

Einführung Psychosoziale Onkologie

Bearbeitet von
Reinhold Schwarz, Susanne Singer

1. Auflage 2008. Taschenbuch. 314 S. Paperback
ISBN 978 3 8252 3071 5
Format (B x L): 15 x 21,5 cm
Gewicht: 479 g

Weitere Fachgebiete > Medizin > Klinische und Innere Medizin > Onkologie,
Psychoonkologie

Zu Inhaltsverzeichnis

schnell und portofrei erhältlich bei



Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.



3071

Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Böhlau Verlag · Köln · Weimar · Wien
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Farmington Hills
facultas.wuv · Wien
Wilhelm Fink · München
A. Francke Verlag · Tübingen und Basel
Haupt Verlag · Bern · Stuttgart · Wien
Julius Klinkhardt Verlagsbuchhandlung · Bad Heilbrunn
Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft · Stuttgart
Mohr Siebeck · Tübingen
C. F. Müller Verlag · Heidelberg
Orell Füssli Verlag · Zürich
Verlag Recht und Wirtschaft · Frankfurt am Main
Ernst Reinhardt Verlag · München · Basel
Ferdinand Schöningh · Paderborn · München · Wien · Zürich
Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart
UVK Verlagsgesellschaft · Konstanz
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen
vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich

PsychoMed compact – Band 3

Die Reihe wurde begründet von Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier (†) und Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel; sie wird herausgegeben von Prof. Dr. Elmar Brähler und Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel.

Reinhold Schwarz, Susanne Singer

Einführung Psychosoziale Onkologie

Mit 31 Übungsfragen, 39 Abbildungen und 49 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Prof. Dr. med. *Reinhold Schwarz* und Dr. Dipl.-Psych. *Susanne Singer*, beide Abteilung Sozialmedizin, „Psychosoziale Beratungsstelle für Tumorpatienten und Angehörige“, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnetet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

UTB-ISBN 978-3-8252-3071-5
ISBN 978-3-497-01975-5

© 2008 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart
Satz: ew print & medien service gmbh, Würzburg
Druck: Friedrich Pustet, Regensburg

Printed in Germany
ISBN 978-3-8252-3071-5 (UTB-Bestellnummer)

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München
Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches	10
Vorwort	11
1 Das Fach Psychosoziale Onkologie	13
1.1 Ausgangssituation	13
1.2 Definition	14
1.3 Entwicklung des Faches	16
1.4 Somato-psychische Perspektive	19
1.5 Sozio-kulturelle Perspektive	22
1.6 Psychosoziale Arbeitsfelder in der Onkologie	24
1.7 Selbsthilfebewegung	26
1.8 Fragen zum ersten Kapitel	27
2 Psychosoziale Onkogenese	28
2.1 Krebserkrankungen aus subjektiver und objektiver Sicht .	28
2.2 Theorien	30
2.2.1 Melancholie und Trauer	30
2.2.2 Typus Carcinomatous	31
2.2.3 Lebensstil	32
2.2.4 Die psychobiologische Brücke	33
2.3 Überprüfung der Thesen zur Krebspersönlichkeit	37
2.4 Subjektive Krankheitstheorien	38
2.5 Psychotherapie zur Behandlung von Krebs	41
2.6 Das Phänomen „Spontanremission“	42
2.6.1 Klassifikation von Spontanremissionen	42
2.6.2 Erklärungsversuche	44

2.7	Risikoverhalten und Prävention	46
2.7.1	Risikofaktoren	47
2.7.2	Veränderung von Risikoverhalten	59
2.8	Fragen zum zweiten Kapitel	65
3	Krankheitsfolgen und Verarbeitung	66
3.1	Typische Belastungssituationen im Krankheitsverlauf	66
3.1.1	Diagnosestellung, Primärtherapie	67
3.1.2	Diagnose- und Behandlungsverzögerung	69
3.1.3	Todeswünsche und Suizidgedanken	70
3.1.4	Rezidivfreier Verlauf	71
3.1.5	Relevanz von Tumorart und Lokalisation	71
3.1.6	Rehabilitation	74
3.1.7	Progredienz	74
3.1.8	Palliative Behandlung	76
3.1.9	Der sterbende Patient	80
3.2	Die Auseinandersetzung mit dem Kranksein	82
3.2.1	Krebs als Krise	82
3.2.2	Belastung und Belastungsverarbeitung	82
3.2.3	„Nutzen“ der Krankheitsverarbeitung	88
3.2.4	Phasen der Krankheitsverarbeitung	89
3.2.5	Krisenintervention	97
3.2.6	Angst	100
3.2.7	Trauer	101
3.3	Psychische Komorbidität	103
3.3.1	Klassifikationssysteme psychischer Störungen	104
3.3.2	Häufigkeit psychischer Störungen bei Tumorpatienten ..	106
3.3.3	Therapeutische Relevanz	107
3.3.4	Darstellung häufiger Störungsbilder	110
3.3.5	Probleme der Fallidentifikation	121
3.3.6	Psychodiagnostik	123
3.3.7	Screeningverfahren	133
3.3.8	Risikofaktoren	135
3.4	Lebensqualität	136
3.4.1	Definitionen	137
3.4.2	Betrachtungsebenen	138
3.4.3	Lebensqualität in der Onkologie	141
3.4.4	Messung von Lebensqualität	143

