

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

04 /2011

Integrative Therapie im Rahmen einer Krebsberatungsstelle – eine praxistheoretische Auseinandersetzung *

eingereicht von:
*Kerstin Vogg***

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

** Mag. Kerstin Vogg, Dürne 65b, A - 6842 Koblach

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1. Beschreibung der Einrichtung

1.1 Geschichte der Beratungsstelle

1.2 Team und Organigramm

1.3 Settings

2. Krebs – was ist das?

2.1 Epidemiologie

2.2 Klassifikation

2.3 Onkologische Behandlung

2.4 Paradigmenwechsel in der Onkologie

2.5. Ursachenforschung

3. Psychoonkologie

3.1 Grundprinzipien psychoonkologischer Betreuung

3.1.1 Der supportive Ansatz

3.2 Die Ursache und die Krebspersönlichkeit

3.3 Subjektive Krankheitstheorien

4. Die Integrative Therapie und Beratung

4.1 Das Menschenbild der IT

4.2 Die Persönlichkeitstheorie

4.2.1 Die therapeutische Beziehung

4.3 Gesundheit und Krankheit in der IT

4.4. Therapeutische Praxis

4.4.1 Therapeutische Wirkfaktoren

4.4.2 Methoden, Techniken und Medien

4.5 Die Begleitung von Sterbenden

5. Zusammenfassung

6. Literatur

Einleitung

Vor zwei Jahren wechselte ich von meinem Arbeitsbereich mit Kindern und Jugendlichen zur Beratungsstelle der Krebshilfe Vorarlberg. Die Anfrage der damaligen Leiterin an mich, als Psychotherapeutin in dem kleinen Team der Beratungsstelle mitzuarbeiten, erlebte ich wie einen „inneren Ruf“, dem ich folgen wollte. Zum Thema selbst hatte ich durch die Erkrankung und den Tod meiner Mutter eine Affinität, aber darüberhinaus erschien mir dieses weite Feld als eine neue Herausforderung mit großer Anziehungskraft. Die Erkrankung Krebs ist immer auch eine Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit. Von dieser Endlichkeit wissen wir Menschen, aber wir leben in der Regel nicht in dem alltagsgegenwärtigen Bewusstsein, dass auch unser Leben brüchig ist. Der Tod und die Krankheit finden „woanders“ statt. Mit der Entscheidung bei der Krebshilfe zu arbeiten habe ich mich sehr nahe zu diesem „Woanders“ hinbewegt. In der Begleitung mit kranken und vom Sterben bedrohten Menschen werde auch ich immer wieder von der Wucht dieser existentiellen Themen erfasst und zur eigenen Auseinandersetzung gezwungen. Das ist nicht immer leicht, doch wie ich finde, eine gute „Investition“. Ich erinnere mich an die Frage meiner Mutter am Tag ihres Todes. Sie war schon am Morgen sehr unruhig, ihr Blick war, als würde er sich von dieser Welt bereits ablösen, teils sprach sie Sätze, die keinen Sinn ergaben, dann war sie wieder ganz klar. Sie fragte mich, ob ich wisse, wie man stirbt. Ich wusste es nicht. Bei ihrem Sterben anwesend gewesen zu sein, empfinde ich heute als große Bereicherung in meinem Leben. Es gibt die Überlieferung, dass Plato, der auf seinem Totenbett von einem Freund gebeten wurde, sein Lebenswerk, die „Dialoge“, in einem Satz zusammenzufassen, aus seinen Träumereien auftauchend, seinen Freund anschaute und sagte: „Übe sterben.“¹ Wir durchlaufen im Leben viele „Sterbeprozesse“ im weitesten Sinn: der Abschied von Ideen, von Lebensplänen, von Menschen, von Jugendlichkeit und von körperlicher Kraft usw. Die Anpassung an die jeweils neue Situation gelingt nicht immer und kann sehr krisenhaft erlebt werden. Hier sehe ich die Kernaufgabe in der Arbeit mit Erkrankten und Angehörigen, sie zu begleiten und zu unterstützen, in der Suche nach Wegen aus der Lähmung hin zu ihrer persönlichen Form des Umgangs mit der Erkrankung. Der haltende „Raum“ innerhalb der therapeutischen Beziehung stellt einen Rahmen zur Verfügung, der das Einfinden in die neue Situation unterstützen und Krisen abdämpfen kann. Für diese höchst individuellen Prozesse gibt es keine allgemeingültigen Richtlinien oder Rezepte. Die Integrative Therapie, in der ich am FPI ausgebildet wurde, bietet jedoch für die therapeutische Arbeit mit Erkrankten und deren Angehörigen sowohl hilfreiche Haltungen, Positionierungen als auch Methoden und Techniken für die praktische Arbeit. Im ersten Teil dieser Arbeit beschreibe ich die

¹ Keleman (1986), S. 1

Beratungsstelle der Krebshilfe Vorarlberg. Es folgen allgemeine Aussagen zur Erkrankung Krebs, deren Vorkommen und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten. Ich mache in der Folge einen kurzen Exkurs in das weite Feld der Psychoonkologie, zu den für die Arbeit mit Erkrankten und deren Angehörigen wesentlichen Aspekten, um mich dann meiner Auseinandersetzung mit der Integrativen Therapie zu widmen. Mein Ziel war es, die Integrative Therapie hinsichtlich der therapeutischen Arbeit mit von Krebs betroffenen Menschen zu reflektieren, eigene Positionen zu finden, zu überdenken oder zu stärken. Ich habe mich auf jene Aspekte beschränkt, die zum derzeitigen Zeitpunkt für mich persönlich von besonderer Relevanz sind, wohlwissend, dass im Hinblick auf die Vielschichtigkeit der Themen und Aspekte des Menschseins, die mir in meiner Arbeit begegnen, diese vorliegende Auseinandersetzung nur bruchstückhaft sein kann.

1. Beschreibung der Einrichtung

Die Beratungsstelle der Krebshilfe Vorarlberg ist eine psychosoziale Anlaufstelle, mit dem Ziel, Menschen die an Krebs erkrankt sind und deren Angehörige umfassend zu betreuen. Dies erfolgt individuell in persönlichen Beratungsgesprächen, in Vorträgen und Seminaren sowie in Zusammenarbeit mit Institutionen und Hilfseinrichtungen.

Das Angebot der Beratungsstelle umfasst:

- Beratung und Psychotherapie für Erkrankte und/oder Angehörige
- Familiengespräche/Paargespräche
- Begleitung von Kindern krebserkrankter Eltern
- Arztgespräche
- Information und Beratung zu sozialen und arbeitsrechtlichen Fragen
- Ernährungsberatung
- Bibliothek und Broschürenservice

1.1 Geschichte der Beratungsstelle der Vorarlberger Krebshilfe

Der Grundstein für die Österreichische Krebshilfe wurde vor 100 Jahren gelegt. Im Jahre 1909 schrieb der Mediziner Dr. Julius Hochenegg an seinen Kollegen Prof. Dr. Anton

Eiselsberg: „ Die Not unserer Krebskranken wird immer größer, wir müssen etwas tun, um sie zu lindern. Können wir nicht zusammen kommen um darüber zu sprechen?“ Er schildert in seinem Brief die Not einer unheilbar kranken Krebspatientin, die die damaligen Zustände erahnen lassen.

„In der kleinen Küche, fand ich die andere Tochter damit beschäftigt, die mit Eiter durchtränkten Lappen, die nun, wo kein Geld mehr im Hause war, die Verbandsstoffe ersetzen mussten, in dem Lavoir zu waschen. Ein Teil der bereits auf diese Weise notdürftig gereinigten Linnen war auf Stricken über dem kleinen Herd zum Trocknen aufgehängt. Von ihnen sickerte das unsaubere Wasser auf den Boden der Küche, aber auch in ein Gefäß in welchem das spärliche Abendmahl, eine milde Spende der Nachbarin, warm gestellt war. Ich hatte die Frau drei Monate nicht gesehen, sie war verfallen, abgehärmt, durch Schmerzen herabgekommen. Doch war ich weniger über ihr Aussehen entsetzt als über das ihrer Kinder, deren noch vor kurzem rosarote Wangen bleich und eingefallen waren.“²

Es kam zu dem geplanten Treffen und zu dem Beschluss, die „Gesellschaft zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit“ zu gründen. Im Vordergrund standen die Unterstützung erkrankter PatientInnen³ und die Information der Bevölkerung. Jene Not von der Dr. Hochenegg damals schrieb, nämlich der Zugang zu einer wirkungsvollen Krebsbehandlung unabhängig vom Einkommen und Status, wurde durch die Reformen im Gesundheitswesen und neue Errungenschaften in den Krebstherapien „gelindert“. Andere spezifische Belastungsfaktoren sind geblieben und wurden durch die Fokussierung auf diese Gruppe erst ins Bewusstsein der Gesellschaft gerückt.

Neben der Forschungsförderung und Aufklärungsarbeit, die auch heute noch grundsätzliche Ziele der Österreichischen Krebshilfe darstellen, erfolgt die Betreuung von KrebspatientInnen und deren Angehörige in mittlerweile 41 Beratungsstellen in ganz Österreich. Jährlich werden mehr als 30.000 KrebspatientInnen und deren Angehörige betreut. Eine dieser 41 Beratungsstellen ist die Beratungsstelle der Österreichischen Krebshilfe in Vorarlberg. Ausgehend von einer Psychoonkologischen Arbeitsgruppe, die aus MedizinerInnen bestand, wurde im Jahre 1989 die Krebshilfe Vorarlberg als eigenständiger Verein ins Leben gerufen.

Die Not der Erkrankten mit ihren vielschichtigen Anliegen und die begrenzten Hilfsmöglichkeiten der ÄrztInnen und des Pflegepersonals im Umgang mit diesen, zeigte deutlich die Notwendigkeit einer zusätzlichen Unterstützungseinrichtung. Die Initiative erfolgte vor allem über die in den Krankenhäusern mit dieser Thematik befassten Ärzte. Im

² www.krebshilfe.net/asp/presse

³ Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwende ich wo möglich das Binnen-I, sowie aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche oder weibliche Form. Das jeweils andere Geschlecht ist mit einbezogen.

Besonderen war es ein Anliegen von Prim. Prof. Gebard Mathis, bösartige Erkrankungen nicht nur in deren biologischen und medizinischen Problematik zu sehen, sondern auch auf die sozialen, psychischen und spirituellen Dimensionen einzugehen und auf diesen Ebenen Hilfe anzubieten. Maßgeblich durch seine Initiative kam es im Jahr 1992 zur Gründung der Beratungsstelle in Hohenems und damit auch zu einer engen Anbindung der Beratungsstelle an das Landeskrankenhaus Hohenems.

Mit dem Aufbau der Beratungsstelle wurde Frau Dietlinde Baldauf betraut. Ihre Psychotherapieausbildung als Integrative Gestalttherapeutin⁴ gerade abgeschlossen, machte sie sich auf den Weg in dieses „Neuland“. Die Anfänge waren davon gekennzeichnet, sich mit anderen psychosozialen Stellen in Vorarlberg zu vernetzen und sich an bereits bestehenden Einrichtungen im Nachbarland Deutschland zu orientieren oder auch sich abzugrenzen und eine „Identität“ als Beratungsstelle zu entwickeln. Sie hospitierte an der heute ältesten Krebsberatungsstelle in Düsseldorf. Die Arbeit dort war ebenfalls durch die Integrative Gestalttherapie angeleitet. Die Psychoonkologie als neue Disziplin war zum damaligen Zeitpunkt in Österreich noch nicht etabliert. Die Begleitung von Angehörigen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung oder die Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Kinder von Betroffenen wurde erst damals gezielt in den Blick genommen. Die in der Anthropologie der Integrativen Therapie verankerte Sicht des Menschen als *„Körper-Seele-Geist-Wesen in Kontext und Kontinuum“*⁵ war damals wie heute die tragende Basis, auf der die Arbeit der Beratungsstelle aufgebaut wurde. Schon bald wurde klar, dass in der Begleitung von krebserkrankten Menschen das psychotherapeutische Setting bestimmte Spezifika aufweist. Abstinenzregeln, wie sie zB. in der Psychoanalyse gefordert werden, oder Konzepte im Umgang mit Widerständen waren im konkreten Umgang mit Betroffenen nicht anwendbar. Die Anfangszeit war auch davon geprägt, die bestehenden Konzepte hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit zu überprüfen oder andere, bessere in die Arbeit aufzunehmen.

Die Beratungsstelle hat sich sehr schnell im Gefüge der sozialen Landschaft des Landes etabliert, dies mag daran gelegen sein, dass sie durch anerkannte Mediziner ins Leben gerufen und „flankiert“ wurde. Nach vier Jahren erfolgte die Unterteilung der Krebshilfe Vorarlberg in Beratungs- und Geschäftsstelle. Für die Aufgaben der Geschäftsstelle (Öffentlichkeitsarbeit, Verwaltung, Fundraising etc.) wurde eine Geschäftsführerin bestellt. Die Beratungsstelle besteht heute aus zwei Niederlassungen in Hohenems und Bludenz. Diese zwei Standorte ermöglichen eine gute geographische Erreichbarkeit der Vorarlberger Bevölkerung. Die Krebshilfe Vorarlberg ist ein Verein mit ehrenamtlichem Vorstand, der

⁴ heute „Integrative Therapie“

⁵ Petzold (2003a), S. 27

heute aus MedizinerInnen, PsychotherapeutInnen und Betroffenen besteht.

Im Jahr 2010 wurden 3.354 Beratungen durchgeführt, davon waren 2/3 Erkrankte und 1/3 Angehörige.

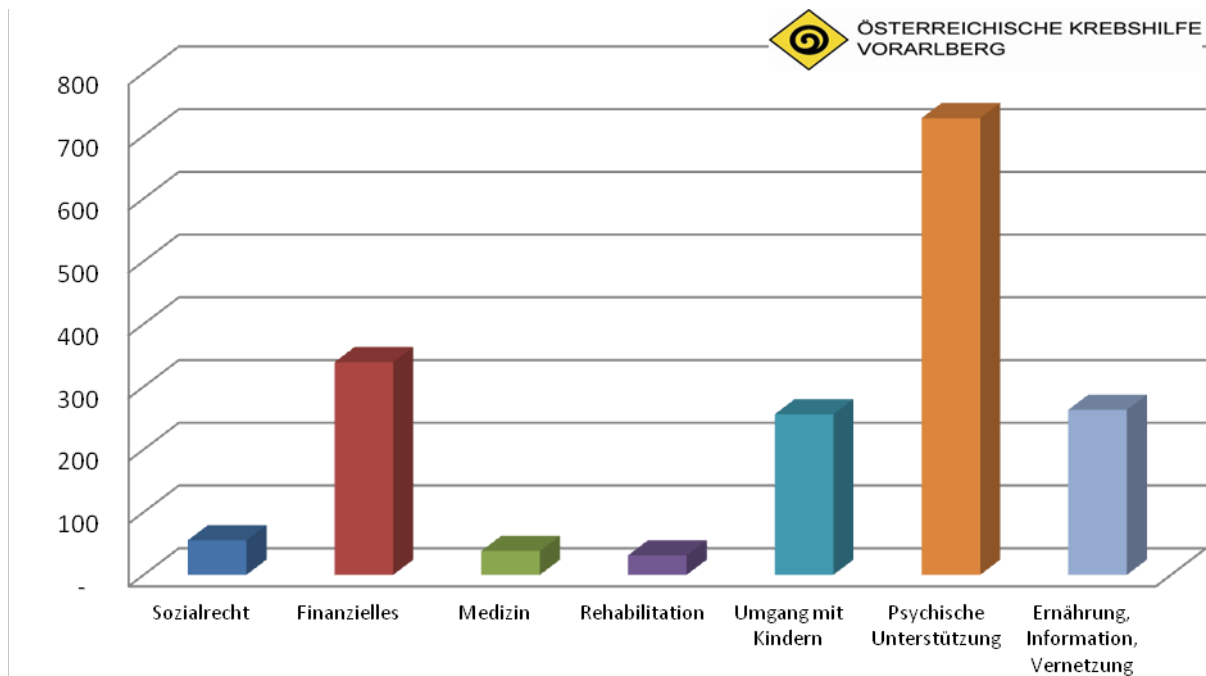


Abb.: Frageschwerpunkte beim Erstkontakt im Jahr 2010

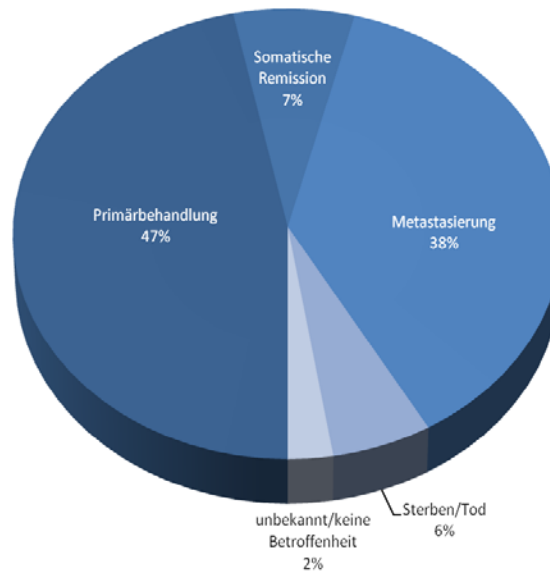


Abb: Krankheitsstadium zum Zeitpunkt des Erstkontaktes im Jahr 2010

Das Angebot der Vorarlberger Krebshilfe ist für Betroffene und Angehörige größtenteils kostenlos und wird durch Spenden, durch Sponsoren, vom Land Vorarlberg, der Krankenkasse und dem Dachverband der Österreichischen Krebshilfe Gesellschaft in Wien finanziert.

1.2 Team und Organigramm

Das Kernteam der Beratungsstelle der Österreichischen Krebshilfe Vorarlberg besteht derzeit aus zwei Psychotherapeutinnen, beide „sozialisiert“ und beheimatet in der „Integrativen Therapie“. Mit einer 100% und einer 45% Stelle decken sie den Großteil der Einzel, Paar- und Familienberatungen sowie die täglichen Telefonsprechzeiten von 10.00 – 12.00 Uhr ab. Für Vertretungen am Telefon, sowie für das Gruppenangebot zu den „Wohlfühl Tipps“ in den Landeskrankenhäusern steht eine Lebens- und Sozialberaterin zur Verfügung. Mit einer Reihe von im Land niedergelassenen PsychotherapeutInnen besteht ein Werkvertrag hinsichtlich der Begleitung von Kindern und Jugendlichen von betroffenen Eltern. Für Anliegen im sozialrechtlichen Bereich finden monatlich oder nach Bedarf Sprechstunden von MitarbeiterInnen des Österreichischen Zivilinvalidenverbandes (ÖZIV) in den Räumlichkeiten der Krebshilfe statt. Mit einem Team von Ernährungsberaterinnen des

Landes wurde eine Kostenübernahme für Erkrankte vereinbart. Zwei Ärzte stehen im Rahmen von Sprechstunden hinsichtlich unabhängiger medizinischer Zweitmeinungen kostenlos zur Verfügung.

Zur Geschäftsstelle der Österreichischen Beratungsstelle gehören die Geschäftsleitung und das Sekretariat. Die Leiterin der Geschäftsstelle und die Leiterin der Beratungsstelle sind hierarchisch gleichrangig gestellt. Die Leitung der Österreichischen Krebshilfe Vorarlberg mit Geschäfts- und Beratungsstelle liegt beim Präsidenten, Prim. Prof. Gebhard Mathis.

1.3 Settings

Die meisten PatientInnen oder Angehörigen melden sich nach der Diagnose. Die Information über die Krebshilfe erhalten sie zumeist bereits im Krankenhaus. Zu diesem Zeitpunkt der Erkrankung sind die PatientInnen in der Regel mobil und kommen ohne fremde Hilfe zur ambulanten Betreuung in die Beratungsstelle. Terminverschiebungen aufgrund der Unplanbarkeit der Behandlung erfordern eine hohe Flexibilität seitens der HelferInnen. Die ambulante Therapie kann durch eine Progredienz der Krankheit in eine Begleitung durch Hausbesuche übergehen. Auch wenn die Hausbesuche terminlich vereinbart sind, ist nicht immer gewährleistet, dass Raum und Zeit für ein Gespräch vorhanden sind. Die Anwesenheit von Familienangehörigen oder unerwarteter Besuch setzen wiederum ein flexibles Umgehen mit der jeweiligen Situation voraus, bzw. können auch der diagnostischen Einschätzung oder der Einbeziehung des sozialen Netzes in die Begleitung dienen. Die Begleitung im Krankenhaus geschieht mehrheitlich dann, wenn die Patientin bereits von uns betreut wurde und Krankenhausbesuche wünscht. Andernfalls sind die in den Krankenhäusern angestellten PsychoonkologInnen die zuständigen Ansprechpersonen. Die Strukturen und Gesetzmäßigkeiten der jeweiligen Krankenhäuser, die Akzeptanz von „krankenhausfremder Hilfe“, Rückzugsmöglichkeiten für einen intimen Schutzraum und das Abwägen, wie viel an Information an die Pflege/Ärzte der Patientin dient oder schadet, sind spezifische Fragen dieses Settings jenseits jeder Regelmäßigkeit.

