

Die therapeutische Beziehung bei fortschreitender Krebserkrankung

Mehr und mehr Krebspatienten erfahren psychoonkologische Begleitung in den entstandenen Krebsbehandlungszentren. Diese Entwicklung führt dazu, dass Krebspatienten auch im ambulanten Bereich verstärkt nach Unterstützung durch Psychotherapeuten suchen.

Psychoonkologische Psychotherapie erfordert einerseits die Bereitschaft, sich mit medizinischem Wissen auseinanderzusetzen und sich entsprechend weiter zu bilden, andererseits die Bereitschaft, sich im Verlauf einer fortschreitenden Krebserkrankung auf eine Entwicklung der therapeutischen Beziehung einzulassen, die der existentiellen und menschlichen Situation gerecht wird.

Der Artikel basiert auf der psychoonkologischen Begleitung von vier Menschen. Drei Menschen suchten psychoonkologische Unterstützung, weil sie mit der Diagnose einer fortgeschrittenen Krebserkrankung konfrontiert waren. Bei einer Patientin schritt die Krebserkrankung während der Psychotherapie fort. Die Zeiträume der psychoonkologischen Therapie betragen vier, zwölf, siebzehn und dreiundfünfzig Monate. Die Namen der Patienten entsprechen nicht ihrem wahren Familiennamen.

Anhand von themenzentrierten Fallbeispielen werden die Anforderungen an Psychotherapeuten in eigener Praxis in kurativer Situation, im Falle des Auftretens von Metastasen und Rezidiven, in palliativer Situation sowie im Prozess des Sterbens dargestellt und reflektiert werden. Die Besonderheiten psychoonkologischer Psychotherapie in niedergelassener Praxis werden abschließend resümiert.

Therapeutische Beziehungsangebote und Interventionen

- **Halt geben und strukturieren**

Die Situationen von Menschen, die eine Krebsdiagnose erhalten haben, sind so vielfältig wie das Leben selbst. Deshalb gilt es, sie dort abzuholen, wo sie sich gerade befinden - als männlicher oder weiblicher Profi, als Begleiter in existentieller Krise.

Grundsätzlich verschaffe ich mir einen Einblick in die Diagnose bzw. Krankengeschichte eines Patienten, indem ich mir im Verlauf der Probatorik einen aktuellen Arztbrief aushändigen lasse. Der Status der Krebserkrankung sagt nicht zwingend etwas über die Überlebenszeit aus. Patienten mit metastasiertem Brustkrebs können ihre Erkrankung –dank moderner Theapiemethoden - über Jahre überleben.

Im Erstgespräch liegt entweder noch kein Arztbrief vor oder Patienten haben ihre ganze Krankenakte dabei. Dann mache ich mir eine Kopie des aktuellen Arztberichts mit dem Hinweis, dass ich diesen später studieren werde.

Mir ist wichtig, den Patienten im Erstgespräch berichten zu lassen, was ihm widerfahren ist und das Geschehen immer wieder durch Nachfragen zu strukturieren.

- **Erklärungen geben, Normalität im Chaos stiften**

Ich frage im Erstgespräch nach den Gefühlen, Bildern und Assoziationen der Patienten während und nach der Diagnoseeröffnung.

Frau Christiansen (44, Ärztin, Brustkrebs mit Lungenmetastasen, verheiratet, zwei Söhne im Alter von neun und zwei Jahren) sagte: „Ich fühlte mich als sei ich aus dem Flugzeug gefallen. Ich habe einen riesigen Tumor in der Brust und Mikrometastasen in der Lunge. Mein Mann (Arzt) demonstriert Zuversicht, betont immer wieder, die Krebserkrankung sei behandelbar. Ein Onkologe bot mir eine palliative (lindernd nicht mehr heilend) Therapie an, was mich schockierte. Er riet mir, meine Arbeit aufzugeben und das Leben zu genießen für die Zeit, die mir noch bleibt. Wie soll das gehen, zu sterben mit zwei kleinen Kindern?“

Das emotionale Gefühlschaos stiftet häufig Angst, „verrückt“ zu werden, es „nicht zu schaffen“. Deshalb ist es wichtig, den Patienten zu vermitteln, dass Angst, Wut und depressive Gefühle auf dem Hintergrund der Krebsdiagnose nachvollziehbar und normal sind.

- **Subjektive Theorien der Patienten und Sinnfindungsversuche (der Patient beschreibt seinen aktuellen Standort) verstehen und Stellung dazu nehmen**

Ich frage früh nach den persönlichen Erfahrungen mit Krebserkrankungen, weil die Erfahrungen und die damit verbundenen subjektiven Theorien des Patienten großen Einfluss auf sein Krankheitserleben haben können.

Die Mutter von Frau Christiansen starb zwölf Wochen nach ihrer Krebsdiagnose. Die Erinnerung an das qualvolle Szenario ihres Sterbens lähmte Frau C. bis sie ihre Ängste, genauso zu enden, aussprechen konnte. Im Grunde wusste sie, dass die Uterus-Erkrankung ihrer Mutter wenig Parallelen zur eigenen Brustkrebserkrankung hatte. Das konnte ihre Angst jedoch nicht beruhigen.

Auch bei genetisch bedingtem Brustkrebs sind die Patientinnen häufig psychisch vorbelastet. Die krebserkrankten Töchter haben ihre Mütter verloren als sie Heranwachsende waren - also meist zwanzig Jahre zuvor. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, auf die Fortschritte der Krebsbehandlung zu verweisen, da die Überlebenszeiten sich seitdem deutlich vergrößert haben.

- **Verständnis schaffen für die Situation im Krankenhaus (Rollen: Patient, Pflege, Ärzte)**

Je nachdem wie viel Erfahrung ein Patient mit Krankenhausaufenthalten hat, ist es sinnvoll, Einblick zu geben in medizinische Abläufe und ihm zu vermitteln, dass Klinikpersonal und Patienten sich im selben Haus, aber in unterschiedlichen Welten befinden: die Patienten fühlen sich in der Fremde, das Klinikpersonal in ihrer Routine. Ich mache den Patienten Mut, Fragen zu stellen, ein Heft anzulegen, in das sie Fragen notieren können, die oft erst während schlafloser Nächte zutage treten und bei der ärztlichen Visite vor Aufregung wieder vergessen werden.

- **Motivation zur Kontaktaufnahme mit den Ärzten**

Manchmal erfahre ich im Gespräch, dass Patienten Wesentliches nicht klar ist, weil sie es nicht aufgenommen haben oder weil sie es verdrängt habe. Es besteht auch die Möglichkeit, dass es von ärztlicher Seite nicht gesagt worden ist.

Ich motiviere die Patienten, ihre Fragen immer wieder beim medizinischen Personal anzubringen und frage auch in den folgenden Stunden nach, ob sie sich Klarheit verschafft haben. Wenn ein Patient etwas offensichtlich nicht wissen will, ist das auch ein Hinweis für mich, behutsam mit ihm umzugehen.

- **Anwalt für den Patienten sein**

Anwalt sein, bedeutet Stellung zu beziehen und die Patienten bzw. deren Angehörige dazu zu motivieren, für ihre Rechte einzutreten, sei dies bei den Krankenkassen oder bei anderen Institutionen.

Eine Ärztin im Krankenhaus hatte Herrn Brandt (44, Installateur, Knochen- und Lebermetastasen bei unbekanntem Primärtumor, verheiratet, zwei Söhne im Alter von 20 und drei Jahren und zwei Töchter im Alter von 22 und neun Jahren) schwer geschadet. Herr Brandt hatte vor Jahren einen Kredit aufgenommen und diesen mit einer Versicherung abgesichert, die im Falle von Krankheit oder Arbeitslosigkeit eintreten sollte - nicht aber bei Berufsunfähigkeit galt. Die Ärztin hatte - ohne Rücksprache mit ihm - der Versicherungsgesellschaft auf Nachfrage mitgeteilt, dass Herr Brandt Berufsunfähig sei und

das zu einem Zeitpunkt als die Diagnostik noch gar nicht abgeschlossen war. Die Versicherungsgesellschaft hatte ihre Zahlung darauf hin sofort eingestellt. Ich motivierte ihn, Kontakt mit dem Justitiar des Krankenhauses aufzunehmen, was seine Frau für ihn tat. Dieser resümierte, dass die Ärztin vorschnell gehandelt habe. Die Ärztin gab darauf hin vor, dies als „Privatperson“ getan zu haben; allerdings trug das Schreiben an die Versicherung einen Krankenhausstempel. Ich riet dem Ehepaar, sich nicht weiter aufzureiben und sich einen Anwalt zu nehmen, da sie über eine Rechtsschutzversicherung verfügten.

Frau Michaelis (42, Musikerin und Mediengestalterin, Brustkrebs, getrennt lebend, zwei Töchter im Alter von 23 und 18 Jahren) hatte ihren Ehemann nach 20-jähriger Ehe nach ihrer Krebsdiagnose verlassen. Sie hatte - außer ihren persönlichen Sachen - nichts mitgenommen, weil sie „nicht streiten“ wollte, und war zu einer Freundin gezogen. Nachdem hilflose Bemühungen des Ehemannes, sie zurück zu gewinnen, nicht fruchteten, wurde er sehr aggressiv und verweigerte ihr jede Unterstützung. Sie beantragte Harz IV, was (vorerst) abgelehnt wurde. Aufgrund der eingreifenden Chemotherapie war sie als Medien-Gestalterin phasenweise nicht arbeitsfähig und auf die Almosen von Freunden angewiesen. Ich riet ihr, eine Anwältin einzuschalten. Erst nach deren Post erklärte sich der Ehemann bereit, ihr eine Art Taschengeld zu zahlen. Er hoffte nach wie vor, dass sie wieder „zusammenfinden“ würden. Für die Patientin gab es aber kein zurück. Der Rechtsstreit um den Unterhalt zog sich bis zu ihrem Tod hin. Der Ehemann erwies sich auch in initiierten Moderationsgesprächen als völlig beratungsresistent und beharrte auf seinem Standpunkt: „Wenn du mich verlässt, zahle ich dir keinen Unterhalt“. Frau Michaelis erhielt schließlich Harz IV und suchte sich eine eigene Wohnung, weil ihre 18-jährige Tochter, die im Abitur stand, zu ihr ziehen wollte. Auch die Tochter musste ihren Unterhalt vom Vater einklagen.

Anwalt sein kann im übertragenen Sinne auch heißen, den Patienten zu schützen, wenn ihm Selbstschutz fehlt. Frau Michaelis hatte gute Freunde, die ihr während der Krebserkrankung tatkräftig beistanden. Gleichzeitig war es ihr wichtig - nach ihrer Trennung vom Ehemann - Kontakte zu Männern zu pflegen, die sie im Internet kontaktierte. Sie sagte: „Ich will trotz Haarlosigkeit und fehlender Brust begehrt werden“. Sie traf immer wieder auf Männer mit einem ausgeprägten Helfer-Syndrom, die sich aber als nicht Bindungsfähig erwiesen. Hier galt es von therapeutischer Seite auch konfrontierend vorzugehen, vor allem als sich mein Gefühl verstärkte, einer der Männer könne mehr Interesse an ihrer 18-jährigen Tochter haben als an Frau Michaelis.

- **Aktuelle Themen aufnehmen, flexibel sein**

Grundsätzlich gilt es, aktuelle Themen aufzunehmen, die die Patienten zu Beginn einer Therapiestunde „vor sich her tragen“. Immer wieder haben sie einen direkten Bezug zu den „eigentlichen“ Themen des Patienten. Die Fragen: „Worum geht es?“ und „Was hat das mit Ihrer momentanen Situation zu tun?“ können den Weg weisen.

Therapiebewältigung bei kurativem Ansatz

Krebstherapien sind äußerst anstrengende Therapien mit eingreifenden Nebenwirkungen, die den Körper belasten und schwächen. Die Patienten haben häufig das Gefühl, dass sie durch die Medikamente oder die Strahlentherapie „erst richtig krank“ werden.

Haarausfall (auch Augenbrauen und Wimpern) ist eine belastende Erfahrung für Frauen, die damit ihre Weiblichkeit verknüpfen. Beratungsstellen (im Rahmen der Krebsgesellschaften) bieten Kosmetikseminare an, auf die man verweisen sollte, weil hier auch Gespräch, Solidarität und Spaß Raum finden.

Neuropathien in Händen und Füßen können als sehr verunsichernd erlebt werden. Gegenstände fallen aus der Hand und unterstreichen den Kontrollverlust. Das Gehen ohne gut gefühlten Bodenkontakt verstärkt die Verunsicherung in den Körper und das Leben.

Das Erleben von Übelkeit und körperlicher Schwäche ist eine Qual. Der Schwäche nachzugeben, um sich zu regenerieren, ist eine Herausforderung, die große Angst auslösen kann: Angst, der Krankheit nichts mehr entgegen setzen zu können, im Sinne: „Wenn ich mich hinlege, werde ich sterben“.