3.5	Krebsschmerz	146
3.5.1	Medikamentöse Behandlung	146
3.5.2	Psychosoziale Dimension	147
3.5.3	Schmerzdiagnostik	154
3.5.4	Umgang mit Schmerzpatienten	156
3.6	Fatigue	156
3.6.1	Definition	156
3.6.2	Ätiologie	157
3.6.3	Diagnostik	158
3.6.4	Differentialdiagnostik	161
3.6.5	Epidemiologie	162
3.6.6	Therapie	162
3.6.7	Sozialmedizinische Aspekte	164
3.7	Körpererleben	166
3.7.1	Funktionalität	166
3.7.2	Aussehen	178
3.8	Soziale Folgen der Krebskrankung	180
3.8.1	Finanzielle Probleme	181
3.8.2	Berufliche Rehabilitation	183
3.9	Fragen zum dritten Kapitel	185
4	Grundwissen Onkologie	186
4.1	Epidemiologie	186
4.2	Klassifikation	189
4.2.1	Klassifikation nach Ursprungsgewebe	189
4.2.2	Klassifikation nach Lokalisation	190
4.2.3	Klassifikation nach Ausbreitung	190
4.2.4	Klassifikation nach Differenzierung	192
4.3	Tumordiagnostik	193
4.3.1	Anamnese und klinische Untersuchung	194
4.3.2	Biopsie	195
4.3.3	Endoskopie	196
4.3.4	Bildgebende Verfahren	196
4.3.5	Tumormarker	197
4.4	Onkologische Behandlung	198
4.4.1	Chirurgie	198
4.4.2	Strahlentherapie	200

4.4.3	Chemotherapie	202
4.4.4	(Anti)Hormontherapie	204
4.4.5	Therapie mit Antikörpern	205
4.4.6	Knochenmarktransplantation (KMT)	207
4.4.7	„Wait and See“	211
4.5	Fragen zum vierten Kapitel	212
5	Psychosoziale Versorgung	213
5.1	Psychosoziale Versorgungsmodelle	213
5.2	Aufklärung	214
5.2.1	Kulturelle und gesellschaftliche Aspekte	215
5.2.2	Juristische Aspekte	217
5.2.3	Psychologische Aspekte	218
5.2.4	Arzt-Patient-Beziehung und Kommunikation	220
5.2.5	Folgen der Aufklärung	222
5.2.6	Das Aufklärungsgespräch	224
5.3	Interventionen	228
5.3.1	Das Erstgespräch	229
5.3.2	Exkurs: Das helfende Gespräch	229
5.3.3	Begleiten	233
5.3.4	Beraten	234
5.3.5	Behandeln – Psychotherapie bei Krebs	235
5.3.6	Fachlichkeit in der psychosozialen Onkologie	243
5.3.7	Exkurs: Methoden unbewiesener Wirksamkeit	244
5.4	Spezifische Interventionen	253
5.4.1	Sozialarbeit	254
5.4.2	Pflege	263
5.4.3	Seelsorge	271
5.4.4	Sport und körperliche Bewegung	280
5.4.5	Künstlerische Therapien	284
5.4.6	Entspannungsmethoden	290
5.5	Fragen zum fünften Kapitel	292
6	Professionalisierung	294
6.1	Fachverbände	294
6.2	Fort- und Weiterbildung	295
6.2.1	Definition	295

6.2.2 Formen	296
6.2.3 Curriculare Fortbildungsprogramme	297
6.3 Fragen zum sechsten Kapitel	299
 Literatur	300
Sachregister	312

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches

Zur schnelleren Orientierung werden in den Randspalten Pikogramme benutzt, die folgende Bedeutung haben:



Literaturempfehlung



Begriffserklärung, Definition



Pro und Contra, Kritik



Beispiel



Forschungen, Studien



**Fragen zur Wiederholung
am Ende des Kapitels**

Vorwort

Eine Krebserkrankung kann das Leben von Betroffenen und Angehörigen in seinen Grundfesten erschüttern. Wie kann man diese Krise bewältigen? Und vor allem: Wie kann man als Arzt, Krankenschwester, Sozialarbeiterin oder Psychotherapeut helfen, diese Zeit durchzustehen? Mit solchen Fragen beschäftigt sich die moderne psychosoziale Onkologie.

Mit diesem einführenden Lehrbuch möchten wir Grundkenntnisse über typische psychosoziale Problemlagen, über Bewältigungs- und Abwehrprozesse, Gesprächsführung mit Tumorpatienten, spezielle psychodiagnostische Methoden, psychosoziale Interventionen und über Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der psychosozialen Onkologie vermitteln. Es wurde vor dem Hintergrund einer psychotherapeutischen Grundhaltung geschrieben, die unserer Auffassung von psychosozialer Onkologie entspricht.

