowie eine medikamentöse Therapie durchgeführt wird (Schulz-Kindermann, 2013).

### **Beispiel: Operation**

Eine Patientin Mitte 50 wurde mir zur psychoonkologischen Begleitung angemeldet. Sie erhielt die Diagnose Brustkrebs. Bei ihr wurde vor der Tumoroperation eine Chemotherapie zur Verkleinerung der Geschwulst durchgeführt. Nach einem halben Jahr konnte sie die Operation kaum erwarten, um endlich dieses „Ding“, von dem sie nichts spüre (ausser den Nebenwirkungen der Chemotherapie), los zu werden. Sie fürchtete sich vor der Narkose bei der Operation und wurde daher vom Onkologen gut auf die Situation vorbereitet. Was er allerdings nicht genauer erläuterte, war die Markierung des Tumors vor der Operation.

Sie schilderte mir nach der Operation die traumatisch erlebte Drahtmarkierung. Dabei wurde sie am Tag vor der Operation auf eine Behandlungsliege gebeten, worauf sie der behandelnde Arzt lokal an der Brust betäubte und dann mit Hilfe eines Ultraschallgerätes einen Draht in ihre Brust einführte. Die erwies sich als eine nicht so einfache Sache, denn er musste mehrere Anläufe nehmen. Blut lief über ihren Oberkörper und der Arzt zerrte dabei stark an ihrer Brust herum, als ob sie ein Stück Stoff wäre. Da der Arzt sich irgendwie selbst über seine Schwierigkeiten aufzuregen schien, hatte sie das Gefühl nichts sagen oder nachfragen zu dürfen und erduldet die Prozedur schweigend.

In der Therapie erarbeiteten wir, dass sie grundsätzlich Schwierigkeiten habe, sich für sich selbst einzusetzen und dass sie gelernt habe, Dinge zu ertragen, statt sich zu wehren. Sie überwand sich, beim Tumorzentrum eine Rückmeldung zu ihrem negativem Erlebnis zu geben und wir reflektierten im Verlauf immer wieder, ob sie sich genügend für sich einsetze.

### **2.2.2 Strahlentherapie**

Bei der Bestrahlung werden energiereiche Strahlen zur Zerstörung des Tumorgewebes eingesetzt. Dies kann sowohl von aussen (perkutan) oder von innen (sog. Brachytherapie; mit Strahlen mit kurzer Reichweite) erfolgen. Die Brachytherapie wird vor allem bei gynäkologischen Tumoren eingesetzt, da dies technisch leicht durchzuführen ist. Die Strahlentherapie hat sich erheblich verbessert, so dass grossflächige Hautverbrennungen kaum mehr anzutreffen sind.

Zu den häufigsten Nebenwirkungen der Strahlentherapie gehören, Hautrötung, Mundtrockenheit, Übelkeit, generelle Mattigkeit, Schluckstörungen bei Bestrahlung des Kopf-Hals-Bereichs, Haarausfall bei Bestrahlung am Kopf, Durchfall bei Bestrahlung im abdominellen Bereich und Husten bei Bestrahlungen im Thoraxbereich. Die meisten Nebenwirkungen treten erst nach einigen Bestrahlungen auf und bilden sich meist komplett innerhalb der ersten Woche nach Bestrahlungsende zurück. Eine Bestrahlung dauert nur wenige Minuten, wird aber täglich (fünfmal pro Woche) durchgeführt. Da die Haut besonders belastet wird, dürfen sich die Patienten in den bestrahlten Bereichen nicht waschen und müssen eine spezielle Hautpflege durchführen.

Eine spezielle Art der Strahlentherapie ist die Behandlung mit Radionukliden. Dabei werden radioaktive Stoffe per Spritze, Infusion oder als Kapsel dem Körper zugefügt. Je nach gewählter Substanz lassen diese sich dann in spezifischen Zielorganen (Schilddrüse, Knochen) nieder, wo diese von innen bestrahlt werden. Das Gewebe von Metastasen verhält sich ähnlich wie das Zielorgan. Die Reichweite von solchen Strahlen liegt im Millimeterbereich, so dass nur die umliegenden Zellen zerstört werden und nicht das restliche Gewebe. Diese Behandlungen werden auf speziellen nuklearmedizinischen Abteilungen durchgeführt. Abhängig von der Art der Strahlung müssen Patienten einige Tage von ihrer Umgebung abgeschirmt werden, damit der Teil der Strahlung, der aus dem Körper austritt, nicht andere Menschen belastet (Schulz-Kindermann, 2013).

#### **Beispiel: Bestrahlung**

Nach einer belastenden Chemotherapie und einer darauffolgenden Tumoroperation an der Brust, wurde bei einer Patientin eine Strahlentherapie begonnen. Die Behandlung dauerte schon 8 Monate an und immer wieder kam das Thema auf, dass es ihr schwer falle, Schwäche zuzugeben und Hilfe anzunehmen. So schminkte sich die Patientin immer sehr stark, damit sie nicht krank wirke oder man ihr ihre Erschöpfung nicht ansehe.

Die Bestrahlung würde die letzte intensive Behandlungseinheit sein und man habe ihr gesagt, dass die Nebenwirkungen wesentlich schwächer sein würden, als bei der Chemotherapie. Im Spital wurde ihr dann das früheste Zeitfenster für die Bestrahlung zugewiesen, weil sie ja die Therapie bisher sehr gut vertragen habe. Bei mir getraute sie sich, telefonische Konsultationen zu verlangen, weil sie zum einen keine Energie habe, um zu mir zu kommen und am liebsten ohne Oberbekleidung rumlaufen würde, damit ihre Haut frei von Stoff sein könne.

Ich bestätigte sie in ihrer Entscheidung vorübergehend telefonische Termine wahrzunehmen und sprach sie auf ihre Schwierigkeit an, Schwäche zuzugeben und äusserte meine Befürchtung, dass sie wahrscheinlich zu viel ertrage. Ich versuchte sie zu motivieren, die Ausprägung der Nebenwirkungen mit ihrem Onkologen anzusprechen, was sie allerdings nicht für nötig hielt, da er bei den kurzen Terminen immer sehr gestresst wirke. Alternativ habe ich ihr vorgeschlagen, sich bei unserem internen Psychiater mit einer komplementärmedizinischen Ausbildung vorzustellen, um sich wenigstens eine pflanzliche Unterstützung gegen die Nebenwirkungen verschreiben zu lassen. Dieser sah sich die Haut selbst an und erklärte ihr, dass ihre Hautrötungen sehr stark ausgeprägt seien und wunderte sich darüber, dass die Pflegefachfrauen, dies nicht bemerkt hatten. Er rief noch aus der Konsultation mit der Patientin im Tumorzentrum an (mit deren Einverständnis), gab eine Rückmeldung bezüglich der Haut und erwähnte nebenbei, dass spätere Termine am Tag besser für die stark erschöpfte Patientin wären.

### 2.2.3 Chemotherapie

Bei der Chemotherapie erhalten Patienten Zellgifte wie Chemotherapeutika oder Zytostatika, die innerhalb der Zelle in unterschiedliche Stoffwechselforgänge eingreifen. Die Folge ist, dass sich die Zelle nicht mehr teilen kann und stirbt. Zytostatika sind nur bei sich teilenden Zellen wirksam und wirken daher bei schnell wachsenden Tumoren besonders gut im Vergleich zum normalen Gewebe. Da sich nicht alle Tumorzellen in einer Teilungsphase befinden, sind in der Regel mehrere Zyklen Chemotherapie notwendig. Es gibt viele verschiedene Substanzen, die bei der Chemotherapie (je nach Art des Tumors) eingesetzt werden. Chemotherapien werden meist intravenös als Spritze oder Infusion verabreicht. Chemotherapien in Tablettenform sind seltener anzutreffen. Bei tumorbefallenen Hirnhäuten können einige Zytostatika auch in den Wirbelkanal (Liquorraum) injiziert werden.

Die Wirksamkeit der Zytostatika ist je nach Tumorart unterschiedlich und je nach dem, können Tumorzellen auch resistent gegenüber einem Zytostatikum werden. Daher kann sich die Wirkung während einer Chemotherapie auch verändern. In diesem Fall kann auf eine andere Substanz umgestellt werden. Dies wird dann als Zweitlinientherapie bezeichnet. Bei einigen Krebsarten gibt es viele wirksame Zytostatika, wie beispielsweise beim Brustkrebs, so dass Therapien in vierter fünfter oder sechster Linie häufiger vorkommen. Dabei wird nicht nur bei unwirksamen Therapien gewechselt, sondern auch bei zu schlechter Verträglichkeit.

Häufige Nebenwirkungen sind Haarausfall, Knochenmarktoxizität, Übelkeit, Taubheitsgefühl und Gliederschmerzen. Insgesamt kommt es häufig zu Nebenwirkungen bei Chemotherapien, die aber meist durch umfassenden Begleitbehandlungen gemildert werden können. Je nach Substanz fallen die Nebenwirkungen unterschiedlich aus, so ist nicht immer mit einem Haarausfall zu rechnen, und Augenbrauen oder Wimpern können auch unbeschadet bleiben. Ein anhaltender Haarverlust ist extrem selten. Normalerweise kommt es nach zirka vier Wochen zu einem neuen Haarwuchs. Die Knochenmarktoxizität ist für viele Patienten nicht spürbar, sie kann allerdings bei zu langer Dauer zu einer erhöhten Infektgefährdung führen.

Übelkeit und Erbrechen sind die bekanntesten Nebenwirkungen, können allerdings mit Begleittherapien meist gut behandelt werden, wobei es auch hier grosse Unterschiede zwischen den Patienten gibt. Die toxische Wirkung der Chemotherapie wirkt sich auch auf die Nerven aus (Polyneuropathie), was als Kribbeln oder Pelzigkeitsgefühl in den Fingern und Zehen wahrgenommen werden kann. In der Regel bilden sich Polynoeuropathien nach einigen Wochen langsam wieder zurück, wobei es auch zu anhaltenden Einschränkungen in den Fingerspitzen kommen kann (Schwierigkeiten beim Knöpfe zumachen oder dem Einfädeln eines Fadens). Wenn Gliederschmerzen auftreten (v.a. bei Docetaxel) werden Patienten teilweise bettlägerig oder benötigen Medikamenten

gegen Knochenschmerzen. Diese Nebenwirkung hält einige Tage an und ist oft sehr belastend (Schulz-Kindermann, 2013).

#### **Beispiel: Chemotherapie**

Eine 59-jährige Patientin durchlief gerade eine zweite Chemotherapie ungefähr ein Jahr nach der Diagnosestellung Lungenkrebs. Dabei sollte sie alle zwei Wochen eine Infusion erhalten. In der ersten Woche konnte sie nach der Infusion nichts unternehmen und verschob alle Aktivitäten in die zweite Woche nach der Abgabe der Infusion. Doch auch in dieser Woche konnte sie nur einen Termin pro Tag wahrnehmen und fühlte sich dabei sehr erschöpft. Sie berichtete mir, dass sie sich das nicht noch acht Mal vorstellen könne, und wurde zunehmen von Todessehnsüchten und Suizidgedanken geplagt.

Sie war der Ansicht, dass man eine Chemotherapie einfach durchstehen muss und es keine Alternativen gibt. Wir reflektierten die erwünschten und unerwünschten Wirkungen dieser Chemotherapie im Bezug auf ihre noch bleibende Lebenszeit. Das Sprechen über ihren bevorstehenden Tod war nur einmal kurz Thema in der Familie, als sie sich nach der Diagnosestellung bei Exit angemeldet hat. Seither meidet sie das Thema, weil sie niemanden belasten wolle. Dies bezog sich sowohl auf ihr privates Umfeld als auch ihren Onkologen, der ja sein Bestes für sie gebe. Ich ermutigte sie, mit ihrem Onkologen darüber zu sprechen, was für sie das Beste sein könnte und ob die aktuelle Therapie nicht dazugehören könne. Schlussendlich wurde die Zusammensetzung der Chemotherapie abgeändert, so dass sie in der Zeit zwischen den Infusionen mehr Lebensqualität für die Patientin spürbar wurde.

#### **2.2.4 Antihormonelle Therapie**

Gewisse Tumorzellen wachsen teilweise unter Hormoneinfluss wie beispielsweise bei gewissen Brustkrebsformen oder Prostatakrebs. Mit Medikamenten wird dann entweder auf die Hormonproduktion oder über die Hormonrezeptoren auf den Krebszellen Einfluss genommen.

Normalerweise werden antihormonelle Therapien gut vertragen und meist in Form einer Tablette oder monatlichen Injektionen verabreicht. Die Folgen allerdings des Hormonentzugs können sehr belastend sein, weil sie eine erhebliche Auswirkung auf das körperliche Gleichgewicht haben, so beispielsweise bei Patientinnen vor den Wechseljahren, bei denen es zu starken Hitzewallungen kommen kann. Ausserdem erhöht sich das Thromboserisiko und es kann zu Gelenksbeschwerden kommen. Weitere Nebenwirkungen sind Schlafstörungen und Gewichtszunahme. Bei Prostatakrebs leiden Patienten oft an Gewichtszunahme, Vergrößerung der Brüste und Verringerung der Libido als Folge des Testosterontzugs (Schulz-Kindermann, 2013).

