

# I. Onkologische Erkrankungen

MARGIT VON KEREKJARTO, THOMAS KÜCHLER, KARL-HEINZ SCHULZ

*Psychoonkologie* ist als ein Teilgebiet der Onkologie zu definieren, welches zum einen den Einfluß einer Krebserkrankung im Hinblick auf psychische Veränderungen des Patienten, seiner Angehörigen sowie des behandelnden Personals untersucht und zum anderen der Frage nach dem Einfluß psychischer Variablen auf das Erkrankungsrisiko und den Verlauf der Erkrankung nachgeht.

## 1. Onkologische Grundlagen

### 1.1 Ätiologie und Pathogenese

Die Onkologie ist die Lehre von den Geschwulstkrankheiten, den Tumorerkrankungen, insbesondere den «böartigen» Neubildungen (Neoplasien). Über 100 einzelne Krankheitsbilder werden in die Kategorie «Krebs» (ICD 140–208) eingeordnet, aber für die Betroffenen handelt es sich um eine Erkrankung. Sie hoffen auf eine mögliche Heilung und fürchten sich vor langem Leiden und vor dem Tod; die Perspektive, mit der Erkrankung leben lernen zu können, haben sie oft nicht vor Augen.

Ebenso wie die körperlichen Prozesse, welche kennzeichnend für diese Gruppe von Erkrankungen sind, bestimmen auch krankheitsbezogene Vorstellungen, Phantasien, Gefühle und soziale Veränderungen die Symptomatik von Tumorerkrankungen mit. Die körperlichen Prozesse werden als traditioneller Gegenstand der Onkologie in onkologischen

Lehrbüchern (z. B. DE VITA et al., 1989) detailliert beschrieben, weniger jedoch die psychologischen Prozesse, welche in der Pathogenese, der Symptomatik und im Verlauf eine Rolle spielen.

Der allgemeinste gemeinsame Nenner für die Gruppe der Krebserkrankungen ist die unkontrollierte, autonome klonale Proliferation einer «entarteten» Zelle. Die Geschwulst entstammt also einer einzelnen Stammzelle, welche klonal expandiert, und deren Wachstum nicht durch äußere Einflüsse reguliert wird.

Damit entzieht sich ein Teil des Körpers der übergeordneten Kontrolle. Weitere Charakteristika maligne transformierter Zellen sind deren Dedifferenzierung (Anaplasie) und ihre Fähigkeit zu diskontinuierlichem Wachstum (Metastasen). Das Kriterium des Fehlens koordinierter Zelldifferenzierung besitzt für die Diagnose einer malignen Erkrankung eine entscheidende Bedeutung. Die Dissemination einzelner maligner Zellen an andere Orte des Körpers bedeutet die entscheidende Erschwernis für die Therapie vieler Tumorformen.

Darüber hinaus entwickelt sich ein einmal entarteter Zellklon (Initiation) im Sinne einer «klonalen Evolution» derart, daß durch eine progressive Akkumulation genetischer und konsekutiv biochemischer Veränderungen die Tumorzellen sowohl gegenüber körpereigenen wie auch therapeutischen Einwirkungen resistenter werden (Promotion). Außerdem erwerben sie eine verstärkte Invasivität sowie eine bessere Fähigkeit zur Absiedelung von Metastasen. Je älter ein Tumor nämlich ist, desto höher ist seine Metastasierungsrate (Progression). Mit weiter zunehmendem «evolutionärem Druck» erlangen die Tumoren darüber hinaus eine Unabhängigkeit von der Zufuhr von Wachstumsfaktoren, indem sie diese selbst produzieren (autokrine Sekretion).

Weder ein Tumor noch dessen Metastasen müssen symptomatisch in Erscheinung treten. In der Mehrzahl der Fälle entstehen Symptome, die in drei Klassen unterschieden werden können:

1. Effekte der Tumormasse durch Invadierung oder Kompression gesunder Organe,
2. Effekte der Tumorzellen («Paraneoplastisches Syndrom») durch Sezernierung von Zytokinen, Hormonen und anderer biologisch aktiver Substanzen,
3. Psychologische Effekte wie Kontrollverlust, Aggressivität, Depressivität, Angst vor Schmerzen, körperlicher Beeinträchtigung, sozialer Isolation, Abhängigkeit und vor dem Tod.

Jeder dieser Faktoren trägt wesentlich zur Belastung durch die Erkrankung bei. Im einzelnen sind dabei Lokalisierung, Invasivität, Metastasierung und biologische Aktivität von Bedeutung. Bedingt durch die Ausdehnung des Tumors entstehen ganz unterschiedliche Erstsymptome: beim Lungenkrebs z. B. Husten, Auswurf, Dyspnoe, Dysphagie und Heiserkeit, beim Dickdarmkrebs abdominelle Krämpfe oder Blutauflagerungen im Stuhl, beim Gallenkarzinom Ikterus. Metastasen, z. B. des Brustkrebses, können zu pathologischen Frakturen der Knochen führen, Schmerz kann bei allen Tumoren durch Kompression von Nervensträngen entstehen; bei Gehirntumoren sind Kopfschmerzen, Erbrechen und epileptische Anfälle führende Symptome.

Die Tumoren unterscheiden sich weiterhin in ihrem Wachstum und ihrer therapeutischen Beeinflussbarkeit. Dabei bestehen sowohl innerhalb der Tumoren desselben Gewebetyps wie zwischen den Gewebetypen große Variationsbreiten des Wachstums. So benötigt Brustkrebs etwa acht bis zehn Jahre und der Hodenkrebs ein bis zwei Jahre, um einen 1 cm großen Tumor zu bilden, während das Burkitt-Lymphom dafür nur etwa 100 Tage benötigt. Der Anteil proliferierender Zellen eines Tumors kann heute durch Bestimmung der Wachstumsfraktion ermittelt werden und beträgt bei Brustkrebs durchschnittlich 6 Prozent, bei den Lymphomen und den Hodentumoren 90 Prozent. Je größer diese Fraktion ist, umso schneller wächst der Tumor.

Die Fünf-Jahres-Überlebenszeiten sind für die einzelnen Tumorformen sehr unterschiedlich. Während Patienten mit Magen- und Lungentumoren nur zu etwa 20 Prozent diese Grenze überschreiten, ist dies bei Dickdarmentumoren zu 40 Prozent und bei Brust-, Gebärmutter- und Hautkrebs zu 70 Prozent der Fall.

Innerhalb dieser Gruppen ist die Überlebenswahrscheinlichkeit jeweils abhängig vom sogenannten «Staging», d. h. der Abstufung der Entwicklung des Tumors. Dabei wird die Tumorgröße selbst (T), die Anzahl befallener regionärer Lymphknoten (N) und die Metastasenbildung (M) berücksichtigt («TNM-Klassifikation»). Bei Leukämien und Lymphomen werden andere Klassifikationen verwendet.

Für das Entstehen einer Zellveränderung, welche eine Zelle mit den Eigenschaften einer Tumorzelle (Zell- und Kernpolymorphie, Aneuploidie, Polychromasie, Anaplasie) ausstattet, gelten heute gemäß epidemiologischen und tierexperimentellen Ergebnissen folgende Einflußfaktoren als erwiesen: Strahlung, chemische Karzinogene (in der Atemluft, in Nahrungsmitteln, berufliche Exposition), Rauchen, die Ernährungsweise (Magen-, Kolon-, Brustkrebs), medizinische Behandlungsfolgen (Strahlen, bestimmte Medikamente), Viren (Epstein-Barr-Virus, Nasopharyngealer Tumor, Burkitt-Lymphom, Hepatitis-B-Virus, Lebertumoren) und UV-Licht (Hauttumoren). Das gemeinsame Merkmal dieser Einflußfaktoren ist deren Wirkung auf die zelluläre DNA, die dabei durch Mechanismen wie Punktmutation verändert wird. Die Exposition gegenüber diesen karzinogenen Einflüssen ist zumindest in bezug auf das Rauchen, die Ernährung und das UV-Licht verhaltensabhängig. Für das Magenkarzinom sind eindruckliche Belege für die bestimmende Rolle der Ernährungsweise in der Ätiologie dieses Tumors nachgewiesen worden: Wie aus Abbildung 2 hervorgeht, hat diese Tumormorphose seit den fünfziger Jahren dieses Jahrhunderts ihre führende Stellung in der Mortalitätsstatistik verloren. Für einen genetischen Erklärungsansatz bietet dieser kurze Zeitraum keinen Ansatzpunkt. Studien an japanischen Einwanderern haben darüber hinaus erbracht, daß diese die deutlich geringere Wahrscheinlichkeit der Einwohner der USA erwerben, an einem Magenkarzinom zu erkranken. Dagegen steigt für sie jedoch die Wahrscheinlichkeit eines Dickdarmkarzinoms, für welches in den USA wiederum eine höhere Inzidenz und Mortalität besteht als in Japan. Nur für diejenigen Einwanderer, welche ihre traditionelle Ernährungsweise auch in den USA weitgehend beibehalten, gilt diese Veränderung nicht (SCHOTTENFELD u. FRAUMENI, 1982).

## 1.2 Genetische Faktoren

Nur wenige Neoplasien (z. B. familiäres Retinoblastom, Polyposis coli) sind autosomal dominant vererbt. Die Zwillingforschung erbrachte, daß eineiige Zwillinge nicht häufiger als zweieiige an Tumoren erkranken (HARVALD u. HAUGE, 1963). Zwar besitzen Töchter von Müttern insbesondere mit

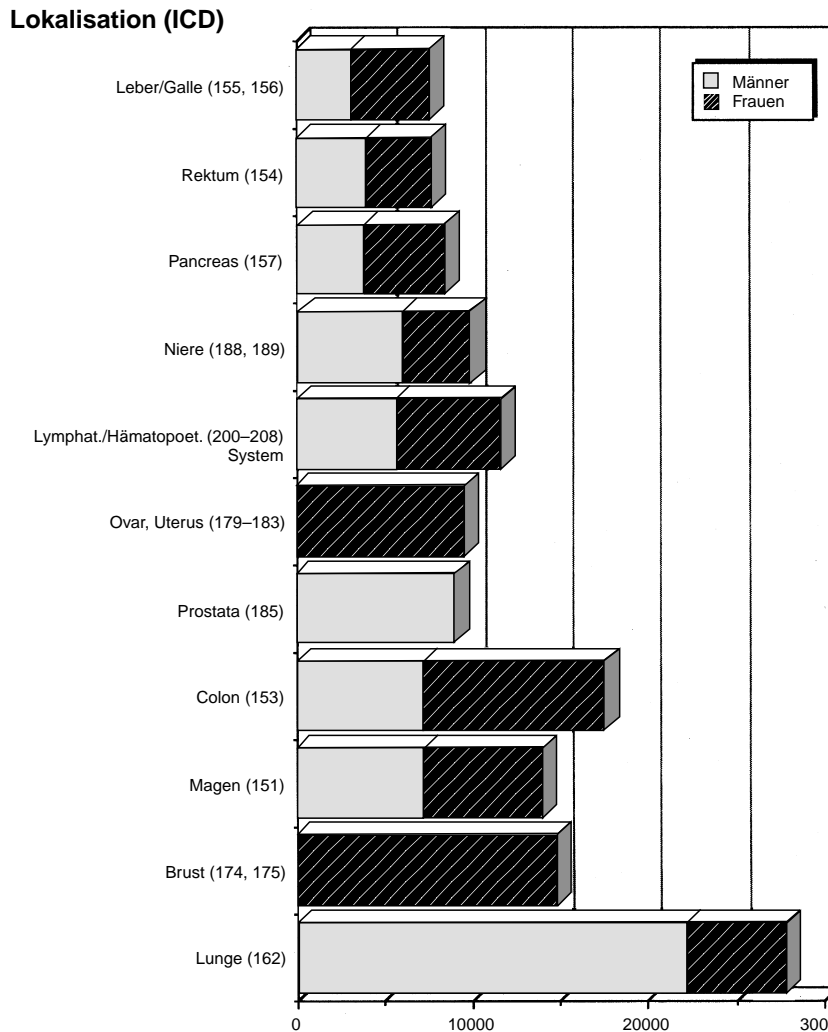


Abbildung 1: An Tumoren Verstorbene 1989 für ausgewählte Lokalisationen für das Gebiet der alten BRD (Statistisches Jahrbuch 1991).

einem prämenopausalen Mammakarzinom ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, ebenfalls einen solchen Tumor zu entwickeln (HENDERSON, 1991). Dem muß jedoch entgegengehalten werden, daß Töchter in der Regel auch unter denselben Umweltbedingungen wie ihre Mütter aufwachsen. Insgesamt ist ein bestimmender genetischer Einfluß im Vergleich zu Umwelteinflüssen, welche zur Entwicklung einer Neoplasie führen, als gering anzusehen. DOLL und PETO (1981) kommen

zu dem Schluß, daß Umweltbedingungen und vor allem Lebensgewohnheiten in über 95 Prozent der durch Neoplasien bedingten Sterbefälle als verursachendes Agens betrachtet werden können.

### 1.3 Epidemiologie

Jeder dritte in den westlichen Industrieländern muß heute damit rechnen, im Laufe seines Le-

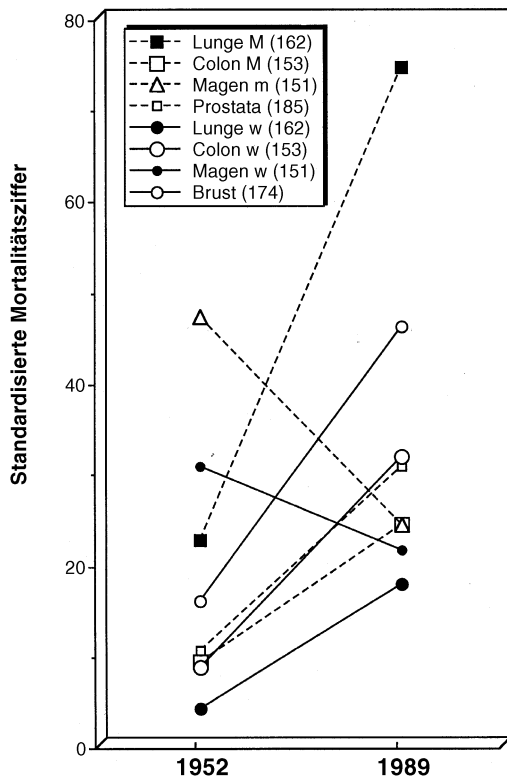


Abbildung 2: Standardisierte Mortalität an ausgewählten Tumorlokalisationen 1952 sowie 1989 (Statistisches Jahrbuch 1991).

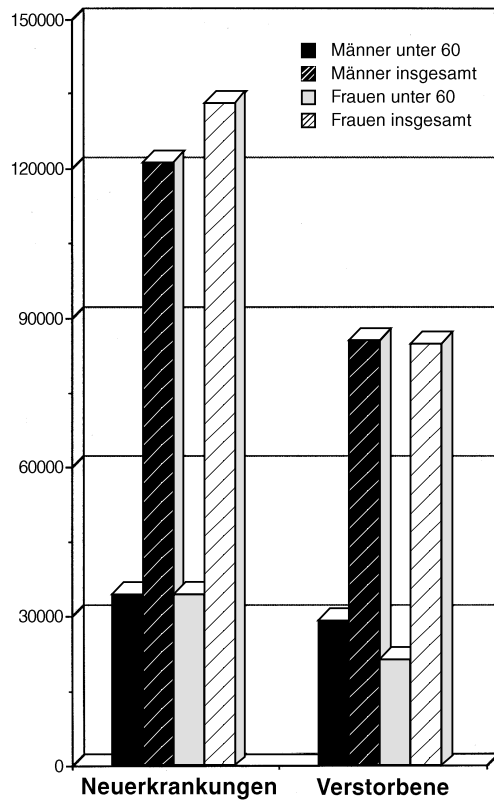


Abbildung 3: Schätzung der Tumorneuerkrankungen 1986 und an Krebs Verstorbene 1989 in absoluten Zahlen (Statistisches Jahrbuch 1991).

bens an Krebs zu erkranken. Nach Herz-Kreislauferkrankungen (1989: 50%) ist Krebs mit über 20 Prozent in Deutschland die zweithäufigste Todesursache. In Abbildung 1 sind die 11 häufigsten Tumorlokalisationen aus der Verstorbenenstatistik 1989 dargestellt.

Danach sind der Lungenkrebs bei Männern und der Brustkrebs bei Frauen die häufigste Krebstodesursache (in den USA besitzt Lungenkrebs seit 1988 eine höhere Mortalität bei Frauen als Brustkrebs). In Abbildung 2 ist die Mortalität von jeweils vier Tumorlokalisationen bei Männern und Frauen zwischen 1952 und 1989 dargestellt (Einflüsse auf die Sterbeziffer, welche auf der Veränderung des Al-

tersaufbaus der Bevölkerung beruhen, sind dabei rechnerisch korrigiert).

Deutliche Steigerungen der Mortalität sind für den Lungenkrebs, insbesondere bei Männern, den Dickdarmkrebs sowie Prostata- und Brustkrebs festzustellen. Die Magenkrebsmortalität nimmt kontinuierlich ab. Bei Frauen ist auch für den Uteruskrebs eine Abnahme der Inzidenz und Mortalität festzustellen. Insgesamt hat jedoch die Krebsmortalität seit den fünfziger Jahren deutlich zugenommen. Zwei Bedingungen spielen dabei eine wesentliche Rolle: 1. Krebs ist eine Krankheit des höheren Alters, und die Lebenserwartung stieg von 1952 bis heute,

2. wird das Bild durch die sich fortentwickelnden diagnostischen Methoden verändert.