Bei der Zusammenstellung der Texte haben wir von verschiedenen Seiten Unterstützung erfahren, für die wir uns herzlich bedanken möchten: Erz.-Wiss. Diana Scholz, Dipl.-Psych. Heide Götze und zwei Gutachtern sind wir sehr verbunden für die gründliche Durchsicht der Manuskriptentwürfe und für zahlreiche Verbesserungsvorschläge. Beate Liebing hat uns bei der Zusammenstellung der Literatur geholfen, wofür wir ihr sehr dankbar sind.

Für das Kapitel 6 haben wir Fachkenntnisse anderer Spezialdisziplinen einbezogen und wir danken dafür insbesondere Frau Dipl.-Soz. päd. Katharina Schröter und Frau Dr. Dipl.-Psych. Alexandra Meyer von der Psychosozialen Beratungsstelle für Tumorpatienten und Angehörige der Universität Leipzig, Herrn Dr. Dipl.-Psych. Martin Merbach vom Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung, Herrn Dr. Dipl.-Psych. Oliver Krauß aus der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Park-Krankenhaus Leipzig-Südost, dem Bischöflichen Rat Ipolyakon Nikolaj Thon und dem Akademischen Rat

Dr. Anapliotis von der Kommission der Orthodoxen Kirche in Deutschland sowie Helge Latzina von der Deutschen Buddhistischen Union. Auch Dipl.-Psych. Ulrike Landersdorfer vom Ernst Reinhardt Verlag und dem Reihenherausgeber Prof. Elmar Brähler danken wir sehr für die gute Zusammenarbeit.

Indirekten Einfluss auf das Entstehen dieses Buches hatten zahlreiche Gespräche und Diskussionen mit Kollegen, z. B. im Rahmen der Arbeitsgruppe Psychosoziale Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO), denen wir uns sehr verbunden fühlen im gemeinsamen Eintreten für eine Psychosoziale Onkologie. Sie können hier nicht alle namentlich genannt werden, ihr Beitrag wird anhand von Literaturverweisen im Text gewürdigt.

Wir hoffen und wünschen uns, dass dieses Buch eine gute Basis für die psychosoziale Arbeit in der Onkologie bietet. Gern nehmen wir Rückmeldungen und Anregungen von Leserinnen und Lesern unter reinhold.schwarz@medizin.uni-leipzig.de und susanne.singer@medizin.uni-leipzig.de entgegen.

Leipzig, Juli 2008

Reinhold Schwarz und Susanne Singer

1 Das Fach Psychosoziale Onkologie

1.1 Ausgangssituation

Das Krankheitspanorama in den industrialisierten Ländern hat sich aufgrund des medizinischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung der letzten Jahre radikal gewandelt. Akut und rasch tödlich verlaufende Leiden sind seltener geworden und die durchschnittlich zu erwartende Lebensspanne weitet sich. Immer komplexere und differenziertere Behandlungsmöglichkeiten entstehen, oft allerdings um den Preis chronischer Beeinträchtigungen und bleibender Behinderungen. So steht der zunehmenden Verlängerung der Überlebenszeit vielfach eine Einbuße an Lebensqualität gegenüber, mit einer erhöhten körperlichen, aber auch psychosozialen Krankheitsanfälligkeit, die ihrerseits spezifische medizinische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen erfordert. Da viele der früher akut und tödlich verlaufenden Tumoreiden inzwischen längerfristig behandelbar sind, steigt die Zahl der chronisch Krebskranken stetig an.

Auch das Leben mit oder nach einer Krebserkrankung verändert sich grundsätzlich. Viele der (potenziell) von ihrer Krebserkrankung geheilten Menschen sind nicht selten dauerhaft körperlich, sozial und/oder psychisch beeinträchtigt. Sie können unter dem so genannten „Damoklessyndrom“ der Überlebenden leiden – sei es, dass eine seelische Narbe auch nach Entfernung des Tumors zurückbleibt, sei es, dass sich die Sorge hinsichtlich eines möglichen Rückfalls eingenistet hat oder dass das Tumoreiden zwar zur Zeit unter Kontrolle zu sein scheint, aber jederzeit wieder aufflackern kann.

**Wandel des
Krankheitsbildes**

Die Linderung der Notlagen der Erkrankten und deren Angehörigen war in gleicher Weise eine Herausforderung an die psychosoziale Medizin wie ein Gebot der Menschlichkeit und wurde erklärt Ziel der in den siebziger Jahren entstandenen psycho-onkologischen Initiativen. Die Diskrepanz zwischen den persönlichen Katastrophen, die oft mit einer Krebsdiagnose verbunden

sind, und den begrenzten mitmenschlichen und fachlichen Hilfsmöglichkeiten im medizinischen Alltag begründete das ursprüngliche Anforderungsprofil an psychoonkologische Dienste. Traditionellerweise standen Fürsorge und Seelsorge im Vordergrund. Inzwischen kommt dank fortschreitender spezifischer Fachlichkeit die Psychosoziale Onkologie hinzu, unterstützt durch pädagogische Ansätze, in Bereichen, wo Fortbildungen für Angehörige medizinischer Fachberufe und für Laienhelfer gewünscht sind.

