



Schulz-Kindermann

2. Auflage

# Psychoonkologie

Grundlagen und  
psychotherapeutische Praxis



E-Book inside

**BELTZ**

Schulz-Kindermann

**Psychoonkologie**



Frank Schulz-Kindermann

# Psychoonkologie

Grundlagen und therapeutische Praxis

Mit E-Book inside

2., überarbeitete Auflage

Mit einem Geleitwort von Uwe Koch

Unter Mitarbeit von Corinna Bergelt, Heike Berger, Laura Inhestern, Klaus Lang,  
Dieter Linhart, Anja Mehnert-Theuerkauf, Luise Reddemann, Heike Schieder,  
Rainer Simeit

**BELTZ**

Dr. phil. Frank Schulz-Kindermann  
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg  
E-Mail: schulzk@uke.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-28792-0 Print  
ISBN 978-3-621-28796-8 E-Book (PDF)

2. Auflage 2021

© 2021 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim, Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb  
Umschlagbild: Paul Klee, Garten am Bach (akg images, AKG 179 732)  
Herstellung: Uta Euler  
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

Geleitwort zur 2. Auflage	11
Vorwort zur 2. Auflage	13
1 Einleitung	17
<b>Teil I Medizinische Grundlagen</b>	27
2 Was ist Krebs?	29
3 Onkologische Therapiemöglichkeiten	47
4 Onkologische Behandlungsstrategien	68
<b>Teil II Psychoonkologische Grundlagen</b>	87
5 Krebs und Psyche	90
6 Auseinandersetzung mit Krebs: Belastung und Behandlungsbedarf	102
7 Grundlagen psychoonkologischer Kontaktaufnahme und Intervention	135
8 Unterschiedliche Settings psychoonkologischer Arbeit	164
9 Psychoonkologische Diagnostik	185
10 Psychoonkologische Arbeit mit Familien	199
11 Psychoonkologische Arbeit mit Paaren	213
12 Psychoonkologische Arbeit mit Gruppen	229
<b>Teil III Psychoonkologische Begleitung im Krankheits- und Behandlungsverlauf</b>	249
13 Diagnosestellung	252
14 Erstbehandlung	280
15 Remission	308
16 Rezidiv	326
17 Palliative Phase	345
18 Sterben, Tod und Trauer	364
19 Endlich leben: Krebs und die Suche nach Sinn	382
<b>Anhang</b>	393
Glossar medizinischer Fachbegriffe	395
Literatur	401
Autoren- und Mitarbeiterverzeichnis	432
Sachwortverzeichnis	435



# Inhalt

Geleitwort zur 2. Auflage	11
Vorwort zur 2. Auflage	13
<b>1 Einleitung</b>	<b>17</b>
<b>Teil I Medizinische Grundlagen</b>	<b>27</b>
<b>2 Was ist Krebs?</b>	<b>29</b>
2.1 Wodurch entsteht Krebs?	30
2.2 Epidemiologie	36
2.3 Krebsarten	39
2.4 Klassifikation von Krebserkrankungen	41
<b>3 Onkologische Therapiemöglichkeiten</b>	<b>47</b>
3.1 Operation	47
3.2 Strahlentherapie	49
3.3 Chemotherapie	51
3.4 Antihormonelle Therapie	54
3.5 Zielgerichtete Therapie durch neue Substanzen	55
3.6 Antikörpertherapie	55
3.7 Small molecules	58
3.8 Immuntherapie und zukünftige Entwicklungen	61
3.9 Supportivtherapie und Komplementärmedizin	62
3.10 Spätfolgen onkologischer Behandlung	64
<b>4 Onkologische Behandlungsstrategien</b>	<b>68</b>
4.1 Kurative und palliative Behandlung	68
4.2 Neoadjuvante Therapie	71
4.3 Adjuvante Therapie	72
4.4 Primär kurative Chemotherapie	75
4.5 Stammzelltransplantation	76
4.6 Primär kurative Strahlentherapie	78
4.7 Kombinierte Strahlen-Chemotherapie	79
4.8 Palliative Chemotherapie	80
4.9 Palliative Strahlentherapie	81
4.10 Palliative Chirurgie	81
4.11 Palliativmedizin	84

<b>Teil II</b>	<b>Psychoonkologische Grundlagen</b>	87
<b>5</b>	<b>Krebs und Psyche</b>	90
5.1	Psychologische Krebstheorien	90
5.2	Empirische Befunde	91
5.3	Konsequenzen für die psychoonkologische Praxis	95
5.4	Berufspolitische Überlegung	101
<b>6</b>	<b>Auseinandersetzung mit Krebs: Belastung und Behandlungsbedarf</b>	102
6.1	Faktoren der Auseinandersetzung mit Krebs	102
6.2	Psychische Störungen bei Krebs	115
6.3	Differenzialdiagnostik und Indikation	126
<b>7</b>	<b>Grundlagen psychoonkologischer Kontaktaufnahme und Intervention</b>	135
7.1	Besonderheiten der Psychotherapie bei Krebs	135
7.2	Besonderheiten der therapeutischen Beziehung in der Psychoonkologie	137
7.3	Der psychoonkologische Erstkontakt	146
7.4	Psychotherapeutische Interventionen in der Psychoonkologie	151
<b>8</b>	<b>Unterschiedliche Settings psychoonkologischer Arbeit</b>	164
8.1	Sektoren der Krankenversorgung	164
8.2	Akutkrankenhaus	166
8.3	Niedergelassene Praxis	172
8.4	Stationäre Rehabilitation	174
8.5	Palliativstation	175
8.6	Hospiz	177
8.7	Arbeit im multiprofessionellen Team	178
<b>9</b>	<b>Psychoonkologische Diagnostik</b>	185
9.1	Krankheits- und behandlungsbedingte psychische Komorbidität	185
9.2	Grundlagen psychoonkologischer Diagnostik	188
9.3	Methoden psychoonkologischer Diagnostik	191
9.4	Indikation zur psychoonkologischen Intervention: Bedarf und Bedürfnis	195
9.5	Qualitätssicherung	197
<b>10</b>	<b>Psychoonkologische Arbeit mit Familien</b>	199
10.1	Mit welchen Belastungen kommen Familien in die psychoonkologische Beratung?	200

10.2	Kommunikation in der Familie	203
10.3	Pflegende Angehörige	206
10.4	Herausforderungen in der palliativen Phase und bei Trauer	207
10.5	Psychoonkologische Interventionen für betroffene Familien	208
10.6	Fazit	212
<b>11</b>	<b>Psychoonkologische Arbeit mit Paaren</b>	213
11.1	Die Doppelrolle von Partnern	213
11.2	Die Paardynamik nach Krebs	217
11.3	Paargespräche in der Psychoonkologie: wann und wie?	224
<b>12</b>	<b>Psychoonkologische Arbeit mit Gruppen</b>	229
12.1	Arten psychoonkologischer Gruppen	230
12.2	Für wen ist eine psychoonkologische Gruppe wann geeignet?	233
12.3	Voraussetzungen für gute Gruppenarbeit	234
12.4	Wirkfaktoren und Ziele psychoonkologischer Gruppenarbeit	241
12.5	Effekte psychoonkologischer Gruppen	245
12.6	Fazit	246
<b>Teil III</b>	<b>Psychoonkologische Begleitung im Krankheits- und Behandlungsverlauf</b>	249
<b>13</b>	<b>Diagnosestellung</b>	252
13.1	Konfrontation mit der Diagnose »Krebs«	252
13.2	Psychoonkologische Begleitung zur Zeit der Diagnosestellung	255
13.3	Edukativ-psychoonkologische Interventionen	257
13.4	Symptomorientierte Interventionen	267
13.5	Supportive und tiefenpsychologisch orientierte Interventionen	270
13.6	Krisen- und traumaorientierte Interventionen	276
13.7	Systemische Überlegungen	278
<b>14</b>	<b>Erstbehandlung</b>	280
14.1	Psychische Probleme während der Erstbehandlung	280
14.2	Edukative und symptomorientierte Interventionen	285
14.3	Supportive Begleitung während onkologischer Behandlung	302
14.4	Krisen- und traumaorientierte Interventionen	305
<b>15</b>	<b>Remission</b>	308
15.1	Die subjektive Bedeutung von »Remission«	309
15.2	Krankheitsbewältigung und Genesung	311
15.3	Supportives Ordnen	316

