

Angehörige und Freunde von Krebspatienten

Eine Krebserkrankung trifft nicht nur den einzelnen Menschen. Die Diagnose „Krebs“ hat auch Folgen für die Familie und den Freundeskreis.

Ein Zitat einer an Brustkrebs erkrankten Frau macht dies deutlich: „Es war schwierig, die Unmenge von Informationen aufzunehmen und zu bedenken. Allein hätte ich Entscheidungen nicht treffen können. Wir mussten eine Menge diskutieren: die Behandlungsform, wie sie sich auf mein Überleben auswirken würde, wie sie sich auf die Familie auswirken würde. Wir mussten schließlich alle mit dieser Entscheidung leben“.

Inwieweit Angehörige psychoonkologische Unterstützung brauchen, hängt von der speziellen Situation der Familie, vom Krankheitsstadium und der Krankheitsverarbeitung des Krebspatienten ab.

Die Belastungen von Angehörigen und Freunden, die Krebspatienten begleiten, geraten angesichts des Schicksals der Patienten häufig in den Hintergrund. Wenn sie psychoonkologische Unterstützung suchen, tun sie dies häufig, um etwas „für“ den Patienten zu tun. Sie fragen dann, ob sie „genug“ oder „das Richtige“ tun. Erst später - im vertrauensvollen Kontakt mit dem Berater oder Therapeuten - und häufig auch nur, wenn man ihnen Raum dazu gibt bzw. nachfragt, berichten Angehörige und Freunde von ihrer eigenen Belastung, von ihrer Verzweiflung, ihrer Wut - auch gegenüber dem kranken Partner oder Freund.

Die Krebsdiagnose ist ein Schock für die ganze Familie und sie führt vorübergehend oder andauernd zu Veränderung der Rollen im familiären Gefüge. In einigen Fällen kann es zu „Erdrutschen“ kommen. Zum Beispiel bei einem selbständigen Unternehmer, der zum Augenarzt ging, weil er plötzlich Sehstörungen hatte und der dann nach einer Operation eines Hirntumors mit Lähmungen im Rollstuhl saß oder im Falle einer jungen Mutter, die nach der Geburt ihres zweiten Kindes nicht wieder zu Kräften kam und schließlich mit der Diagnose einer Leukämie konfrontiert wurde.

Alle Beteiligten sind in solchen und ähnlich gelagerten Fällen überfordert. Familiengespräche können dann entlastend sein und Perspektiven aufzeigen, damit die Krise nicht zu einem familiären Kollaps führt.

Die Qualität der Beziehung kann sich verändern. Selten wandeln sich unempathische Beziehungen zum Guten. Gute Beziehungen können sich intensivieren, weil das Wesentliche des Lebens mehr in den Vordergrund tritt. Wenn die Probleme den Beteiligten „über den Kopf wachsen“ sollten sie auf die Beratungs- und Therapieangebote von Krebsberatungsstellen und Psychoonkologischen Schwerpunktpraxen aufmerksam gemacht werden. Auch die Mitglieder von Selbsthilfegruppen können hilfreich sein, um die subjektive Wirklichkeit von Krebspatienten zu beleuchten.

Immer wieder setzen Angehörige und Freunde von Krebspatienten ihr Entsetzen, ihre Angst und ihre Ohnmachtgefühle in Aktivismus um. Dieses ist ihnen meistens nicht bewusst. Sie versuchen *alles* um das Schicksal einer lebensbedrohlichen Erkrankung abzuwenden und verlieren manchmal den Betroffenen und sich selbst aus dem Blick. Der Krebsbetroffene wird dann mit Informationen über angebliche Krebsdiäten, Tees und andere Substanzen überschüttet, die Krebs heilen oder Rezidive und Metastasen verhindern sollen. Bei fortschreitenden Erkrankungen wird der Patient gedrängt, eine experimentelle Krebstherapie mitzumachen oder ihm wird die Adresse eines „Wunderheilers“ zugesteckt. Dieser Aktivismus verhindert in vielen Fällen das Gespräch über die Krankheit und die möglichen Konsequenzen, verhindert die Trauer und dass sich nahe fühlen - auch im Trennungsschmerz.