Die meisten Tumoren treten mit zunehmendem Alter häufiger auf.

## 2. Psychosoziale Grundlagen

### 2.1 Psychoätiologische Konzepte

#### 2.1.1 Krebspersönlichkeit

Die Anfänge psychoätiologischer Erklärungsansätze reichen zurück bis Hippokrates, der Melancholie mit Krebs in Verbindung brachte. Im 18. und 19. Jahrhundert wurde die Ursache von Krebserkrankungen in Depressionen gesehen. Aufgrund klinischer Beobachtungen war bis Mitte des 20. Jahrhunderts die Lehrmeinung: Depression, Trauer, Hoffnungslosigkeit verursachen Krebs. Seit der fünften Dekade unseres Jahrhunderts stieg die Zahl phänomenologisch und testpsychologisch orientierter Studien an und lieferte eine Fülle von Befunden, die Persönlichkeitsmerkmale mehr oder minder in direktem Zusammenhang mit der Entstehung eines Tumorerlebens brachten.

Die auf FREUD (SCHWARZ, 1991) zurückgehende Annahme einer regressiven Somatisierung im Dienste der Abwehr eines Triebkonfliktes hat für die psychoanalytisch orientierte psychosomatische Sicht zu einer Reihe von Theorien geführt: Konflikte werden im Zusammenhang mit unausgelebter Triebenergie und ein Konversionsgeschehen im Zusammenhang mit der Onkogenese als wirksam angesehen. Auf Grundlage der REICH'schen Theorie entwickelte BÜNTIG sein Konzept der *Krebspersönlichkeit*. Dieses Konzept ist bis in die aktuelle Literatur hin wirksam und beeinflusst zumindest mittelbar auch psychotherapeutische Ansätze, sofern sie sich als «Psychotherapie gegen den Krebs» (SIMONTON, 1978; LE SHAN, 1982) verstehen.

Nach dem Konversionsmodell wird die körperliche Symptomatik als symbolhafter Ausdruck von Triebkonflikten im Sinne einer «Organsprache» gesehen, z. B. bei GRODDECK, 1934; DUNBAR, 1947; DEUTSCH, 1959; DEUTSCH war es auch, der die von EVANS 1926

auf der Basis von Beobachtungen an 100 Tumorpatienten aufgestellte Verlusthypothese (frühkindliche Verlusterlebnisse führen zu einem Individuationsstillstand, der wiederum wegbereitend für die Krebserkrankung ist) mit dem Konversionsmodell verband. Er sah darin einen wesentlichen Faktor für eine spätere Erkrankung. In bezug auf die Karzinogenese galt der Tumor nun nicht nur als symbolische Entsprechung des Triebkonfliktes, sondern auch als Ersatz eines verlorenen Objektes und als Ausgleich eines Mangels, z. B. bei BAHNSON (1981, 1986) und LE SHAN (1982). Unter den stärker «ich-psychologisch» orientierten Theorien sind die Beobachtungen von ENGEL und SCHMALE (1969) hervorzuheben: Sie sahen Verlusterlebnisse, die zu einem Zustand der «Hilf- und Hoffnungslosigkeit» führten, von einer regressiven Wiederbesetzung des Körpers begleitet, dessen Symptombildung dann wieder zur Kommunikation eingesetzt werden konnte. Diese körperliche Symptombildung stellt nach Versagen der seelischen Mittel der Konfliktbewältigung den zweiten Abwehrschritt dar (MITSCHERLICH, 1961/62). In diesem Zusammenhang ist auch die «Defekt-Hypothese» darzustellen: Die körperliche Symptomatik wird hier nicht als Kompromißbildung vor dem Hintergrund eines konflikthaften Geschehens gesehen, sondern im Sinne einer «präödipalen Reifungsstörung» (KLUSSMANN, 1986) als Zeichen der Unfähigkeit, bedrohliche Affekte mit Hilfe seelischer Mechanismen im Sinne eines Entwicklungsdefizites zu neutralisieren. Eng verbunden mit einer solchen Annahme ist die «Komplementaritätshypothese»: Sie ist am deutlichsten von BAHNSON (1986) formuliert worden (s. Kap. II.B) und besagt, daß sich körperliche und seelische Erkrankungen nahezu ausschließen, sich komplementär verhalten. Die empirischen Befunde widersprechen dem allerdings (z. B. DEROGATIS, 1979; KISSEN, 1967; EYSENCK, 1988).

Aus psychoanalytischer Sicht wurden folgende Persönlichkeitsmerkmale der «Krebspersönlichkeit», *Typ C (typus canceromatosus)* zugeordnet:

- Verleugnung und Verdrängung von Emotionen, hauptsächlich Aggression, Wut, Ärger
- Unterwürfigkeit, Opferbereitschaft
- Stark normorientierter Lebensstil, mit hohen ethischen und moralischen Anforderungen
- Gehemmte Sexualität
- Erhöhte Depressivität mit Verlusterlebnissen
- Erhöhte Angst.

Zwei weitere Merkmale, die als zur «Krebspersönlichkeit» gehörend betrachtet werden,

postuliert EYSENCK (1988), nämlich geringer Neurotizismus (sensu EYSENCK) und größere Extraversion. Aus experimenteller Sicht bieten sich folgende Erklärungsansätze an, die sich im Gegensatz zur psychodynamischen Richtung auf lerntheoretisch-psychophysiologische fundierte Beiträge stützen. Dem Begriff *Streß* kommt ein zentraler Stellenwert zu, wobei es erforderlich ist, zwischen den Reizen, den «Stressoren», und den Reaktionen des Organismus, dem «Streß» oder «Strain», zu unterscheiden. Sowohl bei reiz- als auch bei reaktionszentrierten Streßmodellen geht es darum, daß ein Organismus von äußeren oder inneren Reizen so massiv beeinträchtigt wird, daß autoregulative Mechanismen die notwendige Homöostase nicht wieder herstellen können. Es wurden unzählige Tierexperimente durchgeführt, um das Tumorstadium unter Streßbedingungen zu beobachten. Die Ergebnisse sind sehr widersprüchlich. Doch wenn mehrere Streßfaktoren gleichzeitig appliziert wurden, wuchsen die durch Karzinogene erzeugten oder transplantierten Tumoren schneller als unter den Kontrollbedingungen. Neben der Qualität ist aber auch die Quantität, d. h. die Intensität und Dauer der Streßeinwirkungen, zu berücksichtigen. Während in Tierversuchen Schwellenwerte ermittelt werden können, ist dies in Humanexperimenten nicht möglich. Die Frage, ob die Dosis-Wirkung-Beziehung (d. h., je länger eine Streßwirkung anhält, desto wahrscheinlicher ist ihre pathogene Wirkung für den Menschen) beim Menschen eine kontinuierliche Funktion darstellt, oder ob ein Schwellenmodell (d. h. erst ab einem kritischen Schwellenwert wird die Erkrankung ausgelöst) zutrifft, ist umstritten. Im onkologischen Kontext werden beide Standpunkte vertreten. BAHNSON et al. (1981) sind der Ansicht, daß vor allem der chronische Streß das Tumorstadium fördere. MOSER et al. (1989) fanden z. B. bei länger bestehender Arbeitslosigkeit eine erhöhte Lungenkrebsletalität. EYSENCK (1988) dagegen schätzt eher akute, einmalige Streßerlebnisse als krankmachend ein. BARTROP et al. (1977) haben z. B. bei Hinterbliebenen immunologische Veränderungen im Anschluß an einen Trauerfall nachgewiesen, und NAOR et al. (1983) fanden patho-

logische Streßindikatoren bei Frauen nach einem ungewollten Abort. Fast alle Untersuchungen folgen monokausalen Erklärungsansätzen.

Eine Einschätzung von Belastungswirkung und Belastungsfolgen findet im «interaktionistischen Streßmodell» nach LAZARUS und LAUNIER (1978) unter der Berücksichtigung einer Vielzahl interagierender interner und externer Einflußgrößen Berücksichtigung.

Weitere Beiträge zur Frage des Karzinomrisikos liefert die *life-style und life-event*-Forschung. Um die pathogene Wirkung von Belastungsmomenten einzuschätzen, wurde von Vertretern der Lebensereignisforschung ein Standardmaß entwickelt. Ein globales Belastungsmaß für Streßbelastung wurde von TAYLOR et al. (1988) bei einer gemischt zusammengesetzten Stichprobe von Karzinompatienten angewandt. Die Untersuchung erbrachte höhere Werte bei den Karzinompatienten im Vergleich zur Normalbevölkerung. Während es auch in anderen Untersuchungen möglich war, zwischen Krebskranken und Gesunden zu diskriminieren, gelang dies jedoch nicht zwischen einzelnen Diagnosegruppen. Insgesamt ist die Aussagekraft eines globalen Belastungsmaßes eher ungenügend. Interessanterweise konnten Naturkatastrophen, Kriegereignisse und politische Unterdrückung nicht in größerem Maß für Krebserkrankungen verantwortlich gemacht werden als «normale» Lebensbedingungen.

Am umfassendsten hat sich SCHWARZ (1991) mit der möglichen psychischen Bedingtheit von Krebserkrankungen befaßt. Nach seiner Synopse aller bekannten Studien kam er zu dem Schluß, daß kaum ein signifikantes Ergebnis existiert, für das es nicht ein gleichfalls signifikantes Gegenergebnis gebe. In seiner eigenen Studie faßt er die aktuellen psychosozialen Erklärungsansätze in der Onkogenese in drei Kategorien zusammen:

1. Verhaltensbedingte Risiken
  - Tabak-, Alkoholabusus
  - UV-Licht-Exposition
  - Ernährungsgewohnheiten
  - berufsbedingte Noxen
  - «Streß»

2. Krebs als Folgeerscheinung psychosomatischer Leiden
  - Colitis ulcerosa
  - Ulcus ventriculi
  - Morbus Crohn
3. Krebs als psychosomatische Erkrankung sui generis
  - die Krebspersönlichkeit.

Am Beispiel der am häufigsten vorkommenden Krebserkrankungen, dem Mammakarzinom bei Frauen und dem Bronchialkarzinom bei Männern, gibt er im folgenden prädisponierende Persönlichkeitsmerkmale – im Sinne des psychosomatischen Erklärungsansatzes «Typ C» – für die betreffenden Gruppen wieder:

MAMMA-KARZINOM	BRONCHIAL-KARZINOM
Verleugnung	Verleugnung
Verdrängung	Verdrängung
Verminderter oder übersteigter Gefühlsausdruck	Verminderte Gefühlsabfuhr, starrer, konformistischer Lebensstil
Gehemmte Sexualität	Gehemmte Sexualität
Labile Geschlechtsidentität	Zwanghaftigkeit
Masochismus	Depressivität
Selbstdestruktion	Suchtstruktur
Schwaches Selbstbewußtsein	Hoffnungslosigkeit
Wertlosigkeitsgefühl	Rigidität, Schuldgefühle
Depressivität, Kontaktstörung	Hohe Extraversion
Hoher Neurotizismus	Niedriger Neurotizismus
Soziale Überangepaßtheit	Harmonisierung Selbstaufopferung

Die empirischen Ergebnisse sind kontrovers, was auf die verschiedenen methodischen Ansätze zurückzuführen sein kann. Da von retrospektiven Untersuchungen keine ätiologisch verwertbaren Ergebnisse zu erwarten und prospektive Untersuchungen zu aufwendig sind, haben die meisten Studien ein quasiprospektives, genauer, ein präbiptisches Design bei einer Hochrisikogruppe – z. B. Frauen mit krebsverdächtigen Brusttumor – gewählt.

Wenn die präbiptisch erhobenen Daten allerdings im Sinne von Kausalfaktoren interpretierbar sein sollen, muß gewährleistet sein, daß zum Befragungszeitpunkt noch kein hinreichend sicheres Wissen über die Art der Erkrankung vorhanden ist – vergleichbar mit der Doppelblind-Situation in Pharmako-Therapiestudien.

Aus theoretischer Sicht sind einzig von den hypothesengeleitet und prospektiv durchgeführten Untersuchungen zuverlässige Ergebnisse zu erwarten.

SCHWARZ (1991) kommt übereinstimmend mit FOX (1983) zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Es gibt in den beschriebenen Daten keinerlei Hinweise auf die Existenz einer Krebspersönlichkeit im Sinne der beschriebenen einfachen Typologie («Typ C»); statt dessen ist davon auszugehen, daß der defensive Verhaltensstil schwer erkrankter Menschen ein psychisches Begleitphänomen des Bedrohtheitsgefühls durch das körperliche Leiden darstellt.
2. Persönlichkeitsfaktoren und psychosoziale Variablen haben dagegen sicher eine Bedeutung im Bereich der Krebsfrüherkennung (Verleugnungshaltung), des Risikoverhaltens und der Krankheitsbewältigung (z.B. soziale Unterstützung); hier sind Ansatzpunkte gegeben für die Aufklärung und Gesundheitserziehung im allgemeinen und für die individuelle Krankenbetreuung im besonderen, wobei allerdings auch hier vor zu großer Simplifizierung zu warnen ist.

In diesem Sinne sprach Viktor VON WEIZSÄCKER (zitiert n. SCHWARZ, 1991) auf Krebs bezogen vom Granit der materiellen Vorgänge, an dem geistig-seelische Einflüsse scheitern müßten, und MEERWEIN (1981) konstatiert: «Über die psychogenetische Krebstheorie verfügt die wissenschaftliche Psychoonkologie zum heutigen Zeitpunkt nicht. Sie strebt eine solche auch nicht an, sondern untersucht den psychischen Faktor im Rahmen eines multifaktoriellen Verständnisses der Krebskrankheiten.»

### 2.1.2 Psychoneuroimmunologie

In psychoneuroimmunologischen (PNI) Studien (vgl. SCHULZ u. SCHULZ, 1994) werden Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und Funktionseinschränkungen von z. B. natürlichen Killerzellen beschrieben.

Weiterhin haben PNI-Studien eine Reaktivierung latenter Viren (Herpes-Simplex-Virus, Epstein-Barr-Virus und Zytomegalie-Virus) durch psychische Be-

lastungen nahegelegt (KIECOLT-GLASER et al., 1986). Bei Gesunden unterliegen latente Herpesviren (HSV), Epstein-Barr-Virus (EBV) einer Immunüberwachung, und bei stark immunsupprimierten Individuen ist bekannt, daß diese Viren reaktiviert werden. Das EBV ist z. B. in der Lage, B-Zellen zu Lymphoblasten zu transformieren. Diese blastisch veränderten Zellen können ein B-Zell-Lymphom induzieren, wenn eine reduzierte T-Zell-Antwort vorliegt. Die Beantwortung der Frage, warum nicht jeder Exponierte auch Krebs bekommt, kann in bezug

- auf eine mögliche genetische Basis für das Entstehen einer Krebserkrankung
- auf DNA-repair-Mechanismen, die eine Entartung der Zelle zu verhindern suchen
- auf immunologische Effektorfunktionen, die entartete Zellen lysieren können und
- auf solche Einflüsse, welche die letzten beiden Prozesse wiederum moderieren, erläutert werden.

Auf die letzten drei Vorgänge soll, nachdem die genetischen Faktoren schon in dem Abschnitt Epidemiologie abgehandelt wurden, jetzt noch näher eingegangen werden.

Für eine Beteiligung des Immunsystems bei der Verhinderung einer Tumorentwicklung sprechen das häufige Auftreten von Neoplasien bei Immunsupprimierten, insbesondere bei Patienten nach einer Organtransplantation (vgl. Kap. IV A.4 und Kap. IV E.3) sowie die Wirksamkeit immunologischer Tumorthérapien (ROSENBERG et al., 1989). Eine neue Perspektive betont die Funktion des Immunsystems als Wachstumsregulator via Zytokine, welche infolge einer Dysregulation das Tumorstadium steuern könnten, ohne daß die Erkennung spezifischer Tumorantigene erforderlich wäre.

Natürliche Killerzellen (NK-Zellen) könnten eine Rolle bei der Verhinderung der metastatischen Ausbreitung des Tumors spielen. Da die Aktivität dieser NK-Zellen durch psychische Einflüsse beeinträchtigt werden kann, könnte dies bedeuten, daß das Risiko, einen Tumor zu entwickeln, bei psychischer Belastung vergrößert ist. Psychologische Faktoren würden in diesem Zusammenhang also eine Rolle für das Risiko spielen, eine Krebserkrankung zu bekommen.