<b>16</b>	<b>Rezidiv</b>	326
16.1	Psychische Auseinandersetzung mit Ausmaß des Rezidivs	326
16.2	Mit der Angst umgehen	332
16.3	Systemische Aspekte	343
<b>17</b>	<b>Palliative Phase</b>	345
17.1	Anliegen der Patienten in der palliativen Phase	345
17.2	Therapeutische Herausforderungen	350
17.3	Therapeutische Strategien	359
<b>18</b>	<b>Sterben, Tod und Trauer</b>	364
18.1	Psychische Belastungen	364
18.2	Gestaltung eines »guten Sterbens«	367
18.3	Sterben – ein autonomer Prozess	371
18.4	Sterben in Institutionen	372
18.5	Sterben zu Hause	375
18.6	Trauer	379
<b>19</b>	<b>Endlich leben: Krebs und die Suche nach Sinn</b>	382
	<b>Anhang</b>	393
	Glossar medizinischer Fachbegriffe	395
	Literatur	401
	Autoren- und Mitarbeiterverzeichnis	432
	Sachwortverzeichnis	435

## Geleitwort zur 2. Auflage

Als die frisch berufene Lehrstuhlinhaberin für Medizinische Psychologie am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE), Margit von Kerekjarto, Mitte der 1970er Jahre den für die ambulante und stationäre onkologische Versorgung im UKE verantwortlichen Ärzten und Ärztinnen psychologische Betreuung für die von ihnen behandelten Krebspatienten anbot, stieß sie keineswegs sofort auf ungeteilte Zustimmung. Diese Ärzte und Ärztinnen nahmen die psychischen Belastungen ihrer Patienten und Patientinnen zwar durchaus wahr. Den meisten von ihnen war aber die Vorstellung, dass eine andere, in diesem Umfeld neue Expertengruppe – Psychologen und Psychologinnen oder psychotherapeutisch geschulte Ärzte und Ärztinnen – eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Patientenbetreuung übernehmen sollte, eher fremd. Um die offensichtlich bestehenden Vorbehalte aus heutiger Perspektive nachvollziehen zu können, muss man sich in Erinnerung rufen, dass zu dieser Zeit die Psychotherapie in der Medizin insgesamt noch sehr um Anerkennung kämpfte. Die damals in Entstehung begriffene Psychoonkologie konnte sich nur auf wenige evidenzbasierte Grundlagen stützen. Auch dominierte in den 1970er Jahren noch ein anderes ärztliches Rollenverständnis. Ärzte und Ärztinnen sahen sich noch sehr viel mehr als heute in einer Alleinverantwortung für den Patienten. Die heute favorisierte Position einer von verschiedenen Berufsgruppen und dem Patienten selbst getragenen Gesamtverantwortung wurde noch sehr selten vertreten.

45 Jahre später ist die Psychoonkologie in Deutschland als wichtige Teildisziplin der Onkologie anerkannt. In einigen Einrichtungen der psychosozialen Medizin an Universitätskliniken stellt sie inzwischen einen wichtigen Schwerpunkt in der Forschung dar. Durch verschiedene Forschungsprogramme wurde und wird sie substantiell gefördert. Die Psychoonkologie ist inzwischen in allen für die onkologische Versorgung relevanten Versorgungsbereichen – wenn auch regional sehr unterschiedlich und oft noch keineswegs in hinreichender Dichte – präsent. Es gibt inzwischen internationale Fachzeitschriften für Psychoonkologie, nationale wie internationale psychoonkologische Fachgesellschaften und zahlreiche Fachtagungen. Da die Psychoonkologie inzwischen sowohl in onkologischen als auch in psychoonkologisch-spezifischen Leitlinien präsent ist, stellt sie heute zumindest in Deutschland ein breit akzeptiertes Qualitätsmerkmal in der onkologischen Versorgung dar.

Die hier vorgelegte zweite Auflage des überarbeiteten Werkes kann nahtlos in diesen Implementationsprozess der Psychoonkologie eingeordnet werden. Der Initiator des Werkes, Frank Schulz-Kindermann, unternimmt – unterstützt durch eine Reihe von ausgewiesenen Kolleginnen und Kollegen – den Versuch, das Wissen um wichtige Prozesse in der Psychoonkologie unter klinischer Perspektive zu ordnen. Er möchte seine in 30 Jahren praktisch-klinischer Tätigkeit gewonnenen Erfahrungen an gegenwärtige und künftige Kolleginnen und Kollegen weitergeben.

Der Autor versteht die Verarbeitung der aus der Krebserkrankung und der Behandlung resultierenden Belastungen als einen lang andauernden Anpassungsprozess der Patienten und Patientinnen. Aufgabe der psychoonkologischen Dienste ist es, diesen Prozess der jeweiligen Bedarfslage des Patienten entsprechend durch psychosoziale Hilfsangebote zu unterstützen. Diese Perspektive gilt für die psychoonkologische Diagnostik ebenso wie für die psychotherapieschulenübergreifende Gestaltung der Interventionen, sei es nun im Rahmen individueller Beratung und Therapie, bei familienbezogenen Überlegungen oder Gruppen-Behandlungen.

Dass es einen großen Bedarf für ein solches Praxishandbuch der Psychoonkologie bei den in der Psychoonkologie tätigen Expertinnen und Experten aller Versorgungsbereiche gibt, steht außer Frage. Was das Buch so lesenswert macht, ist die erlebbare therapeutische Hingabe von Frank Schulz-Kindermann und seinen Kolleginnen und Kollegen sowie die Anschaulichkeit in der Gestaltung der einzelnen Beiträge. Ich wünsche dem Autor auch für die zweite Auflage viel Erfolg!

Hamburg, im Juni 2020

*Uwe Koch*

## Vorwort zur 2. Auflage

Auch zu Beginn des dritten Jahrtausends hat die Krankheit Krebs wenig von ihrem Schrecken verloren. Wir lesen Meldungen über Betroffene, häufig über Prominente, und nehmen an deren Behandlungs- und Leidensweg teil. Viele von uns kennen Menschen mit Krebs oder ihre Angehörigen. Manche begegnen Krebs in der eigenen Familie, einige von uns sind selbst erkrankt.

Die Krankheit Krebs ist in unserer Nähe. Wenn wir im Rahmen von Seminaren, sei es bei Studierenden der Medizin, sei es bei psychologischen oder medizinischen Kolleginnen und Kollegen fragen, wer in seiner eigenen Umgebung mit Krebs zu tun hat, berichtet die große Mehrheit über eigene Erfahrungen. Diese Allgegenwärtigkeit der Krankheit und die mit ihr verbundenen Erfahrungen und Befürchtungen machen sie zu einem konkreten Gegenstand unserer Ängste. Dadurch sind die selbst Erkrankten und ihre soziale Umgebung nicht nur von der Krankheit, sondern auch von dem mit ihr verbundenen, aufgeladenen Bedeutungshof betroffen.