Wenn Angehörige zu den treibenden Kräften auf der Suche nach alternativen Hoffnungsträgern und „rettenden Strohhalmen“ werden, kann dies die Patienten sehr unter Druck setzen. Sie tun dann bisweilen Dinge, die sie eigentlich gar nicht wollten. Wenn die Patienten sich den gut gemeinten Ratschlägen ihrer Angehörigen verweigern, kommt es immer wieder zu Schuldgefühlen gegenüber den Angehörigen, nicht *alles* versucht zu haben oder sogar zu Streitigkeiten mit schweren Vorwürfen, die die Atmosphäre vergiften können.

In solchen Fällen ist es hilfreich, die Angehörigen auf ihr Verhalten anzusprechen, ihnen Verständnis für ihre Bemühungen zu vermitteln, aber auch gleichzeitig sanft abzubremsen, im Sinne: „Es ist schmerzhaft, nichts tun zu können, sich hilflos zu fühlen, aber es hilft den Patienten nicht, Dinge zu tun, die sie in erster Linie *für andere* tun. Das Wichtigste ist, da zu sein und da zu bleiben“. Diese verlässliche Präsenz wird von vielen Angehörigen nicht genügend gewertschätzt oder sogar entwertet.

Einige Angehörige entwickeln Ängste, selbst an Krebs zu erkranken, vor allem wenn eine bestimmte Krebserkrankung gehäuft in einer Familie auftritt. Sie lesen von genetischen Risikofaktoren beispielsweise bei Brust- und Darmkrebs und fühlen sie wie „auf einem Pulverfass“. Medizinische und psychoonkologische Beratung ist dann vonnöten. Beispiele von Frauen, die sich präventiv die Brüste amputieren lassen, zeigen wie unerträglich diese Angst werden kann. Häufig folgen dann durch diese „Versehrungen“ Probleme mit dem Selbstwertgefühl oder sexuelle Probleme auf dem Fuße.

Auch im Anschluss an Krebserkrankungen können sexuelle Störungen auftreten - als psychische Folge des Traumas oder als Folge der Krebstherapie (Operation, Amputation, Chemo- Strahlentherapie und Anti-Hormontherapie). Viele Menschen glauben, dass die Sexualität während und nach der Krebserkrankung in den Hintergrund tritt. Sie können sich offensichtlich nicht vorstellen, dass eine jungen Frau mit multiplen Knochenmetastasen Lust hat, mit ihrem Mann zu schlafen und darunter leidet, wenn dieser sich distanziert verhält.

Häufig haben Frauen allerdings während der Behandlungsphasen kein Interesse an und keine Energie für Sex. Andererseits kann gerade in diesen Phasen das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und in den Arm genommen werden sehr stark sein. Aber auch nach dem Ende der Krebsbehandlung ist noch lange nicht wieder „alles beim Alten“. Die Gefahr von Missverständnissen, gegenseitigen Verletzungen und Zurückweisungen ist in diesen Phasen sehr hoch. Ein Beispiel für ein solches Missverständnis zeigt die folgende Situation: Der Ehemann sagt zu seiner erkrankten Frau: „Deine Krankheit macht mir nichts aus“. Die Ehefrau denkt: „Er interessiert sich nicht für mich; ich bin ihm egal!“ Es ist wichtig, die Partner anzuregen, miteinander zu sprechen.

Vor allem bei einer fortschreitenden Krebserkrankung sind diejenigen, die die Patienten bereits während der ersten Krebstherapie begleitet haben, am Ende ihrer Kraft. Im Verlauf einer Krebserkrankung kann der Zeitpunkt kommen, an dem weitere Therapie keinen Sinn mehr machen bzw. dem Patienten nicht mehr zuzumuten sind. Insbesondere Paare, die sich am gegenseitigen Mutzusprechen festgehalten haben, können dann große Probleme bekommen.

Der Ehemann einer 44-Jährigen Patientin erzählte, seine Frau sei zwei Jahre zuvor an Brustkrebs erkrankt. Sie sei operiert worden und habe eine Chemo- und Strahlentherapie erhalten: „Die Ärzte haben uns immer wieder Mut gemacht“. Dann seien Knochenmetastasen diagnostiziert worden und die Ärzte hätten gesagt, dass „nichts mehr zu machen“ sei: „Sie haben mir geraten, meine Frau nach Hause zu holen“. Der Ehemann war verzweifelt, wusste nicht, wie er sich verhalten sollte. Er hatte das Gefühl, dass das Mut zu sprechen nun zu einer Lüge geworden war. Er fühlte sich gefangen, zwischen dem Wunsch, offen mit seiner Frau zu sprechen und dem Bedürfnis, sie schonen zu wollen. Immer wieder überfiel ihn die verzweifelte Hoffnung, dass „alles wieder gut werden müsse“. Im Gespräch mit der

