

# ZWISCHEN MÖGLICHEM WUNDER UND ZUKÜNFTIGEM TOD -

Diagnostik und Therapie erzwungenen seelischen Wandels am Beispiel onkologischer PatientInnen

Vortrag von Dr. Birgit Waldenberger, 2006

## 1 Vorspann

Ich freue mich, dass Sie zu diesem Vortrag erschienen sind und begrüße Sie sehr herzlich!

Auch wenn es so aussieht, ich stehe nicht alleine hier.

Bevor ich mit den inhaltlichen Ausführungen beginne, möchte ich Sie mit dem Kreis von Personen bekannt machen, die zur Entstehung dieses Vortrages beigetragen oder mich dabei inspiriert haben.

*Melitta Schwarzmann*, die die Idee hatte und die Einladung aussprach

*Dietlinde Baldauf*, Leiterin der Beratungsstelle der Vorarlberger Krebshilfe, die mich durch ihre Fragen zu einer vertieften Auseinandersetzung mit der Situation onkologischer Patienten brachte, meine Buchschreibpartnerin

*Barbara Knittel*, die sich für fachlichen Austausch im Vorfeld zur Verfügung stellte

*Ruth Picardie*, postfeministische Topjournalistin, und *Gyalwa Karmapa*, bhuddistischer Lehrer, beide Patienten, die sich auf unterschiedliche Weise in ihrer persönlichsten Erfahrung öffentlich machten

die Betroffenen, die mit falschem Namen genannt werden und deren Identität geheim bleibt

*Gerald Hüther*, Hirnforscher, Professor und exzellenter Sachbuchautor

die Gruppe der im Text namentlich genannten ForscherInnen und Praktiker, die durch ihre Arbeiten Stoff gaben und geben

*Michael Balint*, der sich mit Regression beschäftigt hat und ein ausgezeichneter Phänomenologe war

*Ingeborg Bachmann*, Dichterin

ein leerer Stuhl für alle, die noch zu diesem Ereignis beigetragen haben und die ich vergessen habe oder deren Nennung jetzt zu weit ginge  
ein weiterer leerer Stuhl für die Männer oder Frauen, die ich im Dienste des sprachlichen Flusses durch gegengeschlechtliche Personen mit vertreten lasse

## 2 Das onkologische Behandlungsfeld

„Es ist ausgesprochen schwer zu beurteilen, was angesichts einer lebensbedrohlichen Krankheit oder des sicheren Todes als pathologisch und was als normal bezeichnet werden kann.“ (*Fischer/Riedesser 1999, 328*)

Ein Beispiel: eine seit 17 Jahren verheiratete Krebspatientin trennt sich nach erfolgloser Behandlung von ihrem Mann und ihren zwei Kleinkindern und lebt noch einige Monate in der Obhut der Familie einer ihrer Schwestern ohne ihre eigene Familie noch ein einziges Mal zu treffen und stirbt dort in Frieden.

Oder Sie hören den Anrufbeantworter folgendes sagen: „Hi. Ruth nimmt an, sie hat Metastasen in den Knochen. Glücklicherweise ist ihr heute (Sonntag) nicht ganz so weinerlich zumute. Danke für Ihren Anruf.“ (*Picardie 1999, 27*)

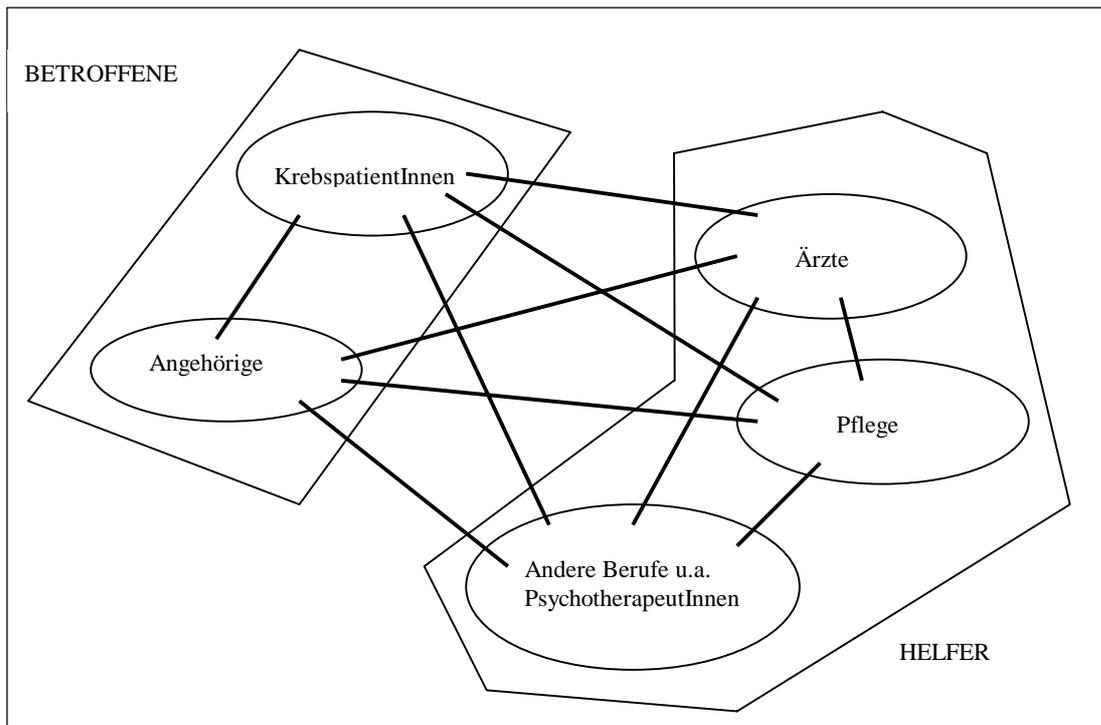
„Krebskranke Menschen sind konfrontiert mit der existentiellen Bedrohung der eigenen Person und Lebenswelt sowie der Erfahrung grundlegender menschlicher Verletzbarkeit. Das Erleben eines solchen Einbruchs in alles Bisherige und das damit verbundene Ausgesetztsein in unbekanntem Daseinsräumen bedeutet tiefes, umfassendes Leiden. Angehörige von Krebsleidenden sind ebenfalls Betroffene und werden von der Erkrankung mit all ihren Auswirkungen existentiell erfaßt. Auch sie sind auf ihre Weise bedroht (Verluste, Arbeitsüberlastung, Rollenveränderungen) und konfrontiert mit den tiefgreifenden Veränderungen, die das Krankheitsgeschehen mit sich bringen kann. Sie haben die doppelte Aufgabe, mit eigenem existentiellen Leid zu Rande zu kommen und gleichzeitig dem nahestehenden Menschen in seinem existentiellen Leid Beistand zu sein.

Ärzten kommt es zu, in Situationen, die oft durch großen Handlungs-, (Lebens-) Entscheidungs- und Verantwortungsdruck gekennzeichnet sind, dem existentiellen Leiden ihrer Mitmenschen zu begegnen. So sind sie in ihrer gesamten mitmenschlichen Resonanzfähigkeit gefordert, während sie unter der Höchstanspannung ihrer folgenschweren beruflichen Aktivitäten stehen.

Pflegepersonen kommt die besondere Aufgabe des leiblichen Tragens und Durchtragens durch den Alltag zu. Diese Aufgabe erhält eine umso gravierendere Bedeutung je hinfalliger ein Mensch gegenwärtig ist. Pflegehandlungen, die an die Qualität des leiblichen Getragenseins im Mutterleib erinnern, lassen die vertrauenerweckende Erfahrung des grundsätzlichen Verbundenseins der Menschen wach werden.

Andere Begleitpersonen (PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, SeelsorgerInnen, MitarbeiterInnen ambulanter Dienste und unterstützender Einrichtungen) sorgen auf unterschiedlichste Weise für das Aufrechterhalten und Gestalten von Lebensrhythmen und Erlebensräumen im Umfeld der Krebsbetroffenen. Sie tragen dazu bei, dass Erkrankte und Angehörige nach ihren Möglichkeiten antwort- und handlungsfähig bleiben.“ (Baldauf/Waldenberger 2003, 6ff)

### Das onkologische Behandlungsfeld



## 21 Die Rolle des Psychotherapeuten

PsychotherapeutInnen sorgen mit und neben anderen Professionen und Helfern auf unterschiedlichste Weise für das Aufrechterhalten und Gestalten von Lebensrhythmen und Erlebensräumen der Betroffenen. Sie tragen dazu bei, dass Erkrankte und Angehörige nach ihren Möglichkeiten antwort- und handlungsfähig bleiben.

## 22 Besonderheiten der Psychotherapie im onkologischen Feld

Die psychotherapeutische Arbeit, ambulant oder stationär, mit onkologischen PatientInnen und ihren Bezugspersonen ist hilfreich, indem sie als Teil eines erkennenden, haltenden, tragenden und tröstenden Umfeldes, das die Betroffenen überblicken und gestalten, wahrgenommen wird. Von Seiten der PsychotherapeutIn bestehen keinerlei Ansprüche auf vollständige Information über dieses Feld und damit dem ihm oder ihr zugewiesenen Platz. Der phasenweise geringen Planbarkeit von Krankheitsverlauf, Behandlungsschritten und deren Folgen für das Befinden der Betroffenen muss mit Flexibilität im Setting, in zeitlicher Hinsicht und auch die professionelle Rolle betreffend begegnet werden. Die existenziell bedrohliche Lebenssituation verlangt nach existenziellen Antworten.

„Erkennen und Erkanntwerden im Wesen und Wesentlichen rührt an größere Zusammenhänge, auch im Leiden. Das Erkanntwerden ist existenzielle Antwort im Leiden.

Getragensein ist die grundlegende Vertrauenserfahrung des Menschen, der seine ersten Monate im Mutterleib verbringt. Das Getragensein ist existenzielle Antwort im Leiden.