Krebs ist häufig – in Deutschland erkrankt im Jahr fast eine halbe Million Menschen, nahezu eine Viertelmillion pro Jahr stirbt an Krebs (Robert-Koch-Institut, 2019). Jeder zweite Deutsche muss damit rechnen, im Laufe des Lebens an Krebs zu erkranken. Die Zahl derjenigen, die einmal an Krebs erkrankt waren und »geheilt« erscheinen, bzw. derjenigen, die mit Krebs als chronischer Krankheit zu leben haben, lässt sich lediglich schätzen. Entsprechende Lebenszeitprävalenzen liegen nach Schätzung des Robert-Koch-Instituts für »Krebs gesamt« in Deutschland bei einem Anteil von 3 bis 4 Prozent der männlichen und 4 bis 5 Prozent der weiblichen Bevölkerung (Robert-Koch-Institut, 2010). Das würde bedeuten, dass etwa drei bis vier Millionen Menschen in der BRD mit Krebs leben, somit etwa in jeder vierten Familie ein Betroffener lebt und jeder Dritte einen Menschen mit Krebs in seinem persönlichen Umfeld hat.

Krebs hat einen weiten Hof in vielerlei Beziehung – er berührt uns auf vielfältige Weise. Nur an Herz-Kreislauf-erkrankungen sterben in Deutschland noch mehr Menschen als an Krebs. Und die Krankheitsfälle nehmen zu: Durch die steigende Alterung der Bevölkerung sind immer mehr Menschen dem Risiko ausgesetzt, an Krebs zu erkranken (s. Abschn. 2.2).

Die Krankheit Krebs erreicht und berührt uns. Sie ist mit Siechtum, Sterben und Tod verbunden und diejenigen, die davon betroffen sind, »spalten« ihre Umgebung: Manche wenden sich in diesem Moment den von Krebs Betroffenen zu, andere, die die Konfrontation mit diesem Schrecken nicht ertragen können, wenden sich gerade dann von den Betroffenen ab.

Georg Diez (2009) schreibt im Magazin der »Süddeutschen Zeitung« über »Das Prinzip Krebs«:

»Jede Zeit hat ihre Krankheit – die Krankheit unserer Zeit ist der Krebs. ... Krebs ist Angst, auf diesen Satz kann man das Wabernde und Wuchernde, das Unheimliche und Unsichtbare dieser Krankheit reduzieren. Krebs ist die Angst des Kranken, die aber auch die Umgebung erfasst. Die sich in die Beziehung zu Freunden und Familie frisst. Die sich ausbreitet, selbst wenn die Krankheit gestoppt ist. Irgendetwas bleibt immer, Krebs ist eine Angst, die einen nie mehr verlässt. ... Krebs befällt nicht nur den Körper, Krebs frisst sich in den Alltag und in die Zeit. Krebs ist aber auch eine Metapher. ... Krebs ist *darum* die unheimlichste Krankheit, weil sie uns am nächsten ist.«

Das, was wir seit Susan Sontags Buch »Krankheit als Metapher« (1981) internalisiert, was wir zum Teil mühsam in die Öffentlichkeit getragen haben, dass Krebs nicht nur eine Angelegenheit der unmittelbar Betroffenen, sondern auch Ausdruck archaischer Ängste und gesellschaftlicher Prozesse ist, wird mehr und mehr zum Allgemeingut – und damit auch als unausgesprochene oder explizite Haltung an Psychoonkologen herangetragen.

So erreicht die Krankheit Krebs auch uns, so erreicht sie auch mich.

**Begleitung auf dem Weg durch die Krankheit.** Seit über 30 Jahren arbeite ich psychologisch mit lebensbedrohlich Kranken. Zunächst in der Begleitung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Kindern und Jugendlichen und ihren Familien. Dann als Stationspsychologin in der Strahlentherapie, anschließend 12 Jahre lang auf einer Station für Stammzelltransplantation, und nun seit fast 15 Jahren als Leiter einer psychoonkologischen Ambulanz. Mittlerweile habe ich weit über tausend Krebskranke und ihre Angehörigen begleitet, mit vielen – vor allem aus der Stammzelltransplantation – habe ich nach ihrer Heilung noch Kontakt, hunderte »meiner Patienten« aber sind gestorben, viele von ihnen habe ich dabei auf Stationen, im Hospiz oder zu Hause bis zuletzt begleitet. Dies ist ein Grund dafür, dass mir die Rolle der Erkrankung *in ihrem ganzen Verlauf* besonders am Herzen liegt; dass es also nicht sachgerecht ist, Patienten an irgendeinem Punkt dieses Verlaufs z. B. unter dem Gesichtspunkt psychischer Störung zu beurteilen und daraufhin eine psychotherapeutische Behandlung zu planen. Es muss immer das bislang mit dieser Krankheit und ihrer Behandlung verbundene Erleben in den Blick genommen – und das heißt: aktiv berücksichtigt werden. Patienten registrieren das, was ihnen im Verlauf der onkologischen Behandlung zugemutet wurde, häufig gar nicht bewusst, es ist ihnen nicht zugänglich, zuweilen finden sie es beschämend, jedenfalls wehren sie die wache Erinnerung an diese Erlebnisse eher ab. Wenn wir ihnen nun in der »ambulanten Nachsorge«, also gemeinhin in psychotherapeutischer Praxis oder in Beratungsstellen begegnen, könnten wir den falschen Eindruck gewinnen, die psychische Belastung leite sich aus der aktuellen Situation oder mehr oder weniger direkt aus der frühen Biografie ab. Dies wird aber dem Einfluss, den die Krebskrankheit und die mit ihr verbundene, häufig so eingreifende Behandlung auf die psychische Befindlichkeit haben, nicht gerecht.

Diese Sichtweise prägt auch ganz entscheidend das vorliegende Buch. Mir ist kein anderes psychoonkologisch-psychotherapeutisches Fachbuch bekannt, das grundsätzlich in onkologische Krankheits- und Behandlungsphasen gegliedert ist. Die Auseinandersetzung mit diesen essenziellen Phasen und Möglichkeiten des psychotherapeu-

tischen Verstehens und Handelns bilden den Kern des Buchs. Ebenso zum Verständnis der individuellen und sozialen Belastung sowie als Grundlage interdisziplinärer (d. h. häufig: medizinisch-pflegerischer) Kooperation dient ein gewisses »Grundwissen« onkologischer Begriffe, das hier relativ umfassend angeboten wird. Von einigen Themenfeldern weiß ich, dass Kollegen sie profunder vertreten können, sei es, weil sie sich wissenschaftlich jahrelang damit beschäftigt haben, sei es, weil sie in ihrer Praxis Schwerpunkte gelegt haben. Und so freue ich mich über die Beiträge der Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich mich eng verbunden fühle und deren Arbeit ich hoch schätze.

**Die besondere therapeutische Begegnung.** Ein zweiter Grundgedanke, auf den ich immer wieder hinweisen werde, ist der der Besonderheit dieser psychoonkologisch-psychotherapeutischen Begegnung. Wir müssen darüber nachdenken, wie die Beziehung zwischen denjenigen, die mit realer Endlichkeit konfrontiert sind, und denen, die sich auf einen psychotherapeutischen Auftrag einstellen möchten, gleichzeitig aber ebenfalls von dieser existenziellen Thematik berührt sind, gestaltet werden kann. Grundsätzlich ist es hier nicht sinnvoll, sich »direkt« auf die psychische »Störung« zu konzentrieren und die dahinter liegende existenzielle Betroffenheit, die beide angeht, außer Acht zu lassen. Der unausgesprochene, ultimative Appell, der von Krebskranken von der ersten Begegnung an ausgeht, lautet: »Ich lasse mich grundlegend auf Sie ein und erwarte, dass Sie bis an mein Ende (was gleichbedeutend wäre mit »bis an das Ende unserer Begegnung«) mein Begleiter sein werden«.