### **Beispiel: Keine Antihormonelle Therapie**

Eine Brustkrebspatientin, überwiesen vom Tumorzentrum, kam wütend in meine Therapiestunde. Sie sei vom Onkologen geschickt worden, weil sie eine intensive Chemotherapie nicht durchführen wolle und er meine, dass dies auf psychische Probleme zurückzuführen sei. Ich liess mir von ihr die für sie unzumutbaren Nebenwirkungen der Chemotherapie beschreiben und bestärkte sie in ihrem Vorhaben einen anderen Therapie-Weg zu suchen. Danach sah ich sie eine ganze Weile nicht mehr.

Die Patientin meldete sich ziemlich aufgebracht nach einigen Monaten wieder bei mir. Sie erhole sich gerade von der Strahlentherapie und es sei eine antihormonelle Therapie geplant. Sie möchte aber keine Nebenwirkungen mehr, auch wenn diese noch so klein seien im Vergleich zu den zurückliegenden Therapien. Auch die Tatsache während ungefähr fünf Jahren Tabletten zu nehmen, könne sie sich nicht vorstellen.

In den darauf folgenden Stunden reflektierten wir, was für sie der beste Weg sein könne. Wir differenzierten ihre Aggression: Welcher Anteil gehört zu dem Onkologen, der sie nicht ernst nimmt? Welcher Anteil gehört zu der Erkrankung? Ausserdem besprachen wir die vom Onkologen aufgezeigten Behandlungsmöglichkeiten und welches Risiko bestünde, wenn sie auf eine antihormonelle Therapie verzichten würde.

## **2.2.5 Antikörpertherapie**

Antikörper greifen die Tumorzellen auf der Oberfläche an, im Unterschied zu den Zytostatika, die den Zellkern bei der Teilung zerstören. Somit ist eine Antikörpertherapie auch wirksam, wenn sich der Tumor nicht im Wachstum befindet. Die Antikörper leiten somit über die Rezeptoren an der Oberfläche der Zelle Signale an die Nachbarzelle weiter, die beispielsweise das Zellwachstum stoppen. Ausserdem verändern die Antikörper die Oberfläche der Zelle, so dass diese vom Körper als kranke Zelle erkannt wird und so vom Immunsystem zerstört wird. Antikörpertherapien können ergänzend zur Chemotherapie aber auch nur als solche durchgeführt werden.

Bis auf allergische Reaktionen bei der ersten Infusion zeigen sich meist keine schweren Nebenwirkungen. Allerdings werden auch gesunde Zellen angegriffen, was beispielsweise das Immunsystem oder den Herzmuskel schwächt (Schulz-Kindermann, 2013).

### **Beispiel: Antikörpertherapie**

Eine Patientin mit einem kleinzelligem Bronchialkarzinom wurde vom Tumorzentrum zu mir überwiesen, weil nach einem halben Jahr Antikörpertherapie (kombiniert mit einer Chemotherapie) die Antikörper keine Wirkung mehr gezeigt haben und die Patientin danach einen auffälligen Wert auf einer Depressionsskala angegeben hat.

Nach der Diagnose vor ungefähr einem halben Jahr war sie zwar schockiert, sie hatte dem Krebs aber den Kampf angesagt. Vor der geplanten Chemotherapie hat sie noch eine Urlaubsreise unternommen, um sich zu stärken. In der Zeit sei eine neue Antikörpertherapie bei der Krankenkasse aufgenommen worden. Da die Therapie aber zum Zeitpunkt der Diagnose noch nicht zu den Grundleistungen gehörte, wollte die Krankenkasse nicht zahlen. Diese Situation haben die behandelnden Onkologen dem herstellenden Pharmakonzern vorgelegt, worauf dieser, die Patientin in eine Studie eingeschlossen hat und somit die Kosten für diese Behandlung gedeckt waren. Nach dem ersten Rückschlag fühlte sich die Patientin noch mehr in ihrem Vorhaben bestärkt, den Krebs mit der sehr schlechten Prognose zu besiegen.

In den ersten Monaten hat die Patientin gut auf die Antikörpertherapie angesprochen und war der Überzeugung, dass sie so diesen schlecht heilbaren Krebs, besiegen könnte. Die Ernüchterung kam nach ungefähr einem halben Jahr. Der Onkologe habe ihr mitgeteilt, dass sie jetzt nicht mehr darauf ansprechen würde. Dies stürzte sie in eine Krise, weshalb sie bei mir angemeldet wurde.

In der darauffolgenden Therapie ging es immer wieder darum, zu verstehen, was ihr Krebs für eine Erkrankung ist. Warum sie jetzt plötzlich nicht mehr auf eine Therapie anspreche oder warum man den Krebs bei ihr als Raucherin nicht schon früher entdeckt habe. Wenn ich eine medizinische Frage nicht beantworten konnte, überlegten wir, wo sie die Information erhalten könnte, oder ich sprach mit Fachpersonen aus meinem Team. Dies vor allem dann, wenn es der Patientin schwer fiel, die Fragen im Tumorzentrum zu stellen, wo sie das Gefühl hatte, dass dafür keine Zeit sei.

### **2.2.6 Supportive Therapie**

Zu den supportiven Therapien gehören Massnahmen, die die onkologische Therapie unterstützen, die therapiebedingten Nebenwirkungen verringern und die Lebensqualität steigern.

Nebenwirkungen wie Übelkeit, Durchfall und Schleimhautentzündungen können gut durch geeignete Medikamente minimiert werden. Weiter können Wachstumsfaktoren als Medikament verabreicht werden, die beispielsweise die Produktion von weissen und roten Blutkörpern anregen. Weisse Blutkörper werden dann nach der Chemotherapie unter die Haut gespritzt, was Infekte verhindern kann. Bei einer sehr niedrigen Anzahl von weissen Blutkörpern werden teilweise auch vorsorglich Antibiotika eingesetzt. Bei Blutarmut kann so auch die Anzahl der roten Blutkörper erhöht werden und bei starker Blutarmut auch Bluttransfusionen gemacht werden.

Wenn das Gleichgewicht in den Knochen zwischen knochenaufbauenden und knochenabbauenden Zellen gestört wird, kann dies zu Instabilität und Schmerzen führen. Bisphosphonate sind Medikamente (Tabletten oder monatliche Infusionen), die in den Knochen eingelagert werden und

diesen Prozess hemmen. Bei Knochenmetastasen werden so der Knochenabbau und die Schmerzen verringert. Ausserdem haben diese auch eine wachstumshemmende Wirkung auf die Tumorzelle.

Weitere supportive Therapien sind die Tumorschmerztherapie, die Ernährungstherapie (Ernährungsumstellung, künstliche Ernährung, Spezialprodukte zur Steigerung des Kalorien- und Eiweissgehalts, künstliche Zusatznahrung), sportmedizinische Massnahmen und die psychoonkologische Betreuung (Schulz-Kindermann, 2013).

### **2.2.7 Komplementärmedizin**

Komplementärmedizin ist ein Sammelbegriff für Behandlungsmethoden, die nicht der sogenannten Schulmedizin entsprechen und deren Wirksamkeit nicht eindeutig geklärt ist. Komplementäre Behandlungen werden jedoch häufig in Anspruch genommen, um die schulmedizinische Therapie zu ergänzen, wie beispielsweise für die Reduktion von Nebenwirkungen. Beispiele sind die Misteltherapie, Selen als Nahrungsergänzungsmittel, Grüner Tee oder andere Substanzen aus Lebensmittel wie Cucurmin (z.B. in Curry enthalten), Isothiozyanate (z.B. im Brokkoli enthalten, Resveratol (aus Weintrauben, Beeren und Erdnüssen), die eine antitumorale Wirkung haben sollen. Klinische Daten für die Wirksamkeit gibt es nicht und so auch keine Angaben zu sinnvoller Dosierung oder mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Von Therapien, die eine schulmedizinische Behandlung ausschliessen und Heilung versprechen, ist dringend abzuraten. Zuzuraten ist allerdings immer einer Ernährungsüberprüfung und gegebenenfalls einer Ernährungsumstellung hin zu vegetarischer (auch veganer-) Kost, Minimierung tierischen Eiweisses, Zuckerreduktion und spezielle Obst und Gemüsesorten, die nachweislich gute Wirkungen bei Krebserkrankungen zeigen (Berg, L. 2009, S.370 ff.)

Sport ist eine komplementäre Behandlung mit gesichertem wissenschaftlichem Nutzen (Risikoreduktion für hormonabhängiger Brustkrebs um 30%) und geringem Risiko. Neuere Studien zeigen, dass täglich 15 Minuten körperliche Aktivität das Krebsrisiko senkt und das Leben verlängert. Durch körperliche Aktivität kann auch das Rückfallrisiko für Patienten mit Brust- und Darmkrebs deutlich gesenkt werden. Es wird ein moderates Training (Ausdauersport wie z.B. Joggen, Schwimmen, Nordic Walking) empfohlen (z.B. dreimal pro Woche für mindestens 30 Minuten). Auch nach Hochdosischemotherapie kann durch Training schon im Spital ein positiver Effekt auf Blutbild und körperliche Erholung ohne erhöhtes Infektionsrisiko erzielt werden (Schulz-Kindermann, 2013).

### **2.2.8 Behandlungskonzepte**

Ist eine onkologische Erkrankung heilbar, spricht man von einer *kurativen* Therapie. Dabei werden teilweise starke Nebenwirkungen in Kauf genommen, um den Krebs zu heilen. Im Gegensatz dazu versucht eine *palliative* Behandlung die Symptome zu lindern und die Lebenserwartung mit guter

Lebensqualität zu verlängern. Das heisst nicht, dass grundsätzlich eine kurze Lebenserwartung besteht. Bei metastasiertem Brustkrebs beispielsweise können Betroffene über viele Jahre behandelt werden. Die Therapien ähneln der Behandlung einer chronischen Erkrankung.

Bei den meisten soliden Tumoren wird eine primär kurative Operation durchgeführt, wobei auf diese bei einigen Tumorarten einer Chemo- oder Strahlentherapie folgt. Eine neoadjuvante Therapie (primär systemische Therapie) umfasst eine Chemo- oder Strahlentherapie, die vor einer Operation durchgeführt wird, um durch eine Tumorverkleinerung eine Operation zu ermöglichen. Ergänzende oder unterstützende Therapien (adjuvante Therapien) werden nach einer Operation durchgeführt, wobei von einer vollständigen Tumorentfernung ausgegangen wird (ohne Resttumorgewebe am Tumorrand nach der Operation). Damit soll das Risiko für einen Rückfall beziehungsweise einer Metastasierung (bei grossen Tumoren oder bei Lymphknotenbefall) gesenkt werden. Gewisse Erkrankungen können auch durch eine primär kurative Chemotherapie geheilt werden, wie beispielsweise bei hämatologischen Erkrankungen. Eine primär kurative Strahlentherapie kann beispielsweise beim lokal begrenzten Prostatakarzinom eine gleichwertige Therapieoption zur Operation sein. Auch werden Strahlen- und Chemotherapie kombiniert.

Weitere Behandlungskonzepte sind die Stammzelltransplantation sowie verschiedene palliative Therapien, auf die hier jedoch nicht weiter eingegangen wird (Schulz-Kindermann, 2013).

### **2.2.9 Spätfolgen der Krebsbehandlung**

Gewisse Folgen der Krebsbehandlung bleiben bei vielen Patienten über Jahre hinweg erhalten. Sie haben mehr oder weniger großen Einfluss auf die Lebensqualität.

Beispielsweise können bei operativen Eingriffen Funktionseinschränkungen auftreten. Bei Eingriffen im Becken wie zum Beispiel bei der Operation eines Rektum- oder Prostatakarzinom, werden Kontinenz, Miktions- und Sexualstörungen beschrieben. Nach Brustkrebsoperationen, bei denen auch die Lymphknoten in den Achselhöhlen operiert werden, kommt es bei 30% der Patientinnen zu Armfunktionsstörungen und Schwellungen im Sinne eines Lymphödems. Bei der Strahlentherapie kann es zu narbigen Veränderungen und chronischen Reizungen kommen. So haben junge Brustkrebspatientinnen nach einer Bestrahlung (abhängig von der Bestrahlungsdosis) Jahre später ein erhöhtes Risiko für eine Herzkrankgefässerkrankung. Die Langzeitfolgen der Chemotherapie hängen von der verwendeten Substanz, der Intensität und der Kombination mit anderen Medikamenten oder der Bestrahlung ab. So kann es zu Herzmuskelschwächen oder Polyneuropathien kommen. Als Folge der Chemotherapie, aber auch bei den antihormonellen Behandlungen bei Brustkrebs, kann es bei jungen Frauen zu einer Abnahme der Knochendichte oder

einer vorzeitigen Menopause kommen (Hitzewallungen, sexuelle Probleme, Stimmungsschwankungen, Gewichtszunahme und Schlafstörungen).