2. Krebs – was ist das?

Im Mai dieses Jahres schreibt Georg Dietz in der Süddeutschen Zeitung eine Kolumne über „Das Prinzip Krebs“:

*„Jede Zeit hat ihre Krankheit – die Krankheit unserer Zeit ist der Krebs. ... Es war Michel Foucault, der sagte, der Körper sei der Ort der Politik. Heute ist der Körper darüber hinaus ein Ort für Projektionen. Krebs ist Angst, auf diesen Satz kann man das Wabernde und Wuchernde, das Unheimliche und Unsichtbare dieser Krankheit reduzieren. Krebs ist die Angst des Kranken, die aber auch die Umgebung erfasst. Die sich in die Beziehung zu Freunden und Familie frisst. Die sich ausbreitet, selbst wenn die Krankheit gestoppt ist. Krebs ist eine Angst, die einen nie mehr verlässt. ... Krebs befällt nicht nur den Körper, Krebs frisst sich in den Alltag und in die Zeit. Krebs ist aber auch eine Metapher. Bei keiner anderen Krankheit kommen die Menschen so sehr in die Versuchung sie zu erklären, zu deuten zu psychologisieren. Krebs ist ein Drama, ein Passionsspiel mit Schurken und Helden, mit Fallen und Tricks mit List und Tücke. Es ist der Körper, der sich gegen sich selbst, gegen uns wendet. Krebs ist darum die unheimlichste Krankheit, weil sie uns am nächsten ist.“*⁶

Die Frage, was Krebs ist, ist äußerst schwer zu beantworten. Den Krebs gibt es nicht. Der Begriff „Krebs“ ist eigentlich ein Sammelbegriff und bezeichnet eine Gruppe von mehr als hundert verschiedenen Krebserkrankungen mit vermutlich unterschiedlichen Entstehungsmechanismen und Ursachen.⁷

Die verschiedenen Krebserkrankungen zeichnen sich durch Basiskriterien wie ungehemmtes Zellwachstum, gestörte Zelldifferenzierung und Metastasierung aus. Zellen der Ausgangsgeschwulst werden Primärtumor genannt, die Absiedelungen im übrigen Körper werden als Metastasen bezeichnet.⁸

Die Bezeichnung „Krebs“ geht bis ins 4 Jhdt. v. Christus auf den griechischen Arzt Hippokrates zurück. „*Karzinon*“, das griechische Wort für Krebs, war für Hippokrates die Bezeichnung für die nicht abheilenden Geschwüre.⁹ Einige Jahrhunderte später wechselten die Ärzte zum Latein, die bildhafte Krankheitsbezeichnung „Krebs“ blieb erhalten (lat. Cancer). Heute wird inzwischen anstelle von Krebs der Begriff „*onkologische Erkrankung*“ verwendet. Onkologie bezeichnet die Lehre der Geschwulsterkrankungen.

⁶ <http://sz-magazin.sueddeutsche.de/drucken/text/29103>

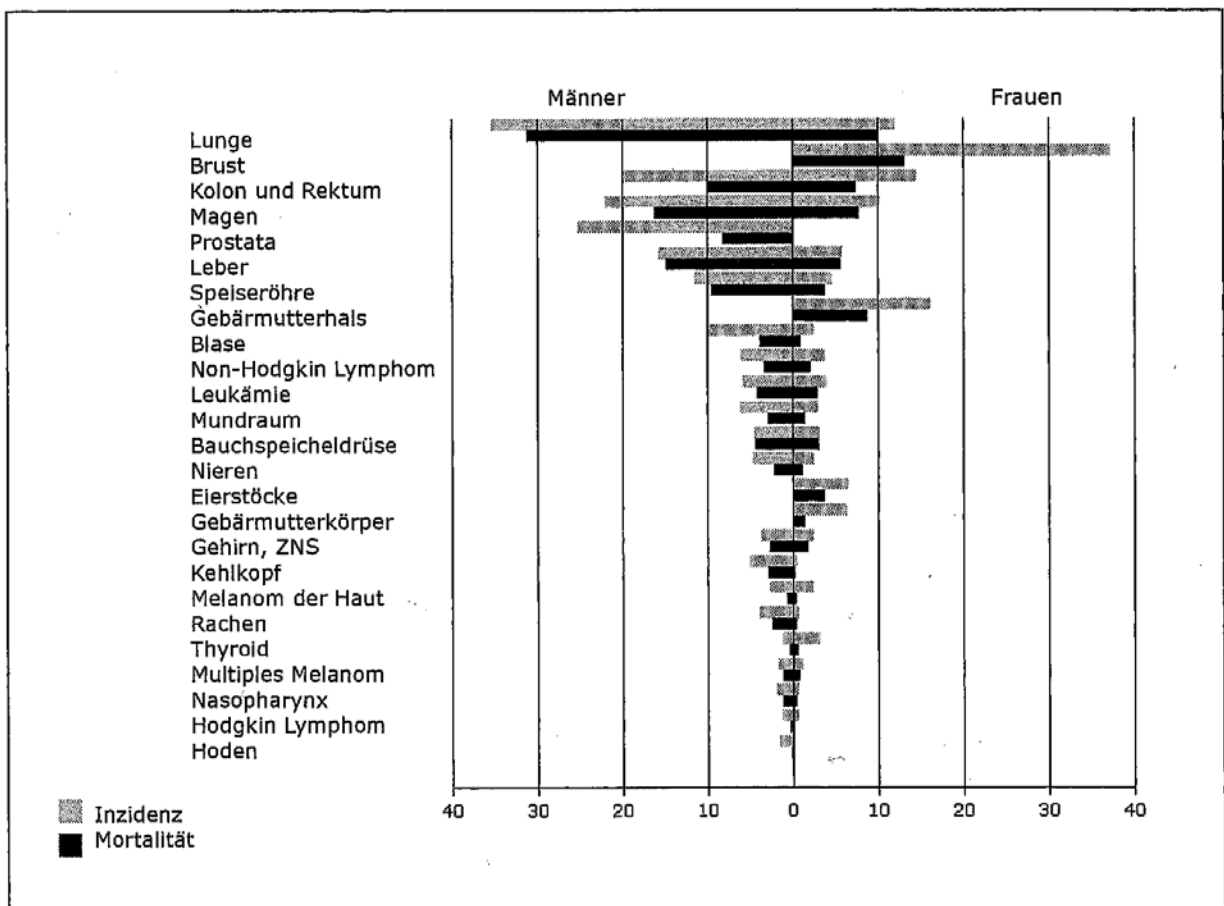
⁷ Tschuschke (2002), S. 3

⁸ Schwarz, Singer (2008), S. 19

⁹ Kappauf, Gallmeier (2000), S. 24

2.1 Epidemiologie

Nach Angaben der WHO waren im Jahr 2009 weltweit 3.390.545 Männer und 3.490.957 Frauen an Krebs erkrankt.¹⁰

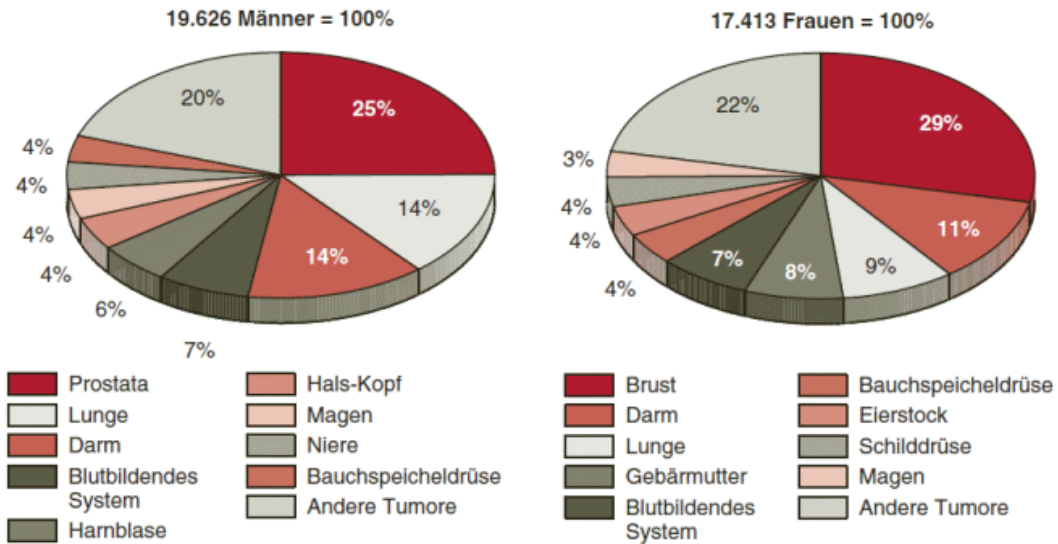


Krebsinzidenz und Krebsmortalität weltweit, altersstandardisierte Rate pro 100.000¹¹

¹⁰ www-dep.iarc.fr

¹¹ Schwarz, Singer, S. 188

Die häufigsten Tumorlokalisationen nach Geschlecht (2009)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 13.09.2011). Erstellt am: 29.09.2011.

2.2 Klassifikation

Tumorerkrankungen werden hinsichtlich ihres Auftretens, der Ausbreitung, der Differenzierung und der Art des Ursprungsgewebes eingeteilt. Tumore, die aus Haut- oder Schleimhautgewebe hervorgehen, sind am häufigsten (75%) und werden als Karzinome bezeichnet. Unterschieden werden weiters Basaliome (Epidermiszellschichten), Sarkome (Fettgewebe, glatte Muskulatur, Knochengewebe) und Gliome (Zentralnervensystem). Für die Therapiewahl ist entscheidend, wie weit sich ein Tumor bei der Diagnosestellung ausgebreitet hat. Die Einteilung in die hierfür bestehenden Klassifikationssysteme erfolgt nach der operativen Entfernung des Tumors und der feingeweblichen Untersuchung. Entscheidend für die medizinische Prognose einer Krebserkrankung ist, wie gut das Tumorgewebe differenziert ist. Je höher die Differenzierung, desto langsamer das Wachstum, desto unwahrscheinlicher eine Metastasierung und desto besser die Prognose. Die Bedeutung der Lokalisation des Tumors für die Prognose ist offensichtlich: in Fällen, wo unmittelbar lebenswichtige Organe betroffen sind, eine operative Entfernung des Tumors unmöglich ist und die betreffende Organfunktion nicht ersetzt werden kann, ist die Prognose schlechter.¹²

¹²vgl. ebd.

2.3 Onkologische Behandlung

Ziel der Behandlung ist die Beseitigung des Krebsleidens unter Berücksichtigung der Erhaltung von größtmöglicher Lebensqualität.¹³

Wenn davon ausgegangen werden kann, dass der/die PatientIn geheilt werden kann, wird von kurativer Therapie gesprochen. Ist dies aller Voraussicht nach nicht mehr möglich, wird ein palliativer Therapieansatz verfolgt. Im Vordergrund steht die Linderung der Folgeerscheinungen, wie z.B. Schmerzen.

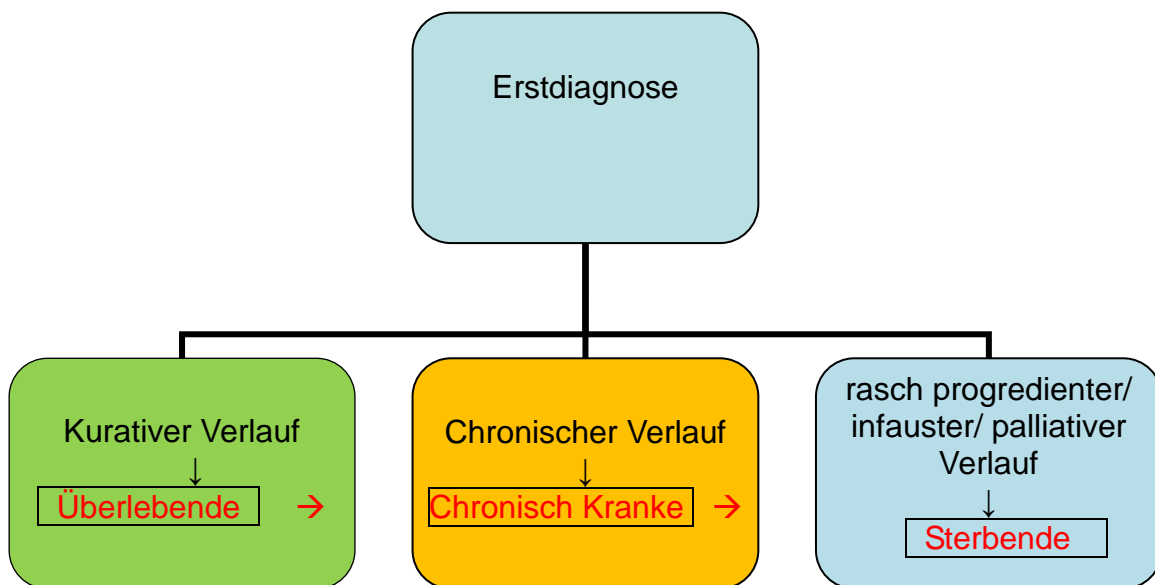


Abb.: Phasen von Krebserkrankungen, die von links nach rechts ineinander übergehen können, aber nicht müssen.¹⁴

Das wichtigste Standbein im onkologischen Behandlungsplan ist die operative Tumorentfernung. Wesentlich für die Prognose einer Erkrankung ist, ob bei der operativen Entfernung das gesamte Tumorgewebe und noch ein „Sicherheitsabstand“ im gesunden Gewebe eingehalten werden konnte. Die Strahlentherapie ist die zweite wichtige Säule in der onkologischen Behandlung. Stark vereinfacht: die Wirksamkeit dieser Methode beruht darauf, dass sich gesundes Gewebe schneller und besser als Tumorgewebe von den durch die Strahlung verursachten Schäden erholen kann. Erneutes Tumorwachstum oder Metastasierung soll unterdrückt werden. Die Behandlung hat Auswirkung auf das gesunde

¹³ ebd., S. 198

¹⁴ Herrschbach, (2008), S. 42

Gewebe. Typische „Strahlenschäden“ je nach dem bestrahlten Gebiet können sein: Durchfall, Haarausfall, Mundtrockenheit, Entzündungen der Mundschleimhaut, Übelkeit, Erschöpfung u.a. Einige der Nebenwirkungen klingen nach der Behandlung wieder ab, andere sind irreversibel. Die psychosozialen Aspekte der Strahlentherapie sind nicht unwesentlich. Viele Patienten können sich die Wirkungsweise der Behandlung nur schwer vorstellen, Bilder von „verstrahlt werden“ oder die Affinität zu Kernreaktoren erzeugen ein unangenehmes Gefühl.

Als dritte Säule in der onkologischen Behandlung hat sich die Chemotherapie etabliert. Darunter versteht man die Behandlung von Krebserkrankungen mit Zellgiften (Zytostatika). Auch die chemotherapeutische Behandlung beruht darauf, dass Zellen zerstört werden. Tumorgewebe kann sich nicht oder nur schlecht, gesundes Gewebe verhältnismäßig leicht regenerieren. Nicht alle Tumorerkrankungen sprechen auf Chemotherapien an. Die Verabreichung erfolgt systemisch (nicht auf ein bestimmtes Gebiet begrenzt). Nebenwirkungen, wie Haarausfall, Übelkeit usw., treten häufiger auf als bei der lokal besser begrenzten Strahlentherapie. Chemotherapie ist eine gefürchtete Therapiemaßnahme. Der Preis für die Heilung oder Lebenszeitverlängerung ist oft recht hoch. Ausschlaggebend für die Stärke der Nebenwirkungen sind die Wahl des Präparates, die Dosis und der Allgemeinzustand der betroffenen Person. Als äußerst belastend empfunden wird der Haarverlust.¹⁵

2.4 Paradigmenwechsel in der Onkologie

Die Onkologie hat sich vor etwa drei Jahrzehnten das große Ziel der erfolgreichen Bekämpfung des Krebses gesetzt. Die bisher angewandten Waffen (Stahl und Strahl) wurden mit der zusätzlichen Waffe „Gift“ ergänzt. Eine Vielzahl von neuen Hightech-Apparaten, neu entdeckten Medikamenten und radikaleren Behandlungsmethoden führten anfangs bei einigen wenigen bisher unheilbaren Tumorerkrankungen tatsächlich zu hohen Heilungsraten. Dieser Entwicklung folgte jedoch bald eine Ernüchterung. Trotz neuer Einsichten in die molekulare Tumorbio­logie und dominanter fehlgeleiteter Regulationsmechanismen hat sich seit den letzten 20 Jahren eine bis heute anhaltende Stagnation breitgemacht. Der sehnlich erhoffte Durchbruch, mit Hilfe dessen weitere unheilbare Krebskrankheiten geheilt werden könnten, ist leider ausgeblieben. Es setzte eine Korrektur des Denkens ein. Nicht Lebensquantität, sondern Lebensqualität wurde als Hauptziel deklariert. Aus somatischer Sicht ging es dabei um die Behandlung der Anämie mit dem Symptom der quälenden

¹⁵ vgl. Schwarz, Singer (2008), S.198 - 200

chronischen Müdigkeit (Fatigue), der Linderung von Übelkeit und Erbrechen und der Behandlung von Schmerzen.¹⁶

Es ist hier von Interesse, dem Begriff der „Lebensqualität“ vertiefend nachzugehen. Allein der inflationäre Gebrauch und die Vielfalt der Veröffentlichungen dazu zeigen, wie schwer definierbar und komplex sich dieses Konstrukt darstellt.

„Lebensqualität ist ein philosophischer, ökonomischer und neuerdings eben auch ein medizinischer Begriff.“¹⁷

Die Bewertung von Lebensqualität, je nach Situation und Mensch, ist höchst unterschiedlich und individuell und hängt von vielen Faktoren ab. Gemäß der WHO wurde im Jahr 1994 folgende Definition formuliert:

„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.“¹⁸

Eine andere Definition findet sich bei Porzolt:

„Lebensqualität ist die Differenz zwischen dem Soll und dem Istwert, wobei der Sollwert die Ansprüche des Menschen ausdrückt und der Istwert die Realität. Ist die Differenz sehr groß, ist die Lebensqualität schlecht. Ist die Differenz gering, ist die Lebensqualität gut.“¹⁹

Die Auseinandersetzung mit dem Begriff der Lebensqualität macht deutlich, dass nicht objektive Faktoren der Erkrankung, Behandlung- oder Lebenssituation für die Beurteilung von Lebensqualität ausschlaggebend sind, sondern die individuelle Bewertung und die Möglichkeit der Anpassung dieser Bewertung an neue Situationen. In der Behandlung von Krebspatienten insbesondere bei palliativen Therapien kommt die Einbeziehung der Lebensqualität bei Therapieentscheidungen zum Tragen, zB. bei der Entscheidung mit einer etwas besseren Lebensqualität kürzer zu leben oder eine reduzierte Lebensqualität zugunsten von Lebenszeit in Kauf zu nehmen. Die von PatientInnen genannten Bewertungskriterien sind u.a. Schmerzfreiheit und weitgehende Autonomie.

¹⁶vgl. Dorf Müller, Dietzfelbinger, (2009), S. 8ff.

¹⁷ebd., S. 53

¹⁸ebd., S. 54

¹⁹Porzolt zit. nach Dorf Müller, Dietzfelbinger, ebd.

2.5 Ursachenforschung

Die Ursachen maligner neoplastischer Prozesse sind bis heute nur zu einem kleinen Teil bekannt. Zurzeit wird nicht davon ausgegangen, dass einzelne Faktoren für den Ausbruch einer Erkrankung verantwortlich sind. Experten gehen vielmehr von einer multifaktoriellen Genese aus bei der, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Arten der Tumorerkrankungen, verschiedene Einflüsse zusammenwirken und sich möglicherweise gegenseitig verstärken. Dazu gehören Umwelteinflüsse wie Karzinogene, Viren, Strahlen, genetische Disposition, immunologische und endokrine Faktoren, dann auch Fragen des Lebensstils wie Bewegung, Ernährung, Tabakkonsum und ebenso psychosoziale Aspekte.²⁰

3. Psychoonkologie

Die Bezeichnung „Psychoonkologie“ geht auf Fritz Meerwein zurück und steht in der Tradition von Viktor von Weizsäcker und Thure von Uexkülls, die nachdrücklich vertraten, dass in der Behandlung von Kranken immer psychische, körperliche und soziale Momente zusammenkommen. Der 1922 in Basel geborene Nervenarzt und Psychoanalytiker Fritz Meerwein gilt als Pionier der psychosomatischen Medizin onkologischer Erkrankungen. Meerweins Erfahrungen, wie die Wahrnehmung der Not der Kranken, seine Gedanken über das ärztliche Gespräch und die Dynamik in der Arzt-Patienten-Beziehung finden ihren Niederschlag im 1981 erschienenen Buch mit dem Titel „Psychoonkologie“. Die Geburtsstunde der Psychoonkologie sieht Meerwein für Europa auf einer internationalen Konferenz zum Thema „Psychophysiological Aspects of Cancer“, die 1965 stattfand.²¹

Der Begriff Psychoonkologie ist charakterisiert durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete und umfasst verschiedene Berufsgruppen wie Ärzte, Pflege, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Kunsttherapeuten, also aller Berufsgruppen, die in der Betreuung von Krebserkrankten und Angehörigen in Erkrankung, Behandlung und Rehabilitation zusammen wirken.²² Für die psychotherapeutische Betreuung bedeutet dies, dass je nach Krankheitssituation und hinzukommenden Belastungen und Problemen im Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen Lösungen gesucht werden müssen. Diese Kooperation mit Blick auf Bedürfnisse und Notsituationen von Betroffenen scheint zentral wichtig und ist ein wesentliches Merkmal psychoonkologischer Arbeit.

²⁰ vgl. Schwarz, Singer, S. 46

²¹ vgl. Schwarz (2007), S. 246

²² Weiss et al 2007

„Psychoonkologie versteht sich als die Lehre von den psychosozialen Begleitumständen einer Krebserkrankung. Sie ist ihrem Wesen nach interdisziplinär.“²³

Im Falle einer Krebserkrankung lässt sich das Krankheitserleben nicht auf den betroffenen Körperteil oder auf die Krankheits- oder Behandlungsperiode beschränken. Auch zeigt die Praxis, dass die subjektive Belastbarkeit nicht automatisch mit dem objektiven somatischen Befund korreliert.²⁴

Seit über 25 Jahren etabliert, befasst sich die Psychoonkologie mit den besonderen Belastungen und Folgen, mit denen Krebspatienten vom Zeitpunkt der Diagnose an konfrontiert werden. Der Schock der Diagnose erschüttert wie ein Erdbeben die Fundamente der menschlichen Identität. Als „*Sturz aus der normalen Wirklichkeit*“ wird in der psychoonkologischen Fachliteratur diese hereinbrechende Erfahrung der Todesdrohung bezeichnet.²⁵ Der Mensch als Ganzes: Körper, Psyche, soziales Netzwerk, das existentielle Selbstverständnis, sowie seine Wertesysteme sind betroffen.

