

H. P. Bilek

## Psychosoziale Betreuung von Krebspatienten; State of the art\*

**Zusammenfassung** Die vorliegende Arbeit geht von der Grundannahme aus, daß die Mißerfolge, aber auch die Erfolge der modernen (somatischen) Krebstherapie zur Notwendigkeit eines psychosomatischen Ansatzes in der Krebsbehandlung führen. Der „Paradigmawechsel“, an dem auch die Medizin nach langem, standhaftem Widerstand nicht vorbeikommt, hat sich und wird sich immer mehr in den therapeutischen Grundannahmen niederschlagen. Die Entwicklung der Psychotherapie in unserem Jahrhundert hat, einerseits durch neue Erkenntnisse, andererseits aber auch durch das Wiedererschließen von archaischem Wissen, Möglichkeiten geschaffen, dem Krebsproblem von zweiter Seite „zu Leibe“ zu rücken. In dieser Zusammenstellung werden die dzt. gängigsten Methoden beschrieben und gleichzeitig wird der Versuch gemacht, deren jeweilige Vor- und Nachteile darzustellen. Es wird auch klargestellt, daß bei der Ausbildung in Richtung psychosozialer Betreuung von Krebspatienten ein gemeinsamer Nenner zu beachten ist, nämlich die Durcharbeitung des Phänomens der Endlichkeit und der Krebsangst als solcher, die – auf Grund der ungeheuren Verbreitung der Erkrankung – ubiquitär ist, und daher auch alle Therapeuten betrifft.

**Schlüsselwörter:** Psychosoziale Betreuung von Krebspatienten, Methodenübersicht.

### **Encadrement psychosocial de cancéreux: state of the art**

**Résumé** Notre travail se fonde sur la constatation suivante: on considère maintenant l'encadrement psychosocial (EPS) de malades du cancer comme un complément indispensable d'une thérapie somatique. L'EPS tire ses origines du travail social, d'une part, et, d'autre part, de la psychooncologie, une discipline centrée sur une perception faisant du cancer une maladie psychosomatique. Il y a donc aussi plusieurs manières d'aborder le travail avec les malades. Comme l'indique

\* Der Titel war auch gleichzeitig das Thema der 9. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychooncologie, 1993, Bad Ischl; die Arbeit bezieht sich teilweise auf die dort gehaltenen Vorträge. Diese sind als Tonbandmitschnitt ebendort erhältlich, bzw. werden im Jahrbuch 1994 veröffentlicht.

### **Psychosocial care of cancer patients; state of the art**

**Abstract** This paper is an attempt to give an overview of what is important in psycho-social care of cancer patients. Both the failures and the successes in modern cancer therapy implicate a psychosomatic thinking in this field. After a long and steady period of resistance, the “changing of paradigm”, is penetrating, and in future will continue to penetrate the therapeutical basic-hypothesis of medicine. The development of psychotherapy in this century has provided a large number of possibilities to solve the cancer problem from a second direction – on the one hand by new findings, on the other hand by rediscovering archaic wisdom. In this review the most frequently used methods are described – and their respective advantages and disadvantages are briefly discussed. It is also stated clearly that in the training of therapists for psycho-social care a common denominator must be observed, namely the “working through” of the phenomena of finiteness and the fear of cancer on their part, as this illness is so widespread.

**Keywords:** Psycho-social care in cancer patients, review of methods.

son titre, le présent article décrit et évalue toutes les méthodes utilisées actuellement.

On définit d'abord le terme “EPS” en se référant au manuel de psychooncologie de Holland/Rowland. Cette discipline y est décrite comme suit: “... des efforts systématiques entrepris pour influencer la manière dont le malade assume (son ‘comportement de coping’) par le biais de mesures pédagogiques et psychothérapeutiques”. En s'appuyant sur un article de Schwiersch, on montre que l'ESP implique une offre très diversifiée, allant du soutien visant à aider le malade à cesser de fumer aux entretiens psychologiques individuels en passant par des exercices de gymnastique.

La partie intitulée “Considérations de base” décrit les éléments particuliers au cancer: il s'agit d'une

maladie potentiellement mortelle, associée à un tabou; de plus, les responsables de l'encadrement se voient contraints – du fait qu'il s'agit d'une maladie très fréquente – de réfléchir à la manière dont ils sont concernés (malades ou victimes dans leur propre environnement social, peur de tomber malades à leur tour) afin de pouvoir adopter une attitude objective envers les patients. C'est dans ces conditions seulement qu'il devient possible d'offrir aux malades soutien et compréhension. On souligne également que les responsables doivent parfois faire preuve d'un grand courage, pour être en mesure d'encourager les patients à entreprendre des démarches quelquefois très peu habituelles – bien qu'elles apparaissent comme nécessaires (voir l'exemple de cas de Bahnson: Sky Diving).

L'article rappelle ensuite que, selon Grawe, il faut définir l'offre en fonction de 4 aspects: son efficacité, ses effets comparés à d'autres offres, la manière dont elle est indiquée sur un plan différencié et la manière dont elle agit. On parvient à la conclusion suivante: les personnes chargées de l'encadrement de cancéreux doivent définir avec soin leur propre attitude dans le contexte de leur rencontre avec le patient et des objectifs fixés à l'encadrement.

Le passage suivant traite de la question de la manière dont l'offre est acceptée. Il souligne qu'un besoin fondamental d'aide et une disponibilité à accepter cette aide ne sont pas du tout la même chose. De plus, il est probable que la personnalité des cancéreux ne leur permet pas d'être très ouverts à des stratégies constructives.

Dans la partie intitulée "Objectifs de l'encadrement", on effectue une distinction entre court terme, moyen terme et long terme et constate que la maladie peut clairement être subdivisée en 4 phases: phase périopératoire, rémission, récurrence et phase terminale. Par analogie avec les phases décrites par Kübler-Ross pour le processus de mort, on souligne que chaque étape réclame une manière spécifique de procéder, mais que les responsables de l'encadrement doivent conserver assez de flexibilité pour être en mesure d'agir par rapport au processus dans son ensemble et indépendamment d'une phase spécifique. On rappelle en particulier que d'assez grandes fluctuations peuvent caractériser la manière dont les cancéreux se sentent, parfois indépendamment de paramètres objectifs (résultats cliniques, par exemple); les personnes qui s'occupent d'eux doivent donc savoir comment offrir une forme adéquate de soutien.

L'article traite aussi du thème de la gestion des rapports pouvoir/impuissance. Il s'agit d'une question centrale pour médecins et thérapeutes à laquelle il faut accorder une attention particulière dans le contexte du cancer, du fait des caractéristiques de cette maladie (et plus spécialement de son évolution potentiellement mortelle).

A la fin de ce passage, on mentionne le fait que des "camps" se sont formés à ce niveau. On montre que les personnes travaillant avec des cancéreux adoptent deux attitudes très différentes. D'aucuns considèrent comme adéquate une attitude de soutien peu spécifique (oncologie psychosociale) dont le but implicite

est palliatif, alors que les autres s'axent plus sur un soutien devant viser à une guérison du patient. Les avantages et désavantages de ces deux attitudes sont évalués. En conclusion, on met en rapport 'guérison' et 'salut', un aspect de l'évolution de la maladie qui peut acquérir une grande importance surtout en phase terminale.

Le chapitre suivant est consacré à la description des différentes méthodes. Il traite d'abord de la psychanalyse et souligne que la psychooncologie en particulier a repris de nombreux concepts psychanalytiques (voir entre autres le "concept de complémentarité" de Bahnson, qui constitue l'un des éléments centraux d'une perception moderne, psychosomatique du cancer). On souligne également qu'une connaissance des concepts psychanalytiques peut être très utile au niveau de l'encadrement, mais que le setting utilisé à l'origine par la psychanalyse ne convient pas dans le cas de malades gravement atteints.

La deuxième méthode décrite est la thérapie Gestalt et en particulier la notion d'"impasse". Par "impasse" on entend des "goulets existentiels" par lesquels on doit passer (la naissance, par exemple) ou peut passer, et qui parfois se manifestent sous forme de maladie. Une manière adéquate de saisir le "phénomène de l'impasse" peut être très efficace lorsqu'il s'agit d'encadrer des cancéreux. Une deuxième notion centrale à la thérapie Gestalt, l'accent mis sur le "ici et maintenant" peut être considérée comme très utile dans le traitement d'états d'angoisse.

L'article présente ensuite la thérapie familiale (systémique). A ce niveau, on observe la famille "live" pendant ses interactions et considère ces dernières comme pathologiques en soi. Le cancer est donc perçu comme un processus interactionnel. On décrit également l'approche particulière à Hellinger, la "reconstruction familiale", qui se centre sur la notion d'acting-out inconscient de tâches déléguées par la famille d'origine (parfois sur plusieurs générations).

Le passage suivant est consacré à l'hypnothérapie. On y rappelle qu'hypnose et transe sont des traitements curatifs archaïques et ont connu un regain de popularité ces dernières années. L'hypnose produit des résultats satisfaisants en particulier dans le traitement de la douleur. Lorsqu'elle est intégrée à une conception psychosomatique/psychanalytique plus globale (Ladenbauer), elle peut être considérée comme constituant une offre complète d'encadrement.

La cinquième méthode présentée est celle du "training Simonton". Cette approche s'est acquise une place dans la thérapie du cancer et a beaucoup contribué à ce que l'encadrement psychosocial des cancéreux évolue jusqu'à sa forme actuelle. On tente aussi d'expliquer les effets obtenus par le biais du "processus de visualisation" élaboré par Simonton en utilisant des notions de psychanalyse (influence exercée sur le processus primaire).

Les thérapies corporelles sont présentées dans le passage suivant; on indique qu'elles adoptent de nombreuses formes et que la plupart des approches (occidentales) visent à briser la "carapace" postulée par Reich. Dans ce contexte, on indique également que

Reich a formulé sa propre approche pour comprendre le cancer, à savoir la notion de "biopathie".

On traite ensuite du concept d'autonomie développé par Bilek et Linemayr (et présenté ici pour la première fois). Ce concept représente une synthèse des notions de psychosomatique incluses à l'idée de "mélodie de vie" de Leshan, à la notion de complémentarité de Bahson et au "training à l'autonomie" élaboré par Grossrath-Maticek. Il condense ces différentes approches et les utilise en se fondant sur l'expérience clinique, pour permettre une meilleure approche du traitement des cancéreux.