Therapeutin wurde ihm klar, dass seine Frau um ihre Situation wusste und vielleicht sogar Rücksicht auf ihn nahm, indem sie selbst nicht über ihren nahenden Tod sprach. Beim nächsten Besuch im Krankenhaus sagte er seiner Frau, dass er sie gerne mit nach Hause nehmen würde. Das erste Mal seit vielen Monaten hätten beide weinen können. Die geflaggtten Durchhalteparolen konnten endlich eingeholt werden.

Die Wechselbeziehung zwischen Patienten und Angehörigen

Immer wieder ist zu beobachten, dass Angehörige mehr Hoffnung in die Krebstherapie setzen als die Betroffenen selbst. Die Angehörigen wollen Partner, Vater, Mutter oder Kind nicht verlieren. Sie erwarten, dass ein gemeinsamer „Kampf“ geführt wird, dass „alles Erdenkliche“ getan wird.

In anderen Familien besteht ein stillschweigender Konsens über den Ernst der Lage, ohne dass dieses jemals ausgesprochen wird. Die Hoffnung auf eine günstig verlaufende Behandlung ist zugleich auch Hoffnung auf Erhalt der Partnerschaft oder Familie. Es kann zu einer gegenseitigen Verleugnung kommen, die den Patienten in eine Isolation führen kann, weil dann keine offenen Gespräche mehr möglich sind. Der Patient denkt dann beispielsweise: „Ich weiß, dass ich bald sterben muss, sage meiner Frau aber nichts von meinen Gefühlen, weil sie dann zusammen bricht und mich nicht mehr unterstützen kann“. Die Ehefrau denkt: „Er wird sterben, aber ich sage es ihm nicht, um ihn nicht zu ängstigen und um seinen Lebenswillen nicht zu brechen. Dass er nicht vom Sterben spricht, zeigt mir, dass er die Wahrheit nicht wissen will“.

Im Kontext Familie ist Hoffnung mehr als nur die Angelegenheit eines einzelnen Menschen. Sie kann auch den Charakter einer gemeinsamen Moral haben. Keine Hoffnung (mehr) zu haben, bedeutet dann, das gemeinsame „Lebensprojekt Familie“ zu verlassen und den Anderen Leid zuzufügen. Schuldgefühle der Patienten sind in solcher Situation vorprogrammiert. Die Familie kann daher großen Druck auf den Patienten ausüben, eine Behandlung zu akzeptieren, die er persönlich vielleicht lieber ablehnen würde.

Ein 24-Jähriger Patient mit einem inoperablen Hirntumor sagte: „Ich habe keine Angst vor dem Tod, aber Angst vor dem Sterben und was sonst noch auf mich zukommt!“ Er hatte überlegt, ob er sich überhaupt bestrahlen lassen sollte. Er sagte: „Schließlich habe ich die letzten beiden Jahre gut gelebt, und vielleicht kann ich noch eine Weile gut leben, wenn es gut geht“. Er hatte zwei Jahre zuvor erste Geruchssensationen gehabt und machte daran den Beginn seiner Hirntumorerkrankung fest. Er ließ durchblicken, dass er sich in erster Linie seiner Freundin und seinen Eltern zuliebe bestrahlen lassen werde.

Patienten haben im Gegensatz zu ihren Angehörigen oft zwiespältige Gefühle gegenüber experimentellen Krebstherapien. Es fällt ihnen schwer, nachzuvollziehen, dass eine belastende Therapie in palliativer Situation „heilsam“ sein soll. Gleichzeitig spüren sie die Angst und Hoffnung ihrer Angehörigen und halten durch, weil sie sie nicht enttäuschen wollen.

Ein 62-Jähriger Patient mit einem Pankreaskarzinom sagte während seiner experimentellen Krebstherapie: „Meine Familie, vor allem meine Frau, hat viel Hoffnung in die Therapie gesetzt. Ich habe heute ein paar Mal daran gedacht, die Therapie abubrechen und nach Hause zu gehen. Aber ich stelle mir vor, dass meine Frau mir Vorwürfe machen würde, dass ich diese Chance vertan hätte. Ich weiß nicht, aber jetzt muss ich das wohl durchziehen“.