Gehaltensein ist die Erfahrung der Anwesenheit eines behütenden und berührenden Du. Das Gehaltensein ist existenzielle Antwort im Leiden.

Getröstetsein ist das Geschenk unerwarteter Labsal und Aufrichtung. Solches Getröstetsein ist existenzielle Antwort im Leiden.“  
(Baldauf/Waldenberger 2003, 8ff)

PsychotherapeutInnen können im Rahmen der Onkologie einmalig oder kontinuierlich über unterschiedliche Zeiträume hinweg für Einzel-, Paar- oder Familiensitzungen, Krisenintervention, Helferkonferenzen, supportive und informierende Gespräche, Sterbebegleitung, symptomorientierte oder kreative Verfahren herangezogen werden. Sie sind ihrem Auftrag nach Teil des gerade umschriebenen Feldes und ihr theragnostisches Tun richtet sich bis in die kleinste Intervention danach.

Susanne, 38 Jahre alt, hatte als Vierjährige eine Blutkrebskrankung überstanden und litt an Brustkrebs mit Lebermetastasen. Sie hatte bereits mehrere Operationen sowie kurative und palliative Chemotherapien hinter sich. Seit Bekanntwerden der Erkrankung hatte sie diverse Heiler zu Rate gezogen. Sie kam über ihren Mann zu mir, der als betroffener Angehöriger Unterstützung gesucht hatte und zusätzlich eine Paarsitzung wünschte. Von da an betreute ich beide. Als zum wiederholten Male eine Verschlechterung ihres Zustandes eingetreten war,

erschien die Patientin allein und wurde angeregt auf einem Familienbrett Symbole für alles, was jetzt unterstützend ist, zu platzieren. Sie baute eine Skulptur aus Gegenständen, die für den Gatten, den Vater, diverse Heiler und Heilerinnen sowie die Psychotherapeutin standen. Ganz zum Schluss schob sie etwas Schwarzes unter den Aufbau und schaute, dass dieses gut verdeckt war. „Diese Menschen helfen mir.“ war der Kommentar, der von der Psychotherapeutin mit den Worten „ Du hast einige Menschen um Dich, die Dir zur Seite stehen.“ aufgenommen wurde. Dieses Beispiel illustriert eindrucksvoll die emotionale Bedeutung des beschriebenen Feldes. Aber nicht nur deshalb habe ich es ausgewählt. Das Offensichtliche, dass die Ressourcen sich im Unterschied zu früher auf Mitmenschen eingengt haben, und das ebenso offensichtliche Schwarze werden zu diesem Zeitpunkt gemeinsam ignoriert. Bei einem körperlich gesunden Klienten wären diese prägnanten Beobachtungen bestimmt Ziel weiterer Interventionen gewesen.

In der Vorbereitung auf dieses Referat beobachtete ich meine Praxis mit onkologischen Patienten daraufhin, ob und in welchem Kontext ich aufgrund der Krebserkrankung anders vorgegangen bin als ich es bei jemand körperlich Gesundem getan hätte.

### **3 Diagnostik**

#### **31 Vorbemerkung**

Diagnostische Konzepte sind hilfreich, wenn sie die Wahrnehmung für Phänomene schärfen, differenzieren helfen und passende Worte dafür bereitstellen. Sie sind hinderlich, wenn sie Worte anbieten für noch nicht ausreichend Erfahrenes oder Beobachtetes und damit die Wahrnehmung vorschnell kanalisieren. Diagnostische Konzepte sind an Begriffe gebunden, werden über Begriffe kommuniziert und stellen Handlungsanweisungen zur Verfügung. Sollte sich der Begriff vom Bezeichneten entfernt haben oder kein passender Begriff für das Phänomen verfügbar sein, so führen diagnostische Konzepte in die Irre und am Menschen vorbei.

#### **32 Belastung versus Störung**

Wie weit kommen wir mit unseren ausgearbeiteten Diagnosekonzepten in der Psychoonkologie?

Die Unzufriedenheit mit den diagnostischen Kriterien der klinischen Psychopathologie sowie den zur Verfügung stehenden Erhebungsverfahren hat in den letzten 20 Jahren zu reger Entwicklungstätigkeit in diesem Bereich geführt.

Nach *Faller* (2004) sind Krebskranke an erster Stelle mit der Todesdrohung konfrontiert. Hinzu kommen körperliche Beschwerden. Das Körperbild verändert sich. Soziale Rollen in Beruf und Familie stehen in Frage.

Die Belastungsquellen in ihren Inhalten sind zum Teil krebsspezifisch, während die gefühlsmäßigen Reaktionen auf die Belastung auch bei Menschen mit anderen schweren Erkrankungen und auch bei körperlich Gesunden, die einem belastenden Lebensereignis ausgesetzt sind, beobachtet werden.

Man kann unterscheiden zwischen psychischer Belastung und psychischer Störung: Das Konzept der Belastung deckt ein breites Spektrum ab, ist entsprechend unscharf und wirft die Frage nach einem Schwellenwert auf. Ab wann ist die Belastung behandlungsbedürftig?

Das Konzept der psychischen Störung ist enger gefasst und klar definiert. Es gibt Kriterien, anhand derer festgestellt werden kann, ob eine Störung vorliegt. (Zahl, Intensität, Dauer der Symptome sowie die Auswirkung auf die Alltagsbewältigung)

Interessant und zu berücksichtigen ist die Tatsache, dass die Gruppe der PatientInnen, die angibt psychosoziale Unterstützung zu benötigen, nicht identisch ist mit der Gruppe, die durch die zur Erhebung des Bedarfs entwickelten Verfahren ermittelt wird.

### **33 Ermittlung psychoonkologischen Betreuungsbedarfs**

*Herschbach* (2004) zeigt uns, welche scheinbar nahe liegenden Kriterien bei der Indikationsstellung für psychoonkologischen Betreuungsbedarf in die Irre führen.

Diese Überlegungen sind für diejenigen Psychotherapeuten besonders interessant, die Teil des Medizinsystems sind oder eng mit diesem zusammenarbeiten und/oder Zuweisungen erhalten.

Hypothese 1: Wer die schwierigste Krankheitssituation oder die radikalste Behandlung erleidet, hat den größten Bedarf. Nein, viele Studien belegen, dass objektive Befunde nur sehr wenig mit subjektivem Befinden korrelieren. (*Herschbach* 2002)

Hypothese 2: Wer zum Therapeuten geht, hat den dringendsten Bedarf. Nein, es ist ein langer Weg von der bewussten Wahrnehmung eigener

Belastung über die Information, dass ein Psychoonkologe hilft, bis zur Überwindung der Scham und aktiver Nachfrage.

Hypothese 3: Wie in der klassischen Medizin ist das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose Standardkriterium für Behandlungsbedarf. Psychiatrische Diagnostik ist für onkologische Patienten wenig geeignet, da auf viele stark belastete Patienten keine psychiatrischen Diagnosekriterien zutreffen und der psychiatrischen Klassifikation wiederum viele onkologiespezifische psychische Belastungsaspekte fehlen.

Dies bringt eine Fußnote des Kostenantragsformulars für Psychotherapie der Vorarlberger Gebietskrankenkasse pragmatisch auf den Punkt. Dort steht unter "Anmerkungen": „diese Angaben, z. B. Karzinompatient, sollen dem Krankenversicherungsträger dazu dienen, Kostenzuschüsse für Psychotherapie ohne (detaillierte) Prüfung zu übernehmen.“

Zusätzlich können durch psychiatrische Diagnosen Etikettierungsprobleme für die Betroffenen entstehen nach dem Motto: jetzt hab ich nicht nur Krebs, jetzt bin ich auch noch irre.

Hypothese vier: Der behandelnde Onkologe kennt den Patienten gut und kann den Betreuungsbedarf einschätzen. Nein, Selbsteinschätzung von Patienten und Fremdeinschätzung der Onkologen korrelieren nur gering. (*Newell et al. 1989, Söllner et al. 2001, Keller et al. 2004*)

Hypothese fünf: Patienten mit schlechtem Copingweg sind betreuungsbedürftig. Theoretisch elegant, doch ist Krankheitsbewältigung intra- und interindividuell so komplex, dass keine klinisch relevanten, ökonomischen und reliablen Kriterien für die Praxis in Aussicht stehen.

Hypothese sechs: Psychosoziale Belastung und Lebensqualität weisen den Weg. Ja, bestes Indikationskriterium ist nach heutigem Stand eines, das krebsspezifisch Belange und Belastungen von Krebskranken abbildet, psychometrisch geprüft und in der Alltagsroutine anwendbar ist. Es gibt bewährte Belastungs- und Lebensqualitätfragebogen für den deutschen Sprachraum. Als Beispiele seien die psychoonkologische Basisdokumentation „BaDo“ (*Herschbach et al. 2004*) oder die Kurzform des Hornheider Fragebogens „HFK“ benannt. Der HFK verfügt über befriedigende Treffsicherheit bei der Identifizierung psychoonkologischen Betreuungsbedarfs. Sieben Fragen, die auch von Laien bei einer Krankenhausaufnahme gestellt werden können, dienen der Ermittlung eines Schwellenwertes, der wiederum über allfälligen Betreuungsbedarf entscheidet. (*Strittmatter et al. 2000*)

## **34 Störungsdiagnostik**

Um die Diagnose einer psychischen Störung stellen zu können, muss ein strukturiertes Interview geführt werden nach ICD-10, DSM-IV oder OPD.