In diesem Zusammenhang ist auf die Ergebnisse der *tierexperimentellen Streßforschung* hinzuweisen. In diesen Studien wurden Tiere verschiedenen Stressoren ausgesetzt und die Entwicklung chemisch oder durch Strahlen induzierter, transplantiertes oder vira-

ler Tumoren beobachtet (SKLAR u. ANISMAN, 1981). Es wurde dabei nicht nur ein fördernder bzw. verstärkender Einfluß der applizierten Stressoren auf die Initiation oder das Wachstum der Tumoren beobachtet, sondern auch ein hemmender. Nach NEWBERRY et al. (1991) ist dies sowohl von der Art des Stressors, dessen zeitlichem Verlauf, seiner Applikation als auch von dem jeweils untersuchten Tumorsystem abhängig. Bei chemisch induzierten Tumoren wird in erster Linie eine Hemmung des Wachstums durch die Einwirkung von Stressoren beobachtet. Das Wachstum transplantiertes Tumoren wird durch die Einwirkung von Stressoren gefördert. Bei transplantiertes Tumoren hat die Kontrollierbarkeit des Stressors einen entscheidenden Einfluß auf die Tumorprogression (SKLAR u. ANISMAN, 1979; VISINTAINER et al., 1982). Nach SHAVIT et al. (1983) wird bei Tieren, welche einem unentrinnbaren Schock ausgesetzt sind, eine deutliche Steigerung der endogenen Endorphinproduktion festgestellt. Unter dieser Schockbedingung beschleunigt sich ebenfalls das Tumorstadium eines implantiertes Tumors. Wenn den Tieren in dieser Gruppe jedoch ein Morphinantagonist injiziert wurde, verlangsamte sich das Tumorstadium, und die Tiere überlebten länger. Komplementär zu diesen Ergebnissen wiesen die Tiere auch eine eingeschränkte Aktivität ihrer Natural-Killer-Zellen auf (SHAVIT et al., 1984), was nach Gabe eines Morphinantagonisten nicht mehr beobachtbar war. Danach besitzen Endorphine eine wesentliche Funktion bei der Vermittlung der Auswirkungen von Stressoren auf immunologische Funktionen und das Wachstum implantiertes Tumoren.

## 2.2 Konzepte der Lebensqualität

### 2.2.1 Definitionen

Seit der WHO-Konferenz 1986 in Mailand (VENTAFRIDDA et al., 1986) ist die Forderung, in jeder Therapiestunde auch Indikatoren der Lebensqualität zu berücksichtigen, immer häufiger realisiert worden, und in mehreren Ländern werden keine neuen Medikamente mehr ohne diese Prüfung zugelassen. Obwohl die WHO 1948 Gesundheit als optimale Lebensqualität definierte, nämlich als physisches, emotionales und soziales Wohlbefinden, hat es Jahrzehnte gedauert, bis dieses Konzept von der Medizin ernstgenommen wurde. Dies ist wichtig, weil die Fortschritte in der onkologischen Diagnostik und Therapie zu einer Verlängerung der Krankheitsverläufe und Behandlungsdauer sowie zu einer größeren Anzahl therapiefähiger und geheilter

Krebspatienten führen. Gleichzeitig bedeutet es aber auch eine größere Anzahl chronisch Kranker. Darüber hinaus bringen die verlängerten Überlebenszeiten auch in Anbetracht der Nebenwirkungen der Therapien neue Probleme mit sich.

Es gibt eine große Anzahl von Publikationen zur Lebensqualität mit einem breiten Spektrum von Operationalisierungsversuchen (VON KEREKJARTO et al., 1989). Nach wie vor gibt es einige Autoren, die nur somatische, objektivierbare Aspekte unter Lebensqualität verstehen und subjektive Angaben aus den psychosozialen Bereichen nicht gelten lassen. Der wesentliche Beitrag der Psychoonkologie besteht heute darin, daß sie ihren Schwerpunkt auf die subjektive Bewertung der Krankheit, der sozialen Umweltreaktionen und der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten legt, Motivation zu regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen und zur Meidung von Risikofaktoren.

Im Laufe der Jahre wurden zahlreiche Definitionsversuche für Lebensqualität unternommen. Die Hauptpunkte der Konzepte waren physisches und materielles Wohlbefinden, zwischenmenschliche Beziehungen, soziale

und entspannende Aktivitäten, persönliche Entwicklung und Erfüllung (Übersicht VON KEREKJARTO et al., 1989).

Es bestehen starke Diskrepanzen zwischen der Beurteilung der Lebensqualität durch Fremdeinschätzung (Ärzte, Angehörige) und der Selbsteinschätzung der Patienten. Letztere ist bedeutsamer; da sie aber nicht zeitstabil ist, muß sie wiederholt bestimmt werden.

Drei Hauptgründe existieren für die Divergenz von Selbst- und Fremdeinschätzung in psychoonkologischen Studien: a) ungünstige Lebensumstände in somatischen können durch günstige in anderen Lebensbereichen aufgewogen werden (z. B. soziale Unterstützung); b) das Anspruchsniveau wird subjektiv verringert infolge Anpassung an ungünstige «objektive» Lebensumstände; c) in der zeitlichen Dimension (VON KEREKJARTO u. SCHUG, 1987) variiert intraindividuell die allgemeine Zufriedenheit unabhängig vom jeweiligen somatischen Krankheitsgeschehen.

KÜCHLER (1992) versucht, diese Verhältnisse in Abbildung 4 als ein mehrdimensionales Konstrukt darzustellen.

Mit der Dimension «Zeit» wird der Gedanke eingeführt, daß sich die aktuelle Lebens-

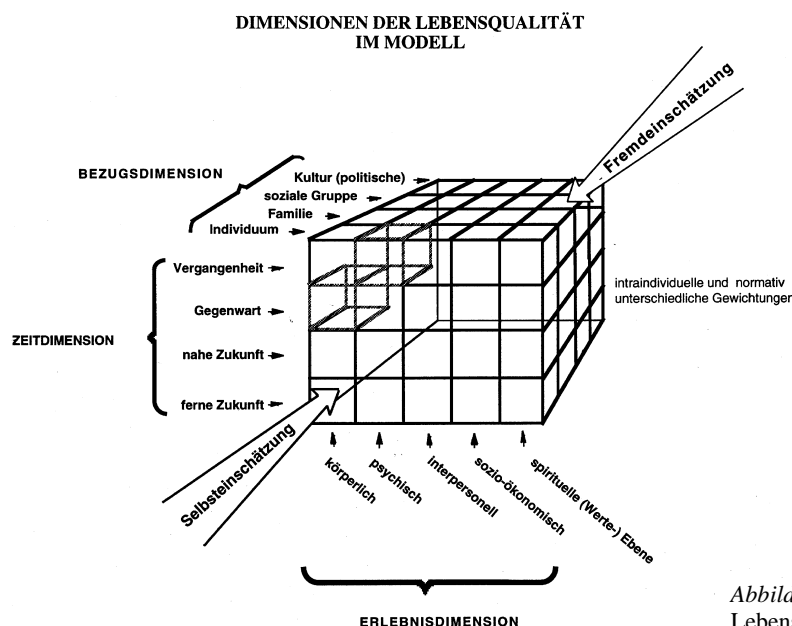


Abbildung 4: Dimensionen der Lebensqualität im Modell.

qualität aus der Gesamtheit vergangener Erfahrungen konstituiert und Ausgangspunkt für die Erwartungen an die nahe und fernere Zukunft darstellt. Die Selbst- und Fremdbeurteilungen werden als unterschiedliche Perspektiven abgebildet. Berücksichtigt wird auch die spirituelle Dimension, die sich als wichtig erwiesen hat (religiöser Glaube, Lebenssinnggebung und ethisch motivierte Überzeugungen).

Die verschiedenen Erfassungsmethoden, ihre Vor- und Nachteile werden in SCHWARZ et al. (1990) dargestellt.

### 2.3 Bewältigungsprozesse

Psychoonkologie hat in den letzten zwei Dekaden unsere Sichtweise durch ihre Befunde zu schweren und chronischen Erkrankungen und deren Folgen verändert. Chronisch, speziell onkologisch Kranke erwiesen sich nicht als hilflos einem überwältigenden Geschehen (Schicksal) ausgeliefert, das sie zu Resignation und Fehlanpassung zwingt (HOLLAND u. ROWLAND, 1989; BEUTEL, 1988). Vielmehr wird die Bedeutung von subjektiv erträglicher Realitätsanpassung und einer aktiven Auseinandersetzung mit der Erkrankung betont. Solches wird mit dem Begriff Bewältigungsprozesse zusammengefaßt.

Verwandte Konzepte der Abwehrmechanismen, Kausalattribution sowie subjektive Krankheitstheorien sollen hier gleichfalls als Bewältigungsprozesse mitabgehandelt werden.

#### 2.3.1 Abwehrmechanismen

In der Psychoonkologie werden gleichermaßen Begriffe der psychoanalytischen Abwehrlehre wie auch andere Bewältigungsmechanismen (z. B. Copingstrategien) verwendet. WEISMAN und WORDEN (1976) fanden bei gut angepaßten Patienten (definiert durch ein hohes Ausmaß an Konfliktlösungskompetenz, geringe Vulnerabilität und affektive Stabilität) Strategien wie Konfrontation mit der Realität, Neudefinition der Lebenssituation und Befolgen ärztlicher Verordnungen. Bei schlecht angepaßten Patienten beobachteten sie Suppression, Passivität, stoische Unterwerfung

und spannungsneutralisierende Strategien. DEROGATIS et al. (1979) kamen in einer Längsschnittstudie zu dem Ergebnis, daß mastektomierte Patientinnen, die in der Lage waren, ihre negativen Gefühle zu äußern (Angst, Wut und Aggression), bessere Überlebenschancen hatten als diejenigen, die solche Emotionen leugneten oder verdrängten.

GREER et al. (1979) haben in einer vorbiopischen Studie Patientinnen mit Mammakarzinom im Frühstadium nach Mastektomie über fünf Jahre untersucht. Drei Monate nach ihrer Operation wurden diese Frauen aufgrund ihrer Reaktionen in einem strukturierten Interview in vier Kategorien eingeteilt: 1. Verleugnung, 2. kämpferische Einstellung (fighting spirit), 3. stoische Akzeptanz und 4. Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate zeigte im Vergleich signifikant günstigere Ergebnisse für Patientinnen der ersten und zweiten gegenüber denen der dritten und vierten Kategorie. Eine zehnjährige katamnestische Untersuchung (PETTINGALE, 1984) erbrachte Ergebnisse, die in dieselbe Richtung wiesen.

Der am häufigsten vorgefundene Abwehrmechanismus bei Krebskranken ist die Verleugnung. Als Bewältigungsversuch wird ihr von verschiedenen Autoren einmal adaptive und ein anderes Mal maladaptive Funktion zugeschrieben (vgl. BEUTEL, 1988; auch Kap. III.F).

Alle Arten der Verleugnung haben Prozeßcharakter, sind nicht zeitstabil, sondern variieren sehr stark, sowohl was die Intensität als auch die Zeitdauer betrifft (VON KEREKJARTO u. SCHUG, 1987). WEISMANS (1972) Konzept des «middle knowledge» beschreibt den Zustand zwischen Wissen und Nichtwissen, zwischen Akzeptanz und Nichtwahrhabenwollen, ein ziemlich häufig beobachtbares Phänomen bei terminal Kranken. Eine übersichtliche Darstellung von Untersuchungen über die positiven und negativen Auswirkungen von Verleugnung findet sich bei BEUTEL (1988).

#### 2.3.2 Coping

Coping als Krankheitsbewältigung wird von HEIM (1988) definiert als «das Bemühen, be-

reits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten».

Die heute am weitesten verbreitete Theorie zu Coping stammt aus der Schule von LAZARUS und beschreibt es als Problemlösungsprozeß. Kognitive Prozesse der Informationssuche und -verarbeitung bei der Planung, Durchführung und Bewertung von Bewältigungsverhalten bilden den Kern dieser Theorie. Aber auch die Lösung akuter Entscheidungskonflikte gehört zum Copingkonzept. Ein Entscheidungskonflikt zeigt sich z. B. häufig bei der Frage, ob eine Vorsorgeuntersuchung für Brustkrebs in Anspruch genommen werden soll oder nicht. Auch die Entscheidung zwischen einer ablatio mammae oder einer Segmentektomie ist für die Patientin oft mit schwerwiegenden Konflikten verbunden.

Einen Kriterienkatalog für *Ziele des Copingprozesses* in der Psychoonkologie gibt HEIM (1988, S. 9):

- Wiedergewinnen von Körperintegrität
- Wiedergewinnen von Wohlbefinden (nach Schmerz und Beschwerden)
- Wiederherstellung des emotionalen Gleichgewichts nach belastenden Emotionen
- Erarbeiten von Zukunftsperspektiven nach krankheitsbedingter Verunsicherung und Kontrollverlust
- bestmögliche Anpassung an ungewohnte situative Bedingungen, wie z. B. bei Hospitalisierung
- Durchstehen von unentrinnbaren existentiellen Bedrohungen z. B. im terminalen Ausgang
- Erhalten einer situationsgemäßen optimalen Lebensqualität.

Im Gegensatz zu den Abwehrmechanismen wurde bei den Copingkonzepten gleichzeitig zu ihrer jeweiligen Definition auch eine Operationalisierung und damit eine Meßmöglichkeit vorgenommen. Trotz des ausgeprägten Methodenbewußtseins einschlägiger Autoren genügen die meisten Instrumente dem Anspruch psychoonkologischer Forschung nicht.

Die am häufigsten angewandten Verfahren werden bei BULLINGER (1989) beschrieben.

## 2.4 Psychosoziales Umfeld

### 2.4.1 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützungsprozesse sind ebenso wichtig wie die vorher beschriebenen Abwehr- und Copingmechanismen. Sie sind eine wesentliche Hilfe zur Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgen und stehen in engstem Zusammenhang mit dem körperlichen und psychischen Wohlergehen.

Seit den Anfängen der Forschung auf diesem Gebiet, als einzelne quantitative Netzwerkmerkmale mit dem globalen psychischen Wohlbefinden korreliert wurden, sind eine Reihe neuerer Untersuchungen durchgeführt worden, in denen spezifische Unterstützungsmöglichkeiten von Personen in verschiedenen Situationen auf ihre positive und negative Wirkung hin untersucht wurden. Auch in diesem Bereich verändern sich Art und Ausmaß der sozialen Unterstützung im Verlauf der Auseinandersetzung mit den belastenden Situationen. Inwieweit soziale Unterstützungsprozesse den Bedürfnissen der Erkrankten angemessen sind, bedarf noch der weiteren detaillierten Untersuchung.

Es können nachteilige Resultate entstehen, a) wenn Hilfeleistungen länger als notwendig erteilt werden und somit die Abhängigkeit der Betroffenen vergrößert und die Krise verlängert wird, b) wenn soziale Unterstützung vorzeitig beendet wird, wie z. B. bei antizipatorischer Trauerarbeit der Beziehungsperson oder c) wenn die Hilfsbedürftigkeit zu spät erkannt wird. Soziale Unterstützung als Ressource für Bewältigung bieten in erster Linie Partner, Familie, Freunde, aber nicht minder auch die Ärzte und das medizinische Team. Die allgemein verbreitete Annahme, daß schon das Vorhandensein eines festen Partners eine größere soziale Unterstützung bedeutet, konnten die Untersuchungen von MORRIS et al. (1977) und von KEREKJARTO und SCHUG (1987) nicht bestätigen. BUDDERBERG (1985) kam in seiner Studie zu dem Ergebnis, daß Krebspatienten zwar ihren Partner als die wichtigste Quelle der Unterstützung ansehen, daß aber erwartungsgemäß vor allem die Qualität der Partnerbeziehung darüber entscheidet, ob sie eher

eine belastende oder stützende Funktion für die Krankheitsbewältigung hat. Wenn die Unterstützung in instrumentelle und emotionale Aspekte unterschieden wird, kommt den emotionalen eine wesentlich größere Bedeutung zu als den instrumentellen. So sind affektive und sexuelle Kontakte äußerst förderlich, und ihre Verminderung in der Folge der Erkrankung erzeugt Angst, Unsicherheit und Depression (TAYLOR et al., 1985).

Soziale Unterstützung wird jedoch nicht in jedem Fall positiv erlebt. HOLLAND und ROWLAND (1989) fanden, daß von 100 Krebspatienten 72 über unangemessenes Mitleid und falsche Aufheiterung klagten, was zu Mißverständnissen in der Interaktion führte. REVERSON et al. (1983) fanden für die Remissionsphase kaum Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und einer guten Adaptation bei Mammakarzinompatientinnen. Die soziale Unterstützung verminderte ebenso das Selbstwertgefühl wie die Autonomieregulierung und das Akzeptieren der Patientenrolle.

Die Mehrzahl der Untersuchungen belegen aber, daß soziale Unterstützungsprozesse mit verschiedenen Parametern der Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung positiv korrelieren (BLOOM u. SPIEGEL, 1984; FOLLICK et al., 1984). Nach eigenen Untersuchungen (VON KEREKJARTO u. SCHUG, 1987; KÜCHLER u. SCHREIBER, 1989; SCHULZ et al., 1992) wurde es immer deutlicher, daß die *subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung* von größerer prognostischer Bedeutung ist als die objektiven Merkmale des sozialen Netzwerks. Diese Wahrnehmung gründet sich auf die emotionale Zuwendung, die Verlässlichkeit dieser Zuwendung und auf die gleichzeitige ungeminderte Wertschätzung seitens der Bezugspersonen.

