**Mag. Dr. Georg Fraberger**

Klinischer und Gesundheits-Psychologe, psychoonkologisch tätig an der Universitätsklinik für Orthopädie, AKH Wien

**Was der Seele hilft im Kampf gegen Krebs**

**Der Tumor aus psychoonkologischer Sicht – die Bedeutung der Psychoonkologie für die Beteiligten**

Die Psychoonkologie ist eine interdisziplinäre Form der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, PsychologInnen, Pflegepersonal, PhysiotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen. Sie versucht, den Einfluss psychosozialer Faktoren – wie psychische Belastungsreaktionen (z. B. Angst, Depression, Persönlichkeitsaspekte), soziales Umfeld, Lebensstil und Krankheitsverarbeitungsmechanismen – auf die Entstehung, Auslösung sowie auf den Verlauf einer Tumor- bzw. Krebserkrankung zu erkennen. *(Anm.: In der Folge wird auf Grund der besseren Lesbarkeit auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet. Sofern nicht anders vermerkt, gelten alle Bezeichnungen sowohl für Frauen als auch für Männer.)*

Die Psychoonkologie versucht weiters herauszufinden, wie Behandlungsstrukturen und die Beziehung zwischen Arzt und Patient möglichst so gestaltet werden können, dass sich die Patienten unterstützt und verstanden fühlen.

Die Hauptfragen hierbei sind die optimale medizinische Behandlung sowie die Klärung der Frage, wie sich ein Patient verhalten kann (oder soll), um gesund zu werden und gesund zu leben. In dieser Hinsicht stehen die Informationen, die Patienten über ihre Tumorerkrankung erhalten, in Verbindung mit der Frage, wie man gesund leben und ein Verhalten entwickeln kann, das als compliant bezeichnet werden kann. Wovon ist menschliches Verhalten im Krankheitsfall abhängig? Welchen Einfluss haben hierbei die behandelnden Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter, Informationsbroschüren oder das Internet?

Das Problem einer Tumorerkrankung: Menschen denken und handeln zukunftsorientiert (Damasio, 2003). Die aktive Mitarbeit des Patienten am Prozess der medizinischen Behandlung ist Voraussetzung, um wieder gesund werden bzw. um länger leben zu können. Eine Tumorerkrankung, die mit Leid, Angst, Kontrollverlust und einem schmerzhaften Tod in Verbindung gebracht wird, kann jegliche Motivation zur aktiven Mitarbeit bei der Tumorbehandlung verringern.

**Die Diagnose Krebs**

Die Berücksichtigung psychischer Aspekte bei der Tumorbehandlung (Spezialgebiet Psychoonkologie) hat unterschiedliche Schwerpunkte (Fischer, 2003). Je nach Stadium der Erkrankung stehen unterschiedliche Themen im Vordergrund. Beginnend mit der Diagnose einer Tumorerkrankung steht die Abklärung der Krankheitsbewältigung zur Diskussion.

**Die Mitteilung**

Der Arzt als Hoffnungsträger, als Retter und Heiler ist gleichzeitig derjenige, der die Krankheit erkennt und übermittelt. Die Sprache soll sachlich, einfach, klar, nichts verbergend, nichts dramatisierend und sicher wirken. Bei Bedarf wiederholen. Bei der Diagnose von Kindern gilt es, keine Absprachen mit Bezugspersonen bzw. keine Geheimnisse mit diesen zu haben.

Jener Arzt, der die Diagnose übermittelt, teilt unbewusst auch seine eigenen Anschauungen und Erwartungen mit und gibt diese hierdurch an den Patienten weiter. Wenn beispielsweise eine Beinamputation die einzige, radikale Möglichkeit ist, einen Tumor entfernen zu können, so erkennt der betroffene Patient, ob und inwieweit der Arzt selbst diesen chirurgischen Eingriff positiv oder negativ bewertet. Ist der Arzt davon überzeugt, dass das Leben auch ohne dieses vom Tumor befallene Bein lebenswert ist, so wird hierdurch dem Patienten leichter die Möglichkeit geboten, diesen Umstand ebenso zu sehen. Die Phasen der Krankheitsbewältigung werden dem Patienten hierdurch nicht erspart, die Hoffnung jedoch auf ein lebenswertes Leben wird dem Patienten nicht genommen. Dieser Prozess der Übertragung und Gegenübertragung findet unbewusst statt und kann nicht verhindert werden.