Nach ICD-10 werden onkologische Patienten meist unter F43,0 (akute Belastungsreaktion) oder F43,22 (Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt) geführt. Allein das Zeitfenster von 6 Monaten trifft die Situation meist nicht, da onkologische Erkrankungen oft chronische Verläufe nehmen. Eine Arbeitsgruppe um *Pouget-Schors* (2004) hat die OPD- Achse I „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ für die Onkologie adaptiert. Das Verfahren, das Patienten- und Onkologeneinschätzung gegenüberstellt und mit persönlichen und Umfeld-Ressourcen des Erkrankten aufwiegt, befindet sich derzeit in hoffnungsvoller wissenschaftlicher Überprüfung. Traditionellerweise wurde eine Krebserkrankung mit ihren Folgen als konflikthafte äußere Lebensbelastung unter Achse III „Konflikt“ abgehandelt.

Ist der psychoonkologische Betreuungsbedarf einmal festgestellt, so sind wir mit einer phänomenologisch-strukturalen Diagnose wie sie in der Integrativen Gestalttherapie und der Integrativen Therapie üblich ist, gut bedient, da sie stark am Prozess und therapiepraktisch ausgerichtet ist. (*Osten* 1995) Ich hoffe, dass mehrere Beispiele, die im Laufe dieses Vortrages zur Sprache kommen, einen Eindruck davon vermitteln.

Wie sieht nun die Statistik betreffend psychischer Störungsbilder aus?

Die Prävalenz eines depressiven Syndroms bei Krebskranken ist signifikant erhöht im Vergleich mit der Normalbevölkerung. Metaanalytisch konnte keine erhöhte Prävalenz von Angststörungen im Vergleich zu Gesunden festgestellt werden. (*van 't Spijker* et al. 1997) Nicht alle Krebskranken werden depressiv, jedoch wird bei ihnen oft eine Depression übersehen und dementsprechend nicht adäquat behandelt. Die Gründe: viele berichten nicht von sich aus über die Beschwerden. Typische körperliche Beschwerden wie Appetit- und Gewichtsverlust, Müdigkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation können sowohl Symptome einer Depression wie auch Folge der Tumorerkrankung sein. Depression ist also nicht eine unvermeidliche Folge einer Tumorerkrankung, aber eine psychische Störung von Krankheitswert, die die Lebensqualität stark beeinträchtigt und behandelt werden muss. (*Faller* 2004)

Derzeit gelten als Risikofaktoren für eine Angstsymptomatik oder Depression weibliches Geschlecht, jugendliches Alter, eine psychische Störung in der Vorgeschichte, Schmerzen, körperliche Funktionseinschränkungen, fortgeschrittenes Tumorstadium. (*Aschenbrenner* et al. 2003, *van 't Spijker* et al. 1997)

*Faller* (2004) fordert, dass zunächst alle Symptome unabhängig von ihrer Kausalität diagnostisch berücksichtigt werden sollten, um keine Patienten zu übersehen, die von einer Behandlung möglicherweise profitieren könnten.

Zu ätiologischen Zusammenhängen nimmt er wie folgt Stellung: Psychische Belastungen oder Störungen könnten als Reaktion im Rahmen der Krankheitsverarbeitung zu verstehen sein. Dies sei jedoch nicht die einzige Möglichkeit. (*Härter 2000, Massie/Popkin 1998, McDaniel et al. 1995*) Tumore könnten auch über paraneoplastische Hormone oder über den Serotoninstoffwechsel auf direktem biologischem Weg eine Depression auslösen. Auch manche medizinische Behandlung wie der Einsatz von Zytostatika oder Cortison könne eine Depression bewirken. Bei genetischer Vulnerabilität könne ein belastendes Lebensereignis wie eine Krebserkrankung mit all ihren Folgen depressionsauslösend wirken. (*Caspi et al. 2003*) Und weiters könnten eine psychische Störung und eine Krebserkrankung ohne kausale Beziehung zueinander gleichzeitig vorkommen. (*Faller 2004*)

Roman ist im Klinikmanagement tätig und hatte vor vielen Jahren im Rahmen seiner Ausbildung ein Psychiatriepraktikum absolviert. Über einen Zeitraum von zwei Jahren war er im Abstand von sechs Wochen zum Coaching erschienen, als wir eine leichte depressive Verstimmung bei ihm feststellten. Er erzählte, dass er damit schon früher zu tun gehabt hatte, auch wisse, dass Medikamente helfen können, er aber dieses Mal den langwierigeren Weg ohne gehen wolle. Abschreckend sei das Beispiel von Berufskollegen, die nur mit Antidepressiva arbeitsfähig seien und ständig ihre Belastungsgrenzen übergehen. Wir machten dichtere Termine und nach drei Monaten zeigte sich ein deutlicher Aufwärtstrend. Zwei weitere Monate vergingen und die Müdigkeit und Durchfälle wurden wieder etwas häufiger. Ich schlug ihm vor, da er bei seinem Weg ohne Psychopharmaka bleiben wollte, doch wenigstens die chinesische oder die homöopathische Ärztin aufzusuchen, um sich auf andere Weise „biologische Unterstützung“ zu holen. Er entschied sich dann aber für die Selbstmedikation mit Johanniskraut. Bei der Gesundenuntersuchung wurde dann ein gut operabler Dickdarmtumor ohne Metastasen festgestellt, der vermutlich zum Zeitpunkt der erneuten Verschlechterung der bekannten Symptome Müdigkeit und Durchfallneigung entstanden war. Obwohl die Prognose für den Patienten gut ist, bin ich noch immer sehr betroffen, so nahe Zeugin dieser sich einschleichenden Krebserkrankung geworden zu sein.

Für das gleichzeitige Vorkommen einer psychischen Störung neben einer körperlichen Erkrankung, wobei die Frage nach der kausalen Beziehung offen bleibt, ist derzeit der Begriff „psychische Komorbidität“ gebräuchlich. Die klassische Diskussion nach Reaktivität versus Endogenität wird in der Behandlungspraxis in den Schatten verbannt, da die möglichen Antworten für die Indikation zur Behandlung und die Auswahl der Interventionen weniger wichtig sind als der Schweregrad der Depression. Auch eine im Rahmen einer Tumorerkrankung aufgetretene Depression sollte psychotherapeutisch und/oder pharmakologisch behandelt werden. (*Holland et al. 1998, Whooley/Simon 2000*)

## 4 Behandlung

### 41 Behandlungsziele

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebsbetroffenen muss man neben den ausgesprochenen Zielen mit wesentlichen impliziten Behandlungszielen rechnen.

*Zettl* (2004) meint in diesem Zusammenhang, dass der offizielle Wunsch nach einer Reduktion von Symptomen oder Entspannungsverfahren ausgesprochen wird, aber subjektive Vorstellungen von Krankheit und Heilung im Hintergrund wirksam sind, z. B. wenn sich ein Patient durch folgendes Zitat von Simonton gemeint fühlt: „Wenn Krebs zu einem wesentlichen Teil dadurch verursacht wird, dass wir jemand sein wollen, der wir nicht sind, dann gehört es wesentlich zur Krebsheilung, dass wir uns dafür öffnen, wie wir tatsächlich sind.“ (*Simonton* 1993, 76)

### 42 wie intervenieren ?

Unter dem Stichwort „minimal-invasive Psychotherapie“ (*Verres et al.* 2002) wird in der Psychoonkologie zurückhaltendem Vorgehen mit der Aufmerksamkeit auf ungenutzten Lösungsmöglichkeiten und übersehenen Stärken das Wort geredet. Konflikte sind „Gegensätze zwischen inneren Motiven und Forderungen von außen oder der Widerstreit von Motiven und Bestrebungen“ (*Ermann* 2004, 34). Diese bewusst zu machen gilt in diesem Ansatz als problematisch bis kontraindiziert. Mit *Zettl* (2004) meine ich, dass dies zu hinterfragen ist. Er liefert ein eindrucksvolles Beispiel:

„Ich werde vom Stationsarzt gerufen, der empört ist, weil ein Patient eine urologische Konsiliaruntersuchung ablehnt und dadurch das ganze Procedere der weiteren Behandlung in Frage gestellt wird. Dem Patienten war bereits implizit angedroht worden, dass er entlassen wird und die weitere Behandlung nicht erfolgt, wenn er diese Untersuchung nicht durchführen lässt. Meine Aufgabe nach der Zieldefinition des Arbeitgebers ist, diesen Patienten compliant „zu machen“. Das hätte ich vielleicht über manipulative Strategien erreichen können. Aber ich wollte erfahren und verstehen, was hinter dieser Verweigerung steckt. Es stellte sich heraus, dass dieser Patient vom 6. bis zum 18. Lebensjahr in Heimen verbracht hat und während dieser Zeit mehrfach sexuelle Übergriffe mit analer Penetration über sich hat ergehen lassen müssen. Daher war es für ihn undenkbar, an sich eine derartige Untersuchung durch einen Arzt vornehmen zu lassen.“ (*Zettl* 2004, 97ff)

Gerade Kinder bilden sich oft ihre sehr eigenen Vorstellungen von Erkrankung und Behandlung. In der Broschüre „Mit Kindern über Krebs

sprechen“, herausgegeben vom deutschen Verein „Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.“ findet sich folgender Fallbericht:

„Die fünfjährige Clara hatte panische Angst davor, ihren Vater, der an Leukämie erkrankt ist, noch einmal im Krankenhaus zu besuchen. Als die Mutter Clara beim nächsten Besuch mitnehmen will, schließt sie sich in der Toilette ein und kommt nur nach sehr langem Zureden wieder heraus. In einer psychologischen Beratungsstunde zeigte sich warum: Als sie das erste Mal den Vater im Krankenhaus besuchte, musste sie aufgrund der Infektionsgefahr einen Mundschutz, Überziehschuhe und einen grünen Kittel tragen. Der Vater lag im Bett. Sein Körper war mit vielen Infusionsschläuchen versehen, und der Arzt kam und gab ihm eine Spritze. Clara entwickelte die Phantasie, dass sie beim nächsten Mal auch eine Spritze bekäme, wo sie nun schon so angezogen wurde wie ihr Papa. Davor hatte sie panische Angst.“

Ich möchte mit Bezug auf das hier vorgegebene Leitthema auch behaupten, dass das Kriterium Konflikt- versus Ressourcenzentrierung für die Wahl therapeutischer Vorgehensweisen und Interventionen im Bereich der Psychoonkologie zu wenig spezifische Anhaltspunkte bietet. Die klassischen Interventionen der Integrativen Therapie, so da sind

- „Aufmerksammachen
- Wiederholen
- Übertreiben
- Assoziieren
- Aushalten
- Umkehr ins Gegenteil
- Arbeit an sprachlichen Äußerungen
- Verwendung von Beispielen
- Vergegenwärtigung von Vergangenheit und Zukunft
- Identifikation
- Dialog und Rollenspiel
- Interventionen, die Veränderung von Verhalten und Rollenverhalten initiieren
- Arbeit mit Übergangs- und Intermediärobjekten
- leibliche Interventionen“ (*Rahm et al. 1993, 390*)

können sowohl als auch eingesetzt werden und auch wenn die Bearbeitung eines Konfliktes kurzfristig kaum vorhandene Kraft kostet, so kann sie mittelfristig unentbehrliche neue Kräfte oder verschüttete Ressourcen aufschließen.