Wir haben es also auch mit einer ethischen Frage zu tun, auf die wir immer wieder neu eine Antwort finden müssen. Darüber hinaus kann es hilfreich sein, Methoden aus verschiedenen therapeutischen Schulen zu erlernen und einzusetzen. In meinem Fall waren dies Ausbildungen in klientenzentrierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie, in Hypnotherapie nach Milton Erickson, in Focusing und in Traumatherapie nach Reddemann sowie zahlreiche spezifische psychosoziale und medizinische Fort- und Weiterbildungen. Im Laufe der Jahre flossen diese Erfahrungen – neben der Dozententätigkeit im Medizinstudium – in die Ausbildung und Supervision von Kolleginnen und Kollegen aus dem psychoonkologischen Feld, aus der Richtlinienpsychotherapie sowie der Palliativmedizin ein.

Sieben Jahre nach Erscheinen der Erstauflage liegt nun die gründlich überarbeitete und teilweise erweiterte zweite Auflage vor. Die psychoonkologischen Erfahrungen und Erkenntnisse aller Beteiligten haben sich – wie das gesamte Feld der Onkologie – dynamisch weiterentwickelt. Sie sind in diese Neuauflage eingeflossen. Vor allem aber unsere Begegnungen mit denen, die mit Krebs leben und denen wir unsere Begleitung anbieten. Vor allem ihnen ist diese Arbeit gewidmet.

## Dank

- ▶ an die therapeutischen und psychoonkologischen Wegbegleiterinnen Gisela Huse-Kleinstoll, Anna Staufenbiel-Wandschneider, Luise Reddemann, Petra Stahl und Karen Syrjala,
- ▶ an die wunderbaren Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich über Jahrzehnte zusammenarbeiten durfte, insbesondere an mein Team der Spezialambulanz für Psychoonkologie am UKE,
- ▶ an meine Chefs Axel Zander, Uwe Koch und Martin Härter, die mich gewähren ließen,
- ▶ an die hoch geschätzten Mitautorinnen und Mitautoren dieses Buches,
- ▶ an Heike Berger, die das Buchprojekt angestoßen und es auch bei seiner Neuauflage begleitet hat,
- ▶ an die Patientinnen und Patienten und die Angehörigen, die sich mir anvertraut haben,
- ▶ an Angelika, Lucie und Paul, die Geliebten, die (wieder) so viel Geduld mit mir hatten.

Hamburg, im August 2020

*Frank Schulz-Kindermann*

**Hinweis:** Die in diesem Buch vorkommenden Fallbeispiele lehnen sich an Fälle an, die wir in unserer Praxis erlebt haben. Um eine Wiedererkennbarkeit zu verhindern, wurden sie jedoch stark modifiziert. Ähnlichkeiten mit tatsächlich lebenden Personen wären rein zufällig.

# 1 Einleitung

Warum ist es notwendig, ein Buch über Psychotherapie mit Krebspatienten zu verfassen? Warum reicht es nicht aus, das Handlungs- und Faktenwissen, das wir uns als Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter, Seelsorger oder Psychotherapeuten angeeignet haben, auf die Arbeit mit den Betroffenen anzuwenden? Diese Möglichkeit würde bedeuten, das vorhandene Wissen zu ordnen, zu sammeln und in der richtigen Situation zur Anwendung zu bringen. Genau wie in der Medizin haben wir es aber in der Psychotherapie weniger mit einer »strengen (Natur-)Wissenschaft« als mit einer Erfahrungswissenschaft zu tun. Das bedeutet, dass die Spielräume, die sich in konkreten menschlichen Lebenssituationen ergeben, derart weit sind, dass deren Bestimmungsstücke (wenn wir schon so davon sprechen wollen) kaum überschaut, geschweige denn quantifiziert werden können. Positiv ausgedrückt bedeutet es, dass sich erst in der Erfahrung der konkreten Situation zeigen kann, welche Bedürfnisse und Bewältigungsmöglichkeiten unser Gegenüber hat und wo in seinem Muster der Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation die *Passung* für unsere »Intervention« zu finden ist.

Darüber hinaus wissen wir, dass das, was in Psychotherapie wirkt, ganz überwiegend durch unspezifische Faktoren wie die therapeutische Beziehung und weniger durch spezifische therapeutische »Techniken« zustande kommt (Asey & Lambert, 2001). Zusammengefasst heißt das, dass das Spektrum menschlichen Erlebens, der existenzielle Kampf, das Ringen mit der »grundlegenden Sorge« (Alfred Schütz) nur sehr unvollständig in Kategorien wie »psychische Belastungsreaktion« oder »Copingstil« komprimiert werden kann. Und dass daher ebenso wenig eine »gemeinhin günstige« oder differenziell indizierte psychotherapeutische Intervention zugeordnet werden kann.

## **Psychoonkologische Identität**

Die professionelle Identität als Psychoonkologin oder Psychoonkologe leitet sich zunächst aus der Begegnung auf Augenhöhe ab: Menschen, die darum ringen, die Todesbedrohung, in die sie geraten sind, zu verstehen, begegnen uns in ihrer Verzweiflung und wir sind als Mitmenschen angesprochen. Wenn wir ihnen vor dem Hintergrund einer erfolgten oder erfolgenden psychologischen und psychoonkologischen Professionalisierung begegnen, stellen sich viele Fragen an die Kompatibilität und Nützlichkeit von Professionalität und Mitmenschlichkeit. Wir können nachvollziehen, dass Menschen, die mit dem Ende ihres Lebens konfrontiert werden, massive Ängste und Verzweiflung entwickeln können. Wir wissen und werden darauf wiederholt eingehen, dass die meisten Menschen die Konfrontation und das Leben mit Krebs *gut* verarbeiten können; das heißt, sie entwickeln *keine* manifesten Angststörungen oder Depressionen. Das trifft nur für einen kleineren Teil der Patienten und Angehö-

rigen zu – hier ist selbstverständlich psychologisches Expertenwissen gefragt (Mehnert et al., 2014). Aber auch jene, die keine manifesten Störungen entwickeln, suchen unsere Unterstützung. Die Anfrage an unsere Bereitschaft, mitzugehen und zu begleiten, kann uns im Kern unserer Identität treffen und trägt dazu bei, sich auf diese Herausforderung nachhaltig einzulassen.

Wenn man über viele Jahre psychotherapeutisch überwiegend mit Krebspatienten und ihren Angehörigen arbeitet, wird man im Kollegen- oder Bekanntenkreis zuweilen darauf angesprochen, wie denn diese »schreckliche Tätigkeit« mit Todkranken und Sterbenden auszuhalten sei. Offenbar ist kaum nachvollziehbar, wie man sich andauernd diesem körperlichen und seelischen Leiden aussetzen kann. Die ständige Konfrontation mit körperlich Leidenden, so die Vermutung, müsse doch mit eigenen Schäden, wie z. B. Sorgen um die eigene Gesundheit, einhergehen. Wenn der Psychoonkologe sein kollegiales Gegenüber auf der Krebsstation fröhlich und gut gelaunt empfängt, kann etwas nicht stimmen: Vermutlich muss hier das Leiden zynisch abgewehrt werden, um es auf Dauer aushalten zu können. Diese Vermutung geht aber zumeist in die falsche Richtung. Möglicherweise trägt die Konfrontation mit Leiden und Endlichkeit eher zur eigenen Persönlichkeitsentwicklung und Sinnfindung bei. Und nicht nur diese eher schweren, existenziellen Themen stärken uns in unserem beruflichen und privaten Leben, es gibt auch ein großes Spektrum eher leichter Erfahrungen, die im Kontext akuten Leidens umso beglückender empfunden werden können.