Die Diagnose Krebs stellt ein Ereignis dar, das eine Stressreaktion hervorrufen kann. Hiervon sind mehrere Bereiche betroffen (Fischer & Riedesser, 2003):

* physisch (Puls, Bluthochdruck, Atemfrequenz, Zittern, Verdauung, Schwitzen)
* affektiv (Ärger, Angst, Hilflosigkeit, Verzweiflung)
* kognitiv (Konzentrationsproblem, Grübeln, Denkblockade, Chaos oder Leere im Kopf)
* verhaltensmäßig (Aggression, Unruhe, Betäubungsverhalten)

Gelingt es nicht, dieses Trauma verarbeiten zu können, kann sich eine Persönlichkeitsstörung ausbilden. Zu unterscheiden ist zwischen „normaler“ und „pathologischer“ Reaktion (Horowitz, 1993). Diese Reaktion besteht aus 5 Phasen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Phase** | **„normal“ – gelungen** | **„pathologisch“ – nicht erfolgreich** |
| 1. Peritraumatische Expositionsphase | Angst, Trauer, Wut | Panik, Erschöpfung, Überflutung |
| 2. Verleugnung | Wehren gegen Erinnerungen an Krankheit | Extremes Vermeiden z. B.: durch Medikamente, Alkohol |
| 3. Aufdrängen | Ungewolltes Auftreten von Gedanken an Ereignis | Widererleben der Situation durch ständig auftretende Gedanken |
| 4. Verarbeitung | Gedanken können zugelassen werden | Statt Gedanken zuzulassen, entstehen psychosomatische Reaktionen |
| 5. Akzeptieren (Completion) | Leben fortführen können, ohne durch Gedanken an Krankheit gestört zu sein | Entwicklung von Persönlichkeitsstörung |

Die pathologische Reaktion ist gekennzeichnet durch eine emotionale Überwältigung des Patienten, evtl. durch Panik und Erschöpfung, es kann extremes Vermeidungsverhalten bestehen, Patienten können sich durch krankheitsbezogene Gedanken überwältigt fühlen, es kann an Stelle des Durcharbeitens anschließend zu einer psychosomatischen Reaktion sowie zu einer Störung der Persönlichkeit kommen.

**Information zu Tumorart und Behandlung**

Die Art der Krankheitsverarbeitung bestimmt die Art der Intervention. In der Akutphase scheint die Krisenintervention (keine Psychotherapie!) sinnvoll, um den psychischen Zustand eines Patienten zu stabilisieren. Bereits in der Reaktions- und Bearbeitungsphase (beginnt einige Tage nach Ereignis bzw. Diagnosestellung) sollten Orientierungshilfen z. B. in Form sachlicher Information angeboten werden. Sachinformation bietet nicht nur die Möglichkeit, die Tumorerkrankung auf der emotionalen Ebene „neutral“ zu verarbeiten (das Böse im Körper kann auf eine maligne Zelle reduziert werden), sondern bietet auch Gelegenheit, subjektive Krankheitstheorien neu zu bilden. Diese Theorie bestimmt menschliches Verhalten deswegen, da sie die Krankheitsursache, Annahme über Folgen, zeitliche Erstreckung sowie die Verknüpfung von unterschiedlichen Symptomen beinhaltet (Filipp & Aymanns, 1997).

Die Notwendigkeit der Berücksichtigung dieser „menschlichen Schwachstelle“, dieser Empfänglichkeit von Patienten für „Menschlichkeit“ und „Mitgefühl“, wirft zunächst die Frage auf, wofür Gefühle und Emotionen überhaupt dienen. Emotionen bieten dem Körper, also dem Organismus, die Möglichkeit, sich in seiner Umwelt sicher zu bewegen. Alles und jeder wird bewusst und unbewusst emotional evaluiert und mit bisherigen Erfahrungen in Verbindung gebracht – das Gefühl als Kontrollmechanismus. Im Kontext der medizinischen Behandlung kann die Berücksichtigung des emotionalen Zustandes eine zusätzliche Orientierungsmöglichkeit bieten – zunächst bei der Frage „Bin ich bei dem richtigen Arzt?“, in weiterer Folge bei der Frage „Werde ich gut/richtig behandelt?“

**Psychische Belastung von Tumorpatienten**

Welche Auswirkungen hat eine Tumorerkrankung auf das psychische Wohlbefinden? In Abhängigkeit von der Tumorart wurde bei bis zu 25 % der Patienten eine manifeste Depression diagnostiziert, bis zu 76 % berichten über eine Beeinträchtigung aufgrund des Fatigue-Syndroms während des Behandlungsprozesses, bis zu 66 % klagen über Tumor-Schmerzen. Weiters beschrieben wird in der Literatur der Verlust des Appetits, kognitive Beeinträchtigungen während der Behandlung sowie ein eingeschränktes Sexualleben.

**Cancer related Fatigue**

– krebsbedingtes Erschöpfungssyndrom, wird in der Literatur beschrieben als „a subjective state of overwhelming and sustained exhaustion and decreased capacity for physical and mental work that is not relieved by rest“ (Cella, Peterman, Passik, Jacobsen & Breitbart, 1998). Das Erschöpfungssyndrom, cancer related Fatigue (CRF) genannt, stellt eine überwältigende, oft auftretende Müdigkeitserscheinung dar, die durch Ruhephasen nicht behoben werden kann. Franklin & Packel (2006) beschreiben die herabgesetzten kognitiven Kapazitäten als verminderte Konzentrationsfähigkeit und geringere Aufmerksamkeit.