Nachdem der Magenkrebs der Gattin überwunden scheint, wird beim Vater von drei schulpflichtigen Kindern Lungenkrebs festgestellt. Die ganze Familie ist nach den kräfteaubenden Behandlungen beider Eltern zermürbt und erschöpft. Die mittlere Tochter, acht Jahre alt, war - ohne medizinischen Befund - noch nie ganz trocken, deshalb wundert es niemand, dass sie auch jetzt weiter ins Bett macht. Ich dränge den Vater, den ich psychoonkologisch begleite und der sich damit abgefunden und bewusst andere Sorgen hat, zu einer Darstellung und Bearbeitung der familiären Beziehungen im Einzelsetting. Eindrucksvoll zeigt sich die Angst der Tochter vor dem Tod des Vaters. Die Eltern werden angeleitet, wie sie mit den Kindern über die vorhandenen Bedrohungen sprechen können. Das Kind entspannt sich daraufhin sichtlich, wird offen zum Baby, fängt jedoch als parallele Neuentwicklung an, zu bestimmen, wann es Windeln braucht und wann nicht. Beide Eltern sind erleichtert, das Tabu Tod gebrochen zu haben.

Nahe bei der Begründung minimal-invasiv und damit so genannt ressourcenorientiert zu arbeiten, ist die Forderung nach dem pflegeleichten Patienten, der compliant ist, den Helfern keine Angst macht und in mündiger Distanz seine Angelegenheiten regelt. Diesen Hinweis auf die Angstvermeidung der Helfer und des Medizinsystems verdanke ich *Zettl* (2004).

So hatte eine Brustkrebspatientin mit statistisch ungünstiger Prognose nach der Operation eine Chemotherapie abgelehnt und war deshalb in eine heftige Auseinandersetzung mit dem behandelnden Onkologen geraten, der ihr sagte: „Und so sicher wie ich hier sitze, werden sie ein Rezidiv haben!“ Damit war für die Frau die Behandlungsbeziehung beendet. In der darauf folgenden Psychotherapiesitzung stellte sich heraus, dass die Betroffene noch ganz viel Empörung in sich trug, weil der Arzt von ihrer operierten Brust als „ist ja nur ein Hautlappen“ gesprochen hatte. Die Aussicht noch einmal zu ihm zu gehen und ihm von Angesicht zu Angesicht mitzuteilen, wie sehr er damit ihre Würde verletzt habe, schien ihr angesichts des Behandlungskonfliktes übrig, doch gleichzeitig ein heilsamer Akt der Selbstachtung. Das von der Patientin initiierte Gespräch endete mit der glaubwürdigen Zusicherung des Arztes, dass er sie auch weiterhin gerne begleiten werde, auch wenn sie nicht seine Behandlungsvorschläge annehmen wolle. Sie hat übrigens das Glück, bereits eine zweistellige Zahl von Jahren symptomfrei zu sein.

Die innere und äußere Situation des Krebsbetroffenen zwischen möglichem Wunder und zukünftigem Tod ist ein einziger Konflikt und bedeutet in Dauerwidersprüchen zu leben.

Der Psychotherapeut muss beide Seiten in einem ständigen Eiertanz bedienen. Gemeint ist der oft jeder Vernunft widersprechende und unter den Umständen körperlicher Gesundheit als eine Art Folie à Deux zu bezeichnende Grenzgang, jemandem, der die Hoffnung nicht aufgibt, diese zu lassen bzw. sie zu verstärken, und gleichzeitig ständig auf den

emotionalen, gedanklichen oder leiblichen Einbruch des Todes gefasst zu sein und hier zur Seite zu stehen soweit gewünscht.

### **43 Auslöser von Krisen bei onkologischen PatientInnen**

Das macht deutlich, dass Krebsbetroffene, insbesondere die Erkrankten, unter ganz hoher Konfliktspannung, dem Aushalten von unvereinbaren Gegensätzen, leben und entsprechende seelische Umbauten vornehmen.

Nach heutigem Wissensstand ist unser Gehirn plastisch, anpassungsfähig, zeitlebens lernfähig, und es ist angewiesen auf den emotional bedeutsamen Mitmenschen. Ein unerwartetes Ereignis kann den betreffenden Menschen aus der Lebensbahn werfen und in der Regel in eine andere Erlebensdimension katapultieren. Angewandt auf die Lebenslage Krebsbetroffener heißt es in unserem schon zitierten Buch:

„Prinzipiell kann jede Wahrnehmung oder jedes innere oder äußere Ereignis in der subjektiven Verarbeitung eines Betroffenen zu einem Auslöser existentiellen Leidens werden.

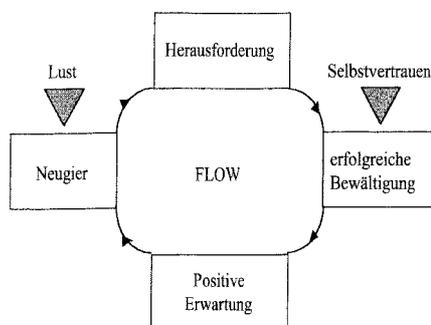
- Verdacht auf Krebs,
- Diagnose Krebs,
- Behandlungsentscheidungen,
- einzelne Behandlungen in ihrer Eigenart,
- Ende der medizinischen Primärmaßnahmen,
- Kontrolluntersuchungen,
- nicht zuordenbare Schwächezeichen und körperliche Erscheinungen,
- bekannte mit der Erkrankung verbundene Symptome,
- Verdacht auf Metastasen oder Rezidiv,
- Diagnose von Metastasen oder Rezidiv,
- Erkenntnis des begrenzten Lebens,
- Erfahrung körperlichen Verfalls,
- verändertes Beziehungs- und Begegnungserleben,
- Verlusterfahrungen aller Arten,
- sich im Angesicht des Todes befinden,
- Schmerzen,
- Isolation,

- Zurückweisung,
- Abhängigkeit und Hilflosigkeit,
- vorbewusste Wahrnehmung von Krankheits- und Endlichkeitszeichen (Ahnungen).“ (Baldauf/Waldenberger 2003, 9)

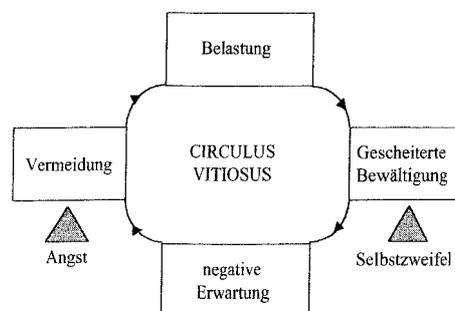
#### 44 Herausforderung versus Belastung, ein Ausflug in die Hirnforschung

Gerald Hüther (2002), Professor für Neurobiologie an der Universitätsklinik Göttingen, weiß: Veränderungen gehören zum Leben, immer schon, wenn auch die Erfahrungen der ersten Menschen kaum mit denen des heutigen zu vergleichen sind. „Die wichtigsten Entscheidungshilfen, die ein Mensch besitzt, sind die bisher in seinem Leben gesammelten Erfahrungen. [...] Den Spuren, die sie hinterlassen haben, verdanken wir die Fähigkeit, uns in unserer jetzigen Welt zurechtzufinden.“ (ebd) Zeitlebens behält unser Gehirn die Fähigkeit von den bestehenden Voraussetzungen aus neue Verknüpfungen, Verschaltungen, Vernetzungen zu bilden und damit umfassender, komplexer und vernetzt – eben plastisch – auf die Welt zu reagieren, sich an neue Gegebenheiten bis ins hohe Alter anzupassen. Dazu braucht es häufige Konfrontation mit unterschiedlichen Problemstellungen, die „uns betroffen machen, uns innerlich aufwühlen, uns emotional berühren und von uns gelöst werden müssen. Immer dann, wenn es zu einer solchen Störung unseres emotionalen Gleichgewichts kommt, werden im Gehirn bestimmte Botenstoffe und Hormone ausgeschüttet. Welche neuroendokrinen Mechanismen im Zuge einer solchen Krise oder Stressbelastung aktiviert werden und welche langfristigen neuronalen Veränderungen dadurch ausgelöst werden, hängt davon ab, wie jeder für sich ganz individuell die jeweilige Belastungssituation bewertet.“ (ebd)

Flowsituation bei kontrollierbarem Stress



Circulus vitiosus bei unkontrollierbarem Stress



(Hüther 2002)

Wir gehen also von der bisherigen subjektiven Erfahrung aus. Lässt uns diese die Erkrankung, Behandlung oder eine der zugehörigen Stationen als Herausforderung erleben, das heißt, es sind Zeichen von Lust und Selbstvertrauen zu erkennen, oder reagieren wir umgekehrt mit Angst und Zweifeln? Letzteres bedeutet, dass die Lebenserfahrung eine neue Belastung ortet. In den Abbildungen ist gut zu sehen, wie sich aus dem einen eine Flowsituation mit Erfolgserleben, positiven Erwartungen, die weiter neugierig machen und neue Herausforderungen aufsuchen lassen, aus dem anderen ein Teufelskreis entwickelt, mit Erlebnissen des Scheiterns, negativen Erwartungen, Vermeidungsverhalten und zunehmendem Belastungserleben.