In der Behandlung von Krebserkrankungen sind im Verlauf der letzten Jahre immer komplexere und differenziertere Behandlungsmöglichkeiten entstanden. Viele der früher akut und rasch tödlich verlaufenden Tumorleiden sind inzwischen längerfristig behandelbar, jedoch oft um den Preis chronischer Beeinträchtigungen und bleibender Behinderungen. Der zunehmenden Verlängerung von Überlebenszeit steht oft eine Einbuße an Lebensqualität gegenüber. Durch Operationen entstandene Verstümmelungen, Funktionsstörungen der Verdauung oder Sexualität, durch Chemotherapie entstandene Neuropathien oder durch Cortison und hormonelle Applikationen verursachte Veränderungen der Körperform entstehen Brüche im Körperbild²⁶. Der Körper ist zwangsläufig zu einem *enteigneten* und *verdinglichten* Körper²⁷ geworden, und das Wiedererkennen im Spiegel, die vertraute Identität des Körperlichen geht verloren. Durch die unvertraute Umgebung eines Krankenhauses oder der Wegfall von vertrauten Aktivitäten (Familie, Beruf) können Krisen in der psychischen Befindlichkeit und im Selbsterkennen ausgelöst werden. Auch nach erfolgter und überstandener Behandlung bleibt die Angst und Sorge hinsichtlich eines Rezidivs.²⁸ Und selbst eine geheilte Krebserkrankung hinterlässt eine Beschädigung des Urvertrauens zum eigenen Körper, mit der Folge, dass die Patientin jedes ungewohnte körperliche

²³ Kübler in: http://www.uni-kiel.de/qol-center/Homepage%20RZLQ/Psychoonk_ueberbl.php

²⁴ Schwarz, Singer (2008), S.13

²⁵ Gerdes (1986), S. 46

²⁶ vgl. Dorfmueller, Dietzfelbinger, (2009), S. 8 ff.

²⁷ Petzold (2003a), S. 782

²⁸ Schwarz, Singer (2008),S. 14

Empfinden in den Zusammenhang mit der überstandenen Tumorerkrankung stellt und mit Angst reagiert.²⁹

Ziele der psychoonkologischen Arbeit sind gemäß Kübler³⁰ die Unterstützung bei dem Prozess der Krankheitsbewältigung, die emotionale Entlastung und Anleitung zur Um- oder Neuorientierung und die Reduktion von Angst und Verspannung, um damit möglichst günstige Voraussetzungen für den Krankheitsverlauf zu schaffen.

Es ist der Verdienst der Psychoonkologie als interdisziplinärer Zusammenschluss von ÄrztInnen, psychosozialen TherapeutInnen und anderen MitarbeiterInnen in der Onkologie auf diese Krisen hingewiesen zu haben und Wege gesucht zu haben, diese gravierenden Belastungen kompetent zu lindern. Die Reduzierung der erwähnten Begleiteffekte der Krebserkrankung beeinflusst die Mitarbeit der PatientInnen in ihrer Behandlung auf positive Weise und setzt Kräfte frei, die für einen Heilungsvorgang enorm wichtig sind.³¹

3.1 Grundprinzipien psychoonkologischer Betreuung

Einerseits geht es um therapeutische Begleitung, wie sie sich in der allgemeinen Psychotherapie bewährt hat, andererseits um die Berücksichtigung eines zusätzlichen Methodenspektrums, das der besonderen Situation von erkrankten Menschen Rechnung trägt.

Das Spektrum psychoonkologischer Interventionen reicht von der Informationsvermittlung über Beratung, supportive Begleitung bis zur Krisenintervention und Psychotherapie in unterschiedlichen Abstufungen mit den TumorpatientInnen und/oder deren Angehörigen.³²

Ein zentraler Unterschied zur „klassischen Psychotherapie“ sehen Herrschbach und Heußner³³ in der Tatsache, dass KrebspatientInnen in der Regel mit der Bewältigung von realen Problemen belastet sind und nicht mit irrationalen und neurotischen. Diese Unterscheidung ist m.E. problematisch, da sie die Gefahr einer Wertung in sich birgt, außerdem können auch Krebspatienten vor oder zeitgleich zu ihrer Erkrankung an einer psychischen Störung oder neurotischen Symptomen leiden.

²⁹Schwarz, Singer (2008), S. 71

³⁰vgl. Kübler in http://www.uni-kiel.de/qol-center/Homepage%20RZLQ/Psychoonk_ueberbl.php

³¹vgl. Schwarz, Singer (2008), 16ff.

³²Wickert (2007), S.37

³³vgl. Herrschbach (2008), S.12ff.

„Sie unterschieden sich von den klassischen Patienten der Psychotherapie, nämlich Patienten mit neurotischen oder psychosomatischen Störungen. Dies ist jedoch der Bereich, aus dem unsere Theoriebildung, unsere therapeutische Techniken und unsere klinische Erfahrung stammen. Wenn wir mit körperlich Kranken wie Krebskranken arbeiten, betreten wir Neuland.“³⁴

Der Ansatz der Psychoonkologie ist in erster Linie supportiv. Von einer Psychotherapie gegen Krebs, einem kurativen Ansatz grenzt sich die DAPO (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie) deutlich ab³⁵. Supportiv meint in diesem Kontext, dass es um Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und nicht um Heilung geht. Diesem Ansatz hat sich auch die Beratungsstelle der Krebshilfe Vorarlberg verschrieben. Ein weiterer Unterschied zur klassischen Psychotherapie sehen *Freyberger* und *Speidel*³⁶ in dem aktiven Zugehen auf die PatientInnen, die sich infolge ihrer körperlichen Krankheit in einer Phase der Destabilisierung befinden. Vorrangiges Ziel ist nicht die Persönlichkeitsveränderung sondern Unterstützung. Konfliktaufdeckende oder konfrontative Interventionen sind in Phasen von Labilität kontraindiziert. Der Umgang mit den Abwehrmechanismen ist ein akzeptierender, da sie in ihrer das Gleichgewicht erhaltenden Funktion verstanden und respektiert werden.³⁷

Menschen, die zu uns kommen, befinden sich meistens in mehr oder weniger akuten Krisen. Gründe der Kontaktaufnahme können sein:

- Diagnose einer onkologischen Erkrankung
- Behandlungsentscheidungen
- Ende der medizinischen Primärmaßnahmen
- Diagnose von Metastasen oder Rezidiv

Da der Anlass meist unvorhergesehen und plötzlich in das Leben der Betroffenen hereinbricht, muss die Hilfe rasch erfolgen, sie unterscheiden sich diesbezüglich von den KlientInnen, die aufgrund dysfunktionaler Lebensmuster Psychotherapie in Anspruch nehmen. Nicht selten gibt es bei letzteren eine lange Entscheidungsphase, die allein schon therapeutische Qualität im Sinne der inneren Auseinandersetzung in sich birgt. Diese Zeit gibt es bei Erkrankten nicht. Meist werden sie vom Arzt, der die Diagnose übermittelt, an uns verwiesen. Nicht selten sind es Menschen, die noch nie mit irgendeiner Form von psychosozialer Unterstützung in Kontakt waren. Hier geht es in erster Linie um Information.

³⁴ ebd., S.12

³⁵ DAPO Jahrbuch (2006)

³⁶ Freyberger, Speidel (1976)

³⁷ Wickert (2007), S.40

Der Zugang zur Patientin ist wesentlich geprägt von unseren eigenen Haltungen, Bildern und Voreinstellungen. Dabei ist zu betonen, dass die Psychoonkologie in besonderer Weise anfällig für allgemeine gesellschaftliche Einstellungen und Auffassungen ist. Nicht wenige dieser Auffassungen gehören in den Bereich der Mythen, da sie nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen.

Einige dieser Mythen der Psychoonkologie sind besonders weit verbreitet³⁸:

- Krebs ist gleichbedeutend mit Sterben und Tod
- Psychotherapeutisch kann nicht viel erreicht werden
- Psychologische Faktoren haben Einfluss auf die Krebsentstehung und auf die Lebenslänge
- durch Psychotherapie kann das Leben verlängert werden
- die Arbeit mit Krebskranken ist äußerst belastend und macht keinen Spaß

Es muss hier nicht erläutert werden, inwiefern sich solche Auffassungen in der Arbeit mit PatientInnen negativ auf den Therapieprozess auswirken. Interessant ist an dieser Stelle jedoch die Verbreitung solcher Auffassungen bei approbierten PsychotherapeutInnen. Gemäß einer Erhebung von Schwarz³⁹ sind die Hälfte der befragten PsychotherapeutInnen der Meinung, dass seelische Faktoren bei der Entstehung einer Krebserkrankung mit bis zu 50% eine Rolle spielen würden. Die zweite Frage bezog sich auf die Prognose und lautete: *„Gehen Sie davon aus, dass seelische Konflikte oder Traumata Einfluss auf den Verlauf und die Prognose einer Krebserkrankung haben?“* Und auch an dieser Stelle gaben die Hälfte der Befragten an, dass der Krankheitsverlauf ihrer Auffassung nach zu 80% psychisch determiniert sei. Solcherart geprägte implizite oder explizite Haltungen suggerieren den PatientInnen Hoffnung auf Genesung durch Psychotherapie, und machen vice versa die Patientin und die Therapeutin für die im Therapieverlauf auftretende Rezidive mitverantwortlich.

3.1.1 Der supportive Ansatz

Die Supportive Psychotherapie spielt in der psychoonkologischen Praxis eine zentrale Rolle.⁴⁰ Supportive Interventionen sollen dazu dienen, die psychische Stabilität so schnell

³⁸ Herrschbach (2008), S.13

³⁹ ebd.

⁴⁰ Supportive Psychotherapie ist eine aus der analytischen Richtung kommende, speziell auf die therapeutische Arbeit mit schwerkranken PatientInnen zugeschnittene Therapieform, die von Speidel und Freyberger 1977

wie möglich wieder herzustellen. Es geht um die Stärkung der ICH-Funktionen. Der Fokus liegt klar im Hier und Jetzt. Die Interventionen sind problembezogen und fokussiert. Es können dadurch natürlich auch lebensbiographische Themen in den Blick kommen, primärer Fokus bleibt jedoch die gegenwärtige Bewältigung der Situation. Die emotionale Unterstützung wird durch eine verlässliche therapeutische Beziehung vermittelt, wie wir sie in der Konzeption der Integrativen Therapie wiederfinden⁴¹, ich gehe noch vertiefend darauf ein.

„Psychoonkologen brauchen dafür die Fähigkeit, standhalten zu können, insbesondere dann, wenn sie auf die existentiellen Fragen, die sich der Patient stellt, selbst keine eigenen Antworten haben.“⁴²

Regression wird bei PatientInnen in akuter Krise nicht gefördert, aber auch nicht zurückgewiesen. Im Sinne einer elterlich-fürsorglichen Haltung empfiehlt Wickert, sie zuzulassen und die PatientInnen wieder behutsam in die eigene Kraft zu führen. Abstinenz und Neutralität, wie schon an anderen Stellen betont, wird in der Begleitung von TumorpatientInnen durch ein aktives und direktes Vorgehen ersetzt.⁴³ Dies zeigt sich zB. in der Kontaktaufrechterhaltung, bei der aktiv auf die PatientInnen zugegangen wird.

In Phasen von akuten Krisen übernimmt die Therapeutin vorübergehend im Rahmen der Krisenintervention eine strukturierende, stützende und realitätsüberprüfende Rolle, im Sinne eines Hilfs-Ich.⁴⁴ Es geht um das Aufzeigen von Perspektiven und das Zurückgewinnen von hoffnungsvollen Aspekten, die in der Situation nicht mehr gesehen werden können. Die Nutzbarmachung von Ressourcen und individuellen Potentialen steht im Mittelpunkt. Kraftquellen werden ausgekundschaftet, insbesondere Erfahrungen und erworbene Fähigkeiten im Umgang mit früheren Krisen. Es geht um Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung und Anpassung an die neue Situation, aber auch wenn diese Anpassung nicht gelingt und psychische Störungen daraus resultieren, werden die Reaktionen der PatientInnen nicht pathologisiert, sondern als normale Reaktion auf ein Übermaß an krankheitsbedingten Belastungsstress gesehen.

Diese Haltung bezieht sich auch auf die Abwehrmechanismen. Im Sinne eines „*protektiven Widerstandes*“⁴⁵, der verhindert, dass der Mensch überschwemmt wird und dekompenziert, haben die Verdrängung und Verleugnung eine wichtige stabilisierende Funktion, die

beschrieben wurde. vgl. Wickert (2007), S. 40

⁴¹ Schuch (2000), S. 179

⁴² ebd., S. 42

⁴³ vgl. Wickert (2007), S. 44ff.

⁴⁴ ein aus der Psychoanalyse entlehnter Begriff für Patienten mit einer Ich-Struktur-Labilität

⁴⁵ Petzold (2003a), S. 837

akzeptiert und geschätzt wird. Die Erfordernisse des psychoonkologischen Arbeitsfeldes lassen keinen Platz für ein klassisches Schulendenken. Die übergeordnete Frage ist, was methodisch in einer konkreten Situation am besten einsetzbar ist. Es ist dies ein flexibel pragmatisches, patientenzentriertes und störungsspezifisches Vorgehen, wie es mir aus der Integrativen Therapie vertraut ist und in dessen Mittelpunkt der Mensch mit seinen spezifischen Bedürfnissen steht.

3.2 Die Ursache und die Krebspersönlichkeit

Die Frage nach möglichen ätiologischen Zusammenhängen zwischen psychischen Faktoren und Krebserkrankungen ist alt. Hippokrates vertrat die Sicht, dass die bei melancholischen Menschen überwiegende „schwarze Galle“ zur Krebserkrankung führt.⁴⁶

Gemäß Schwarz bestand eine große Erklärungsnot, die Mediziner unter Druck setzte und psychosoziale Ursachen in den Vordergrund rückten.⁴⁷ Auch durch die Psychoanalyse wurden grundlegende psychologische Theorien hinsichtlich einer Krebserkrankung entwickelt. Die psychodynamische Sichtweise von Krebs als einer Aktualneurose ging von einer gestauten sexuellen libidinösen oder aggressiven Energie aus. Eine weitere Erklärung lieferte die Sichtweise einer Krebserkrankung aufgrund eines Konversionssymptoms. In dieser Diktion galt Krebs als Ausdruck eines Triebkonfliktes im Sinne einer „Organsprache“.⁴⁸

„Ein Mammakarzinom würde demzufolge Konflikte mit einer Mutter bzw. der Mutterschaft symbolisieren, während ein Gebärmutterkrebs von Sünden wider die Mutterpflicht und bereuter Wollust, und von der Natur des Krebses als Kindssymbol Zeugnis ablege.“⁴⁹

Das psychoanalytische Konzept der psychosomatischen Persönlichkeit, oder alexithymen Persönlichkeit geht, historisch gesehen, gemäß Schwarz⁵⁰ über zu der als Typ-C-Persönlichkeit bezeichneten „Krebspersönlichkeit“.

Gemeint damit sind Menschen, die antriebsgehemmt und zurückhaltend sind, mit einer ausgeprägten sozialen Anpasstheit, mangelnder emotionaler Ausdrucksfähigkeit und Dependenz, unfähig, befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen. Gemäß dieser Annahme sollen sich Krebspersönlichkeiten bei Menschen entwickeln, die in ihrer

⁴⁶ Helkamp (1984), S. 20

⁴⁷ www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=49834

⁴⁸ Tschuschke (2002), S. 8

⁴⁹ Tuschke (2002), S.8

⁵⁰ ebd., S.9

Kindheit oder Biographie schwere Verlusterlebnisse hatten und diese schuldhaft verarbeiten. Diese autoagressive Verarbeitung des Erlebten bleibt erhalten und überträgt sich schließlich von der seelischen auf die körperliche Ebene.⁵¹

Ob die „Depressivitätshypothese“ zur Entstehung einer Krebserkrankung herangezogen werden kann, wird heute weitgehend bestritten. Als Fazit aus fünf großen Kohorten-Studien zieht Fox den Schluss, *„dass es keinen gesicherten Zusammenhang mit dem Ausmaß bzw. dem Vorhandensein von Depression und einer nachfolgenden Krebserkrankung gibt.“*⁵²

Die in den 70er Jahren verstärkt beginnende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit psychosozialen Einflüssen einer Krebserkrankung war dominiert von Einzelfallbeschreibungen und retrospektiven Studien ohne Kontrollgruppen. Herausgefunden wurde, dass viele Krebspatienten ein melancholisches Gemüt und eine depressive Gestimmtheit haben. Das methodisch schwerwiegendste Argument gegen die Ergebnisse ist der Vorwurf, dass ein Bias nicht ausgeschlossen werden kann, wenn PatientInnen ihre Diagnose bereits kennen und über ihren Lebensstil und ihre Stimmungslagen interviewt werden. Die Selbstwahrnehmung, die Wahrnehmung des Seins und Geworden-Seins ist vor dem Hintergrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung beeinflusst von dem aktuellen Jetzt.⁵³

Als „kurios“ bezeichnet Fox: *„dass die meisten Forscher der Möglichkeit wenig Beachtung geschenkt haben, dass das Bewusstsein darüber, an Krebs erkrankt zu sein, die Patienten in depressive Stimmungen versetzt haben könnte, Depression mithin eine Folge der Erkrankung und keine die Erkrankung auslösende Komponente sei.“*⁵⁴

Auch Helmkamp⁵⁵ kommt zu dem Schluss der Nichtverwertbarkeit retrospektiver Untersuchungen hinsichtlich dem Ziel, erkrankungsrelevante psychische Faktoren zu identifizieren. Die vorausgesetzte Konstanzannahme der Persönlichkeit sieht er insbesondere im Falle von Tumorerkrankungen nicht gegeben.

Gemäß Tschuschke⁵⁶ würde auch bei einer methodisch exakten prospektiven Studie die monokausale Betrachtungsweise einer Krebserkrankung zu kurz greifen.

Dass die Seele ihre Wirkung auch im Immunsystem entfaltet, dazu nehmen insbesondere

⁵¹ Tschuschke (2002), S. 24

⁵² Fox 1998 zit. nach Tschuschke (2002), S.12

⁵³ ebd., S. 8

⁵⁴ ebd., S. 9

⁵⁵ Helmkamp (1984), S. 26

⁵⁶ Tschuschke (2002), S. 30

auch neuerdings Psychoimmunologen einen Standpunkt ein. Dass dies aber zur einer körperlichen Erkrankung wie Krebs führt, dazu gibt es gemäß Schwarz⁵⁷ keine Evidenz. Den psychischen Einfluss sieht er in Sekundärererscheinungen, wie die mangelnde Selbstsorge und autoaggressiver Umgang in Zeiten seelischer Not, durch zB. exzessiven Alkohol oder Tabakgenuss, Mangelernährung, allesamt Faktoren die erwiesenermaßen zu einem erhöhten Krebsrisiko führen.

Es wird augenscheinlich, dass die seit dem Altertum vermutete Beziehung zwischen der Persönlichkeit eines Menschen und einer Krebserkrankung auch heute noch von beträchtlichem Interesse ist. Eindeutige kausale Zusammenhänge zwischen bestimmten psychosozialen Belastungsfaktoren wie Depression, Stress oder Angst und Krebsinzidenz konnten bislang in Forschungen nicht stringent bestätigt werden. Die aus den beschriebenen Forschungen erlangten Erkenntnisse und Theorien rund um die Krebserkrankung wurden gesellschaftlich missbraucht, an Krebs erkrankte Personen für ihre Erkrankung zu beschuldigen, weil sie mit Stress, Gefühlen oder mit Beziehungen fälschlich umgegangen seien.⁵⁸ Solche Erklärungen zur Entstehung von Krebs reduzieren die Komplexität des Geschehens auf eine falsche Schlussfolgerung, die den Betroffenen zusätzliches Leid aufbürdet. Die moderne Psychoonkologie steht nun vor der Herausforderung, Aspekte der Persönlichkeit und des Lebensstils hinsichtlich der multifaktoriellen Entstehung einer Krebserkrankung zu erfassen, ohne sich solcher Klischees zu bedienen.⁵⁹

3.3 Subjektive Krankheitstheorien

Die Frage „was hat mich krank gemacht?“ spielt bei Betroffenen verständlicherweise eine zentrale Rolle. Durch die Diagnose Krebs wird die vermeintliche Sicherheit erschüttert, es kommt „zum Einbruch des total Unbeherrschbaren und Unverstehbaren in die eigenen Existenz“⁶⁰. Die Suche nach der Ursache kann vor diesem Hintergrund auch gesehen werden als eine Form der Bewältigung, dieser belastenden Unsicherheit nicht mehr ausgeliefert zu sein. Nichts ist unaushaltbarer als die Ungewissheit. Wenn ich weiss, was mich krank gemacht hat, habe ich zumindest einen Einfluss darauf, und habe das Gefühl etwas daran ändern zu können, nach dem Motto: Was falsch war kann nun richtig gemacht werden.“

⁵⁷ www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=49834

⁵⁸ Tschuschke (2002), S. 8

⁵⁹ ebd., S. 30

⁶⁰ Gerdes (1986), S. 46

Als Selbstbeziehungslage bezeichnet Susan Sontag⁶¹ die an Krebs gekoppelte Mythologie. Die Erkrankung Krebs eignet sich laut Sontag mehr als andere für die Psychologisierung. Aufgrund ihrer eigenen Krebserkrankung hat sie erfahren und beschrieben, wie sehr die Vorstellungen, die mit bestimmten Krankheitsbildern verknüpft sind, auf das Erleben der Krankheit zurückwirken. Sie unternimmt in ihrem Buch den Versuch, der symbolischen Aufladung von Krankheit im Fall von Krebs entgegenzusteuern. Insbesondere kritisiert sie die kriegerische Metaphorik, die den Körper der Patientin zum Schlachtfeld erklärt.

„Die Krankheit wird oft als Form dämonischer Besessenheit erfahren – Tumore sind „bösaartig“ oder gutartig“ wie Kräfte - und viele erschreckte Krebspatienten fühlen sich gehalten, Wunderdoktoren aufzusuchen, um sich exorzieren zu lassen.“⁶²

Ihre Aussage lautet zusammengefasst: Krankheit ist keine Metapher, sondern ein biologisches Geschehen. Die Kranke kann sich nur durch Entmythologisierung von dem Schweigen und der Scham befreien, in die sie durch die kollektive Metaphorik verstrickt ist. Sontags Ansatz wurde bezüglich der Vermeidbarkeit metaphorischen Sprechens als zu radikal kritisiert.⁶³ Dennoch liefert Sontag m.E. wertvolle Argumente gegen Zuschreibungen wie die „Krebspersönlichkeit“ und sensibilisiert für die Selbst- oder Fremdbeschuldigung.