Frau Christiansen fühlte sich nach ihrem dritten Chemotherapiezyklus „wie eine alte Frau“. Sie sagte: „Ich mag mich so nicht leiden“. Sie hatte sich „innerlich ein Liegeverbot erteilt“, konnte sich keine Ruhe gönnen, assoziierte mit Entspannung Aktivität. Ich bot ihr kleine Entspannungseinheiten an, in denen sie sich die Erlaubnis geben sollte, für einige Minuten zu ruhen. Darauf konnte sie sich einlassen.

Entspannungs- und Imaginationsübungen

- **zur Selbsterkenntnis**

Bei einer Imaginationsübung zum „Ort der Ruhe und der Kraft“ (modifizierte Version des Bochumer Gesundheitstrainings) wählte Frau Christiansen einen Ort an einem Strand, an dem sie sich „richtig lebendig“ gefühlt hatte. Damals hatte sie bereits um ihre Krebsdiagnose gewusst. Während sie immer mehr entspannte, spürte Frau C. die Angst, die „in ihrem Bauch saß“. Es gelang ihr, die Situation in der Entspannung auszuhalten. Sie realisierte in der Folge, dass ihr Gefühl der „Getriebenheit“ ein Ventil ihrer Angst war, sterben zu müssen.

- **zur Bewältigung der Krebsdiagnose, von Nebenwirkungen und Therapieprozeduren**

Frau Christiansen lebte mit ihrer Angst vor dem Wachstum ihrer Lungenmetastasen. Sie fühlte sich von der Angst „umhüllt“ und war sich des Teufelskreises von Angst und körperlichen Symptomen, v.a die Atmung betreffend, bewusst. Sie sagte: „Manchmal überfallen mich Katastrophenphantasien. Dann sehe ich faschistoide Armeen durch meinen Körper marschieren, denen ich nichts entgegen setzen kann, die alles vernichten“.

In einer Imaginationsübung versuchten wir, Bilder zu erwecken, die sie denen der vernichtenden Krebsarmee entgegenstellen konnte. Sie imaginierte „sympathische“ Bilder einer Guerilla, die die Armee immer wieder in ihre Schranken wiesen, aber nicht vernichten konnten. Im anschließenden Gespräch vertraute sie mir an, dass sie sich nicht vorstellen könne, ihre fortgeschrittene Krebserkrankung zu überwinden. Einige Wochen später kam sie in ausgelassener Stimmung in meine Praxis. Sie erzählte mir von einem Traum: „Ich habe einem Bison, der alles zertrampeln wollte, bei den Hörnern gepackt und ihm den Hals umgedreht“. Sie hoffte auf einen „symbolischen Charakter“ ihres Traumes.

Entspannungs- und Imaginationsübungen können auch zur Bewältigung von Therapienebenwirkungen und Therapieprozeduren eingesetzt werden. Sie dienen dann der Abstandsgewinnung und der positiven Umbuchung.

- **zur Regeneration nach einem anstrengenden Therapiegeläch**

Gespräche über Themen wie Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit können für die Patienten auslaugend sein. Mir ist wichtig, dass die Patienten die Praxis nicht in einem solchen Zustand verlassen. Die letzten zehn bis 15 Minuten einer Sitzung dienen dann dem psychischen Auftanken.

Frau Barn (42, Apothekerin, metastasierter Brustkrebs, verheiratet, zwei Töchter im Alter von zwölf und acht Jahren) fühlte sich nach einem Gespräch über die Hilflosigkeit ihrer behandelnden Ärzte „wie in einem schwarzen Loch“. In einer Übung zum Thema „Ruhe und Geborgenheit“ flüchtete sie sich in die Arme ihres Mannes und tauchte angerührt, aber stabilisiert wieder aus der Übung auf.

Das „Prinzip der kleinen Schritte“

Krebstherapien dauern viele Monate, bei Brustkrebserkrankungen bis zu einem Jahr. Es gilt, Etappen aufzuzeigen und nahe Ziele zu formulieren: erst die neoadjuvante Chemotherapie, dann die Operation, danach die Strahlentherapie, in der Folge die Anschlussheilbehandlung, die Hormontherapie; danach möglicherweise eine Rückkehr zur Arbeit im Hamburger Modell oder die notwendige Entwicklung einer anderen Perspektive.

Das Prinzip der kleinen Schritte ist den Patienten zu vermitteln und auch die morgendliche Bestandsaufnahme nach dem Aufstehen: „Wie geht es mir heute? Was möchte und kann ich mir zu trauen? Was brauche ich und wie kann ich es bekommen“ kann sehr hilfreich sein. Für viele Menschen ist das ungewohnt, weil sie sich vor der Krebsdiagnose mehr um andere als um sich selbst gekümmert haben. Somit ist die morgendliche Frage zur eigenen Befindlichkeit der erste Schritt zu mehr Bedürfnisorientierung und Selbstpflege.

Frau Michaelis wollte sich nach ihrer Krebsdiagnose von ihrem „Joch des Müssens“ befreien. Sie erlaubte sich, Dinge und Entscheidungen zu hinterfragen. Sie sagte: „Ich versuche, das Wort *muss* aus meinem Wortschatz zu streichen“.

Hilfe einfordern, ist für viele Krebsbetroffene ein ungewohntes Terrain und eine Aufgabe, die es zu erlernen gilt, vor allem wenn die Erkrankung fortschreitet. Das Prinzip der kleinen Schritte bedeutet nicht, keine Pläne schmieden zu dürfen. Pläne für die Zukunft sind erlaubt und wichtig.

Es gibt Menschen, die bereits während der Krebstherapie ihre Arbeit wieder aufnehmen. Notgedrungen, um als Selbständige ihre Existenz zu sichern oder aus Angst, ihren Status oder ihrer Absicherung (befristete Verträge) zu verlieren. Diese Patienten sollten sich bemühen, Prioritäten zu setzen, um die Krebstherapie durchzustehen. Die Arbeit dient durchaus auch der Ablenkung oder der Illusion, „alles sei wie früher“ (Christiansen).

Die Verunsicherung in den eigenen Körper

ist ein allgegenwärtiges Thema bei von Krebs betroffenen Menschen. Die Erfahrung, dass körpereigene Zellen unkontrolliert wachsen, dass man darauf keinen bewussten Einfluss hat, erst mit dem Endprodukt, dem Tumor konfrontiert ist, der womöglich bereits Metastasen abgesiedelt hat, wird von Menschen als ein enorm beängstigender Kontrollverlust erlebt. Sie lenken ihre Aufmerksamkeit dann „mit Radarohren nach innen“. Folge können psychosomatische Reaktionen sein: Angst erzeugt körperliche Symptome.

Frau Christiansen wusste sehr früh um die Mikrometastasen in ihrer Lunge. Ihre ärztlichen Kollegen hatten ihr die damals aktuell beste Diagnostik (PET-CT) angedeihen lassen. Später sagte sie: „Ich wünschte, ich hätte es nicht so früh gewusst“. Das Wissen um die Existenz der Metastasen führte immer wieder zu erlebter Atemnot aus Angst, dass diese schnell wachsen könnten. Ihrem Mann, der zu diesem Zeitpunkt Optimismus in die Behandlung proklamierte, wollte und konnte sie sich mit ihren Ängsten nicht zumuten.

Wichtig und entlastend war, dass sie in den therapeutischen Sitzungen ihre Ängste schonungslos ansprechen konnte. Sie konnte es zulassen, zu weinen und war sehr überrascht, sich danach kraftvoller und mit mehr Zuversicht zu fühlen.

In der Folge entschied sie sich, kein enges Monitoring der Mikrometastasen „mitzumachen“. Sie lehnte weitere diagnostische Maßnahmen ab, weil diese nicht zu therapeutischen Konsequenzen geführt hätten. Eine Behandlung sollte erst erfolgen, wenn Symptome (körperliche Beschwerden bzw. Einschränkungen) auftreten sollten.

Auch die Frage, ob die Brustkrebserkrankung genetische Ursachen haben könnte, stellt eine hohe Belastung dar, vor allem wenn es um die Gefährdung der eigenen Töchter geht. Bei Frau

Michaelis kam verschärfend hinzu, dass sie aufgrund ihrer Adoption keinen Kontakt zur Familie mütterlicherseits hatte und so auch keinen Stammbaum erstellen konnte. Ihre Motivation, sich einer genetischen Untersuchung zu unterziehen, war der Wunsch nach Entwarnung. Ihre Töchter wollten von einer möglichen Gefährdung nichts wissen.

Veränderungen des Körperbildes

Eingreifende operative Maßnahmen wie Amputationen verändern das Körperbild und können zu psychischen Problemen führen. Bei jüngeren Frauen findet mit der Amputation der Brust gleichzeitig häufig auf Brustaufbau statt, indem beispielsweise ein Silikonkissen implantiert wird. Grundsätzlich besteht die Gefahr einer Kapselfibrose (Ausbildung einer harten bindegewebigen Kapsel).

Frau Michaelis bemerkte bereits drei Monate nach der Implantation eine Verhärtung ihrer Brust, die zunehmend schmerzte. In der Folge bildete sich ein Serom (Flüssigkeitsansammlung) und die Brust schwoll auf den doppelten Umfang an, so dass Frau Michaelis Angst entwickelte, die Brust könne platzen. Erst als die Brust steinhart war und eine dunkelblaue Farbe annahm - die Schmerzen kaum noch auszuhalten waren - entschlossen sich die Ärzte, die Kapsel und das Implantat (nach sieben Monaten) aus der Brust zu entfernen, wobei gleichzeitig ein neues Silikonimplantat eingelegt wurde. Ich hatte ihr zuvor mehrfach die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung empfohlen, weil ich sehr beunruhigt war. Sie war dem aber nicht gefolgt, weil sie ihrem Operateur vertraute und diesen nicht kränken wollte. Bereits vier Wochen später schwoll die Brust erneut an und schmerzte. Frau Michaelis war verzweifelt. Das Silikonkissen musste endgültig entfernt werden. Es dauerte zwei Monate, bis die Narbe sich schloss. Sie sagte: „Ich kann noch gar nicht begreifen, wie das gehen soll, die nächsten 40 Jahre ohne Brust zu leben; es geht um meine Weiblichkeit“. Gleichzeitig sprach sie von ihrer Angst, dass ihr nicht mehr viele Jahre bleiben könnten. Der Operateur schlug ihr einen Brustaufbau mit Hilfe ihres Rückenmuskels vor. Sie konnte sich dazu nicht durch ringen, weil sie sich nicht vorstellen konnte, „sich ihren gesunden Rücken kaputt operieren zu lassen“.

Analyse des psychosozialen Umfeldes: Reaktionen des sozialen Umfeldes

Die Analyse des sozialen Umfeldes ist ein wichtiger Bestandteil psychoonkologischer Arbeit: Wie verbindlich und belastbar ist die Paarbeziehung? Gibt es familiäre Bindungen und Freunde, die als potentielle Unterstützer heran gezogen werden können?

In der probatorischen Phase der Psychotherapie bitte ich die Patienten, einen anamnestischen Fragebogen auszufüllen, der mir beim Aufspüren ihrer Ressourcen hilft. Die Frage nach der Beziehung zu Eltern und Geschwistern kann auch Probleme an den Tag bringen, die im Verlauf der psychoonkologischen Therapie bearbeitet werden sollten (siehe Lebensthemen bearbeiten).

Als Herr Brandt und seine Ehefrau über die Existenz von Knochen- und Lebermetastasen (bei unbekanntem Primärtumors) informiert wurden, brach seine Frau zusammen. Das Paar hatte vier Kinder, von denen drei (20, 9 und 3) im Haushalt lebten. Der 20-Jährige Sohn hatte seine Kochlehre abgebrochen als er von der Erkrankung seines Vaters erfuhr. Er gab vor, sich um die jüngeren Geschwister kümmern zu wollen. Frau Brandt verweigerte sich nicht dagegen, reagierte in jeder Hinsicht ängstlich und suchte Halt beim Sohn. Herr Brandt war wütend auf seinen Sohn, dem er unterstellte, sowieso keine Lust mehr auf die Lehre gehabt zu haben. Er stritt mit dem Sohn und vertiefte damit den Graben zu seiner Frau. Ich appellierte an ihn, einen inneren Abstand zum Sohn einzunehmen, damit seine Frau sich selbst ein Bild von dessen Absichten machen konnte.

Frau Brandt verbot ihrem Mann, Angeln zu gehen, weil sie Angst hatte, ihm könne in der Einsamkeit etwas passieren. Sie verweigerte ihm, mit dem 3-Jährigen Sohn auf den Spielplatz

zu gehen, weil sie fürchtete, er könne ihm nicht mehr folgen, wenn er weg laufen würde. Herr Brandt fühlte sich seiner Rollen enthoben und reagierte zunehmend aggressiver. Die Ehe des Paares hatte eine schwere Schiefelage und Herr Brandt war sich dessen bewusst. Als seine Frau allein mit den drei Kindern an die Ostsee fuhr, weinte er bitterlich. Er sagte: „Ich bin ein Familienmensch. Ich könnte alleine nicht leben“.