#### 2.4.2 Soziales Netzwerk

Leider werden die Begriffe soziales Netzwerk und soziale Unterstützung häufig synonym verwendet. Die Theorie definiert soziale Netzwerke als Beziehungen, die für die betroffene Person, in unserem Fall den Krebskranken, bezüglich erwarteter und geleisteter

psychosozialer Hilfe relevant sind. In der phänomenologischen Soziologie (VON FERBER, 1978) geht man von dem personenbezogenen Lebenskontext («a person's social network») aus. Der wesentliche Unterschied zwischen dem Begriff der sozialen Unterstützung und dem der sozialen Netzwerke besteht darin, daß es für die formale Definition sozialer Netzwerke genügt, Personen und Relationen zu benennen, für die Definition sozialer Unterstützung jedoch Inhalte aufgezählt werden müssen. Das soziale Netzwerk als Struktur berücksichtigt Alter, Geschlecht und Sozialstatus des Betroffenen, von denen die Sozialbeziehungen abhängig sind. Entsprechend der Lebenskurve werden die psychosozialen Folgen einer Erkrankung unterschiedlich gewichtet und interpretiert. Ein soziales *Bezugsnetz* besteht aus Partnerschaft/Familie, Arbeitsplatz/Beruf/Finanzielles, Wohnsituation, Freizeitgestaltung, Gesundheitsversorgung.

Die Leistungen des *primären sozialen Netzwerkes* – hierzu gehören Partner, Familie, gute Freunde und eventuell die Behandelnden – und die des *sekundären Netzwerkes* – dazu gehören Verwandte, Nachbarn, Bekannte, Berufskollegen sowie Selbsthilfegruppen und -organisationen – werden nach der Befriedigung folgender Bedürfnisse beurteilt:

*Emotionale Unterstützung* und Zuwendung wurde im vorangegangenen Abschnitt als soziale Unterstützung beschrieben. Wenn diese von Personen des sekundären Netzwerkes geleistet wird, gehören eine gewisse affektive Zurückhaltung und emotionale Neutralität zum Ethos des Hilfegebenden. Es soll hauptsächlich einer Isolierung des Kranken entgegengewirkt werden.

Bedürfnisse nach *Information* sind extrem groß, und alle Beteiligten des sozialen Netzwerkes sollten ihren Beitrag leisten. Fragen nach den Krankheitsfolgen, den richtigen Hilfen und wer sie geben kann, werden hier aufgeworfen. Die Glaubwürdigkeit von Experten richtet sich dabei nicht allein nach der Sachgerechtigkeit der von ihnen vermittelten Informationen, sondern sie wird von dem Vertrauensverhältnis zwischen Experten und Patient mitbestimmt. In diesem Zusammenhang ist die Zunahme von Heilpraktikerbesuchen auch

als ein Anzeichen für einen Vertrauensschwund gegenüber den Ärzten zu sehen.

Ein gesonderter Bestandteil des sozialen Netzwerkes sind *Selbsthilfegruppen* (vgl. Kap. V.C). Sie liefern Informationen, emotionale Unterstützung und sind zudem Ausdruck eines veränderten Selbstbewußtseins von Patienten (im Sinne von mehr Selbstbestimmung).

Nach jeder schweren Erkrankung und insbesondere nach Krebserkrankungen muß eine neue Identität aufgebaut werden. Dazu gehört die Identifizierung mit dem erkrankten oder beschädigten Körper, auf den man sich nicht mehr verlassen kann, und mit dem veränderten Selbstbild. Das Verständnis für diese *Identitätsfindung* ist eine Kernproblematik in sozialen Netzwerken.

Erkrankung und Behinderung schließen stets die Gefahr sozialer Isolierung ein. Die *Etablierung neuer Kontakte* ist sehr erschwert. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen kann dieser Gefahr entgegenwirken. Unter dem Aspekt der Selbsthilfe werden neue, verständnisvolle und damit tragfähige soziale Kontakte erschlossen. Im Kontakt mit anderen Betroffenen können Patienten oft schnelle und gegenseitige Hilfe erfahren. Empirische Befunde bestätigen die positive Wirkung von Selbsthilfegruppen bei der Förderung von Bewältigungsprozessen ihrer Mitglieder. Dabei ist aber zu bedenken, daß Selbsthilfegruppen nur für einen begrenzten Teil der Erkrankten attraktiv sind und durch die hohe Sterblichkeit innerhalb der Gruppe selbst zu einem Belastungsfaktor werden können.

Die gebräuchlichen Meßmethoden sowohl für die soziale Unterstützung als auch für Merkmale sozialer Netzwerke finden sich bei KLUSMANN (1989).

### 3. Psychosoziale Aspekte der Erkrankung

#### 3.1 Diagnose

##### 3.1.1 Aufklärungsprozeß

Das Aufklärungsverhalten von Ärzten hat sich in folgender Weise verändert: Haben noch in den fünfziger Jahren nur 20 bis 30 Prozent der Ärzte eine «offene» Aufklärung über eine ma-

line Erkrankung befürwortet und eventuell auch praktiziert (auch schon zu jenem Zeitpunkt wünschten 90 Prozent der Patienten eine eindeutige Aufklärung; KELLEY u. FRIESEN, 1950; SAMP u. CURRER, 1957), so sind es heute über 90 Prozent der Ärzte, die ein offenes Gespräch befürworten. Das in diesen Zahlen zum Ausdruck kommende veränderte Aufklärungsverhalten ist zum Teil auf formaljuristischen Druck und auf die Berichterstattung in den Massenmedien zurückzuführen. Es weist aber auch auf eine Veränderung in der Arzt-Patient-Beziehung hin. Schließlich wird der Patient die schwer belastende Therapie nur dann sorgfältig befolgen, wenn er weiß, daß es um sein Leben geht. Die Aufklärung, d. h. die Konfrontation mit der Diagnose, ist kein einzelner Akt, sondern ein Prozeß, der mit der Wahrnehmung der ersten Symptome beim Patienten beginnt.

SCHWARZ (1993) hat in seiner präbiopischen Studie bei Mamma- und Bronchialkarzinom das Krankheitswissen von über 300 Patienten in vier Stufen erfragt.

1. «Was hat Ihnen der einweisende Arzt über den Befund gesagt?» (1 = gutartig, 2 = unklar, 3 = bösartig).  
2. «Was wird die Untersuchung Ihrer Meinung nach ergeben?» (1 = gutartig, 2 = unklar, 3 = bösartig).  
Als drittes sollten die Patienten auf einer 100 mm Visual-Analog-Skala zwischen den Endpunkten «gutartig-bösartig» ihre Einschätzung angeben. Um die ganze Vorhersagekraft der Fragen auszuschöpfen, wurde mit Hilfe einer Diskriminanzanalyse die Zuordnung zu Biopsiekategorien maligne/benigne durchgeführt. Die korrekt klassifizierten Fälle zeigen folgende Verteilung:

Mamma-Ca	Patientin-Vermutung	76,9 % richtig
Mamma-Ca	+ ärztliche Vorhersage	81,5 % richtig
Bronchial-Ca	Patienten-Vermutung	69,8 % richtig
Bronchial-Ca	+ ärztliche Vorhersage	75,6 % richtig

Diese Prozentangaben zeigen, daß das präbiopische Wissen hoch mit der schließlichen Diagnose korreliert. Hieraus sind u. a. zwei Rückschlüsse zu ziehen: Erstens ist ein präbiopisches Studiendesign als Äquivalent einer prospektiven Untersuchung nicht haltbar – doch sie werden in der Literatur häufig als «quasi-prospektiv» bezeichnet; zweitens ist dieses Resultat ein gewichtiges Argument für eine offene Aufklärung des Patienten durch den Arzt.

Der erste Schritt muß sein, daß der Arzt vom Patienten erfährt, was dieser über seinen Zustand vermutet, spürt oder konkret weiß, um dann auf dieser Grundlage das Aufklärungsgespräch zu führen. Wichtig ist, dem Patienten

zu vermitteln, daß jederzeit Rückfragen möglich sind. Aufklärung in der Onkologie bedeutet, daß der Patient sich mit Hilfe des Arztes mit dem Diagnoseschritten, den daraus folgenden Therapiemöglichkeiten, einschließlich deren möglicher Verläufe, den Nebenwirkungen und der Prognose auseinandersetzt.

Das Recht auf Selbstbestimmung, Freiheit und körperliche Unversehrtheit wurde zuerst von John LOCKE (1632–1702) gefordert, 1776 in der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung festgehalten und 1948 als Bestandteil der Menschenrechte in Helsinki niedergelegt. Als Grundlage für Gerichtsurteile gegen ärztliche Fehler wird es jedoch erst seit der Mitte unseres Jahrhunderts verwendet. Die Forderung von SENN (1985) nach «Wahrhaftigkeit am Krankenbett» ist als Standard erfüllt. Der Arzt hat eine Aufklärungspflicht. Über den Inhalt der Aufklärung muß Protokoll geführt werden. Dies kann mit einem Formblatt geschehen, das vom Patienten unterschrieben wird. Die Doktrin des «informed consent» soll dem Patienten sein Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper garantieren und ihm helfen, über die Informationen des Arztes den Weg zur eigenen Entscheidung über diagnostische Maßnahmen und Therapien zu finden.

Aufgrund klinisch-empirischer Studien (VON KEREKJARTO u. SCHUG, 1987; KÜCHLER, 1989; BURMESTER et al., 1984) sowie langjähriger eigener psychotherapeutischer Erfahrung lassen sich folgende Aussagen zur *Aufklärungspraxis bei Krebskranken* machen:

Das emotionale Engagement des Arztes ist ein wesentliches Kriterium sowohl für die Zufriedenheit des Patienten mit dem Gespräch als auch für das Behalten von Inhalten des Aufklärungsgesprächs. In einer positiven Atmosphäre – im optimistischen Grundton – werden die beidseitigen nonverbalen Signale richtig wahrgenommen, gedeutet, und damit wird das gegenseitige Verständnis gefördert.

Die optimale Dauer eines Aufklärungsgesprächs liegt zwischen 10 und 15 Minuten, vorausgesetzt es haben schon mehrere Kontakte stattgefunden und eine Vertrauensbasis wurde geschaffen. Gespräche, die kürzer als 5 Minuten und solche, die länger als 20 Minuten dauern, sind stärker angsterzeugend und lassen den Patienten häufiger mit ver-

stärkten Depressionen zurück. Hierzu gehört auch, daß der Arzt nicht zu viel mit medizinischen Begriffen und anatomischen Zeichnungen arbeitet.

Die Informationsverarbeitung läßt sich durch die Einbeziehung von nächsten Angehörigen wesentlich verbessern. Die früher gehandhabte Praxis, nur die Angehörigen «offen» aufzuklären, führte zu schweren partnerschaftlichen und familiären Komplikationen, die z. B. durch ein Dreiergespräch zu verhindern sind.

Es trägt zu größerer Zufriedenheit bei, wenn der Arzt auf Verständnisfragen des Patienten eine Antwort gibt, die von diesem richtig verstanden wird und dem Patienten nicht das Gefühl vermittelt, der Arzt weiche seiner Frage aus. Dabei sollte der Arzt vermeiden, das Gespräch mit detailreichen, medizintechnischen Erklärungen zu überfrachten – auch wenn dies für den Arzt oft eine Reduzierung seiner eigenen Angst bedeuten mag. Weiterhin sollen die Risiken nicht in den Vordergrund des Gespräches rücken und Platz für Gefühle wie Hoffnung gelassen werden. Wie umfangreich der Patient aufgeklärt werden möchte, kann vom Arzt oft nur indirekt erfahren werden. Er muß sich hier auf seine Intuition verlassen und seine Informationen entsprechend dosieren.

### 3.1.2 Auswirkungen der Diagnosemitteilung

KÜCHLER (1989, 1992) beobachtete bei etwa 400 systematisch dokumentierten Einzelgesprächen von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren den Verlauf des emotionalen Erlebens von Diagnose und Behandlung während des stationären Aufenthaltes. Sowohl bei Primärerkrankten als auch bei Rezidivpatienten standen der Diagnoseschock und die damit verbundene existentielle Verunsicherung im Vordergrund. Die ganze Fassungslosigkeit über das ungerechte Schicksal, die ganze eigene Hilflosigkeit gegenüber der unfaßbaren Krankheit kommt in dem Satz «Ich habe mein ganzes Leben gearbeitet, war nie krank und jetzt dies!» zum Vorschein. Da erlebte Hilflosigkeit eine der schwersten psychischen Bedrohungen des Individuums und seiner Le-

bensqualität bedeutet, geht es in dieser Phase vor allem darum, die Kontrolle zurückzugewinnen. Abwehrmechanismen sind hier von zentraler Bedeutung. Verdrängung, Bagatellisierung, Regression, Projektion und Depersonalisation sind die häufigsten. Vor allem der Krankheitsschock kann häufig nur durch Abspaltung ertragen werden: Die Betroffenen erleben sich so, als ob sie neben sich stehen, berichten von sich, als ob dies eine andere Person beträfe. Die notwendige Anpassung an die radikal veränderte Lebenssituation vollzieht sich langsam und schrittweise.

Die diagnostischen Maßnahmen können den psychischen Anpassungsprozeß von außen unterstützen. Der Patient erfährt: Es geschieht etwas, es wird etwas getan, um der Krankheit Herr zu werden. Meist stabilisieren sich die Patienten in dieser Phase durch verschiedene Strategien wie folgt: Sie klagen über die lange Wartezeit beim Röntgen oder das kaltgewordene Mittagessen. Sie tauschen Erfahrungen mit anderen Patienten aus und finden wieder zu sich selbst. In dieser Phase ist die Aufklärung über den Sinn und die Notwendigkeit einzelner diagnostischer Maßnahmen von großer Bedeutung, um dem Betroffenen zu helfen, durch Verstehen das Gefühl von Kontrolle über den eigenen Zustand zurückzugeben. Entsprechend schwerwiegend sind diagnostische Pannen, die immer wieder vorkommen, z. B. wenn der Patient zum falschen Zeitpunkt zur Untersuchung bestellt wird und unverrichteter Dinge zurück zur Station muß oder der Defekt eines Gerätes die vorgesehene Untersuchung verhindert. Solche Pannen können aber auch positive Auswirkungen haben, indem sie dem Patienten Anlaß geben, wütend zu werden. Das psychologisch Wichtige dabei ist, daß der ohnmächtige, hilflose Zorn auf die unfaßbare Krankheit sich in einen berechtigten Zorn verwandelt.

Das Gefühl, allein gelassen zu werden und von anderen isoliert zu sein, kommt ebenfalls häufig vor. Ärger und Schuldgefühle sind abwechselnd stark vorhanden und erschweren die Anpassung an die Realität. Verschiedene Formen und Intensitätsgrade der Verleugnung wechseln sich beim Patienten in kürzeren Zeitabständen, z. B. stündlich, ab, um das innere Gleichgewicht einigermaßen zu erhalten.

Während der Diagnostik und nach dem Aufklärungsgespräch werden die therapeutischen Möglichkeiten angesprochen. Grundsätzlich stehen a) operativer Eingriff, b) Bestrahlungstherapie und c) Chemotherapie getrennt oder kombiniert zur Auswahl. Alle diese Maßnahmen bedeuten gravierende körperliche und psychische Belastungen und wecken im Patienten vielfältige Ängste.

### 3.2 Verlauf der Erkrankung

Die Verlaufsmöglichkeiten nach der prädiagnostischen Phase gibt die Abbildung 5 wieder:

- Folgende Verläufe sind demnach möglich:
- Nach der Diagnose erfolgt eine kurative Behandlungsphase, nach der eine Rehabilitation erfolgt und der Erkrankte im Anschluß 3, 5, 10 Jahre beschwerdefrei bleibt, d. h., er/sie wird als geheilt bezeichnet.
  - Nach der Diagnose und der kurativen Behandlung mit anschließender Rehabilitation folgen 1, 2, 3 oder 5 symptomfreie Jahre, bis eine erneute Erkrankung in Form eines Rezidivs oder von Metastasen auftritt.
  - Nach dem Initialstadium ist die kurative Behandlung erfolglos, und der Patient wird chronisch und fortschreitend krank.
  - Nach der Diagnose ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

Bei allen vier Verläufen kann die Behandlung aus den folgenden drei Therapiemöglichkeiten bestehen.

#### 3.2.1 Primärbehandlung (*chirurgisch, radiologisch, chemotherapeutisch*)

Die psychologischen Aspekte der therapeutischen Maßnahmen sind sehr unterschiedlich. Bei allen Therapien ist eine behutsame und sorgfältige psychologische Unterstützung wünschenswert.