### Beispiel

#### Leichtigkeit inmitten des Leidens

Die 44-jährige Frau A. hatte bereits eine monatelang dauernde Krankheits- und Behandlungsphase einer akuten myeloischen Leukämie hinter sich: Über ein Dreivierteljahr wurde sie mit ständigen Zyklen massiver Chemotherapien traktiert. Frührezidiv folgte auf Frührezidiv, die einzige Chance schien in der Durchführung einer Fremdspender-Knochenmarktransplantation (KMT) zu liegen. Die beruflich selbstständige, hochintelligente Frau ließ sich ohne viel Federlesens auf dieses Behandlungsangebot ein, wohl um das erhebliche, akute Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko wissend. Den Beginn der KMT bildet wiederum eine – höchstdosierte – Chemotherapie, was Frau A. auf dem Hintergrund ihrer Vortherapien abermals extrem schwächte und im Rahmen einer hochfieberigen Infektion in akute Lebensgefahr brachte. Dennoch konnte sie Spenderknochenmark erhalten, sie blieb in einem sehr reduzierten Allgemeinzustand, verlor aber keineswegs ihre gute Laune, die seit Behandlungsbeginn ansteckend war. Niemand – keine Schwester, kein Arzt und kein Psychologe – kann ihr Zimmer betreten, ohne sarkastische Bemerkungen über ihr eigenes Aussehen oder über den beeindruckenden Speiseplan, in der Regel intravenöse Ernährung, zu hören zu bekommen. Besonders bemerkenswert aber ist eine Bitte, die eher als Anordnung vorgetragen wird: Sie werde in der täglichen Chefvisite immer einen Witz erzählen, wenn der Chefarzt selbiges täte. So geschieht es: Über die Zeit von sechs Wochen versammelt sich täglich die nicht kleine Schar

der Visitierenden – Ärzte, Pflegende, psychosoziale Mitarbeiter erledigen mit Frau A. die Routinefragen und warten dann gespannt auf den von ihr erzählten Witz, der nie niveaulos, sondern immer von erheblicher Qualität ist. Der Chefarzt hält mit und versäumt nie, mindestens ebenso gute Späße beizusteuern – wobei er sich niemals vorher vom Team entlocken lässt, welcher es denn heute sein würde. Er präsentiert den neuen Witz exklusiv und persönlich der schwerkranken Frau A.

Hier finden wir den bemerkenswerten Bewältigungsversuch einer Patientin, die selbst nach mehrfachen tiefen Enttäuschungen noch Zuversicht behält und klare Entscheidungen trifft, ohne einen für sie typischen Charakterzug und damit ihre Würde zu verlieren: ihre sprühende Intelligenz, die sich in glasklarem Humor äußert. Damit beglückt sie auch ihre Umgebung. Zunächst zeigt sich das Behandlungsteam skeptisch und vermutet massive Verdrängungsversuche. Schließlich überwiegt eine geteilte Dankbarkeit, diese imponierende Frau auf ihrem Weg durch die Behandlung begleiten zu dürfen. Durch das dichte Beieinander von objektiv verzweifelter Lage und subjektiv erlebbarer Leichtigkeit bezeugt Frau A. für sich selbst und für die mit ihr Arbeitenden die anspruchsvolle Gratwanderung, die gleichzeitig kräftezehrend und vitalisierend ist.

Wir werden immer wieder auf die besondere Rolle einer »doppelten Bewusstheit« eingehen: Dass es möglich ist, sich in schwierigster, lebensbedrohlicher Lage zu befinden und gleichzeitig ein Gefühl von großer Leichtigkeit, Glück und eben auch Humor zu empfinden. Ein Gefühl, das nichts mit Zynismus zu tun hat, sondern vor allem mit dem Absehen von allem Komplizierten, Abgewogenen und mit der Konzentration auf »das Wesentliche«, dem, was übrig bleibt, wenn alles Komplizierte fortgenommen wurde. In dieser Konzentration tritt das zutage, was von großem spezifischem Gewicht und zugleich von größter Luftigkeit ist. Dies mit den Patienten zu erspüren, ist eine der bereicherndsten beruflichen Erfahrungen, die mir denkbar erscheinen.

### **Professionalität und eigene Betroffenheit**

Welche Bedeutung hat die eigene Berührung durch Krebs für den beruflichen Weg und die Entwicklung der professionellen Identität? Im eigenen Umfeld lag meine Begegnung mit onkologischer Erkrankung zunächst nicht; aber mich begleitete früh eine massive Häufung überraschender und dramatischer Todesereignisse. Erste professionelle Erfahrungen mit »lebensbedrohlichen Erkrankungen« sammelte ich dann als Psychologe in Projekten mit HIV-Infizierten und AIDS-kranken hämophilen Kindern und Jugendlichen (Lauth et al., 1994). 1987 war eines der ersten Jahre »mit AIDS«. An der Göttinger Uniklinik betreute ich eine große Gruppe jugendlicher Bluter, fast alle waren HIV-positiv. Einer der ersten, die Anzeichen einer akuten AIDS-Erkrankung aufwiesen, war ein Jugendlicher, der, wie fast alle seiner Leidensgenossen, sein persönliches Umfeld in Unkenntnis über seinen Infektionsstatus ließ. Mir gegenüber ging er umso offensiver mit seiner Infektion um. Als Hämophiler den Umgang mit Spritzen und Blut lebenslang

gewohnt, nahm er eine Blutprobe und drückte mir kurzerhand die offene Phiolen in die Hand. Ein kleines Rinnsal seines Blutes sickerte über meinen Daumen. Das psychische Störungsbild, das ich in den Monaten danach entwickelte, wurde damals in der Presse beschrieben: »AIDS-Phobie«, panische Ängste, sich angesteckt zu haben, ich ertastete vermeintliche Lymphknotenschwellungen, wiederholte HIV-Antikörpertests ... Obwohl ich über Jahre in der Klinischen Psychologie Patienten mit schweren neurotischen und Borderline-Störungen behandelt hatte, war ich seitdem für die »normale« Psychotherapie verloren: Der Schrecken, selbst erkrankt zu sein, war mir in die Glieder gefahren, und er ließ mich nicht mehr los.

Sicher bedarf es nicht zwingend derartig heftiger »Berührungen«, um für die Arbeit mit Krebskranken gefangen genommen zu werden. Möglicherweise bedeutet eine solche Begegnung aber, sich in eine existenzielle Tiefe und dort auf »Augenhöhe« zu begeben. Gleichzeitig bleibt die Frage, ob »Augenhöhe« tatsächlich möglich ist. Linus Geisler (2008, S. 133) betont bezogen auf Kommunikation in der Palliativmedizin:

»Die allgemeine Erkenntnis des Gesunden, dass Sterblichkeit eine anthropologische Konstante darstellt, ist ein Wissen, das mit dem aktuellen Bewusstsein des Sterbenskranken, sich bereits in jenem Prozess zu befinden, der unausweichlich in das Ende des Lebens einmündet, nicht gleichzusetzen ist. Empathie ... erlaubt also nur Annäherungen an das Innenleben des Kranken«.

Mir sind wenige Kolleginnen und Kollegen bekannt, die dieses Arbeitsgebiet nur einmal kurz streifen. Die meisten bleiben – wenn nicht im Akutkrankenhaus – so doch lange in der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebspatienten. Die Betroffenen spüren offenbar, dass sich ihnen jemand zuwendet, der die Scheu verloren hat, sich schmerzhaften, auch körperlichen (nicht nur drängenden psychischen) Zuständen zuzuwenden.