Ich bot Herrn Brandt an, seine Frau zu einem Therapiegespräch mitzubringen. Vor mir saß ein Ehepaar, das sich nichts zu sagen hatte, das sich nicht ansah. Herr Brandt berichtete, dass er sich inzwischen in ein kleines Zimmer der 3-Raum-Wohnung zurück gezogen habe, weil er den „Streit um Kleinigkeiten“ leid sei. Seine Frau wünschte sich Normalität im Familienalltag und äußerte ihr Gefühl, dass er eifersüchtig auf ihr normales (Arbeits-)Leben sei. Beide waren offensichtlich voneinander enttäuscht. Je mehr Vorwürfe sie formulierte, desto aggressiver wirkte Herr B. im Ausdruck und desto mehr verstummte er. Ich bat die Ehefrau, ihren Mann anzusehen, was ihr schwer fiel. Sie sagte: „Ich fände es gut, wenn wir uns eine Weile räumlich trennen würden“. Herr Brandt merkte an, seinen Bruder besuchen zu können. Frau Brandt beschrieb sich im weiteren Gesprächsverlauf als „zupackend“ und räumte ein, ihren Mann nach der Diagnoseeröffnung „ungut bevormundet“ zu haben. Ich appellierte an sie, ihren Mann nicht auf seine Krankheit zu reduzieren.

In der folgenden Sitzung konfrontierte ich Herrn Brandt behutsam mit meiner Beobachtung, dass er im Gespräch verstummt sei, sich sein Gesicht aber vor Wut verzerrt habe. Er sagte: „Meine Frau war schon immer sehr dominant. Ich habe ihr nichts entgegen zu setzen gewusst, habe geschwiegen und bin alle halbe Jahr geplatzt“. Ihm war nicht bewusst gewesen, dass seine Wut ihm derart deutlich ins Gesicht geschrieben stand. Wir übten mit einem leeren Stuhl auf den er seine Frau projizierte, ihr zu sagen, wie wichtig ihm die Familie, aber auch ein Stück Autonomie sei. Einige Zeit später, sah ich Herrn Brandt schwer beladen mit Angelgerät auf seinem Fahrrad in männlicher Begleitung. Wie sich im nächsten Gespräch heraus stellte, hatte er den Kontakt zu seinem Bruder wieder aufgenommen. Dieser hatte seine Angeleinladung - trotz jahrelangen Kontaktabbruchs - kommentarlos angenommen.

Die wohl gemeinten Ratschläge von Angehörigen und Freunden: „Überfordere dich nicht, schon dich, pflege dich, gönne dir etwas“ werden von Krebsbetroffenen häufig als „nervend“ erlebt. Sie können auch Ärger und Wut erzeugen, weil sie darin den Vorwurf erleben, in der Vergangenheit nicht genug für die eigene Gesundheit getan zu haben. Die damit verbundenen Schuldgefühle sind nicht förderlich und können in Antriebslosigkeit und depressive Stimmung führen.

Netzwerkförderung: Beratungsstellen (Gruppenangebote) und Selbsthilfegruppen

Einige Patienten haben nur ein rudimentäres soziales Umfeld: die Kinder wohnen weit entfernt, die beruflichen Kontakte sind abgebrochen. Dann gilt es, ein neues Netzwerk zu knüpfen. Krebsgesellschaften bieten Informationen und in Brandenburg auch vielfältige Gruppenangebote.

Alternative Therapiemöglichkeiten

Krebspatienten wenden sich erfahrungsgemäß im Laufe ihrer Krebserkrankung an Mediziner, die Naturheilverfahren vertreten, oder an Heilpraktiker. Misteltherapien stehen hoch im Kurs.

Immer wieder erlebe ich Krebspatienten, die sich auf der Suche nach alternativer Ernährung (sogenannte „Krebsdiäten“) und alternativer Therapie in destruktive Abhängigkeiten begeben, die der eigenen Selbstbestimmung und der empfundenen Lebensqualität kontraproduktiv gegenüber stehen.

Hier gilt es, korrigierend einzugreifen; das heißt nicht, von etwas grundsätzlich abzuraten, sondern es kritisch zu hinterfragen und Hilfestellung zu geben, einen eigenen Weg zu finden, das persönliche Wohlbefinden zu verbessern (siehe auch „Anwalt sein“).

Frau Michaelis wollte unbedingt etwas tun, um ihre Chance auf ein Überleben zu erhöhen. Sie suchte eine Heilpraktikerin auf, die ihr eine Bioresonanztherapie und hoch dosiertes Selen empfahl. Nach der Diagnose einer Weichteilmetastase brach Frau Michaelis die empfohlene Strahlentherapie ihrer Brust nach vier Sitzungen ab, weil sie keine „schädliche Therapie“ mehr wollte. Sie hatte in einem Buch mit dem Titel „Krebs verstehen und natürlich heilen“ von einem Amerikaner gelesen, der seine infauste Nierenkrebserkrankung mit Aprikosekernen (Vitamin B 17) geheilt hatte.

Ich war in höchstem Maße alarmiert und bat sie dringend, diese Therapie mit ihren anthroposophischen Ärzten zu besprechen. Trotz meiner Bedenken einer Gesundheitsschädigung (35 Aprikosenkerne täglich) und meiner Warnung vor Missbrauch (hohe Kosten) war sie von ihrem „neuen Weg“ überzeugt.

Manchmal suchen Patienten mit fortschreitenden Krebserkrankungen ganz bewusst eine Perspektive in alternativen Behandlungsmethoden, v.a. wenn die Schulmedizin keine konsensfähige Therapie anbieten, die Ärzte eher verhalten agieren und Optimismus nicht mehr spürbar ist.

Frau Barn (Metastasierter Brustkrebs) nahm Kontakt zu einer Schweizer Klinik für Naturheilmedizin auf. Als Apothekerin nahm sie Substanzen ein, um ihre Abwehrkräfte zu erhöhen. Als man ihr am Telefon erklärte, dass sie von dem, was man ihr anbieten könne, vieles bereits tue, war sie erst ernüchtert, dann verzweifelt. Einige Wochen später entschied sie sich dennoch zu einem Aufenthalt in der Schweizer Klinik. Sie sagte: „Ich werde dort eine Menge Geld hintragen“. Sie wurde von ihrem Mann und ihren Töchtern begleitet. Bei der Rückkehr sagte sie, die Familienauszeit habe der Familie gut getan: „Mein Mann und ich sind uns wieder näher gekommen“. In den Jahren vor ihrer Diagnose sei vieles dem Beruflichen und Organisatorischen untergeordnet worden.

Vielfach werden alternative Therapien von Angehörigen und Freunden an die Betroffenen heran getragen. Dieses Bestreben dient häufig der Abwehr von Ohnmacht und Hilflosigkeit und ist nicht unbedingt hilfreich für die Betroffenen. Nichtsdestotrotz haben diese den Wunsch, gerettet zu werden. Frau Christiansen sagte: „Ich würde mir einen alten, gestandenen Heiler wünschen, der mich an die Hand nimmt“.

Gesundheitsförderung: Was kann ich tun, um gesund zu bleiben? Wie kann ich meinen kranken Körper unterstützen, sich zu regenerieren?

Im Zusammenhang mit Schuldgefühlen der Krebsbetroffenen ist die Auseinandersetzung mit eigenen subjektiven Theorien zur Krebsentstehung wichtig. Das Statement eines psychoonkologischen Therapeuten, dass es keine Krebspersönlichkeit gibt, die „ihren Krebs selbst verursacht“ hat, kann entlastend wirken und den Horizont wieder öffnen für eine konstruktive Auseinandersetzung, im Sinne: wenn ich nun krebskrank bin, was kann ich tun, um das Gesamtklima meines Lebens so zu verändern, dass der Körper dem Wachstumsgeschehen etwas entgegen setzen kann.

Das kann vieles sein: ein besseres Verhältnis von Anspannung und Entspannung, mehr Selbstbestimmung durch Umsetzung eigener Bedürfnisse, eine gute Ernährung, mehr Lebensfreude, sich Wünsche zu erfüllen, Konflikte bearbeiten und einiges mehr. Das Bedürfnis - neben der schulmedizinischen Behandlung - etwas zur Gesundheit beitragen zu wollen, ist im Grunde etwas Gutes, weil es das Gefühl fördert, nicht ausgeliefert zu sein, einen eigenen Beitrag zur Gesundheit oder Verbesserung der körperlichen und psychischen Situation beitragen zu können.

Beim Thema Gesundheitsförderung gilt es, Ideen zu entwickeln oder an verschüttete oder versandete Erfahrungen anzuknüpfen. Die Fragen können lauten: „Was hat Ihnen früher gut getan? Was können Sie sich vorstellen, was Ihnen heute gut tun könnte?“. Der Fundus, der sich dadurch auftun kann, ist oft erstaunlich: Frau Christiansen trat einem Chor bei und erlebte in dem musikalischen Zusammensein höchste Momente des Glücks. Sie erlernte Yoga und fand tiefe Entspannung. Sie sagte: „Manches Mal habe ich das Gefühl, einfach los lassen zu können, mich in ein Schicksal zu fügen“, ein Gefühl, das sie überraschte und auch ein wenig befremdete - angesichts ihres tiefen Gefühls „immer alles kontrollieren zu müssen“.

Einige Patienten kommen in Bewegung und realisieren, dass das auch ihrer Psyche gut tut, zum Beispiel Laufen oder Walken gegen die Angst.

Nachsorge

Offiziell spricht man von Nachsorge nach dem Ende einer Therapie. Bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen spreche ich lieber von „symptomfreier Zeiten“: eine Zeit der „Hoffnung und der Angst“: Hoffnung auf Überleben, Angst vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung. Ich habe diesem Thema 1994 ein ganzes Buch gewidmet (Schlömer-Doll und Doll, „Zeit der Hoffnung- Zeit der Angst“, Springer-Verlag, Wien - New York).

In der symptomfreien oder -armen Zeit geht es häufig um die Umsetzung der „guten Vorsätze“, die von den Patienten in der Therapiephase formuliert wurden. Der Therapeut dient dann als „Gedächtnis“, erinnert, fragt nach, hilft bei der Umsetzung von Entscheidungen und Plänen. Es gilt auch, den Patienten behutsam damit zu konfrontieren, wenn er in alte - zwischenzeitlich überwundene - „Raubbau“-Strukturen zurück zu rutschen droht.

Durch die erlebte Kraftreduktion („fatigue“) aufgrund invasiver (oft lang anhaltender) Krebsbehandlungen (Anti-Hormontherapie, Immunologische Therapien) geht es auch verstärkt um den Umgang mit den eigenen Grenzen. Patienten klagen immer wieder über erhebliche Konzentrationsstörungen und Einschränkungen der Merkfähigkeit nach Chemotherapie.

Frau Michaelsen hatte auch während ihrer Chemotherapie als Mediengestalterin arbeiten müssen, weil ihr Ehemann sie, nachdem sie ihn verlassen hatte, nicht unterstützte. Kurz nach dem Ende der Chemotherapie erhielt sie einen sehr attraktiven Auftrag eines Nutzfahrzeugherstellers. Es ging darum, eine Verkaufsausstellung zu bewerben. Die von ihr gestalteten Einladungen sollten an alle Kunden und an die Presse gehen. Sie arbeitete hart am Rande ihrer Kraft entlang. Eines Tages saß sie bleich und mit leeren Augen vor mir. Es hatte sich herausgestellt, dass 2000 Einladungen mit einem falschen Datum an die Kunden verschickt worden waren. Sie hatte ihre Konzentrationsschwäche unterschätzt und war am Boden zerstört.

Es kommt auch vor, dass Patienten erst nach dem Ende einer Krebsbehandlung Kontakt zum Psychotherapeuten aufnehmen, weil die Verdrängung weicht und das Gefühl der Unsicherheit, das durch die regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen untermauert wird, quälend wird. „Nachsorge“ impliziert immer auch die Möglichkeit des Fortschreitens der Krebserkrankung.

„Lebensthemen“ bearbeiten

In der Phase nach der Krebstherapie bzw. in den Therapiepausen entsteht Raum, Lebensthemen zu bearbeiten, die während der Therapiebegleitung zu Tage traten, beispielsweise die Auseinandersetzung mit einem zunehmend ungesunden Ehrgeiz, der zu Überforderung und Selbstausbeutung führte.

Frau Christiansen beschrieb ihre Mutter (Stewardess beim Bodenpersonal) als „extrem ehrgeizig“. Die Mutter habe Chemie studieren wollen, was deren Eltern ihr aber verweigerten, weil sie als Frau „sowieso heiraten und eine Familie gründen werde“.