La dernière partie de l'article présente des réflexions concernant l'encadrement psychosocial pratiqué dans des institutions (hôpitaux), les évolutions à prévoir et l'influence de la psychoneuroimmunologie (PNI). Elle trace une esquisse d'une oncologie chirurgicale

## Einleitung

Die psychosoziale Betreuung des Krebspatienten kann man – inzwischen auch in Österreich – als eine allgemein anerkannte Forderung ansehen, wenngleich wir hierzulande von einem quantitativ relevanten Ausmaß weit entfernt sind. Der „Paradigmawechsel“, an anderer Stelle bereits in das therapeutische Konzept integriert (z.B. im Psychiatrischen KH Baumgartner Höhe; Prof. Gabriel, persönliche Mitteilung), fehlt in diesem Bereich – zum Schaden aller. Von diesen Gegebenheiten ausgehend, ist es sinnvoll, sich Gedanken über die Form einer solchen Betreuung zu machen und eine Übersicht über die dzt. gängigsten Methoden anzubieten.

## Definition des Begriffes

Eingangs sei die Frage gestellt, was unter dem Begriff „psychosoziale Betreuung“ zu verstehen ist? Wir verstehen darunter jede Form der professionellen Zuwendung, die dem Patienten eine Unterstützung im genannten Bereich gewährleistet. Im Handbuch für Psychoonkologie, Holland/Rowland (1989) wird sie wie folgt definiert: „... sind systematische Bemühungen das Coping-Verhalten durch erzieherische respektive psychotherapeutische Maßnahmen zu beeinflussen“. Der Frage, was man sich unter dieser Vorgangsweise vorstellen kann, wird repräsentativ in der Untersuchung von Schwiersch (1993) an einer bekannten deutschen Nachsorgeklinik nachgegangen; das Programmangebot stellt sich wie folgt dar:

Gymnastische Übungen, Massagen, Bäder  
Ärztliche Betreuung  
Arztvisiten  
sportliche Freizeitangebote  
Informationsvorträge zur Krebserkrankung  
Unterhaltungsaktivitäten  
Vorträge über gesunde Ernährung  
Informationen über Alternativmedizin  
Gruppengespräche Abteilungsarzt  
Diagnostik  
Autogenes Training  
Krankengymnastik als Einzeltherapie  
Lymphdrainagen

devant concilier de manière idéale les implications somatiques et psychosociales du traitement. En ce qui concerne les tendances actuelles, on parle du "modèle de centering" élaboré par Hartmann et souligne le fait que les concepts dans lesquels un traitement holistique est pratiqué se situent très près d'une prophylaxie valide au niveau global du domaine de la santé.

Concernant l'efficacité du traitement, on indique que ces derniers temps – et de manière générale – on tend à viser moins une prolongation de la vie qu'une qualité de vie aussi bonne que possible.

Par rapport à la PNI, on souligne que cette nouvelle approche scientifique a déjà contribué à faire revoir de nombreuses notions – concernant en particulier la fonction du système immunitaire. Par conséquent, il faut s'attendre à ce que l'EPS subisse lui aussi de nombreuses mutations ces prochaines années.

Hilfestellung zur Streßbewältigung  
Beratung zu Berufs und Rentenfragen  
Hilfen um abzunehmen  
Psychologische Einzelgespräche  
Gestalterische Tätigkeiten  
Informationsvortrag zum Brustwiederaufbau  
Gespräche mit einem Seelsorger  
Hilfen, sich das Rauchen abzugewöhnen

Die Reihenfolge enthält auch – von oben nach unten – die prozentuelle Akzeptanz der einzelnen Angebote durch die Patienten (von nahezu 100 bis rund 28%), was gleichzeitig eine sehr deutliche Aussage über die Haltung der Patienten ganz allgemein zu ihrer Bereitschaft sich helfen zu lassen, widerspiegelt. Dabei ist zu bemerken, daß die „psychologischen Einzelgespräche“ immerhin von rund der Hälfte der Patienten in Anspruch genommen wurden (allerdings ist zu beachten, daß es sich dabei um eine Spezialklinik handelte).

## Zur Entwicklung der Psychosozialen Betreuung

Zum besseren Verständnis des Themas muß die historische Entwicklung berücksichtigt werden. Ein Anbot, wie es oben angeführt ist, war in früheren Jahren – ausgehend vom allgemeinen (und insbesondere medizinischen) Selbstverständnis – keineswegs die Norm, vielmehr war überhaupt keine wie auch immer geartete Betreuung vorgesehen. Ich möchte an dieser Stelle zwei Standard-Aussagen anführen, die die Situation, wie sie noch vor rund zwei Jahrzehnten die Regel war, beschreiben: „Die Schwester gab mir ein Stück Zellstoff, das ich mir in den Büstenhalter schieben konnte, damit der Defekt nicht so offensichtlich war, und schon stand ich auf der Straße.“ Ärztliches Stereotyp bei Nachuntersuchungen: „Sie sind gesund, sie haben noch keine Metastasen!“

Die Ursachen für diese Entwicklung liegen sicherlich u.a. in dem Umstand, daß die Krebserkrankung unter dem Gesichtspunkt des Makels gesehen wird. Die Patienten haben auch eine signifikante Tendenz zur Verleugnung (Bilek, 1987), was die Isolation, in die sie geraten, verstärkt (und zwar sowohl aktiv als auch passiv; d.h. sie werden gemieden und sie vermeiden

Kontakt). Die Not, in der sich Patienten befinden, läßt sich auch daran deutlich erkennen, daß das Selbsthilfegruppen-Wesen sich hier sehr stark entwickelt hat.

### Grundsätzliche Überlegungen

Wie aus dem oben angeführten Abschnitt zu erkennen ist, wird der Begriff „Psycho-soziale Betreuung“ sehr weit gefaßt; dazu kommen noch die Begriffe „Beratung“ und „Psychotherapie“. Wir müssen daher zwei grundsätzliche Fragen anschließen, die nach der Gestaltung des Feldes, in dem psychosoziale Betreuung stattfindet, und die Frage nach der Effektivität derselben.

Zur ersten ist festzuhalten:

1. *Krebs ist eine potentiell tödliche Erkrankung.*
2. *Krebs ist eine tabuisierte Erkrankung; über Krebs kann man keineswegs so sprechen wie beispielsweise über einen Herzinfarkt.*
3. *Krebs ist so verbreitet (jeder Dritte läuft Gefahr, an Krebs zu erkranken), daß man von einem ernsten gesellschaftlichen Problem sprechen muß, und somit stehen auch die Betreuer diesem Phänomen nicht unbefangen gegenüber.*

Es wird ersichtlich, daß diese Erkrankung Themen enthält, die gesellschaftlich tabuisiert sind. Einerseits ist es der Tod als solcher und andererseits wird Krebs als Krankheit verstanden, die, wie schon oben erwähnt, einen Makel darstellt, ähnlich wie manche Infektionskrankheiten (denken wir an die Tuberkulose in der Zeit, in der sie noch verbreitet war) und natürlich die Geschlechtskrankheiten inklusive AIDS. Für den Betreuer ergibt sich daraus, daß er mit Tabu-Themen umgehen können muß, ohne dabei seine empathisch/souveräne Haltung zu verlieren. Ich halte dies auch deswegen für besonders schwierig, weil die Erkrankung ja nicht so außergewöhnlich ist wie etwa AIDS, sondern so häufig, daß zumindest eine indirekte, persönliche Betroffenheit sehr wahrscheinlich ist.

Die Frage nach der Effektivität läßt sich im ersten Schritt so beantworten, daß alleine der Umstand, daß der Krebspatient einen Ansprechpartner findet, daß – noch – jemand mit ihm redet, schon von einer Tragweite sein kann, die den ganzen Krankheitsverlauf beeinflusst (sinngemäß ist es ein „für den Patienten Da-Sein“, wie es auch in der Therapie von psychotischen Menschen gefordert wird).

Wenn wir uns mit den inhaltlichen Aspekten auseinandersetzen, dann ist der erste Schritt der Beratung sicher der, die verschiedenen supportiven Möglichkeiten aufzuzählen. Angst engt uns ja bekanntlich ein und läßt uns die Zukunft als eine Art Sackgasse erscheinen, aus der es kein Entrinnen gibt. Das Aufzeigen von Möglichkeiten wirkt daher bereits entängstigend und führt nahtlos zum zweiten Schritt, der Erarbeitung von Coping-Strategien für den Patienten. (Z.B. hat sich die Position des neutralen Beraters mit medizinischer Kompetenz als sehr wichtig herausgestellt; die Patienten werden ja mit oft sehr einschneidenden Therapie-vorschlägen konfrontiert, dies aber unter dem Aspekt, daß eine Ablehnung ihren raschen Tod zur Folge haben könnte. In dieser Situation, in der sich der Patient leicht

zu einem Therapieschritt, den er innerlich nicht billigt, nötigen läßt, ist es von großem Vorteil, wenn er sich von jemandem Dritten, der die Behandlung nicht ausführen wird, beraten läßt. Die Erfahrung zeigt, daß die Haltung des Patienten zu der gewählten Therapie großen Einfluß auf deren Effektivität hat; d.h. eine innere Ablehnung schwächt auch die Wirkung eines an sich potenten Heilmittels. Dieser Umstand mag auch einen Einfluß auf die statistische Streubreite im Ansprechen der verschiedenen Heilverfahren haben.)