Neben der Ausrichtung auf einen heilsamen, beziehungsorientierten Umgang mit Menschen braucht es offenbar die Überwindung einer zunächst »natürlichen« Abwehr der unmittelbaren Begegnung mit von Krankheit und Tod Gezeichneten. Rasch spüren wir, dass diese Begegnung auch für uns selbst nicht folgenlos bleibt. Erste Impulse von Abwehr sind wahrnehmbar: Wir wollen uns selbst mit Gesundheit und ewigem Leben anfreunden. Wie bei den Medizinern die »Initiationsriten« des »Präp-Kurses« so sind für die Psychoonkologen Initiationen in ersten unmittelbaren Begleitungen körperlichen Verfalls zu sehen: Sei es, dass ein Mensch bereits gezeichnet ist vom Tod und uns aufsucht, sei es, dass sich dramatische Veränderungen im Laufe von Begegnungen über mehr oder weniger lange Zeit ergeben. Wir spüren hautnah den Verfall, empfinden eigenen Schmerz, möglicherweise sogar in identischen Körperregionen, unser Herz zieht sich zusammen, wenn ein Gleichaltriger sich auf den Tod zubewegt und dabei große Beschwerden hat.

## Beispiel

### Die spürbare Berührung

Am Beginn meiner Tätigkeit in der Onkologie – Anfang 30, Klinischer Psychologe auf einer Strahlentherapiestation – lerne ich Herrn J., einen 33-jährigen Mann mit einem metastasierten Gallengangskarzinom, kennen. Er »lebt« im letzten Zimmer des »Privatflures«, bereits seit Wochen schon. Die Bestrahlung ist palliativ, er nimmt ständig ab und ist schon recht gelb aufgrund der Leberfunktionsstörung. Sein Zimmer ist über und über mit bunten Tüchern geschmückt, stundenlang sitzt er auf seinem Bett und improvisiert virtuos und melancholisch auf seiner Gitarre. Herr J. hat ein recht unstetes Leben hinter sich, man kann ihn wohl als Künstler bezeichnen, allerdings ist es ihm bisher nicht gelungen, seine offenkundige Virtuosität auf einen kontinuierlichen Weg zu bringen. Das betrifft auch seine Beziehungen, er berichtet mir aus seinem wechselhaften Leben. Seit einem Jahr nun hat er die Liebe seines Lebens gefunden, eine deutlich ältere Frau mit einer jugendlichen Tochter. Diese Frau ist nun im sechsten Monat schwanger und beide bangen, ob er die Geburt seines Kindes noch erleben wird. Während seines Krankenhausaufenthaltes schreibt er Gedichte, die ich bemerkenswert gelungen finde. Er freut sich über diese Anerkennung, und wir beschließen gemeinsam, die Gedichte in einem Band zu sammeln und für eine kleine Öffentlichkeit, die Stationsteams, seine Freunde und einige Menschen aus der Selbsthilfe, zu veröffentlichen; als Beispiele das erste Gedicht, genau ein Jahr vor seinem Tod entstanden, und das letzte Gedicht, das er im Krankenhaus, kurz vor seiner Hochzeit und zwei Monate vor seinem Tod, schrieb:

### Zu mir zurück in die Welt

Wieder tief in mich zurückgezogen,  
nach innen gekehrt,  
mit unbändigem Willen, alleine zu sein,  
innere Sammlung, mich zusammenhalten,  
meinen Reichtum für mich ganz alleine  
genießen,  
meinen Stand wiederfinden,  
in meinem fruchtbaren Boden,  
um wieder leicht, beschwingt  
in die Welt zu gehen.

### Abschied

Nun winke ich Dir  
noch eine Ewigkeit  
hinterher,  
wie gelähmt neben  
meiner Traurigkeit  
stehend,

mich um die Tatsache  
windend,  
dass Du schon lange  
nicht mehr zu sehen bist,  
in der festen Hoffnung,  
Du schaust doch noch  
einmal,  
Kushände werfend,  
zu mir,  
um ferne Häuserecken.

Herr J. bittet mich, für das Paar als Trauzeugen da zu sein, was ich gerne übernehme. Kurze Zeit nach der Hochzeit und nach der Geburt des Sohnes stirbt Herr J. zu Hause.

### **Medizinisches Verständnis als grundsätzliche Kompetenz**

Für die Arbeit in der Psychoonkologie ist ein grundsätzliches Verständnis für medizinische Inhalte und medizinisches Denken unabdingbar. Diese Aufgeschlossenheit kann zuweilen zu Irritationen führen, wenn der Psychoonkologe als medizinischer Laie Detailwissen über onkologische Erkrankung und Behandlung zeigt; sie birgt aber überwiegend Vorteile. Zunächst führt diese informierte Offenheit zu einer unwillkürlichen Annäherung zwischen Psychoonkologen und Patienten: Genau wie die Patienten muss sich der nicht im Medizinischen firmen Psychologe auf ihm fremde Inhalte einstellen. Ebenso wie sein Klient ist er auf Übersetzungsarbeit und neues Lernen angewiesen. Wichtiger aber ist das Erfordernis, sich mit psychoonkologischen Interventionen auf die Behandlungs- und Krankheitsverläufe der Patienten einstellen zu können. Es ergibt keinen Sinn, die Therapieplanung auf die psychische Problematik zu beschränken, wenn onkologische Probleme klar dominieren. Das Credo lautet, zumindest in Phasen, in denen sich die Patienten in laufender Behandlung oder Kontrolle befinden, die psychoonkologischen Maßnahmen an die Behandlungs- und Erkrankungsbedingungen anzupassen. Eine Haltung wie »unter diesen Bedingungen kann ich nicht professionell therapeutisch arbeiten ...« ist hier fehl am Platz.

### **Beispiel**

#### **Die körperliche Erkrankung steht im Vordergrund psychoonkologischen Arbeitens**

Herr Z., 38 Jahre alt, erkrankt an akuter myeloischer Leukämie, erhält – nach einem halben Jahr vergeblicher Chemotherapien – eine Fremdspender-Knochenmarkstransplantation (KMT). Dem Team der KMT wird von der onkologischen Station mitgeteilt, dass die soziale Situation des Patienten sehr angespannt sei: Die Familie von Herrn Z. komme aus Thailand, Eltern und Geschwister seien sehr traditionell verankert, der Patient – selbst in Deutschland aufgewachsen – sei der einzige, der

einen modernen, westlichen Lebensstil pflege. Vor kurzem habe er sich von seiner Frau, der Mutter seines siebenjährigen Sohnes, in einem aggressiven Eklat getrennt. Herr Z. berichtet, dass er als Jugendlicher mehrere Suizidversuche unternommen habe, mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen sei und jahrelang an einer Zwangserkrankung gelitten habe.

Mit vielen Helfern – Tante des Patienten, Stationsteam, Sozialarbeiterin, Beratungsstelle für Kinder körperlich kranker Eltern, Psychiatrie – gelingt es, die Behandlungssituation zu stabilisieren, und Herr Z. kommt einigermaßen gut durch die Akutphase der KMT. Die Monate nach der Transplantation zeigen, dass Herr Z. zwar keine Leukämie mehr, aber eine Vielzahl massiver körperlicher Probleme hat: Seine chronische Spender-gegen-Wirt-Reaktion führt zu extremen Gelenksbeschwerden, die ihn schließlich in den Rollstuhl zwingen. Die Haut versteift, sodass Herr Z. auch mit seinen Armen und Händen keine längeren Alltagstätigkeiten ausführen kann. Das Belastendste ist aber seine zunehmende Sehbehinderung, die schließlich zur völligen Erblindung führt. Aus der auf alten Fotos erkennbaren männlichen Schönheit ist ein verschrumpeltes, blindes Wrack im Rollstuhl geworden. Umso erstaunlicher ist es, mit welcher Würde der Patient seine dreimal wöchentlich notwendigen Besuche in der KMT-Ambulanz absolviert; er wird von Mitarbeitern und Mitpatienten außerordentlich geschätzt.