Die Mutter von Frau C. stachelte ihre Tochter früh an, ihr Liebe durch Leistung zu beweisen. Nicht-Können und Nicht-Wollen wurde nicht akzeptiert. Die berufliche Identität wurde über den Wunsch nach einer Familie gestellt. Die Mutter habe ihr ständig „eingesperrt“: „Lasse dich nicht klein machen, nicht entwerten; mache dich nicht abhängig, vergeude deine Fähigkeiten nicht“. In ihrer 20-jährigen Beziehung hatte Frau C. acht Jahre aus beruflichen Gründen getrennt von ihrem Partner gelebt.

Frau C. studierte Medizin, arbeitete als Ärztin, bekam ihren ersten Sohn, während ihr Mann in einer anderen Stadt arbeitete. Sie reagierte mit Bandscheibenvorfällen auf diese chronische Überlastung, ließ „sich spritzen“ und begann ein Studium der Gesundheitswissenschaften. Nach dem Studium trat sie eine befristete Anstellung in einem Institut an, wo sie auch Auslandsreisen absolvieren musste.

Die therapeutische Auseinandersetzung mit dem Ursprung ihres Ehrgeizes, der sie mehr und mehr ausgehöhlt hatte, führte zu der Erkenntnis: „Meine unerfüllte Mutter hat durch mich gelebt; ich lebe das Leben, das meine Mutter sich vorgestellt hat“.

In der Folge gelang es ihr, ab und zu „los zu lassen“. Sie ging schon während der Chemotherapie stundenweise wieder zur Arbeit, weil sie sich auf eine unbefristete Leitungsposition beworben hatte und unbedingt „die Absicherung“ wollte, die sie auch bekam. Danach erlaubte sie sich „Auszeiten“, blieb zuhause, wenn es ihr nicht gut ging. Sie erlaubte sich, ihren 3-jährigen Sohn zu Fuß durch den Park zum Kindergarten zu bringen und sie begleitete an einem Vormittag ihren 10-jährigen Sohn stolz in die Oper, wo er eine Rolle als Chorknabe inne hatte. Manchmal zelebrierte sie ihre neue Rolle als „Vorstadt-Dame“ und wir lachten gemeinsam über ihre Schilderungen, wie sie „nichts anderes tat“ als auf dem Wochenmarkt einzukaufen, die Familie zu bekochen, das Haus zu schmücken oder Freundinnen zu besuchen. Sie fühlte dennoch immer wieder große Trauer, „nicht mehr voll mitmischen“ zu dürfen, aber sie entdeckte auch verstärkt die andere mögliche Seite ihres Lebens. Sie sagte: „Früher habe ich gedacht, ich könnte mein So-Sein nur durch Konzentration und Kontrolle in funktionierende Bahnen lenken. Heute erlaube ich mir, herum zu tändeln und Chauffeuse für meine Söhne zu spielen“.

Frau Barn beschrieb sich als „Vollblutmutter“. Sie hatte die zwei mal zwei Jahre Erziehungszeit mit ihren Töchtern sehr genossen und hätte gern noch ein drittes Kind gehabt, womit ihr Ehemann aber nicht einverstanden gewesen war: „Er wollte mich wieder als Frau, nicht nur als Mutter, was mich sehr gekränkt hat“. Die Halbtagsarbeit als Apothekerin habe sie als „stressig und unbefriedigend“ erlebt“. Sie beschrieb ihre negative Lebenseinstellung als „Miesmuschel“, ihr Gefühl, „ein Leben lang um etwas gekämpft zu haben: um den Beruf, den Mann, das Haus“. Diese destruktive Lebenseinstellung hätte einer intensiven psychotherapeutischen Aufarbeitung bedurft. Bei 15 Terminen in zwölf Monaten - in denen in jedem zweiten Monat neue Befunde zu verkraften sind - ist das natürlich nur eingeschränkt möglich.

Bei Herrn Brandt hatte das Ausfüllen des anamnestischen Fragebogens ein Lebensthema an den Tag gespült. Er war sieben Jahre alt gewesen als sein Vater (Modellbauer) eine 21-jährige schwängerte und die Mutter aus dem Haus warf. Der ältere Bruder (+ 11) zog zu den Großeltern väterlicherseits, die im gleichen Haus lebten wie der Vater. Er musste mit der Mutter gehen und sich um den 2-jährigen Bruder kümmern, der ihm zunehmend zur Last geworden sei. Die Mutter habe ihm den Kontakt zum Vater verboten, der aber auch kein Interesse an ihm gezeigt habe. Gegenüber der Mutter sei er mehr und mehr in die Rolle des Partners gerutscht. In der Schule habe man ihn deshalb als „Muttersöhnchen“ gehänselt und

als Außenseiter abgestempelt. Als man ihm eine Lehre mit Internatsunterbringung angeboten habe, habe er sofort zugegriffen: „Ich wollte eigentlich immer nur weg“. 1988 habe er seine Frau kennen gelernt und sie hätten eine Familie gegründet. Sie seien 1989 über Prag in den Westen geflohen. Er sagte: „Im Westen war für mich ein Neubeginn möglich“. Seine Mutter habe ihm die Flucht nie verziehen; auch mit seinem jüngeren Bruder habe er sich dadurch überworfen. Als seine Frau mit dem zweiten Kind schwanger gewesen sei, habe sie Heimweh nach ihrer Familie entwickelt und ihn überredet, in den Osten zurück zu kehren. Er ließ sich darauf ein, weil er Angst hatte, seine Familie zu verlieren. Aus seiner heutigen Sicht sei dies „ein schwerer Fehler“ gewesen.

Frau Michaelis hatte nach dem Abitur ein Musikstudium aufgenommen und Posaune studiert. Im Studium verliebte sie sich in einen Kommilitonen. Er war depressiv und „ritzte sich“, sprach häufig davon, sich das Leben nehmen zu wollen. Sie tat alles, um ihn im Leben zu halten. Im fünften Monat ihrer Beziehung erhängte er sich. Kurz darauf habe sie ihre Schwangerschaft realisiert. Ihre Mutter riet ihr zu einer Abtreibung - undenkbar für Frau Michaelis. Als die Mutter an sie appellierte, das Kind zur Adoption frei zu geben, kam es zu einer heftigen Auseinandersetzung, in deren Verlauf sie erfuhr, dass sie selbst von ihren Eltern adoptiert worden war. Sie sagte: „Einerseits war ich geschockt, andererseits erleichtert, weil ich mir nun meine Andersartigkeit erklären konnte“. Sie hatte sich in ihrer Familie immer sehr fremd gefühlt. Ihre Adoptivmutter habe sie ständig verändern wollen. Schließlich habe sie sich gefügt, um Streit zu vermeiden. Zum Zwillingbruder hatte sie eine tiefe Beziehung. Sie machte sich auf die Suche nach ihren leiblichen Eltern und fand den Vater, dessen Name auf einer Urkunde stand. Dieser erzählte ihr am Telefon von der Trennung der Eltern während der Schwangerschaft und dass sie eine ältere leibliche Schwester habe. Eine persönliche Kontaktaufnahme zu seiner Tochter lehnte der leibliche Vater ab. Die erlebte Kränkung nahm ihr jeglichen Mut, nach ihrer leiblichen Mutter und Schwester zu suchen.

Sie konzentrierte sich auf ihre eigene Tochter und versuchte, ihr eine heile Familie zu schaffen, indem sie sich auf einen Freund einließ, den sie nicht liebte, der ihr aber sehr verlässlich erschien. Erst später erkannte sie seine depressiven Strukturen. Er konnte keine Entscheidungen fällen, hatte ständig Angst, sich zu blamieren, regelte nichts. Sie stellte ihre eigenen Bedürfnisse zurück, wurde zum Motor der Familie, holte „die Kastanien aus dem Feuer“. Sie wurde erneut schwanger und wendete ihre ganze Kraft auf, die Familie um jeden Preis zu erhalten. Erst die Krebsdiagnose konfrontierte sie nach 20 Jahren mit ihrem „ungelebten Leben“. Sie verließ ihren Mann, der aus allen Wolken fiel, und zog zu einer Freundin. Wenige Wochen später suchte sie psychotherapeutische Hilfe in der Bewältigung ihrer Krebsdiagnose und ihrer Trennung. Ihre Konfliktunfähigkeit war beeindruckend, mit Enttäuschungen ging sie äußerst verdrängend und rationalisierend um. Im Laufe des therapeutischen Prozesses kam ihre „verschüttete Wut“ zutage. Sie sagte: „Ich habe meine Wut immer nur gegen mich selbst gewendet (und wurde tief traurig). Als Krönung habe ich das Ganze noch rational verpackt, indem ich mir sagte: „Ich will meine Energie nicht an Ärger verschwenden“. Damit war mein Rückzug perfekt“.

Das Leben von Frau Michaelis war geprägt von ihrem Gefühl, „nicht zu genügen, nicht gut genug zu sein“. Als Musikerin war es ihr nicht gelungen, Karriere zu machen - weil sie ihren Töchtern die oberste Priorität eingeräumt hatte. Als Mediengestalterin hatte sie sich nur knapp über Wasser halten können. Im Internet war sie enorm vernetzt und ging auch mit ihrer Krebsdiagnose sehr offen um. Zehn Monate nach ihrer Krebsdiagnose erhielt sie einen Link von einem Unbekannten. Dieser Link beschrieb ein Laien-Projekt der Berliner Philharmoniker unter Leitung von Sir Simon Rattle. Sie war von der Vorstellung elektrisiert, sich dort als Posaunistin zu beteiligen, brach jedoch kurze Zeit später wieder ein. Sie sagte: „Die haben gerade auf mich gewartet?“ Ich machte ihr Mut, sich zu bewerben, da sie als studierte Posaunistin mit Herzblut doch sicher mit anderen Bewerbern mithalten könne. Sie

erzählte mir erst von ihrer Bewerbung als sie eine Einladung zu einem Gespräch bekommen hatte. Sie wurde unter 600 Bewerbern ausgewählt und in das Laien-Orchester aufgenommen. Sie entschied sich für die zweite Posaune, weil ihr - nach der Chemotherapie - die erste noch zu anstrengend war. Sie fühle sich „geadelt“. Das Üben und das gemeinsame Proben mit Sir Simon Rattle beflügelten sie. Das erfolgreiche Konzert zu Pfingsten in der Berliner Philharmonie begeisterte sie über alle Maßen und gab ihrem Selbstbewusstsein positive Impulse.

Schärfung des Blicks für Wesentliches

Sinnvoll in der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebsbetroffenen ist die Schärfung des Blicks für Wesentliches.

Angesichts des nachvollziehbaren Bestrebens von Frau Christiansen, ihre berufliche Existenz (befristeter Vertrag) und die ökonomische Absicherung durch eine feste Anstellung anzustreben, erlaubte ich mir die Frage, woran sich ihre Söhne später erinnern sollten. Dies geschah in einer Situation, in der sie von sich aus über ihr mögliches Sterben gesprochen hatte. Sie wünschte sich, viel Zeit miteinander, möglichst unbeschwerte gemeinsame Reisen und begann dies mit entsprechenden Planungen in die Tat umzusetzen.

Lebensbilanzierung und Perspektivische Entwicklungshilfe

Manchmal haben Patienten ein Bedürfnis nach einer konkreten Lebensbilanzierung, um daraus Perspektiven für eine „bessere Zukunft“ entwickeln zu können - auch als Rezidivprophylaxe.

Frau Barn war fünf Jahre vor ihrer fortgeschrittenen Brustkrebserkrankung an einem Schilddrüsen-Karzinom erkrankt, operiert und mit einer Radio-Jod-Therapie behandelt worden.

Im psychotherapeutischen Erstgespräch machte sie sich Vorwürfe, die Krebserkrankung nicht zum Anlass genommen zu haben, „über ihr Leben nach zu denken“. Sie sagte: „Ich frage mich, was in meinem Leben falsch gelaufen ist. Ich habe viel unter Angst gelitten und fühlte mich oft am Rande der Erschöpfung, obwohl andere höhere Belastungen hatten als ich. Ich war schon immer eine Miesmuschel, durchforste immer erst die negativen Seiten der Dinge“.

Als Konsequenz der Rückschau auf das bisher gelebte Leben tauchen immer wieder Wünsche auf. Als gläubige Katholikin sagte Frau Barn: „Ich wollte immer einmal nach Rom“ und ich wollte schon lange mit meiner Tochter einen Nähkurs machen“. Ich unterstützte sie darin, beides in die Tat umzusetzen. Vor allem Reisen zu planen, ist für Krebsbetroffene Menschen schwierig, weil die Unsicherheit über den Krankheitsverlauf mitläuft. Aber auch magische destruktive Gedanken kommen vor: „Wenn ich so überheblich bin, eine Reise in vier Monaten zu planen, kommt bestimmt der Krebs dazwischen“. Wichtig ist, solche selbst beschneidenden Gedanken zu thematisieren und nach den persönlichen Ursachen zu forschen.