Im „mythologischen Naturalismus“ sieht Frick⁶⁴ solche Aussagen angesiedelt, wie sie in der Begleitung von onkologischen PatientInnen und deren Angehörigen häufig vorkommen:

„Ich weiß schon, warum ich Hirnmetastasen habe. Ich habe zuviel nachgedacht“, oder „Ich habe immer nur an meine Kinder und an meinen Mann gedacht, nie an mich. Deshalb habe ich Brustkrebs bekommen.“⁶⁵

Er stellt in seiner Betrachtung dem mythologischen Naturalismus den „mythologischen Funktionalismus“ gegenüber. Angewandt auf die Psychoonkologie hätte diese Betrachtungsweise den Vorteil, die Leistungen von Mythen hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung und Erschließung spiritueller Ressourcen zu reflektieren. Gemäß Frick kann die szientistische Mythenkritik zwar die Gefahren aufzeigen, sieht aber nicht, *„den Kern des Mythos als positive Antwort auf das Sinndefizit gegenüber dem prinzipiell*

⁶¹ vgl. Sontag (1980)

⁶² ebd. (1980), S. 75

⁶³ Frick (2007), S. 52

⁶⁴ ebd., S. 50

⁶⁵ ebd.

Unverfügbaren“.⁶⁶ Im Sinne eines behutsamen Aufgreifens und Nutzbarmachens der Mythen für die Therapie, plädiert Frick für eine therapeutisch-funktionale Sicht, mythische Erzählungen als Teil der Lebenswirklichkeit zu würdigen, anstatt ihnen vorschnell mit einer scheinbar aufklärerischen blinden Entmythisierung zu begegnen.

Hierzu Dorf Müller:

*„In meiner onkologischen und psychoonkologischen Praxis hat es sich bewährt, esoterische Konzepte als Wirklichkeitskonstruktionen nicht vorschnell inhaltlich zu bewerten, sondern hinsichtlich ihrer Funktion und Funktionalität in der onkologischen Krankheitsauseinandersetzung zu reflektieren.“*⁶⁷

Aber nicht nur bei den Betroffenen selbst finden sich unhaltbare Kausalzuschreibungen. Auf seiten der professionellen Helfer sind unaufgeklärte Mythologien viel kritischer zu sehen. Welche weltanschaulichen oder philosophischen Sichtweisen prägen die eigene therapeutische Haltung? Gibt es Missionierungsimpulse? Eigene therapeutische Allmachtsphantasien, die der Abwehr von therapeutischen Ohnmachtsgefühlen bei einer palliativen Patientensituation dienen?⁶⁸

*„Nicht selten werden sie (die Mythen) mit wissenschaftlichen Vorstellungen verbrämt oder aber auf den Patienten projiziert, den man schonen möchte oder dem man ein rationales „shared decision making“ noch nicht zutraut.“*⁶⁹

Ich möchte nun folgend die Begleitung und Therapie von Menschen mit einer onkologischen Erkrankung hinsichtlich der Integrativen Therapie reflektieren und mich mit den im Rahmen meiner Arbeit an der Krebsberatungsstelle wichtigen Konzepten und Aspekten dieser ganzheitlichen Therapierichtung auseinandersetzen.

⁶⁶ ebd.

⁶⁷ Dorf Müller 2009, S.158

⁶⁸ ebd.

⁶⁹ Frick 2007, S. 52

4. Integrative Therapie und Beratung

Integrative Therapie bezeichnet einen modernen Ansatz ganzheitlicher Psychotherapie oder besser „Humantherapie“ (Behandlungsfokus auf den gesamten Menschen in seiner Lebenswelt), der in den sechziger Jahren von Hilarion Petzold begründet wurde.⁷⁰ Sie basiert auf der Grundidee, die in den anerkannten Psychotherapieschulen wirksamen Konzepte zusammenzuführen und in einen zu Guss bringen, damit Einseitigkeiten überwunden werden und ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung steht, das sich individuell an die Bedürfnisse der jeweiligen Menschen und deren Anliegen anpassen lässt.⁷¹

„Integrative Therapie ist nichts voraussetzungslos Neues, sondern eine Neubegründung auf einem bereits reichlich bestellten Feld.“⁷²

Die Integrative Therapie verschreibt sich in ihrer Metatheorie dem heraklitischen Prinzip⁷³, spricht dem Prinzip des „fortwährenden Wandels und der permanenter Entwicklung des Lebens und des Wissens“, und bewegt sich damit weg von dogmatischen Wahrheitspostulaten hin zu einem permanenten Suche und „Überschreitung von Wissensständen“.⁷⁴

„Der Ansatz der Integrativen Therapie verlangt, dass man sich der umfassenden Vielfalt, der Komplexität aussetzt, die die Welt bereitstellt, dass man die Unsicherheiten aushält, denen man ohnehin nicht entgehen kann – es sei denn durch Strategien der Verleugnung und Banalisierung.“⁷⁵

Dieser Ansatz erhebt nicht den Anspruch abgeschlossen zu sein, sondern will kreative Prozesse der Überschreitung und Erweiterung forcieren. Eine Unfertigkeit, die fordert und fördert und zur Auseinandersetzung zwingt. Ein Ansatz, der sich m.E. gerade dadurch auch besonders für die Vernetzung unterschiedlicher Wissensbestände aus Onkologie, Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie gut eignet und sich in der Begleitung von onkologischen PatientInnen und deren Angehörige als besonders brauchbar erweist.

Dieses fortschreitende Bemühen um Integration wird mittels einer Metastruktur unterstützt,

⁷⁰ Rahm et.al (1993), S. 17

⁷¹ http://www.eag-fpi.com/integrative_therapie.html

⁷² Schuch (2000), S. 154

⁷³ Petzold(2003a), S. 75ff.

⁷⁴ Schuch (2000), S. 155

⁷⁵ Petzold (2003a)

eines Gerüsts, oder einer metahermeneutischen Folie, dem „Tree of science“⁷⁶.

Unterschieden werden Metatheorien (Theorien großer Reichweite wie zB. Erkenntnistheorie, Anthropologie), Therapietheorien (Theorien mittlerer Reichweite wie zB. Gesundheits- und Krankheitslehre) und Praxeologie mit einer Vielfalt von Ansätzen, Methoden und Techniken, die indikationsspezifisch eingesetzt werden können.⁷⁷ In diesem Sinne gibt es für die Integrative Therapie keine Kontraindikationen, sondern lediglich spezifische Indikationen. Im Folgenden unternehme ich den Versuch, auf jene Ideen und Konzepte der Integrativen Therapie einzugehen, die ich in der Behandlung und Begleitung von krebserkrankten Menschen und deren Angehörigen von besonderer Relevanz erachte. Die von mir gewählte Sicht ist eine Auswahl, die natürlich auch mit einer anderen Schwerpunktsetzung dargestellt werden könnte – und auch für diese Arbeit gilt das Prinzip der „grundsätzlichen Unfertigkeit“.

4.1 Das Menschenbild der IT

Ausgegangen wird von einem Menschen – einem Mann, und einer Frau – als ein „*Körper-Seele-Geist-Wesen*“, das nicht losgelöst von seinen Mitmenschen, seinem sozialen und ökologischen Umfeld, seiner jeweiligen Geschichte und seiner Zukunft erfasst werden kann.⁷⁸ Die Krebserkrankung vor dem Hintergrund dieser anthropologischen Grundformel, erfasst den Menschen als Ganzes, in seiner körperlichen, seiner seelisch-emotionalen und seiner geistigen Realität und dringt in sein soziales Netzwerk, in die Familie und den Freundeskreis, den Arbeitsplatz, seine Wohnsituation und Lebenswelt ein.

„Weil Krebs eine lebensbedrohende Krankheit ist, die das ganze Leben betrifft, ergreift, beeinflusst, wird es unumgänglich, das ganze Leben in die Behandlung einzubeziehen.“⁷⁹

Dies bedeutet für die Praxis mit Patienten, dass Begleitung und Therapie diesem umfassenden Menschenbild entsprechend, „bio-psycho-sozial“⁸⁰ erfolgen muss. Der Körper mit seiner Geschichte in gesunden und kranken Zeiten, die Seele mit ihrem emotionalen und motivationalen Aspekten, der Hoffnung auf Heilung, die Angst vor Rezidiven, der Geist mit Fragen nach Lebenssinn, Zielen und Werten, muss in das therapeutische Geschehen ebenso miteinbezogen werden wie die Lebens- und Beziehungswelt des Patienten mit Hilfe von sozialarbeiterischer, soziotherapeutischer und familientherapeutischer Ansätze.

⁷⁶ ebd. S. 396

⁷⁷ Leitner (2007), S. 2

⁷⁸ Petzold (2002j), S. 5

⁷⁹ Petzold (1999), S. 32

⁸⁰ Petzold (2003a), S. 63

Der in der IT verwendete Leib-Subjekt Begriff – „*die Sicht vom Leibe her*“⁸¹, soll traditionell verengte Perspektiven weiten und Fragmentierung verhindern.⁸² „Leib“ wird in der Integrativen Therapie begrifflich unterschieden von „Körper“.⁸³ Der Körper, der biologische Organismus, ist materielle Grundlage aller Lebensprozesse. Der Mensch jedoch mit seinen Gedanken, Gefühlen, Willensakten, den psychischen und geistigen Prozessen, seiner Persönlichkeit ist nicht allein auf einer materiellen Ebene zu erfassen.

Die Verschränkung des Körpers (materielle Realität) mit der transmateriellen Realität ist der Leib.⁸⁴ Gabriel Marcel, auf dessen leibphilosophische Überlegungen sich die Integrative Therapie bezieht, spricht vom „*Körper den ich habe, und dem Leib der ich bin*“⁸⁵. Jeder Existenz sind beide Aspekte, das Leibsein und Einen-Körper-Haben, eigen. Der Körper kann in beliebiger Weise distanziert objektiv betrachtet, klinisch untersucht und chirurgisch amputiert werden.

*„Diesen Körper habe ich; ich bin aber mein Leib. (...) als Leib bin ich in geheimnisvoller Weise immer schon auf alles, was da ist, bezogen. Ich bin leibhaft mit der Welt verwachsen.“*⁸⁶

Die Diagnose einer lebensbedrohenden Erkrankung wie Krebs konfrontiert radikal mit der Endlichkeit der Leiblichkeit und damit mit der Existenz. Sie macht oft mit großem Schrecken bewusst, dass der Mensch „*Leib in der Zeit*“ ist.⁸⁷ Diese Realität einer begrenzten Lebenszeit wird normalerweise von uns abgespalten, weil sie uns zu viel Angst macht.⁸⁸

Im Behandlungsplan im Falle einer Krebserkrankung stehen Operationen, Amputationen, Chemo- oder Bestrahlungstherapien an oberster Stelle. Der erkrankte Mensch wird in erster Linie als Körper gesehen, dessen Krebszellen „bekämpft“ werden müssen. Die Sprache in der Krebsbehandlung ist eine kriegerische, es geht um besiegen, ausrotten, niederhalten. Der Aggressivität und Invasivität des Tumorgeschehens werden „*Stahl, Strahl und Gift-Waffen*“ (Chirurgie, Strahlentherapie und Chemie)⁸⁹ entgegengesetzt.

Es scheint, dass eine phasenweise Verdinglichung oder Objektivierung des Menschen eine gegenwärtige Begleiterscheinung der Hightech- und Apparate Medizin in der Behandlung

⁸¹ Petzold (2003a), S. 90

⁸² Grund, Richter, Schwedland-Schulte (2004), S. 228

⁸³ Petzold (1988n), S. 33

⁸⁴ Petzold (2003a), S. 853

⁸⁵ Marcel (1986), S. 16

⁸⁶ ebd., S. 17-18

⁸⁷ Petzold (1984), S. 136

⁸⁸ ebd., S. 144

⁸⁹ Dorfmueller, Dietzfelbinger, (2009), S. 8

von Krebs darstellt.

„Instrumente, Apparate, die Krankheit, das Symptom, der Krebs stehen im Vordergrund. Der Krebskranke wird zum Tumorträger, zum „Fall“. Hinter seiner Erkrankung geht er als Person verloren.“⁹⁰

Andererseits und damit in Verbindung steht die eigene passagere Funktionalisierung des Leibes von Seiten der Betroffenen. Der Leib als „totales Sinnesorgan“, muss anästhesiert bzw. analgesiert werden, um von den zahlreichen Negativerfahrungen nicht überwältigt zu werden. Dieser „*Teilausfall der Wahrnehmung*“⁹¹ steht so gesehen im Dienste der seelischen Integrität. Hier gilt es, in der Arbeit mit onkologischen Patientinnen solche passagere psychischen Reaktionen nicht grundsätzlich zu pathologisieren, sondern sie in ihrer stabilisierenden Funktion im Rahmen der Krankheitsverarbeitung zu sehen.⁹²

Der Leib mit seiner memorativen Fähigkeit archiviert die im Laufe des Lebens erlebten Erfahrungen. Eine Erkrankung fällt dementsprechend immer auch auf den Boden von bisherigen Erfahrungen mit Krankheit, mit eigenem Kranksein, oder das von nahen Angehörigen. Diese Memorationen haben Auswirkungen auf das aktuelle Erleben und Bewerten der Krankheit. Als oft besonders krisenhaft erlebte Phase während der Erkrankung zeigt sich die Zeit am Ende der Primärbehandlung. Dies korreliert m.E. damit, dass mit Beendigung der Behandlung einerseits das engmaschige und sicherheitsgebene Behandlungsnetz nun wegfällt, aber auch damit, dass das Ausmaß der Verletzung des Leibes oft erst zu diesem Zeitpunkt wahrgenommen werden kann. Eine therapeutische Begleitung „*vom Leibe her*“ muss dieser „*Entfremdung*“⁹³ etwas entgegensetzen können.

Der Mensch in der Integrativen Therapie erfährt sich nicht nur vom Leibe her, sondern auch über *Ko-respondenz* mit seinen Mitmenschen und der Welt.⁹⁴ Er ist in der Sicht der Integrativen Therapie ein Ko-existierender, der zum Mensch wird durch den Mitmenschen im Du, Ich und Wir der Gemeinschaft.⁹⁵ Psychotherapie mit erkrankten Personen kann vor dem Hintergrund dieses Menschenbildes in gelebter und förderlicher „*Zwischenleiblichkeit*“⁹⁶ einen Raum eröffnen, der der Entfremdung von sich als Leib entgegenwirkt.

„Wo Repression war, muss Freiraum gewährt werden, wo Angst war, muss Halt und

⁹⁰ Petzold (2003a), S.782

⁹¹ Grund, Richter, Schwedland-Schulte (2004), S. 221

⁹² Wickert S. 45

⁹³ Grund, Richter, Schwedland-Schulte (2004), S. 228

⁹⁴ Varevics/Petzold (2005), S. 138

⁹⁵ Petzold (2003a), S. 784

⁹⁶ ebd., S. 890

Versicherung als zeitüberdauernde (neue) Erfahrung Eingang in die Archive des Leibes finden, damit die Wirkung der Noxen abgeschwächt werden kann. Erfahrungen von positiver Zwischenleiblichkeit können Integrität und Solidarität „fassbar“ machen, Vertrauen und Zukunftsperspektiven initiieren und wieder „atmen lassen“, „Raum schaffen“, „aufrecht gehen lassen.“⁹⁷

4.2 Persönlichkeitstheorie

Die anthropologischen Aussagen zum menschlichen Wesen gehen ein in persönlichkeits-theoretische Überlegungen, die Erklärungsmuster für den Aufbau, das Zustandekommen sowie für das Funktionieren der Person bieten⁹⁸. Von Geburt über die ganze Lebensspanne gilt,⁹⁹ dass sich der Mensch durch *intersubjektive Ko-respon-denz* mit anderen entwickelt und zur Person wird. Er ist angewiesen auf wechselseitige Spiegelung und Beantwortung.¹⁰⁰

Ausgehend von einem *Leibselbst* das von Anfang an interagiert und kommuniziert, entwickelt sich im Zusammenwirken von genetisch bedingten Reifungsschritten und Stimulierungen aus dem Umfeld ein *reflexives Ich*, welches ermöglicht, dass wir uns selbst erkennen können. Über den Leib wird zunehmend auch wahrgenommen, wie man von anderen gesehen wird. Fremd und Selbstattributionen werden miteinander in einem Prozess von kognitiver Einschätzung und emotionaler Bewertung abgeglichen und verinnerlicht – *Identität* konstituiert sich - sie erwächst aus dem Miteinander in einem sozialen Netzwerk und verändert sich über das ganze Leben.¹⁰¹ Durch kritische Lebensereignisse wie eine Krebserkrankung kann es zu einer Beschädigung und Gefährdung der Identität kommen.¹⁰² Sie kann regelrecht erodieren. Positive *Identifikationen* (Selbstattributionen) *Identifizierungen* (Fremdattributionen) fehlen oder verändern sich in negative Attributionen in Form von Stigmatisierung.¹⁰³ Der Verlust von Leistungsfähigkeit, Freunden, Statusverlust und/oder die Reduktion sozialer Netzwerke führen zu einem Gefühl des Abgeschnittenseins von den anderen und von sich selber. In der Abgleichung zwischen Selbst-Identifikation und Fremd-Identifizierungen fehlt die Kongruenz, die Folge ist Verwirrung und Entfremdung, Krise oder Schock. Betroffene beschreiben, dass sie sich selbst fremd geworden sind. Sie stellen sich Fragen wie: Wer bin ich nun, mit oder nach der Erkrankung? Was macht mich aus? Wie viel

⁹⁷Grund, Richter, Schwedland-Schulte (2004), S. 230

⁹⁸Leitner (2007), S. 10

⁹⁹Petzold (2003a), S. 377

¹⁰⁰vgl., Petzold (2003a), S. 430

¹⁰¹vgl. ebd.

¹⁰²Petzold (2003a), S. 74

¹⁰³Schuch (2000), S. 175

Platz nimmt die Erkrankung bei mir oder im Kontakt mit anderen ein? Wer bin ich als Frau, als Mann? Identität steht als unabdingbar für unsere soziale Lebensgestaltung. Wir brauchen diese Erkennbarkeit, um in der Begegnung nicht zu „verschwimmen“, wir brauchen Grenzen, um nicht mit unserer Umgebung zu diffundieren, letztlich für den Glauben an uns und die anderen.

Die „Säulen der Identität“¹⁰⁴ wie sie in der Integrativen Therapie als tragende Identitätsbereiche konzeptioniert sind, dienen als heuristisches Modell und vermitteln eine differenziertes Bild, dass sowohl therapeutisch als auch diagnostisch von großem Wert ist. Für krebserkrankte Menschen können alle Bereiche betroffen und brüchig geworden sein. In der praktischen Arbeit mit den Säulen der Identität können aber auch noch ungeahnte vorhandene Ressourcen in den Blick kommen.

Leiblichkeit: Der Leib mit seiner Wahrnehmungsfähigkeit ist wesentlich für die Identität – der Ursprung aller Gefühle und Gedanken. Über die Leiblichkeit nehmen wir uns als die, die wir sind wahr und werden von anderen wahrgenommen. Schönheit, Leistungsfähigkeit, Kraft, Vitalität und Wohlbefinden sind Potentiale des Leibes. Der Leib speichert die individuelle Geschichte in der Zeit. Die Verletzung der leiblichen Integrität durch eine Krebserkrankung bedroht das Identitätserleben enorm. Oft wird die Bedrohung dem Körper zugeschrieben und dieser zum „Kampfplatz“ im Kampf gegen die Erkrankung erklärt. Positive Zuschreibungen machen Mühe, Berührungen (eigene oder durch andere) werden seltener oder fehlen ganz. Durch körpertherapeutische Methoden kann hier eine Wiederannäherung stattfinden.¹⁰⁵

Soziales Netzwerk: In meinem „sozialen Atom“¹⁰⁶ (Moreno) – erkenne ich mich und werde erkannt. Familie, Freunde, Peer-gruppe, Jahrgängerinnen, Arbeitskolleginnen - die mich umgebenden Menschen vermitteln identitätsstiftende Identifikation und Identifizierung. Identität wird nur durch Kontakt mit anderen möglich. Das soziale Netz wandelt sich im Laufe der Zeit. Im Falle einer Erkrankung betonen die Betroffenen sowohl die Wichtigkeit eines intakten sozialen Netzes, aber mithin auch das Leid aufgrund dysfunktionaler Zuschreibungen aus dem Umfeld. Das Miteinbeziehen des sozialen Netzwerkes stellt für die Therapie hilfreiche kultur- oder familienspezifische Informationen zur Verfügung wie zB. Vorstellungen über Sterben und Tod.¹⁰⁷ Nicht selten klagen PatientInnen über mangelnde Kontakte. Sie geben an, sich aus zeitlichen oder emotionalen Gründen nie wirklich um tragfähige Kontakte bemüht zu haben – hier geht es um aktiven Aus- oder Aufbau im Sinne

¹⁰⁴vgl. Petzold (1984c), S. 438 ff.