Die Leidensfähigkeit von Menschen und die Fähigkeit, sich trennen zu können, sind sehr unterschiedlich ausgeprägt. Manchmal leiden die Angehörigen stärker als die Patienten. Demonstrative hoffnungsvolle Äußerungen von Patienten („Durchhalteparolen“) dienen dann eher der Beruhigung verzweifelter Angehöriger, als dass sie wiedergeben, was der Patient wirklich denkt.

Psychoonkologische Unterstützung für pflegende Angehörige

Angehörige brauchen vielfältige Unterstützung, vor allem dann, wenn sie sich entschlossen haben, die Patienten zu Hause zu pflegen. Pflegende Angehörige sind besonders stark belastet. Neben der psychischen Entlastung und Unterstützung brauchen sie vor allem Informationen über Institutionen, die sie tatkräftig unterstützen können.

Ein 56-Jähriger Patient war nach Operation und Strahlentherapie vierzehn Monate später an einem Rezidiv seines Hirntumors erkrankt. Eine weitere Behandlung war nicht möglich. Er litt zusehends unter Wortfindungsstörungen, war sehr aufgequollen durch die Cortison-Therapie und konnte ohne fremde Hilfe nicht mehr gehen. Im Sommer der Wiedererkrankung nahm seine Tochter unbezahlten Urlaub, um den Vater aus dem Krankenhaus herauszuholen und gemeinsam mit ihrer Mutter zu pflegen. Ein halbes Jahr später ging es dem Vater wieder so gut, dass er nicht mehr der Hilfe von zwei „Pflegerinnen“ bedurfte und die Tochter nahm ihre Arbeit wieder auf. Die zurückbleibende Ehefrau war mit ihren Nerven am Ende. Sie weinte bitterlich, sagte, dass sie die Unsicherheit nicht mehr aushalten könne.

Die familiäre Situation kann sich weiter verschärfen, wenn der Patient seine Situation verdrängt und die Angehörigen keine Gesprächspartner finden, bei denen sie sich entlasten können.

Eine Ehefrau fragte mich: „Wie bekommt man eine Psychotherapie?“ Sie schilderte, dass ihr Mann an Krebs erkrankt sei und sie die Ersterkrankung „ohne große Probleme überstanden“ hätten. Seitdem ihr Mann wieder erkrankt war, hatte sie große Angst entwickelt, ihn zu verlieren. Sie konnte nicht mit ihm darüber sprechen, da er seinen gesundheitlichen Zustand verharmloste. Er sagte: „Mir geht es gut, ich komme zurecht!“ Auch im Bekannten- und Freundeskreis fand die Ehefrau keine Gesprächspartner, weil diese selbst vielfältige Probleme hatten. Mittlerweile hatte sich die konkrete Angst der Ehefrau um ihren Mann in diffuse Angstzustände gesteigert, die sie mit Psychopharmaka niederzuhalten versuchte. Nachdem bei ihr Magengeschwüre diagnostiziert worden waren, hatte sie sich entschlossen, psychotherapeutische Hilfe zu suchen.

Die Betreuung und Unterstützung von Angehörigen in der Bundesrepublik Deutschland ist recht unterentwickelt. Das Memorial Sloan Kettering Hospital in New York bietet beispielsweise Angehörigen ein Seminar mit dem Titel: „The Prepared Caregiver Course“. Hier stellen sich Professionelle den Fragen der Angehörigen und Freunde von Krebspatienten. Sie geben Informationen, wie körperliche Probleme der Patienten bewältigt werden können; Hilfe wird angeboten, mit den emotionalen Problemen der Patienten umzugehen und es werden Tipps und Hilfen vermittelt, wie die Unterstützer ihren eigenen Stress reduzieren können. Die Angehörigen und Freunde erhalten einen „Home Care Guide for Cancer“ zu ihrer eigenen Unterstützung.