Bei *chirurgischen* Eingriffen ist die Operationsvorbereitungsphase von Ambivalenz zwischen Angst und Hoffnung gekennzeichnet. In dieser Phase werden Gespräche über Angst ebenso wie über Hoffnung besonders wichtig. Ausgehend vom Informationsstand

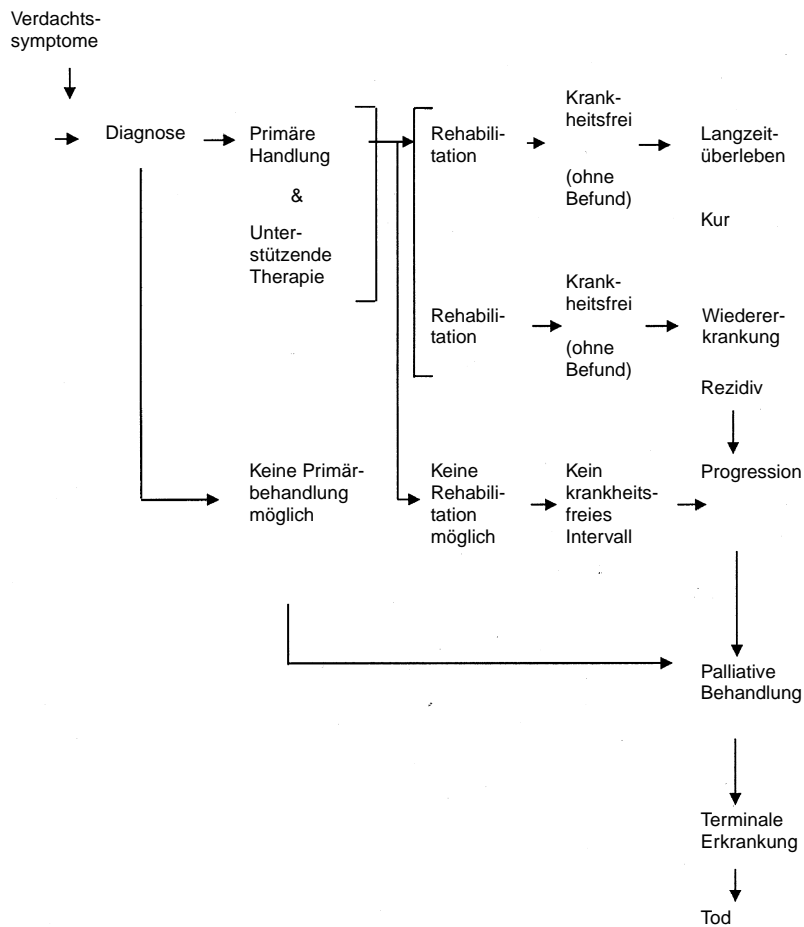


Abbildung 5: Mögliche Verläufe der Erkrankung.

des jeweiligen Patienten, welcher in dieser Phase mehr von persönlicher Abwehr (GÖTZE u. HUSE-KLEINSTOLL, 1988) als von den realen Informationen bestimmt ist, wird versucht, die Angst anzusprechen und damit zu konkretisieren. Von den vielfältigen Ängsten, mit denen Krebskranke zu kämpfen haben, sind die konkreten am leichtesten zu ertragen, z. B. die Angst vor der Operation und der Narkose. Schwieriger ist der Umgang mit unspezifischen Ängsten z. B. vor einer schlechten Prognose und der damit verbundenen ungewissen Zukunft. Gespräche darüber reduzieren die Angst und nicht, wie manche Ärzte befürchten, die Hoffnung. Die Verschiebung von Operationen kann schwerste Krisen in der gesamten emotionalen Befindlichkeit des Patienten

auslösen. Nach der Operation bestimmt der körperliche Zustand, d. h. Schmerzen, Erschöpfung, Müdigkeit die Befindlichkeit des Patienten. Die Anwesenheit eines nahen Angehörigen beim Aufwachen aus der Narkose ist sehr angstmindernd.

Ist der Eingriff mit dem Verlust von Körperteilen oder mit körperlichen Entstellungen verbunden, so ist mit depressiven Nachwirkungen zu rechnen. Auch wenn diese nicht direkt in der ersten Woche nach der Operation auftreten, muß die Auseinandersetzung mit den Operationsfolgen, mit den großen und kleinen Veränderungen, die im zukünftigen Leben eine Rolle spielen werden, stattfinden. Dies mag mit der Veränderung von Eßgewohnheiten bei einer Magenteilresektion beginnen und über die Veränderung des Körperbildes z. B. bei Mamma-Ablatio bis hin zu entsprechenden Veränderungen in der Lebensqualität bei Anus-präter-

Operationen gehen. Die Trauer um den Organverlust, sei es ein kleines Stück Darm oder ein totalresezierter Magen, muß von den Patienten bewältigt werden.

Ungefähr 70 bis 80 Prozent aller Karzinomkranken werden *radiotherapeutisch* behandelt. In den Aufklärungsgesprächen muß auf das Wesen und die Nebenwirkungen dieser Therapieart eingegangen werden. Den Patienten muß erklärt werden, daß durch die Therapie die pathologischen Zellen zerstört werden und die ebenfalls betroffenen gesunden Zellen sich schnell wieder von der Behandlung erholen. Die technische Einrichtung und der Ablauf der Therapie müssen genügend genau geschildert werden. Auch muß der Patient über die Nebenwirkungen der Strahlentherapie informiert werden. Nausea, Erbrechen, Schlappeheit aufgrund von Anämie, Schwindel, Hautreizungen, auch Durchfall oder Obstipation sind häufig beobachtete Nebenwirkungen, deren Auftreten der Patient dem Arzt berichten sollte. Oft teilten Patienten solche Beschwerden dem behandelnden Arzt allerdings nicht mit, insbesondere wenn das Vertrauensverhältnis zu ihm nicht genügend gefestigt war. Die Angst vor der räumlichen Isolierung während der Bestrahlung sollte durch Sprechanlagen oder Monitorkontakte vermindert werden. Der Patient darf in einer bedrohlichen Situation nicht in eine überwältigende, panische Angst verfallen.

Die dritte Hauptstrategie zur Bekämpfung von Krebszellen ist die *Chemotherapie*, welche ebenfalls versucht, die Krebszellen selektiv auszumerzen. Auch bei dieser Therapie müssen dem Kranken Wesen und Nebenwirkungen der Therapie detailliert erklärt werden. Bei der Chemotherapie kommt es darauf an, die DNA-Synthese des Zellzyklus (während der S-Phase) mit chemischen Mitteln zu verhindern.

Wenn der Zellzyklus nicht vollendet wird, kann sich die Zelle nicht mehr teilen und stirbt ab. Chemotherapien werden in Zyklen nach vorgegebenen Schemata durchgeführt. Je nach Krebsart und Wirkungsweise des Zytostatikums kommt es darauf an, die nach einem Zyklus noch nicht abgetöteten, überlebenden Krebszellen, sobald sie wieder in den entsprechenden Zellzyklus (S-Phase) kommen, zu ergreifen.

Da auch gesunde Zellen im Knochenmark, im Verdauungstrakt und in den Haarfollikeln ab-

sterben, kommt es wie bei der Strahlentherapie zu schwerwiegenden Nebenwirkungen wie Anämie, Nausea, Erbrechen, Durchfall und Haarausfall. Für bestimmte Krebsarten (Ovarien, Brust) kann eine Hormonbehandlung als Chemotherapie angezeigt sein. Diese Therapieform ist wirksam, wenn nachgewiesen wurde, daß die Krebszellen gegenüber Hormonen empfindlich reagieren. Bei Brustkrebs z.B. wird durch männliche Geschlechtshormone das Wachstum unterdrückt. Die Nebenwirkungen können hierbei auch sehr beträchtlich sein (z. B. Hirsutismus).

MEERWEIN (1991, S. 96) empfiehlt, zur genauen Aufklärung des Patienten folgenden Wortlaut zu verwenden: «Sie erhalten jetzt sehr stark wirksame Medikamente, die die sich schnell vermehrenden Zellen töten können. Krebszellen sind die sich am schnellsten vermehrenden Zellen, aber auch Haarzellen vermehren sich schnell. Da das Medikament den Unterschied zwischen Krebszellen und Haarzellen nicht kennt, werden Sie vorübergehend Haare verlieren. Glücklicherweise können sich aber Ihre normalen, gesunden Zellen von der Einwirkung der Medikamente wieder erholen und sich wieder zu teilen beginnen, aber den schwachen, primitiven Krebszellen ist dies nicht möglich.»

### 3.2.2 Unkonventionelle Therapien

Unter unkonventionellen Therapieverfahren werden Behandlungen verstanden, deren Wirkung nicht gesichert ist und darum von der wissenschaftlichen Medizin nicht anerkannt wird. Sie sind mit einer Vielzahl von Synonymen wie *alternativ*, *biologisch*, *paramedizinisch*, *komplementär* oder *ganzheitlich* belegt. Da diese Therapien von bis zu 80 Prozent der Krebserkrankten in Anspruch genommen werden, soll kurz auf sie eingegangen werden.

Bei einer Befragung von Allgemeinmedizinern in der BRD gaben 60 Prozent an, alternative Therapien in ihrer Praxis anzuwenden. HEIM (1992) fand bei seinen an neoplastischen Prozessen erkrankten Patienten, daß 60 bis 70 Prozent mit alternativen Methoden behandelt worden waren.

Die Gründe für die Nutzung unkonventioneller Behandlungsmethoden sind vielfältig. Ei-

nes der wichtigsten Motive ist sicherlich die Angst vor Radio- und Chemotherapie und weniger der Zweifel an ihrer Nützlichkeit. Ferner haben alternative Methoden magische Züge, die übernatürliche Heilungskräfte versprechen. Schließlich wenden sich viele Patienten von der als kalt empfundenen naturwissenschaftlich orientierten Medizin auch deshalb ab, weil hier Defizite an Zuwendung, Empathie und Gesprächsbereitschaft bestehen. Die fehlende psychosomatische Denkweise und die geringe Bereitschaft, auf die innere Welt der Patienten einzugehen, begünstigen die Hinwendung zu einer sanften und harmonisierenden Behandlung. Gerade diese affektiven Implikationen sind Bestandteil vieler alternativer Behandlungsformen und werden dort oft gezielt eingesetzt. Auch die subjektiven Krankheitstheorien, welche die Erkrankung häufig mit bestimmten bedeutsamen Lebensabschnitten in Verbindung bringen, führen den Patienten zu alternativen Behandlungsmethoden. Hier findet der Patient häufig Erklärungsansätze, welche über die somatische Sichtweise hinausgehen und seinem Bedürfnis, seine Krankheit in einem größeren, sinnstiftenden Kontext zu sehen, entgegenkommen. Im Rahmen dieser subjektiven Krankheitstheorien spielen oft unbewußte Schuldgefühle eine große Rolle. So können die mit großen finanziellen Opfern durchgeführten alternativen Heilmethoden unter Umständen für den Patienten unbewußt eine Funktion von Sühne haben und zu einem Gefühl des Ausgleichs führen (Buße mindert Schuldgefühle).

Der Wunsch, aktiv an der Behandlung beteiligt zu sein und die eigene Autonomie gegenüber dem technologischen Medizinapparat aufrechterhalten zu können, wird von vielen unkonventionellen Methoden gefördert (z. B. Eigeninjektion, strenge Diäten usw.). Gerade Patienten, die durch Handeln ihre Gesundheit beeinflussen wollen (interne Kontrollattribution), neigen dazu, unorthodoxe Methoden zu bevorzugen. Bei der Befragung von 300 ambulanten Tumorpatienten in der Schweiz war der am häufigsten genannte Beweggrund (51 %), sich solchen Methoden zuzuwenden, der Wunsch, selber möglichst viel zur Genesung beizutragen (36 % Einbezug der Psyche, 23 % sanftere Medizin, nur 7 % dieser Stichprobe waren enttäuscht von der Schulmedizin).

Die Einstellung, «nichts unversucht zu lassen», ist unabhängig vom Wissen und vom Bildungsstand.

Die kennzeichnenden «besonderen» Eigenschaften unkonventioneller Therapien sind in der Sicht der Betroffenen u. a.

- Steigerung der körpereigenen Abwehrkräfte
- Verbesserung der Verträglichkeit von Zytostatika und Strahlentherapie
- Hebung des Allgemeinbefindens
- Fehlen von Nebenwirkungen
- Verbesserung der Lebensqualität
- Natürlichkeit (biologisch) und Ganzheitlichkeit.

Die Übergänge zwischen sogenannter Schul- und Alternativmedizin – die in der Regel keine Alternative ist – sind fließend. Methoden, die früher zur Alternativmedizin zählten, wie z. B. das COOLEY-Toxin aus Bakterienlysaten, das nach Charakterisierung der Wirksubstanz TNF (Tumor-Nekrose-Faktor) von der wissenschaftlichen Medizin übernommen wurde; andererseits wurden schulmedizinische Methoden, z. B. die Interferonbehandlungen, in der Alternativmedizin eingesetzt. Hier werden besonders häufig immuntherapeutische Verfahren, Substitution von Vitaminen und Mineralstoffen sowie Diäten eingesetzt.

Für den behandelnden Onkologen können verschiedene Probleme entstehen, wenn er mit den alternativen Therapien seines Patienten konfrontiert wird: Er sieht sich in die Rolle eines technologischen Medizinexperten gedrängt, dem ein «ganzheitlicher» Biotherapeut gegenübersteht. Der Einfluß verschiedener Therapeuten kann zu Compliance-Problemen führen, und es kann zur Verzögerung oder gar Ablehnung einer potentiell kurativen Therapie kommen. Darüber hinaus sind manche alternativen Therapien mit Risiken verbunden, über die der Patient oft nicht informiert ist.

### 3.3 Rezidiv und Metastasierung

Das Auftreten eines Rezidivs stellt sowohl für den Patienten als auch für die Angehörigen und den behandelnden Arzt oft eine noch größere psychische Belastung dar, als es die initiale Konfrontation mit der Erkrankung gewesen war (VON KEREKJARTO, 1982). Bei allen Beteiligten ist das Gefühl vorherrschend, daß die bisher durchgeführten therapeutischen Maßnahmen vergeblich waren. Die Hoffnung

auf Heilung schwindet. Die Angst vor der Unkontrollierbarkeit der Krankheit wächst und steigert unvermeidlich die Todesangst. Auf der einen Seite lassen Ohnmacht und Wut über die Erfolglosigkeit der durchgeführten Therapiemaßnahmen den Patienten aggressiv oder mißtrauisch gegenüber weiteren Untersuchungen und Eingriffen reagieren. Auf der anderen Seite treten Isolations- und Verlustängste, ein Gefühl der Abhängigkeit und ein verstärktes Bedürfnis nach Schutz beim Patienten auf. Er begegnet der Furcht, vom Arzt fallengelassen zu werden, mit einem betont angepaßten Verhalten. Die hohen Erwartungen und Bedürfnisse des Patienten führen dabei häufig zu einer Überforderung des Arztes. Dadurch kompliziert sich die Beziehung, und der Patient scheut es zunehmend, dem Arzt direkte Fragen zu stellen.

MEERWEIN (1983, S. 106) beschreibt die Gedanken von Kranken in dieser Phase wie folgt: «Ich weiß, wie stark mein Arzt unter meinem Rückfall leidet. Ich möchte ihn jetzt nicht mit meinen Fragen belästigen, seine knappe Zeit in Anspruch nehmen oder als aufdringlicher oder undankbarer Patient erscheinen. Er hat sich große Mühe mit mir gegeben, und er ist nicht Schuld daran, daß es mir nicht besser geht.» Statt direkte Fragen nach seinem Zustand zu stellen, orientiert sich der Patient eher an nonverbalen Signalen des Arztes. Er wird damit für ambivalente Botschaften des Arztes sensibel, z. B. dessen verbale Beteuerung, in jeder Situation für den Patienten da zu sein, verbunden mit einer Körperhaltung, die signalisiert, daß der Arzt «auf dem Sprung» ist. Gelingt es dem Arzt nicht, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, daß er weiterhin gut aufgehoben ist und alles medizinisch Mögliche für ihn getan wird, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß sich der Kranke gegenüber dem Arzt innerlich distanziert und alternativen Heilmethoden zuwendet.

### 3.4 Terminale Phase

Nach dem «Diagnoseschock» und der Bedrohung durch das Rezidiv wird in der terminalen Phase aus der Bedrohung Gewißheit. Der Kranke steht vor dem Verlust all dessen, was für ihn eine Bedeutung hat: der Familie, der Angehörigen und Freunde, der leiblichen Existenz. Zu dieser Verlustangst kommt die Ungewißheit vor dem, was ihn noch erwartet. Diese Krise läßt sich nicht einfach instrumen-

tell bewältigen. Das heißt, der Patient kann nichts tun, um das Sterben zu verhindern: Er muß sich mit der Tatsache seiner eigenen Endlichkeit auseinandersetzen.

Es ist schwer, den Zeitpunkt zu bestimmen, wann bei unheilbar Kranken von terminaler Phase zu sprechen ist (MEERWEIN, 1981; SPIEGEL-RÖSING, 1984; VON KEREKJARTO, 1990; MEYER u. VON KEREKJARTO 1981). Ein objektives Kriterium ist z. B., wenn die palliativen therapeutischen Maßnahmen die Beschleunigung des Progresses nicht mehr aufhalten können und dadurch ein akut lebensbedrohlicher Zustand entsteht. Ein weiterer Hinweis ist die Abkehr des Patienten von seiner Umwelt, wenn er allmählich seine Ich-Funktionen an die Betreuer überantwortet. Der Sterbebegleiter – dies kann der behandelnde Arzt, ein Mitglied aus der Familie, ein Mitglied des Pflegepersonals oder der Psychoonkologe sein – muß den Wunsch des Patienten nach schützender Abhängigkeit und Regression zulassen können. Diese Verhaltensweisen sind ebenso wie die emotionalen Zustände der Angst, Depression und Wut häufig nur von kurzer Dauer bzw. variieren im Tagesablauf stark. Durch eine empathische Gesprächshaltung wird es dem Patienten ermöglicht, offen über die Planung der ihm noch verbleibenden Zeit, das Abschiednehmen von seinen Angehörigen, die Sorgen um die «zurückgebliebenen» Angehörigen, aber auch über die Schmerzen zu reden (BURMESTER et al., 1984). Unrealistische, optimistische Phantasien tauchen auf und müssen vom Begleiter zugelassen und mitgetragen werden. Für die Umgebung ist der sporadische Realitätsverlust des Patienten oft schwer zu ertragen. Der Patient wechselt unvermittelt zwischen Lebensphantasien und Aussagen über seinen bevorstehenden Tod. Es ist wichtig, dem Patienten auch in diesen scheinbar widersprüchlichen Aussagen zu folgen: «Riechen Sie die Blaubeeren? Wir werden jetzt welche pflücken und nachher schön mit Milch und Zucker essen. Aber der Weg ist so weit, ganz weit. Meine Frau soll das Auto ruhig behalten, sonst wird sie zu einsam, wenn ich tot bin.»