Überhaupt hat die Selbstsicht des Patienten einen wesentlich größeren Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung, als dies bislang gesehen wurde. Einschlägige Untersuchungen zeigen, daß die Patienten, die eine konstruktive Haltung zu ihrer Krankheit haben, auch die bessere Prognose haben (Frischenschlager, 1992). Entscheidend bei der Gestaltung von Bewältigungsansätzen wird die Haltung des Therapeuten sein und sein Mut, konventionelle Bahnen zu verlassen. Krebspatienten befinden sich sehr häufig in einer existentiellen Zwickmühle (in diesem Zusammenhang erscheint mir der Gedanke von Beck [1985] interessant, der in der Krankheit die Funktion eines Moratoriums, eines Entscheidungsaufschubes, sieht), aus der sie oft nur dadurch herauskommen können, in dem sie die Bahnen der Normalität (auch in dem Sinne der subjektiven Normalität, also dem, was der Patient aufgrund seiner Prägung als normal empfindet) verlassen. So berichtete beispielsweise Leshan (bei einem Vortrag, gehalten 1983 in Berlin), daß er seinem Hodgkin-Patienten Pedro dabei geholfen habe, bei der Feuerwehr New Yorks einen Job zu bekommen, indem er die medizinischen Befunde manipuliert hatte; Bahne-Bahnsen berichtete (bei einem familientherapeutischen Seminar 1987 in Wien), daß er eine Brustkrebspatientin mit Knochenmetastasen ermutigte, sich ihren größten Wunsch zu erfüllen, nämlich Sky-diving (eine Form des Fallschirmspringens, bei der man den Schirm erst kurz über dem Boden öffnet, nachdem man aus großer Höhe abgesprungen ist).

Wie bereits aus dem Gesagten klar wird, sind die Grundvoraussetzungen für eine derartige Betreuung: keine „Berührungängste“ vor dem Patienten, ein umfassendes Sachwissen (z.B. auch in Sozial-Fragen) und der Mut, auch unkonventionelle Schritte zu protegiere. *Die psychosoziale Betreuung erfordert daher eine unterstützende, verstehende und mutige Haltung gegenüber dem Patienten, die sich aus der – in diesem Kontext sehr raren – Empathie ergeben muß.*

Der nächste Schritt ist die Differenzierung des Angebotes. Dabei erscheint die Sichtweise von Grawe (1992) zur Psychotherapie hilfreich, der vorschlägt, sich über die 4 Fragen ins Klare zu kommen: *Wirksamkeit, vergleichende Wirkung, differentielle Indikation und Wirkungsweise.* (Dies wäre auch deswegen von großem Nutzen, da schon die Vielfalt der Begrifflichkeiten „psychosoziale Betreuung“, „Beratung“, „Psychotherapie“ eine nicht nur für den Laien verwirrende Vielfalt darstellt. Mit diesem beschriebenen „Raster“ hingegen, kann man die einzelnen Zugänge nach der Indikation, nach den Bedürfnissen des Patienten und auch nach den Zielvorstellungen des Helfers zuordnen, respektive auch in ihrem Effekt besser quantifizieren.)

Zusammenfassend sei daher festgehalten, daß wir zu Beginn der Betreuung zwei Fragen klären müssen:

1. Die grundsätzliche Haltung, mit der ich einem Menschen, der an Krebs erkrankt ist, in helfender Absicht begegne, und
2. die Definition der Zielvorstellung und die sich daraus ableitende Wahl des Zuganges.

### Zur Akzeptanz des Angebotes

In diesem Abschnitt möchte ich auf eine Diskrepanz aufmerksam machen, die auf den ersten Blick überraschend ist. Allen mit dem Thema Vertrauten ist wohl klar, daß Krebspatienten eine derartige Unterstützung sehr notwendig haben. In der Realität ist es aber so, daß – z.B. in einem entsprechenden Krankenhaus, in dem eine derartige Anbot etabliert ist – lediglich rund 10% der Patienten dieses in Anspruch zu nehmen bereit sind. Diese Zahlenangabe entspricht nicht nur meiner eigenen Erfahrung sondern sie wird sowohl in einer Habilitationsarbeit von Kuchler<sup>1</sup> (1992) als auch in den Daten des „Handbook of Psychooncology“ (1989) bestätigt. Über die Ursachen dieser Diskrepanz gibt es wenige Arbeiten (in diesem Kontext sei auf die Publikation von Brusis [1993] hingewiesen); aus meiner eigenen Erfahrung in der Betreuung von Schwerkranken (Bilek, 1987) besteht zwischen Bedürftigkeit und Annahme von Hilfe ein inverses Verhältnis, d.h. umso bedürftiger ein Individuum ist, umso weniger ist es bereit, Hilfe (zumindest in diesem Bereich) anzunehmen. Abgeleitet von den zahlreichen Untersuchungen über die psychische Struktur von Krebskranken (z.B. Meerwein, 1981) läßt sich vermuten, daß die geringe Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, eben Ausdruck der spezifischen Persönlichkeitsstörung ist.

Andererseits wissen wir ganz allgemein aus der Psychotherapie, daß der Entschluß, eine solche zu machen per se schon hilfreich ist, weil dies impliziert, daß das Individuum bereit ist, seine Situation in einem konstruktiven Sinn zu verändern. Es ist daher gerade in der psychischen Betreuung von Krebskranken notwendig, daß die Betreuer über die ablehnende Haltung der Patienten und ihre Hintergründe Bescheid wissen und ein entgegenkommend/einladendes Verhalten zeigen.

### Ziele der Betreuung

Die nächste Frage ist die nach den Betreuungszielen im Detail. Es ist dabei sinnvoll, zwischen kurzfristigen (unmittelbaren), mittelfristigen und langfristigen Zielen zu unterscheiden.

*Kurzfristige Ziele* sind entweder von kriseninterventionistischer Art (in der Regel bei allen akuten Ereignissen), oder der Therapeut zielt darauf ab, ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu schaffen. Die *mittelfristigen* werden in der Regel von Coping-Fragen beherrscht sein:

wie kann der Patient seine Krankheit handhaben, was bei so (scheinbar) banalen Fragen wie Prothesen, Haarersatz etc. beginnt und bei ernsten, wie gestaltet sich die Zukunft des Patienten unter dem Gesichtspunkt, daß er z.B. nicht mehr arbeiten kann oder, vorhersehbar, sterben wird, endet. Die *langfristigen Ziele* entwickeln sich immer auf der Basis einer funktionierenden Übertragung und werden daher auch dem ganzen existentiellen Fragenkreis gewidmet sein: Klärungen – oder zumindest der Versuch – zur Frage nach dem Sinn des Daseins, zum Phänomen der Endlichkeit, dem Abschiednehmen etc.

Wie schon oben erwähnt, sind die Ziele auch nach dem jeweilig vorhandenen Krankheitsstadium zu differenzieren, denn die Befindlichkeit des Patienten schwankt beträchtlich. Gerade bei der Krebserkrankung treffen wir den Patienten in sehr unterschiedlichen Situationen an – grundsätzlich könnte man von 4 *Stadien* sprechen: *perioperativ*, in der *Remission*, im *Rezidiv* oder *terminal* – sodaß sich die Form des Zugangs sehr stark an diesen Stadien orientieren muß. Allerdings sei bei einer solchen Angabe von „Stadien“ auch daran gemahnt, daß diese nicht zu starr verfolgt werden; es sei in diesem Zusammenhang auch an die 5 Sterbephasen, die Kübler-Ross beschrieben hat, erinnert, weil – wie jeder, der mit Sterbenden gearbeitet hat, weiß – auch das Sterben nur selten nach dem Lehrbuch verläuft.

Wenn wir uns auch vor einem allzu schablonisierten Vorgehen hüten müssen (der Patient ist im Stadium X, daher gehe ich nach Plan Y vor), finden wir trotzdem in den einzelnen Phasen so typische Charakteristika, daß man zumindest grobe Richtlinien geben kann.

So ist das erste Stadium, *die Zeit um die Operation*, durch die große Verlustangst des Patienten gekennzeichnet; Angst, seine körperliche Integrität zu verlieren (insbesondere, wenn es um äußerlich verstümmelnde Operationen geht), Angst vor Verlust des Lebens, häufig mit der Vorstellung zur Narkose gekoppelt.

Stadium 2, die *Remission*, ist oft die Zeit der Erleichterung. An dieser Stelle sollte man mit dem Patienten Strategien erarbeiten, die möglicherweise eine Wiederkrankung verhindern. Diese Vorgangsweise ist – naturgegeben – sehr fragwürdig; tatsächlich kann ja niemand die wirklichen Ursachen für das Krankgeworden-Sein kennen. Allerdings haben die meisten Patienten eine Eigenvorstellung (subjektive Kausalattribution), was dazu geführt hat, daß sie krank wurden (Verres, 1986). Bezeichnenderweise ist diese meist mit Schuldgefühlen/Schuldzuweisungen besetzt. An diesen zu arbeiten, hat therapeutisch oberste Priorität, dabei fließt – praktisch von selbst – auch das Thema ein, was der Patient machen muß, um gesund zu bleiben. Der Vorteil dabei ist, daß die Betroffenen nicht mit irgendwelchen – fragwürdigen – Fremdeideen konfrontiert werden („Du bleibst gesund, wenn Du ...“; die Zahl der „guten Tips“ ist Heerschar), sondern eingeladen werden, ihre eigenen Vorstellungen vom Heil-Werden zu formulieren und zu realisieren. Die Schwierigkeiten, mit welchen zu rechnen sind, sind einerseits, daß die Patienten in dieser Phase von Therapie ganz allgemein wenig wissen wollen, andererseits – und das erscheint mir ein sehr wichtiger Aspekt zu sein – die Balance

<sup>1</sup> In der selben Arbeit zeigt Kuchler, daß 50% der Patienten von einer derartigen Unterstützung einen Nutzen ziehen würden.

zwischen Wachsamkeit bezüglich eines Wiederauftretens und Angstmache vor einem Rezidiv zu finden.

In dieser Phase der Remission begegnen wir aber auch nicht selten einer Depression, die als Ausdruck des psychischen Aspektes der Krankheit gewertet werden kann (siehe Bahnson'sches Komplementaritäts-Konzept, unten). Die Depression kann auch als klassische Erschöpfungsdepression nach Erreichen eines schwierigen Ziels (Remission nach langer und eingreifender Chemotherapie) angesehen werden.

Das *Rezidiv* ist meist durch den Zusammenbruch gekennzeichnet: „Die Krankheit hat mich wieder eingeholt, ich habe ja doch keine Chance, etc ...!“ Es ist eine für den Therapeuten sehr anstrengende Zeit, in der er versuchen muß, den Patienten aus seiner defätistischen Sicht herauszuführen und ihn dazu zu bringen, aus den Geschehnissen zu lernen.