Neben den körperlichen Problemen kommt es ungefähr bei jedem 5. Langzeitüberlebenden zu einer verminderten Belastbarkeit, Fatigue, starke Rezidivangst und Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Kognitive Einschränkungen im Anschluss an eine Chemotherapie werden von 10-40% der Krebspatienten berichtet. Diese treten in unterschiedlichen Ausprägungen auf und bilden sich meist ganz, aber teilweise erst über Jahre oder gar nicht zurück.

Das Fatigue-Syndrom tritt bei 80% der Patienten während der Therapie auf und nach der Therapie leiden ungefähr 30% darunter. Es umfasst drei charakteristische Beschwerden: die Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, kognitive Defizite (Gedächtnisstörung, Konzentrationsmangel) und affektive Symptome (Motivationsverlust, Reizbarkeit und Frustration). Es ist schwierig, das Fatigue-Syndrom von der Depression zu unterscheiden. Im Gegensatz zur Depression führt man die reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit auf therapiebedingte Folgen zurück (Blutarmut oder eine Abnahme der kardialen Pumpleistung und der Muskulatur) (Schulz-Kindermann, 2013).

### **3 Psychoonkologie**

In diesem Kapitel wird nun auf die erforschten Zusammenhänge zwischen der Psyche und der Krebsursache beziehungsweise dem Krankheitsverlauf eingehen und welche therapeutischen Ansätze sich bewährt haben. Bei Letzterem werden die Ansätze der Integrativen Therapie mit einfließen und theoretische Konzepte dazu erläutert werden.

#### **3.1 Psychosoziale Risikofaktoren**

##### **3.1.1 Psyche und Krebsursache**

Die Hälfte aller Krebspatienten sehen einen Teil der Ursache ihrer Erkrankung in psychischen Faktoren. Dieser Meinung waren bereits antike Persönlichkeiten wie Hippokrates und Galenus, die Melancholie als Ursache für Krebs diskutierten. Ausserdem werden auch Stress und Persönlichkeitsfaktoren mit der Entstehung von Tumoren in Verbindung gebracht. Die wissenschaftliche Untersuchung des Zusammenhangs zwischen psychosozialen Faktoren und Krebsrisiko ist aufgrund der multifaktoriellen Genese von Krebs und der Komplexität von psychosozialen Faktoren erschwert. Deswegen zeigt sich eine grosse Heterogenität von methodischen Herangehensweisen, Erklärungsmodellen, Operationalisierungen und Ergebnissen. Da der Zusammenhang bereits seit einigen Jahrzehnten erforscht wird und in den letzten Jahren auch viele hochwertige Studien publiziert wurden und dabei keine einheitlichen Ergebnisse für einen Faktor gefunden wurden, ist davon auszugehen, dass weder Persönlichkeitsfaktoren, Depressivität

noch Stress Krebs direkt oder monocausal verursachen (Mehnert & Koch, 2016; Schulz-Kindermann, 2013).

Weiter wird der Einfluss von psychosozialen Faktoren, die sich negativ auf das Immunsystem auswirken beziehungsweise Verhaltensweisen fördern, die wenig gesundheitsförderlich sind (Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, geringe körperliche Aktivität) diskutiert. Diese wiederum haben einen Einfluss auf das Krebsrisiko. Dieser Forschungsstand kann für Krebspatienten zu Entlastung von Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen führen (Mehnert & Koch, 2016).

### **3.1.2 Psyche und Krankheitsverlauf**

Im Krankheitsverlauf auftretende Belastungen können sich auf alle Lebensbereiche auswirken und die Lebensqualität einschränken. Die 4-Wochen-Prävalenz für irgendeine psychische Störung liegt bei 31.8%. Besonders häufig sind Angststörungen, Anpassungsstörungen und affektive Störungen. Die erlebten Belastungen lassen sich häufig auf ein nicht erfülltes Unterstützungsbedürfnis der klinischen Angebotsseite zurückführen. So wünschen sich viele Patienten Hilfe im Umgang mit der Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung, bei Sorgen über Angehörige und im Umgang mit Depressivität und Traurigkeit (Mehnert & Koch, 2016).

Das psychische Befinden wurde in zahlreichen onkologischen Studien miterfasst, weswegen eine hohe Datenfülle besteht. Diese Daten wurden dann in Post-hoc-Analysen (nachträglich) ausgewertet. Die Analyse im Nachhinein birgt die Gefahr positive Zusammenhänge zu finden, die in der Stichprobe nur zufällig vorhanden sind. So zeigen sich Korrelationen zwischen psychosozialen Variablen und Überlebenszeit, wobei sich kein einziges Merkmal studienübergreifend als stabiler Prädiktor hält. Ausserdem zeigen gewisse Studien auch Zufallsbefunde in der entgegengesetzten Richtung, also dass eine Depression die Überlebenswahrscheinlichkeit erhöht. Insgesamt liegt demnach die Schlussfolgerung nahe, dass der onkologische Krankheitsverlauf nicht vom psychischen Befinden abhängt (Schulz-Kindermann, 2013).

Untersucht wurde auch der Zusammenhang zwischen der Krankheitsverarbeitung und dem Überleben. Unter anderem wurde eine Hypothese diskutiert: Brustkrebspatientinnen, die den Kategorien „Kampfgeist“ und „Verleugnung“ zugeteilt werden konnten, hatten eine höhere Überlebenschance, als die der Kategorien „stoische Akzeptanz“ und „Hoffnungslosigkeit“. Diese mittlerweile veralteten Resultate haben immer noch einen Einfluss auf die Haltung der Betroffenen, obwohl die Studie revidiert wurde. Aus heutiger Sicht gibt es keine Hinweise für den Einfluss der Krankheitsverarbeitung auf den Krankheitsverlauf. Im Einzelfall zeigt sich sogar eher die umgekehrte Kausalität, dass der körperliche Zustand sich auf die Psyche auswirkt. Es ist jedoch zu betonen, dass

Krankheitsbewältigung kein zu vernachlässigendes Thema ist, denn der Umgang (Coping) ist von grosser Bedeutung für die Lebensqualität (Herschbach & Heußner, 2008; Schulz-Kindermann, 2013).

## **3.2 Psychoonkologische Therapieansätze**

Eine Krebserkrankung ist ein Schicksalsschlag für den betroffenen Menschen. Sie beeinflusst seine Integrität, sein Wohlbefinden und sein Sinnerleben. Ausserdem hat eine Krebserkrankung auch Folgen für das soziale Umfeld eines Menschen. Es handelt sich also um ein komplexes Geschehen, das ganzheitlich und differenziert betrachtet werden muss (Petzold, 1999f). Die Integrative Therapie versucht sich dieser Komplexität mit einem umfassenden Menschenbild anzunähern, was in der anthropologischen Grundformel zusammengefasst wird. Aus diesen einzelnen Aspekten des Menschenbildes lassen sich wiederum spezifische Interventionen ableiten.

### **3.2.1 Menschenbild der Integrativen Therapie**

Die Integrative Therapie geht von ihrer anthropologischen Grundformel aus (Petzold, 2001j, 2009c, 2003e), die den Menschen – genderdifferentiell Frau und Mann – als Leib-Subjekt in seiner Lebenswelt betrachtet. Unter dem Begriff “Leib-Subjekt” beziehungsweise dem “Leibbegriff” werden verschiedene Dimensionen des Menschen zusammengefasst: der Körper, die Seele und der Geist.

Der Körper (bzw. Soma) umfasst die belebte Materie, also den Organismus mit seinen Prozessen und Informationen, die im Körpergedächtnis abgespeichert sind. Dies führt zur Ausbildung von somatischen Schemata und somatomotorischen Stilen. Störungen des Körpers machen somatotherapeutische Interventionen (Atem-, Bewegungs- und Sporttherapie) erforderlich.

Die Seele (bzw. Psyche) beinhaltet Gefühle, Motivationen, Willensakte und schöpferische Impulse sowie Informationen im Leibgedächtnis und den daraus folgenden möglichen emotionalen Antizipationen (Hoffnungen, Wünsche, Befürchtungen), die zur Ausbildung von persönlichen und kulturspezifischen emotionalen Schemata und Stile führen. Bei Störungen dieses Aspekts des Leibes sind psychotherapeutische Interventionen (emotions-, motivations-, volitionszentrierter Art, erlebnisaktivierende Kreativmethoden bzw. Intermediale Arbeit) indiziert.

Der Geist (bzw. Nous) meint die Gesamtheit aller kognitiven Prozesse (Mentalisierungen) mit ihren personenspezifischen, aber auch kulturspezifischen kognitiven bzw. mentalen Stilen und den daraus entstandenen individuellen Inhalten (persönliche Überzeugungen, Glaubenshaltungen, Werte) und kollektiven (Güter der Kultur, Wertesysteme, Weltanschauungen, Religionen, Staatsformen, Störungen der Kunst und Ästhetik, der Wissenschaft und Technik) sowie die Informationen im Leibgedächtnis. Aus der Interaktion entstehen Selbstbewusstheit und persönliche Identitätsgewissheit, als Mitglied der menschlichen Gemeinschaft. Der Geist wird demnach als bewusst sowie als reflektierend/interpretierend und reflexionsfähig/sinnschöpfend gesehen.

Mentalisierungsprozesse wiederum führen zur Ausbildung persönlicher und kulturspezifischer kognitiver Schemata und Stile. Störungen auf dieser Ebene verlangen nach kognitiven, ästhetischen, sinnorientierten Interventionen (kognitives Modelling, mentales Training, Imagination, sokratisches Sinngespräch, Achtsamkeitsmeditation etc.).

In der anthropologischen Grundformel wird auch von der Lebenswelt gesprochen, womit der soziale und ökologische Kontext und das Kontinuum gemeint sind; also beispielsweise: gerade wichtige sozialen Kontakte, die Wohnsituation und deren Distanz zur Natur (nahegelegener Wald) sowie der Zeitpunkt der Krebsdiagnose in der persönlichen Lebensgeschichte (gerade nach einem Jobverlust). Störungen in diesen Bereichen benötigen sozio- und netzwerktherapeutische sowie ökologische Interventionen.

### **3.2.2 Spezifisches bei der Psychotherapie mit Krebspatienten**

Die eben dargestellten Interventionen sind spezifisch aus Störungen eines konkreten Bereichs des Menschseins abgeleitet. Allerdings handelt es sich um allgemeine Interventionen und noch nicht spezifische Interventionen für Krebspatienten. Schulz-Kindermann (2013) setzt sich unter anderem mit Besonderheiten der Psychotherapie bei Krebs auseinander.

Im Zentrum steht zuerst die medizinische Situation, mit der Patienten konfrontiert sind. Dabei geht es in erster Linie um ein Verstehen und den Umgang mit häufig naheliegenden Assoziationen wie Leiden, Sterben oder Tod. Eine psychologische Auseinandersetzung liegt meistens nicht im Vordergrund. Patienten und Angehörige erwarten meist, dass sie mit ihrer existenziellen Not wahrgenommen werden. Häufig wird in der Psychoonkologie in diesem Zusammenhang auch von "Begleitung" gesprochen und womit die Art der therapeutischen Beziehung relativ offen definiert wird. Im Vordergrund der psychoonkologischen Psychotherapie steht somit eine "psychoonkologische Grundhaltung", die einen besonderen Respekt vor der Auseinandersetzung der Betroffenen mit der Erkrankung beinhaltet und vor allem auf der Anerkennung und Würdigung des individuellen Leids fokussiert. Somit sollen Interventionsformen aus verschiedenen Therapierichtungen herangezogen werden, die nur dann effektiv eingesetzt werden können, wenn sie auf dem Hintergrund einer wertschätzenden, authentischen, achtsamen und empathischen (klientenzentrierten) Grundhaltung realisiert werden. Es geht also um ein Sich-Einfühlen in das Erleben des Gegenübers, ohne sich zu identifizieren. Wobei bei jedem Einfühlungsprozess ein Teil Identifikation notwendig ist. Dieser sollte aber möglichst dosiert werden. In der Integrativen Therapie spricht man von „partiellem Engagement“. So ist es auch unausweichlich, sich dem "Übertragungsgeschehen" zuzuwenden, um reale Befürchtungen und Todesbedrohungen zu erkennen und von irrationalen Phantasmen zu unterscheiden. Die Psychotherapeutin steht somit in einer ständigen Konfrontation, die sich auf ihr seelisches Leben auswirkt, wenn auch nicht direkt, im

Sinne, dass die Therapeutin selbst erkrankt. Dies heisst nicht, dass keine Gefühle bei der Therapeutin ausgelöst werden. Thomas Fuchs (2014) unterteilt Gefühle in verschiedene Aspekte. Die Affektive Intentionalität beschreibt die spürbaren Emotionen bezüglich des Fühlens bezüglich einer Situation und des sich selbst Fühlens während deren Konfrontation. Die Leibliche Resonanz setzt sich zusammen aus allen Formen von Leibempfindungen (Gefühle von Wärme, Kälte, Kitzeln, Zittern, Schmerz, Spannung, Sinken, Weitung um nur einige zu nennen). Diese Empfindungen gehen auf die Aktivierung des autonomen Nervensystems (erhöhte Herzfrequenz, schnellerer Atem) und Muskelaktivierungen, körperliche Haltungen, Bewegungen und entsprechende kinästhetische Empfindungen zurück. Diese Empfindungen wiederum haben eine unmittelbare Wirkung auf die Emotionen. Beispielsweise erhöht die Wahrnehmung, des schlagenden Herzens bei Angst, die Angst selbst. Die Handlungstendenz, ein weiterer Gefühls-Aspekt, resultiert aus der leiblichen Resonanz. Wenn eine Situation Angst auslöst, schlägt beispielsweise nicht nur das Herz schneller, sondern könnte auch den Drang zu fliehen oder sich zu verstecken auslösen. Der letzte Gefühls-Aspekt ist die Funktion. Emotionen „ergreifen“ uns und unterbrechen somit den augenblicklichen Gang unseres Lebens, um uns mitzuteilen, was wichtig ist und worauf wir reagieren sollen. Emotionen sind demnach leiblich empfundene Wahrnehmungen einer bedeutsamen Umwandlung der Umwelt, die uns gleichzeitig zur Handlung aufrufen (Fuchs, 2014).