Angesichts der komplexen Situation, bestehend aus psychosozialen und onkologisch definierten Notlagen, stützt sich eine fachgerechte Behandlung auf Kompetenzen einer Vielzahl medizinischer und psychosozialer Disziplinen. Die psychosoziale Onkologie ist somit ihrem Wesen nach kooperativ angelegt, mit einer beträchtlichen Erweiterung der Anforderungen an die beteiligten Berufsgruppen, die weit über die klassischen Inhalte ihrer jeweiligen Herkunftsdisziplin hinausweisen.

1.2 Definition

Aus diesen Entwicklungen heraus entstand im Überschneidungsfeld von klinischer Psychosomatik und Sozialmedizin eine neue Disziplin, die von Fritz Meerwein im deutschen Sprachraum „Psycho-Onkologie“ und von Jimmie Holland in den USA später „Psycho-Oncology“ genannt wurde (Holland/Rowland 1989; Meerwein 1981). Unter anderem steht dieses Fach auch in der Nachfolge Viktor von Weizsäckers und Thure von Uexkülls, die nachdrücklich vertraten, dass in der Krankenbehandlung immer psychische, körperliche und soziale Momente zusammenkommen. Im Falle einer Krebserkrankung lässt sich zudem das Krankheitserleben nicht auf den befallenen Körperteil und oft auch nicht auf eine Krankheits- oder Behandlungsperiode beschränken. Auch wenn seitens der Medizin von „Heilung“ gesprochen wird, dann nämlich, wenn über einen bestimmten Zeitraum hinweg („Fünf-Jahres-Heilung“) keine physischen Krankheitszeichen mehr nachweisbar sind, so sind Kranken- und Krankheitsgeschichte Teile der individuellen und der sozialen Lebensgeschichte geworden.

Wenn wir nun den Begriff „Psychosoziale Onkologie“ der Bezeichnung „Psycho-Onkologie“ vorziehen, erweitern wir das Konzept von Meerwein und Holland ausdrücklich um mit-



menschliche und gesellschaftliche Dimensionen, die sowohl im Beziehungsgeschehen zwischen Arzt, Patient, Angehörigen und allen anderen Beteiligten repräsentiert als auch in den sozialstaatlichen Prinzipien von Selbstbestimmung, Gleichstellung und Teilhabe sozialrechtlich umgesetzt sind.

Primäres Ziel der Psychosozialen Onkologie im klinischen Kontext ist es, die Belastung durch Krankheit und Behandlung lindern zu helfen, die Patienten in der Auseinandersetzung mit Krankheit und Krankheitsfolgen zu unterstützen bzw. psychischen Fehlentwicklungen vorzubeugen und gemeinsam neue Perspektiven in der gewandelten Lebenssituation zu entwickeln. Darüber hinaus verfolgen Psychoonkologen eigene und interdisziplinäre Forschungsfragen auf dem Gebiet der Prävention, Therapie, Rehabilitation und Evaluation, wie auch die Förderung einer wissenschaftlich begründeten psychosozialen Behandlung von Krebskranken. Zusammenfassend lässt sich die folgende **Definition** ableiten:

Unter Psychosozialer Onkologie („Psychoonkologie“) verstehen wir die Lehre von den Wechselwirkungen zwischen seelischen und sozialen Prozessen einerseits und Entstehung und Verlauf von Tumorerkrankungen und deren psychosozialen Begleiterscheinungen andererseits. Sie befasst sich mit der wissenschaftlich fundierten Begleitung, Beratung und Behandlung von Tumorpatienten und deren Angehörigen in den verschiedenen Krankheitsphasen, in Akutversorgung, Nachsorge, in Prävention und Rehabilitation. Ihre Ziele sind die Unterstützung der Krankheitsverarbeitung, die Stabilisierung der Lebensqualität und ggf. eine Verbesserung der Überlebensprognose (Sellschopp et al. 2002).



Die Psychosoziale Onkologie repräsentiert somit ein ganzheitliches, d. h. bio-psycho-soziales Verständnis von Krankheit und Gesundheit. In diesem Sinne verknüpft sie drei zentrale Lebensbereiche des kranken Menschen miteinander:

1. die innerseelischen Geschehnisse, denen sich die Psychologie und speziell die Psychotherapie widmet. Gemeint sind einerseits die Auswirkungen der Krebserkrankungen auf das Seelenleben, z. B. die Beeinträchtigungen der psychischen Grundfunktionen,

wie Denken, Fühlen und Wollen, und die persönlichen Formen der Auseinandersetzung mit dem Leiden. Weiterhin gehören dazu die körperlichen Ausdrucksformen seelischer Erschütterungen, das heißt psychosomatische Zusammenhänge, die sich im Schmerzerleben oder in der Verstärkung von Behandlungsnebenwirkungen zeigen können.