Das 4. Stadium, die *terminale Phase*, bedeutet praktisch Sterbebegleitung. Es ist dies natürlich ein eigenes Kapitel und das adäquate Vorgehen kann nur durch themenzentrierte Selbsterfahrung erlernt werden. An dieser Stelle sei nur soviel gesagt, daß es an den Therapeuten die größten Anforderungen stellt, seine größte Sensibilität fordert. U.a. muß er auch sehr hellhörig sein, denn die Wenigsten können das Thema Tod direkt und offen ansprechen, meist kommt es in einer verdeckten Form oder über eine Metasprache, z.B. spricht der Patient von einer großen, wunderschönen Reise, die er plant. Das „Da-Sein“ eines Anderen in dieser letzten Lebensphase, in der Konfrontation mit der Unausweichlichkeit, ist ungeheuer wertvoll. Die technische Anforderung an den Betreuer ist dabei gering, die emotionale dagegen groß, muß er sich doch – ebenso unausweichlich – mit der „*Conditio humana*“ auseinandersetzen, der Endlichkeit, der Hinfalligkeit und dem Wissen darum.

Bei der *Definition der Ziele*, die angestrebt werden, fließen – zwangsläufig – unmittelbar Gegenübertragungsaspekte ein. Die innere Haltung des Therapeuten zu den ernststen Fragen, die bei dem Auftreten einer Krebserkrankung entstehen, kommt zum Tragen. Gerade hier sollte die Ausbildung des professionellen Helfers sehr sorgsam erfolgt sein, und er sollte all die Fragen, die in diesem Zusammenhang entstehen können, auch für sich, zumindest ansatzweise, geklärt haben. Bei den meisten Krebspatienten tritt ein Phänomen auf, welches die Einhaltung von angepeilten Zielen sehr erschwert, es ist dies das Schwanken des unmittelbaren Gesundheitszustandes. Trotz Progredienz des Leidens können die Patienten äußerlich sehr gesund wirken (oft wirken sie erst wenige Tage vor ihrem Tod ernsthaft krank) und ebenso schwankt die psychische Verfassung, d.h. ist der Patient auch heute noch motivierbar, seine Situation aktiv zu gestalten und etwas Konstruktives für sich zu tun, so kann dies am nächsten Tag schon völlig anders sein, er ist depressiv, defätistisch und läßt sich „völlig durchhängen“. Da dadurch die beiden grundsätzlichen therapeutischen Haltungen, die des Stützens und die der Herausforderung, sehr schwer „dossierbar“ sind, muß der Therapeut einerseits eine sehr klare Vorstellung haben, was sein Ziel in der Behandlung darstellt, andererseits muß er sich flexibel dem

aktuellen Zustand des Patienten anpassen. Am allerwichtigsten erscheint es mir, die Machtansprüche zu klären; ist das Problem des Machtanspruches in der Psychotherapie ganz allgemein von zentraler Bedeutung, so wird es im Umgang mit Krebspatienten zur Entscheidung. Da die Krebserkrankung auf Grund ihres oft unaufhaltsamen Verlaufes ein Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit auslöst (ein Problem, das bei Ärzten sehr bekannt ist [Linemayr, 1991] und diese immer wieder dazu verleitet, „noch eine Therapie“ anzuschließen, obwohl dies, bezogen auf die Lebensqualität des Betroffenen, nur mehr eine Verschlechterung bringt), ist es sehr verführerisch, diesem Ohn-Macht(s)-Gefühl mit „Macht“ gegenüberzutreten. Ein sorgsames Reflektieren des Handelns im Sinne einer Super/Intervision (auch für den Erfahrenen) ist angezeigt.

Merkwürdigerweise hat sich die Psychoonkologie – was die Ziele anbetrifft – in den letzten Jahren zweigeteilt. Auf der einen Seite gibt es nun die „angestammte Psychoonkologie“ und auf der anderen hat sich die „Psychosoziale Onkologie“ etabliert. Man kann durchaus von der Bildung „ideologischer“ Lager sprechen, haben doch die einen einen kurativen Ansatz, also das Ziel, dem Krebspatienten zur Heilung zu verhelfen und die anderen einen strikt palliativen; sie sehen den Erfolg ihres Tuns in der Linderung des Zustandes des Patienten. Diese beiden Standpunkte werden durchaus nicht nur sachlich formuliert (inwieweit eine nüchterne Betrachtung in diesem Bereich überhaupt erreicht werden kann, sei dahingestellt), sondern auch heftig und absolut unwissenschaftlich diskutiert, sodaß es für den Nichtinformierten sehr schwer ist, sich eine relevante Meinung zu bilden.

Es scheint mir daher angezeigt, mich an dieser Stelle mit dieser „Lagerbildung“ kritisch auseinanderzusetzen. So ist zur ersten Gruppe zu bemerken, daß der „Heilsanspruch“ ein zutiefst menschliches Verlangen ist, daß es das Phänomen der Spontanheilung<sup>2</sup> gibt, und daß mehrere zeitgenössische Therapeuten, wie etwa Leshan (1986), Bahne-Bahnson (1986), Simonton (1982) diesbezüglich Erfolge berichten. Der zweiten Gruppe muß man zugute halten, daß sich der rein medizinische Verlauf der Erkrankung in vielen Fällen auch durch eine intensive Betreuung kaum beeinflussen läßt, und daß nicht zu Unrecht der Verdacht gegenüber der ersten Gruppe entsteht, daß diese einen unreflektierten Machtanspruch hat und Realitäten leugnet. Da dzt. wissenschaftlich handfeste Beweise für eine stichhaltige Orientierung fehlen, obliegt es jedem Einzelnen, sich „zuzuordnen“. Allerdings ergibt sich dieses Problem

<sup>2</sup> Das Phänomen der Spontanheilung ist in der modernen, ausschließlich naturwissenschaftlich orientierten Medizin in der Vergangenheit nie ernsthaft untersucht worden. Erst die neue Forschungsrichtung der Psychoneuroimmunologie (siehe unten) läßt erwarten, daß dieses Phänomen einer wissenschaftlichen Erklärung zugeführt wird. Ich möchte in diesem Zusammenhang auch die Arbeit von Ikemi (1975) erwähnen, der das Schicksal von Patienten mit Spontanheilungen zurückverfolgte und zeigen konnte, daß sich bei diesen bedeutende Lebensveränderungen, vor allem im spirituellen Bereich, ereignet haben.

ohnedies nur am Beginn der Arbeit in der Onkologie, da jeder sehr bald seinen eigenen Weg finden wird.

Unabhängig von dieser Spaltungsentwicklung hat sich – und man kann sagen weltweit – ein Konsens durchgesetzt, nämlich, daß es letztlich um die Erhaltung respektive Verbesserung von Lebensqualität geht. Es ist dies ein Trend, der von der allgemeinen Entwicklung in der Medizin beeinflusst ist, und sehr wahrscheinlich auch mit dem Transplantationswesen zusammenhängt (das ja auch in der Krebstherapie immer mehr Relevanz gewinnt). Lebensverlängerung ist heutzutage gar nicht mehr so sehr die Frage; es ist so vieles machbar geworden. Allerdings sehen wir auch sehr deutlich den Preis, den der Betroffene dafür zu zahlen hat. So kristallisiert sich immer mehr die Frage nach der Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität heraus; gerade in der modernen Krebsbehandlung ist die Lebensverlängerung meist mit sehr viel Qual und Leiden erkaufte und es ergibt sich insbesondere für den Betreuer (im psychosozialen Bereich), der sich in einer Meta-Position befindet, die wichtige Rollenfunktion, dem Patienten bei diesen schweren Entscheidungsfragen hilfreich zur Seite zu stehen.

Ich denke, daß bei diesen Darstellungen sehr deutlich sichtbar wird, daß der Betreuer/Therapeut die Ziele seines Handelns sehr überlegt definieren und seine Gegenübertragung sorgfältig reflektieren muß. Von den vielen Möglichkeiten des „Am-Patienten-vorbei-Therapierens“ sei eine exemplarisch hervorgehoben: es könnte z.B. sein, daß ein Vertreter der zweiten Gruppe, also jener, die einen palliativen Ansatz vertreten, eine sehr depressiv/hoffnungslose Selbstsicht hat (also eigentlich therapiebedürftig ist) und damit den Patienten – ohne es zu merken – in seiner ohnedies fragilen existentiellen Position noch mehr schwächt; es könnte aber genauso sein, daß ein Vertreter der Gruppe eins, jener mit dem kurativem Ziel, mit seinem Heilsanspruch den Patienten in einen „Du-mußt-unbedingt-gesund-werden-Streß“ hineintreibt und ihm damit ebenso schadet. Schon bei dieser knappen Darstellung der Möglichkeiten sehen wir die Schwierigkeiten dieser Arbeit und die Notwendigkeit einer guten Ausbildung und fortgesetzten Reflexion des eigenen Tuns.

Gleichzeitig ist es vor allem für den nichtärztlichen Therapeuten von großer Wichtigkeit, sich über die medizinische (= statistische) Prognose jener Krebsart zu informieren, die sein Patient hat, in die Befunde Einsicht zu nehmen, bzw. sie sich erklären zu lassen, damit er den Kontakt zu den „hard facts“ nicht verliert und nicht im „luftleeren“ Raum therapiert.

Das Thema „therapeutische Ziele“ hat noch einen wesentlichen Aspekt, es geht um das Heilungsphänomen als solches. „Heilung“ und „Heil“ haben ja nicht nur denselben Wortstamm, sondern sind auch inhaltlich auf das Engste verwandt.

„Geheilt werden“ und „heil werden“ sind existentielle Aspekte, die bei einem Krebskranken durchaus relevant werden können. Wenn der Patient seinen körperlichen Verfall miterlebt, die Brüchigkeit des Leibes, so entstehen zwangsläufig spirituelle Gedanken. Das Ausmaß dieser Entwicklung hängt sehr von der Biographie des Betroffenen ab, der Therapeut muß jedenfalls

darauf vorbereitet sein, mit solchen Fragen konfrontiert zu werden. Auch hier empfiehlt sich eine a priori Auseinandersetzung mit diesem Lebensbereich, wobei es mir schwer fällt, diese als Ausbildungsaspekt zu sehen, weil man den spirituellen Teil unseres Seins nicht im schulischen Sinne „ausbilden“ kann. Hier kann nur eine innere Auseinandersetzung stattfinden oder ein Austausch im Rahmen einer Religionsgemeinschaft. Sehr hilfreich empfand ich persönlich das Lesen von Tolstois „Der Tod des Iwan Iljitsch“, der – unausgesprochen – an Krebs erkrankt und im Sterbensprozeß eine Wandlung erfährt (es findet keine eigentliche Heilung statt, aber er wird „heil“).