KÜBLER-ROSS (1977) hat das terminale Stadium in fünf spezifische Phasen unterteilt. Ihre Betrachtungen können das Verständnis

des Patienten in der jeweiligen Situation erleichtern, wenn sie nicht als zeitlich aufeinanderfolgende Einheiten verstanden, sondern als vorübergehende Gefühlsreaktionen betrachtet werden.

Eine dieser Reaktionen ist die *Verleugnung*, die bei allen terminal Erkrankten intraindividuell stark schwankt: Das kann nicht wahr sein, es muß eine Verwechslung, ein Irrtum vorliegen, andere Ärzte müssen konsultiert werden, es wird schon eine wirksame Behandlung geben. Es wird nie dauernd und alles geleugnet. Auch kann eine Verleugnung, nachdem sie schon verschwunden schien, wieder auftauchen. Es gibt Momente, in denen der Kranke bereit ist, über Sterben zu reden, dann wieder nur über die Gefährlichkeit der Operation oder über die Verschlechterung seines Zustandes, und dies mit dem Unterton, daß die Operation zu überstehen sei oder der Zustand sich wieder bessern werde. Verleugnungen lassen sich auch personengezielt finden; sie werden gegenüber denjenigen Ärzten, Krankenschwestern und Angehörigen eingesetzt, die selber Verleugnung wünschen, während gegenüber anderen eine realistischere Betrachtung stattfindet. Der Vorteil der Verleugnung besteht darin, daß der Patient Zeit gewinnt, sich mit dem tödlichen Ausgang seiner Erkrankung, entsprechend den eigenen Kräften, auseinanderzusetzen. Ihr Nachteil ist die mögliche Verweigerung oder Vernachlässigung weiterer Behandlung und der Notwendigkeit, sein Leben zu ordnen.

Eine andere emotionale Reaktion ist der *Zorn*. Er kann die Form der Auflehnung gegen das persönliche Schicksal annehmen: Wieso ich mit meinen 61 Jahren, wieso nicht mein Nachbar, der schon 87 ist und ein schlechter Mensch obendrein. Zorn kann sich auch ungezielt und schwer berechenbar äußern. Die Klinik ist herzlos oder schlecht, die Ärzte sind Pfuscher, die Oberschwester ist eine Heuchlerin. Wenn die Schwestern die Betten machen, werden sie kritisiert, weil sie einem keinen Moment Ruhe gönnen, lassen sie einem Ruhe, werden sie kritisiert, daß sie die Pflege vernachlässigen. Solche Zornäußerungen haben ihre Nebenbedeutung: Noch bin ich am Leben, noch muß man mit mir rechnen. Oder auch: Ich muß sterben und ihr könnt euch eures Lebens freuen, diese Freude soll euch vergällt werden.

Manche Patienten versuchen zu *feilschen*, d. h. durch Wohlverhalten oder Opfer «höhere Mächte» günstig zu stimmen: Wenn ich mich jetzt genau an die Diät halte, wenn ich aufhöre, Alkohol zu trinken, wenn ich mich mit meiner Familie wieder versöhne, wenn ich eine große wohltätige Spende mache, dann müßte sich doch das Ende abwenden lassen. Die depressive Reaktion wird deutlich in Aussagen wie: Alles ist zu Ende, nichts kann mich jetzt noch freuen. Wenn der Patient seine Situation *akzeptiert*, kann er mit seinem Schicksal Frieden schließen und sich im Hier und Jetzt, an den kleinen positiven Dingen erfreuen. Die Phase der *Depression*

ist von den fünf beschriebenen Reaktionen die für den Patienten schwerste und am stärksten belastende.

Berücksichtigt man die geschilderten psychosozialen Determinanten, ergeben sich für den Umgang mit Todkranken folgende Empfehlungen:

- a) Es geht im Kontakt mit dem Patienten nicht um einen einmaligen Akt der Aufklärung, sondern um einen anhaltenden Kommunikationsprozeß. Dies setzt idealerweise voraus, daß das gesamte behandelnde Team, Hausarzt, Spezialisten und Krankenpflegepersonal, eine entsprechende Einstellung realisiert.
- b) Die Entscheidung, worüber gesprochen wird, sollte dem Patienten überlassen werden bzw. er sollte befähigt werden, die Initiative zu ergreifen. Dazu gehört, ihn zu ermutigen, Fragen zu stellen.
- c) Die Antworten des Spezialisten sollten dem Patienten die Möglichkeit der Verleugnung und Verharmlosung lassen. Das kann auch bedeuten, daß der Arzt dem Patienten nicht die maximal möglichen Informationen vermittelt, ohne die Bereitschaft zur umfassenden Aufklärung aufzugeben, falls der Patient ein Bedürfnis danach signalisiert. Eine Resthoffnung soll immer erhalten bleiben.
- d) Der Umgang mit sterbenden Patienten sollte Gegenstand der Fortbildung sein, z. B. in Gestalt von speziellen Fortbildungsseminaren.

## 4. Psychoonkologische Versorgung

### 4.1 Schmerz

Schmerzen sind ein häufiges Begleitphänomen einer malignen Tumorerkrankung und treten – entgegen einer landläufigen Meinung – nicht erst im Finalstadium auf. Nach übereinstimmenden statistischen Angaben von Tumorzentren verschiedener Länder leiden 20 bis 50 Prozent der Patienten schon zum Zeitpunkt der Diagnosestellung an Schmerzen (BONICA, 1985). Im Finalstadium sind nur 10 Prozent der Patienten schmerzfrei. Schmerzen können sowohl Ausdruck eines kurablen als

auch eines inkurablen Krankheitsverlaufs sein. Der Zeitpunkt des Auftretens des Schmerzes ist, ebenso wie seine Intensität oder sein Charakter, nicht vorhersagbar (JÜRGEN, 1991; ZENS, 1993). Folgendes ist zu beachten:

- Jeder Patient hat sein Schmerzempfinden.
- Jeder Patient hat seine Schmerzäußerung.
- Jeder Patient spricht auf die Analgetika unterschiedlich an. Das betrifft sowohl die Wirkung der «Analgesie» als auch das Ausmaß an Nebenwirkungen.
- Die Lokalisation der Schmerzursache prägt den Schmerzverlauf.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß der Schmerzverlauf eines Patienten einem ständigen Wechsel unterliegt: Verschlimmerung durch Bewegung, Tag- und Nacht-Rhythmus, spontane Änderung der Lokalisation und der Intensität.

Folgende Schmerzsyndrome und ihre Ursachen sind bei Tumorpatienten zu beobachten:

- a) Schmerzen, die direkt mit dem Tumorwachstum zusammenhängen:
  - im Abdomen, im Thorax und intrakraniell;
  - durch Nerveninfiltration
    - peripherer Nerven
    - in verschiedenen Plexus
    - mit Kompression des Rückenmarks oder des perineuralen Raumes anderer Nerven
  - Knochenmetastasen mit Schmerzausstrahlung je nach Ort des Befalls (Becken, Wirbelsäule usw.), besonders häufig bei Karzinomen der Mamma, Prostata und Schilddrüse
  - Metastasen in anderen Organbereichen
- b) Schmerzen, die mit der vorangegangenen Therapie zusammenhängen
  - Chirurgie (Thorakotomie, Metastektomie, Narben, Adhäsionen, Amputations- und Phantomschmerz); Bestrahlung (Plexusfibrose, Myelopathie, Adhäsionen, Nekrose)
  - Chemotherapie (Neuropathie, Neuralgie)
- c) Schmerzen, die auch unabhängig vom Tumorleiden auftreten und primär nichts damit zu tun haben
  - Osteoporose, Neuralgie, Herpes zoster, diabetische Neuropathie usw.

Psychische Faktoren können die Schmerzen im positiven als auch im negativen Sinne beeinflussen. Starke Angst, Depression und Schlaflosigkeit verstärken den Schmerz; Freude, Hoffnung und Zuwendung vermindern ihn. Die Grenze zwischen «organisch» bedingtem oder psychisch bedingtem

Schmerz ist beim Krebschmerz fließend. Es hat daher keinen Sinn und ist unangemessen, Aussagen des Patienten zu bezweifeln. Nach heutigem Wissensstand besteht eine starke Wechselwirkung zwischen organischem Ursprung und psychischem Befinden. Die WHO hat ein Drei-Stufen-Schema zur Behandlung von Tumorschmerzen entwickelt, um eine effektive Schmerztherapie zu gewährleisten:

Stufe I: mäßige Schmerzen: peripher wirkende, antipyretische Analgetika.

Stufe II: starke Schmerzen: peripher wirkende antipyretische Analgetika und niederpote, zentralwirkende Opiate.

Stufe III: sehr starke Schmerzen: peripher wirkende, antipyretische Analgetika und hochpotente, zentralwirkende Opiate.

70 Prozent der Patienten in der BRD erhalten nach Experteneinschätzung auch heute noch *keine ausreichende Schmerztherapie* (WANNEMACHER, 1994), obwohl bei etwa 95 Prozent der Betroffenen eine effektive Therapie möglich wäre. Eine für Tumorpatienten erfolgreiche Therapie mit zentral wirkenden Analgetika orientiert sich an folgenden Grundregeln:

- Regelmäßige Einnahme nach festem Zeitschema, nach dem Prinzip der Antizipation, d. h., es wird adäquat dosiert, bevor die Wirkung der vorherigen Dosis abgeklungen ist.
- Möglichst orale Verabreichungsform mit kontrollierter individueller Dosisanpassung.

Bei unzureichender Wirkung oraler Schmerzmittel besteht die Möglichkeit, das Opiat rückenmarksnah, z. B. peridural oder über einen implantierten Katheter direkt in den 3. Hirnventrikel, also ventrikulär, zu verabreichen.

Obwohl der wechselseitige Einfluß von psychosozialen Problemen und Schmerzerleben hinlänglich bekannt ist, werden in der Schmerzbehandlung die pharmakologische und psychotherapeutische Seite nicht aufeinander abgestimmt und koordiniert. Das bedeutet besonders für die Lebensqualität des Patienten unter Umständen eine große Beeinträchtigung. Der weiter oben beschriebene Einfluß von Depression, Angst und Streß auf die Schmerzwahrnehmung ist auch in umge-

kehrter Weise wirksam. In der Vergangenheit wurden daher leider häufig die reaktiven Störungsbilder der Krebspatienten fehldiagnostiziert. Auch deswegen werden diese Symptome bis heute vorwiegend mit Psychopharmaka behandelt, anstelle der eigentlich indizierten Kombination von Analgesie und Psychotherapie. Deshalb werden die Patienten oft nicht schmerzfrei, aber in ihren kognitiven Möglichkeiten beeinträchtigt. In der Regel lassen sich mit Psychopharmaka keine Analgetika einsparen. Die unberechtigte Furcht der Ärzte vor einer Analgetika-Sucht verhindert oft die angemessene Schmerzbehandlung.

Bei allen Schmerztherapien müssen folgende Aspekte mit dem Patienten vorher erörtert werden:

Der Therapeut sollte genau erklären,

- welcher Zusammenhang zwischen Schmerz und Krebskrankheit besteht,
- was sich im Körper des Patienten im Zusammenhang mit den Schmerzen abspielt und welche Bedeutung Einflüsse bei der Schmerzwahrnehmung haben (Angst/Katastrophisieren = Muskelverspannung)
- welche Behandlung schädlich oder günstig sein kann, welche individuellen Schmerzbewältigungsstrategien hilfreich sind (s. u.)
- ob bzw. wieweit der Patient Vertrauen in die Kompetenz des Arztes in bezug auf die Schmerzkontrolle hat.

Die am häufigsten und mit dem größten Erfolg angewandten Schmerztherapien sollen kurz geschildert werden. Alle Verfahren sind integrierte Behandlungskonzepte, d. h., sie verwenden sowohl psychologische als auch medikamentöse Komponenten. Grundlage der Schmerztherapien ist die «gate-control-Theorie» von MELZACK (1975) (vgl. Kap. IV.F). Sie betont neben den somato-sensorischen Faktoren bei der Schmerzerfahrung auch kognitiv-evaluative und motivational-affektive Aspekte.

Hilfreich bei der Schmerzbewältigung ist die *Informationsvermittlung*; durch sie kann schon eine Schmerzlinderung erreicht werden. Wenn dem Patienten das Wissen über die Beschaffenheit seiner Schmerzempfindung (sen-

sorische Komponente) und über seine Schmerzbewertung (affektive Komponente) vermittelt wird, können beide Komponenten bei entsprechenden Ratschlägen und in einer hinreichenden Beziehung entkoppelt werden: «Jetzt kann ich abschätzen, wie sich meine Schmerzen in den folgenden Stunden entwickeln, und ich kann sie benennen.» «Ich setze mir kleine Ziele, was ich im einzelnen gegen die Schmerzen tun werde.» Der Patient kann sich durch das Relativieren und die Verge-wisserung seiner eigenen Kompetenz selbst ermuntern: «Ich sage mir, ich kann viel ertragen, ich bin nicht zimperlich.» Der Patient kann durch motorische Aktivitäten wie Wandern, Schwimmen, Stretching gegensteuern oder durch mechanische Einwirkungen auf die schmerzende Stelle Linderung bewirken.

Die *Aufmerksamkeitssteuerung* ist vor allem bei nicht schweren Schmerzen der beste «painkiller». Aufmerksamkeitssteuerung kann durch äußere Reize hervorgerufen werden wie z. B. Ablenkung durch Videospiele, Fernsehen oder Radio, oder durch innere kognitive Strategien wie Konzentration auf angenehme Gedanken oder Erinnerungen erzeugt werden. Die verschiedenen Techniken werden mit dem Patienten in mehreren therapeutischen Sitzungen sorgfältig ausgearbeitet und eingeübt.

Das am häufigsten angewandte Therapieverfahren zur Linderung von Krebs-schmerzen ist die *Hypnose* (SEEMANN, 1989). Anstelle der klassischen Hypnose werden in der Onkologie vor allem die von MILTON ERICKSON (1981) und SEEMANN (1989) entwickelten Techniken verwendet. Im Gegensatz zur konservativen Hypnosetechnik, die den Patienten eher in einer passiven Rolle sieht, geht ERICKSON davon aus, daß es sich bei der Hypnose um ein Interaktionsgeschehen zwischen Arzt und Patient handelt. Grundlage ist die Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, welche die Bereitschaft des Patienten fördert, dem Therapeuten aus der Realität in eine imaginierte Welt zu folgen. Krebspatienten zeigen in der Hypnosetherapie meistens eine hohe Kooperationsbereitschaft; sie sind motiviert, weil ihnen aus den Schmerzsymptomen kein sekundärer Krankheitsgewinn entsteht.

*Entspannungsverfahren* gehören als unspezifische Basistherapien auch in den Kreis der schmerzlindernden Behandlungsmethoden. Sie werden im nächsten Abschnitt noch ausführlicher dargestellt.

Evaluation von Schmerztherapie geschieht durch Prä-/Post-Vergleiche sowie durch Prozeßindikatoren, welche die Veränderungsvariablen im Therapieverlauf erfassen.

Die verschiedenen Komponenten der Schmerzerfahrung werden meist mit dem McGill Fragebogen (MELZACK, 1975) erfaßt. Art und Intensität von Schmerzen werden entweder mit spezifischen Beschwerdelisten oder mit linear-analog-assessment-Skalen (LASA) erfaßt.

#### 4.2 Weitere psychotherapeutische Interventionen

Das therapeutische Vorgehen orientiert sich am Krankheitsverlauf. Die jeweilige somatische und psychische Situation des Patienten bestimmt die Anwendung der Therapieformen (stützend, beratend, übend oder aufdeckend). Im psychoonkologischen Bereich lassen sich fünf verschiedene Formen der Betreuung unterscheiden:

- Supportive Therapie
- Krisenintervention
- Beratungsgespräche/Kurztherapie
- geleitete Imagination und Entspannungstraining
- Sterbebegleitung.

Am häufigsten wird die *supportive Therapie* angewendet (s. Kap. III.F). Sie stellt auch bei körperlich schwerkranken Menschen eine Sonderform der Psychotherapie dar. Hauptmerkmal dabei ist der Aufbau einer stabilen Beziehung zum Patienten mit dem Ziel, seine gesunden Anteile zu stützen, Belastungen aufzufangen, die Selbstbestimmung des Patienten zu stärken und ihn zu ermutigen, auch negative Gefühle zuzulassen.

Befindlichkeiten, Befürchtungen und Vorahnungen werden vom Patienten oft nur indirekt, in symbolhafter Form mitgeteilt. Der Therapeut muß ihren emotionalen Gehalt erkennen und verstehen, was sich hinter den scheinbar allgemeinen Äußerungen des Patienten verbirgt. Insofern haben die Gespräche

auch eine diagnostische Funktion. Solche vorbewußten Botschaften des Patienten bieten auch für die Ärzte und Schwestern oft wichtige Hinweise für Behandlungsstrategien.