2. den sozialen Kontext hinsichtlich der persönlichen und der gesellschaftlichen Umwelt. Hier sind förderliche und hinderliche Umstände zu unterscheiden. Förderlich sind z. B. die sozialrechtlichen Hilfen, die Unterstützung, die in der Familie möglich ist und die auch durch die Selbsthilfegruppen angeboten wird. Hinderlich für die Krankheitsverarbeitung sind die meist negativen Einstellungen der Öffentlichkeit gegenüber Krebs und die Vorurteile, denen man immer noch begegnet. Krebskrankheiten haben ein schlechtes Image. Hinderlich sind weiterhin die oft unwirtlichen medizinischen Behandlungsumstände inklusive der Schwächen in der Arzt-Patienten-Kommunikation.

3. das körperliche Geschehen im Zusammenhang mit der onkologischen Erkrankung. Je nach Erkrankungsart und Stadium steht mehr das biologische Krankheitsgeschehen, die Behandlung oder das als versehrt empfundene Körperbild im Zentrum. Viele Patienten leiden mehr unter der Behandlung als unter der Krankheit. Dies kann große betreuerische Probleme aufwerfen, wenn es darum geht, Behandlung und Behandler als „Verbündete“ und nicht als „Gegner“ erlebbar zu machen.

1.3 Entwicklung des Faches

Die Geschichte der Psychosozialen Onkologie kann an dieser Stelle nur schlaglichtartig beleuchtet werden. Letztlich ist ihre Entwicklung orientiert an den Fortschritten in der Onkologie, der Psychosomatischen und Psychosozialen Medizin, genauso wie an der jeweiligen nationalen Sozialgesetzgebung.

Die Vorläufer der Psychosozialen Onkologie weisen weit in die Vergangenheit zurück. Der Kontext einer sich allmählich herausbildenden wissenschaftlichen, psychosozialen Sicht in der Medizin gestaltete sich jedoch erst durch die Entwicklungen im 19. Jahrhundert, mit seinen tief greifenden sozialen, politischen und wissenschaftlichen Veränderungen. So war vor allem aus philosophisch-humanistischen Beweggründen die Psychosomati-

sche Medizin entstanden. Genau genommen steht deren Wiege in Leipzig, wo 1818 der Psychiater Johannes Christian Heinroth als Erster von „psychosomatischen Patienten“ sprach und somit diesen Begriff geprägt hatte.

Den Beginn der Sozialmedizin als dem sozialen Pendant zur Psychosomatik könnte man auf das Jahr 1848 datieren, als im Zuge der Bürgerlichen Revolutionen, der Industrialisierung und Verarmung großer Bevölkerungsgruppen die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten wie Cholera, Typhus und Tuberkulose, ernährungsbedingte Leiden, aber auch die Unfallgefahr in den neuen Produktionsstätten zum sozialpolitischen Handeln zwangen. Es war Rudolf Virchow, der den Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialer Lage erkannte und die offensichtlichen Missstände damals als „Soziale Frage“ auch politisch zu Gehör brachte.

Bereits im 19. Jahrhundert galt Krebs als „Geißel der Menschheit“, wurde als „unbarmherzig, unversöhnlich, habgierig“ charakterisiert (Meerwein 1978, 12), als „Krankheit des bösen Omens, abscheulich und abstoßend für die Sinne“, (Sontag 1978, 11).

Der magische Charakter, den man dem Wort „Krebs“ zuschrieb, wurde daran deutlich, wie man mit den Patienten über die Erkrankung sprach. Peter Meerwein zitiert einen Arzt dieser Zeit: „Manche Krankheitsnamen sind so gefürchtet, dass man sie nicht nennen darf“ (Meerwein 1980, 12). Gedacht war dabei an Krebs und Tuberkulose. Den Tod verkünden, hieße den Tod zu geben, hörte man später, was nicht nur in der tatsächlich schlechten Prognose von Tumorerkrankungen zu damaligen Zeiten begründet war, sondern auch in der Vorstellung, dass man das Böse herbeiführt, wenn man es benennt.

Wahrhaftigkeit

In den Fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts setzte die Diskussion um das Wahrhaftigkeitsproblem ein, und die Befürworter eines offenen Gesprächs bekamen allmählich die Oberhand. In diesem Zusammenhang ist auch die Hospizbewegung zu nennen, die in den Sechziger Jahren entstand, als Elisabeth Kübler-Ross ihre Arbeit mit Schwerkranken in ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden“ (Kübler-Ross 2008) einer breiten Öffentlichkeit bekannt machte. Zu einer wachsenden Offenheit beigetragen haben sicher auch die nun auftauchenden Überlegungen über die Wechselwirkungen zwischen Krankheitsgeschehen und psychosozialen Prozessen, die vorwiegend aus dem Denken der Psychiatrie und der Psychoanalyse erwuchsen.