### Die verschiedenen Methoden

In der Folge möchte ich einige Methoden beschreiben, die – grosso modo – den Rahmen der Möglichkeiten abstecken.

#### *Die Psychoanalyse*

Die Psychoanalyse als ursprüngliche Lehre der Tiefenpsychologie spielt in den psychosomatischen Modellen, die für die Krebserkrankung existieren, eine entscheidende Rolle. Schließlich lassen sich alle anerkannten Therapieformen auf psychoanalytische Grundgedanken zurückführen. (Lediglich, und das kann als ziemlich gesichert gelten, das ursprüngliche analytische Setting – Patient auf der Couch, Therapeut dahinter – eignet sich in der Regel für die Krebstherapie nicht; die diesem Setting innewohnende Abstinenz ist sicherlich in der Neurosen-therapie dem therapeutischen Prozess förderlich, Krebspatienten sind aber in einem Maße gestört respektive in einer katastrophalen Lebenssituation, daß ihnen dieser Stress nicht zumutbar ist. Aus meiner Sicht scheint es mir daher wünschenswert zu sein, psychoanalytische Modelle zu kennen, mit ihnen arbeiten zu können, aber dies in einer Form, in der der Therapeut „zum Greifen – im Wortsinne zu verstehen – nahe ist“ [Leshan, 1986].) Was das Inhaltliche betrifft, so muß man den psychoanalytischen Ansatz als solchen, und das, was die Psychoanalyse zum Thema Krebs erarbeitet hat, auseinanderhalten. Zu Ersterem ist zu sagen, daß ihr Grundkonzept von Anfang an war, Krankheit als Konflikt zu sehen (wie es Mitscherlich [1970] viele Jahre später pointiert formuliert hat), zuerst auf ödipalem Niveau und eben später auch die präödipalen Störungen (d.h. die eigentliche Psychosomatik betreffend) mit einschließend. Elida Evans (die auch einschlägige Untersuchungen zu diesem Thema durchführte) hat schon 1926 den Gedanken der Parthenogenese geäußert, die Hypothese, die Krebsgeschwulst sei ein Ersatz für einen Objektverlust (Evans, 1926). Nach dem Zweiten Weltkrieg waren es wohl die Arbeiten von Leshan, Bahne-Bahnsen und in jüngerer Zeit die von Meerwein (1980) und Kahleyss (1981), die ein auch klinisch relevantes Modell zur Psychodynamik der Krebsentstehung entwickelten. Das umfassendste Konzept stammt dabei von Bahnsen, sein „Komplementaritäts-Konzept“. Kurz zusammengefaßt, stellt dieses ein „Koordinatensystem“ dar, in dem die Achse nach unten Regression, die nach rechts Projektion, die nach links Verdrängung darstellt. In diesem System lassen sich nun alle Krankheiten als ein Ergebnis von Regression und Verdrängung (respektive Projektion) einordnen. Krebs – auf der Seite der Verdrängung – und Psychose – auf der Seite der Projektion – stellen den jeweiligen Endpunkt der Entwicklung dar, d.h. das Individuum hat ein Maximum an Regression und ein Maximum an Verdrängung respektive Projektion erlangt. Es ist also an den Eckpunkten des Koordinatensystems angelangt, oder anders ausgedrückt, „kranker“ kann ein Mensch

nicht werden. Dieses Konzept enthält auch das Phänomen des „shiftens“, die Möglichkeit, von der Seite der Verdrängung auf die Seite der Projektion zu wechseln, was ein Wechseln vom körperlichen zum psychischen Krankheitsbild bedeutet. Dieses Phänomen ist in der Psychosomatik wenig beschrieben, ist allerdings z.B. bei der Colitis ulcerosa bekannt (Wiesnagrotzky, 1985). In meiner eigenen therapeutischen Arbeit habe ich dieses „shiften“ von der Krebserkrankung hin zur Psychose beobachten können.

LeShan, der in der Krebsentstehung das Nicht-Leben der „Lebens-Melodie“ des Individuums sieht, schließt damit an die Narzißmus-Theorie an, wie sie in der Psychoanalyse verankert ist (wie etwa Melanie Klein [1962]), indem er in einem mehr poetischen Sinne den Umstand des Lebens des „wahren oder des falschen Selbst“ als pathogenetisch angibt.

In seinem Ischler Vortrag (siehe Fußnote Seite 69) hebt Kahleß einmal mehr die Existenz einer Grundstörung im Sinne Balints bei Krebspatienten hervor. Er betont, daß die regelrechte Entwicklung eines intakten Körperbildes und eines Selbst – respektive Objektbezuges beim Kind – der Garant für die zukünftige gesunde Lebensgestaltung darstellt. Ist dies nicht der Fall, kann es zu einer „Ataxie der Triebelemente“ (ein Begriff, den Loch [1977] geprägt hat) kommen. Bezüglich der therapeutischen Zugänge – insbesondere die imaginativen Verfahren – weist er darauf hin, daß diese eine Beeinflussung des Primärprozesses darstellen und damit eine ähnliche Qualität haben wie die Traumarbeit.

Zusammenfassend sei festgehalten, daß die psychoanalytischen Hypothesen in der Krebstherapie unverzichtbar sind, daß aber ein anderer Zugang als das klassische analytische Setting zum Patienten gefunden werden muß.

### *Die Gestalttherapie*

Beim gestalttherapeutischen Zugang muß man ebenso den theoretischen Hintergrund und die unmittelbare therapeutische Anwendung unterscheiden. Ersterer ist mit der Psychoanalyse insoweit ident, als der psychoanalytische Ansatz explizit im gestalttherapeutischen enthalten ist. Andererseits enthält sie originale Ansätze, die das therapeutische Arbeiten sehr spezifisch gestalten. Zuerst ist da die Gestaltbildung als solche. Sie stellt ein Erkenntnis-Phänomen dar und ist damit eine Grundlage im therapeutischen Prozeß. Erst wenn der Patient ein „Aha-Erlebnis“ hat, sich also eine „Gestalt“ gebildet hat, hat er eine Erkenntnis, die eine Wandlung einleiten kann. Die Gestaltbildung kann sozusagen „von innen“ und „von außen“ stattfinden, d.h. der Patient kann sie von sich aus – spontan – bilden, oder der Therapeut gibt sie vor. Neben dem Gestalt-Phänomen sind noch zwei weitere Ansätze von Bedeutung. Erstens der Begriff des „Impasse“, der das Phänomen der existentiellen Engpässe beschreibt (wie etwa die Geburt, der Tod, die Pubertät etc.); dabei wird Krankheit als das Hindurchgehen durch einen Impasse aufgefaßt, und damit kommt dem Impasse-Phänomen bei der Behandlung eine große Bedeutung zu. Zweitens die Betonung des „Hier und Jetzt“. Da Angst-Erleben immer mit Phantasieren in die Zukunft gekoppelt ist – „Ich stelle mir diese oder jene schrecklichen Ereignisse vor, die auf mich zukommen werden ... und entwickle Angst!“ – wirkt die Konzentration auf das Hier und Jetzt entängstigend. Therapeutisch genutzt reduziert das die aktuelle Angst des Patienten.

Wenn wir davon ausgehen, daß Krankheit eine Verinnerlichung eines Konflikts darstellt, eine Verinnerlichung, die vor dem Hintergrund von Todesangst entstand (verkürzt durch die Vorstellung: „wenn ich meiner Mutter [meinen Eltern] widerspreche, dann werden sie mich verlassen“), dann bedeutet Therapie das Begleiten beim Wiederhindurchgehen durch diesen angstbesetzten Bereich und die Korrektur defätistischer Skriptanteile. Aus meiner Erfahrung eignet sich der gestaltthe-

rapeutische Ansatz besonders gut für diese Vorgangsweise und kann dazu führen, daß der Patient seinem Leben eine neue „Gestalt“ gibt.

### *Die Familien-Therapie*

Wenn ich den familientherapeutischen Ansatz in der Krebstherapie behandle (Wirsching, 1980), beschränke ich mich auf die systemische Familientherapie. Sieht die Psychosomatik in der Krankheit einen Konflikt, so geht die Familientherapie einen Schritt weiter und sieht das Problem der Krebserkrankung im systemischen Zusammenhang der Familie. Ein New Yorker Psychiater, Harold Wise (zit. bei Wirsching), hat mit Familien, in welchen ein Mitglied an Krebs erkrankt war, Wochenend-Marathons unter der Devise abgehalten: „Hat die Familie keine andere Möglichkeit ihre Probleme zu lösen, als daß ein Mitglied an Krebs stirbt!“ Natürlich ist dies eine therapeutische Provokation und damit eine Vergrößerung, aber grundsätzlich ebenso zielführend, wie der Mitscherliche Satz von der Krankheit als Konflikt. So haben wir in der Familientherapie die Chance, die Familie in ihren Interaktionen „live“ zu erleben und den Austausch pathologischer Muster unmittelbar zu erkennen, um ebenso unmittelbar zu intervenieren. Das Ziel der Interventionen muß sein, der Familie bei der Aufrechterhaltung, respektive Wiederherstellung, des narzißtischen Gleichgewichtes innerhalb des (familiären) Systems zu verhelfen. Dieser Umstand ist in wenigen familientherapeutischen Beschreibungen so deutlich herausgearbeitet, ist aber Essenz des familientherapeutischen Prozesses. Die Familie als Hort der Geborgenheit und des Schutzes ist gleichzeitig auch Spannungsfeld der Befriedigung individueller versus kollektiver Bedürfnisse; dabei muß das ganze System – die Familie – auch auf ihr narzißtisches Gleichgewicht achten. Es kann also kein Familienmitglied eine Lösung seiner Probleme anstreben, die nicht im ethisch/moralischen Weltbild der Familie erlaubt ist. Die Aufgabe des Therapeuten besteht daher, einerseits im Aufzeigen der pathologischen Mechanismen, aber auch in einer Relativierung der Weltbilder, bzw. in der gemeinsamen kreativen Erarbeitung neuer Wege, die Sättigung einzelner Bedürfnisbereiche zu gewährleisten.