Karoline, knapp 40, hatte sich trotz eines bewegungsaktiven Lebensstils und auch Phasen intensiver sportlicher Betätigung, unter anderem beim Klettern, noch niemals verletzt oder eine Operation gehabt, noch war sie im Spital gewesen. Die Diagnose Brustkrebs traf die erfolgreiche Kreative, die sich beruflich immer wieder harten Auswahlverfahren stellen musste, überraschend. Die Vorstellung, in einer Operation aufgeschlitzt, also verletzt zu werden und damit die körperliche Integrität zu verlieren, dazu durch eine Narkose dieser Gefahr lahm gelegt ausgeliefert zu sein, raubte ihr fast den Verstand. Sie hatte keine prägnante Erfahrung körperlicher Verletzung und anschließenden Verheilens oder gar eines medizinischen Eingriffs, der von Leiden befreit, verfügbar und genau zwei Wochen Zeit, sich mit ihrer neuen Situation vertraut zu machen. Eine symbolische Darstellung all dessen, was integer bleibt, mit Hilfe von unterschiedlichen kleinen Felsbrocken, die ich für solche Zwecke in der Praxis habe und die wegen der Bergerfahrung in diesem Falle natürlich eine ganz besondere Ladung aufwiesen, wurde zum Mitnehmen auf Foto festgehalten. Die Kontrolle der Panikeinbrüche gelang über die Atempfänger aus schwierigen Klettersituationen. So wurde die überwältigende Bedrohung zu einer im Augenblick handhabbaren Herausforderung. Neben der Diagnose hatte die Patientin eine weitere Überraschung erlebt. Da sie überall erzählte, was ihr widerfahren war, erfuhr sie ein Ausmaß an Zuneigung und Anteilnahme, dass sie nie für möglich gehalten hatte. Sie hatte nicht gewusst, wie viele Menschen sie mögen. So konnte eine starke FLOW-Situation hergestellt werden, indem sie sich in den ungeahnt großen Kreis der sie liebenden Menschen hineinvisualisierte, sich vorstellte, wie alle um die Operationsszene herum einen Kreis bildeten, beteten und wachten. Ihnen konnte sie vertrauen. Die Herausforderung, diese Liebe anzunehmen, verwandelte die bedrohliche Operationssituation in etwas zwar völlig Unbekanntes aber Bewältigbares, auf das es sich lohnte, zuzugehen. Als Teil des tragenden Feldes bot ich noch an, mich in den Operationskreis einzureihen, lasse mir nach erfreuter Zustimmung der Patientin die genaue Zeit sagen und finde einen Weg dabei zu sein.

*Hüther* (ebd): „Zu einer kontrollierbaren Stressreaktion kommt es immer dann, wenn die bisher angelegten Verschaltungen im Gehirn zwar prinzipiell zur Beseitigung der Störungen geeignet, aber einfach noch nicht effizient genug sind, diese vollständig und gewissermaßen routinemäßig zu beantworten.“ Hier kommen Psychoonkologen zum Einsatz, die „zu einer sukzessiven Stabilisierung, Bahnung und verbesserten Effizienz der in die Antwort involvierten neuronalen Netzwerke und Verbindungen“ (ebd) beitragen, in dem sie helfen, die

überwältigende bedrohliche Erfahrung mit bewährten Bewältigungserfahrungen zu vernetzen und damit das Erleben und Verhalten der betroffenen Person vom *circulus vitiosus* in Flow überzuführen.

Hiob, der Mann im Alten Testament, der von einem Schicksalsschlag in den nächsten katapultiert wurde, oder in unserer Fachsprache eine Folge von Traumata erlitt, konnte am Ende alles, was ihm zustieß - Verlust von Augenlicht, sämtlichen Angehörigen, Besitz, Gesundheit und Ansehen - in seiner bisherigen Erfahrung von Gott und immer wieder nur Gott integrieren. Er blieb im Flow. Wer nicht mit einem solchen erleuchteten Gehirn geboren ist und durch eine Krebsdiagnose oder die Aussicht auf medizinische Maßnahmen oder Funktionseinschränkungen in die Krise gerät, höre auf *Prof. Hüther*: „Solche unkontrollierbaren Belastungen haben andere, weitreichendere Konsequenzen auf die im Gehirn angelegten Verschaltungen als die soeben beschriebenen kontrollierbaren Stressreaktionen [...]. Was auf den ersten Blick sehr bedrohlich klingt, und in der Tat auch zur völligen Entgleisung einer Person führen kann, birgt auch die Chance, durch die strukturelle Reorganisation neuronaler Verschaltungen neue Verhaltensstrategien zu erlernen. Die Aneignung neuer Bewertungs- und Bewältigungsstrategien, grundlegende Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln werden durch die vorangegangene Destabilisierung und Auslöschung unbrauchbar gewordener Muster erst ermöglicht. Das Ersetzen eines alten, unter dem Einfluss bisheriger Anforderungen stabilisierten, assoziativen Verschaltungsmusters durch ein neues kann dazu führen, dass bisher unkontrollierbare psychosoziale Konflikte kontrollierbar werden.“ (ebd)

*Ruth Picardie*, englische Journalistin und Mutter von zweijährigen Zwillingen, ist an einem besonders aggressiven Brustkrebs erkrankt, hat Leber- und Hirnmetastasen. Nach einem fürchterlichen Jahr, in dem alle Heilungsversuche fehlgeschlagen sind, schreibt sie einen Monat vor ihrem Tod an einen Freund:

„Glücklicherweise gibt es eine dritte Therapie-Strategie, die ich so gut wie eigenhändig entwickle, wenn auch leider gegenwärtig nicht in einer kontrollierten Erprobungssituation, so dass Mitpatienten ihren eigenen edlen Pfad finden müssen. Sagen wir mal so: Nach Monaten sorgfältiger Recherche habe ich eine Behandlungsmethode entdeckt, die (a) billiger ist als die Komplementärtherapie, (b) höllisch viel mehr Spaß macht als die Strahlentherapie und (c)- die Hauptsache! - unglaublich effektiv ist. Die Konsum-Therapie! Damit meine ich persönlichen Genuss und Wirklichkeitsflucht jeder erdenklichen Art. So erlebte ich zum Beispiel meinen ersten Durchbruch, als ich mir anschaute, wie Daniel Day Lewis und Wynona Ryder in „Hexenjagd“ einander so richtig aufgeilten; während des gesamten Chemo-Kurses, der am nächsten Tag anfang, wurde mir nur einmal übel, während ich beim ersten Mal ständig gekotzt hatte. Ziemlich schlüssiger Beweis für Ursache-Wirkung, oder? Bald danach verbrachte ich einen Morgen mit einer göttlichen Jurlique-Gesichtsmaske und den Nachmittag beim

Lagerverkauf von Ghost: Am folgenden Tag war die Zahl meiner Blutkörperchen völlig normal.

Dann folgte mein großer Shopping-Durchbruch: ein langes persönliches Beratungsgespräch im Dickens-and-Jones-Schönheitsstudio mit dem Hautpflege-Gott John Gustafson. Als vielleicht wichtigster Konsum-Onkologe im Lande hat er ein himmlisches individuelles Pflegeprogramm für die Haut entwickelt, das auf folgenden excellenten Produkten basiert: Sisley, La Prairie, Shiseido, Elizabeth Arden, Bobbi Brown und Prescriptives. Für nur 250 Pfund sah ich fast aus wie ein Filmstar (verglichen mit 250 Pfund für das abscheuliche „Yeastone“, das schließlich im Ausguß endete), obwohl ich im letzten Drittel der Höllentortur eines Chemo-Kurses war.

Dank dieser höchst ausgeklügelten, nur mäßig teuren und weitgehend nebenwirkungsfreien Behandlungsmethode (Warnung: Meine Kreditkarte wurde heute morgen gesperrt) habe ich gegenwärtig fast keine Schmerzen! Meine Symptome bestehen in einem leicht geschwellenen Hirn, aber ich hoffe, daß der heutige Lunch (Bagels mit Räucherlachs, Chips und eine Extraportion French Dressing) eine positive Wirkung zeitigt. Das andere Problem - meine vergrößerte Leber - hat sich vermutlich erledigt durch meinen anschließenden Kaufrausch bei Whistles (blauer Rock, lilafarbenes Hemd). Auch wenn das elende Organ nicht schrumpfen sollte, der clevere diagonale Schnitt kaschiert die meisten Krebsknoten.

Schöpft also Hoffnung, all ihr Mitkrüppel. Mein bartloses Buch „Krebsfrei durch Shopping“ kommt bald auf den Markt.“ (*Picardie* 1999, 122ff)

Ob der Schicksalsschlag zu einem kontrollierbaren oder unkontrollierbaren Stress, zur Herausforderung, die weitere anregende Herausforderungen nach sich zieht, oder zur Belastung, die weitere, immer schwerere Lasten im Schlepptau hat, wird, entscheidet der Betroffene allein auf der Basis seiner bisherigen Erfahrung und deren Bewertung. Den Flowzustand erkennt man daran, dass eine konstruktive, oft freudige, erleichterte Eigenaktivität des Betroffenen beginnt, es kommen eigene Ideen, Fortsetzungen ins Spiel. *Ruth Picardie* zeigt uns das in unnachahmlicher Weise.