Das Sich-Einfühlen, also das zwischenleibliche Empathie-Erleben soll den therapeutischen Prozess dabei unterstützen „korrektive Erfahrungen“ zu ermöglichen, im Sinne eines emotionalen Nachnährens in der Therapie. So können Therapeutinnen bei fehlender mütterlichen Zärtlichkeit beispielsweise während einer Grippe in der Kindheit, diese Qualitäten im psychoonkologischen Therapieraum den Patientinnen bereitstellen. Diese Qualitäten sind allerdings nicht nur kognitiver Natur. Petzold und Mathias-Wiedemann (2019) gehen von einer „differentiellen Empathie“ aus, die neben der kognitiven auch eine emotionale sowie eine somatosensible beziehungsweise eine somato-sensumotorische Dimensionen postulieren. Die kognitive Empathie meint das kognitive empathische Verstehen. Die emotionale Empathie umfasst das Mitfühlen, wobei dies sowohl das Erschliessen wie der andere sich fühlen könnte, als auch die eigene emotionale Resonanz gemeint ist. Die somatosensible beziehungsweise somato-sensumotorische Empathie beschreibt das Mitschwingen, also jemanden auf leiblicher Ebene näherungsweise die interozeptiven „body states“ eines anderen mit zu erspüren oder im „eigenleiblichen Spüren“ mit zu erfassen (Petzold und Mathias-Wiedemann, 2019).

Eine weitere Besonderheit der therapeutischen Arbeit zwischen Psychoonkologen und Krebspatient ist die therapeutische Beziehung. So kommen Patienten häufig nicht mit einer expliziten psychotherapeutischen Erwartungshaltung. Sie erleben sich auch nicht (meist zurecht) als psychisch gestört, sondern von der lebensbedrohlichen Erkrankung überfordert und haben somit auch keinen konkreten Behandlungswunsch oder -auftrag. Das bedeutet, dass die Gestaltung sich weniger an psychotherapeutischen Zielen orientiert, sondern an der Erarbeitung des grundsätzlichen Stellenwerts der psychoonkologischen Begleitung.

### 3.2.3 Grundregel der Integrativen Therapie

Wie eben erläutert geht es bei der psychoonkologischen Arbeit um eine Grundhaltung mit einer speziellen therapeutischen Beziehung, die sich weniger an psychotherapeutischen Fragestellungen orientiert. Die Haltung in einer therapeutischen Beziehung wird in der Integrativen Therapie im Rahmen der "Grundregel" ausgeführt und hat zum Ziel die Integrität des Patienten zu gewährleisten, zu sichern und zu fördern. Sie ist unterteilt in verschiedene Abschnitte: Patientin, Therapeutin, Interaktion zwischen Patient und Therapeut, Setting und dem Therapieverfahren (Schulz-Kindermann, 2013):

"Der *Patient* bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in seiner Therapie mit sich selbst, seiner Störung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seiner Anregungen partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Das geschieht in einer Form, in der er – seinen Möglichkeiten entsprechend – seine Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten, seine Probleme und seine subjektiven Theorien einbringt, Verantwortung für das Gelingen seiner Therapie mitübernimmt und er die Integrität des Therapeuten als Gegenüber und belastungsfähigen professional nicht verletzt."

"Der *Therapeut* seinerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer intersubjektiven Grundhaltung mit dem Patienten als Person, mit seiner Lebenslage und Netzwerksituation partnerschaftlich auseinanderzusetzen, mit seinem Leiden, seinen Störungen, Belastungen, aber auch mit seinen Ressourcen, Kompetenzen und Entwicklungsaufgaben, um mit ihm gemeinsam an Gesundung, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklungen zu arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller, soweit möglich forschungsgesicherter "best practice" Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt. "

"*Therapeut* und *Patient* anerkennen die Prinzipien der "doppelten Expertenschaft" – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der "Andersheit des Anderen" und vor ihrer jeweiligen "Souveränität". Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozess und in der therapeutischen Beziehung korrespondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten."

"Das *Setting* muss gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen und fachverbandliche Regelungen), dass Patientenrechte, "informierte Übereinstimmung", Fachlichkeit und die Würde des Patienten gesichert sind und der Therapeut die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des

Patienten vorausgesetzt, im Krisenfall unter seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen.“

“Das *Therapieverfahren*, die *Methoden* muss gewährleisten, dass in grösstmöglicher Flexibilität auf dem Hintergrund klinisch-philosophischer und klinisch-psychologischer Beziehungstheorie reflektierte, begründbare und prozessual veränderbare Regeln der konkreten Beziehungsgestaltung im Rahmen dieser Grundregel mit dem Patienten/der Patientin und ihren Bezugspersonen ausgehandelt und vereinbart werden, die die Basis für eine polylogisch bestimmte, sinnvoll therapeutische Arbeit bieten.“

Zusammengefasst geht es bei der Grundregel der Integrativen Therapie um das Zusammenfließen von zwei Qualitäten in der Therapie. Es soll ein gastlicher Raum geschaffen werden, in dem Patienten sich willkommen fühlen und ein Gefühl der Partnerschaftlichkeit entstehen kann. Die gemeinsame Aufgabe der Therapie soll unter gewissen Bedingungen (geregeltes Miteinander) angegangen werden. Diese Bedingungen setzen sich zusammen aus dem, was der Patient und der Therapeut einbringen, wie die beiden in Verbindung gehen, was das Setting gewährleistet und welche Punkte in dem verwendeten Therapieverfahren vorkommen.

Die von Schulz-Kindermann (2013) beschriebene psychoonkologische Grundhaltung wird in der Grundregel der Integrativen Therapie in der „doppelten Expertenschaft“ und dem „Respekt vor der Andersheit des Anderen“ wiedergespiegelt. Somit ist es in der Integrativen Therapie eine störungsbeziehungsweise krankheitsunabhängige Haltung, die das Anerkennen und die Würdigung des individuellen Leids vor die psychotherapeutische Intervention setzt.

### **3.2.4 Interventionen aus verschiedenen Psychotherapieansätzen**

Psychotherapeutische Intervention bei Krebserkrankungen sind eine Kombination aus Methoden verschiedenster psychotherapeutischen Ansätzen mit nachgewiesener Wirksamkeit und existenziellen Fragestellungen im Kontext eines lebensbedrohlichen Prozesses (Schulz-Kindermann, 2013). Die therapeutischen Interventionen hängen sehr vom Arbeitssetting und von der Erkrankungs- und Behandlungssituation des Patienten ab. Ziel einer psychoonkologischen Begleitung ist: Die Unterstützung des Patienten bei der Bewältigung der Erkrankungs- und Behandlungsfolgen. Im Vordergrund dabei steht häufig die Stabilisierung oder Verbesserung der Lebensqualität. In den nachfolgenden Absätzen wird nun gruppiert auf einzelne psychotherapeutische Ansätze eingegangen, wobei es sich hier nur um eine Selektion von Strategien und nicht um eine umfassende Auswahl handelt.

**Verhaltenstherapie, symptomorientierte Therapie und Hypnotherapie.** Die verhaltenstherapeutischen Methoden zielen auf Lernprozess zur Verhaltensmodifikation, wobei unter anderem dysfunktionale Lerninhalte oder ungünstige Verhaltensweisen versucht werden „umzulernen“. Dabei ist allerdings in der Psychoonkologie eher ein zögerliches Vorgehen angezeigt,

da zunächst unangemessen erscheinendes Verhalten vielleicht gerade in krisenhaften Kontexten von Erkrankung und Behandlung ihren Sinn haben. Wenn sich Patienten allerdings von ihren eigenen Verhaltensweisen gestört fühlen und von ihrer gewünschten Alltagsbewältigung abweichen, sind konkrete Verhaltensanalysen oder Modifikationspläne sinnvoll. Ausserdem kann eine der ersten Interventionen auch an der häufigen dysfunktionalen Grundannahme "Ich habe Krebs – also werde ich bald sterben" ansetzen (kognitive Umstrukturierung). Eine Stärke der verhaltensorientierten Methoden ist die «Psychoedukation», die gerade auch bei Behandlungen mit psychischer Komorbidität induziert ist. Dabei im Vordergrund steht die "Übersetzung" des medizinischen Jargons, damit die Informationen zugänglicher gemacht werden.

Aus symptomorientierten und hypnotherapeutischen Verfahren wurden bei Suggestion und geleitete Imaginationen eine gute Evidenz bei krebsbezogenen Problemen nachgewiesen (vgl. Schulz-Kindermann, 2013). Diese zielen vor allem auf körperliche Symptome während einer Krebsbehandlung (Schmerzen, Unruhe, Schlafstörungen, Übelkeit, Fatigue) ab. Bei schweren somatopsychischen Symptomen hat sich die Kombination aus hypnotherapeutischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken wie Distraction und Distanzierung als effektiv erwiesen.

**Supportive Interventionen und tiefenpsychologische Ansätze.** Supportive Interventionen sind zentral in der Behandlung von psychoonkologischen Themen und keinesfalls als "halbe Psychotherapie" zu werten. Vielmehr macht die sorgfältige Konkretisierung dieses Ansatzes einen nachhaltig wirksamen therapeutischen Prozess möglich (Schulz-Kindermann, 2013). Dabei wird zunächst nicht analytisch oder ursachenzentriert gearbeitet, sondern an dem, was im Alltagsprozess erforderlich ist. Es geht dabei um die haltende, stabilisierende und entlastende Funktion des Psychotherapeuten, in dem er die Leiden des Patienten aufnimmt, würdigt und "mitträgt". Gerade bei hochbelasteten Patienten kann diese Funktion ganz entscheidend sein, weil sie diese Patienten häufig ihrem Umfeld nicht zumuten wollen oder sich im Behandlungsteam nicht hilflos oder verzweifelt zeigen möchten.

Aus den tiefenpsychologischen Ansätzen sind für die psychoonkologische (meist ambulante Langzeitbehandlung) Arbeit die Begriffe "Übertragung" und "Abwehr" relevant. So beeinflussen existenzielle Fragestellungen des Patienten auch die therapeutische Resonanz, wobei zwischen dem Erleben des Patienten, dem Erleben des Therapeuten und der Interpretation des Geschehens differenziert werden muss. Dies ist besser umsetzbar, wenn sich der Therapeut selbst bereits gründlich mit dem eigenen Sterben und Tod auseinandergesetzt hat. Weiter können psychoonkologische Interventionen nie losgelöst von der Geschichte des Patienten betrachtet werden. Das überraschende, zufällige Ereignis "Krebs" löst bei Betroffenen wie bei Professionellen die Frage nach Zusammenhängen aus. Dabei ist auch wichtig nicht nur nach den pathologischen

Zusammenhängen (was hat mich krank gemacht) sondern auch nach den salutogenen Zusammenhängen zu fragen (was hat mich gesundgehalten).

**Gesprächs-, Klienten- und Erfahrungszentrierte Psychotherapie.** Die Herangehensweise aus gesprächs-, klienten- bzw. erfahrungszentrierte Psychotherapie (nach Rogers oder Gendlin) fokussiert weniger auf der Identifikation von Störungen, sondern auf der Beseitigung von Hindernissen auf dem Weg zur psychischen Gesundheit. Gerade in der Arbeit mit Krebspatienten, bei denen meist keine primäre psychische Beeinträchtigung vorliegt, sondern die Patienten durch eine existenzielle Krise aus der Bahn geworfen sind, sollen Ressourcen aufgedeckt und gefördert werden, damit eigene Kräfte wieder aktiviert werden können. In der klientenzentrierten Arbeit zum "Experiencing" wird auf die "gefühlte Bedeutung" hingewiesen, die aus zunächst unklaren Situationen oder Erfahrungen abgeleitet werden kann. Dies ist besonders bei der Frage "Warum ich?" hilfreich, da es darauf keine allgemeine Antwort gibt, aber eine individuelle "erlebte" Antwort erarbeitet werden kann. Dieser Ansatz überschneidet sich auch mit der "Mindfulness Based Therapie", die mit ihren Achtsamkeitsmethoden in den letzten Jahren vielversprechende empirische Befunde bei Krebspatienten hervorgebracht hat (Schulz-Kindermann, 2013).