¹⁰⁵vgl. Petzold (2003a), S. 74

¹⁰⁶ ebd., S.436

¹⁰⁷ Petzold (2005d), S.12

soziotherapeutischer Netzwerkarbeit.¹⁰⁸

Arbeit, Leistung, Freizeit: Auch in der Arbeit werde ich erkannt und erkenne mich selber. Leistungen die erbracht wurden, Erfolgs- oder Misserfolgserlebnisse, Arbeitsbelastungen und Freude an der Arbeit bestimmen unsere Identität nachhaltig. Die identitätsstiftende Funktion von Arbeit und Leistung hat in unserer Kultur eine besonders große Bedeutung. Insbesondere bei Männern (aber die Frauen ziehen hier nach) ist die berufliche Rolle und die Karriere nicht selten „die Karte auf die alles gesetzt wird“. Vor dem Hintergrund einer derart leistungsorientierten Gesellschaft wird der Verlust der Arbeit durch die Erkrankung zumeist kränkend und krisenhaft erlebt. Hier geht es um Unterstützung, mit solchen Verlusten fertig zu werden und um die Erschließung von anderen Kommunikationsfeldern.¹⁰⁹

Materielle Sicherheiten: Gemeint werden hier die ökologischen Ressourcen und das ökologische Eingebundensein - die materiellen Möglichkeiten, die Wohnsituation und Zukunftsperspektiven geben uns ein Gefühl von Sicherheit oder Unsicherheit. Finanzielle Sorgen und Schulden, die durch den Verlust der Arbeit nicht mehr bezahlt werden können belasten die Erkrankten und ihre Angehörigen schwer. Die bestehende Zweiklassengesellschaft in der Krankenversorgung wird im Falle einer Krebserkrankung besonders deutlich wahrnehmbar. Sich bestimmte Behandlungen oder Heilbehelfe nicht leisten zu können, von denen man jedoch glaubt sie würden Heilung bewirken, erzeugt Verbitterung und wiederum das Gefühl des Ausgeschlossenseins. Bei Fortschreiten der Erkrankung und Übergang in Pflege- oder Palliativstationen gehen identitätsstiftende Elemente wie das eigene Heim, der Garten, der Spazierweg mit dem „Nachbarinnentratsch“ verloren. Der Wunsch zu Hause zu sterben, bringt die Bedeutung der Konstanz des ökologischen Raumes zum Ausdruck.¹¹⁰ Dieser Wunsch kann durch die Einrichtung des mobilen Palliativteams, mit dem die Krebshilfe eng zusammenarbeitet, meistens erfüllt werden. Therapeutische Arbeit beinhaltet hier auch solide sozialarbeiterische Tätigkeit. Bei finanziellen Engpässen aufgrund der Erkrankung ermöglicht der Soforthilfefond der Österreichischen Krebshilfe finanzielle Hilfestellung.

Werte: Auch dieser Bereich hat für die Identität eine tragende Funktion. Unsere Werte sind das, woran wir glauben, was wir für richtig oder falsch halten. In diesen Bereich fallen politische oder religiöse Überzeugungen, Lebensphilosophien und Grundprinzipien, an denen wir uns ausrichten.¹¹¹ Im Falle einer schweren Erkrankung und insbesondere vor dem Hintergrund eines möglichen Todes kommt diesem Bereich besondere Bedeutung zu. Wir

¹⁰⁸ Petzold (2003a), S.74

¹⁰⁹ vgl. Petzold (1984c), S.440

¹¹⁰ ebd.

¹¹¹ Petzold (1993a), S. 276

finden sie in ihrer tragenden und überdauernden Qualität im Sinne einer starken Ressource, wenn andere Säulen beeinträchtigt oder beschädigt sind, aber auch in der leidvollen Qualität durch die krankheitsbedingte Erschütterung des bisher Geglaubten. Subjektive Krankheitstheorien sind nicht selten mit dem Bereich der Werte verwoben, Überzeugungen von falschem und richtigem Leben und Bestrafungsphantasien lassen sich hier finden. Auch kommt es durch die Erkrankung nicht selten zu einer „Bilanzierung der Werte“ im Sinne der Frage, was nun im Anblick des möglichen Todes wirklich wichtig ist.

Die tragenden Identitätsbereiche bedürfen, wo sie beschädigt oder beeinträchtigt sind, der therapeutischen Stütze für die Betroffenen und deren Angehörigen.¹¹² Eines der therapeutischen Ziele ist daher auch die weitgehende Erhaltung oder das Wiedererlangen einer prägnanten Identität. Für die Arbeit mit Erkrankten gilt es im Schutzraum der therapeutischen Beziehung zu erkunden, wo auf positive Selbst- oder Fremdbilder zurückgegriffen werden kann, wo es stabile und sichere Bereiche gibt, wo es um das Loslassen und Betrauern von Altem geht und/oder wo Neues zu integrieren ist.

4.2.1 Die therapeutische Beziehung

Das im Menschenbild der Integrativen Therapie formulierte Ko-existenzaxiom findet modellhaft als Basisprinzip therapeutischen Handelns seinen praktischen Niederschlag.

„Weil der Mensch angesehen werden muss, um Mensch zu werden, gilt es auch in der analytischen Situation, das Zusammenwirken von Wiederhall und Unterschied in der Begegnung bereitzustellen.“¹¹³

Die therapeutische Beziehung gestaltet sich als ebensolches intersubjektives Geschehen, in dem sich zwei ko-respondierende Subjekte auf sich selbst und auf das jeweilige Gegenüber einlassen und sich um Antworten bemühen. Intersubjektivität meint die Auseinandersetzung zweier Subjekte in Freiheit und Wertschätzung auf gleicher Ebene und im Respekt vor der Würde des Anderen.¹¹⁴

In der Theorie der Integrativen Therapie wird zwischen unterschiedlichen Beziehungsmodalitäten differenziert.

„Kontakt ist etwas anderes als Begegnung und diese wiederum unterscheidet sich von

¹¹² Petzold (2003a), S. 74

¹¹³ Frühmann (2000), S. 341

¹¹⁴ Petzold (2003a), S. 787

*Beziehung, und beides ist etwas anderes wie Bindung.*¹¹⁵

Damit Begegnung und in Folge Beziehung und Bindung stattfinden können, bedarf es bestimmter Bedingungen – es braucht Raum und Zeit. Wo ein Machtgefälle, Herrschaft und Abhängigkeiten bestehen, kann es keine Begegnung geben. Begegnung braucht die Freiheit als Hintergrund und die Wertschätzung des Anderen als Gleichrangigen und Ebenbürtigen.¹¹⁶

*„Auf jeden Fall – das kann als unverrückbar festgestellt werden – brauchen Begegnung und Beziehung Subjekthaftigkeit und nicht Objekthaftigkeit, Freiheit und nicht Repression und Direktiven.“*¹¹⁷

Wenn wir nun die Situation von Erkrankten betrachten stellt sich die Frage, wo überhaupt Begegnung stattfinden kann¹¹⁸. In der „totalen Institution Klinik“¹¹⁹ mit ihrem medizinisierten Denken und ihrer bürokratischen Organisation nach ökonomischen Gesichtspunkten sind Objektivierung und Verdinglichung von Menschen an der Tagesordnung. Zeit - und darunter leiden Pflegepersonen wie Patienten - ein wesentlicher Faktor, damit Begegnung stattfinden kann, ist im Krankenhausalltag so gut wie nicht mehr vorhanden. Nicht der Mensch, sondern das Symptom, das kranke Körperteil stehen im Vordergrund. Vom Zeitpunkt der Diagnose an beurteilen Fachpersonen die Situation. In sog. „Tumorboards“ entscheidet ein Ärzteteam den nach internationalen Standards festgelegten Therapieplan. Bei diesen Besprechungen sind die Erkrankten nicht anwesend, sie sprechen nicht mit - sie werden be-sprochen. Es bleibt kaum Zeit sich oder die Situation zu fassen, eine enorme Beschleunigung ist zu beobachten, die selbst aus medizinischer Sicht fraglich erscheint und aus der Sicht des Menschen als „Körper-Seele-Geist Wesen“ mithin tiefe Narben der Überforderung zu Folge hat. Immer öfter berichten PatientInnen, dass sie am gleichen oder folgenden Tag der Diagnosemitteilung bereits die erste Chemotherapie erhielten. Sie bedauern Wochen oder Monate später, dass sie nicht die Zeit hatten sich mit der Situation auseinander zu setzen, sich aktiv zu entscheiden und damit den „locus of control“¹²⁰ bei sich zu halten. Die Möglichkeit zu widersprechen kommt ihnen im Moment der traumatischen Überflutung gar nicht in den Sinn. Die enorm wichtige Vertrauensbeziehung zwischen PatientIn und Ärztin kann unter solchen Bedingungen erst gar nicht entstehen.

Von Bedeutung ist auch der Raum, in dem Begegnung stattfinden oder eben auch nicht

¹¹⁵ ebd., S. 782

¹¹⁶ ebd., S. 789

¹¹⁷ ebd.

¹¹⁸ ebd.

¹¹⁹ ebd.,

¹²⁰ Petzold (2005d), S. 18, zit. nach Flammer 1990

stattfinden kann. Wenn wir als Therapeutinnen der Beratungsstelle von PatientInnen oder vom Krankenhauspersonal in Krankenhäuser gerufen werden, benützen wir in der Regel Untersuchungsräume mit medizinischen Apparaten, sterile Räume, die von Hierarchien durchzogen sind und die uns zwingen „*Begegnung gegen den Raum zu realisieren, gegen den Ort durchzusetzen, gegen die Mikroökologie, die normative Kraft des Settings.*“¹²¹

Vor diesem Hintergrund muss die Begleitung von onkologischen PatientInnen und deren Angehörige in einem Rahmen und „Räumen“ stattfinden, die der Verdinglichung entgegenwirken. Die therapeutische Beziehung wie sie in der Integrativen Therapie verstanden wird, sieht in der Therapeutin ein Gegenüber, das sich als Mitmensch auf die Andere einlässt und greifbar wird. Der in der psychoanalytischen „Abstinenzregel“ geforderten Distanz steht hier ein persönliches sich berühren lassendes Engagement gegenüber.¹²²

Was für die allgemeine Psychotherapie von Relevanz ist, die therapeutische Beziehung gilt als zentraler Wirkfaktor im therapeutischen Handeln¹²³, findet in der Begleitung von Erkrankten eine besondere Akzentuierung. In einer existentiell bedrohlichen Situation ist die verlässliche Andere in ihrer Mit-menschlichkeit von enormer Wichtigkeit. Die Psychotherapeutin ist in dieser Beziehung gefordert, die existentielle Bedrohung mit auszuhalten und im Ringen mit existentiellen Fragen möglicherweise selbst Suchende zu sein. Ein „Verstecken“ hinter Macht- und Statusgefälle könnte als Abwehr vor dieser eigenen Auseinandersetzung gesehen werden und verhindert in jedem Fall Begegnung und Beziehung¹²⁴. Vor dem Hintergrund einer Krebserkrankung, die uns alle treffen kann, werden auch wir mit unserer eigenen Brüchigkeit und Endlichkeit konfrontiert. Je ähnlicher uns die Lebenskontexte (familiäre Situation, Alter, Geschlecht, etc) der Menschen sind, die zu uns kommen, desto umfassender die eigene Konfrontation. Diese eigene notwendige Auseinandersetzung bleibt nicht erspart, wenn wir Menschen mit onkologischen Erkrankungen begleiten und „*auf Zeit Teil ihres Konvois werden*“.¹²⁵

Basierend auf der primordialen Erfahrung des Verbundenseins und der basalen Koexistenz, wie sie bereits intrauterin in der Zwischenleiblichkeit erfahren wird, kann in einem gemeinsamen Beziehungsraum und in einer Atmosphäre des Vertrauens, mit „*Consortes*“¹²⁶, sprich Schicksalsgefährten, das Verstehen und Erfassen des Unfassbaren möglich werden, im Sinne eines „Containings“, durch eine haltgebende Therapeutin kann eine schrittweise

¹²¹ ebd., S. 790

¹²² Petzold (2003a), S. 789

¹²³ Grawe (1994), S. 775

¹²⁴ Petzold (2003a), S.789

¹²⁵ Petzold zit. nach Schuch (2000), S.181

¹²⁶ Renate Frühmann, Hilarion Petzold (2000), S. 337

Annäherung an belastende, ambivalente oder überflutende Gefühle erfolgen.

„In der erlebten Beziehung entstehen Gefühle des Verbundenseins, der Sicherheit und des Getragenseins, insbesondere gemeint, emotional angenommen und gestützt zu sein.“¹²⁷

Eingebettet in einer solchen Beziehung, kann sich Wiederaneignung des entfremdeten und verdinglichten Leibes vollziehen, durch sprachlichen und nicht-sprachlichen Ausdruck, der in die Leibarchive eingeschriebenen Erfahrungen, durch *„Berührungen aus Berührtheit“¹²⁸* spricht leibliches Mit-Sein, durch Erfahrungen des Angenommenseins kann Versöhnung mit dem Leib möglich werden, aber auch Abschied von einem unversehrten Körper, aufgrund fehlender Körperteile von Leistungsfähigkeit oder Kraft.¹²⁹

Mit erkrankten Menschen einen solchen Weg zu gehen schafft vielfach eine große Verbundenheit und Intimität. Ein „Erfasst werden“ von der Bedrohung der Erkrankung, dem Leid der Menschen bewirkt in uns eine Betroffenheit aus der wir handeln. Wir können uns diesem Berührtwerden nicht entziehen, aber es dosieren, im Sinne einer „Intimität der Distanz“, berührt sein aber, nicht überwältigt werden, damit wir als TherapeutInnen die haltgebende Funktion nicht verlieren.¹³⁰

Zurückkommend auf die Beziehungsmodalitäten, wie sie in der Integrativen Therapie differenziert werden, kann aus Begegnung Beziehung werden, sofern in ihr Dauer und Zuverlässigkeit erfahren wird. Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen brauchen insbesondere die Verlässlichkeit, dauerhafter und durchtragender Hilfeleistung, sie brauchen eine tragfähige Beziehung und die Erfahrung, dass sie jederzeit auch nach Phasen des Rückzugs und der Abgrenzung wieder kommen können¹³¹, insbesondere vor dem Hintergrund eines möglichen Fortschreitens der Erkrankung.

4.3 Gesundheit und Krankheit in der IT

In der Begleitung von onkologisch erkrankten Personen und deren Angehörigen interessiert die Konzeption der Integrativen Therapie von Krankheit und Gesundheit in besonderer Weise. Nicht zuletzt sind es „Haltungen“ die tief in das therapeutische Geschehen einwirken.

Gesundheit und Krankheit sind in der IT als Teil des Lebens zu sehen und *gehören zur*

¹²⁷ Schuch (2001), S. 18

¹²⁸ Petzold (2003a), S. 800

¹²⁹ Grund, Richter, Schwedland-Schulte (2004), S. 230

¹³⁰ Petzold (2005d), S. 9

¹³¹ Petzold (2003a), S. 801

*allgemeinmenschlichen Realität.*¹³²

*„Gesundheit und Krankheit werden als ein Spektrum möglicher Verfassungen des Menschen als „Körper-Seele-Geist-Subjekt“ betrachtet als ein Möglichkeitsraum der Person in ihren Lebensprozessen.“*¹³³

Gesundheit wird als eine Qualität des menschlichen Lebensprozesses gesehen. Im Rückgriff auf das anthropologische Konzept der IT geht es bei der leiblichen Gesundheit um mehr als nur um körperliches Funktionieren. Es wird die seelisch-geistige Gesundheit und der Lebenszusammenhang miteinbezogen, es geht um Aspekte der seelischen Ausgewogenheit, der Integrität, der zwischenmenschlichen Beziehungen, der Verbundenheit und Entfaltung der Kreativität und um Austausch mit der Welt - immer wieder aufs Neue, denn Gesundheit ist nichts statisches, und prinzipiell „at risk“¹³⁴. Krankheit als ein anthropologisches Faktum wird nicht als etwas Abnormes aufgefasst, sondern als Herausforderung mit ihr umzugehen, entweder im Sinne der Heilung und wo dies unmöglich ist, im Sinne eines Wiederfindens von Integrität. In der Begleitung von Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung ist die Sichtweise, dass menschliche Würde und Integrität nicht ausschließlich von der Gesundheit abhängig ist, eine Grundvoraussetzung. Gesundheit wird differenziell und auf verschiedenen Niveaus gesehen, sodass in dieser Diktion jemand auch gesund sein kann, trotz massiver Beeinträchtigung durch Krankheit oder Unfall.¹³⁵

Krebs zu haben und möglicherweise daran zu sterben wirkt insbesondere vor dem Hintergrund des „Machbarkeitsdiktates“ unserer Zeit neben all den individuell zu ertragenden Aspekten zusätzlich „kränkend“. Die Brüchigkeit von Gesundheit wird gesellschaftlich verleugnet und wo sie nicht mehr vorhanden ist, folgt oft Abwertung von außen und Selbstabwertung.

Petzold führt den französischen Arzt und Philosophen Canguilhem an, der sagt, dass es von dem Moment an, da man lebt normal ist, krank zu werden und die Möglichkeit besteht, an der Krankheit zu leiden, zu wachsen und an ihr zu sterben.¹³⁶

„Seine berühmte These, dass Leben nicht primär als „Selbsterhaltung“, sondern als vitale Dynamik der Selbstüberschreitung zu verstehen ist, begründet damit auch eine neue Sicht

¹³² Petzold, (2010b), S. 4

¹³³ ebd., S.3

¹³⁴ ebd., S.5

¹³⁵ vgl. ebd. S. 3 - 5

¹³⁶ ebd., S. 6

*von Gesundheit und Krankheit: Beides sind Möglichkeiten der Selbstüberschreitung.*¹³⁷

Auf den ersten Blick scheint es, dass Krankheit ein solches Überschreiten im Sinne eines Voranschreitens verunmöglicht, da sie die Menschen in schwerer Weise niederwirft.¹³⁸ Andererseits zwingt die existentielle Konfrontation der Krankheit zu Um- und Neubewertungen. Patienten schildern, dass sie ihre Umwelt anders wahrnehmen oder ihr mehr Aufmerksamkeit schenken, dass sie mehr nach innen horchen und sich fragen: „Was möchte ich eigentlich? Beziehungen können vertieft werden, aber auch beendet werden, wenn die Umwelt diesen existentiellen Erfahrungen, dem Berührtsein von Tiefendimensionen nicht folgen kann. Petzold nennt diesen Prozess des Entdeckens und des Zentrierens auf das wirkliche Wesentliche im Leben „*Essentialisierung*“¹³⁹. Es kann zu einer Neuorientierung kommen, wo zuvor die Zentrierung auf das Symptom vorrangig war, steht nun die Zentrierung auf die Lebensgestaltung.

Gesundheit und Krankheit werden in der IT nicht nur aus einer individualisierenden Perspektive betrachtet.¹⁴⁰ Eine klinische Krankheitslehre würde, wenn sie ohne anthropologische Grundlagen Erklärungen liefern würde, aus Sicht der IT zu kurz greifen.¹⁴¹ Zentral in der *anthropologischen Krankheitslehre* steht das Konzept der *multiplen Entfremdung und Verdinglichung*.¹⁴² Die Entstehung von Entfremdung ist ein multifaktorieller Prozess und kann in vier Hauptaspekte zusammengefasst werden¹⁴³:

- *Entfremdung des Menschen von sich als Leib*
- *Entfremdung vom Mitmenschen*
- *Entfremdung von der Welt (Kontext)*
- *Entfremdung von der Zeit (Kontinuum)*

Ich möchte diese Aspekte der Entfremdung noch etwas vertiefen und mit der Erkrankung Krebs in Zusammenhang bringen. Die Entfremdung des Menschen von sich als Leib ist, wie bereits beschrieben, durch den Hauptzugriff der Medizin auf den erkrankten Körper und seiner Verdinglichung geradezu vorprogrammiert. Sich nicht mehr zu spüren ist im Behandlungsprozedere, bei dem Körpergrenzen massiv verletzt werden, zumindest phasenweise erforderlich. Die Bedrohung bei einer Krebserkrankung kommt aus dem

¹³⁷ ebd.,

¹³⁸ Petzold (2010b), S. 7

¹³⁹ Petzold (1999), S. 34

¹⁴⁰ Petzold (2010b), S. 8

¹⁴¹ Schuch (2000), S. 177

¹⁴² Petzold (1994), S.14

¹⁴³ Grund, Richter, Schwedland-Schulte (2004), S. 230

Körper. Ein Gefühl von „mein Körper lässt mich im Stich“ lässt den Körper als Feind erscheinen. „*Der Betroffene ist im Krieg mit seinem Leib.*“¹⁴⁴ Erkrankung und Behandlung ziehen vielfach eine Destabilisierung von Körpererleben und Leibsein nach sich. Die Entfremdung von Mitmenschen ist oft eine Folgeerscheinung der Entfremdung von sich als Leib. Ausschluss geschieht aber auch durch den gesellschaftlichen Ausschluss von Krankheit und Sterben aus dem Alltag. Betroffene lösen Angst aus, bei Angehörigen und Freunden. Mythen und Vorurteile gegenüber der Krankheit Krebs und der erkrankten Person, der ein biographisch bedingtes Mitverschulden oder bestimmte krebsauslösende Persönlichkeitsmerkmale atmosphärisch oder konkret unterstellt werden, führen zur Stigmatisierung und zeichnen eine subtile unsichtbare Trennlinie zwischen Gesunden und Kranken. In einer grundsätzlich schon auf Individualität und Abgrenzung von der Gemeinschaft fokussierten Gesellschaft ist der kranke Mensch besonders von Isolation bedroht.¹⁴⁵

Ein erweiterter Krankheitsbegriff wie wir ihn in der Integrativen Therapie finden, führt zwangsläufig zu einem erweiterten Therapiebegriff, in dem sich Psychotherapie sowohl einem klinischen als auch einem kulturkritischen Ansatz verpflichtet,¹⁴⁶ der gesellschaftlich mit verursachende Faktoren - *die Ursachen hinter den Ursachen*¹⁴⁷ - von belastenden Lebensumständen mitreflektiert und aufzuheben versucht. Die Beratungsstelle der Krebshilfe versucht durch gezielte Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit dieser Stigmatisierung entgegenzutreten.

Die *klinische Gesundheits- und Krankheitslehre* der Integrativen Therapie richtet ihren Blickwinkel auf das Individuum. Mit dieser Perspektive ist Krankheit ein multifaktorielles Geschehen - ein Zusammenspiel von multiplen Negativstimulierungen und positiven Stimulierungen, die auf den Leib einwirken.¹⁴⁸ Dieser Krankheitsbegriff ist nur im Zusammenspiel von Pathogenese und Salutogenese zu verstehen.