Die meisten pflegenden Angehörige unterschätzen die psychische und physische Energie, die eine „24-Stunden-Pflege“ ihrer Lieben kostet. Eine Untersuchung von Kerekjarto (Medizinische Psychologie, Hamburg-Eppendorf, 1990) zur Begleitung sterbender Krebspatienten zeigte, dass pflegende Angehörige zu 29 % physische Überlastung und 7 % psychische Überlastung als Gründe angaben, dass die Patienten - trotz guter Vorsätze - wieder ins Krankenhaus verlegt werden mussten. Bei der Frage: „Was hat sie während der Betreuungszeit am meisten belastet?“ wurde deutlich, dass die psychisch Belaastung einen deutlich größeren Stellenwert hatte als die körperliche. Besonders krass ist die Belastung von Angehörigen, wenn die Patienten sich aufgrund eines Hirntumors in ihrer Persönlichkeit verändern. Aussagen wie: „Ich habe mit diesem Mann alle Höhen und Tiefen bewältigt. Jetzt kann ich ihn nicht mehr wiedererkennen!“ zeugen von der Tragödie einer Beziehung im Licht einer fortschreitenden Krebserkrankung.

Die Motivation, eine Pflege zu übernehmen, kann durch ganz unterschiedliche Gründe gespeist werden. Einige Familienmitglieder wollen ihren Angehörigen einen „Liebesdienst“ erweisen; andere handeln aus einem Schuldgefühl heraus.

Die Pflege kann als Abwehr des Unausweichlichen dienen, da man ja etwas *tut*. Für viele Angehörige wird die Pflege im Verlauf der terminalen Krebserkrankung zum einzigen Lebensinhalt, was sie oft parallel in die soziale Isolation führt. Die Angehörigen gehen dann weit über ihre Kräfte hinaus und haben häufig große Probleme, Hilfe von außerhalb anzunehmen. Manchmal führt dieses „heroische“ Verhalten bis zum eigenen körperlichen und/oder psychischen Zusammenbruch.

Wenn die Angehörigen Entlastung durch qualifiziertes Personal erfahren, können sie die terminale Pflege Zuhause als eine wichtige Chance des Abschiednehmens erleben. Wenn dies gelingt, bedeutet es für die Angehörigen einen bedeutsamen Schritt, den nahenden Tod und das Abschiednehmen schon zu Lebzeiten des Patienten einzuläuten.

Die Angehörigen brauchen in dieser schweren Zeit vor allem das Gefühl der Sicherheit durch das Wissen und die professionelle Routine des medizinischen und pflegerischen Personals. Diese Sicherheit hilft den Angehörigen, die vielfältigen Belastungen der Pflege zu kompensieren.

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Eine Ehefrau, die ihren krebserkrankten Mann bereits seit vielen Wochen Zuhause pflegte, konnte den Anblick ihres Mannes, bei dem die Schnappatmung eingesetzt hatte, nicht mehr ertragen. Ihre Ängste, dass ihr Mann leiden könne, steigerten sich langsam zu einer Panik und sie war kurz davor, ihren Mann in ein Krankenhaus einweisen zu lassen. Schließlich traf der Hausarzt ein und sagte: „So sieht das Sterben aus. Ihr Mann tritt jetzt über die Schwelle“. Dieser kurze Satz des „Fachmanns“ führte zu einer sichtbaren und erlebbaren Entspannung der Situation.

Für einige Angehörige wird die Krebserkrankung des Partners und dessen Pflege zur Hauptbeschäftigung und zum Lebensinhalt. Nach dem Tod des Partners brauchen diese Angehörige deshalb einige Gespräche zwecks „perspektivischer Entwicklungshilfe“; dazu gehören natürlich auch Angst- und Trauerbewältigung. Es geht darum, einen Blick zurück zu werfen, wahrzunehmen, wo man nun steht und ganz behutsam zu schauen, wohin es in Zukunft gehen kann. Auch der Hinweis auf Selbsthilfegruppen trauernder Menschen kann an dieser Stelle sinnvoll und hilfreich sein.

Psychoonkologische Unterstützung für Kinder und Jugendliche

In einer besonderen und häufig wenig beachteten Situation befinden sich die Kinder von an Krebs erkrankten Menschen. Kinder haben sehr sensible Antennen für ihre Umwelt. Sie spüren Angst und Sorge ihrer Eltern, ohne dass diese darüber sprechen müssen. Die „Geheimnistuerei“ der Eltern kann sie emotional ins Abseits stellen. Die Kinder reagieren darauf verständlicherweise mit Verunsicherung und Angst. Dies kann zu Verhaltensauffälligkeiten, Albträumen, Bettnässen oder psychosomatischen Störungen führen. Die Eltern handeln in guter Absicht und erreichen damit oft das Gegenteil. Die erlebten Unsicherheiten und die verminderte Geborgenheit durch die häufige Abwesenheit eines Elternteils können bei den Kindern zu schlechten Schulleistungen durch mangelnde Motivation und Konzentrationsstörungen führen.