**Sinnorientierte Ansätze.** Neuere Einzel- und Gruppenangebote fokussieren auf der Auseinandersetzung mit dem Sinn, der Bedeutung (Meaning), die aus der Forschung zu "Würde" aus der Arbeit mit Palliativpatienten entwickelt wurden. Bei solchen sinnorientierten Interventionen wird mit Patienten daran gearbeitet, dem eigenen "Vermächtnis" einen Sinn zu verleihen.

**Krisen- und traumaorientierte Interventionen.** Ein zentrales Konzept in der Psychoonkologie ist das Coping. Dies erklärt warum Menschen wie auf Belastungen reagieren und diese bewältigen oder nicht. Bei einer Krebserkrankung handelt es sich um eine unbeeinflussbare und unwillkürliche Bedrohung, die von der bewussten Verarbeitungskapazität nicht mehr erfasst werden kann. Dies geschieht in akuten Krisensituationen und bei lebensbedrohlichen Ereignissen und ist von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Entsetzten geprägt. Es handelt sich dabei also um eine traumatische Verarbeitung. So kommen auch krisen- und traumaorientierte Interventionen zum Zuge, wobei die Benennung der Situation mit dem traumatischen Charakter von zentraler Bedeutung ist. Zuerst geht es aber um eine Stabilisierung der Traumatisierten, bei der nicht unbedingt das Trauma und dessen Inhalt im Vordergrund stehen muss. So werden beispielsweise psychische Reaktionsweisen wie dissoziatives Erleben nicht zwingend als psychopathologisch, sondern unter bestimmten Umständen als angemessene Belastungsverarbeitung gesehen. So beobachtet man in der Psychoonkologie häufig, dass nach Behandlungseingriffe sich der Körper, einzelne Körperbereiche oder bestimmte geistige Funktionen "abschalten".

**Systemische Perspektive.** Ein weiterer therapeutischer Aspekt in der Psychoonkologie ist die systemische Perspektive, womit nicht nur familien-, paar- und sozialtherapeutische Interventionen gemeint sind. Es geht um eine Metaperspektive der Behandlung. So kann beispielsweise der Widerstand eines Angehörigen eines Krebspatienten dazu führen, dass der therapeutischen Intervention entgegen gewirkt wird. Ausserdem ist auch eine Absprache im medizinisch-pflegerischen Team notwendig. Daher ist die Kommunikation der Mitglieder eines Behandlungssystems zentral, damit Missverständnisse aufgedeckt oder Ressourcen in anderen Bereichen offengelegt werden können. So kann es auch wichtig sein mit dem Patienten das Behandlungsteam mit der Gynäkologin, Hausärztin, Radiologin, onkologische Fachärztin, Pflegefachfrau, Sozialberaterin aufzuzeichnen, die Funktionen und Beziehungserfahrungen zu reflektieren und für den Patienten zu klären, wem welche Rolle zugewiesen wird. Eine häufige Beobachtung zeigt, dass insbesondere Menschen mit Beziehungs- und Persönlichkeitsstörungen ein Behandlungssystem durcheinanderbringen können, was sich zunächst nur in der Stimmung des Personals manifestiert.

Bei systemischen Interventionen in der Begleitung von sozialen Systemen (Paaren, Familien, sozialen Netzwerken) geht es um die Verdeutlichung der Vernetzung des Systems (Aufstellung, Genogramm). Wie war die Situation vor der Erkrankung und wie hat sie sich nach der Diagnose verändert. Im Zentrum steht dabei, dass sich Patienten und Angehörige über Zusammenhänge und Entwicklungen klar werden.

In der nachfolgenden Tabelle sind verschiedene Therapieansätze (gruppiert) zusammengefasst, mit Hinweisen zur Literatur und Therapieelementen aus diesen Verfahren. Derartige Gruppierungen können natürlich auch in anderer Weise erfolgen, je nachdem für welchen Kontext sie dienen sollen. Aus der Sicht vergleichender Psychotherapieforschung (Corsini 2010, Lebow 2008, Petzold 1984a) ergibt sich natürlich eine andere Systematik, als aus der Sicht über ein spezifisches Feld der Anwendung, hier der Psychoonkologie.

Therapieansatz	Literaturhinweise	Therapieelemente
Verhaltenstherapie, symptomorientierte Therapie, Hypnotherapie	Luebbert et al. (2001); Roediger (2016); Stavemann (2002); Syrjala et al. (1992)	Verhaltensanalysen, Modifikationspläne, kognitive Umstrukturierung, Psychoedukation, Schematherapie, Suggestion, Imagination, Distanzierung
Supportive Interventionen und tiefenpsychologische Ansätze	<b>Antonovsky</b> & Franke (1997); Beutel (2005); Freyberger & Freyberger (1994); <b>Seligman</b> & Csikszentmihalyi (2000)	am Alltagsprozess orientiert, Auseinandersetzung des Therapeuten mit sich selbst bzgl. existenziellen Fragestellungen, Übertragung

Gesprächs-, Klienten- und Erfahrungszentrierte Psychotherapie	Gendlin (1997); Kabat-Zinn (2006); Rogers Carl (2000); Yalom (1980)	Aktivierung der Selbstaktualisierungstendenz (innewohnende Kraft), Beseitigung von Hindernissen, Ressourcenaktivierung, Experiencing, Achtsamkeitsmethoden
Sinnorientierte Ansätze	Chochinov (2007; Frankl (2005)	Meaning, Sinn, Bedeutung erarbeiten, Würde
Krisen- und traumaorientierte Interventionen	Cordova & Andrykowski (2003); Lazarus & Folkman (1984); Passik & Grummon (1998)	Coping, Stabilisierung, Situation und Erfahrungen benennen, Dissoziation zulassen
Systemische Perspektive	Baider & Bengel (2001); Ell et al. (1989); Manne (1998); Northouse (1989)	Kommunikation im Behandlungssystem, Aufstellung, Genogramm, Erkennen von Zusammenhängen und Entwicklungen im sozialen Netzwerk

### 3.2.5 Interventionen aus der Integrativen Therapie

Wie bei der Grundregel der Integrativen Therapie bereits angedeutet wurde, unterscheidet sich die Haltung gegenüber einem Patienten nicht wesentlich dadurch, ob bei ihm eine Krebserkrankung besteht oder eine psychische Störung im Vordergrund liegt. Mit der Grundregel wird ein prinzipieller ethischer Rahmen geboten, das Bemühen um die Sicherung der Integrität des anderen Menschen (vgl. Levinas 1983), aus dem Respekt vor seiner Würde (Petzold, Orth 2011). Gerade im psychoonkologischen Kontext sind deshalb ethische Fragestellungen wichtig und müssen prinzipiell und zugespart auf die jeweilige Situation reflektiert werden. Grundlegend hierfür ist z. B. das Buch von Spiegel-Rösing, Petzold (1984): „Die Begleitung Sterbender“. Wenn sich die Therapie nach den in den Stunden sichtbaren Phänomenen richtet, woraus auf die dahinterliegenden Strukturen und Entwürfe geschlossen werden kann (Petzold, 1993a), müssen diese auch ethisch reflektiert werden. Das sollte auch in die Hypothesen eingehen, die dabei gebildet und mit dem Patienten überprüft werden. Dieser Vorgang wird „prozessuale Diagnostik“ (Petzold, Osten 1998, Osten 2019) genannt, bei der deshalb immer eine Linie ethischer Reflexionen mit bedacht werden sollte wenn die sich zeigenden Phänomenen im Verhalten und der Interaktionsform sowie die ausgelösten Resonanzen beim Therapeuten genutzt werden, um Interventionen abzuleiten. Petzold (1993a) geht davon aus, dass sich die gesamte Lebensgeschichte im aktuellen Moment zeigt, da diese in den Archiven des Leibes abgespeichert ist. Beim Beispiel Hautkrebs (siehe Anhang 7.1.) zeigt sich beispielsweise eine Irritation in meiner Resonanz und das Phänomen, dass die Patientin den Hautkrebs gerne als Ausrede benutzt. Aufgrund dessen habe ich Hypothesen aufgestellt, die im Verlauf der weiteren Therapie überprüft wurden. Die konkreten Interventionen fassen ausserdem auf den „Vier Wegen der Heilung

und Förderung“, die hier kurz vorgestellt und mit einem Beispiel verknüpft werden (Rahm et al., 1993):

### **3.2.5.1 Vier Wege der Heilung und Förderung**

Die Integrative Therapie (Rahm et al., 1993) stützt sich auf vier Grundfähigkeiten des Menschen, die es in der Therapie zu fördern gilt, wobei sie bereits zu einer minimalen Ausprägung vorhanden sein müssen:

1. Die Ko-Respondenz (Interaktion mit seiner sozialen und ökologischen Umwelt)
2. Das spontane, kreative Potential (Fähigkeit wahrzunehmen, auszudrücken, zu gestalten und Neues zu erproben)
3. Die Fähigkeit zur Exzentrität (Fähigkeit sich selbst und seine Umwelt in Vergangenheit und Gegenwart bewusst zu erleben, zu reflektieren und zu relativieren)
4. Die Fähigkeit zur Regression (Fähigkeit, emotional in frühere Szenen und Beziehungen zurückzugehen)

Aus diesen vier Grundfähigkeiten wurden in der Integrativen Therapie vier therapeutische Grundstrategien herausgearbeitet (Leitner, 2010; Petzold, 2012h; Rahm et al., 1993) Die vier Wege der Heilung und Förderung:

1. Bewusstseinsarbeit / Sinnfindung / emotionales Verstehen

Dieser Weg beinhaltet die Analyse des Lebenskontextes und des Lebenskontinuums. Dies beinhaltet sowohl die Klärung von Konflikten und Störungen als auch das Erforschen der Ressourcen und Potentiale mit dem Ziel der Veränderung von kognitiven Fixierungen (Skripts, Stile) und des Lebensstils durch korrigierende kognitive Einsicht. Dabei wird sowohl Biographie- als auch Identitätsarbeit geleistet, als auch Sinn- und Wertefragen bearbeitet.

Ein Beispiel zum ersten Weg der Heilung findet sich beispielsweise beim Beispiel: Operation (siehe Anhang 7.2). Die Patientin erlebt eine Situation traumatisch und ist dadurch sehr belastet. In der Analyse des Verhaltens erkennt sie, ihr Muster (über ihr Lebenskontinuum) beziehungsweise, das kognitive Skript, dass sie sich nicht wehren oder für sich einsetzen darf/kann. Ausserdem erlebt sie in der Reflexion eine korrigierende kognitive Einsicht, dass sie sich wehren darf.

2. Nachsozialisation / Emotionale Differenzierungsarbeit / Parenting / Reparenting

Im Rahmen dieses Weges soll das Grundvertrauen und der Selbstwert gestärkt und beschädigte Persönlichkeitsstrukturen, die empathische Kompetenz sowie die Beziehungsfähigkeit restituiert werden. Dies geschieht durch das Vermitteln von

ersetzenden, korrigierenden und alternativen emotionalen und kognitiven Erfahrungen. Somit werden durch korrigierende emotionale Erfahrungen die emotionalen Stile neubewertet und verändert.

In dem Beispiel: Keine Antihormonelle Therapie (siehe Anhang 7.5) hörte ich mir die Geschichte der aufgebrachten Patientin an und bestärkte sie darin, sich von ihrem Gefühl leiten zu lassen. Ich versuchte ihren Selbstwert zu stärken und ihr eine emotionale Erfahrung mitzugeben, dass es okay ist, so wie sie sich gerade fühlt. Ausserdem analysierten wir im weiteren Verlauf ihre Aggression (Emotionale Differenzierungsarbeit).

### 3. Erlebnisaktivierung / Persönlichkeitsentfaltung / kreativer Erlebnisentdeckung / alternative Handlungsmöglichkeiten

Zum dritten Weg gehört die Entwicklung und Förderung von Ressourcen und Potentialen (Kreativität, Fantasie, Sensibilität, Flexibilität) mittels multipler Stimulierung (kreative Medien, Traumarbeit, Alltagsleben als Übungsfeld) zur Stärkung der persönlichen Souveränität. Es soll aktiviert und dysfunktionales Verhalten gehemmt werden. Ziel ist somit eine Lebensstiländerung durch alternative kognitive und emotionale multisensorische und multiexpressive Performanzen.

Beim Beispiel: Chemotherapie (siehe Anhang 7.4) ist die Patientin nicht in der Lage ihr Verhaltensmuster flexibel an die veränderten Bedingungen der Chemotherapie anzupassen. Sie ist der Überzeugung, dass sie es nicht zum Thema machen darf, eine Chemotherapie nicht zu wollen. Wir reflektierten ihre Emotionen in Bezug auf ihr Verhalten, ich versuchte ihre Souveränität zu stärken und ermutigte sie darin, eine andere Strategie (Auseinandersetzung mit dem Onkologen) auszuprobieren.