*„Er nimmt stets Gesundheit als korrespondierende Größe in den Blick. Risiko- und Belastungsfaktoren werden immer in ihrer Interaktion mit Defiziten, aber auch mit Stütz- und Schutz und Entwicklungsfaktoren gesehen.“*¹⁴⁹

In der Arbeit mit erkrankten Personen spielt der Fokus auf die „protektiven Faktoren,

¹⁴⁴ vgl. Schuch (2000), S. 176

¹⁴⁵ vgl. Petzold (2010b), S. 8

¹⁴⁶ Schuch (2000), S. 159

¹⁴⁷ Petzold (2010b), S. 8

¹⁴⁸ Schuch (2000), S. 178

¹⁴⁹ ebd.

salutogenen Einflüssen und Resilienzfördernden Aspekte“ in der Entwicklung der gesamten Lebensspanne eine tragende Rolle, denn sie verweisen auf Ressourcen, Copingstrategien und Kompensationsmöglichkeiten. Es geht darum, die Aufmerksamkeit auch auf die gesunden Anteile zu richten. Wo im Leben gab oder gibt es Tragendes, Anregung, Herausforderung, Unterstützung und ausgleichende, beruhigende Stimulierung?¹⁵⁰

4.4 Therapeutische Praxis

Rückbesinnend auf die „anthropologische Grundformel“ - das Menschenbild der Integrativen Therapie - sehen wir den Menschen mit seiner Erkrankung in seiner körperlichen, seelisch-emotionalen und seiner geistigen Realität, eingebunden in seinem sozialen Netzwerk und seinem ökologischen Raum. Da Krebs eine lebensbedrohende Krankheit ist, die das Leben in seiner Ganzheit betrifft, muss in die Therapie dieses Ganze miteinbezogen werden.

„Weder die Beseitigung der Krebserkrankung noch das Auffinden der Ursachen dieser Erkrankung steht im Zentrum der Therapie, sondern die Veränderung des Lebens, weil hier die wirklichen Chancen liegen, dass etwas besser wird – ganz gleich wie gut oder schlecht die Prognose auch sein mag. Ob wir den Krebs überwinden können, wissen wir nicht. Dass wir das Leben zu verändern vermögen in Richtung Sensibilität, Aktivität, Kreativität, Offenheit, Kommunikation, Werte, Wohlbefinden ist gewiss, und damit ist die Möglichkeit gegeben, mit dem kritischen Lebensereignis Krebs persönlich und im sozialen Netzwerk besser umgehen zu lernen.“¹⁵¹

Hierbei kommen die den therapeutischen Prozessen zugrundeliegenden Heilfaktoren der Integrativen Therapie situations- und problemangemessen zum Tragen. In der hier folgenden Übersicht der „14 therapeutischen Wirkfaktoren“¹⁵² habe ich die Faktoren exemplarisch im Bezug auf die therapeutische Begleitung von Menschen mit einer Krebserkrankung und deren Angehörige hin reflektiert. Es versteht sich von selbst, dass die Faktoren nicht im Sinne von eingeübten Prozessvariablen einzusetzen sind, sondern integriert in den persönlichen Stil und organisch im therapeutischen Geschehen Anwendung finden, und immer auch zu beachten ist, dass insbesondere bei KrebspatientInnen durch unsachgemäße Anwendung Destabilisierung und damit Schäden angerichtet werden können.

¹⁵⁰ Grund, Richter, Schwedland-Schulte (2004), S. 231

¹⁵¹ Petzold (1999), S. 34

¹⁵² vgl. Petzold (2003a), S.1036

4.4.1 Therapeutische Wirkfaktoren¹⁵³

1. Einführendes Verstehen

Für die betroffenen Personen und ihre Angehörigen ist nach der Diagnose nichts mehr so wie es war. Sie sind sich selbst oft fremd, sind verunsichert und eine Flutwelle von Emotionen droht über sie einzubrechen. Sich verstanden zu fühlen beruhigt, entschleunigt und lässt ankommen. Wenn Menschen in stimmiger Weise empathiert werden, durch Mitgefühl und Wertschätzung können sie sich selbst wieder besser verstehen, entsteht Raum, können Worte gefunden werden für das Unsagbare, kann Aneignung stattfinden wo Entfremdung war.¹⁵⁴

2. Emotionale Annahme und Stütze

Meint den Mensch so wie er ist, krank, verzweifelt, hoffnungslos oder deprimiert und in Todesangst anzunehmen, sich zu öffnen für das fremde Leid und dazubleiben als Gegenüber in Ko-respondenz und dabei von der eigenen Betroffenheit nicht überwältigt zu werden. Eine Reflexion der eigenen emotionalen Resonanz ist wichtig, um durch eigene Grenzen und durch Ausblendungen nicht den Raum der Patientin zu beschneiden. Hier finden sich Parallelen zum supportiven Ansatz - ein -"Nicht-pathologisierender Blick" und das achtsame Aufspüren von vorhandenen Ressourcen und hoffnungsvollen Aspekten stehen im Vordergrund.

Peter Weyland, Arzt und Betroffener, schildert, was ihm in seinem Krankheitsprozess vor allem geholfen hat: *"Das Gefühl wohlwollend angenommen zu sein und trotz aller Erbärmlichkeit seine Würde behalten zu können."*¹⁵⁵

3. Hilfen bei realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung

Praktische Lebenshilfe gehört zu den besonders wirksamen Therapiefaktoren und ist alles andere als pragmatische therapeutische Intervention, die das „Eigentliche“ der Therapie vermeidet. Die Erkrankung bringt Menschen nicht selten in finanzielle Engpässe. Bei langen Krankheitsphasen droht der Verlust des Arbeitsplatzes. Hier geht es darum, lebenspraktische Unterstützung anzubieten. Die österreichische Krebshilfe hat hierzu einen Soforthilfefond eingerichtet. Sozialrechtliche Information, Pflegegeldanträge, Adaptionen im Wohnbereich, Unterstützung in der Heilmittelbeschaffung sind wesentlicher Teil der Begleitung. „Lebensraum“ und „analytischer Raum“ können hier gar nicht getrennt werden und sie

¹⁵³ Petzold (2003a), S. 1036 -1045

¹⁵⁴ Petzold (1984c), S. 463

¹⁵⁵ Weyland (1996), S. 63

fördern das Gelingen der therapeutischen Beziehung¹⁵⁶. Psychoonkologische Interventionen sind immer auch lebenspraktische Unterstützung.

4. Förderung von emotionalem Ausdruck und volitiver Entscheidungskraft

Nicht selten sind die PatientInnen durch die selbstauferlegte Erwartung des Starkseins oder zum Schutz der Umwelt oder aber nach dem Durchlaufen eines kränkenden oder entwürdigenden Behandlungsprozedere in ihrem emotionalen Ausdruckspotential gehemmt. Trauer, Angst und destruktive aggressive Gefühle dürfen im Schutzraum der therapeutischen Beziehung ausgesprochen und gezeigt werden und finden durch ein empathisches und verstehendes Gegenüber überhaupt erst den Weg zum Ausdruck. Neid auf Gesunde, Schuld und Zorn können sich zu massiven interpersonalen Konflikten ausweiten und zur Ablehnung von freundlicher Zuwendung führen.

5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen

Wie bereits beschrieben, eignet sich die Krebserkrankung wie keine andere Krankheit zur Psychologisierung und Herstellung von gesellschaftlichen oder individuellen falschen Kausal-Mythen. Psychotherapeutinnen müssen sich der möglicherweise selbstbeachtigenden und destruktiven Qualität solcher Erklärungen bewusst sein. Gleichzeitig können und sollen diese Mythen im Rahmen einer Sinnsuche nutzbar gemacht werden. Das individuelle Finden eines Sinnes in der Erkrankung fördert das An-Nehmen und die Wiederaneignung des Leibes. Die Frage: „Wozu dient mir die Erkrankung?“ - kann eine Neuorientierung im Lebensganzen evozieren.

Hierzu ein Beispiel aus der Praxis:

Frau A. schildert unter Tränen, dass sie immer ein sehr rücksichtsvoller Mensch war, dass sie ihre eigenen Interessen zugunsten der anderen meistens zurückgestellt hat und nun trotzdem erkrankt ist. Sie kommt zu dem Schluss, dass ihre Lebensstrategie falsch war, sonst wäre sie ja nicht erkrankt. Auf die Frage was sie denn jetzt, nach dieser Einsicht anders machen würde, sagt sie, dass sie rücksichtsloser wäre, auch mal das tun würde was sie will, zB. würde sie auf ein Festival in ihrem Heimatort gehen, dort alte Freunde treffen, obwohl ihr Mann dort nicht hinwolle. Bei dem Gedanken an das Festival leuchten ihre Augen und sie beginnt zu in guten Erinnerungen zu schwelgen. Themen der Therapie sind in der Folge eine differenzierte Auseinandersetzung mit „Rücksichtslosigkeit“, und mit der Frage, was gut tut.

¹⁵⁶ Petzold (2003a), S. 1039

6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit

Es liegt auf der Hand, dass eine Krebserkrankung die kommunikativen Möglichkeiten von Betroffenen und deren Umgebung enorm beeinträchtigen kann. Hier müssen Psychotherapeutinnen Hilfestellungen geben, aus der Sprachlosigkeit oder aus dem Missverstehen herauszufinden und die Kommunikationsmöglichkeiten wieder oder überhaupt zu erschließen.

Hierzu ein Beispiel aus der Praxis: Ein Paar erscheint zu einem Gespräch. Wenige Tage zuvor hatten sie gehört, dass die Erkrankung der Frau nicht mehr heilbar ist und sie sind fassungslos. Auf die Frage, was für sie heute hilfreich wäre, sagen sie, dass sie keine Worte haben. Es entwickelt sich ein Gespräch über Sterben und Tod und irgendwann stellen beide fest, dass es trotz des großen Schmerzes entlastend ist zu hören, was der jeweils andere denkt und fühlt. Zuvor waren sie mit ihrer Auseinandersetzung alleine, aus Angst der andere könnte denken, man rufe den Tod herbei, wenn man über ihn spreche und habe dann keine Hoffnung mehr.

7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung

Als Folge der Erkrankung und/oder der invasiven Behandlung wird die Leiblichkeit mehr oder weniger verletzt und traumatisiert. Es kann sein, dass das Wahrnehmungsvermögen - der perzeptive Leib - beeinträchtigt wird oder das Ausdrucksvermögen - der expressive Leib - abhanden kommt oder das Erinnerungsvermögen - der memorative Leib - amnesiert werden muss.¹⁵⁷ Es geht um das Wiederfinden der Zugänge zum Leib, um Wiederaneignung von Leiblichkeit¹⁵⁸. Spannung und Entspannung müssen sich abwechseln, und wo dieser Ablauf gestört ist, muss durch gezielte Entspannungshilfen, je nach körperlicher Möglichkeit, eine Spannungs-Entspannungsregulation wiederhergestellt werden.¹⁵⁹

Der positive Einfluss von Bewegung auf die psychische Situation von Krebspatienten, aber auch die Verbesserung von Erschöpfungszuständen (Fatigue Syndrom), unter denen PatientInnen noch lange nach der Therapie leiden, sind wissenschaftlich belegt.¹⁶⁰ Das Angebot der Beratungsstelle umfasst Bewegungs- und Laufgruppen, angepasst an die körperliche Situation der Erkrankten.

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen

Therapeutische Prozesse sind immer auch Lernprozesse mit Begleitung.¹⁶¹ Die Anpassung

¹⁵⁷ Petzold (2003a), S.856

¹⁵⁸ Petzold (1984c), S.464

¹⁵⁹ IDR „Integrative und Diefferentielle Regulation/Relaxation Petzold (2005d) S. 15

¹⁶⁰ <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/bug/doi/10.1055/s-2006-942221>

¹⁶¹ Petzold (2003a), S. 1041

an neue leibliche, materielle, geistige oder soziale Gegebenheiten erfordert von Betroffenen und Angehörigen ein hohes Maß an Bereitschaft sich in Lernprozesse des Alltags einzulassen. Damit in enger Verbindung steht die Förderung von kreativen Gestaltungskräften.

9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte

Die hier schon vielfach beschriebene Anästhesierung des Leibes beschneidet den Mensch in seiner Möglichkeit, die Welt mit den Sinnen zu erfahren oder mit ihr im Austausch zu sein. Sinn generiert sich über die *sinnenhafte Wahrnehmung*¹⁶² und verliert sich, wo diese Möglichkeit nicht mehr besteht. Insbesondere bei körperlicher Erkrankung und in krisenhaften Zeiten ist es unumgänglich, die Quellen heilenden Erlebens wieder zu erschließen. Die heilende Kraft des Naturerlebens kann sich als bedeutsame Ressource in der Krankheitsbewältigung erweisen. In der Kreativitätsdefinition von Moreno ist der Mensch durch kreativ geformte Spontanität in der Lage, auf neue Situationen angemessen und auf alte, neu zu reagieren¹⁶³. Die Suche nach neuen Möglichkeiten des Zugangs zur Welt, wenn alte und vertraute durch die Erkrankung nicht mehr zugänglich sind, ist ein Akt höchster Ko-Kreativität. Über die therapeutische Arbeit mit kreativen Medien, einem Spezifikum der Integrativen Therapie, kommen Menschen mit ihren Gestaltungskräften wieder in Kontakt und verlorene oder verschüttete Erfahrungsfelder können erschlossen werden. (siehe dazu Kap. 4.4.2)

10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte

Zukunft ist für an Krebs erkrankte Personen ihre nahen Angehörigen und das gesamte soziale Umfeld, für die Ärzte und das Pflegepersonal ein sensibles Kommunikationsthema, da das Thema von PatientInnen eng mit Sterben und Tod assoziiert ist. Es ist vor allem der potentielle Verlust einer positiven Zukunft unter dem Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden. Werde ich überleben oder sterbe ich? Wie sterbe ich, unter qualvollen Schmerzen? Werde ich meine Kinder aufwachsen sehen? Wer wird für sie sorgen, wenn ich nicht mehr bin? „*Der potentielle Verlust einer Zukunft gefährdet die Gegenwart und bedrängt den Umgang mit der Vergangenheit.*“¹⁶⁴ Das abstrakte Wissen der Gesunden, dass Sterblichkeit eine anthropologische Konstante darstellt, unterscheidet sich radikal von dem aktuellen Bewusstsein der Kranken, die soeben die Diagnose Krebs erhalten hat und auch von der Sterbenskranken, die sich bereits in jenem Prozess befindet, der unausweichlich in das Ende des Lebens einmündet. Die zeitliche Begrenzung des Leibes rückt durch die Diagnose Krebs bedrohlich nahe. Am Anfang steht je nach Ausbreitung der Erkrankung die

¹⁶² Orth, Petzold (1993c), S. 100

¹⁶³ ebd., S. 97

¹⁶⁴ Spiegel-Rösing (1984), S.151

Hoffnung auf Heilung oder auf ein Verhindern des Tumorwachstums. Kommt es zu einem Rezidiv oder schreitet die Erkrankung trotz Behandlung fort, hat dies wiederum massiven Einfluss auf den Entwurf der Zukunft. Projekte und Unternehmungen, die in die Zukunft reichen, werden von Betroffenen immer auch hinsichtlich des möglichen Todes hin bedacht. Der therapeutische Blick richtet sich mehr auf das „Hier-und Jetzt“. Peter Weyland, ein betroffener Arzt und Psychotherapeut, hat in einem Vortrag folgendes formuliert: *„Die Hoffnung bleibt, jedoch die Ausrichtung der Hoffnung verändert sich.“* Dieser Adaptionsprozess ist im Falle einer fortschreitenden Erkrankung ein äußerst schmerzhafter Prozess, der immer wieder auch von Dissoziierung, Verdrängung oder Verleugnung begleitet ist. Diese gilt es als stabilisierende Faktoren zu würdigen. Ein tragender „therapeutischer Raum“, ein mitfühlendes Gegenüber, jene hier bereits erwähnten Helfaktoren können bei der Bewältigung der jeweiligen Verluste helfen und lindern.

11. Förderung eines positiven persönlichen Wertbezugs

Häufig zwingt eine Erkrankung durch die Konfrontation mit der Endlichkeit Betroffene und ihre Angehörigen zu einer intensiven Auseinandersetzung mit bisherigen Werten. Der Bereich der Werte hat aus persönlichkeits-theoretischen Überlegungen identitätsstiftende Qualität und hat im Vergleich mit anderen „Säulen der Identität“, einen relativ überdauernden Charakter.¹⁶⁵ Das Bewusstmachen von haltgebenden Werten, die Trauer um verlorene und Hilfe bei der Erschließung neuer Werte gehören hier zu den therapeutischen Zielsetzungen. Aber auch das Aufspüren eigener niederdrückender Normierungen die Erkrankung betreffend oder die Abgrenzung von gesellschaftlichen vermittelten Werten kann Erleichterung schaffen. Auch die Therapeutin ist hier gefordert, sich hinsichtlich ihrer indirekten eigenen „Bewertungen der Werte“ auseinanderzusetzen.

12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens, Souveränität

Schwere Erkrankung gesehen als „critical life events“ oder „prekäre Lebenslagen“¹⁶⁶ birgt, wie bereits beschrieben, immer auch die Gefahr in sich, Identität zu beschädigen. Sich selbst nicht mehr zu spüren, zu erkennen, beschreiben zu können, sind Aussagen von Betroffenen, deren Identität keine Prägnanz mehr aufweist. Dieser Entfremdung von sich selbst und der Umwelt muss im Rahmen einer tragenden therapeutischen Beziehung Wiederaneignung folgen. Wo kann an bestehende positive Identitätszuschreibungen wieder angeknüpft werden, wo gibt es überdauernde und stabile Identitätsbereiche die möglicherweise aus dem Blick verloren wurden, wo geht es um Integration von neuen positiven Selbst- oder Fremdzuschreibungen und wo um die Unterstützung im Umgang mit Stigmatisierungen. Das Potential von Selbsthilfegruppen bzw. Gruppenangebote in ihrem identitätsstiftenden Aspekt

¹⁶⁵ Petzold (1984c), S. 441

¹⁶⁶ Petzold(2003a), S.74

der Spiegelung muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden. Im tragenden und wertschätzenden therapeutischen Raum kann auch Abschied genommen werden, können Trauerprozesse gelingen und Trennung im Sinne eines Abschied-*nehmens* anstatt dem totalen Verlust erlebt werden.

„Der Abschied führt die Dinge zusammen. Er ermöglicht Aneignung auf einer neuen Ebene.“¹⁶⁷

13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke

Was für die allgemeine Psychotherapie gilt, ist in der Begleitung von erkrankten Personen von besonderer Bedeutung. Die Erkrankung betrifft immer auch das soziale Umfeld. Gerade im dyadischen Setting der Einzeltherapie darf die Therapeutin nicht aus den Augen verlieren, dass das Umfeld in die Therapie hineinspielt und umgekehrt. Das „*soziale Atom*“ - das soziale Netzwerk in seiner „*supportiven Valenz*“¹⁶⁸ ist für die Therapie von großer Bedeutung. Die Anzahl der Menschen in den Kern-, Mittel- und Randzonen, die Qualität der Beziehungen, die kollektiven Bewertungsmuster geben Auskunft über die Tragfähigkeit. Dieses Wissen um den „*social support*“ ist insbesondere in Krisenzeiten enorm wichtig, denn ein ressourcenreiches und stabiles soziales Netzwerk kann „*stressful life events*“ abpuffern und eine Schutzschildfunktion übernehmen.¹⁶⁹ Auch hier können Selbsthilfegruppen wertvolle Dienste leisten. Insbesondere, wenn die Erkrankung fortschreitet und in einen Sterbeprozess übergeht, ist der „*soziale Konvoi*“ von enormer Wichtigkeit.¹⁷⁰ Der Netzwerkpflege oder Aktivierung kommt hier eine hohe Bedeutung zu. Dies kann auch bedeuten, bei einem ausgedünnten und schwachen „*sozialen Konvoi*“ aktiv die Angehörigen und die „*Wahlverwandten*“ miteinzubeziehen, anstatt deren Funktionen zu übernehmen.

14. Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft

Nicht selten ist das soziale Netz von Erkrankten brüchig geworden. Für den Aufbau eines neuen Netzes können Gruppenangebote hilfreich sein. Häufig sind nach der Akutbehandlung Krebs-Selbsthilfegruppen wichtige Anlaufstellen für PatientInnen. Gruppenangebote ermöglichen den Betroffenen nicht nur von den Erfahrungen der anderen zu profitieren, sondern auch „*engagiertes Eintreten für den Anderen in fundierter Partnerschaft*“ zu erleben. Initiativen wie „*Pink Ribbon*“ u.a. sind ein öffentliches Symbol der Solidarität mit von Brustkrebs betroffenen Frauen. Menschen mit einer Krebserkrankung berichten häufig darüber, dass sie sich nicht mehr zu einer Welt der vermeintlich Gesunden und Unversehrten

¹⁶⁷ Petzold (1984c), S. 463

¹⁶⁸ Petzold (2003a), S. 1044

¹⁶⁹ Petzold (2007r), S. 7

¹⁷⁰ Petzold (1999), S.31

zugehörig fühlen. Hier kann ein „Solidarisches-an-die-Seite-der-Betroffenen-Stellen“¹⁷¹ das Gefühl der Zugehörigkeit wiederherstellen und das Gefühl der gesellschaftlichen oder persönlichen Entfremdung verringert werden. Therapeutische Arbeit soll hier den geschlossenen Raum überschreiten, denn die Initiierung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen oder Projektgruppen kann ein unglaublich wichtiger Aspekt therapeutischer Arbeit sein.