Eine Beschleunigung der Entwicklung vollzog sich nach 1970, als in Deutschland durch Mildred Scheel die Deutsche Krebs hilfe (1974) gegründet wurde und die 1. Große Krebskonferenz stattfand (1987), der noch vier weitere Konferenzen folgten, mit deutlichen Hinweisen auf die psychosozialen Erfordernisse einer patientengerechten Krebsmedizin. Die Selbsthilfebewegung begann sich zu formieren, und die Deutsche Krebshilfe legte ihr psychoonkologisches Programm auf, das 1979 unter anderem zur Gründung der ersten bundesdeutschen psychosozialen Nachsorgeeinrichtung für Tumorpatienten in Heidelberg geführt hatte. Weitere Psychoonkologische Zentren entstanden in Hamburg, München und Köln.

Themen der Psychosozialen Onkologie



Inzwischen hat sich das Themenspektrum, mit dem Psychoonkologen befasst sind, enorm verbreitert. Psychosoziale Gesichtspunkte wie die zentrale Bedeutung des subjektiven Empfindens, der Lebensqualität der Kranken und einer vorwiegend darauf bezogenen Rehabilitation treten mehr in den Vordergrund. Davon zeugen zahlreiche Tagungen und Kongresse, die im interdisziplinären Diskurs eine ganz wesentliche Annäherung psychosozialer und onkologischer Positionen bewirkt haben. Sichtbares Resultat dieser Kooperation stellt die obligatorische Integration von Lebensqualitätsaspekten in die Bewertung von Therapiere sultaten in klinischen Studien dar.

Einen Überblick über die Entwicklung der Psychosozialen Onkologie im Bereich der Rehabilitation geben Koch und Weis in ihrem Buch „Krankheitsbewältigung bei Krebs“ (Koch/Weis 1998).

Im Wesentlichen konzentriert sich die Psychosoziale Onkologie nun auf die Belastungen von Patienten und Angehörigen während und nach Krankheit und Behandlung, woraus sich spezifische psychoonkologische Interventionen ergeben, sowohl bezogen auf das kommunikative Geschehen im Behandlungskontext als auch auf die gezielte psychotherapeutische Unter stützung der Krankheitsverarbeitung und die Behandlung seelischer Begleiterkrankungen. Diese Akzentsetzung zeigt sich auch in den Inhalten der 2006 gestarteten Förderprogramme „Psychosoziale Onkologie“ der Deutschen Krebshilfe.

Interessant ist im Übrigen, dass die Psychosoziale Onkologie auch einen Entwicklungsprozess in der Psychosomatischen Medizin angestoßen hat, der vor allem in den vergangenen zehn Jahren deutlich wurde. Es ist noch nicht lange her, dass sich die

Einfluss auf Psychosomatische Medizin

Psychosomatische Medizin nahezu ausschließlich der Psychogenese der verschiedensten Erkrankungen verschrieb und nur solche Fragestellungen gelten ließ, die einen kausalen Zugang zu körperlichen Leiden gewählt haben. Angeregt durch die Psycho-soziale Onkologie erscheint auch die somato-psychische Sichtweise akzeptabel, erkennbar daran, dass es inzwischen vergleichbare Ansätze auch in anderen medizinischen Fächern gibt, z.B. Psycho-Nephrologie, Psycho-Dermatologie, Psycho-Kardiologie und Psycho-Diabetologie.

1.4 Somato-psychische Perspektive

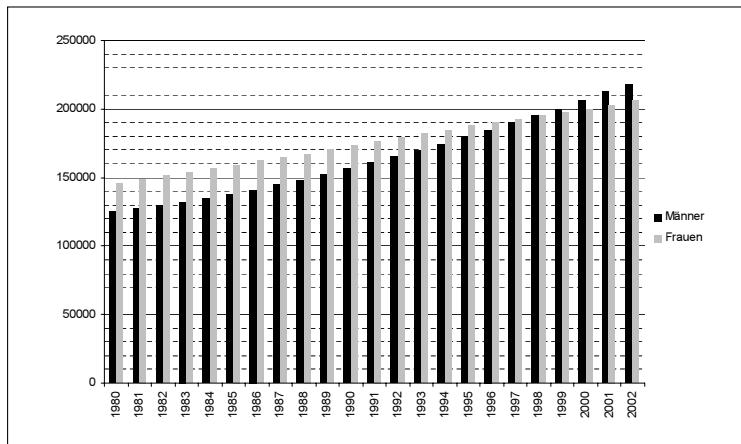
Die Vielfalt der malignen (d. h. bösartigen) Tumorerkrankungen, die alltagssprachlich unter dem Etikett „Krebs“ vereint sind, macht es schwer, einen für alle onkologischen Erkrankungen gemeinsamen Nenner zu finden. Nicht minder differenziert sind die Formen des Erlebens, Verarbeitens und Ausdrucks, die Ludolf von Krehl zu seiner viel zitierten Aussage veranlasst haben mögen: „Krankheiten als solche gibt es nicht, wir kennen nur kranke Menschen“ (Krehl 1932, 24). Das onkologische Krankheitsspektrum reicht von lokalisierten oder metastasierten Tumoren in verschiedenen Organen bis zum CUP-Syndrom (Cancer of Unknown Primary), von den hämatologischen Systemerkrankungen bis zum Kaposi-Sarkom bei AIDS, um nur einige zu nennen. Das aktuelle Klassifikationssystem (siehe Kapitel 4.2) umfasst inzwischen mehrere Hundert verschiedene Krebserkrankungen, die sich noch vervielfachen, wenn die unterschiedlich zu behandelnden histologischen und immunologischen Subtypen einbezogen werden.