Die Diagnose von Metastasen und Rezidiven

Die Diagnose einer fortgeschrittenen Krebserkrankung ist ein Schock. Die Diagnose von Metastasen oder eines Rezidivs nach einer Krebstherapie mit kurativem Ansatz ist ein Desaster. Die Patienten reagieren mit einem emotionalen Gefühlschaos zwischen Panikattacken, Lähmung, tiefer Traurigkeit und Erschöpfung. Die ganze erlittene Qual von zurück liegenden Therapien erscheint ihnen „umsonst“. Häufig sind auch die familiären Unterstützer nur noch ratlos und traurig. Der Therapeut ist dann der „Fels in der Brandung“. Es gilt Angst, Wut, Enttäuschung und Verzweiflung aushalten.

13 Monate nach ihrer Diagnose Brustkrebs sagte Frau Michaelis ihre Therapiesitzung kurzfristig ab. Im Rahmen einer Nachsorgeuntersuchung war ein suspekter Befund „zwischen

den Rippen“ entdeckt worden und sie befand sich zwecks MR und einer geplanten Stanzbiopsie im Krankenhaus. Am nächsten Tag rief sie mich an. Sie sagte mit tonloser Stimme: „Der Tumor ist zurück gekommen“. Der Befund entpuppte sich als fünf Zentimeter große Weichteilmetastase. Diese sollte mitsamt zwei Rippen und eines Stücks des Brustbeins operativ entfernt werden, was ihr erhebliche Angst machte, auch weil sie Auswirkungen auf das Spielen ihrer Posaune befürchtete. Ihre Freunde standen ihr bei. Das Staging hatte keine weiteren Metastasen ergeben. Sie holte eine Zweitmeinung in einem anthroposophischen Krankenhaus ein, wo sie sich nach ihrer Erstdiagnose einer Misteltherapie unterzogen hatte. Dort empfahl man ihr erneut Chemotherapie. Sie entschied sich dagegen, weil die erste den Tumor „nicht hatte aufhalten“ können. Sie entschied sich für eine Operation und danach für eine Intensivierung der Misteltherapie. Nach der Operation begann sie schweren Herzens mit einer dringend empfohlenen Strahlentherapie, weil sie als Posaunistin negative Auswirkungen auf ihr Lungengewebe fürchtete. Die Strahlentherapie machte sie „unendlich müde und dünnhäufig“. Sie schlief schlecht und litt unter Albträumen. Nach der vierten Strahlentherapie brach sie die Therapie ab. Sie sagte: „Ich will keine schädliche Therapie mehr. Ich will nichts mehr mit mir machen lassen“. Nach ihrer Wiedererkrankung gab sie ihr Gewerbe als Mediengestalterin und ihre Wohnung auf und zog zu einer Freundin in deren Haus, um sich zukünftig ganz ihrer Gesundheit widmen zu können. Ihre 19-Jährige Tochter hatte ihr Abitur bestanden und zog in eine Wohngemeinschaft.

Frau Christiansen erlebte die Diagnose einer Hirnmetastase „als größeren Angriff“ als die Erstdiagnose (Brustkrebs mit Lungenmikrometastasen). Sie entwickelte Schmerzen und Missempfinden in den Beinen und große Angst vor dem „endgültigen Kontrollverlust“. Gegenüber ihrer Krebserkrankung fühlte sie sich „demütig und kämpferisch zugleich“: „Ich habe gelernt, mich in Dinge zu fügen, die ich nicht ändern kann“.

In der Situation einer fortschreitenden Krebserkrankung drehen sich die Gedanken häufig um die Menschen, die man liebt und die zurück bleiben müssen. Wenn es sich um die eigenen Kinder handelt, ist dies besonders schmerzhaft. Bei der verzweifelten Frage: „Wie soll das gehen, wenn ich nicht mehr da bin?“ können Rückblicke helfen.

Frau Christiansen musste in den Jahren vor ihrer Diagnose berufsbedingt Auslandsreisen unternehmen. Ich fragte sie, wie ihre Männer (Ehemann und zwei Söhne) dies bewältigt hätten. Sie beschrieb die Unterstützung durch eine Haushaltshilfe und Freunde sowie das „Chaos“ im häuslichen Umfeld. Sie erkannte im Verlauf des Gesprächs allerdings, dass „nichts aus dem Ruder gelaufen“ war. Alles sei anders, wenn sie nicht präsent war, aber ihr Ehemann war der Situation ohne Zweifel gewachsen. Sie resümierte: „Es wird auch ohne mich weiter gehen, anders zwar, aber letztendlich akzeptabel“. Diese therapeutische Sitzung war von Humor getragen, weil sie ihre „überzogenen“ Ansprüche inzwischen kritisch reflektieren konnte.

Ihr Ehemann arbeitete als Arzt im Krankenhaus. Im Jahr nach ihrer fortgeschrittenen Krebsdiagnose hatte er sich um eine Niederlassung als Internist in einer Gemeinschaftspraxis bemüht und diese auch erhalten. Die Niederlassung ermöglichte ihm eine flexiblere Gestaltung seiner Berufstätigkeit - vor allem die persönliche Einflussnahme auf Dienste - und somit eine größere Planbarkeit seines Familienlebens.

Therapiebewältigung bei fortschreitender Krebserkrankung

Krebstherapien werden von Krebsbetroffenen mit fortschreitender Krebserkrankung häufig als größere Einschränkung empfunden als von Patienten mit kurativem Ansatz.

Therapieentscheidungen bei fortschreitenden Krebserkrankungen

Bei fortschreitenden Krebserkrankungen erleben die Patienten, dass sie häufiger in Therapieentscheidungen mit einbezogen werden.

Frau Barn erhielt nach einer Stanzbiopsie die Diagnose eines gutartigen Brusttumors, Während der Operation stellte sich dieser als ein bösartiger Misch tumor dar, weshalb die Brust amputiert werden musste. Suspekte Lymphknoten waren nicht gefunden worden; „Zur Sicherheit“ habe man ihr sechs Zyklen Chemotherapie (TAC) empfohlen. Nach dem vierten Zyklus sei der Tumor schon wieder gewachsen und die Ärzte seien ratlos gewesen. Auch die Tumorkonferenz habe keinen Konsens hinsichtlich der weiteren Therapie gefunden. Nach der Diagnose von Lymphknoten- und Knochenmetastasen erschienen ihr die Ärzte wie paralysiert. Sie sagte: „Das Geeiere der Ärzte macht mir schwer zu schaffen. Es irritiert mich, dass keiner der Ärzte das Heft in der Hand hält. Ich fühle mich überfordert, Entscheidungen zu treffen. Jetzt habe ich wirklich Angst um mein Leben. Was soll ich bloß meinen Töchtern sagen“. Frau Barn fühlte sich als Apothekerin von den Ärzten häufig nicht in ihrer Patientenrolle gesehen. Dieses Schicksal teilen auch Mitglieder anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Immer wieder entsteht der Eindruck: je jünger und je kränker ein Mensch ist, desto härter wird um die Krebstherapie gerungen. Die empfohlenen Therapien können dann weit auseinander divergieren: während der eine Arzt für eine Operation plädiert, rät ein anderer davon ab. Der Patient ist gefordert, eine Entscheidung zu treffen, wobei er sich meistens restlos überfordert fühlt.

Andere Patienten werden mit ärztlichen Meinungen konfrontiert, die sie nicht akzeptieren und auch psychisch nicht aushalten können.

Nachdem die Chemotherapie nur eine teilweise Reduktion der Lungenmetastasen bewirkt hatte, plädierte der behandelnde Onkologe gegenüber Frau Christiansen dafür, auf die Entfernung des Brusttumors, der von 3 auf 1,2 cm geschrumpft war, zu verzichten, weil das „nichts ändern“ würde.

Frau C. sagte: „Ich war sauwütend, mein Mann zutiefst schockiert“. Sie wechselte das Krankenhaus und fand eine Chirurgin, die den Tumor entfernte. Weitere Chemotherapien wurden nicht angeboten, da laut Studienprotokoll kein weiterer therapeutischer Effekt zu erwarten war. Frau C. resümierte: „Jetzt muss ich wohl eine neue Lebensperspektive entwickeln“, um kurz danach verzweifelt zu proklamieren: „Ich will meinen Enkeln beim Spielen zusehen. Es steht mir zu!“

Als Therapeut ist man ein wichtiger Gesprächspartner für anstehende Therapieentscheidungen. Es gilt, Hintergrund und Boden für eine Kosten-Nutzen-Analyse zu sein, auf dem der Patient seine Entscheidung fällen kann. Ich versuche, den Patienten zu vermitteln, dass Entscheidungen nur im Prozess zu sehen sind und auch revidiert werden dürfen.

Der Onkologe von Frau Christiansen riet ihr von einer Strahlentherapie ihrer zweiten erkrankten Brust ab. Sie wollte nicht „auf das Rezidiv warten“, sagte: „Das käme einem Aufgeben gleich“ und kämpfte für die Behandlung. Als sie sich durchgesetzt hatte, konnte sie los lassen und verzichtete auf die Bestrahlung ihrer Brust.

Flexible Handhabung der Frequenz therapeutischer Sitzungen

Während der einwöchige Rhythmus in einer Psychotherapie - gleich ob es den Patienten gut oder weniger gut geht - sinnvoll ist, gestaltet sich dies in der psychoonkologischen Therapie anders. In Phasen relativer Ruhe kann ein 14-tägiger Rhythmus durchaus angemessen sein - auch um eine längere zeitliche Perspektive zu haben.

Das Bedürfnis von Patienten - trotz negativer Krankheitsentwicklung - eine therapeutische Pause einzulegen, der Wunsch, ein Stück „normales Leben“ leben zu wollen, selbst wenn dies in dem Augenblick unvorstellbar erscheint, sollte respektiert werden. Frau Christiansen

merkte an: „Ich hätte gern einmal Urlaub von meinen existentiellen Gefühlen und Gedanken“. Ein Krebsbetroffener Mensch hat das Recht auf Verdrängung des Unausweichlichen.

Frau Barn sagte: „Ich wünsche mir Sommerferien. Ich möchte mich erst wieder melden, wenn ich das CT gehabt habe“. Ich lege mir dann den Termin des CTs auf Wiedervorlage und erlaube mir, auch unaufgefordert anzurufen, wenn der Patient sich nicht von sich aus meldet. Die langjährige Erfahrung lässt mich diesen Schritt gehen. Wenn eine Beziehung entstanden ist, beinhaltet diese auch, das eigene Interesse zu bekunden und die Frage: „Wie war das Ergebnis, wie geht es ihnen?“ holt die Patienten unter Umständen aus ihrer Lähmung nach einem positivem Befund bzw. einem negativen Verlauf.

Die palliative Situation

Es kommt die Zeit, wo das Wort Heilung von Seiten der Ärzte nicht mehr fällt. Manchmal findet das auch bereits kurz nach der Diagnoseeröffnung statt.

Herr Brandt (44) hatte nach 28 Jahren Arbeit als Installateur starke Verschleißerscheinungen im Rücken und litt zunehmend unter Schmerzen. Das Arbeitsamt bot ihm eine Umschulung zum Steuerfachgehilfen an. Kurz vor Antritt der Umschulung wurden die Schmerzen unerträglich. Die Diagnostik ergab im Januar Knochen- und Lebermetastasen. Der Primärtumor, ein vermutetes Magenkarzinom, konnte nicht entdeckt werden. Auf die Frage nach seiner möglichen Überlebenszeit, antwortete der behandelnde Arzt: „Sie können ihre Papiere fertig machen“. Herr Brandt war völlig geschockt; seine Frau brach noch im Arztzimmer zusammen.

Bereits im August entwickelte Herr Brandt eine Aszites (Ansammlung von Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle). Der Bauchumfang verdoppelte sich und engte sein Lungenvolumen ein, so dass er regelmäßig im Krankenhaus punktiert werden musste.

Frau Brandt rief mich an, während ihr Mann im Krankenhaus lag. Sie hielt es zusammen mit ihrem siechenden, häufig benommen wirkenden Mann und den kleinen Kindern in der engen Wohnung nicht mehr aus. Das Ehepaar schlief auf einer Couch im Wohnzimmer und wenn die Kinder spielen wollten, musste ihr Mann in ein Kinderbett ausweichen. Als sie das Problem mit der behandelnden Ärztin im Krankenhaus ansprach, habe diese gefragt; ob sie ihren Mann los werden wolle. Trotz seiner zunehmend schlechten Verfassung und miserabler Leberwerte erhielt Herr Brandt weiter Chemotherapie und lag auf der Akutstation, obwohl das Krankenhaus über eine Palliativstation verfügte. Ich entschloss mich zu einem Besuch im Krankenhaus, um mir ein eigenes Bild zu machen. Er lag aufgedunsen in seinem Bett, unter dem Bett ein Beutel mit blutiger Flüssigkeit. Er erzählte, dass seine Frau „sauer“ auf ihn sei, weil er sich zuerst gegen und dann doch für eine weitere Chemotherapie entscheiden hatte. Er sagte: „Irgendwo dran muss ich mich doch klammern“.