Zur supportiven Therapie gehören aber auch Gesprächsphasen ohne konflikthafte Themen. Sie dienen dem Aufbau und der Aufrechterhaltung des Kontaktes. Der Therapeut muß allerdings jederzeit aufmerksam sein, denn schnell können scheinbar nebensächliche und irrelevante Themen zentrale Bedeutung bekommen. Diese Art von Gesprächshaltung setzt ein geschultes Einfühlungsvermögen voraus, damit der Therapeut ohne bestimmte Erwartungshaltung den Patienten auch inhaltlich begleiten kann.

Die Methoden der supportiven Therapie sind überwiegend aktives Zuhören, seltener direktives Gesprächsverhalten, Interpretationen und Deutungen. In bestimmten Situationen ist nicht nur direktives Gesprächsverhalten, sondern auch die Themensetzung durch den Therapeuten notwendig – ein sonst im psychotherapeutischen Kontakt unübliches Vorgehen. Dies geschieht im Auftrag des Arztes oder in Absprache mit ihm z. B. im Umfeld von Aufklärungsgesprächen oder Therapieentscheidungen, bei bevorstehender Entlassung in ein Heim, bei Kommunikationsstörungen usw., um zu einer Klärung zu kommen, ob und in welcher Weise der Patient die anstehende Entscheidung mittragen kann. Der Patient kann sich in solchen Gesprächen in Ruhe mit der Problematik befassen und eigene Lösungen, Wünsche oder Ziele definieren. Supportive Therapie bedeutet immer auch die Zusicherung einer potentiell ständigen Verfügbarkeit des Therapeuten. Diese Zusicherung allein hat schon einen therapeutischen Effekt.

*Kriseninterventionen* werden bei plötzlich eintretenden, dramatischen Ereignissen und Situationen notwendig (z. B. einschneidende Diagnose-, Prognoseveränderungen, akute phobische Reaktionen auf Behandlungs- oder Diagnosemaßnahmen, Hilf- und Hoffnungslosigkeit (vgl. Kap. III.F), akutes Auftreten massiver Schmerzzustände, plötzlich notwendige stationäre Aufnahme usw.). Hauptkennzeichen der Krise ist eine massive Bedrohung der persönlichen Identität, bei onkologisch und anderen körperlich schwer kranken Per-

sonen besonders der körperlichen Identität. Die Abwehrmechanismen funktionieren nicht mehr adäquat; vorhandene Bewältigungsstrategien reichen nicht mehr aus. Es droht eine totale Dekompensation (z. B. panische Angst, Hilflosigkeit), die in erster Linie den Betroffenen selbst, aber auch die Funktionsfähigkeit der Behandelnden gefährden kann. Kommunikation ist in dieser Phase nur sehr eingeschränkt möglich. In einer Krisensituation ist es günstig, wenn bereits eine gute, tragfähige Beziehung zwischen Patient und Therapeut etabliert ist, denn die Krise erfordert einen sehr engen Kontakt zum Patienten (Ansprechen und Körperkontakt). Wichtig ist es auch, den Patienten immer wieder mit Namen anzusprechen. Es kann aber auch notwendig sein, direkter vorzugehen, als es im Rahmen der supportiven Therapie üblich ist. Der Therapeut muß die «Führung» für den Patienten übernehmen können, wenn dies zur Schaffung eines Realitätsbezugs sinnvoll und notwendig ist.

Bei *Beratungsgesprächen* liegt das Ziel vor allem in einer Klärung der Situation des Patienten. Die Aufgaben des Psychotherapeuten besteht hierbei primär in einer Hilfe zur Selbsthilfe. Das Erkennen seiner Situation und der ihn belastenden Probleme soll den Patienten befähigen, seine Entscheidungen selbst zu treffen und in praktisches Handeln umzusetzen.

*Konfliktbearbeitende Psychotherapien* (vgl. Kap. III.C) sind in der Regel Kurztherapien für besondere Indikationen. Im Fall von Klaustrophobie z. B. kann eine erfolgreiche Kurzpsychotherapie die notwendige Voraussetzung für die strahlentherapeutische Behandlung sein.

In Kombination mit Entspannungsverfahren wie Autogenes Training (AT) und Progressive Muskelrelaxation (PMR) ermöglicht die *Geleitete Imagination* (GI) einen tieferen und länger anhaltenden mentalen und körperlichen Entspannungszustand als nur AT oder PMR. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in der Anleitung zur Entspannung und der verbalen Induktion von Vorstellungsbildern. Ziel der Vermittlung dieser Bilder in entspanntem Zustand ist es, dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit, des

Wohlgefühls oder der Hoffnung zu vermitteln. Der Inhalt solcher Vorstellungsbilder variiert: Es kann sich dabei um eine Sommerwiese oder einen Meeresstrand handeln. Es können auch mit dem Patienten gemeinsam entwickelte Bilder, die eine für ihn angenehme Vorstellung oder Erinnerung enthalten, oder Phantasien, die einen erfolgreichen Genesungsverlauf vorwegnehmen, verwendet werden. Der Vorteil von gemeinsam entwickelten Phantasien und Vorstellungsbildern ist, daß der Patient einen besseren Zugang zu ihnen hat, weil er sie mitgestaltet. Auch wird verhindert, daß Imaginationsverfahren einfach nur durch Medien, z. B. als Audiokassette, verabreicht werden.

Trotz der großen Zahl von Publikationen über verschiedene psychosoziale Interventionen gibt es keine Angaben zur Effizienz der einzelnen Methoden. Etwa die Hälfte aller Publikationen über psychosoziale Interventionen beschäftigen sich mit Mammakarzinompatientinnen. Wenn auch die Diagnose eine einheitliche Gruppe suggeriert, sind doch erhebliche Unterschiede im Tumorstadium, im Alter der Patientinnen, in der Erkrankungsdauer sowie in der Zielsetzung der medizinischen Interventionen festzustellen. So ist es nicht verwunderlich, wenn HOLLAND und ROWLAND (1989) uneinheitliche, zum Teil widersprüchliche Ergebnisse in der Copingforschung konstatieren. Dagegen verzeichneten Untersuchungen zur Effektivität psychosozialer Interventionen bei Krebspatienten fast einhellig die Verbesserung der Lebensqualität. Neben Studien, die den Einfluß psychosozialer Interventionen auf die globale Lebensqualität, Angst, Depression, Selbstkonzepte und «Orte der Kontrolle» (locus of control) untersuchten (SCHAFFNER, 1994), wurden auch Studien veröffentlicht, die das härtere Kriterium der Überlebenszeit anlegten. SPIEGEL (1992) und FAWZY (1990) konnten bei Mammakarzinompatientinnen, die ein Jahr lang an wöchentlicher Gruppentherapie teilnahmen (N = 34), gegenüber einer Gruppe ohne Psychotherapie (N = 24) die Lebensdauer um 18 Monate verlängern. Diese empirischen Befunde bedürfen noch der Replikation, wenn auch neuere Untersuchungen in die gleiche Richtung weisen.

### 4.3 Angehörige

In empirischen Studien und in der klinischen Erfahrung zeigt sich, daß der Zusammenhalt und die wechselseitige Sorge füreinander in Familien mit einem Krebskranken wächst (WIRSCHING, 1990; BUDEBERG, 1989; MEERWEIN, 1991; SCHULZ et al., 1990). Während sich die innerfamiliären Grenzen immer mehr verwischen – man kann schon fast von einer gegenseitigen «Verklammerung» der einzelnen Mitglieder sprechen –, grenzt sich die Familie gegenüber der Umwelt immer stärker ab. Die Bindungen innerhalb der Familie sind häufig durch moralische Verpflichtung und Überbehütung geprägt. Die Kommunikation ist durch das Meiden aggressiver Auseinandersetzungen bei gleichzeitiger emotionaler Anspannung eingeschränkt. Vor allem in der Anfangszeit, wenn der Patient erstmals aus dem Krankenhaus entlassen wurde, überwiegt das Harmoniebedürfnis. In dieser Phase wird von allen Familienmitgliedern bei der Wiedereingliederung des Erkrankten und einer eventuell neu zu definierenden Rollenverteilung eine große Anpassungsleistung gefordert. Verschiedene, durch die Erkrankung bedingte Belastungen müssen von der Familie bewältigt werden. So müssen Aufgaben, die vorher der Patient hatte, von anderen Mitgliedern der Familie übernommen werden, was dazu führen kann, daß dadurch das Selbstwertgefühl des Erkrankten verletzt wird. Dies kann dadurch noch verstärkt werden, daß die Übernahme von pflegerischen Maßnahmen durch andere Familienmitglieder notwendig wird. Es gibt darüber hinaus meist noch eine Vielzahl von Einschränkungen im Freizeit- und Sozialbereich. Dies alles kann zu einer Reihe von psychischen und sozialen Problemen führen, welche die Entwicklung einer gemeinsamen Bewältigungsstrategie notwendig machen.

Sexuelle Bedürfnisse nehmen im Laufe einer belastenden Strahlen- und/oder Chemotherapie sowie mit Fortschreiten der Krankheit in der Regel ab. Damit der gesunde Partner dies nicht als Zeichen von Desinteresse deutet und sich gekränkt vom Partner zurückzieht, sind Informations- und Aufklärungsgespräche mit dem Arzt oder Psycholo-

gen sehr wichtig. Auf der anderen Seite ist es nicht selten, daß Kranke in der terminalen Phase starke libidinöse Wünsche haben. Hier ist es wichtig, mit dem Partner stützende Gespräche zu führen, um zu verhindern, daß er sich frühzeitig zurückzieht und später von Schuldgefühlen geplagt wird. Allgemein läßt sich feststellen: Ist eine Partnerschaft vor der Erkrankung intakt, bleibt sie in der Regel auch unter der großen Belastung der Krankheit tragfähig.

Zum Abschluß sollen noch einige Überlegungen zum Umgang mit Angehörigen von terminal Kranken mitgeteilt werden. Die frühere Praxis, den direkten Angehörigen in flüchtigen Gesprächen auf dem Korridor Diagnose, Prognose und Therapieverlauf – also Fakten, die für sie persönlich ebenso einschneidend wie für den Patienten selbst sind – mitzuteilen, sollte vermieden werden. Wenn der Patient noch voll geschäftsfähig ist, soll man ihm selbst die Entscheidung überlassen, wer von seinen Angehörigen als «nächster» Angehöriger anzusehen und in die Betreuung miteinzubeziehen ist, und nicht die juristische Reihenfolge einhalten. Es hat sich bewährt, den Patienten zu dem von einem Angehörigen gewünschten Gespräch hinzuzuziehen. Der Patient braucht so nicht zu fürchten, daß vor seiner Tür anders gesprochen wird als an seinem Krankenbett. Sein Vertrauen wird gefördert und Mißtrauen vermieden. Der Arzt muß aufgrund seiner bisherigen Erfahrungen einschätzen können, ob der Patient und/oder die Angehörigen den Belastungen gewachsen sind. Patienten sind selten das schwächste Glied in der Familienkonstellation und zeigen ein wenig Erstaunen oder gar Abneigung gegenüber gemeinsamen Gesprächen mit Angehörigen.

Das Wissen um den nahen Tod eines Angehörigen ruft bei den anderen Betroffenen, Schmerz, Auflehnung und häufig Schuldgefühle hervor. Bei länger verlaufenden Erkrankungen setzt bei Angehörigen oft eine sogenannte antizipatorische Trauer ein. Aufgabe des Arztes ist es, die Angehörigen in die Betreuung intensiver einzubeziehen, um solchen negativen Entwicklungen vorzubeugen und eine Versöhnung zu ermöglichen.

Mit zunehmender Nähe zum Tod wird das Wahrnehmungs- und Orientierungsvermögen geringer und kann zu totaler Bewußtlosigkeit führen. Dennoch: Mit der Mehrzahl der Kranken kann man bis zum letzten Tag noch kommunizieren. 70 Prozent der terminal Kranken, die im allgemeinen Krankenhaus liegen, und auch jene, die zu Hause gepflegt werden, sind auch noch 24 Stunden vor ihrem Tod voll ansprechbar, und bei 25 Prozent der Sterbenden ist dies auch 15 Minuten vor dem Tod noch möglich.

90 Prozent der Menschen in Deutschland sterben in Krankenhäusern, aber 80 Prozent würden lieber zu Hause sterben. Deshalb wurden mehrere empirische Studien zur häuslichen Pflege terminal kranker Tumorpatienten durchgeführt (KLEEBERG et al., 1991).

Die Hinterbliebenen wurden vier bis zwölf Wochen nach dem Tode des Patienten gebeten, sich an der Untersuchung zu beteiligen. Die Stichprobe umfaßte 92 Personen. Der Betreuungszeitraum in dieser Stichprobe betrug durchschnittlich zwei Jahre. Die Zeit der Bettpflege dauerte im Mittel sechzehn Tage. Bei 85 Prozent der Betreuer handelte es sich um den Ehepartner der verstorbenen Patienten. Die Hälfte der Befragten gab an, daß sich in ihrer Beziehung während der Betreuungszeit nichts geändert habe, und 90 Prozent derjenigen, die eine Veränderung angaben, bezeichneten diese als positiv. Der Umgang miteinander wurde als liebevoller und verständnisvoller empfunden. 42 Prozent antworteten auf die direkte Frage nach Gefühlen wie Ungeduld, Ärger, Wut, daß sie dergleichen zumindest manchmal verspürt hätten. Zwischenzeitliche Krisensituationen, in denen der Abbruch der häuslichen Betreuung erwogen wurde, erlebten nach eigenen Angaben nur 12 Prozent. Niemand gab die häusliche Betreuung wegen der aufgetretenen Schwierigkeiten auf. Bei 26 Prozent der Befragten traten während der Betreuung Beschwerden wie Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Grippe, Magenbeschwerden oder rheumatische Beschwerden auf. Die Frage, ob sie jetzt körperliche Beschwerden hätten, die auf mit der Pflege verbundenen Anstrengungen zurückzuführen seien, verneinten 2/3 der Betreuer; etwa 1/3 gab an, daß die eigene Gesundheit auch über den Zeitraum der Betreuung hinaus beeinträchtigt gewesen sei. 70 Prozent antworteten, daß die stärkste Belastung die Ohnmacht gegenüber der Erkrankung war: das Gefühl, nicht helfen zu können, sich das Leiden ansehen zu müssen, die Verschlechterung des Zustandes des Patienten und seine Schmerzen mitzerleben. Für die Hälfte der Betreuer waren die Auseinandersetzungen mit der Endgültigkeit, die alle Zukunftspläne zunichte machte, und die

Angst vor der Sterbestunde die am schwersten zu bewältigenden Probleme. Die psychische Belastung trat weit mehr in den Vordergrund der subjektiven Bewertung der Betreuungssituation als die physische. 40 Prozent der Betreuer bejahten die direkte Frage, ob auch über die Krankheit gesprochen worden war. 32 Prozent hatten nicht über dieses Thema geredet, 28 Prozent nicht über die Schwere der Krankheit. 94 Prozent der Befragten gaben an, daß der Patient ihnen gegenüber dankbar gewesen sei, bis zuletzt zu Hause bleiben zu können. Der Frage: «Wird Ihre jetzige Situation dadurch erleichtert, daß Sie zu Hause betreut haben?» stimmten – bis auf eine Ausnahme – alle Befragten zu. Rückblickend gaben 3/4 der Betreuungspersonen an, daß sie wieder bereit wären, die häusliche Versorgung des Patienten zu übernehmen. 17 Prozent waren unsicher und 7 Prozent lehnten zum Befragungszeitpunkt die erneute Übernahme einer häuslichen Betreuung und Pflege ab.

Befragt man dagegen Angehörige von terminal Krebskranken (N = 56), die im Krankenhaus gepflegt wurden und dort starben, so gaben als Gründe für die Entscheidung zur stationären Pflege der terminal Kranken 7 Prozent der Befragten an, daß sie sich durch die häusliche Pflege psychisch überlastet fühlten, 30 Prozent, daß sie der Aufgabe physisch nicht gewachsen waren. Ebenfalls 7 Prozent sahen keine Möglichkeit für die Durchführung der Hauspflege. Diese Angaben waren unabhängig vom Alter der Betreuer.

Die Einweisung in ein Krankenhaus erfolgte bei 85 Prozent der Patienten auf Anraten der Ärzte, bei 24 Prozent auf Wunsch des Patienten. 57 Prozent der Befragten gaben an, daß sie jederzeit mit dem Arzt sprechen konnten.

54 Prozent der Hinterbliebenen hatten mit ihrem kranken Angehörigen nicht über die Krankheit und den Tod gesprochen, wobei als Gründe u. a. die unpersönliche Atmosphäre im Krankenhaus und die fehlende Gelegenheit zum ungestörten Gespräch genannt wurden. 68 Prozent der Befragten waren in der Todesstunde nicht anwesend. 86 Prozent von ihnen waren vom Krankenhaus zu spät benachrichtigt worden. 61 Prozent gaben an, daß es sie bedrücke, in der Stunde des Abschieds nicht bei ihrem Lebenspartner gewesen zu sein. Schuldgefühle, Schlaflosigkeit, Nervosität, Depression und Einsamkeit wurden von den Hinterbliebenen als Belastungen nach dem Tode des Partners angegeben.

Als ein Fazit ist festzustellen, daß die häusliche Pflege terminal Kranker einer stationären «Behandlung» trotz der angegebenen psychischen und physischen Belastungen der Betreuer vorzuziehen ist, insbesondere dann, wenn der Patient selbst die häusliche Betreuung wünscht.