Ich begleite ihn über drei Jahre; eine Herausforderung liegt in einer hochgradigen Flexibilität, denn Herr Z. hat immer wieder überraschende Einbrüche seiner Befindlichkeit zu meistern. An den Kern einer lange zurückliegenden Traumatisierung kommen wir nicht heran; Herr Z. bietet dieses Thema immer wieder explizit an, er erlebt, wie stabil die psychotherapeutische Beziehung nach all dem gemeinsam Erlebten geworden ist, und ahnt, wie entscheidend dieses eingekapselte Motiv für ihn sein könnte. Über die gesamte Zeit der Begleitung gelingt es aber nicht, in diesen Problembereich einzusteigen. Immer wieder interferieren dramatische Zuspitzungen seiner körperlichen Situation mit dem Fortgang der psychotherapeutischen Gespräche. Immer wieder stehen das schiere Überleben und Krisenintervention im Vordergrund.

Die professionelle Identität des Psychoonkologen ist in solchen Fällen besonders gefordert: Die psychische Belastung des Gegenübers ist offensichtlich, Ansatzpunkte für gezielte psychotherapeutische Interventionen sind erkennbar, doch die Begleitung des Behandlungs- und Erkrankungsweges steht immer wieder im Vordergrund. Hier handelt es sich um supportive Psychotherapie im besten und wörtlichen Sinne.

### **Zielgruppe des Buches und Weiterbildungsmöglichkeiten**

**Zielgruppe.** Das vorliegende Buch richtet sich in erster Linie an Kolleginnen und Kollegen mit psychotherapeutischem Hintergrund. Dabei kann es sich um Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeuten handeln. Auch für diejenigen, die überwiegend in der somatischen Medizin, sozialarbeiterisch oder beratend tätig sind, bietet

das Werk zahlreiche hilfreiche Beispiele und Strukturvorschläge. Die hier dargestellten psychotherapeutischen Interventionen können aber am besten vor dem Hintergrund einer tiefen psychologisch-psychotherapeutischen Basis angewendet werden. Die Anwendungsfelder können breit sein: Enthalten sind Hinweise für Professionelle im akutmedizinischen, rehabilitativen oder niedergelassen-psychotherapeutischen Bereich.

**Fort- und Weiterbildung in Psychoonkologie.** Seit etwa 30 Jahren existieren Psychoonkologie-Fort- und -Weiterbildungen. Von Anfang an gab es konkurrierende Ansätze, die sich z. B. darin unterschieden, ob, und wenn ja, welche Zusammenhänge zwischen psychischen Zuständen und dem Krankheitsverlauf hergestellt wurden. Während die eine »Schule« hier relativ offensiv auftrat, gaben sich andere sehr zurückhaltend. Bis heute sind solche Nuancen in den Weiterbildungszielen erkennbar. Mittlerweile wurden über zehn Curricula von der Deutschen Krebsgesellschaft, die die Kriterien einer geeigneten psychoonkologischen Weiterbildung festgelegt hat, anerkannt. Die in Kooperation zwischen Deutscher Krebsgesellschaft / Arbeitsgruppe Psychosoziale Onkologie (PSO) und Deutscher Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo) durchgeführte Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO) zeigt bezogen auf somato-psychische Hypothesen Zurückhaltung; im Vordergrund des Ansatzes steht die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung umfassender Lebensqualität (Weis et al., 2019).

In den vergangenen Jahren bildeten sich auf Initiative der Deutschen Krebsgesellschaft onkologische Organzentren zur Behandlung häufig vorkommender Krebserkrankungen. Für die Akkreditierung eines solchen Zentrums ist der Nachweis des Zugangs zu qualifizierter psychoonkologischer Betreuung notwendig. Die Qualifikation wird in aller Regel durch Absolvierung der o.g. Weiterbildung Psychosoziale Onkologie bzw. entsprechender zertifizierter Fortbildungsgänge erreicht. Ähnlich wie im vorliegenden Buch folgen diese Curricula einer inhaltlichen Struktur, die ausführlich Bezug auf onkologische Grundlagen der Krebsentstehung und -behandlung nehmen, den Krankheitsphasen folgen und schließlich allgemeine und spezifische psychoonkologische Interventionsmethoden erarbeiten.

Zu jedem anerkannten Psychoonkologie-Curriculum gehören einige wesentliche Bausteine, die sich in diesem Fachbuch wiederfinden:

- ▶ Krebsbehandlung in verschiedenen medizinischen Settings,
- ▶ Grundlagen onkologischer Erkrankung und Behandlung,
- ▶ Modelle interdisziplinären, integrierten Arbeitens,
- ▶ Anwendung psychosozialen und psychotherapeutischen Basiswissens auf onkologische Fragestellungen und geeignete Interventionen,
- ▶ Auseinandersetzung mit schwerer Erkrankung, spirituellen Themen, Umgang mit Sterben, Tod und Trauer,
- ▶ Selbsterfahrung im Umgang mit Krankheit und Tod.

### **Aufbau des Buches**

Das Buch ist in drei Teile gegliedert: (I) Medizinisch-onkologische Grundlagen, (II) Psychoonkologische Grundlagen und (III) Psychoonkologische Begleitung im Krankheits- und Behandlungsverlauf.

**Teil I.** Im onkologischen Teil I werden medizinische Basisinformationen zu Entstehung von Krebs und seiner Behandlung gegeben (Kap. 2, 3 und 4).

**Teil II.** Im psychoonkologischen Teil II beschäftigen sich vier Kapitel mit Grundlagen psychoonkologischer Arbeit, nämlich der spannenden und strittigen Frage des Zusammenhangs zwischen Psyche und Krebs (Kap. 5), dem grundlegenden Thema der Auseinandersetzung mit Krebs (Kap. 6), wichtigen Prinzipien psychoonkologischer Intervention (Kap. 7), den Rahmenbedingungen, in denen unsere Arbeit sich ereignet (Kap. 8) sowie psychodiagnostischen Überlegungen (Kap. 9). Interventionen bei besonderen Konstellationen, nämlich mit der Familie des Krebspatienten (Kap. 10), mit Paaren (Kap. 11) und mit Gruppen (Kap. 12), schließen sich an.

**Teil III.** Der dritte Teil *Psychoonkologische Begleitung* ist nach onkologischen Krankheitsphasen strukturiert, denn jede Krankheitsphase hat ihre eigenen Problemstellungen, für Patienten und Angehörige und entsprechend für Behandler: Die häufig als Schock erlebte Mitteilung der Diagnose, die Phase der Erstbehandlung und die Phase der Remission ebenso wie die möglichen Phasen Auftreten eines Rezidivs, palliative Situation und Sterben, Tod und Trauer. Psychoonkologische Aufgaben und Rollen verändern sich im Verlauf dieser Phasen, das wird in diesen sechs Kapiteln deutlich. Den Schluss des Buches bildet ein gemeinsam mit Luise Reddemann verfasster Beitrag zum Thema »Krebs und Sinn: endlich leben«.

Diese dem Krankheits- und Behandlungsverlauf folgende Struktur soll dazu ermuntern, sich neben der sicherlich notwendigen psychologischen Diagnostik auf Problemstellungen, die aus dem Krankheitsverlauf resultieren, und deren Lösung zu konzentrieren. Weniger als in anderen psychotherapeutischen Arbeitsfeldern steht die etwa aus der Biografie oder neurotischen Entwicklungen ableitbare Psychopathologie im Zentrum der Betrachtung. Vielmehr gehen wir – und dies ist eine zentrale Grundannahme des Buches – von schweren Belastungen aus, die *jeden* Menschen überfordern können. Zweck des Buches ist es also, den Krankheits- und Behandlungsphasen folgend geeignete Interventionen beschreiben zu können. Kaum eine dieser Interventionen ist aus der Psychoonkologie selbst heraus entwickelt worden; »psychoonkologische Interventionen« im engeren Sinne gibt es selten. Allerdings unterscheiden sich viele der vorgestellten Methoden von solchen außerhalb somatischer Anwendungsfelder dadurch, dass sie körperliche Zustände und Prozesse berücksichtigen und integrieren.