Frau Barn fiel es mit fortschreitender Krebserkrankung schwer, ihre Erschöpfung anzunehmen. Sie sagte: „Zudem dröhnt der Appell meiner Familie, zu kämpfen, in meinen Ohren“. Normale Alltagsdinge - wie ein Einkauf - wurden für sie zu einer „logistischen Leistung“, weil sie die vorhandenen Kräfte zuvor genau „berechnen“ musste, um die geplanten Wege zu bewältigen.

Menschen, die zu Selbststrenge neigen, haben es in dieser Krankheitsphase besonders schwer. Wichtig ist, die Erbarmungslosigkeit sich sehr gegenüber zu hinterfragen und deutlich zu machen, dass Selbstbeschimpfungen wie „Mimose“ oder „Weichei“ noch nie zu etwas Besserem geführt haben.

In palliativer Situation bekommen alternative Behandlungsmethoden häufig noch einmal einen größeren Stellenwert. Frau Barn bemühte sich in einer anthroposophischen Klinik um

eine Hyperthermie-Behandlung, die drei Monate zuvor in einem Universitätskrankenhaus abgelehnt worden war.

Wenn es nicht mehr um Heilung geht, kann auch die Diagnostik einen anderen Stellenwert bekommen. Dann heißt die Frage möglicherweise: „Mache ich das PET-CT vor den Sommerferien oder versuche ich einen unbeschwerten Sommer mit den Kindern zu verbringen?“.

In der palliativen Lebenssituation gilt es, den Satz: „Ich schaffe das nicht (mehr) in „Ich brauche Unterstützung bzw. Hilfe“ umzuwandeln. Diese Zumutung erfordert Mut und Unterstützung durch den psychoonkologischen Therapeuten.

Die Angst vor dem Sterben

springt den Menschen an „wie der Kasper aus der Box“ (Christiansen) - ohne Vorwarnung auch in besonders schönen Momenten. Ein besonders inniger Moment mit den Kindern, ein Sonnenaufgang, der das Herz öffnet, zerrt den Schmerz hervor, dass diese Erlebnisse vielleicht bald nicht mehr gelebt werden können.

In der psychoonkologischen Begleitung ist ein wesentlicher Aspekt, Angst und psychischen Schmerz gemeinsam mit den Patienten auszuhalten: wenn eine diagnostische Untersuchung die Hoffnung auf Heilung zunichte macht; wenn eine Mutter kleine Kinder hat und die Vorstellung, diese zurück lassen zu müssen, sie nicht aufwachsen zu sehen, ihr das Herz zerreißt.

Wichtig ist aber auch die Korrektur, so sie denn den Umständen entspricht. Ein Satz wie: „Aber es geht heute nicht ums Sterben. Es geht darum, das aktuelle Leben zu gestalten und auch darum, für die Zukunft zu planen“.

Therapeutisch gehört die vertiefte Analyse des psychosozialen Umfeldes dazu. Es geht um eine gemeinsame Bestandsaufnahme und Recherche mit dem Patienten, welche Menschen, für den Partner und vor allem für die Kinder da sein können, wenn die Kräfte weniger werden. Dabei sollten die Patienten ihre Partner unbedingt mit einbeziehen.

Nachdem bei Frau Christiansen eine Kleinhirn-Metastase diagnostiziert worden war, entschloss sie sich, sich einer speziellen Strahlentherapie in einem 200 km entfernten Ort zu unterziehen. Freundinnen und ihre Schwester nahmen Urlaub, um sie dort hin zu fahren und /oder sich um ihre Söhne zu kümmern. Während sie diese Zeit durchaus genießen konnte, erlebte ihr Ehemann den „Onko-Tourismus“ - wie er zynisch bemerkte - als belastend - wohl auch, weil sie ihn nicht angemessen mit einbezogen hatte. Möglicherweise war er auch eifersüchtig, weil seine Frau eine große Nähe mit ihren Freunden lebte. Hier konnte sie auch ihr Sterben-Müssen beweinen; mit ihrem Mann war ihr das nicht möglich, weil sie Angst hatte, er könne kollabieren und nicht mehr für die Söhne da sein.

Hoffnung

Hoffnung und Angst sind Geschwister. Hoffnung dient der Angstabwehr und kann uns psychisch (wieder) stabilisieren.

Hoffnung auf ein Weiterleben stirbt häufig zuletzt. Manchmal besteht die Hoffnung auf einen Durchbruch in der Forschung, auf die Entwicklung neuer Medikamente „in drei oder vier Jahren“. Frau Christiansen sagte: „Mein Intellekt, mein medizinisches Fachwissen und meine Hoffnung duellieren sich. Ich versuche, mir die Hoffnung zu verbieten, doch sie drängt immer wieder durch alle Ritzen“.

Angesichts ihrer zunehmend sich verschlechternden körperlichen Situation suchte Frau Barn das Gespräch mit einer anthroposophischen Ärztin, die die Hyperthermie mit ihr durchgeführt hatte. Sie fragte sie, „ob sie noch etwas tun könne, um dem Ganzen noch eine positive

Wende“ zu geben. Sie erhielt die Antwort, sie solle „den negativen Verlauf der Krankheit akzeptieren und Frieden mit sich schließen“. Frau Barnke fühlte sich unangenehm „schulmeisterlich belehrt“.

Immer wieder ist eine „doppelte Buchführung“ zu beobachten: Gespräche über die Bedrohung des eigenen Lebens gehen dann nahtlos in die Entwicklung einer Zukunftsperspektive über, deren Umsetzung höchst unwahrscheinlich ist.

Frau Barn sprach in palliativer Situation davon, mit ihrem Mann (arbeitete als Apotheker in einem Krankenhaus) eine eigene Apotheke zu eröffnen, um mehr Zeit füreinander zu haben. Aus diesem Wunsch sprach möglicherweise ihr Erleben, dass Mann und Töchter nach Normalität im Alltag strebten während sie von Monat zu Monat spürte, dass ihre Kräfte weniger wurden - und ihr diese ersehnte Normalität verwehrt blieb.

Verdrängung ist ein seelischer Schutz über den selbst Patienten manchmal erstaunt sind. Über ihre Verdrängungsfähigkeiten sagte Frau Barn: „Manchmal frage ich mich, ob das Gelassenheit ist oder ein Tot-Stell-Reflex“.

Auseinandersetzung mit dem möglichen Sterben: Befürchtungen und Wünsche

Patienten leiten Gespräche über das eigene Sterben immer wieder mit eigenen Erlebnissen bei anderen Sterbefällen ein.

Frau Christiansen erzählte von einer niederländischen Freundin, zu deren Beerdigung sie gefahren war. Die Freundin litt seit Jahren an einer fortschreitenden unheilbaren Lähmung und hatte ihr Leben mit Hilfe einer Sterbehilfe beendet. Sie hatte sich nicht getraut, sich zu Lebzeiten von ihrer Freundin zu verabschieden, was sie nun bedauerte. Frau Christiansen war beeindruckt von der Individualität der Beerdigung, v.a. von den Ansprachen der Freunde. Sie bedauerte, ihre Eltern nicht „persönlicher“ verabschiedet zu haben. Wir sprachen über Beerdigungsrituale und dass auch sie in den Herzen ihrer Freunde weiter leben werde, wobei sie mit ihren Tränen kämpfte. Sie sagte: „Ich will unbedingt in meinen eigenen Kleidern ins Feuer“.

• Veränderungen der Rollen; Bedürfnis nach Schutz und Beistand

Nach der ärztlichen Eröffnung, dass ihre Lungenmetastasen wuchsen, sagte Frau Christiansen: „Es ist sehr belastend, die Angst in den Augen der Menschen auszuhalten. Ich möchte beschützt werden in diesem Schlamassel und ich möchte den Rest meines Lebens feiern - auch wenn das auf andere bizarr wirkt“.

Häufig wächst das Bedürfnis nach Schutz und Beistand in palliativer Situation. Patienten haben Probleme, dies bei ihren Partner einzufordern, wenn sie es in gesunden Zeiten nicht gelebt haben.

Einige Partner ziehen sich auch emotional zurück, weil sie die Angst vor dem Verlust in der Nähe nicht aushalten können. Wichtig ist, das nicht als Hartherzigkeit abzutun, sondern den Patienten für diese mögliche Sicht der Dinge die Augen zu öffnen und gemeinsam nach Möglichkeiten zu suchen, den Partner zu erreichen. Auch die Patienten können Nähe meiden. Frau Christiansen mied den körperlichen Kontakt zu ihrem Mann. Sie sagte: „Ich habe Angst, dass sexuelle Nähe das System der Pseudonormalität zum Kippen bringen könnte“.

Angesichts des Erlebens, dass der Radius kleiner wird, entwickeln Menschen Angst, ihre Rolle nicht mehr ausfüllen zu können und in der Folge nicht mehr geliebt oder zum Ballast zu werden.

Frau Christiansen fühlte sich nach der Bestrahlung ihrer Kleinhirn-Metastasen auf einem „10 %-Niveau“. Sie sagte: „Ich kann es schwer akzeptieren und es macht mich traurig. Viele

Freundinnen kümmern sich um mich. Manchmal wird es mir zuviel - auch weil ich nichts zurück geben kann“.

Frau Barn fühlte sich - ein halbes Jahr nach ihrer Krebsdiagnose und dem Auftreten von Metastasen - zusehends schwächer. Sie hatte Probleme, beim Fahrradfahren mit ihren Töchtern mitzuhalten, was sie sehr schmerzte. Ihr Mann übernahm Verrichtungen im Haushalt und hielt die Töchter zu mehr Selbständigkeit an. Frau Barnke fühlte sich ihrer Rolle als „Vollblutmutter“ beraubt und „überflüssig“. Es kam zu Spannungen zwischen den Eheleuten unter denen auch die Töchter litten.

Das Ehepaar versuchte, den Kindern unbelastete Zeiten außerhalb des Elternhauses zu ermöglichen. Erster Schritt war eine Freizeit auf einem Reiterhof. In der Folge gründete der Ehemann mit befreundeten Vätern eine Art Pfadfinderclub. Sie gingen mit ihren Kindern am Wochenende in die Natur, zelteten, saßen am Lagerfeuer, kochten ihr eigenes Essen. Die Töchter waren begeistert. Frau Barnke fühlte sich ausgeschlossen und gekränkt. Auch in gesunden Zeiten wäre das „nicht ihr Ding“ gewesen. Ich vermittelte ihr, dass ich ihren Mann verstehen könne und es auch begrüße, dass er für stundenweise Unbeschwertheit und eine Vertiefung von Beziehungen Sorge, machte aber gleichzeitig deutlich, dass ich ihren Schmerz über die Trennung und das Sich-Ausgegrenzt-fühlen nachvollziehen könne.

Loslassen

Es ist ein emotionaler Drahtseilakt, wenn es darum geht, eine klammernde Mutter dazu zu bewegen, ihre Kinder anderen zu überlassen oder Trennungen auszuhalten, damit Alternativen entwickelt werden können für die Zeit, wenn sie nicht mehr da ist.

Ich riet Frau Barn, in Abwesenheit ihrer Töchter, etwas für sich zu tun oder sich mit etwas zu befassen, was sie ihren Töchtern für die Zukunft gern mitgeben wolle. Sie entwickelte die Idee, je ein Album für die Töchter anzulegen mit Bildern und Erinnerungen.

Angesichts des Auftretens vielfältiger Metastasen innerhalb von nur einem Vierteljahr fragte Frau Barn mich, wann sie mit ihren Freunden und Kindern über die „Zeit danach“ (nach ihrem Tod) reden müsse. Ich machte ihr Mut, dass es sich „entwickeln“ werde. Ich sagte: „Im Augenblick zählt das Jetzt und die Zeit, die sie mit ihren Töchtern verbringen“.

Manchmal zeigt sich das Loslassen auch durch Aufräumaktionen. Frau Christiansen begann, ihr Arbeitszimmer nach der Diagnose ihrer Kleinhirn-Metastase zu reduzieren. Sie erinnerte sich, dass ihr Vater damit drei Monate vor seinem Tod begonnen hatte.

Die Veränderung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient

Mit der Akzeptanz der palliativen Situation und damit auch des Sterbens verändert sich die Beziehung zwischen Therapeut und Patient.

In kurativer Situation geht es um Krisenintervention und Gesundheitsförderung, um Erwachsen- und Selbständig-Werden, um Beziehungsfähigkeit und Abgrenzung, um Konfliktfähigkeit, um die Entwicklung neuer Perspektiven. Es geht darum, dem Patienten zu spiegeln, was er fühlt und tut und auch um Konfrontation.

Mit der Annäherung an das Sterben bekommt die Beziehung eine andere Intensität, eine andere Tiefe. In Einzelfällen entsteht Bindung, die ich mit einem Menschen, der weiter leben wird, nicht eingehen würde. Die therapeutische Beziehung wandelt sich dann in Seelsorge, die mütterliche und väterliche Aspekte beinhalten kann. Hier gilt es, ein feines Gespür zu entwickeln, um Distanzlosigkeit auf jeden Fall zu vermeiden. Die Bindung löst sich durch den eintretenden Tod.