Ein Teilgebiet der Familientherapie sei hier noch besonders hervorgehoben, die Familienrekonstruktion (Hellinger, 1992). Ihr Grundgedanke ist, daß wir – unbewußt – Aufträge von Familienmitgliedern in uns tragen, die auch mehrere Generationen weit zurückreichen können. Damit wird das tiefenpsychologische Konzept um eine beträchtliche Dimension erweitert. Mit Hilfe eines speziellen Settings können diese Aufträge sichtbar und spürbar gemacht werden. Aus meiner Erfahrung sind die Ergebnisse eindrucksvoll und erscheinen mir als sinnvolle Ergänzung in einem therapeutischen Gesamtkonzept, weil ein Bereich beleuchtet wird, der ansonsten im Dunkeln bleibt und starke autodestruktive Elemente enthalten kann.

Wie schon in der Psychosenbehandlung sichtbar wurde, hat der familientherapeutische Zugang seine Meriten; als Nachteil sehe ich die Schwierigkeit, gerade wenn es sich um die Behandlung von Krebskranken handelt, geschlossene Familien zu motivieren, sich einem solchen Setting zu stellen und den großen Anspruch an die Erfahrung des Therapeuten. Da es ja um Sein oder Nicht-Sein eines Familienmitgliedes geht, sind die Spannungen, mit welchen der Therapeut rechnen muß, sehr groß und die Gefahr, daß bei einem Mißlingen der Intervention die Familie in eine total ablehnende Haltung gerät, ebenfalls.

### *Hypnotherapeutische Verfahren*

Hypnose und Trance sind seit Urzeiten verwendete Verfahren der Bewußtseinsbeeinflussung. Allerdings werden sie immer

wieder in die Nähe des magisch-animistischen Denkens gerückt und dementsprechend mit Reserviertheit betrachtet. Dazu kommt noch, daß sich Freud von der Hypnose abgewandt hatte, um die Tiefenpsychologie zu entwickeln. Gerade in den letzten Jahrzehnten erleben wir aber eine Renaissance dieser Verfahren (was insbesondere auf den genialen Milton Erickson zurückzuführen ist).

Ein weiterer Aspekt dieser Renaissance ist, daß durch die moderne Forschung immer mehr Phänomene erklärbar sind, denken wir z.B. an die Entdeckung der Endorphine; sie haben – auf einem physiologischen Level – erklärbar gemacht, warum Menschen bei langdauernden physischen Belastungen, wie etwa dem Marathonlauf, in eine Art Trance-Zustand kommen.

Ein spezieller Stellenwert ergibt sich für die Hypnose in der Schmerz-Therapie, in der sie wesentlich zur Erleichterung und zum Einsparen von Medikamenten beitragen kann.

Was die Anwendung bei der Krebserkrankung betrifft, so ist die Hypnotherapie sicherlich ein relevanter Zugang – eingebunden in ein psychosomatisch/psychoanalytisches Gesamtkonzept, wie es auch Ladenbauer (1992) in seiner Übersichtsarbeit zum Thema darstellt.

### *Das Simonton-Training*

Carl Simonton war ursprünglich Radiologe und entwickelte gemeinsam mit seiner Frau das nach ihm benannte Training, von dem man sagen kann, daß es inzwischen weltweit Bedeutung hat. Formal betrachtet handelt es sich um eine Mischung aus Coping-Strategien (also im eigentlichen Sinne Verhaltenstherapie) und dem Visualisieren. Die Patienten werden angehalten, sich von ihrem Krebs und den Gegenmitteln (also auch Chemotherapie, Strahlen etc.) ein konkretes Bild, eine Vorstellung zu machen (und dann auch die Bilder zu zeichnen). Mit diesem Bild sollen sie dann „arbeiten“, d.h. sich das Bild aus einer meditativen Haltung heraus mehrfach am Tag vor Augen führen und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung auf dieser Ebene verstärken.

Nach seinen eigenen Aussagen konnte sein erster Patient das Voranschreiten der Krankheit 10 Jahre lang hintanhaltend. Das Simonton-Training fand insbesondere in den USA eine große Verbreitung; bereits in den 70er Jahren bestand innerhalb der National Cancer Society die Auffassung, daß ein effektiver Heilungserfolg nicht nachzuweisen sei, daß aber das Verfahren insgesamt den Patienten helfe, besser mit der Erkrankung umgehen zu können. In einer eigenen Untersuchung konnten wir nachweisen, daß sich die Befindlichkeit der Patienten über das Training verbessert (Pohler, 1991).

Mir erscheint es ein besonderer Verdienst Simontons zu sein, sich mit den Krebskranken in dieser Weise überhaupt auseinanderzusetzen (siehe Einleitung) und sich ihnen in einer konstruktiven Form zuzuwenden. Simonton betonte auch in einer persönlichen Mitteilung, daß er vom ersten Moment an keine Angst vor dem Kontakt mit Krebspatienten hatte, was die Bedeutung des Gegenübertragungs-Phänomens besonders deutlich werden läßt. Das Anbieten von Coping-Strategien halte ich auch grundsätzlich für nützlich, da der Patient nicht selten in Panik verfällt, seine Ressourcen verschleift und dringend eine Orientierungshilfe braucht. Was den imaginativen Teil betrifft, das Visualisierungsverfahren, so könnte man es als „Stimulierung des Primärprozesses“ bezeichnen (Kahleyss). Es kann als gesichert gelten, daß ein intakter Primärprozeß und die ungehinderte Beeinflussung des Sekundärprozesses durch diesen psychischer Gesundheit gleichkommt. Tatsächlich wissen wir von den psychosomatisch Kranken im klassischen Sinne (also den Asthma-, Colitis-Patienten etc.), daß diese alexithym sind und eine derartige Phantasieleistung, wie etwa sich die Krankheit bildhaft vorzustellen, nicht leisten können. Diese Beobachtung gilt auch für viele Krebspatienten; daraus ergibt sich, daß die Simonton-Arbeit eben

eine Art Training darstellt, um die Phantasie-Leistung wieder anzukurbeln und daher – per se – ebenfalls eine hilfreiche Unterstützung darstellt.

### *Körper-Therapien*

Bekanntlich gibt es eine Unzahl von Körpertherapie-Formen, so daß selbst Insider diese nicht mehr unterscheiden oder einordnen können. Sicher ist es aber so, daß abgesehen von den asiatischen Körpertherapieformen (über die ich nichts Relevantes aussagen kann), alle vom Reich'schen Grundgedanken des Körperpanzers und dessen Auflockerung ausgehen. Vom therapeutischen Ansatz her wird versucht, über vertieftes Atmen, spezielle Massageformen und körperliche Streßpositionen diese im Muskelpanzer gespeicherten Gefühle gleichsam zu „eluiieren“. Körperarbeit kann ein sehr effektives Werkzeug sein, bedarf aber einer sehr sensiblen „Hand“; den Patienten anzugreifen ist ein Akt der Intimität und braucht eine einschlägige Reflexion des therapeutischen Handelns. Bei Krebspatienten liegt sehr wahrscheinlich eine Störung des Zugangs zur eigenen Körperlichkeit vor (eine Störung im Körperbild), was ein besonders behutsames Vorgehen fordert. Offensichtlich sind das Vorgaben, die selten erfüllt werden, denn mir sind nur wenige Therapeuten bekannt, die diesen Zugang wählen. Allerdings darf man nicht vergessen, daß Reich selbst von seiner Theorie des Muskelpanzers ausgehend eine eigene Theorie der Krebserkrankung entwickelte. (Er nannte die der Krebserkrankung zugrunde liegende Störung „Biopathie“, also gleichsam: am Lebenden erkrankt sein!) Es wäre daher wünschenswert, wenn man auf dieser Ebene weiterforschen würde und kontrollierte Behandlungsverläufe vorläge, um die Möglichkeiten dieses Zugangs wirklich beurteilen zu können.

### *Das Autonomie Konzept*

An dieser Stelle sei – zum ersten Mal – ein therapeutischer Zugang beschrieben, der den Versuch darstellt, alle mir bekannten therapeutischen Wege auf ein gemeinsames Ziel auszurichten; es ist dies das *Autonomie Konzept*<sup>3</sup> (Linemayr, 1994). Es geht davon aus, daß die Hypothesen der klassischen Psychosomatik zwar sehr unterschiedlich sind, aber darüber Einigkeit besteht, daß dem Patienten zu mehr Autonomie verholfen werden sollte (Uexküll, 1988). Initial sei das Wort Autonomie im eigentlichen Wortsinn definiert, nämlich: *autonomos*, „der, der sich aus sich selbst heraus das Gesetz gibt“, was in diesem Zusammenhang als besonders wichtig erscheint. Wenn wir die Krankheit unter dem Gesichtspunkt sehen, daß ihr ein Konflikt zugrunde liegt, so bedeutet dies ja eine (scheinbare, aus der subjektiven Sicht entstandene) Unvereinbarkeit zwischen Triebansprüchen und Über-Ich-Forderungen. Das therapeutische Vorgehen hat also als übergeordnetes Leitbild die Stärkung der Autonomie des Patienten zum Ziele. Zuerst gilt es also, den Konflikt zu erkennen (wobei meiner Erfahrung nach dieser häufig offensichtlich ist und sich schon beim Erstgespräch erkennen läßt) und in der Folge besteht die therapeutische Leistung darin, dem Patienten zu ermöglichen, seine Über-Ich Forderungen zu relativieren, um sich dadurch eine – lebbar – Wertwelt zu schaffen. So könnte z.B. ein subtotaler Verlust des Selbstwertgefühls durch eine Pensionierung vorliegen (der Betroffene erlebt sich nicht mehr als ein nützliches Mitglied der Gesellschaft). Über das Aufsuchen von einer „Grundgestalt“ (ein Begriff, den ich aus der Gestalttherapie abgeleitet habe, der aber sinngemäß dem Le Shan'schen Begriff der „Lebensmelodie“ entspricht), könnte nun ein neuer Weg gefunden werden, mit dem sich der

<sup>3</sup> Die Entwicklung des Autonomie-Konzeptes entstand auch unter dem Einfluß eines Seminars von Herrn Grossarth-Maticek mit dem Titel: „Autonomie-Training“.