Trost – Trösten – Trostarbeit

Ich ergänze die 14 Heilfaktoren um einen weiteren absolut wesentlichen „*Heilfaktor erster Ordnung*“ in der Arbeit mit erkrankten Menschen.¹⁷² Trost - finden wir überall auf der Welt als Reaktion der Zuwendung und der Beruhigung von verletzten, aufgewühlten oder traumatisierten und verzweifelten Menschen. Petzold kritisiert, dass dieses „*evolutionary wisdom*“¹⁷³ zuwenig Beachtung in den klassischen Therapieschulen findet und betont dessen Wichtigkeit als Grundlage für therapeutische Interventionen bei Trauma- oder Trauerprozessen. Mit Trostarbeit bezeichnet er die längerfristige Unterstützung von erschütterten Menschen, eingebettet in eine verlässliche Beziehung. Es geht um Halt, Sicherheit und Beruhigung und die Vermittlung von Zuversicht, damit Betroffene aus der Erschütterung und Beunruhigung zur Ruhe kommen können, sich selbst wieder beruhigen und wieder zu einer Ausgeglichenheit finden. Trost und Trostarbeit dienen dazu, psychophysischer Übererregtheit zu beruhigen und malignen Trauerprozessen vorzubeugen. Ein klares Bild, wie Trauerprozesse abzulaufen haben, würde der Vielschichtigkeit und Individualität menschlichen Erlebens nicht gerecht.¹⁷⁴

4.4.2 Methoden, Techniken und Medien

Die Integrative Therapie stellt eine Vielzahl von Methoden, Behandlungstechniken und Medien zur Verfügung. Für alle Interventionen gilt grundsätzlich, dass sie theoriegeleitet und indikationsspezifisch zum Einsatz kommen¹⁷⁵. Menschen mit einer Krebserkrankung sind keinesfalls als eine homogene Gruppe zu beschreiben. Neben all den individuellen Unterschieden macht es einen wesentlichen Unterschied, zu welchem Zeitpunkt der Erkrankung sie sich an uns wenden und wie fortgeschritten die Erkrankung bereits ist. PatientInnen, die unmittelbar nach der Diagnose zu uns kommen, befinden sich oft in akuten Krisensituationen. Sofern die Erkrankung medizinisch behandelbar ist, liegt der Fokus meist

¹⁷¹ Petzold (2003a), S. 1045

¹⁷² Petzold (2007r), S. 4

¹⁷³ ebd., S. 5

¹⁷⁴ Petzold (2007r), S. 2

¹⁷⁵ Petzold (1993a), S.126

auf den Belastungen durch die invasiven Behandlungsmethoden. Nach Abschluss der Primärtherapie (OP, Chemotherapie und/oder Bestrahlung) geht es zumeist um Themen des Umgangs mit den Folgen der Erkrankung oder der Behandlung wie zB. Organverluste oder Einschränkungen der Mobilität und Vitalität und der Angst vor einem erneuten Ausbruch. Es zeigt sich aber auch, dass mit Beendigung der medizinischen Behandlung allgemeinere Themen des Lebens in den Vordergrund treten. Die Erkrankung wird nicht selten zum Anlass genommen, den bisherigen Lebensstil oder die Beziehungsgestaltung neu zu verhandeln. Bei einem Fortschreiten der Erkrankung, Rezidiven oder Metastasierungen, deren Behandlung darauf gerichtet ist, die Tumor- oder Systemerkrankung einzudämmen, geht es um Themen der Lebensqualität, um Trauerprozesse und die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Diese starke Vereinfachung sei mir hier erlaubt, um aufzuzeigen, wie wichtig die theoriegeleitete und situationsadäquate Anpassung der jeweiligen Interventionen, auf die Menschen die sich an eine Krebsberatungsstelle wenden, ist. In der Konzeption der Integrativen Therapie wird diesem Umstand Rechnung getragen, in dem in der praktischen Gestaltung des therapeutischen Prozesses je nach Schwerpunkt unterschiedliche Modalitäten zum Tragen kommen¹⁷⁶:

- **konfliktzentriert-aufdeckende Modalität**
Bearbeiten von biographischen und aktuellen Problemen, Bewusstmachen von Phänomenen und deren dahinterliegenden Strukturen
- **Konservativ-stützende, palliative Modalitäten**
Beistand, Begleitung, Stütze in Phasen kritischer Lebensereignisse
- **Übungszentriert-funktionale Modalität**
Aufbau, Stabilisierung und Entwicklung der Funktionen des Leibesubjektes
- **Erlebniszentriert-stimulierende Modalität**
Bereitstellung alternativer Erfahrungen und Förderung des kreativen Potentials
- **Netzwerkaktivierende Modalität**
Aktivierung von Ressourcen sozialer Netzwerke, Sanierung von brüchigen Netzwerken
- **Medikamentöse Modalität**

Die anthropologische Grundannahme der Integrativen Therapie – *der Mensch als „Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum“¹⁷⁷* fließt in das therapeutische Handeln ein und will den Menschen in seiner Ganzheit erreichen. Die in der Integrativen Therapie und ihren Zweigverfahren entwickelten behandlungsmethodischen Ansätze sind sehr vielfältig. Sie beinhalten die Arbeit mit kreativen Medien, Imaginationen,

¹⁷⁶ Schuch (2000), S.184

¹⁷⁷ Petzold (1988n), S. 185

Musik, Poesie und bildnerisches Gestalten, benannt und subsumiert als „integrative Kunst- und Kreativitätstherapie“ und Methoden der „integrativen Leib- und Bewegungstherapie“.¹⁷⁸ Die Arbeit mit kreativen Medien wird theoretisch untermauert von einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“: der Sicht des Menschen, der von Anfang an über seinen perzeptiven und expressiven Leib ko-kreativ mit der Welt im Austausch steht und über kreative Fähigkeiten und Ausdrucksformen verfügt.¹⁷⁹ Durch eine lebensbedrohliche Erkrankung, durch Schmerzen und invasive Eingriffe auf diesen Leib, kann die Wahrnehmung und Ausdrucksfähigkeit - die Möglichkeit mit der Welt und mit sich selbst zu kommunizieren - massiv eingeschränkt werden, die Anästhesierung des perzeptiven Leibes und die Dämpfung der sinnhaften Wahrnehmung sind die Folge.¹⁸⁰ Die Arbeit mit kreativen Medien setzt unmittelbar am perzeptiven und expressiven Leib an¹⁸¹ und hat das Potential, Wiederaneignung zu ermöglichen. Nicht zuletzt, weil sie andere Zugänge zu den verlorenen Erfahrungsfeldern erschließen kann, als dies nur alleine durch verbale Mittel, durch die Sprache möglich wäre.

„Der Diskurs der Verbalsprache ist nicht immer ausreichend, wenngleich er unverzichtbar ist.“¹⁸²

Die Wucht und Erschütterung, die eine Krebsdiagnose auslöst, kann von PatientInnen nicht immer in Worten ausgedrückt werden. Verzweiflung, Wut oder Angst sind als Atmosphären (nach Hermann Schmitz „*ergreifende Gefühlskräfte, die randlos in den Raum ergossen sind*“¹⁸³) im „sprachlosen Raum“ wahrnehmbar. Der Ausdruck des Empfundenen über kreative Medien ermöglicht die Expression, als Herausbewegung zur Welt.¹⁸⁴ Musik, Farben, Tonerde, Bewegung und Poesie können einzeln oder in intermedialen Quergängen genutzt werden, damit der Mensch auszudrücken vermag, was ihn bewegt und wie im zumute ist. Nonverbaler Ausdruck bedarf aber auch des Begriffes, es wird nicht in der Sprachlosigkeit verblieben, sondern, wo möglich, das Ungreifbare in Sprache gebracht und damit benennbar und dem Ich zugänglich gemacht.¹⁸⁵ Namenloses Schrecken erhält einen Namen und durch die Benennung verringert sich das Gefühl des Ausgeliefertseins¹⁸⁶ - Orientierung kann wieder möglich werden.

Es sei hier erwähnt, dass durch die hohe stimulierende Qualität kreativer Medien auch die

¹⁷⁸ Petzold (1984c), S. 474

¹⁷⁹ vgl. Orth, Petzold (1993c), S. 99 ff.

¹⁸⁰ ebd., S.100

¹⁸¹ Rahm et.al (1993), S. 417

¹⁸² Orth, Petzold (1993c), S.100

¹⁸³ Petzold (2003a), S. 864

¹⁸⁴ ebd., S. 106

¹⁸⁵ vgl. ebd., S. 108ff.

¹⁸⁶ ebd. 109

Gefahr besteht ein „Zuviel“ auszulösen und schützende Dämme der Persönlichkeit überflutet werden können. Es ist daher neben Kenntnissen der Entwicklungspsychologie und klinischem Wissen über traumatischen Stress auch eine gründliche Kenntnis der Möglichkeiten der einzelnen Medien, ihrer stimulierenden Qualität, ihrer positiven Wirkungen und ihrer Gefahren erforderlich.¹⁸⁷

Die in der Therapie mit traumatisierten Menschen nach wie vor vorfindliche Arbeitsweise, der Konfrontation, des Aufdeckens und Durcharbeitens sind (nicht nur in der Arbeit mit Erkrankten) kontraproduktiv, aus neurobiologischer Sicht sogar fahrlässig und gemäß Petzold oft religiöse Ausläufer im Sinne des „*sich unter den Augen des Herrn seiner Sünden zu stellen*.“¹⁸⁸ Der oftmals auch vorhandene Anspruch von PsychotherapeutInnen, HelferInnen oder Angehörigen, im Angesicht des Todes müsse das Leben (nun endlich) angeschaut oder resümiert werden, birgt ebenso die Gefahr der Retraumatisierung.¹⁸⁹ Bei Menschen in Sterbeprozessen muss grundsätzlich geschaut werden, wie hoch die Belastung durch Schmerzen und invasive Therapien ist und ob überhaupt noch Kraft für einen psychischen Aufwand besteht. Hier ist es nicht angebracht, irgendetwas Destabilisierendes anzustoßen oder zu forcieren. Wenn aber Lebensbilanzen oder Lebensbilder von selbst aufkommen und Überflutung droht, so sind wir als Gesprächspartner präsent, greifen das Präsentierte auf und begleiten diese Prozesse ko-kreativ und wohlwollend. Dies mag auch heißen, dass wir bei Menschen, bei denen in der terminalen Lebensphase ein „*strenges und toxisches Über-Ich*“ dominiert, korrigierend und balancierend den Blick auf die guten Szenen richten und die „*inneren Gerichtsszenen*“ erträglicher machen.¹⁹⁰

Grundsätzlich gilt, dass in Zeiten invasiver Behandlungsformen wie Chemotherapie und Bestrahlung keine invasiven psychotherapeutischen Verfahren, sondern eher stützende Interventionen zur Anwendung kommen.¹⁹¹ Diesbezüglich kann die Arbeit mit kreativen Medien unterstützend sein, den Zugang zu den salutogenen Erfahrungen, Ressourcen und beglückenden Erlebnissen in der Lebensgeschichte, die aktuell von einer belasteten Gegenwart überschattet sind, wieder aufzuspüren.

Von großem therapeutischen und diagnostischem Wert sind die *Panoramatechniken*¹⁹² der Integrativen Therapie. Der Mensch, gesehen als „*Reisender in der Zeit*“,¹⁹³ kann im therapeutischen Prozess in dieser Kontinuumsdimension erfasst werden - eine Aufsicht auf

¹⁸⁷ ebd., S. 109

¹⁸⁸ Petzold (2005d), S. 8

¹⁸⁹ ebd., S. 19

¹⁹⁰ ebd.,

¹⁹¹ Kleinig (1997), S.45

¹⁹² Petzold, Orth (1993a), S. 141

¹⁹³ Petzold (2003a), S.549

das Leben der Einflüsse aus Vergangenheit, Gegenwart und antizipierter Zukunft – und damit der Blick auf mögliche Wiederholungen und Lebensmuster - wird möglich. Durch die Gestaltung eines Lebenspanoramas wird das Leben einer Person als Ganzes in „*distanter Involviertheit*“ oder „*berührter Distanz*“¹⁹⁴ in den Blick genommen mit den Aspekten, die zum jeweiligen Zeitpunkt für die Gestalterin wesentlich und bewusst sind. Die Form der Gestaltung ist offen, es kann figürlich, mit Farben und Formen oder Beschriftungen gearbeitet werden. Wenn der bildnerische Weg nicht geeignet erscheint, kann das Aufschreiben der Lebensgeschichte als narratives Lebenspanorama gewählt werden.¹⁹⁵ Das entstandene Bild wird zum „Lebenstext“¹⁹⁶, das eingebettet in die therapeutische Beziehung, zum Gegenstand von Ko-respondenzprozessen wird und in der Fülle, die es bietet, gemeinsam gelesen und verstanden wird. Die persönliche Biographie erschließt sich in einer sinnfälligen, direkten Form, die über den verbalen Bericht hinausgeht. Durch Farben und Formen können Atmosphären und der emotionale Gehalt von Situationen vermittelt werden.¹⁹⁷ Im Falle einer Erkrankung erscheint in der Darstellung eines Lebenspanoramas die Krebserkrankung zB. als Unterbruch, als Einschnitt oder als Leere – genau dieses Verstehen ist nicht mehr vorhanden, der Sinnzusammenhang scheint verloren zu sein. Die Darstellung der Erkrankung ermöglicht, ein Symbol oder Bild zu finden für das oft Unsägliche und damit auch eine Distanzierung. Eine betroffene Frau schildert dies wie folgt:

„Ich habe keine Worte, ich weiß nicht was mit mir ist, ich kann es aber mit Farben und Formen ausdrücken, nun sehe ich es und ich sehe, dass es ein Vorher gibt und dass es ein Nachher geben wird, das tut mir gut.“

Der Lebenstext wird im Empfinden vieler Betroffener durch die Erkrankung bildhaft abgebrochen. Alle Lebensbereiche können davon betroffen zu sein. Einen Ausdruck hierfür zu finden, ermöglicht aus der Lähmung in eine innere Bewegung zu kommen im geschützten, haltenden therapeutischen Raum. Subjektive Theorien zur Krankheitsentstehung werden sichtbar und mögliche selbstbezügliche Aspekte bewusst und damit korrigierbar. Was nun die Kontinuumsdimension betrifft, ist die nicht planbare und ungewisse Zukunft der wesentliche Punkt unter dem Betroffene leiden. Hier fordert das Lebenspanorama auf zur Auseinandersetzung mit der Frage, wie will ich mein Leben gerade vor dem Hintergrund eines möglichen Todes gestalten, was soll bleiben von dem was war, was muss oder darf anders werden.

Die prätraumatische Zeit – die Zeit vor der Erkrankung kann durchsucht werden nach

¹⁹⁴ Petzold (1993a), S. 144

¹⁹⁵ ebd., S. 142

¹⁹⁶ ebd., S.143

¹⁹⁷ vgl. Petzold (1993a) S. 125 ff.

Ressourcen, nach tragenden Aspekten die durch die Darstellung erst in den Blick und damit in den Sinn kommen, überdauernde identitätsstiftende Aspekte werden bewusst - „feine Fäden“ können gesponnen werden vom „VOR“ zum „NACH“ der Erkrankung und der Bruch oder die Kluft im Lebenstext wird aushaltbarer, überbrückbarer. Personen mit einer Primärerkrankung beschreiben an diesem Punkt oft auch den persönlichen Gewinn, den sie durch die Erkrankung erfahren haben.

Mithilfe von spezifischen Panoramen können bestimmte Themen, je nach Fokus in der Therapie, besonders in den Blick genommen werden, durch die thematische Einengung durch zB. Beziehungspanorama, Panorama der Erfolgserlebnisse, Berufspanorama, Gesundheits/Krankheitspanorama u.a. kann ein bestimmter Fokus, der für das Leben der PatientIn besonders wichtig ist, herausgenommen werden und differenziert Beachtung finden.¹⁹⁸

Die bildhafte Darstellung enthält bewusste Informationen, aber auch unbewusste Impulse, die in den Gestaltungsprozess einfließen, es kommt zu *periintentionalen Ladungen*¹⁹⁹ des Mediums. Diese unbewusst freigesetzten Informationen werden mit einer präsenten und beteiligten Psychotherapeutin entschlüsselt. „...sodass korrigierende Erfahrungen, kognitiver, emotionaler, körperlicher und sozialer Art – Erfahrungen von vitaler Evidenz stattfinden können.“²⁰⁰

Die bildhafte Darstellung des sozialen Netzes, für die vorhandenen Personen Symbole zu wählen und die unterschiedlichen Beziehungsqualitäten durch Farben und Formen auszudrücken, ermöglicht neben dem kreativen Ausdruck einen wertvollen diagnostischen Einblick in die Beschaffenheit des sozialen Bezugssystems.²⁰¹ In der praktischen Arbeit erlebe ich immer wieder die wohltuende Wirkung auf Betroffene, wenn sichtbar wird, wie eingebettet und vernetzt sie sind. Ebenso hilfreich und wertvoll für die diagnostische Einschätzung und von großem therapeutischem Wert sind Identitätsbilder, sprich die bildliche Darstellung der Identitätssäulen.²⁰² Die Darstellung von Selbstbildern, von den Säulen der Identität, von dem „sozialen Atom“ oder Körperbildern bringen durch den Mehrwert des Bildes und der verbundenen sinnlichen Erfahrung immer auch ungeahnte Ressourcen ans Licht.

Mittels der Vergrößerungstechnik können einzelne Abschnitte (Szenen oder Symbole) aus einem Bild erneut und detailliert auf einem separaten Blatt wie unter einem

¹⁹⁸ ebd., S. 143

¹⁹⁹ ebd. S. 148

²⁰⁰ ebd.

²⁰¹ vgl. ebd., S.112

²⁰² ebd., S. 276 ff.

Vergrößerungsglas dargestellt werden.²⁰³ Aber auch durch Techniken der Integrativen Therapie (teilweise übernommen aus der Gestalttherapie) wie die Identifikation mit einzelnen Darstellungen, durch Dialoge mit und zwischen ihnen oder Assoziationen zu ihnen, kann das große Potential der bildhaften Darstellung erschlossen werden.²⁰⁴

Die Arbeit mit Ton sei an dieser Stelle ebenfalls erwähnt. Das Medium Ton hat im therapeutischen Kontext eingesetzt, ein hohes emotionales und evokatives Potential. Frühe und archaische Gefühle und Szenen können belebt werden, regressive und aggressive Impulse zum Ausdruck kommen. Dies zu wissen, setzt voraus, dass mit Ton nur innerhalb einer tragenden Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn gearbeitet wird.²⁰⁵ Durch das Medium Ton entstehen Möglichkeiten des Ausdrucks wenn Sprachbarrieren vorherrschen, hier sei der Einsatz von Ton in Verbindung mit den Themen von Sterben und Tod erwähnt, als Symbolisierungsangebot oder auch als expressive Entlastung bei Schmerzen.²⁰⁶

Die Therapien, die Erkrankte über sich ergehen lassen, haben oft traumatische Qualität²⁰⁷, dementsprechend wichtig sind Methoden und Techniken, die psychobiologische Regulation ermöglichen.²⁰⁸ In der Integrativen Therapie werden hierzu zwei Ansätze unterschieden: „*bottom up approach und bottum down approach.*“²⁰⁹ Bottom up meint, dass durch aktive körperliche Entspannung (muskuläre Relaxation und Atementspannung²¹⁰) auf höherer Ebene mentale/psychische Entspannung und Beruhigung erreicht wird. Top down, meint den umgekehrten Weg, nämlich über mentale Entspannungsmethoden zur körperlicher Relaxation zu kommen. Über die Vorstellungskraft und Phantasie können über „*Wohlfühlorte*“, „*Orte der Kraft*“, „*Innere Beistände*“, die emotional und mental herbeigeholt werden, Verspannung, Ängste und Beunruhigung gemildert werden.²¹¹ Durch Hinzunahme von kreativen Medien können diese inneren Bilder zusätzlich vertieft und „gebahnt“ werden. Hier sei noch erwähnt, dass im Falle einer Krebserkrankung die überlicherweise verwendete Metapher des „*sicheren Ortes*“²¹² nicht geeignet ist, da es aufgrund der bestehenden Gefahr einer Wiedererkrankung keine objektive Sicherheit gibt und PatientInnen daher umso mehr Ressourcenarbeit und Interventionen benötigen, die das subjektive Gefühl von Sicherheit erhöhen.

²⁰³ ebd., S. 152

²⁰⁴ vgl. ebd., S. 153

²⁰⁵ Rahm et.al (1993), S. 417, Petzold (1990y), S. 1174

²⁰⁶ Petzold (1990y), S. 1174

²⁰⁷ Petzold(2004), S.19

²⁰⁸ ebd.

²⁰⁹ ebd., S. 15

²¹⁰ siehe ebd., PMR nach Jacobson, IDR „Integrative Differentielle Regulation/Relaxation

²¹¹ ebd.

²¹² Reddemann (2001), S. 45

4.5 Die Begleitung von Sterbenden

Die Begleitung von an Krebs erkrankten Personen schließt auch die Begleitung von Sterbenden mit ein. An der hier beschriebenen Beratungsstelle ist es eher die Regel, dass wir Menschen die sich in Sterbeprozessen befinden, bereits zuvor länger begleitet haben und aufgrund der entstandenen Bindungen nun auch *WegbegleiterInnen*²¹³ auf dem letzten Weg werden. Es kommt äußerst selten vor, dass wir zu uns noch nicht bekannten sterbenden Personen gerufen werden.²¹⁴ Das bedeutet, dass von einem bereits bestehenden Vertrauensverhältnis ausgegangen werden kann und wir möglicherweise einen vielleicht langen Prozess des Hoffens, der Verzweiflung und der Trauer bereits begleitet und auch selbst miterlebt haben. Eine Ausnahme bildet die Hinzuziehung der Krebshilfe, wenn ein Elternteil sterbend ist und mit den Kindern aus Gründen des vermeintlichen Schutzes bis „zur letzten Stunde“ nicht über die Krankheit oder das Sterben gesprochen wurde und jemand aus dem Umfeld (Verwandte, Ärztin, Pfleger) akuten Handlungsbedarf sieht. Der Fokus liegt dann auf dem Wohl der Kinder und der Vermittlung zwischen Eltern und Kindern.

Im Sinne einer begrifflichen Orientierung spreche ich in diesem Kontext von der Sterbephase, wenn aufgrund einer onkologischen Erkrankung eine lebensbedrohliche Situation entstanden ist und aus medizinischer Sicht mit dem Eintreten des Todes gerechnet werden muss. Schwäche, Bettlägrigkeit, Appetitlosigkeit, tägliche Verschlechterung, Schläfrigkeit und Organversagen können Anzeichen dieser Phase sein,²¹⁵ von Prognosen die verbleibende Zeit betreffend, wird von Seiten der MedizinerInnen Abstand genommen.