Das Sterben

Im Prozess des Abschiednehmens treten sich Therapeut und Patient als Menschen gegenüber - eine Begegnung auf Augenhöhe in der es auch um Spirituelles geht. Hier kommt der Therapeut nicht darum herum, sich persönlich einzubringen - mit eigenen Vorstellungen vom Sterben und dem Leben danach und vielleicht auch mit eigenen Erfahrungen. Diese Gespräche können für den Therapeuten eine Bereicherung des eigenen Lebens bedeuten.

Nachdem die Strahlentherapie keine nennenswerte Auswirkung auf die Brustbein-Metastasen gezeigt hatte, haderte Frau Barn mit der Situation. „Mein Mann ist sprachlos, ist mein Zuhörer geworden. Ich befasse mich schon mehr mit meinem Tod als mit meinem Leben“ (das war 9 Monate vor ihrem Tod). Sie glaubte, für alles die Verantwortung zu haben, sogar für ihr Sterben. Ich konfrontierte sie mit ihrer überbordenden Verantwortung und Selbststrenge, die sie schon ein Leben lang begleiteten.

Ich sprach von meiner Auffassung, dass das Sterben eher wie eine Geburt sei: etwas, das wir nicht veranlassen oder steuern, sondern etwas, was mit uns geschieht - wenn wir es geschehen lassen.

Sie sprach von ihrer Mutter (78), die ihre Mutter verlor als sie 12 Jahre alt war, also so alt wie die ältere Tochter von Frau Barn. Sie war voller Bewunderung darüber, dass ihre Mutter dennoch „zufrieden“ durch ihr Leben gegangen sei. Dabei habe ihr der Glaube an Gott geholfen. Frau Barn fiel es schwer, sich „Gott anzuvertrauen“ und es fiel ihr zu dem Zeitpunkt schwer, „dem Leben noch etwas Gutes abzugewinnen“. Ihre jüngere Tochter hatte sie gefragt, ob sie sterben müsse. Sie habe darauf nicht antworten können.

Die Advents- und Weihnachtszeit hatte Frau Barn sehr genossen und jegliche therapeutische Kontakte gemieden. Im Januar hatte sie Rente beantragt, weil ihr Krankengeld im April auslief. Sie fühlte sich „ausgemustert“. Frau Barn meldete sich im Februar bei mir, weil sie wieder „in einem tiefen Loch saß“. Für ihren Rentenanspruch hatte sie ihre Arztberichte gelesen. Die Worte „kein Therapieerfolg“, „austherapiert“ und „palliative Therapie“ dröhnten in ihrem Kopf. Sie sagte: „Danach bin ich abgestürzt“. In der Folge hatte sie mich angerufen und um einen Termin gebeten.

Herr Brandt wollte - mit schwerer Aszites - unbedingt nach Hause und hatte seine Mutter gefragt, ob sie sich um ihn kümmern würde, wenn seine Frau arbeiten sei. Auf dem Hintergrund, dass die Beziehung zwischen Mutter und Ehefrau schlecht, die räumliche Situation äußerst beengt und die Ehefrau psychisch am Ende war, hielt ich das für keine gute Idee. Ich erzählte ihm von dem wunderschönen Hospiz in Potsdam: Einzelzimmer mit Terrasse am Wasser gelegen, Aufenthaltsräume, professionelle Pflege, tägliche Arztbesuche, Schmerztherapie, Wunschkost. Ich machte ihm schmackhaft, dass seine Angehörigen ihn nicht pflegen müssten, aber rund um die Uhr zu Besuch kommen könnten und stellte in Aussicht, dass ich ihn dort auch besuchen würde, wenn er es wünsche.

Er brauchte weitere drei Wochen, um sich dazu durch zu ringen. Seine Frau rief mich an, um mir mitzuteilen, dass er seit einigen Tagen im Hospiz sei. Ich besuchte ihn am gleichen Abend. Er freute sich, mich zu sehen, fühlte sich schwach und „kodderig“. Er hatte in die Verlegung in das Hospiz eingewilligt, weil er seiner Familie nicht weiter zur Last fallen wollte. Seine 9-jährige Tochter habe ihr Zimmer nicht mehr verlassen, was ihn sehr geschmerzt habe. Im Hospiz fühlte er sich durch die regelmäßige ärztliche Präsenz „sicherer“ als Zuhause.

In seinem Zimmer hingen Bilder seiner Frau und seiner Kinder an der Wand. Er sagte: „Mit meiner Frau verstehe ich mich wieder gut, muss ja“. Sie besuchte ihn täglich. Er wünschte sich, noch einmal nach draußen zu kommen, mit dem Rollstuhl, fühlte sich aber zu schwach.

Er erzählte, dass er - nach neun Monaten - eine Flasche Bier getrunken habe: „Danach konnte ich gut schlafen“. Die Menschen im Hospiz seien nett, würden nach seinen Wünschen fragen.

Trotz Schmerztherapie schmerzten sein Rücken und Bauch und in den Nächten lag er oft stundenlang wach und grübelte über sein Schicksal: „Er sagte: „Ich bin beruhigt, dass mein Kredit mit meinem Tod abgegolten ist“. Bei meinem nächsten Besuch brachte ich ihm etwas mit: etwas Warmes, vielleicht auch Trost spendendes für die langen dunklen Nächte: einen Bären - mit einem Material gefüllt, das sich lebendig anfühlt und das aufgeheizt werden kann. Ich heizte den Bären in der Mikrowelle der Küche auf und legte ihm diesen zum Abschied auf seinen Bauch. Er fing sofort an, diesen zu streicheln. Ich konnte in den folgenden Minuten zusehen wie er sich entspannte. Es wurde unser Abschiedsritual.

Nach dem Auftreten der Weichteilmetastase und der von ihr abgebrochenen Strahlentherapie wählte ich Frau Michaelis in ihren Vorbereitungen für die stationäre Rehabilitation als sie mich „in Panik“ anrief und um einen kurzfristigen Termin bat. Eine gynäkologische Untersuchung hatte „auffällige Zellen“ am Muttermund ergeben, die der engmaschigen Kontrolle bedurften. Sie war voller Angst, dass ihre Krebserkrankung „außer Kontrolle“ geraten könne. Sie stand unter dem Eindruck, dass „alles kein gutes Ende nehmen würde“. Unter diesen Ängsten hatten sich auch ihre Magenbeschwerden erneut verstärkt. Ich bat sie dringend, ihren Hausarzt aufzusuchen, da ein Magengeschwür Ernst zu nehmen sei. Eine Blutuntersuchung ergab, dass ihre Leberwerten um ein Fünffaches erhöht waren. Erst im nächsten Gespräch erzählte sie mir von ihrer Beobachtung, dass ihr Bauchumfang zugenommen habe: „Ich bekomme die Hose nicht mehr zu“. Gemeinsam wogen wir ab, in welches Krankenhaus sie sich zwecks weiterer Diagnostik begeben wolle. Sie wählte das anthroposophische Krankenhaus, weil dort ihre Misteltherapie statt fand und weil sie sich mit dem Gesamtkonzept „wohl fühlte“.

Das nächste Telefonat war ein trauriges: das CT hatte die Existenz von sieben Lebermetastasen ergeben. Da die Diagnostik während der letzten Nachsorge keine Herde gezeigt hatte, musste von einem rasanten Wachstum ausgegangen werden. Sie hatte die ganze Nacht nicht schlafen können und immer mehr Schmerzen entwickelt, worauf ihr Morphium verabreicht wurde. Die Reduktion der Schmerzen machte sie zuversichtlicher. Sie klammerte sich an die Hoffnung einer Operation der Lebermetastasen. Sie erhielt Massagen, Heileurythmie, was sie als sehr angenehm empfand.

Frau Christiansen kämpfte bis zuletzt um ihr Weiterleben. Sie wehrte sich „rebellisch“, sagte: „Ich will mich nicht in den Tod fügen“ und sie zog immer wieder Kraft aus dieser Rebellion. Sie ging nach wie vor einige Stunden arbeiten, weil sie die „geistige Nahrung brauchte“. Sie sagte: „Wenn ich allerdings wüsste, dass ich nur noch diesen Sommer hätte, würde ich nicht mehr arbeiten gehen wollen, sondern die Zeit mir den Kindern verbringen“. Andererseits wollte sie ihre Kinder „nicht mit Dauerpräsenz verwöhnen“, da sie „auch plötzlich weg sein“ könne“.

Auch die Diagnose einer Großhirnmetastase im Sommer führte nicht dazu, „aufzugeben“. Sie rang ihren ärztlichen Kollegen eine weitere Strahlentherapie ab. Sie sagte: „Ich kann nicht akzeptieren, dass eine Behandlung irgendwann nicht mehr möglich sein wird. Vor allem, wenn ich meine Kinder sehe, erfasst mich ein heftiger Schmerz, diese allein lassen zu müssen“. Ihre Söhne litten in dieser Zeit häufig an Bauchschmerzen.

Erst der Umzug des Instituts, in dem sie arbeitete, und eine damit verbundene An- und Abfahrt von 2 x 90 Minuten führen dazu, dass sie sich ernsthaft mit einer Berentung beschäftigte. Der Befund einer weiteren Kleinhirnmetastase im Dezember führte zu Doppelbildern, Schwindel und Übelkeit. Frau Christiansen erlebte sich „sehr gefasst“ und fand das „bizarrr“: „Manchmal habe ich das Gefühl, dass was mir passiert, passiert einer anderen Frau“. Sie litt darunter, dass „alle anderen heulen“. Der Progress der Erkrankung

führte in eine immer größer werdende Müdigkeit und im März zur Einstellung einer Haushaltshilfe, wogegen ihr 13-Jähriger Sohn rebellierte. Ihr Mann wirkte überfordert, meckerte die Söhne an, worunter sie litt und mit ihm stritt. Sie sagte: „Die Atmosphäre im Haus ist keine schöne“. Erst als ihr Mann seine Angst äußern konnte, nach ihrem Tod „mit allem allein“ zu sein, entspannte sich das Verhältnis wieder. Sie konnte ihren Wunsch nach „Umsorgt-Werden“ äußern. Sie fühlte sich zunehmend gestresst durch die „täglichen lieben Telefonanrufe“ ihrer Freundinnen und zog sich im Juni mehr und mehr in ihr Bett zurück. Sie sagte: „Ich habe keinen Bock mehr auf Therapie und gleichzeitig eine Heidenangst, nichts mehr zu tun und zu sterben“. Ihre Söhne reagierten sehr betroffen, die Mutter müde, erschöpft und durch das Cortison extrem aufgedunsen zu erleben. Der 6-Jährige fragte sie, „Wann ist das mit dem Brustkrebs vorbei?“. Sie litt mit ihren Söhnen.

Der Abschied

Frau Christiansen

Die Angst vor dem Sterben wandelte sich bei Frau Christiansen im Sommer - etwa fünf Monate vor ihrem Tod - in „Angst vor langem Siechtum“. Mit ihren Söhnen konnte sie über ihr Sterben nicht sprechen. Nach wie vor kam sie zwei Mal im Monat zu Gesprächen in meine Praxis, aber es fiel ihr immer schwerer. Sie sagte: „Ich bin müde, müde, müde“. Sie hasste es, dass „ihr Leben von ihrem Körper diktiert“ wurde und stand diesem Umstand doch ohnmächtig gegenüber. Sie verabschiedete sich im Juli von mir, um mit der Familie in einen langen Sommerurlaub zu fahren. Anfang Oktober meldete sie sich wieder bei mir. Sie klagte über Langeweile und Übelkeit. Sie sagte: „Ich bin nicht mehr in der Lage, Projekte für mich zu entwickeln, die meinem Leben Sinn geben. Ich quäle mich durch den Alltag“. Während sie sich darauf einstellte, „sich hinzulegen, um zu sterben“, bat ihr Mann sie verzweifelt, „zu bleiben“. Sie sagte: „Dann werfe ich meinen Flammenwerfer (als Ballonfahrerin) an und quäle mich wieder aus dem Bett. Sie quälte sich zu mir in die Praxis, obwohl ich ihr Hausbesuche angeboten habe. Im Oktober saß sie - um zwei Kleidergrößen geschrumpft - vor mir. Sie hatte einen Kollegen ihres Mannes gebeten, sie „zu töten“, was dieser abgelehnt habe. Er versicherte ihr, ihr beim Sterben zu helfen, wenn es so weit wäre. Sie sagte: „Genau das ist das Problem. Ich kann mich nicht hinlegen, um zu sterben“. Den vereinbarten Termin im November sagte sie ab, weil sie sich einer weiteren Strahlentherapie unterziehen wollte. Im Dezember erhielt ich eine Todesanzeige von ihrem Mann. Statt Blumen bat Frau Christiansen um eine Spende für ein Kinder-Projekt in Afrika.