Patient mit den ihm innewohnenden Fähigkeiten erneut – auf authentische Weise, also autonom – sinnvoll ins Leben integriert. Das Hemmnis, dies spontan zu tun, liegt ja in introjizierten Wertvorstellungen („Über-Ich Korsett“), also Sichtweisen zur Person, die nur ein bestimmtes So-Sein gelten lassen. Hier bedarf es einer therapeutischen Unterstützung, die es dem Betroffenen ermöglicht, diese Sichtweisen zu relativieren. Die eigentliche Hilfe, die dabei notwendig ist, ist die Begleitung beim Durchgehen durch die Todesangst, die beim Aufbrechen dieses Über-Ich-Korsetts frei wird. (So berichtete ein Patient, daß er 20 Jahre lang den Betrieb seines Vaters weitergeführt hatte, obwohl er dies von Anfang an nicht wollte, weil ihn dieser dazu genötigt hatte. U.a. hat er diese Ambivalenz durch einen ebenso langen Alkoholmißbrauch kompensiert. Er entwickelte einen Tonsillen-Krebs; die Krankheit und die in der Folge eingegangene Therapie veranlaßte ihn, den Betrieb zu veräußern und sich mit den dadurch freiwerdenden Mitteln ins Privatleben zurückzuziehen.)

### *Psychosoziale Betreuung in der Institution*

Die Behandlung einer Krebserkrankung ist in nahezu 100% der Fälle, zumindest initial, an eine Institution gebunden. In Bad Ischl waren zwei Beiträge diesem höchst wichtigen Thema gewidmet. Frau Möhrwald berichtete über die Umwandlung einer herkömmlichen chirurgischen Abteilung in eine chirurgisch/onkologische mit einem psychosomatischen Grundansatz und Herr Topf über die psychosoziale Betreuung von Kindern und deren Eltern in einem Wiener Kinderkrankenhaus an dessen onkologischer Abteilung.

Ich glaube, es ist jedermann klar, daß am Beginn einer „Krebspatienten-Karriere“ Weichen gestellt und Entwicklungen in Gang gesetzt werden, die oft nicht mehr reversibel sind. Das Krankenhaus wird als ein Ort der Angst erlebt. Jeder, der dort eintritt, weiß – mehr oder weniger bewußt – daß ihm Gefahr droht; wenn dieser Eintritt unter dem Gesichtspunkt einer Krebserkrankung stattfindet, löst dies nackte Todesangst aus. Auf die Institution bezogen heißt das, daß die professionellen Helfer in einer ständigen Angstatmosphäre arbeiten. Daher stellt sich die Frage, wie die Institution dieser Situation besser als bisher begegnen kann. In den beiden oben angeführten Vorträgen wurden zwei Modelle vorgestellt, die zeigen, wie diesen Anforderungen besser entsprochen wird. Beiden ist der *Gesinnungswandel* gemeinsam, d.h. die grundsätzliche Erkenntnis, daß sich Krankheit nicht nur auf einer somatischen Ebene abspielt, und daß die psychosoziale Dimension einen ebenso großen Stellenwert hat. Ausgehend von diesem Gesinnungswandel sind dann die Variationen ungezählt, wesentlich erscheint es aber eine Struktur zu schaffen, die dieser zusätzlichen Aufgabe gerecht wird.

Dabei sind grundsätzlich zwei Wege möglich, erstens, man schafft eine zusätzliche Profession, d.h. ein Psychotherapeut arbeitet an der Abteilung mit (im neuen Krankenanstaltengesetz ohnedies verankert), oder zweitens, die angestammten Helfer verschaffen sich diese zusätzliche Kompetenz selbst. Für beide Wege gibt es eine große Zahl von Für- und Gegenargumenten. Wahrscheinlich kann man keine generelle Empfehlung aussprechen, sondern es muß eine individuelle Lösung gefunden werden, mit der sich alle Beteiligten wohl fühlen (der „implantierte“ Psychotherapeut wird sicher als zwangsbeglückend empfunden und es wird ihm der eigentliche Zugang zum Geschehen verweigert werden). In ihrem Vortrag zeigte Frau Möhrwald eindrucksvoll, daß es nicht unbedingt einer jahrelangen speziellen Ausbildung bedarf, sondern eben des oben zitierten Gesinnungswandels und einer funktionierenden Supervision, um dem Krebsproblem in seiner psychosomatischen Dimension sogar an einer Abteilung gerecht zu werden, die üblicherweise mit diesem Thema wenig anzufangen weiß, nämlich einer chirurgischen.

### **Gedanken zum Trend in der psycho-sozialen Betreuung Krebskranker**

Wie schon eingangs erwähnt, kann man in dem Umstand, daß den Krebspatienten überhaupt das Anbot einer psycho-sozialen Betreuung gemacht wird, eine Trendwende sehen. Die Mißerfolge der mit ungeheurem Aufwand betriebenen Krebsforschung zur Verbesserung der Therapieergebnisse, aber paradoxerweise auch die Erfolge, haben zu einem Umdenken gezwungen. Was die Erfolge betrifft, müssen wir uns vor Augen führen, daß die modernen Behandlungsmethoden häufig zu einer Lebensverlängerung führen, diese aber nicht mit Heilung gleichzusetzen ist. Für den Patienten bedeutet dies „mit Krebs zu leben“, was einer enormen seelischen Belastung gleichkommt.

Diese Vorgaben haben dazu geführt, daß begonnen wurde, den Patienten mehr oder weniger spezifische Angebote im Psychosozialbereich zu machen. Wie aus der eingangs zitierten Arbeit von Schwiersch hervorgeht, ist z.B. ein normaler „Erholungsaufenthalt“, wie er auch von der Sozialversicherung in Österreich postoperativ noch immer angeboten wird, unangemessen, vielmehr bedarf es eines wesentlich differenzierteren Ansatzes. Der Grundgedanke besteht offensichtlich darin, den Patienten ein multimodal gestaltetes Zuwendungsangebot zu machen, um ihnen neuen Lebensmut zu geben.

Naturgemäß ist damit die Psychotherapie mit ihren Möglichkeiten angesprochen, aber bemerkenswerterweise hat diese sich erst sehr spät der Krebspatienten angenommen. Noch vor rund 30 Jahren war das psychotherapeutische Arbeiten mit Krebspatienten einigen „Exoten“ vorbehalten und wurde entsprechend scheinbar angesehen (Prof. Bahnson, persönliche Mitteilung); heute kann man allerdings sagen, daß nahezu alle therapeutischen Ansätze in der psycho-sozialen Betreuung von Krebspatienten zur Anwendung kommen. Wenn man also den Versuch macht, einen Trend in der Entwicklung dieser Angebote zu definieren, so kann man ganz deutlich erkennen, daß das Besinnen auf sich selbst, auf das ursprüngliche Mensch-Sein – die spirituellen Aspekte miteingeschlossen – im Zentrum steht. Der verhaltenstherapeutische Ansatz von Hartmann (1991), sein „Centering-Modell“, zeigt das besonders deutlich. Von der Annahme eines „gesunden Kernes“ ausgehend, gruppiert er um diesen in einem Kreisdiagramm die 7 Bereiche: Ernährung, kreatives Tun, soziale Kontakte, Körperaktivität, Entspannung, Beratung (Psychotherapie mit eingeschlossen) und Religion.

Jeder einigermaßen reflektierte Mensch wird zugeben, daß dieser Ansatz nicht nur Krebspatienten gut tut, sondern auch jedem Gesunden zur Erhaltung seiner Gesundheit zu empfehlen ist. Es scheint also so zu sein, daß uns die Auseinandersetzung mit der Krankheit Krebs dazu „zwingt“, uns an unsere ursprünglichen Werte zu erinnern. Das ist übrigens auch eine Kernaussage von vielen (Psychotherapie-) Patienten, sie hätten durch die Krankheit zu einem ursprünglichen Erleben zurückgefunden.

Auch der Umstand, daß das Centering-Modell aus

dem Bereich der Verhaltenstherapie kommt, ist kein Zufall; so haben sich in Deutschland in einer nicht zu übersehenden Zahl Psychosomatische Kliniken mit einer respektablen Bettenzahl etabliert, die den verhaltenstherapeutischen Ansatz in diesem Bereich anwenden. Nichts könnte besser den Beweis für dessen Effektivität liefern wie die Tatsache, daß die Krankenkassen die Kosten für die mehrwöchigen Aufenthalte übernehmen.

### Über die Effektivität

Wie uns allen bekannt, ist es ein schwieriges Unterfangen, die Effektivität eines Heilverfahrens methodisch einigermaßen einwandfrei zu bestimmen, denken wir nur an die inzwischen weltweit gehaltenen Studien zur Effektivität einer neuen Chemotherapie bei Krebs. Was die Bestimmung der Effektivität einer psychosozialen Betreuung betrifft, sind die Hindernisse noch größer. Die Zahl der Variablen ist derartig groß, daß sie sich äußerst schwer festlegen lassen, und es kommt noch der entscheidende Umstand hinzu, daß Lebens-*Qualität* nicht durch *Quantität* definiert werden kann. Nichtsdestotrotz brauchen wir gerade in diesem Bereich meßbare Werte. (Denken wir z.B. nur an eine Refundierung der Betreuung durch die Krankenkassen!)

Natürlich bietet sich gerade bei der Behandlung von Krebspatienten die Überlebenszeit als Parameter an, die ja statistisch sehr gut erfaßbar ist. 1989 gelang es nun bekanntlich Spiegel (1989), den „methodischen Hürdenlauf“ zu überwinden; er präsentierte eine auf 10 Jahre angelegte Prospektivstudie, die zeigte, daß Patienten mit „psychosozialer Unterstützung“ länger leben. Diese Publikation hatte natürlich Signalwirkung und gab der Psychoonkologie großen Auftrieb. Allerdings wurden die Spiegel-Ergebnisse inzwischen methodisch in Frage gestellt (bei der ESPO Tagung 1992 in Beaune durch den bekannten US-Methodologen Fox).

Diese Auseinandersetzung spiegelt sehr gut die dzt. Situation, daß nämlich die Effektivität der psychosozialen Unterstützung, umstritten ist.