In den angelsächsischen Ländern hat sich seit längerer Zeit die *Hospiz-Bewegung* bewährt. In der BRD wird diese Bewegung noch mit Skepsis betrachtet; allmählich nehmen aber auch hier die einschlägigen Einrichtungen zu. In speziell für Sterbende eingerichteten Häusern oder auf sogenannten «Palliativstationen» werden die terminal Kranken medizinisch voll versorgt, wobei die menschliche Begleitung durch einen Personalschlüssel von 1 zu 1 rund um die Uhr gesichert ist. Dem Patienten wird eine weitgehende Selbstbestimmung durch wohnliche Gestaltung der Zimmer und die Möglichkeit, z. B. eigene Bilder aufhängen zu können, erhalten, und die zeitlich unbegrenzte Anwesenheit von Angehörigen soll ein würdiges Sterben ermöglichen, auch wenn die häusliche Pflege nicht mehr gewährleistet ist.

Wenn Angehörige nach dem Tod eines Familienmitgliedes, auch nach einer mehrmonatigen (6–12 Monate) Trauerphase, ihr seelisches Gleichgewicht nicht wiedererlangen, besteht für sie die Möglichkeit, sich einer *Selbsthilfegruppe* anzuschließen. In diesen Selbsthilfegruppen wird die Trauerphase oft erfolgreicher als in einer Psychotherapie bewältigt. Das Aussprechen von Trauer, Leid und Verlusterlebnissen ist unter Mitführenden, weil Mitbetroffenen, die beste Hilfe (vgl. Kap V.C).

#### 4.4 Betreuer

Die besondere Belastung von Ärzten und Pflegepersonal in der Onkologie wird mit der Besonderheit der Krebserkrankung selbst begründet (HOLLAND u. ROWLAND, 1989; HERSCHBACH, 1991; RATSAK u. SCHIEBELPIEST, 1992). Die Besonderheiten sind im einzelnen:

- Merkmale der Krebserkrankung selbst, ihre Allgegenwärtigkeit, die mangelnde Vorhersagbarkeit und der häufig tödliche Ausgang
- Merkmale der Behandlung, die Furcht vor Bestrahlung und Chemotherapie, die Nebenwirkungen derselben
- die Formen palliativer Behandlung

- Teamkonflikte im Zusammenhang mit Entscheidungen über den Behandlungsverlauf
- emotionale Reaktionen der Patienten auf die Diagnose
- persönliche Ängste beim Personal
- soziale Isolation im Privatleben.

Die emotionalen Belastungen sind nach MEERWEIN (1991) dadurch gegeben, daß Krebspatienten häufig unbewußte Feindbilder auf das Pflegepersonal projizieren, wenn die therapeutische Ohnmacht nicht ertragen werden kann und als böswillige Verweigerung von Hilfe mißverstanden wird. Schwer depressive Patienten, besonders solche in der terminalen Phase, die ihren Zustand verleugnen, erschweren den Kontakt auch dann, wenn durch längere Liegezeiten und wiederholte Aufenthalte auf der Station eine engere persönliche Beziehung entstanden ist.

*Burn-out* («ausgebrannt») benennt das Phänomen, das bei einst hochmotivierten, engagierten Ärzten und Schwestern vorkommt: Schleichend breitet sich aufgrund von chronischer Überlastung körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung aus, und es wird immer schwerer für sie, sich auf die Patienten mitfühlend einzustellen. An seinem Zustandekommen sind viele institutionelle Rahmenbedingungen beteiligt, welche unspezifisch sind:

- ein zu geringer Personalschlüssel, der zu Überlastung führt
- Rollenkonflikte aufgrund hierarchischer Strukturen
- schwerfällige Bürokratie, die den Informationsfluß hemmt
- Zeitdruck, unklare Aufgabenverteilung und fehlender Rückhalt bei Kollegen.

Spezifische durch die Krebspatienten bewirkte Probleme sind die Abgrenzung und der Umgang mit eigenen Aggressionen.

Gegenmaßnahmen sind die Einführung von regelmäßigen Stations- bzw. Teambesprechungen, eine psychoonkologische Weiterbildung sowie eine regelmäßige Fachsupervision oder BALINT-Gruppe (vgl. Kap. III.B) durch einen außerhalb der Hierarchie stehenden Supervisor.

## Literatur

- BAHNSON CB: Stress and cancer: The state of the art. Part II. *Psychosom* 22(3), 207–220, 1981
- BAHNSON CB: Trennungs- und Verlusterlebnisse bei Frauen mit Mastektomie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 36, 25–31, 1986
- BARTROP RW, LAZARUS L, LUCKHORST E, KILOH LG, PENNY R: Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet* 1, 834–836, 1977
- BEUTEL M: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Edition medizin VCH, Weinheim 1988
- BLOOM JR, SPIEGEL D: The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Soc Sci Med* 19(8), 831–837, 1984
- BONICA JJ: Cancer Pain (Hrsg.): BONICA JJ: Pain, S. 335, Raven Press, New York 1985
- BUDDEBERG C: Ehen krebserkrankter Frauen. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore 1985
- BUHRMESTER C, VON KEREKJARTO M, RATSACK G, SCHIEBEL-PIEST B: Medizinpsychologische Betreuung von Tumorpatienten im stationären und ambulanten Bereich. In SPIEGEL-RÖSING I, PETZOLD H (Hrsg.) Die Begleitung Sterbender, S. 577, Junfermann, Paderborn 1984
- BULLINGER M: Forschungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Krebs. In VERRER R, HASENBRING M (Hrsg.) Psychosoziale Onkologie, Bd. 3, S. 45, Jahrbuch der med. Psych., Springer, Berlin 1989
- DEROGATIS LR, ABELOFF MD, MELISARATOS N: Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *J Am Med Ass* 242, 1503–1508, 1979
- DEUTSCH F: On the mysterious leap from the mind to the body. New York 1959
- DE VITA, HELLMAN S, ROSENBERG SA (Hrsg.): Cancer. Principles and practice of oncology. Lippincott, Philadelphia 1989
- DOLL R, PETO R: The causes of cancer. Oxford University Press, New York 1981
- DUNBAR F: Mind and body. Random House, New York 1948
- ERICKSON MH: The interpersonal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *Am J of Clinical Hypnosis* 8, 198–209, 1977
- EYSENCK HJ: Personality stress and cancer prediction and prophylaxis. *Br J Med Psychol* 61, 57–75, 1988
- FAWZY FI, COUSINS N, FAWZY NW, KEMENY ME, ELASHOF R, MORTON D: A structured psychiatric intervention for cancer patients I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 47, 720–725, 1990
- FAWZY FI, KEMENY ME, FAWZY NW, ELASHOF R, MORTON D, COUSINS N, FAHEY JL: A structured psychiatric intervention for cancer patients II. Changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiatry* 47, 729–735, 1990
- FERBER C VON, FERBER L VON: Der kranke Mensch in der Gesellschaft. Rowohlt, Reinbek 1978
- FOLLICK et al.: Psychosocial adjustment following ostomy. *Health Psychol* 3, 505–513, 1984
- FOX, BH: Current theory of psychogenic effects on cancer, incidents and prognosis. *J Psychosoc Oncol* 1, 17–32, 1983
- GÖTZE P, HUSE-KLEINSTOLL G: Präoperative Angst und Angstbewältigung: Psychodiagnostische Probleme und therapeutische Implikationen aus psychoanalytischer Sicht. *Psychother Psychosom Med Psychol* 38, 232–239, 1988, 1988
- GREER S, MORRIS T, PETTINGALE KW: Psychological responses to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet* 2, 785–787, 1979
- GRODDECK G: Psychosomatische Forschung als Erforschung des Es. Berlin 1934
- HARVALD B, HAUGE M: Heredity of cancer elucidated by a study of unselected twins. *JAMA* 186, 749–753, 1963
- HEIM E: Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychother Psychosom Med Psychol* 38, 8–18, 1988
- HEIM M: Alternativ Therapien bei Krebserkrankten. Deutscher Krebsskongress, Berlin 16–20 März 1992
- HENDERSON C: Breast cancer. In WILSON JD, BRAUNWALD E, ISSELBACHER KJ, PETERSDORF RG, MARIN UB, FAUCI AS, ROOT RK (Hrsg.) Principles of internal medicine, Bd. 2, McGraw-Hill, New York 1991
- HERSCHBACH P: Streß im Krankenhaus – Die Belastung von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 176–186, 1991
- HOLLAND C: Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: Human studies. In HOLLAND JC, ROWLAND JH (Hrsg.) Handbook of psychoncology. Oxford University Press, New York 1989
- JÜRGEN J: Medikamente gegen Krebs Schmerzen. Edition medizin VCH, Weinheim 1991
- KEREKJARTO M VON, SCHUG S: Psychosoziale Betreuung von Tumorpatienten im ambulanten und stationären Bereich. *Aktuelle Onkologie*, Bd. 37, Zuckschwerdt, München 1987
- KEREKJARTO M VON: Über die Notwendigkeit einer psychosozialen Versorgung onkologisch Kranker. In BECKMANN D, DAVIS-OSTERKAMP S, SCHEER JW (Hrsg.) Medizinische Psychologie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1982
- KEREKJARTO M VON, SCHULZ K-H, KRAMER C, FITTSCHEN B, SCHUG SE: Grundlegende Aspekte zum Konzept der Lebensqualität. In VERRER R,

- HASENBRING M (Hrsg.) *Psychosoziale Onkologie*, Bd. 3, S. 18, Jahrbuch – Med. Psych. Springer Berlin 1989
- KEREKJARTO M VON: Begleitung sterbender Krebspatienten. In KLUSMANN R, EMMERICH B (Hrsg.) *Der Krebskranke. Psychosomatische Medizin im interdisziplinären Gespräch*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1989
- KIECOLT-GLASER JK, GLASER R, STRAIN EC, STOUT J, TARR KL, HOLLIDAY BS, SPEICHER C: Modulation of cellular immunity in medical students. *Journal Behav Med* 9, 5–21, 1986
- KISSEN BM: Psychosocial factors, personality and lung cancer. *Men Br J Med Psychol* 40, 29–43, 1967
- KLEEBERG UR, KEREKJARTO M VON, KADEN H, WAGNER-BASTMEYER R, KUR A, SCHULZ K, BOGEAN G, REICHEL L, ERDMANN H: Supportive care of the terminally ill cancer patient at home and in a day-hospice. *Onkologie* 14, 240–246, 1991.
- KLUSMANN D: Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke. In ANGERMEYER MC, KLUSMANN D (Hrsg.) *Soziales Netzwerk*. Springer, Berlin 1989
- KLUSMANN R: *Psychosomatische Medizin* Springer, Berlin/Heidelberg/New York/Tokio 1986
- KÜBLER-ROSS E: *Interviews mit Sterbenden*. Kreuzverlag, Stuttgart 1977
- KÜCHLER T, SCHREIBER HW: Lebensqualität in der Allgemeinchirurgie. *HÄB* 43, 246–250, 1989
- KÜCHLER T: *Lebensqualität post operationem*. Habilitationsschrift, Hamburg 1992
- LAZARUS RS, LAUNIER R: Stress related transactions between person and environment. In PERVIS LA, LEWIS M (Hrsg.) *Perspectives in interactional psychology*, S. 287, Plenum, New York 1978
- LE SHAN L: *Psychotherapie gegen den Krebs*. Klett-Cotta, Stuttgart 1982
- MEERWEIN F: Die Arzt-Patientenbeziehung des Krebskranken. In MEERWEIN F (Hrsg.) *Einführung in die Psycho-Onkologie*, 2. Aufl., Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1981
- MELZACK R: The McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1, 1277–1299, 1975
- MEYER AE, KEREKJARTO M VON: Umgang mit zum Tode Kranken. In JORES A: *Praktische Psychosomatik*, 2. Aufl., Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1981
- MORRIS et al.: Psychological and social adjustment to mastectomy. A two-year-follow-up study. *Cancer* 40, 2381–2387, 1977
- MOSER G, KISS A, SACHS G, SPIESS K, SCHWARZMEIER J: Die Bedeutung psychosozialer Beschwerden in der Erstanamnese – Eine Untersuchung an unselektierten Patienten einer internistisch/poliklinischen Universitätsambulanz. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 1989
- NAOR S, ASSAEL M, PECHT N, TRAININ N, SAMUEL D: Correlations between emotional reaction to loss of an unborn child and lymphocyte reaction to mitogenic stimulation in women. *Israel J Psychiatry Related Sciences* 20, 231–239, 1983
- NEWBERRY BH, GORDON TL, MEEHAN S: Animal studies of stress and cancer. In COOPER CL, WATSON M (Hrsg.) *Cancer and stress: Psychological, biological and coping studies*. Wiley, New York 1991
- PETTINGALE KW: Coping and cancer prognosis. *J Psychosom Res* 28(5), 363–364, 1984
- RATSAK G, SCHIEBEL-PIEST B: *Psychoonkologie für Krankenpflegeberufe*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992
- REVENSON TA, WOLLMAN CA et al.: Social supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosom Med* 45(4), 321–331, 1983
- ROSENBERG SA, LONGO DL, LOTZE MT: Principles and applications of biologic therapy. In DE VITA VT, HELLMAN S, ROSENBERG SA (Hrsg.) *Cancer. Principles and practice of oncology*. Lippincott, Philadelphia 1989
- SCHOTTENFELD D, FRAUMENI JF JR (Hrsg.): *Cancer epidemiology and prevention*. Saunders, Philadelphia 1982
- SCHULZ K-H, SCHULZ H: Overview of psychoneuroimmunological stress- and intervention studies in humans with emphasis on the uses of immunological parameters. *Psycho-Oncology* 1, 1991
- SCHULZ K-H, KEREKJARTO M VON, SCHULZ O, KASTNER G: Der Krebskranke in seiner Familie. In KOCH U, POTRECK RR (Hrsg.) *Rehabilitation von Krebskranken*. Springer, Berlin 1992
- SCHWARZ R: *Psychoätiologische Theorien der Krebsentstehung und deren empirische Überprüfung am Beispiel des Mamma- und Bronchialkarzinoms*. Habilitationsschrift, Heidelberg 1991
- SCHWARZ R: Psychosoziale Faktoren in der Karzinomgenese: Zur Problematik der sogenannten Krebspersönlichkeit. *Psychother Med Psychol* 43, 1–9, 1993
- SEEMANN H: Aktuelle Trends bei der Schmerzbekämpfung in der Onkologie. In VERRES R, HASENBRING M: *Psychosoziale Onkologie*. Bd. 3 – Jahrbuch der med. Psych., Springer, Berlin 1989
- SENN HJ: Wahrhaftigkeit am Krankenbett. In MEERWEIN F (Hrsg.) *Einführung in die Psychoonkologie*, 3. Aufl., Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1985
- SHAVIT Y, LEWIS JW, TERMAN GW, GLAE RP, LIEBESKIND JC: Endogenous opioids may mediate the effects of stress on tumor growth and immune function. *Proc West Pharmacol Soc* 26, 53–56, 1983
- SHAVIT Y, LEWIS JW, TERMAN GW, GALE RP, LIEBESKIND JC: Opioid peptides mediate the sup-

- pressive effect of stress on natural killer cell cytotoxicity. *Science* 223, 188–190, 1984
- SIMONTON OC, MATHEWS-SIMONTON S, CREIGHTON J: Getting well again. Tarcher, St. Martins/New York 1978
- SKLAR LS, ANISMAN H: Stress and coping factors influence tumor growth. *Science* 205, 513–515, 1979
- SKLAR LS, ANISMAN H: Stress and cancer. *Psychol Bull* 89, 369–406, 1981
- SOUEGEK D: Can psychotherapy prolong cancer survival? *Psychosomatics* 31, 361–366, 1992
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1991 für das vereinte Deutschland. Wiesbaden 1991
- TAYLOR P et al.: Illness-related and treatment-related factors in psychological adjustment to breast cancer. *Cancer* 55, 2506–2513, 1985
- TAYLOR P, ABRAMS D, HEWSTONE M: Cancer, stress and personality: A correlational investigation of life-events, repression-sensitization and locus of control. *Br J Med Psychol* 61, 179–183, 1988
- VENTAFRIDA V, DAM FSAM, YANCIK R, TAMBURINI M (Hrsg.): Assessment of quality of life and cancer treatment. Excerpta Medica, Amsterdam 1986
- VISINTAINER MA, VOLPICELLI JR, SELIGMAN MEP: Tumor rejection in rats after inescapable or escapable shock. *Science* 216, 437–439, 1982
- WANNENMACHER M: Eröffnungsrede des Präsidenten zur Deutschen Krebsforschung am 16. März in Hamburg 1994
- WEISMAN AD: Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am J Med Sci* 271, 187–196, 1976
- WEISMAN AD: On dying and denying. Behavioral Publications, New York 1972
- WEISMAN AD, WORDEN WJ: The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *J Psychiatry Med* 7(1), 1–15, 1976
- WIRSCHING M, DRINGS P et al.: Psychosoziale Faktoren der Gesundheitserhaltung? Prospektive Untersuchungen bei Brustkrebs, Bronchialkrebs und Mastopathia fibrocystietwa. *Psychother Med Psychol* 40, 70–75 1990
- ZENS J: Aus der täglichen pflegerischen Arbeit mit Tumorpatienten. Ein persönlicher Erfahrungsbericht. 1993