CRF wird in Verbindung gebracht mit einer herabgesetzten Lebensqualität und sozialen Schwierigkeiten im Sinne von Arbeitslosigkeit und wenig sozialer Unterstützung (Bruera et al., 2007; Ryan et al., 2007). Aufgrund der subjektiv erlebten Beschwerden wird das Syndrom durch subjektive Befindlichkeitsangaben am ehesten erhoben.

**Diskussion zum Einflussfaktor „Psyche“**

Theorien über Persönlichkeitseigenschaften und einer damit verbundenen Entstehung von Tumoren wurden Ende der 70er Jahre postuliert, konnten jedoch nicht repliziert und verifiziert werden. Bezüglich eines direkten Zusammenhangs zwischen einzelnen Merkmalen der Persönlichkeit und einer Krebserkrankung finden sich in der Literatur konklusive Angaben (Schwarz, 1994; Tschuschke, 2002) Studienergebnisse von Diener et al. (1999). Henrich & Herschbach (1995) fanden bei KrebspatientInnen ein besseres emotionales Wohlbefinden sowie eine positive Sinnfindung bei der Bewältigung der Krankheit als bei der „normalen“ Bevölkerung (Folkmann & Greer, 2000; Scioli et al. 2000). Demgegenüber steht eine vermehrte chronische Belastung aufgrund anhaltender Folgen der Krebserkrankung sowie der verbleibenden existentiellen Bedrohung durch ein Rezidiv (Andersen, Golden Kreutz & DiLillo, 2001).

Das bisher am häufigsten identifizierte psychische Korrelat von Lebensqualität ist die Depression. Unabhängig von Art der Behinderung und Erkrankung zeigen Studienergebnisse, dass eine niedrige Lebensqualität mit einer depressiven Verstimmung zusammenhängt (Dudgeon et al. 2005; Gallagher & Maclachlan, 2004; Kashani, Frank, Kashani & Medlar, 1998; Robinson-Whelen & Bodenheimer, 2004;).

Untersuchungen über einen Zusammenhang zwischen einem Persönlichkeitstypus und einer Krebserkrankung postulierten Vermutungen über die Typus C-Persönlichkeit (Temoshok, 1985). Hierbei steht eine mangelnde emotionale Ausdrucksfähigkeit im Vordergrund. Weder diese Vermutung noch die Verbindung zum psychosomatischen oder alexithymen (Anm.: Alexithymie: „Gefühlsblindheit“, die Unfähigkeit von Patienten mit [somatisierten/körperlichen Beschwerden](http://de.wikipedia.org/wiki/Somatoforme_St%C3%B6rung" \o "Somatoforme Störung), die eigenen [Gefühle](http://de.wikipedia.org/wiki/Emotion" \o "Emotion) wahrzunehmen und sie in Worten zu beschreiben; inadäquate Reaktion auf Belastungssituationen) Persönlichkeitstypus konnte empirisch gesichert werden (Rad, 1983; Sifneos, 1973;).

**Literatur**

Bruera, E., ElOsta, B., Driver, L., Shen, L., Poulter, V. & Palmer, J. (2007). Donepezil for cancer fatigue: a double-blind, randomized, plazebo-controlled trial. J Clin Oncology. 25 (23), p.3475-81

Cella, D., Peterman, A., Passik, S., Jacobsen, P. & Breitbart, W. (1998). Progress toward guidelines for management of fatigue. Oncology, 12 (11A), p.369-77

Damasio, A. Looking for Spinoza. Joy, Sorrow and the feeling brain. Vintage U.K.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie. Verlag Ernst Reinhardt: München

Dudgeon, B., Ehde, D., Cardenas, D., Engel, J., Hoffman, A. & Jensen, M. (2005). Describing Pain With Physical Diability: Narrative Interviews and the McGill Pain Questionnaire. Archive of Physical Medicine Rehabilitation. 86. 109-115.

Filipp S.H. & Aymanns P. (1997). Subj. Krankheitstheorien. In R. Schwarzer (1997). Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe; S. 3-23

Franklin, D. & Packel, L. (2006). Cancer-related fatigue. Archives-of-physical-medicine-and-rehabilitation. 87 (3), p.91-93

Gallagher, P. & Maclachlan, M. (2004). The Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales and Quality of Life in People with Lower-Limb Amputation. Archive of Physical Medicine and Rehabilitation. 85. (5) 730-736.

Horowitz, M., J. (1993). Stress response syndromes: a review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In: Wilson, J., B. & Raphael, B. (1993). p.49-60

Ryan, J., Carroll, J., Ryan E., Mustian, K., Fiscella, K. & Morrow, G. (2007). Mechanisms of cancer related fatigue. Oncologist. 12 (1), p.22-34

**Kontakt für JournalistInnen-Rückfragen**

***Mag. Dr. Georg Fraberger***

***Klinischer und Gesundheits-Psychologe***

***Universitätsklinik für Orthopädie, MedUni Wien/AKH Wien***

***Währinger Gürtel 18-20***

***1090 Wien***

***🕿: +43/(0)1/40 400-4058***

***E-Mail: georg.fragberger@meduniwien.ac.at***