Dennoch lassen sich einige Basiskriterien als Definition für **Malignität** nennen, wie unkontrolliertes Zellwachstum, Verlust der Zelldifferenzierung, veränderte Zellfunktionen, (organdestruktive) Ausbreitung und Möglichkeit der Metastasierung, die den malignen, biologischen Prozess kennzeichnen und die auch die objektive (Lebens-)Gefährlichkeit dieser Erkrankungsgruppe ausmachen, an der jährlich mehr als 215.000 Männer und über 200.000 Frauen in Deutschland erkranken (Abbildung 1) – mit einer durchschnittlichen Überlebensrate von ca. 50%.

Wenn auch bei einigen Krebslokalisationen und -stadien das maligne Krankheitsgeschehen als solches im Vordergrund steht,



Abb. 1:
Anzahl Krebs-
neuerkrankungen
in Deutschland
(Daten: Robert
Koch Institut,
Graphik: S. Singer)



sind es die Diagnostik und vor allem die Behandlung, die das akute, subjektive Leiden der Patienten prägen, durch unerwünschte Neben- und Folgewirkungen, durch Verluste von Körperteilen und Organfunktionen etc. Die immer differenzierteren medizinisch-onkologischen Diagnosemöglichkeiten und Behandlungsformen definieren die spezielle psychosoziale Problemlage (z. B. genetische Testung) und den psychoonkologisch-psychotherapeutischen Rahmen immer wieder neu (Tabelle 1).

Die Beschreibung der möglichen Belastungsquellen im Zusammenhang mit Krebs bliebe unvollständig, wenn nicht auch der institutionelle und zwischenmenschliche Rahmen einbezogen würde, in dem onkologische Diagnostik, Therapie und Nachsorge stattfinden. Die Behandlung und Betreuung chronisch Kranker stellt Anforderungen an Ärzte und Pflegende, die über naturwissenschaftlich-technische Fertigkeiten weit hinausgehen. Die Integration psychosozialer Fertigkeiten in das onkologische Kompetenzspektrum und die entsprechenden Weiter- und Fortbildungsordnungen sind allerdings erst unvollkommen gelungen, wie u. a. an den verbreiteten Klagen von Patienten ablesbar ist, für die der oft wenig einfühlsame zwischenmenschliche Umgang und die mangelhaften institutionellen Rahmenbedingungen in manchen Praxen, Kliniken und Krankenhäusern weitere, wenn nicht die dominant erlebten, Leidensquellen darstellen.

Einen immer noch zentralen Konfliktfokus stellt das Aufklärungsproblem dar, von dem nolens volens Pflegende, Sozialdiens-

Tab. 1: Entwicklungen der Onkologie – als Schrittmacher für die Psychoonkologie

Entwicklungen in der Onkologie	Psychoonkologische Themen
neue diagnostische Möglichkeiten	„Aufklärung“; informed consent („informiertes Einverständnis“); Bewältigung der Informationsflut
hochdifferenziertes und komplexes Behandlungsrepertoire: (minimal-invasive) Chirurgie, Chemo-, Radio-, Immun-, Hormontherapie, Transplantation etc.; interdisziplinäre, onkologische Intensiveinrichtungen	Beteiligung der Patienten an Therapieentscheidungen („shared decision making“, „empowerment“); Verarbeitung und Bewältigung von Begleitsymptomen, Nebenwirkungen, Versehrtheit, Behinderung und psychischer Komorbidität; Identifikation psychosozial betreuungsbedürftiger Patienten; Implementierung psychoonkologischer Dienste; Entwicklung und Evaluation psychoonkologischer Behandlungsmethoden
Entwicklung neuer therapeutischer Optionen (first-, second-, thirdline etc. Therapien)	Schwanken zwischen Hoffnung und Verzweiflung; Beendigung der onkologischen Therapie; Lebensqualität als therapeutisches Ziel
Palliativstationen; ambulante, stationäre Hospizarbeit	Symptomkontrolle, Umgang mit Sterben und Tod; Betreuungs- und Patientenverfügung
Entwicklungen im Gesundheitswesen: Evidence Based Medicine (EBM), Disease-Management-Programme (DMP)	Psychoonkologische Beiträge zur Krebsforschung; Konsequenzen neuer Versorgungsformen für die Psychosoziale Onkologie
Therapiemethoden ohne wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise	Auseinandersetzung mit „Heilern“, „Gurus“ bzw. unseriösen Heilungsversprechen; subjektive Krankheits- und Heilungstheorien

te und auch Psychoonkologen mit betroffen sind. Wenn auch die traditionelle Kontroverse, ob informiert werden soll oder nicht, überwunden zu sein scheint, so lebt der Konflikt in anderer Gestalt wieder auf. Es geht dabei nicht nur um die Benennung der