Wenn schon die Beurteilung der Effektivität so schwierig ist, so ist die Bewertung der Wirkungsmechanismen erst recht zweifelhaft. So schreibt Fawzy (1993) in seiner Conclusio zu seiner 6jährigen Prospektivstudie bei Melanompatienten, die sinngemäß das gleiche Ergebnis erbrachte, wie die Spiegel-Arbeit: „Psychiatric interventions that enhance effective coping and reduce affective distress appear to have beneficial effects on survival ... However, the exact nature of this relationship warrants further investigation.“ Nach meiner Einschätzung wird es noch lange dauern, bis wir auf die beiden Fragen: „Hilft psychosoziale Unterstützung, und wenn ja, wie?“ eine wissenschaftlich eindeutige Antwort zu erwarten haben. Die Unsicherheit und Fragwürdigkeit steigert sich noch weiter, wenn wir uns als Psychotherapeuten fragen, was denn „effektives Coping“ und „Reduzierung von affektivem Distress“ tatsächlich bedeutet? Muß man nicht jenen, die psychosoziale Unterstützung anbieten, Kurzsichtigkeit vorhalten? Ich erinnere an die medizinhistorische Tatsache,

daß in der Hochblüte der Tuberkulose um die Jahrhundertwende ein Ägyptenaufenthalt als das therapeutische non plus ultra galt; die Sonne und der heiße Sand, so ging die Mär, würde die Tuberkulose ausheilen. Dabei machte sich scheinbar niemand ernsthaft Gedanken über die Begleitumstände, was es für einen Menschen bedeutete – noch dazu in der damaligen Zeit – für drei Monate seinen normalen psychosozialen Kontext zu verlassen, in völlig verändertem Milieu zu leben, etc.

Ich sehe das Ergebnis meiner Betrachtungen gespalten, einerseits wird das Thema dadurch noch komplizierter, andererseits wird es ganz einfach. Ich möchte in diesem Zusammenhang ein Zitat aus dem Buch von A. Miller wiedergeben, das ich in meiner Arbeit „Ermutigung unheilbar Kranker“ (Bilek, 1984), verwendet habe: Miller vermutet in ihrem Buch „Du sollst nicht merken“ (1989), daß der Mut, den Jesus Christus hatte, seinen Weg zu gehen, aus dem Wissen um ein Selbst kam, welches durch die Liebe und das Verständnis seines Vaters Joseph bestärkt wurde.

### Psychosoziale Betreuung und Psychoneuroimmunologie (PNI)

In der Auseinandersetzung mit dem Thema müssen auch die Ergebnisse der neuen Wissenschaftsrichtung PNI berücksichtigt werden, da diese die relevante Grundlagenforschung liefert. PNI ist die Antwort auf ein Problem, mit dem sich die Psychosomatik jahrzehntelang beschäftigt hat, dem „missing link“. Vor allem naturwissenschaftlich orientierte Ärzte haben die psychosomatischen Deutungen von Krankheit und deren Behandlung in ihrem Ergebnis angezweifelt und geleugnet, weil das Bindeglied zwischen seelischen Prozessen und körperlichen Vorgängen nicht nachweisbar war.

Diese Situation hat sich nun grundlegend gewandelt. Einerseits ist es die Systemtheorie und in deren Folge die Bio-Semiotik, die eine Betrachtungsweise liefert, die die hierarchischen Verknüpfungen von Systemen auf der biologischen über die seelische bis hin zu sozialen Systemen beschreibt (Uexküll, 1984), andererseits hat eben die PNI bereits jetzt Ergebnisse geliefert, die den psychosomatischen Ansatz untermauern. In diesem Rahmen möchte ich erstens die Übersichts-Arbeit von Solomon (1991) erwähnen, der in einer ergänzten Zusammenstellung 1991 insgesamt 84 Arbeiten vorstellt, die Verbindungen zwischen dem ZNS und dem Immunsystem aufzeigen und zweitens das klassische Konditionierungs-Experiment von Ader (1975) anführen, in dem er zeigte, daß mit Saccharin (einer ansonst biologisch völlig inerten Substanz) bei Ratten eine Immunsuppression bewirkt werden kann. Hervorzuheben wäre auch noch eine Aussage von Varela, der beim Kongress für Systemische Familientherapie in Heidelberg 1990 seinen Vortrag dem Thema: „The immunosystem, the second brain“ widmete.

Wir dürfen von der PNI-Forschung in den nächsten Jahren mit Sicherheit einiges erwarten, was unmittelbar auf das Feld der psychosozialen Betreuung von Krebspatienten einwirken wird.

**Literatur**

- Ader R, Cohen N (1975) Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med* 37: 333–340
- Bahnson CB (1986) Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension. In: Uexküll Th v (Hrsg) *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. Urban und Schwarzenberg, Wien
- Balint M (1987) *Regression*. dtv Klett-Cotta, Stuttgart
- Beck D (1985) *Krankheit als Selbstheilung*. Suhrkamp, Frankfurt
- Bilek HP (1982) Psychische Betreuung Schwerstkranker – ein Projekt an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien. *Österr Ärztezeitung* 37/3: 43–46
- Bilek HP (1984) Encouragement of the incurably ill. In: Engelman SR (ed) *Confronting life-threatening illness*, vol 12. Irvington, New York, pp 94–103
- Bilek HP, Linemayr G (1990) Psychosomatik in der Onkologie. *Österr Ärztezeitung* 45/13/14: 40–46
- Bilek HP et al (1987) Untersuchung zur existentiellen Situation von Krebskranken. *Österr Ärztezeitung* 42: 42–47
- Brusis J et al (1993) Warum nehmen Brustkrebspatienten nicht an (ambulanter) psychosozialer Nachbetreuung teil? In: *Onkologie im psychosozialen Kontext*, Bd 12. Asanger, Heidelberg, S 214–229
- Evans E (1926) *A psychological study of cancer*. Dodd, Mead and Co, New York
- Fawzy I et al (1993) Malignant melanoma; effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 50: 681–689
- Grawe K (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau* 43: 132–162
- Hartmann MS (1991) *Praktische Psychoonkologie. Therapiekonzepte und Anleitungen für Patienten zur psychosozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen (Leben lernen, Bd 73)*. Pfeiffer, München
- Hellinger B (1993) Was in der Schicksalsgemeinschaft von Familie und Sippe zu Krankheiten führt und zu Selbstmord und Tod und was vielleicht diese Schicksale wendet. *Jahrbuch der Österr Gesellschaft für Psychoonkologie*. Springer, Wien New York
- Holland JC, Rowland JH (1989) *Handbook of psychooncology*, vol 38. Oxford University Press, p 459
- Frischenschlager O, Brömmel B, Russinger U (1992) Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker. *Psychother Psychosom Med Psychol* 42: 430–438
- Kuchler T (1992) *Habilitationsschrift am Institut für Medizinische Psychologie*, Hamburg
- Linemayr G (1995) Die Angst des Arztes vor der Wahrheit im Umgang mit Krebspatienten. In: Linemayr G, Bilek HP (Hrsg) *Die Lebensmelodie, LeShans Konzept zur Krebserkrankung*. Vortrag zur 10. Jahrestagung der Österr Gesellschaft für Psychoonkologie 1994. *Jahrbuch der Psychoonkologie*. Springer, Wien New York (Publikation in Vorbereitung)
- Ikemi Y, Nagakawa S, Nagakawa T, Sugita M (1975) Psychosomatic consideration on cancer patients who have made a narrow escape from death. *Dynam Psychiat* 8: 77–93
- Kahleiss M (1981) Auffüllung und innere Leere: zur Psychoanalyse von Krebskranken. *Materialien Psychoanalyse* 7: 198–218
- Klein M (1962) *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Klett, Stuttgart
- Kuhn ThS (1973) *Die Struktur der wissenschaftlichen Revolution*. Suhrkamp, Frankfurt
- LeShan L (1986) *Psychotherapie gegen den Krebs*. Klett Cotta, Stuttgart
- Loch W (Hrsg) (1977) *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. Hirzel, Stuttgart
- Mahler MS (1968) *Symbiose und Individuation*, Bd I. *Psychosen im frühen Kindesalter*. Klett, Stuttgart
- Meerwein F (1980) Personality problems of leukemia patients. *Psychosomatische Medizin* 9: 55–60
- Meerwein F (1981) *Einführung in die Psychoonkologie*. Huber, Bern
- Miller A (1981) *Du sollst nicht merken*. Suhrkamp, Frankfurt
- Mitscherlich A (1970) *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin 2*. Suhrkamp, Frankfurt
- Schwiersch M, Stepien J, Schröck R (1993) Psychosoziale Maßnahmen während stationärer onkologischer Rehabilitation: Indikationsstellung, Inanspruchnahme, Wirkungen. In: *Onkologie im psychosozialen Kontext*, Bd 10. Asanger, Heidelberg, S 189–203
- Simonton C (1982) *Wieder gesund werden*. Rowohlt, Reinbeck
- Solomon GF, Kemeny ME, Temoshok L (1991) Psychoneuroimmunologic aspects of human immunodeficiency virus infection. In: Ader R (ed) *Psychoneuroimmunology*, 2nd edn. Academic Press, New York
- Spiegel D (1989) Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 34: 888–891
- Uexküll T (1984) Psychosomatic medicine and aggression: theoretical considerations. In: Engelman SR (ed) *Confronting life-threatening illness*, vol 13. Irvington, New York, pp 203–224
- Uexküll T, Wesiack W (1988) *Theorie der Humanmedizin*. Urban und Schwarzenberg, Wien
- Verres R (1986) *Krebs und Angst*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Wiesnagrotzki St et al (1985) Ulcerative colitis: a cyclothymic disorder? *Psychopathology* 18: 163–166
- Wirsching M, Stierlin H, Haas B, Weber G, Wirsching B (1980) *Familientherapie bei Krebsleiden. Überarbeitete Fassung eines Vortrages von Wirsching M am Sloan-Kettering-Memorial-Hospital, New York, dem Ackermann-Institut für Familientherapie in New York und der Psychiatrischen Klinik von Fresno, Kalifornien*

**Korrespondenz:** Dr. H. P. Bilek, Berggasse 20, A-1090 Wien, Österreich.

*Dr. Hans Peter Bilek, FA für Psychiatrie/Neurologie, Lehrtherapeut der Österreichischen Ärztekammer, Psychotherapeut, Obmann der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie.*