Für Karoline hieß Flow: ich darf mich mit meinen Integritätserfahrungen beschäftigen und da gibt es einige Bereiche, die unangetastet bleiben, das Sorgen für die Kinder, die Kreativität - dort zu verweilen tut gut. Ich kenne die Situation, mehrmals hintereinander an einer Kletterstelle zu scheitern und wie ich dann atme. Ich weiß, dass ich dann zuerst einmal ein Gedicht lesen muss. Dann beruhigt sich der Atem und ich kann einen neuen Versuch wagen. Meine „Panikatmung“ hat nichts mit dem, was am Ende herauskommt, ob ich die Stelle schaffe oder nicht, oder wie die Operation ausgeht und was die Folgen sind, zu tun. Ich musste mich bisher nicht bei Leuten abstützen, aber ich weiß wie es ist, sich auf einem Felsen abzustützen, und ich weiß auch wie es ist ins Seil zu fallen, wenn mich schon so viele gern haben, dann vertraue ich mich ihnen an und lasse sie auch über mich wachen. Ich bitte die Cousine meines Partners, die Anästhesistin ist, mich bei der Operation zu behandeln.

## **5 Erlebensdimensionen erzwungenen seelischen Wandels**

## 51 Weitung

Der von Krebs getroffene oder mitbetroffene Mensch, für den mit seiner Vorerfahrung und mit Hilfe aktuellen Beistandes, den unter anderem Psychotherapeuten leisten können, sein Stress kontrollierbar bleibt, erfährt eine erzwungene Weitung. Im Bild gesprochen sehe ich jemanden, der selber Schritte setzt, Boden unter den Füßen hat und dessen Tanz ihn aus dem bisherigen Land herausführt oder dessen Gang ihn andere Schrittmuster auf den Erdboden legen lässt oder der seinen Bewegungsrhythmus verändern muss, eine andere Gangart einschlägt. Hier wird Kontrolle und Gestaltung erlebt. Neue Bahnen müssen gefunden werden, um nicht in Depression und Angst zu verfallen.

Berühmt ist die Geschichte von der unheilbar Kranken, der man noch maximal 10 Monate zu leben gab und die sich daraufhin entschloss, ihre nicht geringen Ersparnisse in eine Weltreise zu investieren. Nach einem Jahr kehrte sie geheilt und ohne irgend einen Groschen zum Leben nach Hause zurück.

Eine die persönliche Endlichkeit vor Augen führende Diagnose veranlasst manchmal eine radikale Neubewertung der verbliebenen Lebenszeit und lässt persönliches Neuland aufschließen.

Treya Wilber, die sich in ihren konventionellen Berufsfeldern durchaus bewährt hatte, wurde langsam, doch von innerer Kraft getrieben zu Estrella, die sich über selbst geschaffene Glasgebilde ausdrückte und darin eine zuvor nicht gekannte Stimmigkeit erlebte. (Wilber 1994)

Oder die Mathematikerin, die nie aus dem Land heraus und nicht fliegen wollte, ihre Familie von jeder Fernreise erfolgreich abhielt und plötzlich nach Brustamputation und Strahlentherapie mit einer Gruppe fremder Leute in die Wüste reist, unter freiem Himmel schläft, den Beruf aufgibt und ihre Kenntnisse in einem ganz anderen Kontext einsetzt.

Dies ist übrigens ein Beispiel für die Heilung einer phobischen Störung durch Konfrontation mit dem bedrohlich nahen Tod. Eine Weitung des Erlebens und Verhaltens hat stattgefunden, die so darf man vermuten, auch leiblich von Erfahrungen des Weitseins begleitet wird. Das Leben ist unter dem Strich reicher geworden, die Lebensqualität gestiegen.

Es gibt aber auch die, denen keine Weitung möglich ist. Die Wahrscheinlichkeit, ob diese gelingt hängt wie wir wissen von den Vorerfahrungen ab, die wir als BehandlerInnen nicht kennen und meist unter dem Druck der Verhältnisse auch nicht explorieren können, sondern mehr zufällig mit der Zeit, sofern es diese ausreichend gibt, erfahren. Oft

besteht die schöpferische Lösung, die Weitung auch darin, sich Wunderheilern anzuvertrauen, die in reicher Zahl neue hoffnungsvolle Sichtweisen und Beschreibungen der Krankheit, damit der Bedrohung anbieten, und natürlich auch die entsprechenden Antworten sprich Behandlungen haben. Für die Krebsbetroffenen bedeutet dies, weitere Selbst- und Weltbilder zuzulassen, in denen anderes möglich ist als in der Welt, die sie bisher angenommen haben und die ihnen mit ihrer Definition von Wirklichkeit eine lebensbedrohende Erkrankung serviert hat. Als begleitende Psychotherapeutin habe ich unabhängig von meiner eigenen Meinung über diese Verfahren solange mitzugehen, wie die Betroffenen Zeichen konstruktiver Aktivität, Zeichen von Neugier, Lust und Selbstvertrauen dadurch hervorbringen.

Weitung also: für die PatientInnen und ihre Bezugspersonen gilt es, ihr Erleben und Verhalten ständig umzubauen, sodass immer neue Widersprüche, auf die sie bisher nicht eingerichtet sein mussten und die die Plastizität des Gehirns auf den Plan rufen, verarbeitet werden. Gerade bei chronischem Verlauf gelingt dies oft nicht mehr oder immer seltener.

## 52 Tiefung

Ermüdung und Zermürbung schaffen sich Raum. Es beginnt der Fall in und aus der Leiblichkeit, die Tiefung. Hier ist die Schwerkraft nicht mehr Partner des Menschen wie bei der Bewegung der Weitung, sondern übermächtig die Richtung und das Geschehen bestimmend. Es geht abwärts, die Kontrollmöglichkeiten nehmen ab, Leibesgeschehen tritt in den Mittelpunkt des Daseins und der Interaktionen mit der Umwelt. Leib ist etymologisch verbunden mit Leben. (*Kluge 1995*) Der Leib - das Leben - ohne den ich kein Mensch bin, wird unverlässlich, bedrohlich, ein Vasall des Todes - will ich am Leben sein, muss ich mich an ihn halten, es gibt kein Leben außerhalb des Leibes. Ich bin dem Leib anheim gefallen. Es bleibt die Flucht in die Exzentrizität, die Dissoziation, die Abspaltung. Nach der OPD (*Arbeitskreis OPD, 2004*) wäre dies eine Abwehrform, die auf niedriges Strukturniveau schließen lässt. Ich habe einen Körper, der hat mit mir nichts zu tun, über ihn wird mit und ohne mein Zutun entschieden, „eine „Haben-Relation“ zum Körper als Objekt (*Marcel 1985*), ... die die lebensweltliche Zentriertheit in gewisser Weise überschreitet, ohne sie jemals verlassen zu können“ (*Petzold 1988, 297*) entsteht. Ich bin nicht mehr involviert, assoziiert, ich falle aus der Leiblichkeit.

*Fischer/Riedesser (1999)* meinen, bei lebensbedrohlichen Erkrankungen stamme der bedrohliche Einfluss nicht aus der Außenwelt, sondern aus dem eigenen Körper(-Inneren).

Physisch und psychisch würden Kampf- und Fluchtreaktionen aktiviert, die nicht in Handlung umgesetzt werden können. Eine häufige Lösung

dieses Dilemmas bestehe darin, den erkrankten Körper der Außenwelt zuzuzählen, um die Krankheit als äußeren Feind bekämpfen zu können.

Eine andere sei die, das Ich oder Selbstgefühl vom Körper abzuspalten, um die Integrität des Selbst zu retten.

Eine erste Traumastation auf dem Leidensweg des Krebsbetroffenen stelle häufig die Diagnosemitteilung dar. Die Information, dass er oder sie an einer Krankheit leide, die entweder zu lebensbedrohlichen Endstadien führt oder dauerhafte Behinderungen und Entstellungen hinterlasse, könne eine akute oder chronifizierte Belastungsreaktion auslösen, die den Patienten zu weiteren Traumastationen begleite. (vergleiche auch Abschnitt 43, Auslösebedingungen psychoonkologischer Krisen)

Subjektiv werden viele Krankheiten unbewusst als Strafe erlebt. Warum gerade ich?

Die näheren Umstände der Erkrankung können frühere traumatische Erfahrungen triggern.

Eine Deutschlehrerin hatte ihren Hausarzt geheiratet, der sie einfühlsam durch eine schwere psychiatrische Krise mit stationärem Aufenthalt begleitet hatte. Das Leben scheint nachdem die Kinder aus dem Größten heraußen sind in guten Bahnen und es gibt Pläne für eine berufliche Veränderung. Da wird bei ihr ein Pankreaskarzinom festgestellt. Ich arbeite mit dem Paar zunächst daran, dass der Mann die Arztrolle an andere übergeben kann. Beide haben Einzelbetreuung, die bei der Frau aufgrund akuter Suizidalität sehr dicht ist. Sie erhält auch ein Antidepressivum und es kommt heraus, dass sie nach einer früheren Verlusterfahrung schon einmal wegen akuter Suizidalität in stationärer Behandlung war. Es scheint sich um eine Person mit mäßigem Strukturniveau zu handeln. In der Paarsituation wird immer wieder deutlich, dass die Patientin ihren Mann nicht anschaut. In der Sitzung, die ich Ihnen nahe bringen will, sind die emotionalen Einbrüche der Gattin, die zu Hause regelmäßig stattfinden und ihn völlig hilflos machen, Thema. Er versucht sie dann mit Körperkontakt zu erreichen, erntet aber nur Abwehr und Abwertung „Du kapiert gar nichts“. Die Betroffene geht auch jetzt mit dem Blick aus dem Kontakt und wir erleben alle drei, wie sich eine Atmosphäre von trotziger Verlorenheit um sie herum aufbaut. Statt ihrer Anfrage nach erlebnismäßiger biographischer Tiefung entgegen zu kommen - wie ich es bei einem körperlich gesunden Menschen gemacht hätte - nehme ich die trotzig Verlorenheit auf. Ich mache stellvertretend für die Patientin die Wahrnehmungs- und Ausdrucksarbeit, was ihr Erleben und Anliegen wertschätzt und spreche dann als Fachfrau, dass es sich hier um eine Atmosphäre, die sich in typischer Weise „in den Raum ergieße“, handle. „Ja genau“ bestätigt sie und ist damit sanft in die erwachsene Distanz zum verlorenen Kind gehoben. Die Zweijährige bedürfe ganz sicher irgendwann noch besonderer Zuwendung, jedoch seien jetzt nach Operation und während der Chemotherapie nicht die Kräfte dafür da. Die weitere Arbeit dreht sich nicht mehr darum, wie der Mann „richtiger“ reagieren könnte, sondern wie beide im Zusammenspiel die Einbrüche handhaben können. Dass sie sich in diesen Situationen tatsächlich nach Berührung sehne, das hatte der Mann ja gespürt, diese aber selber anfangen muss, damit das Autonomiebedürfnis nicht in sie abschneidenden Trotz kippt. Annehmbar sei jedoch, dass der Mann sie verbal auf den verlorenen Blickkontakt aufmerksam mache.