Die Buchstruktur zeigt keine durchweg homogene Verteilung von Interventionsarten auf den Verlauf von Erkrankung und Behandlung: Edukative und verhaltensmedizinische Ansätze werden eher eng mit initialen Diagnose- und Behandlungsphasen verknüpft sein, supportiv-tiefenpsychologische eher im weiteren Verlauf der Erkrankung zum Tragen kommen. Während krisen- und traumatherapeutische Interventionen in Phasen von Extrembelastungen und deren psychischer Wiederbelebung Anwendung finden, wird ein systemisches Vorgehen in späteren Krankheitsphasen von besonderer Bedeutung sein. Diese Vorbemerkungen sind jedoch nur als Annäherung gemeint und keinesfalls ausschließlich; die Sinnhaftigkeit dieser Ordnung wird erst mit einer Ausdifferenzierung von Phasen und spezifischen Interventionen nachvollziehbarer.



# I **Medizinische Grundlagen**

- 2 Was ist Krebs?
- 3 Onkologische Therapiemöglichkeiten
- 4 Onkologische Behandlungsstrategien

Es ist nicht möglich, ohne erhebliches Wissen über Krebs und seine Behandlung psychoonkologisch gut zu arbeiten. Diese These ist eine der zentralen in diesem Buch und Begründung dafür, dass sich die drei Kapitel des ersten Teils damit beschäftigen. Patienten und Angehörige erwarten von uns, dass wir die Sprache der medizinischen Welt *auch* verstehen. Sie können durchaus differenzieren, dass wir in der Regel keine onkologischen Behandler, sondern ihre psychotherapeutischen Begleiter sind. Aber Begleitung in Zeiten onkologischer Krankheit und Behandlung bezieht sich auf ein Spannungsfeld der Auseinandersetzung mit etwas Fremdem, schwer Verstehbarem, das gleichzeitig das eigene Überleben sichern soll. Daher ist es wichtig, Begriffe wie »Tumormarker«, »Wächterlymphknoten« oder »Remission« zu verstehen. Dabei ist klar, dass wir psychoonkologisch nicht in erster Linie an der »objektiven Richtigkeit« dieser Begriffe, sondern an deren subjektiver Bedeutung interessiert sind.

Die folgenden Kapitel sind nicht von jemandem verfasst, der ständig im onkologischen Bereich publiziert oder sich im akademischen Feld bewegt. Die Autorin – Heike Schieder – ist onkologische Praktikerin, niedergelassene Fachärztin für Hämatologie und Onkologie mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (mit jahrelanger Erfahrung in der stationären Onkologie, Palliativmedizin und Stammzelltransplantation). Aus der Perspektive einer Ärztin, die täglich Krebspatienten behandelt, schreibt sie über die drei Schwerpunkte »Was ist Krebs?«, »Onkologische Therapiemöglichkeiten« und »Onkologische Behandlungsstrategien«. Sie handelt dabei bewusst nicht das gesamte onkologische Fach ab, sondern liefert die Informationen, die für das psychoonkologische Gespräch mit Patienten und Angehörigen entscheidend sein können.

**»Was ist Krebs?«** Patienten kommen zu uns mit subjektiven Krankheitstheorien, teilweise gezielten Erwartungen an psychologische Beeinflussungsversuche ihrer Krankheit. Sie sehen sich nicht selten unter Druck durch komplizierte medizinische Entscheidungen, die ihnen abverlangt werden und die unter Umständen über Leben und Tod entscheiden sollen. Hier ist ein Grundwissen über die Entstehung von Krebs und über seine Äußerungsformen äußerst hilfreich.

**»Onkologische Therapiemöglichkeiten«.** Hier werden die wichtigsten onkologischen Behandlungsmethoden, wie Operation, Strahlentherapie und Chemotherapie erläutert. Während schon bei der Nennung dieser bekannten Methoden deutlich wird, wie vielfältig sie heute aufgestellt sind, zeigt die Erläuterung neuer Therapieoptionen, z. B. der »Targeted Therapies«, mit welchem Tempo die moderne Onkologie voranschreitet.

**»Onkologische Behandlungsstrategien«.** Dieses Kapitel gibt Einblick in die übergreifenden Überlegungen der Onkologen, das Wozu. Dieser Teil, der z. B. den Unterschied zwischen kurativen und palliativen Behandlungsansätzen erläutert, verdeutlicht, worüber Mediziner und Patienten zu sprechen haben und wie anspruchsvoll dieser Kommunikationsprozess – angesichts der Komplexität der medizinischen Strategien – sein kann.

## 2 Was ist Krebs?

Heike Schieder

### **Maligne Entartung**

Jede Körperzelle besitzt im Zellkern eine Art Programm, das vorschreibt, wie sich die Zelle teilen und welche Funktionen sie innerhalb des Organismus übernehmen soll. Dieses Programm ist genetisch in Form der DNA festgelegt und führt u. a. dazu, dass sich aus einem ungeordneten Zellhaufen Organe entwickeln können. Auch Wachstumsstop und Zelltod sind genetisch bestimmt. Bei diesen hochkomplexen Vorgängen entstehen täglich auch Fehler. Zellen teilen sich unregelmäßig oder differenzieren sich in die falsche Richtung. Die Zelle selbst besitzt Reparaturmechanismen, um falsche Wege zu stoppen. Sollte sich eine kranke Zelle entwickeln, sind auch Zellen des Immunsystems in der Lage, diese zu erkennen und zu vernichten.

Bei einer Krebszelle greifen diese Regulationsmechanismen nicht mehr. Durch genetische Veränderungen (sog. Mutationen) können z.B. körpereigene Reparaturenzyme nicht mehr gebildet werden und wachstumsstimulierende Enzyme werden verstärkt aktiviert. Man spricht in diesem Fall vom Verlust von Tumorsuppressorgenen und Aktivierung von Onkogenen.

Die Zelle kann sich so unabhängig von allen Regelmechanismen vermehren und auch Organgrenzen überschreiten. Durch weitere genetische Veränderungen kann die Zelle Substanzen bilden, die es ihr ermöglichen, eigene Blutgefäße zur Energieversorgung zu bilden und auch über Blut- oder Lymphgefäße in andere Regionen des Körpers zu gelangen. Diese veränderten Zellen werden nicht vom Immunsystem erkannt und vermehren sich weiter. Ungeregeltes Wachstum und die Bildung von Tochtergeschwülsten (Metastasen) sind eindeutige Kennzeichen eines bösartigen (malignen) Tumors.

Insgesamt sind zahlreiche Veränderungen auf der Zellebene notwendig, bis es zur malignen Entartung kommt. Man spricht bei der Krebsentstehung heute von einem »Mehrschrittmodell«.

**Präkanzerosen.** Die stufenweise Krebsentwicklung kann auch in den Organen sichtbar sein. Bei einigen Krebsarten kennt man Vorstufen, die als sog. »In situ«-Karzinome bezeichnet werden. Der Zusatz »in situ« (Krebs an Ort und Stelle) im Zusammenhang mit Tumordiagnosen bedeutet, dass die Zellen zwar mikroskopisch wie Krebszellen aussehen, aber nicht die Fähigkeit haben, organüberschreitend zu wachsen und in andere Organe zu metastasieren. Da sie aber im Verlauf der Zeit diese Fähigkeit erwerben können und zu richtigen Krebserkrankungen werden können, gelten sie als Präkanzerosen und werden behandelt.

Beim Darmkrebs weiß man, dass sich die meisten Karzinome aus gutartigen Vorstufen (Adenomen) entwickeln (Fearon & Vogelstein, 1990). Nicht alle Adenome