### 4. Solidaritätserfahrung / Engagement / Alltagspraktische Hilfe / Förderung der Bildung psychosozialer Netzwerke

Beim vierten Weg der Heilung stehen die Metaperspektive, die Solidarität und die Souveränität im Vordergrund. Die exzentrische Betrachtung von Lebenslagen soll geübt werden. Entfremdungsprobleme, Lebens- und Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen und Identitätsarbeit gehören zu diesem Weg. Weiter geht es um soziales Sinnverstehen durch Hervorhebung der Erfahrung von Solidarität, sozialer Zugehörigkeit und Eingebundenheit mittels Verwendung von behavioralen, supportiven und netzwerktherapeutischen Methoden. Hierbei soll eine Lebensstiländerung durch

gemeinsame kognitive und emotionale Erfahrungen und multisensorische und multiexpressive Performanzen erreicht werden.

Beim Beispiel: Bestrahlung (siehe Anhang 7.3.) versuchte ich die Souveränität der Patientin zu fördern, indem ich mit ihr einen Weg gesucht habe, wie sie sich selbst Hilfe holen kann. Dabei fragte ich sie häufig: "Was würden Sie denn einer Freundin raten, wenn sie in Ihrer Situation wäre?". Damit fokussierte ich auf der exzentrischen Betrachtung.

### **3.2.5.2 Wirkfaktoren**

In der Psychotherapieforschung wird versucht herauszufinden, was bei den überprüften Interventionen wirksam ist. Dafür wurden konzeptanalytische Studien durchgeführt und spezifische sowie unspezifische Wirkfaktoren extrahiert (Petzold, 2012; Pfammatter & Tschacher, 2012, 2012). In der Integrative Therapie wird derzeit auf 17 Wirkfaktoren fokussiert, die hier ebenfalls erläutert und mit den Prozessbeispielen dieser Arbeit verdeutlicht werden (Petzold, 1993, 2019).

#### **1. Einführendes Verstehen, Empathie**

Darunter fallen Aussagen des Mitgefühls, der Empathie und der Wertschätzung, die dem Patienten das Gefühl geben, "verstanden" zu werden. Dabei werden das Erleben von Empathie gefördert und positive Sozialisations- und korrigierende emotionale Erfahrungen ermöglicht. Dies trägt dazu bei, dass der Patient sich selbst auch besser verstehen lernt und fördert die Selbstempathie.

Ein Beispiel für diesen Wirkfaktor ist im Beispiel Antikörpertherapie (siehe Anhang 7.6.), bei der die begonnene Antikörpertherapie keine Wirkung mehr zeigte. So bestätigte ich ihr immer wieder, dass sie sich wirklich in einer schlimmen Situation befinde und verwendete auch immer wieder Fluchworte dafür. Diese emotionale Sprache irritierte sie zu Beginn, führte aber auch dazu, dass sie ihre Situation auch emotional zu verstehen lernte.

#### **2. Emotionale Annahme und Stütze**

Dazu zählen Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung und die Förderung positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen. Dabei ist es wichtig, die emotionale Resonanz zu überprüfen.

Die Brustkrebspatientin aus Beispiel Keine antihormonelle Therapie (siehe Anhang 7.5) liess ich einfach erzählen, ohne sie zu etwas zu überzeugen. Ich akzeptierte ihre Sicht der Dinge und ermutigte sie, für sich den richtigen Weg zu suchen.

#### **3. Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe**

Bei solchen praktischen Tipps geht es um die Erschließung von Ressourcen, einen konkreten Rat und einer Hilfe bei der direkten Bewältigung von Lebensrealitäten und Problemen. Ausserdem werden so die Probleme der Patientin ernst genommen.

Der Patienten aus dem Beispiel: Bestrahlung (siehe Anhang 7.3.) gab ich den konkreten Hinweis, sich beim Psychiater eine medikamentöse Hilfe zu holen und sich eventuell auch komplementärmedizinische Ansätze erklären zu lassen.

#### 4. Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft

Damit ist das Zeigen von Gefühlen oder das Sprechen über Gefühle gemeint, was besonders bei erlebnisaktivierenden Verfahren vorkommt. Durch das empathische Verständnis können damit zurückgehaltene, blockierte Gefühle aufkommen. Dabei geht es auch um eine emotionale Differenzierungsarbeit.

Im Beispiel: Antikörpertherapie (siehe Anhang 7.6) geht es darum zu verstehen, was Krebs für eine Erkrankung ist und was die Behandlung genau bedeutet. Dabei sprach ich häufig die Emotionen meiner Gegenübertragung an und fragte, wie sie sich fühle.

#### 5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen

Bei diesem Faktor geht es darum, dass Zusammenhänge und Hintergründe in möglichst umfassender Weise verstanden sowie Ursachen und Wirkungen verbunden werden können.

Die Hautkrebspatientin (siehe Anhang 7.2) wies ich darauf hin, wenn mir auffiel, dass sie eine Sache verharmloste und wir reflektierten dabei immer wieder, woher sie dieses Muster haben könnte und was es ihr vielleicht mal gebracht hat.

#### 6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit

Viele Patientinnen sind in ihren Möglichkeiten mit anderen Menschen zu kommunizieren eingeschränkt. So werden mit diesem Faktor die soziale Wahrnehmung, die Sozialkompetenz und die Rollenflexibilität gefördert.

Mit der Patientin aus dem Beispiel: Keine Antihormonelle Therapie (siehe Anhang 7.5), die sich von ihrem Onkologen nicht verstanden fühlte, übte ich in Rollenspielen, wie sie ihre Bedürfnisse konkret mitteilen und durchsetzen könnte.

#### 7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung

Häufig zeigt sich bei Patienten eine mangelnde körperliche Selbstregulation. Durch die Anästhesierung des "perzeptiven" Leibs, geht auch eine Unterdrückung des "expressiven"

Leibs einher. Beispielsweise Verspannungen und Verkrampfungen, die es zu lösen gilt. Dies gelingt beispielsweise durch Entspannungstherapien oder einen bewegungsaktivierenden Lebensstil.

Die Hautkrebspatientin (siehe Anhang 7.1) litt neben ihren Ängsten auch an körperlichen Verspannungen. So fragte ich sie immer wieder mal, wie sie sich körperlich gerade fühlt, wenn sie bei mir reinkommt oder von etwas belastendem erzählt. Wir führten gemeinsam Atemübungen durch und erarbeiteten einen Zusammenhang zwischen Ängsten und körperlicher Anspannung.

#### 8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen

Der Lebensvollzug ist ein permanentes Lernen, wobei bei Patienten häufig die Lernmöglichkeiten eingeschränkt, behindert oder bestraft wurden. Somit ist der therapeutische Prozess ein begleitender Lernprozess bei dem Lernmöglichkeiten gefördert werden sollen.

Bei der Brustkrebspatientin, welche die Drahtmarkierung traumatisch erlebte (siehe Anhang 7.2), kamen wir zum Schluss, dass sie Schwierigkeiten hat, sich für sich selbst einzusetzen. Zur Übung gab sie dem Tumorzentrum einige Wochen nach dem Ereignis eine Rückmeldung, um sich nachträglich für sich einzusetzen. Hier lag die Hemmschwelle weniger hoch, weil sie die Situation besser kontrollieren konnte (im Gegensatz zu einer neuen potentiell überraschenden Situation bei der sie übergangen wird).

#### 9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte

Bei vielen Menschen ist die Wahrnehmung und damit auch die Erlebnismöglichkeiten eingeschränkt. Somit kann die heilende Wirkung des Naturerlebens oder des Kunsterlebens nicht genutzt werden. Deshalb sollen mittels Anregungen zum kreativen Tun (Einsatz kreativer Medien) auch kreative Formen der Lebensbewältigung gefördert werden.

Im Verlauf der weiteren Therapie mit der Patientin aus dem Beispiel: Keine Antihormonelle Therapie (siehe Anhang 7.5), zeigte sich, dass sie Schwierigkeiten hat sich gegen dominante Personen (Onkologe, Integrationsberater, Vater) zu behaupten. Die konnte sie nicht in Worte fassen, was ihr fehlte, sie nahm meine Anregung aber auf, dies künstlerisch umzusetzen. Sie malte ein farbenfrohes Bild, das wir dann gemeinsam betrachteten und versuchten die Anteile zu verbalisieren. Das eine Bild malte sie auf eine kleine Karte, die sie dann auch mal zu einem wichtigen Gespräch bei einer Integrationsmassnahme dabei hatte.

## 10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten

Hierbei geht es um den Aufbau von Hoffnung und Sicherheit und die Auseinandersetzung mit Plänen, Zukunftsvisionen und Lebenszielen. Diese Zukunftsentwürfe sind Teil der Identität eines Menschen.

Bei der Patientin, bei der die Antikörpertherapie nicht mehr wirkte (siehe Anhang 7.6), wurde das Erarbeiten einer positiven Zukunftsperspektive im Rahmen der tödlichen Erkrankung zu einem wichtigen Faktor. Dabei ging es vor allem um die Lebensqualität im Verhältnis zu den lebensverlängernden Therapien.

## 11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezug

Bei diesem Faktor geht es um die Stärkung des Gesundheitsfaktors eines positiven und gefestigten Wertesystems.

Die Patientin, die bei mir angemeldet wurde, weil sie die Chemotherapie aufgrund psychischer Probleme nicht weiterführen wollte (siehe Anhang 7.5), fühlte sich nicht respektiert und hatte das Gefühl Anstand und Höflichkeit habe sie nicht verdient, beziehungsweise könne man in unserer Gesellschaft nicht mehr erwarten. Im Verlauf der Therapie stärkten wir immer wieder den positiven Wertebezug, so dass sie sich auch wieder dafür einsetzte, respektvoll behandelt zu werden.

## 12. Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserlebens, Souveränität

Damit soll die selbst zugeschriebene Identität synthetisiert und in positiver Weise beeinflusst werden, um die persönliche Souveränität zu fördern. Eine Stigmatisierung der Identität soll dabei vermieden werden.

Die Brustkrebspatientin (Beispiel: Bestrahlung; siehe Anhang 7.3) wollte die Nebenwirkungen der Bestrahlung nicht bei ihrem Onkologen ansprechen. Anstatt dies für sie zu übernehmen, stärkte ich sie darin, sich Hilfe zu holen, die sie schlussendlich auch über einen Umweg beim Psychiater erhalten hat.

## 13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke

Zu einer Einzelperson gehört auch sein soziales Netzwerk, das ebenso gefördert werden soll. Ein unterstützendes, ressourcenreiches Netzwerk fördert auch die Gesundheit und das Wohlbefinden. Dabei wird bei der therapeutischen Arbeit sowohl mit dem gegenwärtigen als auch mit dem vergangenen oder zukünftigen sozialen Netzwerk gearbeitet. Ausserdem werde unter diesem Faktor auch Paar- und Familiensitzungen eingeschlossen.

Die Patientin, bei der die Antikörpertherapie nicht mehr wirkte (siehe Anhang 7.6) hat sich ihrem sozialen Netz gar nicht mehr mitgeteilt, um dieses nicht zu belasten. Bei den Fragen um die Gestaltung der verbleibenden Lebenszeit drängte es sich ihr immer wieder auf, dass sie dies auch mit ihren Angehörigen planen müsse. Ich ermutigte sie mit ihren Kindern und der Freundin zu sprechen und im Einzelfall zu entscheiden, welche Informationen sie zurückhalten möchte und bei welchen dies nicht sinnvoll ist.

#### 14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft

Solidaritätserfahrungen spielen eine zentrale Rolle in Gruppentherapien oder Selbsthilfegruppen, wobei man davon ausgehen kann, dass engagiertes Eintreten für andere als hilfreich erlebt wird. Gerade Patienten, die erkrankt sind, fehlte es in kritischen Momenten an Solidarität.

Bei den meisten mir neu zugewiesenen Krebspatientinnen erwähne ich die vorhandenen Gruppenangebote (Selbsthilfegruppen, psychotherapeutische Gesprächsgruppen), um Solidaritätserfahrungen zu schaffen.

#### 15. Förderung eines lebendigen und regelmässigen Naturbezugs

Eigenes „Natur-Sein“ realisieren; Sorge um das Lebendige, liebevolle Fürsorge für das Lebendige, komplexe Verantwortung für die Vielfalt des Lebendigen, Freude am Lebendigen.

Die Patientin, bei der die Antikörpertherapie nicht mehr wirkte (siehe Anhang 7.6) schwärmte für ihren Garten, den sie mit ihrem geschwächten körperlichen Zustand nicht mehr pflegen konnte. Im Rahmen der Selbstfürsorge kam ich auf ihren Garten zurück und ermutigte sie, sich trotzdem kleine Elemente ihres Gartens zu erhalten oder die Natur nicht nur von ihrem Fenster, sondern auch von der Bank in ihrem Garten zu geniessen und dies in ihren Alltag einzubauen.

#### 16. Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen

Schönheit der Natur, Musik, Poesie, Malerei; Schönheit als Subjekt und Lebenskunst, Entwickeln von persönlicher Souveränität.

Die Patientin aus dem Beispiel: Chemotherapie (siehe Anhang 7.4) fühlte sich sehr erschöpft von der intensiven Chemotherapie. In dieser Zeit meinte sie nichts tun zu können und beklagte auch, dass sie ihre Augen kaum offen halten konnte. Gleichzeitig könne sie aber nicht einschlafen, weil sie unter starkem Gedankenkreisen leide. Ich fragte nach, ob sie diese Anstrengung auch beim Zuhören habe und animierte sie dazu, sich Musik anzuhören, die sie

mit positiven Erinnerungen verbindet. Dies erlaubte es ihr eine Weile abzuschalten und Energie aufzuladen.