Manchmal glauben die Kinder, sie seien „schuld“ an dem, was dem Elternteil widerfährt, weil sie „böse“ waren bzw. den Eltern manchmal „die Pest an den Hals wünschten“. Schlimmstenfalls erfahren Kinder, die nicht über die Krebsdiagnose aufgeklärt wurden, in der Schule von Mitschülern, dass ihre Mutter sterben müsse, weil diese Gesprächsfetzen ihrer eigenen Eltern aufgeschnappt haben. Eine Krebserkrankung lässt sich im sozialen Umfeld in den wenigsten Fällen geheim halten.

Die landläufige Meinung, dass Kinder oder Jugendliche durch traurige Erlebnisse oder Bilder ihr Leben lang „gezeichnet“ seien, ist nicht haltbar. Kinder hingegen, die keine Chance hatten, den Ernst der Lage zu erkennen, können durch den Tod eines Elternteils traumatisiert werden. Bei Jugendlichen, die sich in einer persönlichen Reifungskrise befinden, kann das Erleben, dass sie nicht ernst genommen werden, dazu führen, dass sie sich in sich verschließen und schwere Erkrankungen in ihrer weiteren Entwicklung entweder als Tabu empfinden oder Vorstellungen entwickeln, die beängstigender sein können als die Realität.

Junge Menschen, die von dieser existentiellen Erfahrung ausgeschlossen wurden und dennoch die traurige Realität des Todes erfahren mussten, berichten häufig Jahrzehnte später über ein Gefühl der Leere, ein Gefühl des Bedauerns über Nicht-Gesagtes und Nicht-Getanes.

Selbst wenn in einer Familie offen mit der Diagnose Krebs umgegangen wird, gibt es vielfältige Belastungen für die Kinder. Neben den ganz normalen Ängsten sind die Krebsbetroffenen bei ambulanter Chemo- oder Strahlentherapie körperlich und seelisch sehr belastet. Der Lärm tobender Spielkameraden kann dazu führen, dass Mutter oder Vater ungeduldig oder sogar aggressiv werden, was die Kinder weiter verunsichern und in eine Isolation führen kann.

Fällt die Mutter aus krankheitsbedingten Gründen aus, weil sie stationär therapiert werden muss, müssen sich die Kinder unter Umständen auf eine andere Bezugsperson einstellen.

Familien brauchen in solcher Situation Informationen und kompetenten Beistand. Es gilt, die Situation zu enttabuisieren und Gespräche zu initiieren, die der Familie Entlastung bringen.

Im Memorial Sloan Kettering in New York gibt es einen „Kids Express“. Es handelt sich um ein Programm, das Kindern und Teenagern helfen soll, ihre Gefühle darüber auszudrücken, was es bedeutet, wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt ist. Dazu gehören Gespräche mit den Eltern, wie sie mit ihren Kindern über ihre Erkrankung sprechen sollen und „Bereavement Groups“ (Trauergruppen), die Kindern nach dem Tod ihrer Mutter oder ihres Vaters Unterstützung geben. Es geht um emotionale Unterstützung, Information und um die Gelegenheit, Gefühle auszudrücken.

Die Mitarbeiter des „Kids-Express“ appellieren an die betroffenen Eltern:

- Die Kinder frühzeitig über die Krebsdiagnose zu informieren
- Ihnen die Veränderungen in der Familienroutine zu erklären
- Die Kinder wissen zu lassen, dass die Erkrankung „nicht ihre Schuld ist“
- Die Kinder mit ins Krankenhaus zu nehmen
- Zu akzeptieren, dass das Krankheitsgeschehen Auswirkungen auf das Verhalten der Kinder hat
- Unterstützungsangebote für die Familie wahrzunehmen

Bei einer psychoonkologischen Begleitung eines an Krebs erkrankten Menschen sollte man grundsätzlich das „System Familie“ im Blick haben. Die einzelnen Mitglieder - auch der erweiterten Familie - können sowohl stabilisieren als auch destabilisieren.

Aufgabe von Psychoonkologen sollte sein, den Angehörigen und Freunden die Erlebniswelt der Krebspatienten transparenter zu machen und vor allem die von Krebs betroffenen Menschen zu motivieren, miteinander zu sprechen.