Historisch gesehen wurde der Tod und das Sterben aus unserem Alltag auf „*Sonderbühnen verbannt*“.²¹⁶ Früher gehörte der Tod zum Leben und war öffentlich. „*Die Tür zum Sterbezimmer stand offen, nicht nur für die nächsten Angehörigen*“.²¹⁷ Heute findet Sterben zum großen Teil in den Krankenhäusern statt.²¹⁸ Seit einigen Jahren ist jedoch wider diesem Phänomen der gesellschaftlichen Verdrängung eine Flut von Literatur zum Thema Thanatologie auf den Markt gebracht worden.²¹⁹ Meine Ausführungen an dieser Stelle haben den Charakter einer groben Reflexion zum Thema. Ich beziehe mich im Wesentlichen und exemplarisch auf einzelne hilfreiche und richtungsweisende Zugangsweisen der Integrativen Therapie. Hilarion Petzold prägte für die Arbeit mit Sterbenden den Begriff der

²¹³ Petzold (2005d), S. 3

²¹⁴ Die Betreuung in den Krankenhäusern erfolgt durch hausinterne PsychoonkologInnen und durch den Hospiz-Verein.

²¹⁵ Dorfmueller, Dietzfelbinger, (2009), S. 221

²¹⁶ Petzold(2004), 10

²¹⁷ Varevics/Petzold (2005), S.141

²¹⁸ ebd., S.140

²¹⁹ Schadewaldt (1991), S. 24

„Thanatotherapie“.

„Thanatotherapie ist ein in vielen Aspekten „junger“ therapeutischer Ansatz für den Umgang mit Menschen, die von Fragen des Sterbens und des Todes betroffen sind und die der Hilfe für die Bewältigung bzw. Verarbeitung von Verlusten, die der Unterstützung für Prozesse persönlichen Wachstums oder des Beistand und Trostes im Leid bedürfen.“²²⁰

Von einem „Sterben im Schoß der Familie“ bestehend aus Bluts- oder Wahlverwandten kann nicht mehr grundsätzlich ausgegangen werden. Es ist immer öfter der Fall, dass ein familiales oder amicales soziales Netzwerk²²¹ brüchig geworden, ausgedünnt oder ganz weggefallen ist.

„Die professionell begleitete Sterbesituation konstituiert sich mit dem spezifischen Auftrag einzugreifen und zu helfen, wo die alltäglichen Stützsysteme des sozialen Netzwerkes, des „Konvois“ des Weggeleiteten nicht mehr greifen. „Hilfe zu leisten, wo Hilfe eigentlich nicht mehr möglich ist.“²²²

In der Begleitung von sterbenden oder todkranken Menschen reichen Theorien und Methoden der klassischen Psychotherapie nicht aus. Krankheitsprozesse die sich lange hinziehen, können die Erkrankten in ihrem Wesen verändern, in Sterbeprozessen kann es zu Ausnahmesituationen kommen.²²³ Es ist Psychotherapie in einer existentiellen Situation im doppelten Sinn. Die Therapeutin ist selbst von dem „Problem, das sie behandelt“ betroffen, auch sie ist sterblich, auch sie wird sterben. Für die Patientin ist es die letzte Zeit, begrenzt und ungewiss.²²⁴

Das Verbannen des Todes und des Sterbens aus unseren Köpfen und Räumen bedingt, dass wir wenig erlebte Erfahrung mit dem Sterben haben. Eine persönliche Auseinandersetzung mit den Themen Tod, Leid und Sterben ist unerlässlich und die erlebte Erfahrung von eigenen Verlusten, der eigenen Trauer und das Miterleben ähnlicher Ereignisse bei anderen Menschen fördert eine mitmenschliche Kompetenz, die nicht aus Büchern gelernt werden kann.²²⁵

Entsprechend dem Menschenbild der Integrativen Therapie, das sich durch eine

²²⁰ Petzold (2005d), S. 3

²²¹ ebd.

²²² ebd., S. 8

²²³ ebd., S. 7

²²⁴ Spiegel-Rösing (1984), S. 142

²²⁵ vgl. Varevics/Petzold (2005), S.137 ff.

fundamentale Qualität des „Mitseins“ sprich „Intersubjektivität“ auszeichnet, „muss (auch und besonders) in diesem Arbeitsfeld Mitmenschlichkeit und Professionalität integriert gelebt werden.“²²⁶ Es bedarf eines „*thanatologisch fundierten psychotherapeutischen Blickwinkels und einer spezifischen Haltung des „Im-Kontakt-Seins“*“.²²⁷ „Therapie“ im Wortursprung (therapeuein) muss in der Begleitung von sterbenden Menschen, in den Qualitäten des mitmenschlichen Umgangs von *pflegen, dienen, achten, freundlich behandeln, fördern und sich sorgen*, noch mehr als in anderen therapeutischen Zugängen zur Umsetzung kommen.²²⁸

*„In der Thanatotherapie kann man sich hinter keinen professionellen Rollen wirklich verstecken – weder hinter einem weißen Kittel noch hinter einem therapeutischen Habitus. ...All das geht in den Sterbesituationen nicht, denn sie machen betroffen und diese Betroffenheit ist dabei ein sehr wesentliches Moment.“*²²⁹

Ich bin als sehender, fühlender und wahrnehmender Mensch zugegen und was ich sehe und fühle und wahrnehme, bewegt mich auch – ansonsten müsste ich mich hart machen oder anästhesieren.²³⁰ Diese Bewegtheit oder auch Erschütterung soll und darf gezeigt werden, aber hierin liegt die Professionalität: ich muss mich als Helferin regulieren können, mich wieder fassen, damit ich Hilfe für andere sein kann. Diese *Regulationskompetenz*²³¹ bedingt, *„dass man sich mit dem eigenen Sterben befasst, sich mit den schlimmen Eindrücken, die man erlebt, systematisch auseinandersetzt und sehr sorgfältig immer wieder darüber nachspürt, nachsinnt, nachdenkt, warum man diese Arbeit tut“*.²³² Die Frage nach der Motivation und deren Hintergründe macht die eigene Professionalität klarer.²³³

Wie Menschen sterben ist höchst unterschiedlich. Phasenmodelle des Sterbens (Kübler-Ross) kommen in der Realität so nicht vor.²³⁴ Auch der gute Tod, im Sinne eines friedlichen Einschlafens ohne Schmerzen in Ausgesöhntheit mit dem Leben findet sich selten²³⁵. Sterben kann in schwere psychische Krisen führen, die alleine nicht mehr bewältigbar sind.²³⁶

Chronische, schwere Schmerzen, langwieriges Leid erzwingen Fragen nach Sinn, nach dem „Wozu das alles“. Die Quellen aus denen Menschen sonst Sinn ziehen sind in der Krankheit

²²⁶ ebd., S. 138

²²⁷ Petzold (2005d), S. 2

²²⁸ Petzold (1984c), S. 453

²²⁹ ebd.

²³⁰ Petzold (2005d), S.16

²³¹ ebd., S. 9

²³² ebd

²³³ ebd., S. 10

²³⁴ Petzold (2005d) S.12.

²³⁵ vgl. Petzold (2005d), S. 2

²³⁶ Petzold (1984c), S 454

zum Tode oft nicht verfügbar²³⁷. Der drohende Abschied von allem – das Wissen, dass man sich von lieben Menschen trennen muss, dass man seine Kraft und Beweglichkeit, sein Leben verlieren wird, macht Angst und verursacht körperlichen und psychischen Schmerz und Verzweiflung²³⁸. Es sind Verläufe mit unterschiedlichen „ups and downs.“²³⁹ Die Sterbende schwankt zwischen extremen Gefühlen, auch was ihren Umgang mit der Realität des Sterbeprozesses betrifft. So kann das Sterben am einen Tag in enormer Klarheit zur Sprache kommen und am nächsten von einer möglichen, erhofften Gesundung die Rede sein. Hier ist es wichtig zu wissen, dass die starke Fluktuation von Verdrängung und Realitätsaufnahme zum Verlauf von Sterbeprozessen gehört und neben der sozialen Funktion auch einen gesunden Bewältigungsmechanismus enthält, mit der das Maß an Realität so dosiert wird, dass es bewältigbar wird.²⁴⁰

Sterben wird in der Integrativen Therapie als zum menschlichen Leben gehörend, als integraler Bestandteil des Lebens gesehen²⁴¹. Die Integrative Therapie pflegt eine Zurückhaltung, was Typologien jedweder Art in Verbindung mit dem Thema betrifft. Sterben wird als höchstpersönliches und einzigartiges Lebensereignis gesehen. Gemäß Petzold geht es darum „*seine Lebensgestalt in kongruenter Weise zu vollenden.*“

*„Hierin besteht das gute Sterben, der appropriate death (Weisman 1974), nicht in Norm- oder Wunschvorstellungen von Frieden und Ausgesöhntheit, sondern in der persönlichen Form.“*²⁴²

Wenn wir nun als Psychotherapeutin zu einem Mensch gerufen werden, der sich in einem Sterbeprozess befindet, geht es darum, diesen Menschen in seiner individuellen Situation zu erfassen. Wir treten in seinen Intimitätsraum und den seiner Angehörigen ein.²⁴³ Unsere Intention ist es, das Leid in Verbindung mit dem Sterben zu lindern.²⁴⁴ In einem dialogischen Prozess erörtern wir die Bedürfnisse und Wünsche. Wir diagnostizieren nicht im klinischen Kontext des ICD10, oder DMS IV, sondern wir schauen mit einem thanatotherapeutischen Blick als Mitmensch und Professionelle²⁴⁵ auf den sterbenden Mensch in seiner spezifischen Situation. Wir schauen auf die Möglichkeiten des Settings. Wo befindet sich der/die PatientIn? Zu Hause, oder im Krankenhaus, in einem Pflegeheim? Wie alt ist dieser Mensch? Ist es Frau oder Mann? Jung oder alt? Gibt es PartnerIn oder Kinder? Hat er/sie

²³⁷ vgl. Spiegel-Rösing (1984), S. 150

²³⁸ ebd., S. 462

²³⁹ Petzold (2005d), S. 12

²⁴⁰ Spiegel-Rösing (1984). S. 153

²⁴¹ Rahm et.al (1993), S. 259

²⁴² Petzold (1984c), S. 443

²⁴³ Petzold (2005d), S. 3

²⁴⁴ ebd., S. 14

²⁴⁵ ebd., S. 11

Schmerzen? Wie ist er/sie kognitiv organisiert? Wie ist der allgemeine Zustand? Wie lange ist er/sie schon krank? Gibt es ausreichende Unterstützung für die Pflege, den Haushalt oder die Kinder? Wo braucht dieser Mensch Unterstützung? Geht es vorrangig um palliative Entlastung, um Beruhigung und Stützung oder geht es um Integrationsarbeit wenn zB. belastende Themen „hochkommen“ mit denen ein Umgang gesucht wird. Hier können einzelne Gespräche schon Erleichterung schaffen. Es ist eine gemeinsame Suche innerhalb eines zeitlichen Horizonts, der nicht abschätzbar ist. Vereinbarte Ziele müssen möglicherweise wieder zurückgenommen werden, weil der Zustand sich rapide verschlechtert. Eine Anpassung an die sich schnell verändernden Gegebenheiten erfordert ein flexibles und pragmatisches Vorgehen.²⁴⁶ Die individuelle Anpassung der Sterbebegleitung, jenseits von normierenden Vorstellungen, wie Sterben zu sein habe, kann hier nicht genug betont werden. Die weitgehende Erhaltung von Identität im Sterben – ein naheliegendes Ziel thanatotherapeutischer Begleitung – das den sterbenden Mensch in der Lebensrückschau seine Identität noch einmal in der ganzen Fülle erfahren lässt – kann für die eine Person hilfreich und für die andere quälend sein.²⁴⁷ Die Integrative Therapie bietet hier für die konkrete Zielformulierung Hilfe im Sinne einer Bedürfnis- und Problemanalyse, Lebenswelt- und Ressourcenanalyse.²⁴⁸ Eine Vielfalt von Interventionen mit kreativen Medien können helfen, für die bedrohenden Emotionen einen Ausdruck zu finden und einen wesentlichen Beitrag zu einem „*Detoxifying Death and Dying*“²⁴⁹ leisten. Trost und Linderung erfolgen auch über Berührungen, über die Sprache des Körpers, wenn es keine Worte mehr gibt in „*Berührung aus Berührtheit*“²⁵⁰ und aus *unterstellter Intersubjektivität*²⁵¹, wo die Subjekthaftigkeit durch die Erkrankung und die klinischen Prozeduren beschädigt wurde.

In der Begleitung von sterbenden Menschen kommen wir in Kontakt mit den persönlichen „belief systems“, mit Einstellungen über Tod und Sterben - natürlich auch mit unseren eigenen - mehr oder weniger bewussten Überzeugungen.

Petzold schreibt hierzu: „*Jeder, der in eine Sterbesituation hineingeht, vor allen Dingen sich professionell hineinbegibt, sollte sich zunächst einmal über seine anthropologische Position klar werden und dann sich über den Wert des Menschen Rechenschaft ablegen.*“²⁵²

Das Menschenbild der Integrativen Therapie zieht sich, wie ich aufgezeigt habe, durch die gesamte Konzeption. Ich sehe darin eine Haltung zum Menschen, in der ein kranker und

²⁴⁶ Petzold (1984c), S. 460

²⁴⁷ ebd. 461

²⁴⁸ ebd., S. 462

²⁴⁹ Spiegel zit. nach Tschuschke (2006), S. 196

²⁵⁰ Petzold (2003a), S. 800

²⁵¹ ebd. (2003a), S. 803

²⁵² Petzold (2005d), S.4

sterbender Mensch seine Würde behält und diejenigen die ihn begleiten, sich ihrer Sterblichkeit bewusst sind, ihre Angst annehmen und mit beteiligtem Herzen die Sterbende begleiten.

Aufhebung

Sein Unglück ausatmen können
tief ausatmen
so dass man wieder
einatmen kann
Und vielleicht auch sein Unglück
sagen können
in Worten
in wirklichen Worten
die zusammenhängen
und Sinn haben
und die man selbst noch
verstehen kann
und die vielleicht sogar
irgendwer sonst versteht
oder verstehen könnte
Und weinen können
Das wäre schon
fast wieder
Glück
(Erich Fried)

5. Zusammenfassung: Integrative Therapie im Rahmen einer Krebsberatungsstelle - eine praxistheoretische Auseinandersetzung

Die vorliegende Arbeit gibt Einblick in die psychotherapeutische Begleitung von onkologisch erkrankten Personen und deren Angehörigen im Rahmen einer ambulanten Krebsberatungsstelle. Ausgesuchte und für die Arbeit relevante Theorien und Konzepte der Integrativen Therapie werden hinsichtlich der Lebenswelt von betroffenen Menschen reflektiert. Es wird aufgezeigt, wie Krankheit und Sterben als Aspekte des Menschseins in einer ganzheitlichen Therapie der Lebensspanne verortet sind und wie das breite Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten der Integrativen Therapie im Kontext der Krebsberatungsstelle praktische Umsetzung findet.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, onkologische Erkrankung, Anthropologie, therapeutische Praxis, Thanatotherapie

Summary: Integrative Therapy as part of a Cancer counseling Center - theory and practical assignments

This paper offers insight into the ambulant counseling and psychotherapeutic support of cancer patients, their partner and family members. Selected material, theories and concepts of the Integrative Therapy are shown in the context of the specific conditions of the affected people. The study addresses how ailment and death as facets of the Human Being are included in a holistic therapy covering the complete lifespan. It also shows how the broad spectrum of the Integrative Therapy is put into practice at a particular cancer outreach center.

Keywords: Integrative Therapy, cancer disease, Anthropology, practical perspective, Thanatotherapy

6. Literatur:

Dorfmüller, M., Dietzfelbinger H. (Hrsg.) (2009): Psychoonkologie. Diagnostik – Methoden – Therapieverfahren. München: Urban und Fischer

Freiberger, H., Speidel H. (1976): Die supportive Psychotherapie in der klinischen Medizin. Basel: Bibliotheca psychiat.

Frühmann, R., Petzold H.G. (Hrsg.) (2000): Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen. Paderborn: Junfermann Verlag

Gerdes, N. (1986): Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. In: W. Schmidt: Jenseits der Normalität, Leben mit Krebs. S. 29 – 56, München: Kaiser Verlag

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Grund, O., Richter K., Schwedland-Schulte, G. (2004): In Zeitschrift: Integrative Therapie: Das „komplexe Leibkonzept“ in der Integrativen Therapie. S.216 – 236, Junfermann Verlag

- Helmkamp, M.* (1984): Psychosomatische Krebsforschung. Eine kritische Darstellung ihrer Ergebnisse und Methoden. Stuttgart: Verlag Hans Huber
- Herrschbach, P., Heußner P.* (2008): Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Stuttgart: Klett-Cotta
- Kappauf, H., Gallmeier, W.* (2000): Nach der Diagnose Krebs – Leben ist eine Alternative. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder
- Keleman, S.* (1986): Lebe dein Sterben. Hamburg: ISKO-PRESS, Klaus W. Vopel
- Kleinig, B.* (1996): Halt mich fest, fass mich nicht an ... Körpertherapeutische Interventionsmöglichkeiten in der Psychoonkologie. In: Der Körper in der Psychoonkologie. Ergebnisbericht der DAPO 1996. Münster Tosch
- Larbig, W., Tschuschke, V.* (Hrsg.) (2000): Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. München: Ernst Reinhard Verlag
- Leitner, A.* (2007): Internetartikel; Psychotherapeutisches Fachspezifikum Integrative Therapie
http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/artikel/kurzeinfuehrung_it.pdf
- Marcel G.* (1986): Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang, bearbeitet von H.A. Fischer-Barnicol. In: H.G. Petzold (Hg): Leiblichkeit. S. 15-46, Paderborn: Junfermann Verlag
- Orth, I., Petzold, H.G.* (1993c): Zur Anthropologie des schöpferischen Menschen. In: *Petzold, H.G, Sieper J.* (1993a). S. 93-116
- Petzold, H.G.* (1984): Neue Körpertherapien für den bedrohten Körper – Überlegungen zu Leiblichkeit, Zeitlichkeit und Entfremdung, Vortrag auf dem „New Age Congress“
- Petzold, H.G.* (1984c): Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen. S.431-500. In: *Petzold, Spiegel Rösing* (1984). Paderborn: Junfermann Verlag
- Petzold, H.G.* (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Bd. I/1, Paderborn: Junfermann Verlag
- Petzold, H.G.* (1990y): Integrative Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien in der Begleitung Sterbender. In: Petzold, Orth: Die neuen Kreativitätstherapien, Band II, S. 1171-1200, Paderborn: Junfermann Verlag
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (Hrsg.) (1993a): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag
- Petzold, H.G., Orth I.,* (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/ Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. S. 125-171 In: *Petzold, H.G, Sieper J.* (1993a)
- Petzold, H.G.* (1994): Metapraxis: Die „Ursachen hinter den Ursachen“ oder das „doppelte Warum“ – Skizzen zum Konzept „multipler Entfremdung“ und einer „anthropologischen

Krankheitslehre“ gegen eine individualisierende Psychotherapie, in: Gestalt, Bd. 20, 6-27

Petzold, H.G. (1999): Die Behandlung krebserkrankter Menschen als integrative und kreative Arbeit für die Neugestaltung des Lebens. In: Orff Schulwerk Informationen Salzburg. Heft 62. Seite 32-36.

Petzold, H.G. (2002j): „Der informierte Leib“ – „embodied und embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. POLYLOGE 07/2002. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. www.fpi-publikationen.de/polyloge

Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann Verlag, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a

Petzold, H.G. (2005d): Psychotherapeutische Begleitung und „Trostarbeit“ bei Sterbenden – ein integratives Konzept für die Thanatotherapie. POLYLOGE 05/2004. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. www.fpi-publikationen.de/polyloge

Petzold, H.G. (2007r): „Trost/Trostarbeit und Trauer/Trauerarbeit – Konzepte, Modelle, Kontexte -. In POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. www.fpi-publikationen.de/polyloge

Petzold, H.G. (2010b): „Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“. In POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. www.fpi-publikationen.de/polyloge

Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann Verlag

Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta

Schadewaldt, H.: (1991): Tod und Sterben im Verlauf der geschichtlichen Entwicklung. In: Ergebnisbericht der 8. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie. S. 21 – 45, Münster: Lit Verlag

Schuch, H. W. (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrative Psychotherapie“. In Zeitschrift Integrative Therapie: Heft 2-3/ 2000. Seite 145-200, Paderborn: Junfermann Verlag

Schuch, H.W. (2001): Integrative Therapie. Ein kurzer Überblick über Denken, Positionen und klinische Verfahrensweisen. Arbeitsmaterialien: Unterlagen Modul 01. Krems

Schwarz, R. (2007). Die Anfänge der Psychoonkologie: Fritz Meerwein. In: Zeitschrift Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, November 2007, Heft 1, Nr. 4. Seite 245 – 248. Heidelberg: Verlag Steinkopff

Schwarz, R., Singer S. (2008): Einführung Psychosoziale Onkologie. München: Ernst Reinhardt

Sontag, S. (1980): Krankheit als Metapher. München Wien: Hanser

- Spiegel-Rösing, I.*(1984): Ziele psycho-sozialer Intervention beim Sterbenden. In: *Rösing, Petzold* (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Paderborn: Junfermann Verlag
- Tschuschke, V.* (2002): Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Stuttgart: Schattauer
- Tschuschke, V.* (2006): Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Stuttgart: Schattauer
- Varevics, P., Petzold H.G.* (2005): Leben und Tod, Altern und Sterben, Leid, Trost, Sinn – Hilfen für beraterische und supervisorische Suchbewegungen. In: Integrative Therapie Heft 1-2/ 2005, Seite 130-162, Paderborn: Junfermann Verlag
- Weyland, P.* (1997): Der Körper – mein Feind? Möglichkeiten der Versöhnung aus der Sicht eines Betroffenen. In: Der Körper in der Psychoonkologie. Ergebnisbericht der DAPO 1996. Münster Tosch
- Wickert, M.* (2007): Das Spektrum psychoonkologischer Interventionen. In: Schuhmacher A., Röttger K. (Hg.): Informieren, Beraten, Behandeln. Das Spektrum der Psychoonkologie. DAPO Jahrbuch 2006. S. 37-48, Lengerich: Pabst Science Publishers