#### 17. Synergetische Multimodalität“

Zusammenwirken unterschiedlicher Interventionen in Bündeln von Massnahmen, multimethodische Ansätze.

Die meisten der Interventionen enthalten mehrere Aspekte, wodurch die synergetische Multimodalität wahrscheinlich aktiviert wurde. So lag es nahe beispielsweise beim Musikhören auch eine Atemübung mit einzubauen.

Damit die vier Wege der Heilung und Förderung genauso wie die 14 plus 3 Heilfaktoren im jeweiligen setting , mit der jeweiligen Person in einen Prozess der Weiterentwicklung und Veränderung zur Gesundheit einfließen und wirken können, bedarf es in der IT der „Bündel von Massnahmen“, die es zusammen mit dem Patienten/Klientin zu erstellen und durchzuführen gilt (Petzold 2014i).

## 4 Schlussfolgerung

Ziel dieser Arbeit ist es ein Leitfaden für die Psychotherapie von psychoonkologischen Patienten im ambulanten Setting zu erstellen, wie ich ihn zu Beginn meiner psychoonkologischen Arbeit gewünscht hätte.

Bei Schreiben des ersten Teils der Arbeit zu Tumorerkrankungen ist es mir sehr schwer gefallen, mich kurz zu halten und mich nur auf das Wichtigste zu fokussieren. Schlussendlich habe ich mich für einen groben Überblick der Therapiemethoden entschieden, die mir auch während meiner Arbeit begegnet sind. Bereits während des Schreibens merkte ich, dass das gewachsene Wissen über Tumorerkrankungen meine Arbeit beeinflusst. Ich wurde sicherer bei der Exploration der Patienten und traute mich auch konkretere Fragen zu stellen, weil mir bewusst wurde, wie unterschiedlich die scheinbar gleichen Therapien aussehen oder sich auswirken können. Ausserdem führte es zu einer Auseinandersetzung mit meinen persönlichen Erfahrungen mit Krebserkrankungen und meiner Beziehung zu Tod und Sterben, was wiederum eine Therapie positiv beeinflussen beziehungsweise Übertragungsgeschehen minimieren kann. Ausserdem gab mir die Auseinandersetzung mit den

Aspekten der Behandlung von Krebspatientinnen einen Einblick in die Arbeit von anderen Behandelnden, wie viel beziehungsweise wie wenig Zeit andere Behandelnde haben und welchen Fokus diese setzen müssen. Dies förderte wiederum das Verständnis für die unterschiedlichen Rollen der Berufsgruppen und ermutigte auf Mitbehandler zuzugehen.

Beim Einlesen in die psychoonkologische Literatur bemerkte ich wie vielseitig das Thema ist und legte daher einen Schwerpunkt auf die Zusammenhänge zwischen Psyche und Krebsursache beziehungsweise den Krankheitsverlauf sowie konkreten Therapieansätze. Was mir wichtig erscheint hier nochmals zu erwähnen ist, dass es bisher keinen Beweis für einen direkten Zusammenhang zwischen Psyche und Krebserkrankung gibt, weil ich selbst immer wieder über diese Annahme bei Patienten stosse und mich selbst auch dabei erwische dies anzunehmen. Weiter sehe ich viele Ähnlichkeiten in der Tradition der Psychoonkologie und die der Integrativen Therapie. Beide bedienen sich verschiedenster therapeutischer Ansätze und kombinieren Interventionen mit Wirksamkeitsnachweise. Die Integrative Therapie liefert mit ihrem Menschbild, der vier Wegen der Heilung und Förderung und den Wirkfaktoren theoretische Konzepte zur der in der Psychoonkologie gelebten Praxis. Ausserdem ist der zentrale Aspekt in der Psychoonkologie die Grundhaltung, wie sie auch in der Grundregel der Integrativen Therapie beschrieben wird. Für mich, die ich von der Sichtweise der Integrativen Therapie geprägt bin, ist es sehr schwierig nachzuvollziehen, dass die Grundhaltung, mit der Würdigung und des „Sich-Einfühlens“ nur im psychoonkologischen Kontext sinnvoll ist. Für die Integrative Therapie ist diese Grundhaltung Voraussetzung für eine Psychotherapie und auch aus ethischen Aspekten erforderlich, um die Integrität der Patienten zu wahren. Der Fokus auf effizienten Interventionen, die wenn möglich ohne den Aspekt der therapeutischen Beziehung und einem Raum der zwischen Patienten und Therapeuten entsteht auskommen möchte, sehe ich als Phänomen der leistungsorientierten Gesellschaft, die möglichst ökonomisch vorgehen möchte. Wenn es allerdings um den Tod geht, wie bei Krebserkrankungen, ist die Gesellschaft jedoch bereit, eine wohlwollende Begleitung anzuerkennen und auch offiziell die Kombination von verschiedenen Psychotherapieschulen zuzulassen.

Zusammengefasst handelt es sich bei der psychoonkologischen Arbeit um ein wohlwollendes Begleiten von Patientinnen in einem konvialen Raum, die nicht zwingend eine psychische Störung mit Krankheitswert haben, mit dem Einbeziehen eines grossen Netzwerks von Behandelnden. Dabei können Verdrängungsprozesse in lebensbedrohlichen Situationen auch notwendig sein und dysfunktional erscheinende Grundannahmen bei genauerer Betrachtung auch sinnvoll in der Krankheitsverarbeitung sein. Konkrete Interventionen können aus dem ganzen Spektrum der Psychotherapieschulen kommen **sollten aber theoriegeleitet** kombiniert werden. Bei der Auswahl der Interventionen kann die prozessuale Diagnostik hilfreich sein. Ausserdem wird empfohlen, dass

PsychotherapeutInnen sich auch persönlich mit Themen wie: Krebs, Tod und Sterben auseinandersetzen, da die Inhalte grundsätzlich auch sie betreffen, was die Therapie beeinflussen kann. Um die Therapie, die sehr offen und individuell gestaltet wird, zu strukturieren, können theoretische Konzepte wie die vier Wege der Heilung und Förderung und das Wissen um Wirkfaktoren herangezogen werden.

## 5 Zusammenfassung / Summary

### **Zusammenfassung: Psychoonkologie - Reflexion der Anwendung der *Integrativen Therapie* bei der ambulanten psychoonkologischen Arbeit**

Diese Arbeit stellt einen Leitfaden für die psychoonkologische Arbeit dar, wie ich es mir zu Beginn meiner therapeutischen Tätigkeit gewünscht hätte. So wird im ersten Teil auf Tumorerkrankungen und deren Behandlung fokussiert. Beispiele aus meinem Therapiealltag geben praktische Einblicke zu diesen Erläuterungen. Im zweiten Teil wird auf das Arbeiten im psychoonkologischen Setting eingegangen, inwiefern Zusammenhänge zwischen Psyche und Krebs bestehen und wie sie behandelt beziehungsweise erforscht werden. Dieser Teil wird ergänzt durch die Herangehensweise der Integrativen Therapie mit ihrem Menschenbild und der Grundregel. Die psychoonkologische Grundhaltung und Interventionen aus verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen werden vorgestellt und durch theoretische Konzepte der *Integrativen Therapie* (Vier Wege der Heilung und Förderung; 14 plus 3 Wirkfaktoren) ergänzt.

**Schlüsselwörter:** Psychoonkologie, Integrative *Therapie*, Behandlungsstrategien, Wege der Heilung und Förderung, psychoonkologische Grundhaltung,

### **Summary: Psycho-Oncology – Reflection of the *Integrative Therapy* in the ambulant setting of the psycho-oncological work**

This thesis provides a guideline for the psycho-oncological work, as I would have wished it at the beginning of my therapeutic career. Firstly, the focus is on the somatic aspects of tumour diseases and their different treatment methods. Examples give insights into of my daily work with cancer patients. Secondly, the practical work in the psycho-oncological setting is introduced. More precisely, the relation between the human psyche and cancer is explained, how it is threatened and investigated. In Addition, the approach of the Integrative Therapy, it's conception of man and it's fundamental rule is presented. The psycho-oncological attitude and interventions from divers psychotherapeutically directions are elaborated and by theoretical concepts of the *Integrative Therapy* (four way of curing and development, elements of effects) completed.

**Keywords:** Psycho-oncology, *integrative therapy*, treatment strategies, ways of healing and support, basic psycho-oncological attitude,

## 6 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A., & Franke, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36. Tübingen: Dgvt-Verlag. Jörg Schumacher, Kohärenzgefühl. *Schwarzer, R., Jerusalem, M. Weber, H.(Hrsg.)(2002). Gesundheitspsychologie von A Bis Z. Ein Handwörterbuch (S. 267-269). Göttingen: Hogrefe.*
- Baider, L., & Bengel, J. (2001). Cancer and the spouse: Gender-related differences in dealing with health care and illness. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 40(2)*, 115–123.
- Beutel, M. E. (2005). Psychodynamische Therapieansätze bei chronisch Kranken. *Psychotherapie Bei Somatischen Erkrankungen. Thieme, Stuttgart, 32–2.*
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *Bmj, 335(7612)*, 184–187.
- Cordova, M. J., & Andrykowski, M. A. (2003). Responses to cancer diagnosis and treatment: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 8(4)*, 286.
- Corsini, R. (1983): Handbuch der Psychotherapie, 2 Bde. Weinheim, Beltz
- Ehlert, U. (Ed.). (2003). *Verhaltensmedizin*. Springer-Verlag.
- Ell, K., Nishimoto, R., Morvay, T., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1989). A longitudinal analysis of psychological adaptation among. Survivors of cancer. *Cancer, 63(2)*, 406–413.
- Frankl, V. E. (2005). *Der wille zum Sinn*. Huber.
- Freyberger, H., & Freyberger, H.-J. (1994). Supportive psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics, 61(3–4)*, 132–142.
- Fuchs, T. (2014). Verkörperte Emotionen – Wie Gefühl und Leib zusammenhängen. *Psychologische Medizin, 9*.
- Gendlin, E. T. (1997). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. Northwestern University Press.

- Herschbach, P., & Heußner, P. (2008). *Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis*. Klett-Cotta.
- Kabat-Zinn, J. (2006). *Gesund durch Meditation*. Frankfurt/M: Fischer-Taschenbuch.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lebow, J.L. (2008): *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Springer.
- Levinas, E. (1983): *Die Spur des Anderen*. Freiburg i. Br.: Fink.
- Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: A meta-analytical review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(6), 490–502.
- Manne, S. (1998). Psychosocial issues: Cancer in the marital context: A review of the literature. *Cancer Investigation*, 16(3), 188–202.
- Mehnert, A., & Koch, U. (Eds.). (2016). *Handbuch Psychoonkologie* (1. Auflage). hogrefe.
- Northouse, L. L. (1989). The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nursing*, 12(5), 276–284.
- Passik, S. D., & Grummon, K. L. (1998). Posttraumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, 595–607.
- Petzold, H. (1993). *Integrative Therapie: Klinische Theorie: das biopsychosoziale Modell*. Junfermann Verlag GmbH.
- Petzold, H. (1999f). Die Behandlung krebserkrankter Menschen als integrative und kreative Arbeit für die Neugestaltung des Lebens. 62, 32–37.
- Petzold, H. (2001j). Der "informierte Leib" — "embodied and ebedded" als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. *Polyloge*.
- Petzold, H. (2003e). MENSCHENBILD und PRAXEOLOGIE. 30 Jahre theorie- und Praxisentwicklung am "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung" (1972-2002)—Teil I bis III. *Polyloge*, 6, 1–105.

- Petzold, H. (2009c). Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Polyloge*.
- Petzold, H. (2012). Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik—Prinzipien, Methoden, Techniken. *Polyloge*, 25, 985–1049.
- Petzold, H. (2012h). Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. *Polyloge*, 3, 1–45.
- Petzold, H. G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014i-integrative-depressionsbehandlung-neurowissenschaftliche-grundlage-dritte-welle.pdf>
- Petzold, H. (2019). Die „14 plus 3“ Wirkfaktoren und –prozesse in der Integrativen Therapie. *Polyloge*.
- Petzold, H. G., Orth, I, (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu „Genderintegrität“. Wiesbaden: Springer VS Verlag. 195-299. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2014-petzold-h-g-orth-i-genderintegritaet-als-neues-leitparadigma-fuer-supervision.html>
- Pfammatter, M., & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 60(1), 067–076. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000099>
- Rahm, D., Ruhe-Hollenbach, H., Bosse, S., & Otte, H. (1993). *Einführung in die integrative Therapie: Grundlagen und Praxis*. Junfermann.
- Roediger, E. (2016). *Schematherapie: Grundlagen, Modell und Praxis* (3., vollständig überarbeitete Auflage). Schattauer.

- Rogers Carl, R. (2000). Entwicklung der Persönlichkeit. *Psychotherapie Aus Der Sicht Eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schulz-Kindermann, F. (2013). *Psychoonkologie: Grundlagen und psychotherapeutische Praxis*. Beltz.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction (Vol. 55, No. 1, p. 5). *American Psychological Association*.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G.(1984): Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Stavemann, H. H. (2002). Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung. *Éd. Beltz*.
- Syrjala, K. L., Cummings, C., & Donaldson, G. W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain*, 48(2), 137–146.
- Yalom, I. D. (1980). Meaninglessness. *Existential Psychotherapy*. New York, NY, Basic Books Inc.

