



Leseprobe aus: Schulz-Kindermann, Psychoonkologie, ISBN 978-3-621-27684-9
© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27684-9>

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 Diplom-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 versammeln 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). Zusammengenommen 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 auf dem Hintergrund einer erfolgten oder erfolgenden psychologischen und/oder psychoonkologischen Professionalisierung begegnen, stellen sich viele Fragen an die Kompatibilität und Nützlichkeit von Professionalität und Mitmenschlichkeit. Es ist zunächst nachvollziehbar, dass Menschen, die offenbar 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 Angehörigen zu, und hier ist selbstverständlich psychologisches Expertenwissen gefragt (Mehnert et al., 2006a). Aber auch jene, die keine manifesten Störungen entwickeln, suchen unsere Unterstützung nach. Diese 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 nicht selten darauf angesprochen, wie denn diese »schreckliche Tätigkeit« mit Todkranken und Sterbenden auszuhalten sei. Offenbar ist es schwer 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. Hier liegt die Vermutung zynischen Sich-über-das-Leiden-Hinwegsetzens auf der Hand. Diese Vermutungen gehen 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. brachte bereits eine monatelang dauernde Krankheits- und Behandlungsphase einer Akuten Myeloischen Leukämie hinter sich: Über ein dreiviertel Jahr 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 hochfiebrigen 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. Und 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; wohl aber erlebte ich 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 Phiole 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 Borderlinestörungen 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 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. (Zu Fragen der therapeutischen Beziehung in der Psychoonkologie mehr in Kap. 7).

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,
Kusshände werfend,
zu mir,
um ferne Häuserecken.

Herr J. bittet mich, für das Paar als Trauzeuge 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

Zentrale Notwendigkeit der Arbeit in der Psychoonkologie ist ein grundsätzliches Verständnis für medizinische Inhalte und medizinisches Denken. 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: Ebenso wie diese muss sich der nicht im Medizinischen firmierte Psychologe auf ihm fremde Inhalte einstellen. Ebenso wie sein Klient ist er auf Übersetzungsarbeit und neues Lernen angewiesen. Wichtiger aber ist die Anforderung, sich mit psychoonkologischen Interventionen auf die Behandlungs- und Krankheitsverläufe der Patienten einstellen zu können. Es macht 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 diese 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 (s. dazu Abschn. 7.4.2).

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 auf dem Hintergrund einer profunden 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 20 Jahren existieren Psychoonkologie-Fort- und -Weiterbildungen. Von Anbeginn 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. Zurzeit werden mehrere geplante oder laufende Curricula zur Prüfung bei der Deutschen Krebsgesellschaft eingereicht, die die Kriterien einer geeigneten psychoonko-

logischen Weiterbildung festgelegt hat. 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 somatopsychische Hypothesen Zurückhaltung; im Vordergrund des Ansatzes steht die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung umfassender Lebensqualität (Weis et al., 2008). Andere Fortbildungen konzentrieren sich auf spezifische Krankheitsbilder, so z. B. die der Kasseler Arbeitsgruppe um Christa Diegelmann und Margarete Isermann (Dietz et al., 2006) oder der Bonner Arbeitsgruppe um Almut Dorn (Dorn et al., 2007), die sich auf Brustkrebs beziehen.

In den vergangenen Jahren bildeten sich auf Initiative der Deutschen Krebsgesellschaft Organzentren zur Behandlung häufig vorkommender Krebserkrankungen. Eine Vorreiterrolle spielten die Brustzentren, mittlerweile sind Prostata-, Darm-, Lungen-, Pankreas-, Haut- und übergreifende Onkologische Zentren entstanden. 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 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.

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

Im psychoonkologischen Teil beschäftigen sich vier Kapitel mit Grundlagen psychoonkologischer Arbeit, nämlich der spannenden und strittigen Frage des Zusammenhangs zwischen Psyche und Krebs (Kapitel 5), dem grundlegenden Thema der Auseinandersetzung mit Krebs (Kapitel 6), wichtigen Prinzipien psychoonkologischer

Intervention (Kapitel 7), den Rahmenbedingungen, in denen unsere Arbeit sich ereignet (Kapitel 8), sowie psychodiagnostischen Überlegungen (Kapitel 9). Interventionen bei besonderen Konstellationen, nämlich mit der Familie des Krebspatienten (Kapitel 10), mit Paaren (Kapitel 11) und mit Gruppen (Kapitel 12) schließen sich an.

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 Biographie 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. Keine dieser Interventionen ist aus der Psychoonkologie selbst heraus entwickelt worden; »psychoonkologische Interventionen« im engeren Sinne gibt es nicht. 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 ausschließliche; die Sinnhaftigkeit dieser Ordnung wird erst mit einer Ausdifferenzierung von Phasen und spezifischen Interventionen nachvollziehbarer.