Krankheit, sondern vor allem um die Implikationen von Krankheit und Therapie, um eine angemessene Kommunikation über rehabilitative und prognostische Aspekte und ganz besonders um die als defizitär empfundene emotionale Valenz (z. B. Empathie) der Arzt-Patienten-Beziehung. Im Resultat bleibt eine sich vertiefende Kluft zwischen einem vorwiegend technischen Medizinverständnis vieler Ärzte und den emotionalen Bedürfnissen chronisch Kranker. Die zunehmend ökonomisch dominierte Diskussion tut das ihre dazu, das Vertrauen in eine sach- und bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu erschüttern.

1.5 Sozio-kulturelle Perspektive

Auch wenn sich der gemeinsame naturwissenschaftliche Nenner der höchst heterogenen onkologischen Erkrankungen auf wenige pathologische Basismerkmale reduziert, kann angesichts der beschriebenen Vielfalt kaum von einer Krankheitseinheit ge-

Tab. 2: Der Begriff „Krebs“: Mythos und Metapher



Analogie zwischen der Krankheit und der vermeintlichen Heimtücke des rückwärts laufenden Tiers, das urplötzlich mit seinen Scherenarmen zubeißt und sein Opfer von innen auffrisst. Somit gehört Krebs zu der Welt des Bösen (Krebs – ein „Tier im Menschen“).
Kriegerisches Vokabular im Zusammenhang mit der Behandlung: „Kampf gegen den Krebs“, „kill to cure“, aggressive Ausrottungskampagnen, „auf breiter Front“, mit „Stahl und Strahl“ oder „Kanonen“, in „Bunkern“, mit der „chemischen“ Keule, „Zellgifte“ etc.
Unheilvolle Metaphorik wie: „Krankheit zum Tode“, „Geißel der Menschheit“, „Aussatz unserer Zeit“, etc.
„Blaming the victim“: Patienten wird die „Schuld“ an der Erkrankung zugesprochen (z. B. wegen deren „Krebspersönlichkeit“)
Individualisierung der Verantwortung für Prävention im zeitgeistspezifischen, ideologischen Kontext (z. B. der Raucher als „Volksschädling“)
Immer wieder werden aktuelle Übel in der Welt mit dem Wort „Krebs“ verbunden (Terrorismus, Drogensucht, Arbeitslosigkeit u. a. m.).

sprochen werden. Dennoch hat sich im soziokulturellen Raum ein Stereotyp von „Krebs“ herausgebildet und gehalten, das dieser Erkrankungsgruppe eine Sonderstellung unter den chronischen Erkrankungen zuweist und das auch heute seine Aktualität behalten hat (Tabelle 2).

Krebserkrankungen wird das höchste Bedrohungspotential unter den Krankheiten zugemessen, verbunden mit der Vorstellung, dagegen am wenigsten tun zu können. Im Einklang damit steht der immer noch schwierig erscheinende Umgang mit dem Wort „Krebs“, das in die Kategorie der „Unworte“ oder „Tabu-Themen“ fällt.

Im psychoonkologischen Kontext konfrontieren Patienten den Berater mit zahlreichen, zum Teil naiv anmutenden Fragen, die gleichwohl einen (tod-)ernsten Hintergrund haben und in denen schon längst überwunden geglaubte Einstellungen, Mythen und Vorurteile wieder aufleben.

Häufige Bemerkungen, Fragen und Vorurteile bei Krebs

- „Krebskranke sind zu meiden, Ansteckungsgefahr.“
- „Bloß keine Angst haben, sonst kommt ein Rezidiv.“
- „Ich will es gar nicht so genau wissen.“
- „Bei Krebs ist es mit der Sexualität vorbei.“
- „Wer Krebs hat, ist selbst schuld.“
- „Chemotherapie ist Gift.“
- „Krebs ist immer tödlich.“
- „Jetzt ist alles aus, am besten, ich bringe mich um.“
- „Kinder sollten über Krankheit und Tod nichts erfahren.“
- „Rehabilitation lohnt sich nicht.“
- „Nur keine Operation, damit keine Luft daran kommt.“
- „Bin ich eine Krebspersönlichkeit?“
- „Ich habe immer gesund gelebt, warum bin ich erkrankt?“
- „Was soll ich den Arbeitskollegen sagen?“
- „Machen Schmerzmittel süchtig?“
- „Soll ich mir die Narbe (Brustamputation) ansehen, soll ich sie meiner Tochter zeigen, kann ich in die Sauna gehen?“
- „Hilft Mistel, Vollwertkost, Heilfasten?“
- „Wie bringe ich dem Arzt bei, dass ich keine Chemotherapie will?“
- „Wie fasse ich mein Testament ab?“
- „Was geschieht mit meiner Patientenverfügung?“
- „Sind wirklich alle Möglichkeiten ausgeschöpft?“
- „Im Internet habe ich gelesen...“.