## 5 Anhang

### 5.1 Beispiel: Hautkrebs

Eine 40-jährige Patientin suchte mich wegen einer Angstsymptomatik auf. In den ersten Stunden erwähnte sie nebenbei, dass sie Hautkrebs habe. Sie ging nicht weiter darauf ein und ich fühlte eine stärker werdende Irritation. Ich äusserte meine Resonanz und fragte sie, wie sie zu der Krebsdiagnose stehe. Sie meinte, dass es sie nicht weiter belaste, der schwarze Hautkrebs wurde frühzeitig operativ entfernt und sie gehe einmal im Jahr zu einer Kontrolluntersuchung. Sie finde es richtig entlastend jetzt eine gute Ausrede zu haben, wenn andere Personen sie auf ihre helle Haut ansprächen. Früher musste sie sich immer anhören lassen, dass sie mehr an die frische Luft gehen solle oder kränklich aussehe wegen ihrer weissen Haut.

Ihre Sichtweise beruhigte mich nicht wirklich und es machte mich nachdenklich, dass eine Angstpatientin keine Angst vor Krebs haben kann. Aber da ich ihr auch keine Ängste einreden wollte behielt ich meine Gedanken für mich. Ich tauschte mich stattdessen mit meinem delegierenden Psychiater aus. Dieser teilte meine Irritation und schlug vor einen Bericht des behandelnden Onkologen anzufordern. So würden wir wissen, um was für eine Art Hautkrebs es sich handelt (bedrohlich oder nicht) und würden die Erkrankung der Patientin ernstnehmen, ohne ihre Sichtweise direkt anzugreifen.

Im onkologischen Bericht wurde ein malignes Melanom (schwarzer Hautkrebs) sowie ein solides Basalzellkarzinom (weisser Hautkrebs) diagnostiziert. Das bösartige Gewebe wurde operativ mit einem Sicherheitsabstand von 1cm entfernt. Danach waren keine weiteren Anzeichen von Malignität mehr sichtbar. Eine medikamentöse, chemo-, oder immuntherapeutische Behandlung war aus Sicht der behandelnden Ärzte bei dieser frühen Form nicht notwendig. Regelmässige Kontrolluntersuchungen werden im Abstand von 6 Monaten durchgeführt.

Diese Informationen beruhigten mich. Es war mir nicht bewusst, dass eine Krebserkrankung auch relativ unkompliziert aussehen kann. Allerdings bleibt mir durch die Darstellung der Patientin "Zum Glück habe ich Hautkrebs, so werde ich weniger genervt." ein Gefühl der Irritation und warf einige Fragen auf. Was könnte das über die therapeutische Beziehung aussagen? Handelt es sich dabei um eine Verdrängung im Sinne einer notwendigen Krankheitsverarbeitung? Könnte hinter dieser Art der Auslegung eines negativen Sachverhalts ein wiederkehrendes Muster liegen?

### 5.2 Beispiel: Operation

Eine Patientin Mitte 50 wurde mir zur psychoonkologischen Begleitung angemeldet. Sie erhielt die Diagnose Brustkrebs. Bei ihr wurde vor der Tumoroperation eine Chemotherapie zur Verkleinerung des Geschwulst durchgeführt. Nach eine halben Jahr konnte sie die Operation kaum erwarten, um endlich dieses „Ding“ von dem sie nichts spüre (ausser den Nebenwirkungen der Chemotherapie), los zu werden. Sie fürchtete sich vor der Narkose der Operation und wurde daher vom Onkologen gut auf die Situation vorbereitet. Was er allerdings nicht genauer erläuterte, war die Markierung des Tumors vor der Operation.

Sie schilderte mir nach der Operation die traumatisch erlebte Drahtmarkierung. Dabei wurde sie am Tag vor der Operation auf eine Behandlungsliege gebeten, worauf sie der behandelnde Arzt lokal an der Brust betäubte und dann mit Hilfe eines Ultraschallgerätes einen Draht in ihre Brust einführte. Die erwies sich als eine nicht so einfache Sache, denn er musste mehrere Anläufe nehmen. Blut lief über ihren Oberkörper und der Arzt zerzte dabei stark an ihrer Brust herum, als ob sie ein Stück Stoff wäre. Da der Arzt sich irgendwie selbst über seine Schwierigkeiten aufzuregen schien, hatte sie das Gefühl nichts sagen oder nachfragen zu dürfen und erduldet die Prozedur schweigend.

In der Therapie erarbeiteten wir, dass sie grundsätzlich Schwierigkeiten habe sich für sich selbst einzusetzen und dass sie gelernt habe Dinge zu ertragen, statt sich zu wehren. Sie überwand sich beim Tumorzentrum eine Rückmeldung zu ihrem negativem Erlebnis zu geben und wir reflektierten im Verlauf immer wieder, ob sie sich genügend für sich einsetzt.

### **5.3 Beispiel: Bestrahlung**

Nach einer belastenden Chemotherapie und einer darauffolgenden Tumoroperation an der Brust, wurde bei einer Patientin eine Strahlentherapie begonnen. Die Behandlung dauerte schon 8 Monate an und immer wieder kam das Thema auf, dass es ihr schwer fallen würde Schwäche zuzugeben und Hilfe anzunehmen. So schminkte sich die Patientin immer sehr stark, damit sie nicht krank wirkt oder man ihr ihre Erschöpfung nicht ansieht.

Die Bestrahlung würde die letzte intensive Behandlungseinheit sein und man habe ihr gesagt, dass die Nebenwirkungen wesentlich schwächer sein würden, als bei der Chemotherapie. Im Spital wurden ihr dann das früheste Zeitfenster für die Bestrahlung zugewiesen, weil sie ja die Therapie bisher sehr gut vertragen hätte. Bei mir getraute sie sich telefonische Konsultationen zu verlangen, weil sie zum einen keine Energie habe, um zu mir zu kommen und am liebsten ohne Oberbekleidung rumlaufen würde, damit ihre Haut frei von Stoff sein könne.

Ich bestätigte sie in ihrer Entscheidung vorübergehend telefonische Termine wahrzunehmen und sprach sie auf ihre Schwierigkeit an Schwäche zuzugeben und äusserte meine Befürchtung, dass sie wahrscheinlich zu viel ertrage. Ich versuchte sie zu motivieren, die Ausprägung der Nebenwirkungen mit ihrem Onkologen anzusprechen, was sie allerdings nicht für nötig hielt, da er bei den kurzen Terminen immer sehr gestresst wirkte. Alternativ habe ich ihr vorgeschlagen, sich bei unserem internen Psychiater mit einer komplementärmedizinischen Ausbildung vorzustellen, um sich wenigstens eine pflanzliche Unterstützung gegen die Nebenwirkungen verschreiben zu lassen. Dieser sah sich die Haut selbst an und erklärte ihr, dass ihre Hautrötungen sehr stark ausgeprägt seien und wunderte sich darüber, dass die Pflegefachfrauen, dies nicht bemerkt hatten. Er rief noch aus der Konsultation mit der Patientin im Tumorzentrum an (mit deren Einverständnis), gab eine Rückmeldung bezüglich der Haut und erwähnte nebenbei, dass spätere Termine am Tag besser für die stark erschöpfte Patientin wären.

## 5.4 Beispiel: Chemotherapie

Eine 59-jährige Patientin durchlief gerade eine zweite Chemotherapie ungefähr ein Jahr nach der Diagnosestellung Lungenkrebs. Dabei sollte sie alle zwei Wochen eine Infusion erhalten. In der ersten Woche konnte sie nach der Infusion nichts unternehmen und verschob alle Aktivitäten in die zweite Woche nach der Abgabe der Infusion. Doch auch in dieser Woche konnte sie nur einen Termin pro Tag wahrnehmen und fühlte sich dabei sehr erschöpft. Sie berichtete mir, dass sie sich das nicht noch 8 Mal vorstellen könne, und wurde zunehmend von Todessehnsüchten und Suizidgedanken geplagt.

Sie war der Ansicht, dass man eine Chemotherapie einfach durchstehen muss und es keine Alternativen gibt. Wir reflektierten die erwünschten und unerwünschten Wirkungen dieser Chemotherapie im Bezug auf ihre noch bleibende Lebenszeit. Das Sprechen über ihren bevorstehenden Tod war nur kurz einmal Thema in der Familie, als sie sich nach der Diagnosestellung bei Exit angemeldet hat. Seither meidet sie das Thema, weil sie niemanden belasten wolle. Dies bezog sich sowohl auf ihr privates Umfeld als auch ihren Onkologen, der ja sein Bestes für sie gebe. Ich ermutigte sie, mit ihrem Onkologen darüber zu sprechen, was für sie das Beste sein könnte und ob die aktuelle Therapie nicht dazugehören könne. Schlussendlich wurde die Zusammensetzung der Chemotherapie abgeändert, so dass sie in der Zeit zwischen den Infusionen mehr Lebensqualität für die Patientin spürbar wurde.

## 5.5 Beispiel: Keine Antihormonelle Therapie

Eine Brustkrebspatientin, überwiesen vom Tumorzentrum kam wütend in meine Therapiestunde. Sie sei vom Onkologen geschickt worden, weil sie eine intensive Chemotherapie nicht durchführen wollte und er meint, dass dies auf psychische Probleme zurückzuführen sei. Ich lies mir von ihr die für sie unzumutbaren Nebenwirkungen der Chemotherapie beschreiben und bestärkte sie in ihrem Vorhaben einen anderen Therapie-Weg zu suchen. Danach sah ich sie eine ganze Weile nicht mehr.

Die Patientin meldete sich ziemlich aufgebracht nach einigen Monaten wieder bei mir. Sie erhole sich gerade von der Strahlentherapie und es sei eine antihormonelle Therapie geplant. Sie möchte aber keine Nebenwirkungen mehr, auch wenn diese noch so klein seien im Vergleich zu den zurückliegenden Therapien. Auch die Tatsache während ungefähr fünf Jahren Tabletten zu nehmen, könne sie sich nicht vorstellen.

In den darauf folgenden Stunden reflektierten wir, was für sie der beste Weg sein könne. Wir differenzierten ihre Aggression: Welcher Anteil gehört zu dem Onkologen, der sie nicht ernst nimmt? Welcher Anteil gehört zu der Erkrankung? Ausserdem besprachen wir die vom Onkologen aufgezeigten Behandlungsmöglichkeiten und welches Risiko bestünde, wenn sie auf eine antihormonelle Therapie verzichten würde.

## 5.6 Beispiel: Antikörpertherapie

Eine Patientin mit einem kleinzelligem Bronchialkarzinom wurde vom Tumorzentrum zu mir überwiesen, weil nach einem halben Jahr Antikörpertherapie (kombiniert mit einer Chemotherapie) die Antikörper keine Wirkung mehr gezeigt haben und die Patientin danach einen auffälligen Wert auf einer Depressionsskala angegeben hat.

Nach der Diagnose vor ungefähr einem halben Jahr war sie zwar schockiert, sie hat dem Krebs aber den Kampf erklärt. Vor der geplanten Chemotherapie hat sie noch eine Urlaubsreise unternommen, um sich zu stärken. In der Zeit sei eine neue Antikörpertherapie bei der Krankenkasse aufgenommen worden. Da die Therapie aber zum Zeitpunkt der Diagnose noch nicht zu den Grundleistungen gehörte, wollte die Krankenkasse nicht zahlen. Diese Situation haben die behandelnden Onkologen dem herstellenden Pharmakonzern vorgelegt, worauf dieser, die Patientin in eine Studie eingeschlossen hat und somit die Kosten für diese Behandlung gedeckt waren. Nach dem ersten Rückschlag fühlte sich die Patientin noch mehr in ihrem Vorhaben bestärkt, den Krebs mit der sehr schlechten Prognose zu besiegen.

In den ersten Monaten hat die Patientin gut auf die Antikörpertherapie angesprochen und war der Überzeugung, dass sie so diesen schlecht heilbaren Krebs, besiegen könnte. Die Ernüchterung kam nach ungefähr einem halben Jahr. Der Onkologe habe ihr mitgeteilt, dass sie jetzt nicht mehr darauf ansprechen würde. Dies stürzte sie in eine Krise, weswegen sie bei mir angemeldet wurde.

In der darauffolgenden Therapie ging es immer wieder darum zu verstehen, was ihr Krebs für eine Erkrankung ist. Warum sie jetzt plötzlich nicht mehr auf eine Therapie anspreche oder warum man den Krebs bei ihr als Raucherin nicht schon früher entdeckt habe. Wenn ich eine medizinische Frage nicht beantworten konnte, überlegten wir, wo sie die Information erhalten könnte, oder ich sprach mit Fachpersonen aus meinem Team. Dies vor allem dann, wenn es der Patientin schwer fiel die Fragen im Tumorzentrum zu stellen, wo sie das Gefühl habe, dass dafür keine Zeit sei.