Die traumatische Reaktion des Krebsbetroffenen ist wie bei anderen Traumatisierten unter anderem durch Verleugnung und Vermeiden gekennzeichnet. Im Unterschied zu sonstigen traumatischen Erfahrungen könne oft eine Rückkehr zum Ausgangszustand nicht mehr erwartet werden. Eine Restbelastung aus jeder traumatischen Sequenz bleibe erhalten, so *Fischer/Riedesser (1999)* und werde in die nächste Situation hineingetragen. Die Vollendung des Traumazirkels könne lediglich darin bestehen, dass das Individuum ein psychoökologisches Gleichgewicht wiedergewinne, in dem es seiner Situation eine ganz persönliche Bedeutung zuteilt. Wir sind wieder beim kontrollierbaren und unkontrollierbaren Stress, es geht darum, eine persönliche Herausforderung zu orten. Dieser Prozess kann von anderen unterstützt, aber niemals gefordert werden. Hier forciert vorzugehen bedeutet, den Kranken unter Kommunikations- und Anpassungsdruck zu setzen. (*Fischer/Riedesser 1999*)

Ein onkologischer Patient mit einer rezidivierenden depressiven Störung, die nach der Diagnose virulent wird, versichert dem behandlungswilligen Psychiater: „Meine Depression habe ich noch immer überlebt.“

Hinter den Kulissen von Vermeidung, Verleugnung, Depersonalisation, Derealisierung oder Dissoziation arbeitet der Patient vielleicht unbewusst an einer Lösung seiner ausweglosen Situation. Das bedrohte Selbst zieht sich - laut *Fischer/Riedesser (1999)* - von allem zurück, was seine Existenz und Sicherheit in Frage stellt. Es ziehe sich gewissermaßen in einem Erlebnispunkt zusammen, von dem aus das unzuverlässige Körperlich als fremd und unwirklich betrachtet werden kann. Diese Abspaltung schaffe eine innere Freiheit, in der sich das Selbsterleben über seine körperliche Abhängigkeit erheben kann. Ein schöpferischer Akt, der in der Extremsituation des eigenen Untergangs ein neues Gleichgewicht finden lasse. Eine respektvolle empathische mitmenschliche Begleitung erscheine dafür eine notwendige, jedoch nicht hinreichende Bedingung.

Niemals hätte ich den 62-jährigen Postangestellten direkt nach der Diagnose eines Lebertumors aufgefordert, diesen als etwas von ihm Getrenntes zu behandeln, doch dieser keineswegs spirituell angehauchte Mann erzählte mir spontan, das Gewächs sei Liebe. Daraufhin schlug ich ihm vor, in Dialog mit Hilfe des leeren Stuhls zu treten. Am nächsten Tag wurde mir ein Gedächtnisprotokoll des Gesprächs zugesandt.

P(atient): Du machst mir Angst, Du wirst herausgeschnitten und bist trotzdem ein Teil von mir.

G(ewächs): Jetzt musst Du Dich nicht mehr fürchten. Du nimmst mich ja ernst.

P: Ich glaube, ich habe verstanden, was Du sagen willst. Ich habe angefangen zuzuhören. Es tut mir leid, dass ich so lange gebraucht habe. Es tut mir weh, dass Du mir weh tun musstest,

bis ich begriff, dass Du mich liebst, damit auch ich Dich liebe und Dich pflege und anders mit Dir umgehe, Dich nicht dauernd kränke und verletze, ignoriere, verdränge.

G: Ja, Du bist dabei zu verstehen. Ich werde Dich erinnern, jeden Tag.

P: Die Narbe wird bleiben. Sie wird mich erinnern an das, was ich jetzt spüre, an das, was längst hätte sein sollen, an das, was fehlte. Das Bild, das ich vor zwei Jahren gemalt habe, kam von Dir aus mir. Damals habe ich es nicht begriffen.

G: Genau, es gilt damals wie heute. Jetzt lass uns Frieden schließen. Ich bin nicht nur Deine Krankheit, ich bin Teil Deiner Heilung. Nur weil Du krank wurdest, nur weil ich krank wurde, kann ich und kannst auch Du gesund werden.

P: Du bist nicht nur mein böser Tumor, viel mehr bist Du meine gute Seele, meine vernachlässigte, gekränkte, zu kurz gekommene Seele. Lass uns Frieden schließen. Der Weg wird lang.

Dieses Beispiel zeigt in beeindruckender Weise wie „naturnah“ oder „prozessgerecht“ Identifikations- und Dialogtechniken sind. Sie entstehen sogar spontan. (vergleiche Abschnitt 42: wie intervenieren?)

Tiefung ist durch nicht ausreichend oder gar nicht kontrollierbare Faktoren im Rahmen von Krankheitsgeschehen und Behandlung erzwungen, die gleich überdosierten Interventionen eines übergriffigen Macher-Therapeuten regressionsähnliche Zustände zur Folge haben. Mit Bewunderung für die Genauigkeit der Beobachtungen von *Michael Balint* (1987) erinnere ich an seine Beschreibung dreier Zustände, die regressionsähnlich, aber nicht damit zu verwechseln sind:

Rückzug, das Aufgeben von Kontakt mit Therapeut oder Umwelt, als Sonderform, das in Gegenwart anderer allein sein können (Winnicott, 1958) eine Auszeitreaktion, die während einer onkologischen Krankheitskarriere nicht vorschnell gedeutet werden darf, sondern empathisch begleitet werden muss.

Absorbiertsein vom Schöpferischen - ein wünschenswerter Zustand für jeden Krebsbetroffenen, wenn man an die vielen Anforderungen, die unvorhersehbar über ihn oder sie hereinbrechen, denkt.

Desintegration - Rückentwicklung als Faktor der Pathogenese. Eine onkologische Erkrankung mit Behandlung und Folgeerscheinungen kann die Zermürbung und Zerstörung wesentlicher Teile und Funktionen des Körpers und der Person nach sich ziehen.

## 53 Höhung

Die dritte Dimension seelischen Umbaus nenne ich Höhung. Hier ist das Wunder angesiedelt. Ich meine hier nicht die unerwarteten körperlichen Heilungen, die auch vorkommen, sondern die Anerkennung, dass die

Möglichkeiten der Weitung nicht reichen, dass die Tiefung stattfindet, das Bild ist das Innehalten und die Dehnung nach oben, Erhebung oder eine neue Form der Leiblichkeit zu erleben, die assoziiert und dissoziiert gleichzeitig ist. Die Ahnung oder Erahnung einer solchen Möglichkeit liefert das Wunder, das bei Krebsbetroffenen selbst in terminalen Phasen noch anzutreffen ist. Betrachten wir die Menschen mit erleuchteten Gehirnen, die in allem, was ihnen widerfährt, Gott und immer wieder nur Gott erkennen und damit alle Plagen sinnerfüllt durchleben und durchleben.

„Als der Gyalwa Karmapa 1981 in Chicago starb, schrieb einer seiner tibetischen Schüler: Als ich ihn sah, hatte Seine Heiligkeit bereits viele Operationen und Transplantationen hinter sich, sein Blut war ausgetauscht worden und so weiter. Jeden Tag entdeckten die Ärzte Anzeichen neuer Krankheiten, die am nächsten Tag schon wieder verschwunden und durch wieder neue Krankheiten abgelöst worden waren; es war, als hätten alle Krankheiten der Welt in seinem Körper ihren Wohnsitz genommen. Seit zwei Monaten hatte er schon keine feste Nahrung mehr zu sich genommen, und die Ärzte gaben schließlich jede Hoffnung auf. Es war unmöglich, daß er noch weiterleben konnte, und die Ärzte erwogen, die lebenserhaltenden Geräte abzuschalten.