Frau Michaelis

Nach der Diagnose von Lebermetastasen war die Stimmung bei Frau Michaelis sehr nieder gedrückt. Sie lag im Krankenhaus und erzählte mir am Telefon, dass die Größe ihrer Leber sich verdoppelt habe und auf den Magen drücke, weswegen sie nichts mehr essen könne. Die Ärzte hätten eine künstliche Ernährung erwogen. Sie berichtete von einem Besuch ihres getrennt lebenden Ehemannes, der ihr sehr unangenehm gewesen sei: „Er kam nicht wegen mir, sondern wegen sich, hat nur gejammert“. Freunde und ihre beiden Töchter seien abwechselnd vor Ort, um weitere Besuche zu verhindern. Ich fragte sie, ob sie mich gern sehen würde. Sie wirkte überrascht, dass das möglich sei und entgegnete: „Ich denke darüber nach“. Beim nächsten Telefonat sagte sie, dass sie sich über einen Besuch freuen würde. Ich machte ihr Terminvorschläge für den kommenden Samstag, die sie mit ihren Töchtern abstimmen wollte.

Nachdem ich drei Tage nichts von ihr gehört hatte, rief ich sie erneut auf ihrem Handy an und hatte einen Freund am Apparat. Sie hatte mit ihm ihr Handy getauscht, weil sie die vielen „Kopf-Hoch-Wünsche“ nicht mehr ertragen konnte. Er sagte: „Es geht ihr schlecht; hoch dosierte Mistel und Hyperthermie sind wirkungslos verhallt“. Sie sei zu schwach, um zu telefonieren. Er sagte: „Wir rechnen mit dem Schlimmsten“. Am Tag darauf erhielt ich eine

sms, dass Frau Michaelis im Kreise von Töchtern und Freunden gestorben sei und eine Einladung, von ihr im Krankenhaus Abschied zu nehmen. Ich kannte alle Freunde und Verwandte aus ihren Erzählungen, war aber nie ein Teil ihrer Familie. Ich entschloss mich zu einem stillen Abschied für mich allein.

Herr Brandt

Mit seinem Einzug ins Hospiz, bekam Herr Brandt regelmäßig Besuch von seiner Familie, auch von seinen jüngeren Kindern. Ihm war wichtig, dass die Kinder ihn in „diesem Zustand“ erlebten, damit sie realisierten, was passiert. Während der 3-Jährige sehr unbefangen mit der Situation umging, wirkte die 9-Jährige sehr in sich zurück gezogen und weigerte sich schließlich, den Vater zu besuchen.

Herr Brandt veränderte sich körperlich. Er verlor weiter an Gewicht, seine Haut färbte sich gelb. Er bekam Medikamente gegen die Schmerzen und gegen die Angst. Ihm war häufig übel und so hatte er wenig Lust auf Gespräche. Er war müde und schlief viel. Etwa zehn Tage später stand mein Herbsturlaub bevor. Ich informierte ihn darüber. Ich war nicht sicher, ob ich ihn wieder sehen würde. Er antwortete: „Dann sehen wir uns eine Woche nicht“. Beim Abschied fragte er: „Wohin fahren sie?“ Ich antwortete: „Auf den Darß“. Er sagte: „Dann grüßen sie meinen Vater“. Ich war irritiert, wusste ich doch, dass er gestorben war. Er ergänzte: „Er ist in der Ostsee bestattet“.

Als ich ihn eine Woche später wieder sah, war er nur noch ein Schatten seiner selbst. Sein Körper war durch Unruhe gezeichnet. Er erkannte mich, schlief aber gleich wieder ein. Seine Frau saß an seinem Bett und schaute fern. Sie sagte: „Hoffentlich stirbt er nicht an meinem Geburtstag“. Ich war befremdet. Er bat mich, den Schlafbären noch einmal aufzuwärmen. Ich kam dem Wunsch nach und legte ihn in seinen Rücken, weil er sich das wünschte. Ich spürte, dass die Nähe zwischen ihrem Mann und mir seiner Ehefrau nicht behagte. Ich entschloss mich, mich endgültig zu verabschieden. Auf dem Flur sagte ich ihr, dass „die letzten Meter der Familie vorbehalten seien“. Sie sagte: „Das sehe ich auch so“. Ich wünschte ihr Kraft und ging.

Frau Barn

Im Februar rief Frau Barn mich aus dem Krankenhaus an, um einen verabredeten Therapietermin abzusagen. Sie lag im Krankenhaus, litt seit Wochen unter Fieberschüben. Sie hoffte auf einen Infekt; die Ärzte brachten das Fieber mit dem Tumorgeschehen in Verbindung. Sie sagte, sie würde gern „aufbauende Übungen“ von mir lernen: „Übungen, um meine Energie zu mobilisieren“ und ergänzte: „Ich würde meine Gedanken gern auf etwas Positives richten“.

Im März kam Frau Barn zusammen mit ihrem Mann in meine Praxis. Sie trat mit dem Satz ein: „Ich gebe meinen Mann in ihre Obhut“. Sie wirkte blass und Blutleer, sagte: „Ich hätte allein gar nicht mehr kommen können“. Ihr Mann hatte rot geränderte Augen und war den Tränen nahe. Auf ihren Wunsch hin kam ihr Mann mit ins Therapiezimmer.

Ein erneutes PET-CT hatte Tumorwachstum auf allen Ebenen angezeigt. Ihr Onkologe hatte ihr gesagt: „Ich kann sie nicht mehr retten“ und ihr gleichzeitig eine weitere Chemotherapie angeboten, um „ihr Leben zu verlängern“. Wir sprachen über die Probleme der Ärzte „aufzuhören“, dass es wichtig sei, den Zeitpunkt zu finden, wo Therapie mehr schade als nutze (Lebensqualität versus Überlebenszeit). Ihr Ehemann hatte Angst, seine Frau könne sich aufgeben, wenn sie keine Therapie mehr mache. Sie äußerte Angst, nicht los lassen zu können und die „anderen damit zu lange zu quälen“. Er äußerte Angst, die Töchter nicht genügend auf das Sterben der Mutter vorbereitet zu haben. Die inzwischen 13-Jährige sei vor seinen Gesprächsversuchen „geflohen“. Ich riet ihnen, authentisch zu sein, weil die Kinder den Ernst der Lage dann begreifen würden. Frau Barn sagte: „Ich will zuhause sterben, wenn es denn

sein muss“. Eine befreundete Palliativmedizinerin hatte sich bereits erklärt, die Versorgung zuhause durchzuführen. Zum Abschied sagte ich ihr, dass sie die Entscheidung, die Therapie zu beenden allein zu fällen habe. Dass sie prüfen müsse, ob sie dies aushalten könne und ich sagte ihr, dass sie für diese Entwicklung keine Verantwortung trage. Ich bot Hausbesuche an für den Fall, dass sie mich brauchen würden, rechnete aber nicht damit. Die Familie hatte viel Unterstützung. Geschwister und Partner sowie Freunde standen der Familie zur Seite. Frau Barn konnte es nicht ertragen ohne Therapie zu sein. Sie ließ sich auf weitere vier Chemotherapien ein und auf eine Strahlentherapie bis zwei Tage vor ihrem Tod. Sie habe bis zum Schluss am Familienleben teil genommen. Während sie starb, waren ihre Töchter in der Schule. Ihr Ehemann saß an ihrem Bett und der Medizinische Dienst in der Küche, um die Pflegestufe einzuschätzen. Ein Palliativ-Pfleger habe den Mitarbeiter „in Schach gehalten“.

Das Sterben von Frau Barn dauerte lange Wochen. Nachdem ich im Juni eine Todesanzeige bekommen hatte, schrieb ich dem Ehemann einen persönlichen Brief. Im August meldete er sich und bat um ein Gespräch. Er hatte ein Album dabei, das seine verstorbene Frau für ihn angelegt hatte. Er sagte: „Ich sammele zurzeit in Gedanken die unnützen Sätze und Dinge in der Trauer, z.B. der Satz: „Die Zeit heilt alle Wunden“. Er wollte nicht, dass etwas heilt, obwohl der Schmerz ihn immer wieder übermannte, wenn er damit nicht rechnete. Ich gab ihm das Bild einer Wunde, die sich irgendwann schließt, die aber niemals verschwinden wird. Der Schmerz ist da, wenn man die Narbe berührt oder das Wetter sich ändert; die Narbe erinnert einen für immer an den Verlust, den man erlitten hat.

Das letzte Bild in seinem Album zeige Frau Barn auf einer Bank sitzend, abgemagert, nur noch ein Schatten ihrer Selbst, das Gesicht dem Himmel zugewandt - für ihn der Beweis, dass sie wusste, dass sie bald gehen musste. Sie hatten nicht darüber sprechen können.

Die jüngere Tochter (9) habe sich auf rührende Weise von ihrer toten Mutter verabschiedet, habe sie umarmt als sie schon kalt und steif gewesen sei, habe auch am Tag darauf bestanden, dass der Sarg noch einmal geöffnet werde, ihr einen Brief geschrieben, der ungeöffnet in den Sarg gelegt werden musste.

Die ältere Tochter (13) habe sich in sich selbst zurückgezogen und sich in der Folge um die jüngere Schwester gekümmert, habe diese „an die Hand genommen“ als diese auf das gleiche Gymnasium wie die Schwester eingeschult wurde. Ich riet ihm, ein Auge darauf zu haben, dass die Ältere nicht die Mutterstelle einnehme, weil sie damit überfordert sei und erzählte ihm von den Trauerseminaren der Björn-Steiger-Stiftung für trauernde Kinder.

Zum Abschied zeigte mir Herr Barnke ein Foto der Grabstätte, die er und die Kinder für seine Frau ausgesucht hatten. Ein Reihengrab sei nicht in Frage gekommen, weil seine Frau Reihenhäuser verabscheut habe. Sie wählten ein frei gegebenes altes Familiengrab mit einem alten schmiedeeisernen Zaun, den seine Frau mit Wonne restauriert hätte. Über dem Grab stand eine alte Eiche, die die Arme wie zum Schutz ausbreitete. Er sagte: „Ich habe nicht vor, mich bald dazuzulegen“. Als Christ sei er davon überzeugt, seine Frau irgendwann wieder zu sehen. Es sei wichtig für ihn, dass die Töchter da seien und dass er seine Liebe dort hin lenken könne. Zum Abschied bedankte er sich für meinen „Rückenhalt“.

Die Besonderheiten psychoonkologischer Tätigkeit in niedergelassener Praxis

In der Psychoonkologie geht es um ein **prozeßhaftes Begleiten** der Patienten. Die Therapie konzentriert sich weniger auf definierte Probleme und Ziele. Die Patienten bringen die Gesprächsthemen ein. Der Therapeut behält im Auge, was sich hinter den präsentierten Themen verbirgt.

Grundbedingung für eine psychoonkologische Tätigkeit in niedergelassener psychotherapeutischer Praxis ist:

eine **psychoonkologische Weiterbildung** (Kenntnis der klinischen Umstände) und

eine kontinuierliche **Supervision**, die auch die eigene Gesundheitsförderung, im Sinne der Selbstbegrenzung und Lebensfreude mit einbezieht.

Flexibilität bei der Terminvergabe und bei therapiebedingten Absagen, Auszeiten auf Wunsch des Patienten (bei Verdrängungswunsch) und durch Anschlussheilbehandlungen sowie stationären Rehabilitationen).

Wenn man sich für einen psychoonkologischen Schwerpunkt entscheidet, bedeutet das auch **Kriseninterventionsplätze für Krebsbetroffenen** frei zu halten, so dass keine langen Wartezeiten für die Betroffenen entstehen.

Die Möglichkeit der Durchführung von bis zu drei Psychotherapeutischen Sprechstunden mit anschließender Akutbehandlung ist für die psychoonkologische Psychotherapie eine gute Entwicklung

Wenn Patienten die Psychotherapie auf eigenen Wunsch beenden möchten (Therapiemüdigkeit, Wunsch nach „Normalität“) gebe ich ihnen die Möglichkeit, ihre Entscheidung innerhalb des nächsten Quartals zu revidieren.

Frustrationstoleranz: Ärztliche Termine haben Vorrang. Psychotherapeuten, die im Krankenhaus gearbeitet haben, kennen das. Der Abruf zum CT unterbricht jedes Gespräch

Grundsätzliche Bereitschaft des Psychotherapeuten, **Krankenhaus- und Hospizbesuche** in den psychotherapeutischen Praxisalltag zu integrieren

Krankenhausbesuche können - im Gegensatz zu Hospiz- und Hausbesuchen - nicht abgerechnet werden. Ausnahmen können bei der Krankenkasse vor allem im Falle von Sterbebegleitungen beantragt werden.

Bereitschaft zur Netzwerkpflge: Kooperation mit Beratungsstellen (Krebsgesellschaften), und Selbsthilfegruppen