Der Karmapa aber sagte: „Nein, ich will leben. Laßt alles so, wie es ist.“ Und zum Erstaunen der Ärzte lebte er und nahm seine Situation auch noch völlig gelassen. Voller Humor, spielerisch und lächelnd schien er sich an allem, was sein Körper durchlitt, zu freuen. Da erkannte ich mit unerschütterlicher Gewißheit, daß der Karmapa sich all den Operationen, den Manifestationen all der vielen Krankheiten in seinem Körper, dem Nahrungsmangel absichtlich und freiwillig ausgeliefert hatte: Er durchlitt freiwillig all diese Krankheiten, um das Leiden kommender Kriege, Krankheiten und Hungersnöte reduzieren zu helfen und auf diese Weise gezielt dafür zu arbeiten, das schreckliche Leiden dieses dunklen Zeitalters abzuwenden. Für alle Anwesenden war sein Tod eine unvergeßliche Inspiration.“ (*Sogyal Rinpoche* 1999, 264ff)

Der Blick auf das, was im menschlichen Potential angelegt ist, hat auch für Nicht-Meister manchmal eine ausdehnende, erhebende Wirkung. Was Krebspatienten betrifft, so ist ein Zugang zur Spiritualität in welcher Form auch immer, als Ressource bewährt und anerkannt. Manchmal wird sie auch in dieser Lebenssituation bewusst und führt auf jeden Fall zu einer Weitung, die immer wieder das Zentrum psychotherapeutischer Arbeit sein muss. Im Bild gesprochen braucht der Mensch in der Höhung den Erdboden nicht mehr, um sich selbst zu erleben und zu äußern. Der Leib kann selbst im Zustand des Verfalls belebt werden ohne Spaltung und ohne Verleugnung. Die Höhung heißt vielleicht auch, dass ein hohes Strukturniveau erreicht wird oder behalten wird trotz leiblichen Verfalls und massiver Bedrohung.

Weitung, Tiefung und Höhung, drei Dimensionen des Erlebens von erzwungenem seelischem Wandel können fast gleichzeitig oder nacheinander und in beliebiger Reihenfolge auftreten, kurz oder länger

anhalten, in das Alltagsbewußtsein einbrechen oder dieses zur Gänze verdrängen.

## 6 Zusammenfassung mit abschließenden Fragen

Ich komme zum Schluss.

Krebsbetroffene Menschen bewegen sich zwischen möglichen Wundern und dem zukünftigen Tod, der manchmal sehr nahe rückt. Der seelische Wandel ist erzwungen und wird in den Erlebensdimensionen Weitung, Tiefung und Höhung erfahren. Für die Auswahl therapeutischer Vorgangsweisen und Interventionen scheint mir die Orientierung am Flow-Konzept von *Hüther* (2002) sowohl was Physiologie und Emotionen als auch den Umgang mit Erinnerungen, Gedanken und Vorstellungen sowie beobachtbarem Verhalten betrifft treffsicherer als die Orientierung an Konflikt- oder Ressourcenmodellen. Dies bezieht sich auch auf die Forderung nach minimal-invasiver Psychotherapie von Krebsbetroffenen. Mit der phänomenologisch-strukturalen Vorgehensweise der Integrativen Therapie oder der Integrativen Gestalttherapie bin ich - ist der Betreuungsbedarf einmal festgestellt - diagnostisch gut bedient und mit reichem Handwerkszeug ausgestattet. Nicht der mündige Patient, der uns mit seinem Leiden souverän vom Leibe bleibt, sondern der Mensch, der durch andere erkannt, gehalten, getragen und getröstet immer wieder Zustände von Flow und Unterbrechungen des *circulus vitiosus* erleben kann, scheint mir ein passendes Leitbild für die psychotherapeutische Arbeit mit Krebsbetroffenen zu sein.

Es ist das Vorrecht der Dichterin, wesentliche Fragen in einer Allgemeingültigkeit und Direktheit zu stellen, die wir im Alltag und bei onkologischen PatientenInnen nicht zu hören bekommen, obwohl sie da sind. Auch wenn jemand wieder ganz gesund wird - und das sind grob geschätzt die Hälfte der Menschen, die jemals eine Krebsdiagnose erhalten - Tumorerkrankungen haben diese Fragen, die *Ingeborg Bachmann* (1982) im Gedicht „Reklame“ (vollständiges Gedicht im Anhang) aufwirft, im Handgepäck.

Sie zeigt uns, dass Routineantworten nicht ausreichen, dass es kein endgültiges Zufriedenstellen gibt. Sie lässt Platz für den Atemstillstand, die Atempause, vielleicht die schöpferische Pause oder das, wovon man nicht reden kann und Wittgenstein-konform schweigen muss.

„Wohin aber gehen wir, wenn es dunkel und wenn es kalt wird?“

„Aber was sollen wir tun und denken angesichts eines Endes?“

„Und wohin tragen wir unsere Fragen und den Schauer aller Jahre?“

„Was aber geschieht, wenn Totenstille eintritt?“

(*Bachmann* 1982, 124)

Von Herzen danke ich Ihnen für Ihre geschätzte Aufmerksamkeit!

## Anhang

### REKLAME

**wohin aber gehen wir**  
*ohne sorge sei ohne sorge*  
**wenn es dunkel und wenn es kalt wird**  
*sei ohne sorge*  
**aber**  
*mit musik*  
**was sollen wir tun**  
*heiter und mit musik*  
**und denken**  
*heiter*  
**angesichts eines endes**  
*mit musik*  
**und wohin tragen wir**  
*am besten*  
**unsere fragen und den schauer aller jahre**  
*in die traumwäscherei ohne sorge sei ohne sorge*  
**was aber geschieht**  
*am besten*  
**wenn totenstille**

**eintritt**

(*Bachmann* 1982, 124)

## Literatur

Arbeitskreis OPD (Hrsg.), Operationale Psychodynamische Diagnostik, Bern, 2004

Aschenbrenner et al., Prediktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen – Ein systematischer Überblick über empirische Studien, 2003 IN: Z Med Psychol 12, 15-28

Bachmann, I., Sämtliche Gedichte, München, 1982

- Baldauf, D. et B. Waldenberger, Die Brüchigkeit des menschlichen Lebens, Würzburg, 2003
- Balint, M., Regression, München, 1987
- Caspi, A. et al., Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. 2003 IN: Science 301, 386-389
- Ermann, M., Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Stuttgart, 2004
- Faller, H., Diagnostik in Psychotherapie, Psychosomatik und Psychoonkologie, IN: Schumacher, A. et S. Broeckmann (Hrsg.), Diagnostik und Behandlungsziele in der Psychoonkologie, Lengerich, 2005
- Fischer, G. et P. Riedesser, Lehrbuch der Psychotraumatologie, München, 1999
- Härter, M. et al., Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation, 2000 IN: Rehabilitation 39, 317-323
- Herschbach, P., Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung – wovon hängt unser Wohlbefinden ab? 2002 IN: Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie 52: 141-150
- Herschbach, P. et al., Das subjektive Befinden von Krebskranken einheitlich beschreiben – Vorstellung der Psycho-Onkologischen Basisdokumentation (PO-Bado), 2004 IN: Deutsches Ärzteblatt 101 (12), 799-802
- Herschbach, P., Screeningverfahren in der Psychoonkologie, IN: Schumacher, A. et S. Broeckmann (Hrsg.), Diagnostik und Behandlungsziele in der Psychoonkologie, Lengerich, 2005
- Holland, J.C. et al., A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. 1998 IN: Psycho-Oncology 7, 291-300
- Hüther, G., Wenn der Boden, auf dem man steht, immer dünner wird, bricht man irgendwann ein. (unveröffentlichtes?) Manuskript, vom Autor überlassen – DANKE! Diagramme „Flow“ und „circulus vitiosus“ vorgetragen bei den Lindauer Psychotherapietagen 2002
- Keller, M. et al., Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach, 2004 IN: Annals of Oncology 15, 1243-1249
- Kluge, F., Etymologisches Wörterbuch, Berlin, 1995
- Marcel, G., Leibliche Begegnung, IN: Petzold, H.G., Leiblichkeit. Paderborn, 1985, 15-47
- Massie, M.J. et M.K. Popkin, Depressive disorders, IN: Holland, J.C. (ed.), Psychooncologie, New York, 1998, 518-540

- McDaniel, J.S. et al., Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment, 1995 IN: Arch Gen Psychiatry 52, 89-99
- Newell, S. et al., How well do medical oncologist´s perceptions reflect their patient´s reported physical and psychosocial problems?, 1989 IN: Cancer, 83,1640-1651
- Osten, P., Die Anamnese in der Psychotherapie, München, 1995
- Petzold, H. G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Paderborn, 1988
- Picardie, R., Es wird mir fehlen, das Leben, Hamburg, 1999
- Pouget-Schors, D. et al., Qualitätssicherung in der Grundversorgung: OPD und Screening des Interventionsbedarfs in Psychosomatik und Psychonkologie, IN: Dahlbender, R.W. et al., Lernen an der Praxis, OPD und Qualitätssicherung in der Psychodynamischen Psychotherapie, Bern, 2004
- Rahm, D. et al., Einführung in die Integrative Therapie, Paderborn, 1993
- Simonton, O.C., Auf dem Weg der Besserung, Reinbek, 1993
- Söllner, W. et al., How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? 2001 IN: Br J Cancer 84, 179-185
- Sogyal Rinpoche, Das tibetische Buch vom Leben und Sterben, Bern, 1999
- Strittmatter, G. et al., Entwicklung und klinischer Einsatz von Screening-Instrumenten zur Identifikation betreuungsbedürftiger Tumorpatienten, IN: Bullinger, M. et al. (Hrsg.), Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 18, Göttingen, 2000
- Van´t Spijker, A. et al., Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980, 1997 IN: Psychosomatic Medicine 59, 280-293
- Verres, R. et al., Minimal-invasives Vorgehen bei der Psychotherapie körperlicher Störungen, IN: Strauß, B. (Hrsg.), Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen, Göttingen, 2002, 64-78
- Whooley, M.A. et G.E. Simon, Managing depression in medical outpatients, 2000 IN: N Engl J Med 343, 1942-1950
- Wilber, K., Mut und Gnade, München, 1994
- Winnicott, D.W., Über die Fähigkeit, allein zu sein, PSYCHE, XII, 1958/59
- Wittchen, H.-U. et al., Diagnostisches und Statistisches Material psychischer Störungen, Weinheim, 1991

Zettl, S., Der mündige Patient? Definition von Behandlungszielen in verschiedenen Settings, IN: Schumacher, A. et S. Broeckmann (Hrsg.), Diagnostik und Behandlungsziele in der Psychoonkologie, Lengerich, 2005